

المعالجة الدوائية لأمراض النسيج الداعمة بالصادات الجهازية systemic Antibiotics therapy in clinical periodontics

تعريف الصادات الحيوية

الصادات: هي مواد عضوية طبيعية أو صناعية قادرة على تثبيط أو قتل أحياء مجهرية معينة بتركيز منخفضة. وبالاعتماد على هذا التعريف، وعلى العوامل الممرضة المسببة للأمراض حول السنية وذات الطبيعة المخربة للنسج فقد ازداد استخدام الصادات في المعالجات حول السنية بشكل هائل .

لتحقيق النجاح في معالجة أمراض النسيج الداعمة يتطلب مايلي:

الصادات المستخدمة في علاج أمراض النسيج الداعمة

زمرة البييتالاكتامين (البنسلينات):

1 - 1 - أموكسيسيلين (Amoxicillin)

الأشكال التجارية:

- كبسولات 250 - 500 ملغ.

- أقراص قابلة للمضغ 125 ملغ - 250 ملغ.

بودرة من أجل المعلقات الفموية 50 ملغ/مل - 125 - 250 ملغ/ 5 مل.

الجرعة:

250 - 500 ملغ كل 6 ساعات

تحت عمر 8 سنوات: 20 - 40 ملغ/كغ/ يومياً مقسم على جرعات كل 8 ساعات.

1 - 2 الاوغمانتين (Augmentin):

أموكسيسيلين + أسيد كلافونيك

بعض البكتيريا قادرة على إفراز أنزيم البييتالاكتماز (البنسيليناز) الذي يخرب البنسلينات فيجعلها غير فعالة مثل (العنقوديات-العقديات-الأشريكية القولونية-المستدمية النزلية-النسيريا-السالمونيلا) لذلك تم إضافة حمض الكلافونيك إلى الأموكسيسيلين فتشكل الأوغمانتين المقاوم لحميرة بيتا لاكتماز (البنسيليناز).

الأشكال التجارية:

-معلقات فموية: 457، 312، 156 ملغ/5مل

-أقراص: 1000، 625 ملغ

الجرعة:

- للبالغين 1000 ملغ مرتين يوميا أو 625 ملغ ثلاث مرات يوميا

- تحت عمر 8 سنوات (20 - 40) ملغ/كغ/ يوميا مقسم على جرعات كل 8 ساعات.

(استخدام الاوغمانتين يمكن أن يكون أكثر قيمة في معالجة التهابات النسيج الداعمة الناكس، وفي الخراجات

اللثوية وحول السنية.)

3 - 1 - الامبيسلين (Ampicillin)

الأشكال التجارية

- كبسولات 250، 500 ملغ

بودرة من أجل المعلقات الفموية 100 ملغ/ مل.

125 - 250 - 500 ملغ/5 مل.

بودرة من أجل الحقن الوريدي والعضلي 125 - 250 - 500 ملغ، 1، 2، 10 غ.

الجرعة: 250

500 ملغ/ 6 ساعات.

2 - 8 غ بالحقن العضلي أو الوريدي مقسم على جرعات كل 4 - 6 ساعات

تحت 8 سنوات: 50 - 100 ملغ/ كغ/ يوميا على جرعات كل 6 ساعات.

بالحقن العضلي أو الوريدي 100-200 ملغ/ كغ/ مقسمة على جرعات

فيما يلي الحالات التي يجب أخذها بعين الاعتبار فقط عند استعمال الصادات الحيوية وهي:

• التهاب اللثة التقرحي الحاد.

• التهاب النسيج حول السنية الاجتياحي.

• التهاب النسيج حول السنية المتقدم مع ظهور القيح.

• الخراجات حول السنية مع أعراض تعب جهازية.

المضادات الجرثومية المتحررة موضعياً

• تمتلك بعض الصادات المتوفرة حالياً عدداً من المضادات الجرثومية المتحررة موضعياً، إن فوائد

المضادات الجرثومية المتحررة موضعياً :

- تسمح بالوصول المباشر للمواقع المريضة.
- تؤمن تركيز كافي للصاد الحيوي في الموقع.
- تنقص من التأثيرات الجانبية الجهازية.
- تقلل من الحاجة لتعاون المريض.

وقبل أن نفصل في ميزات كل منتج لابد من القول أن المعالجة الناجحة هي التي تعتمد على إزالة القلح بشكل تام وتمزيق اللويحة وذلك لا يمكن إنجازه بالمضادات الجرثومية المتحررة موضعياً لوحدها لذلك يجب أن تستعمل هذه المنتجات كمعالجة مساعدة للمعالجة الميكانيكية التقليدية.

المعالجات المساعدة بالمضادات الجرثومية المتحررة موضعياً هامة في العديد من الحالات السريرية وتتضمن

التهاب النسج حول السنينة الاجتياحي.

- الجيوب حول السنينة المتبقية التي عمقها أقل من 5 ملم مع النزف عند السبر والتالية للمعالجات الميكانيكية.
- الخراجات حول السنينة المزمنة الموضوعة.

الصادات بالطريق العام

ميزات:

- 1- استخدامها أسهل.
- 2- قد تعالج أمراض أخرى (عوامل جرثومية اخرى تتحسس لنفس الصاد)
- 3- تعطي وقاية من المرض لأمد طويل.

مساوئ:

- 1- تحتاج لمريض متعاون.
- 2- لها اثار جانبية كثيرة
- 3- لها مضادات استطباب عامة
- 4- الاستخدام السيء لها يولد سلالات جرثومية مقاومة على العلاج

زمرة التتراسكليات

1 - 2 - التتراسكلين Tetracyelin Hcl

الأشكال الصيدلانية:

- كبسولات 100، 250، 500 ملغ.
- معلق فموي 125 ملغ/ 5 مل.
- بودرة من أجل الحقن.

الجرعات:

- 250-500 ملغ كل 6 ساعات.
- 250 ملغ/كغ/يومياً على جرعات.
- 250-500 ملغ كل 8 - 12 ساعة.

فوق 8 سنوات: 25-50 ملغ/كغ/على جرعات يومية

15-25 Im ملغ/كغ/على جرعات

10-20 Iv ملغ/كغ/على جرعات

تعتبر التتراسيكلينات مضاد حيوي موقف لنمو الجراثيم

إطراحه:

يتم عن طريق الكلية والصفراء (مرضى السكري)

ترسيبه:

يترسب في كل سوائل الجسم ماعدا السائل الدماغي الشوكي.

في العظم والأسنان (يرتبط بالكالسيوم والفوسفات) (الحامل- والأطفال)

يتواجد في السائل اللثوي أكثر (4-2) أضعاف من الدم (مهمة جدا)

أثاره الجانبية:

- 1- لا يعطى للحامل (تخرب كبدي) للجرعة العالية، تشوه للجنين (عظم الشظية)
- 2- لا يعطى للمرضع ولا يعطى للأطفال دون 8 سنوات لأنه يسبب سوء تصنيع بالأسنان، وتلون الأسنان.
- 3- تحسس ضيائي
- 4- نفخة بالبطن، غثيان، إقياء (يؤخذ بعد الطعام ماعدا الحليب أو الجبن) كما يسبب تخريش مخاطية المعدة

تداخلاته الممنوعة:

- لا يعطى مع مضادات التخثر (عدم تأزر)
- لا يعطى مع مدرات البول (انسمام كلوي)
- لا يعطى مع مضادات الحموضة أو الحليب أو الجبن (تنقص من امتصاصه في المعدة).
- لا يعطى مع مانعات الحمل (ينقص من فعاليتها)
- لا يعطى مع البنسيلين ولا مع الميترونيدازول (عدم تأزر)

استطبابه الفموي:

- التهاب نسيج داعمة (جائح موضع، مزمن، معند موضعي)

- التهاب لثة تموتي تقرحي
- قلاع متكرر
- طريقة استخدامه:

- 1-جهازيا:250مغ(14يوم-21يوم)4مرات باليوم بعد الطعام.
تأثيره:

1-على عضية (Aa الفطر الشعاعي)

2- له تأثير (مرمم للعظم - ويمنع إنحلال الكولاجين) عن طريق:

- يثبط كاسرات العظم.

- يثبط أنزيم الكولاجيناز المخرب

ملاحظة:

استخدامه بدون معالجة ميكانيكية (تفليح وتسوية جذور) يسبب تغير بالفلورا تحت اللثوية وبالتالي ينشط حدوث خراجات حول سنية.

2-التطبيق الموضوعي:

➤ غسول تتراسيكلين 0.5% (لمدة 5أيام متتالية) في حالة التهاب النسيج الداعمة المزمن يعطي نتائج جيدة - وفي حالة القلاع المتكرر

➤ تطبيقه مع الضماد اللثوي

➤ استخدامه على شكل هلام أوجيل غير فعال لسببين:

1-لا يعطي تراكيز عالية

2-لا يستطيع الانتشار بشكل جيد

ألياف تتراسيكلين مشبعة بالتتراسيكلين الحمضي HCl 25% وملغ 12،7 لمدة 10 أيام (في حالة التهاب النسيج الداعمة/المعند والجيوب <5مم. وفي مكان الخراجات حول السنية الحادة بعد تهدئة الحالة الحادة)..

تسوية الجذور الكيميائية:-تطبيق تتراسيكلين حمضي PH=3 على شكل محلول 50ملغ /مل لمدة 5دقائق

على سطح الجذور السنية المهيئة ميكانيكيا. -حمض الليمون PH=1 لمدة 3د

الهدف من تسوية الملاط السني كيميائيا:

1-خسف الأملاح المعدنية مما يؤدي لانكشاف ألياف الكولاجين في الملاط مؤهبة لظهور مناطق ارتباط جديدة وتحريض تشكل ملاط جديد.

2-تعقيم سطح الجذر من الديدانات واللطاخة الجرثومية.

3-مسح الجذر ببروتينات التنظيم(الفيبرونكتين)

حمض الليمون:

1-يعمل على تعقيم الجذر من الجراثيم

2-تسريع تشكل الملاط الجديد

3-منع هجرة الارتباط البشري وخلايا البشرية ذرويا

4-يساعد على التصاق مصورات الليف على سطح الجذر

الفائدة من التسوية الكيميائية بالنتراسيكلين:

1-إزالة اللطاخة على سطح الجذر التي تعيق إعادة ارتباط النسيج الضام.

2- كشف الكولاجين داخل القنيات مما يسهل التصاق مصورات الليف على سطح الجذر

3- التخلص من الذيفانات على سطح الجذر

4- كبح الأنزيمات المخربة (الكولاجيناز المرضي)

5- تحريض خلايا الميزانثيمية غير المتميزة للتمايز إلى مصورات الليف

6- تثبيط الامتصاص العظمي:- بتنشيط صانعات العظم من خلال تنشيط فوسفاتاز القلوية.

تثبيط كاسرات العظم.

• الدراسات الجديدة تفضل :1- إضافةالفيبرونكتين للنتراسيكلين الحمضي لإعطاء كسب ارتباط أفضل وتشكل الملاط التجديدي.

• إضافة الفيبرين +الفيبرونكتين 60% +النتراسيكلين+غشاءتجديدي مما يؤمن تغطية جذرية بنسبة 67.5%

كما بينت الدراسات أن مدة التطبيق تسبب تغيرات شكلية على مستوى سطح الجذر أكثر من تركيز المحلول المطبق. حيث :- مدة تطبيق 1د : تسبب هضبات بيضوية، وسطح غير متجانس خالي من الخلايا.

- ومدة 4د : تعطي بنية ليفية كثيفة غير لماعة.

2 - دوكسى سيكلين (Doxycycline)

الأشكال الصيدلانية:

- كبسولات 50، 100 ملغ.

- شراب 50 ملغ/مل.

- بودرة من أجل معلقات فموية 25 ملغ/5 مل.

- بودرة للحقن الوريدي 100 - 200 ملغ

الجرعات:

- 100 ملغ مرتين في اليوم الأول ثم 100 ملغ/ يومياً لمدة 21 يوم.
- 200 ملغ مرتين في اليوم الأول ثم 100 - 200 ملغ/ يومياً.
- ملاحظة:** يمكن استخدامه لتثبيط الكولاجيناز بجرعة 20 ملغ يومياً لمدة طويلة (19 شهر) في معالجة التهاب أنسجة داعمة مزمن. (لغاية ترميمية)
- الأطفال < 8 سنوات: 4.4 ملغ/ كلغ/ كل 12 ساعة في اليوم الأول ثم 2.2 - 4.4 ملغ/ كلغ/ يومياً.
- إن فوائد المضادات الجرثومية المتحررة موضعياً:

 - تسمح بالوصول المباشر للمواقع المريضة.
 - تؤمن تركيز كافي للصاد الحيوي في الموقع.
 - تنقص من التأثيرات الجانبية الجهازية.
 - تقلل من الحاجة لتعاون المريض.

3 - الماكروبيدات الحقيقية

1- 3 كلينداماسين (Clindamgein)

الأشكال الصيدلانية:

كبسولات 150، 250، 500 ملغ

بودرة من أجل الحقن

معلقات فموية 125 ملغ/ 5 مل.

الجرعات:

- 250 Po - 500 ملغ/ 6 ساعات.
- يعطى في الحالات المعندة للعلاج من أمراض النسيج حول السننية

2 - 3 - ازيثرومايسين (Azithromycin)

الأشكال الصيدلانية:

كبسولات 250 ملغ

أقراص 125-500 ملغ

معلقات فموية 100، 200 ملغ/ 5 مل.

الجرعات:

❖ 500ملغ/ اليوم الأول ثم 250 ملغ في (2 - 5) أيام بجرعة كاملة لا تتجاوز 1.5غ (PC) (التهاب النسيج المزمن)

❖ دراسة حديثة 2010 بجامعة دمشق د. رشا حورية : بينت فعاليته لتحسين الجيوب العميقة في الحالات المعقدة بالتهاب الأنسجة الجائح بجرعة 500مغ يوميا لمدة 3 أيام فقط. بعد إجراء تجريف مغلق فقط
أهمية الأزيترومايسين:

1- يتمتع الأزيترومايسين بقدرته على النفاذ إلى مصورات الليف والخلايا البالعة ليصل تركيزه أكبر ب 100 - 200 مرة من تركيزه في الحيز خارج خلوي
2- والتي تنتقل بدورها إلى المناطق الالتهابية حيث يتم تحريره من خلال التمزق الخلوي وبالتالي تركيز الأزيترومايسين في الآفات حول السنية أكبر من تركيزه في النسيج اللثوية الطبيعية.

3 - 3 ارتيرومايسين (Erythromycin)

الأشكال الصيدلانية:

بودرة من أجل المعلقات 100ملغ/ 2.5 مل، 200 - 400 ملغ/ 5مل. أقراص قابلة للمضغ 200 ملغ. كبسولات 250 ملغ
بودرة من أجل الحقن 500 ملغ - 1 غ.

الجرعات:

400 - 800 ملغ كل 6 ساعات.

تحت سن 8 سنوات 30 - 50 ملغ/كغ/ مقسم على جرعات كل 6 ساعات.

زمرة الصادات التركيبية

4-1 الكونولونات (السيبرفلوكساسين Ciprofloxacin)

الأشكال الصيدلانية:

• أقراص 100 - 500 - 250 - 750 ملغ.

• معلقات فموية 200ملغ/100 مل.

• 400 ملغ/ 200 مل.

• حقن وريدي 200-400 ملغ/Vial

الجرعات:

- 250 ملغ كل 12 ساعة/7 - 14 يوم.
- 200 ملغ كل 12 ساعة/7 - 14 يوم.
- 500 أو 750 ملغ/ مرتين يومياً / لمدة 8 - 10 أيام.

2-4 الميترونيدازول (Metronidazole)

الأشكال الصيدلانية :

- أقراص 250 - 500 ملغ .
- معلقات فموية: 125-200 ملغ/5 مل
- IV 5 ملغ/Vial .

الجرعات:

- (250- 500) ملغ لمدة 7 - 10 أيام.
- تسريب وريدي 15 ملغ/ كغ ثم 7.5 ملغ/كغ بالحقن أو Po كل 6 ساعات، مع عدم تجاوز الجرعة 4 غ/ يوم.

في دراسة أجراها (Siguseh وزملاؤه 2005) في معرفة مدى دور الميترونيدازول في تعزيز نتائج المعالجة التقليدية فقد وجد أن المجموعة التي أجري لها تقليح وتسوية جذور (SRP) كمرحلة أولى ثم أعطيت ميترونيدازول في المرحلة الثانية وجود تحسن في المشعرات السريرية وانخفاض في نسبة العوامل الممرضة حول السنينة بشكل أفضل وأكثر ووضوحاً من المجموعة التي أجري لها تقليح وتسوية جذور فقط.

متى يستخدم الميترونيدازول

أولاً- يستخدم في حالة التهاب نسيج داعمة جائح معمم : الذي تسيطر عليه أشباه الجراثيم المصطبغة بالأسود (pi-pg) لاهوائية سلبية الغرام، و Spirochette اللولبيات.

المشاركة الدوائية:

- 1- ميترونيدازول 250مغ+أموكسيسيلين 500مغ 3مرات باليوم (8-10)أيام للبالغين. حيث الأموكسيسيلين يؤثر على الجراثيم لاهوائية وهوائية مخيرة. والميترونيدازول يؤثر على لاهوائيات (Gr-) .
- 2-ميترونيدازول 250مغ 3مرات باليوم+سبيراميسين.حيث سلالة واحدة جرثومية تقاوم سبيراميسين(pi).و7سلالات تقاوم ميترونيدازول(4عصيات Gr-،2عصيات Gr+،1مكورات) ولكنها جميعها تتحسس للسبيراميسين

3- ميترونيدازول + سيبروفلوكساسين 500مغ مرتين باليوم لمدة 8 أيام. حيث في هذه المشاركة نصل لفعالية قوية ضد عصية الفطر الشعاعي (Aa)، مع العلم أن هناك مكورات عقدية مقاومة للسيبروفلكس لكنها ليس لها علاقة بأمراض النسيج الداعمة.

ثانياً- التهاب اللثة التموتي التقرحي:

250مغ 3مرات باليوم لمدة 3 أيام.

للأطفال يعطى 7.5مغ/كغ كل 8 ساعات عن طريق الفم أو الوريد أو الشرج.

ملاحظة:

يجب عدم زيادة الجرعة في اليوم عن 4 غ مهما كان طريق الإعطاء.

ثالثاً- التهاب نسيج الداعمة عند مرضى السكري:

يجب الحذر من وصف المضادات الحيوية والمسكنات لدى مرضى السكري الذين مضى على إصابتهم بالسكري أكثر من 10 سنوات لاسيما إذا كان لديهم ارتفاع في الضغط الشرياني أو اعتلال شبكية العين فغالبا ما يكون المريض في حالة قصور كلوي ولذا فإن نصف عمر الدواء يزداد لاسيما الأدوية ذات الإطراح الكلوي مثل النترات سيكلين. لذلك كانت المشاركة بين

1- الميترونيدازول + أموكسيسيلين فعالة جداً و تؤمن طيف واسع ضد الجراثيم لاهوائية المجبرة -Gr، واللاهوائية واللاهوائية المخيرة.

2- كما أثبت التطبيق الموضعي للميترونيدازول (جيل الإليزول) فعالية جيدة بهذه الحالة.

- التطبيق الموضعي للميترونيدازول داخل الحفرة الفموية:
- التطبيق في التهاب التجويف السنخي الجاف:
- بعد غسل السنخ المتأثر بمحلول معقم ودافىء، يطبق جيل الميترونيدازول المطعم بالنعنع 10% باستخدام 2مل. ثم يعاد فحصه بعد 2-3 أيام، ويطبق ثانية حتى الشفاء. فأعطى نتائجاً إيجابية.

التطبيق الموضعي في أمراض النسيج الداعمة:

1- جيل أو على شكل هلام 25%:- يتم تطبيقه على الجيوب أعماقها لا تتجاوز 5ملم باستخدام محقنة خاصة وذلك بعد إجراء معالجة محافظة. فأعطى نقصاً واضحاً في عمق الجيوب ويصل لأعلى تركيز له بعد 4-8 سا من تطبيقه. (هلام الميترونيدازول أو الإليزول)

2- ألياف الميترونيدازول:- بعد إجراء التقليل وتسوية الجذور- يتم تطبيق خيوط راتنجية مشربة بالميترونيدازول 40% تحت اللثوية. - مرة في الأسبوع لمدة 4 أسابيع فلو حظ تحسن واضح جدا في المشعرات اللثوية.

3- غسولات الميترونيدازول: استخدمت هذه الغسولات بالجيوب ذات عمق 4ملم فأكثر في حالة التهاب النسيج الدعمة المزمن بتركيز 0.5% خلال 28 يوم. وقورنت مع غسول الكلورهيكسيدين 0.2% لمدة 28 يوم مرة كل يوم فكانت متساوية النتائج في تخفيض الإلتهاب والمشعرات في التهاب النسيج الداعمة المزمن لكن تميز غسول الميترونيدازول في إنقاص عمق الجيوب اكثر.

الاستخدام الجهازى للصادات في معالجة أمراض النسيج حول السنينة

أولاً- استخدام الصادات كمعالجة داعمة لالتهاب النسيج الداعمة المزمن

لقد أوضحت العديد من الدراسات إن استخدام:

- الميترونيدازول بالإضافة إلى الأموكسسلين أو الاوغمانتين. أو
- الميترونيدازول بالإضافة إلى سيبرفلوكسساين كان له دور كبير في تثبيط عصيات الفطر الشعاعي A.a وعوامل ممرضة أخرى بالإضافة إلى تحسين المشعرات السريرية بشكل واضح في الحالات الشديدة من CP.

في دراسة أجراها (Haffajee وزملاؤه 1995)

- إن إعطاء أوغمانتين أو التتراسكلين مع إجراء المعالجة الجراحية اللازمة أدى إلى (كسب سريري في الارتباط البشري ونقص في أعماق الجيوب) مقارنة مع المجموعة التي أجري لها معالجة جراحية فقط.

ملاحظة: الصاد النوعي لعصية Aa التتراسيكلين او مشتقاته واهمها الدوكسي سيكلين 100مغ

2 - التهاب الأنسجة الداعمة الجانح Aggressive Periodontitis

إن إنذار المعالجة عند مرضى مصابين بالتهاب أنسجة داعمة جانح يتوقف: فيما إذا كان

1 - المرض موضع أو معمم

2- درجة التخرب

3- وقت التشخيص

1 - 2 التهاب النسيج الداعمة الموضع الجانح:

في الحالات الخفيفة فإن المرحلة الأولى في العلاج قد تكون كافية للعلاج

هناك عدة أنظمة علاجية كان منها:

- Tetracycline 250ملغ/ 4 مرات يومياً/ لمدة لا تقل أسبوع (14، 28 يوم).

استخدام Doxycycline 100ملغ مرتين في اليوم الأول/ مرة يومياً/ 14 يوم.

استخدام Amoxicillin مع Metronidazole.

في الحالات الناكسة : من التهاب النسيج الداعمة الجانح الموضع يتم استخدام

المشاركة الدوائية بين Metronidazole + Aogmentin

ثم يتم إعادة التقييم بعد 3 شهور من المرحلة الثانية.

المرحلة الثالثة من العلاج تتضمن المعالجة حول السنوية الداعمة.

2 - 2 التهاب النسيج الداعمة الجائح المعمم:

تعتمد المعالجة الناجحة على: التشخيص المبكر والمعالجة المباشرة الهادفة إلى (إزالة أو تثبيط العوامل الممرضة).

المرحلة الأولى:

- ❖ تقليل وتسوية جذور - تعليمات الصحة الفموية - رفع العوامل الموضعية - السيطرة على عوامل الخطورة الجهازية أو تصحيحها إن أمكن ذلك.
- ❖ إعادة التقييم بعد 2-4 أسابيع.

المرحلة الثانية:

- ❖ المعالجات الجراحية مع الصادات الجهازية.
- ❖ ثم إعادة التقييم بعد 3 أشهر ثم المعالجة حول سنوية الداعمة (الوقائية).

أنظمة المعالجة الدوائية

- Tetracycline 250 ملغ / 4 مرات يوميا/لمدة 2 - 3 أسابيع.
- Minocycline 200 ملغ في اليوم الأول ثم 100 ملغ يوميا/ 8 أيام
- Metronidazole مع Amoxicilline 250. ملغ / 3 مرات / 7-10 أيام.

ثالثاً - التهابات النسيج الداعمة الناكس

إن مرضى التهاب النسيج الداعمة الناكس لا يوجد لديه خصائص تميز هذا المرض عند الفحص الأولي مقارنة مع الالتهابات الأخرى.

ففي حال عدم استجابة التهاب النسيج الداعمة لأي من الوسائل العلاجية والتي سبق وعولج بها فالتصنيف هو التهاب أنسجة داعمة ناكس.

المعالجة : تتضمن المشاركة بين المعالجة الدوائية والمعالجة الميكانيكية [تقليدية، جراحية] من أجل إنقاص النزف عند السبر، تصريف القيح إن وجد، إنقاص عمق الجيوب، إزالة أو تثبيط العوامل الممرضة حول سنوية

المعالجة الدوائية : تعتمد على ضرورة إجراء اختبارات جرثومية تتضمن اختبار الزرع.

الأنظمة الدوائية المطبقة :

إن المعالجة باستخدام المشاركة الدوائية يمكن أن تكون ذات أثر أكبر في معالجة أمراض النسيج الداعمة الناكس.

- 1-ميثرونيديازول مع الاوغمانتين.
- 2- ميثرونيديازول مع الأموكسسلين.
- 3- ميثرونيديازول مع سييرفلوكساسين
- 4- أزيثرومايسين 500مغ يوميا لمدة 3 أيام

رابعاً - التهابات النسيج الداعمة التقرحية التمتوتية. Necrotizing Ulcerative periodontitis.

تقسم المعالجة إلى مرحلتين:

المرحلة الأولى: وتهدف إلى علاج الحالة الحادة للمرض بإزالة الإعراض الحادة التي تعيق العلاج وهي:

- الألم
- النزف
- عدم الارتياح وخصوصاً عند تناول الطعام.

وتتضمن:

استخدام الماء الأوكسجيني H₂O₂ بتركيز 3% مع ماء دافئ لغسل المناطق المتقرحة والمتموتة.
- إجراء تقليح بسيط بحسب ما تسمح به الحالة حيث يفضل استخدام ادوات التقليح فوق صوتية، أفضل من اليدوية.

- استخدام الصادات الجهازية: ميثرونيديازول مع أموكسيسيلين 250 ملغ/ 3 مرات يومياً كمعالجة داعمة للتقليح حتى يتم شفاء القرحات.

إعطاء المريض كلور هيكسيدين 0.12% مرتين يومياً لدعم إنقاص تشكل اللويحة.

بعد حوالي 5 أيام حيث تكون الأعراض الحادة قد زالت مع تمام شفاء القرحات.

نلجأ إلى:

تقليح تحت لثوي.

- تعليمات الصحة الفموية (فراشي طرية، مضامض).

- تصحيح حواف التيجان مع تلميع الترميمات.

مع العلم أن معظم هؤلاء المرضى مهملين للصحة الفموية ومن الصعب تأسيس صحة فموية جيدة.

المرحلة الثانية:

في الحالات المتقدمة من التهاب النسيج الداعمة التقرحية التمثوية والتي تترافق مع جيوب حول سنية وتخرب عظمي نلجأ إلى المعالجات حول السنية (تقليدية، جراحية) مع أو بدون المعالجات التجديدية. كما يمكن إجراء قطع وتشذيب للحواف اللثوية.

ملاحظة: في مرضى المصابين بـ HIV فإن إجراء المعالجات الجراحية كعلاج للحالات المتقدمة من التهابات النسيج الداعمة التقرحية التمثوية غير مفضل بسبب طول الفترة اللازمة للشفاء

الاستنتاجات

تعتبر **المعالجة الميكانيكية** هي الخطوة الأساسية في بدء معالجة أمراض النسيج الداعمة حول السنية. حيث توقف تقدم المرض حول السني ولكنها غير كافية لإزالة العوامل الممرضة من المنطقة تحت اللثوية.

وسائل التشخيص لأمراض النسيج الداعمة

- التشخيص السريري: يعتمد على قياس المشعرات السريرية (مشعر الإلتهاب اللثوي، مشعر اللويحة الجرثومية، مشعر القلح، مشعر عمق الجيوب، مشعر النزف، مشعر الإنحسار، مشعر فقد الارتباط).
- التشخيص الشعاعي: لتقييم شكل الامتصاص العظمي
- (أفقي-شاقولي). وتقييم عمق الجيب العظمي الذي يتعذر سبره) ولكشف القلح تحت اللثوي في بعض الأحيان.
- التشخيص الجرثومي: الزرع الجرثومي- مسابر DNA
- التشخيص المناعي: فحص الأضداد المناعية.
- التشخيص الكيميائي الحيوي: يعتمد على فحص وجود الخلايا المناعية PMNs في السائل الميزاب اللثوي.

ملاحظة: يكون مرئي بالصور الشعاعية بشرط توضع على السطوح الملاصقة وبكمية كافية ومتكلس بشكل جيد.

الفحص الجرثومي

1- **الزرع الجرثومي:** تعتبر من الطرق المهمة في التشخيص الجرثومي التي تكشف عن كل أنواع الجراثيم المسببة للمرض

مساوي الزرع الجرثومي:

- 1- يجب أن تكون الخلايا الجرثومية حية ولذلك من أخذ العينة ووضعها بسائل مخصص اسمه RTF يسمح ببقاء خلايا الجراثيم حية لمدة 30د أو 40د فقط.
- 2- نتائج الزرع غير متشابهة (-بسبب عدم استعمال نفس التقنية بالفحص).
- 3- نحتاج بالزرع ل 21يوم إلى شهر لنحصل على نتيجة العينة.
(وذلك بسبب كون الزرع يحتاج لأسبوع، ولرؤية الأنواع نعيد الزرع بعد أسبوعين أو أكثر أي نحتاج 21يوم- شهر للحصول على النتائج)

مسابر الDNA:

وهي عبارة عن علم حديث في الفحص الجرثومي يحدد هوية البكتيريا.
وجد العالم الأمريكي French 1986 أن طريقة مسابر DNA هي : طريقة حساسة وسريعة ونوعية لمعرفة أنواع الجراثيم في أمراض الأنسجة الداعمة،- كما من المهم جدا تحديد مستوى البكتيريا أكثر من وجودها.
شروط أخذ العينة:

- 1- يجب أن يكون الجيب عميقا
- 2- عدم وجود خراج لثوي أو مفرزات قيحية
- 3- من المهم وجود علامة النزف (أساسية لوجود المرض)
- 4- يجب إزالة اللويحة الجرثومية فوق اللثوية وعدم التدخل باللويحة تحت اللثوية.
- 5- نضع قمع ورقي في الجيب لمدة 10ثا ثم يوضع بأنبوب فارغ (في حالة الزرع الجرثومي يوضع بأنبوب فيه محلول RTF).

مراحل طريقة مسابر DNA:

- 1- فصل الخلايا البكتيرية عن بعضها
- 2- تهجين DNA (تكون حلزونية تحول إلى خطوط مستقيمة، ثم تُفصل الجداول عن بعضها وتهجن ثم توضع بفلتر مثقب)
- 3- تعريض البكتيريا لفلتر معين مؤلف من التيرو سللوز
- 4- غسل البكتيريا بعد أخذها من الفلتر
- 5- ثم تعرض ل X- ray
- 6- بعد ذلك تتوضع : نقاط سوداء (مكان تواجد البكتيريا)
وكما كانت : أكثر اسوداداً كان (مستوى البكتيريا أكبر).

كلما زاد عدد النقاط السوداء أو زاد قطرها كلما زادت البكتيريا وزادت الفوعة الجرثومية.

أهداف هذه الطريقة:

1-التشخيص

2- إعادة التقييم للبكتيريا

3- المراقبة.

مزايا هذه الطريقة:

1- سهولة التطبيق

2- غير مؤلمة

3- تدلنا على وجود البكتيريا

4- حساسة أكثر من الزرع الجرثومي (لأنها تكشف البكتيريا بمستوى (10) 3 بينما الطرق الأخرى تكشف

البكتيريا بمستوى (10) 4

5- تمكننا هذه الطريقة من معرفة الكمية والنوعية للبكتيريا (الفوعة الجرثومية)

وبحسب هذه الفوعة نحدد نوع الصاد وجرعته حسب الحالة المرضية

6- سريعة يمكن فحص العينة بعد يوم أو أكثر، كما يمكن الحصول على النتيجة بعد (3- 4) أيام فقط

7- تعتبر أقل تكلفة من الزرع الجرثومي

بالنتيجة:

- P.g: تعتبر من أخطر الجراثيم وأكثرها سمية وهي أشباه الجراثيم المخضبة بالأسود المرافقة لالتهاب النسيج الداعمة الجانحي المعمم.
- P.I: أكثر شيوعا في التهاب اللثة و التهاب اللثة الحلمي وفي التهاب النسيج قبل البلوغ.
- في حالة الجراثيم اللاهوائية سلبية الغرام السابقة نعطي الميترونيدازول
- في حالة الاتحاد بين الجراثيم الهوائية واللاهوائية نعطي مشاركات دوائية بين الميترونيدازول وصادات أخرى.
- في حالة الشبابي الموضع والالتهاب المزمن تغلب عصية الفطر الشعاعي Aa يعطى التتراسيكلين