

## مقارنة قطع اللثة التجميلي للفك العلوي باستخدام

### الدليل الجراحي الريزيني والقطع التقليدي

طالب الدراسات العليا: خضر محمد عيشه كلية طب الأسنان - جامعة دمشق

إشراف: م.د. وائل المهدي

#### الملخص:

**الهدف من البحث :** مقارنة فعالية استخدام الدليل الجراحي الريزيني في قطع اللثة بالمقارنة مع القطع التقليدي بدون دليل

**مواد وطرائق البحث:** أجريت دراسة مقارنة سريرية على أربعين مريض مراجع لقسم علم النسيج حول السنية في جامعة دمشق ممن هم بحاجة لإجراء قطع لثوي للفك العلوي المنطقة الأمامية سواءً بمقصد تجميلي أو تعويضي ، وتم تقسيم المرضى إلى مجموعتين مجموعة تم الإستعانة بدليل جراحي مصنع من الريزين لإجراء القطع اللثوي وعددهم 20 مريض ،ومجموعة تم إجراء القطع اللثوي عندهم بطريقة تقليدية دون الإستعانة بأي دليل وعددهم 20 مريض أيضا. تم تسجيل المشعرات التي تتعلق بالطبيب مباشرة وهي وقت القطع اللثوي للأسنان الست الأمامية و راحة الطبيب أثناء القطع ،ورضى الطبيب عن تناظر الأسنان المتشابهة في الطرفين ، والمشعر الذي يتعلق بالمريض وهو رضى المريض عن الناحية التجميلية مباشرة بعد القطع وقبل رفع الشريحة.

**النتائج :** أظهرت النتائج الإحصائية تفوق استخدام الدليل الجراحي المصنع بتقنية طباعة الريزين في عمليات قطع اللثة مقارنة بالقطع التقليدي بدون أي دليل من حيث رضى كل من الطبيب والمريض وراحة الطبيب ووقت القطع اللثوي.

**الاستنتاجات :** وجدت هذه الدراسة تفوق استخدام الدليل الجراحي المصنع من الريزين وإعطائه نتائج أفضل للمعالجة سواءً إن كان للطبيب أو للمريض.

**الكلمات المفتاحية :** قطع اللثة ،الدليل المصنع من الريزين ، راحة الطبيب، راحة المريض ، خبرة الطبيب.

## Comparison of esthetic gingivectomy for upper jaw by using resin guide and traditional method

### Abstract:

**surgical Objective:** To compare the effectiveness of using resin guide in cutting the gums in comparison with the traditional cutting without any guide.

**Materials and methods:** A clinical comparative study was conducted on forty patients referred to the Department of Periodontology at the University of Damascus who needed to perform a gingivectomy to the upper jaw in the anterior region, either with a cosmetic or prosthetic intent. gingivectomy, 20 patients, and a group of gingivectomy was performed in a traditional way without using any guide, and they also numbered 20 patients. The indices that are related to the doctor were recorded directly, which is the time of gingivectomy of the front six teeth and the doctor's rest during cutting, and the doctor was satisfied with the symmetry of the similar teeth at both ends, and the hair that relates to the patient, which is the patient's satisfaction with the cosmetic aspect immediately after cutting and before lifting the slide.

**Results:** The statistical results showed that the use of the surgical guide made with resin printing technology in gingivectomy operations compared to the traditional cut without any guide in terms of the satisfaction of both the doctor and the patient, the doctor's comfort and the time of gingivectomy.

**Conclusion:** This study found the superiority of using the surgical guide made from resin and giving it better treatment results, whether for the doctor or the patient.

**keywords:** Gingivectomy, Resin Guide, doctor comfort, patient comfort, doctor experience

## 1-المقدمة :

إن تطويل التيجان هو إجراء يهدف إلى زيادة الطول السريري للأسنان بقصد إعادة تأسيس بعد حيوي من الارتباط البشري إلى قمة العظم السنخي ،أو لغايات تجميلية . إن إجراءات تطويل التيجان تستخدم بشكل عام للحفاظ على المعقد السنخي اللثوي في الوضع المثالي ولتصحيح العيوب التجميلية من خلال تصميم الإبتسامة [1] كما أن إجراءات تطويل التيجان السريرية تستخدم لإعادة بناء العرض الحيوي في سبيل الحفاظ على الصحة حول السنينة بشكل عام بعد وضع التعويضات [2] بالإضافة إلى أن إجراءات تطويل التيجان تساعد أيضا طبيب التعويضات الثابتة بالحصول على حواف فوق لثوية والتي هي أفضل لأخذ الطبقات وتمييز خطوط الإنهاء والعناية حول السنينة [3]. كما أنه في بعض الأحيان قد يحتاج الطبيب لإجراء تطويل التيجان عند وجود نخر شديد معم على الأسنان إذ يصبح تطويل التيجان ضرورة للحصول على طول كافي للأسنان التي هي بحاجة لترميم النسيج المفقودة منها ، إذ يعود مصطلح تطويل التيجان إلى الإجراءات الجراحية التي تهدف إلى زيادة طول النسيج السنينة فوق اللثوية لأغراض تعويضية أو تجميلية.[4] ويمكن أيضا استخدام إجراء تطويل التيجان للتخلص من التهاب اللثة المزمن التالي لوضع تعويضات سببت تعدي على العرض الحيوي والتهاب لثة ونسج حول سنينة تالي ، ومع ازدياد شعبية العلاج الموجه جماليا فإن الفهم لتكامل للجهود العلاجية قد تتطور وكنتيجة لذلك فإن إجراءات تطويل التيجان قد أصبحت جزء لا يتجزأ من المصفوفة التجميلية وأصبحت بتواتر متزايد لتحسين جمالية التعويضات الموضوعة في المنطقة التجميلية [5].

إن حجر الأساس لعمليات تطويل التيجان هو الحفاظ على العرض الحيوي (والذي هو المسافة بين قمة العظم السنخي وقاعدة الميزاب اللثوي) في وضع أكثر ذرؤية لتجنب التغيرات التي يمكن أن تسبب امتصاص العظم، تراجع اللثة، التهاب، أو ضخامة لثوية [6, 7] وازداد الطلب على هذا الإجراء في العيادات نتيجة توجه الناس باتجاه الإبتسامات الجذابة والتي أصبحت رمزا للجمال ،وكون اللثة تشمل جزءا لا بأس به من هذه الإبتسامة فكان هنالك لابد من القيام بإجراء تطويل التيجان لتحقيق هذه الغاية عند

شريحة واسعة من المرضى.[8] ، حيث وجدت إحدى الدراسات أن إجراء تطويل تيجان قبل تعويض الأسنان أو ترميمها هو إجراء مستخدم بكثرة [9]، إذ أن التناغم بين النسيج اللثوي والتعويض السني سوف يؤدي إلى نتيجة تجميلية أفضل [10] . كما أن التناظر بين مستوى اللثة للأسنان المتناظرة ونقاط التماس بين السني والمثلثات بين السنية هي معايير أساسية لتقييم الجمال في المنطقة الفموية [11] ، لذلك كان استخدام الصفيحة الإكريلية أو صفيحة الفايكوم المصنعة بالتشميع التشخيصي ذو فائدة كبيرة في الحصول على نتائج مرضية أثناء قطع اللثة وتطويل التيجان [12]، إلا أن التطور التكنولوجي كان له الأهمية في هذا المجال مع تطور تقنيات (CAD-CAM) والحصول على دليل مصنع من الريزين بتقنية الطباعة ثلاثية الأبعاد والإستعانة بالبرامج الحاسوبية لرسم مستوى اللثة المتوقع الحصول عليه مستقبلا بدقة بالتوافق مع التعويضات المستقبلية أيضا [13].

## 2-الهدف من البحث :

مقارنة فعالية استخدام الدليل الجراحي المصنع من الريزين بتقنية الطباعة ثلاثية الأبعاد في قطع اللثة وتطويل التيجان مع القطع التقليدي بدون دليل من حيث :

- رضا المريض والطبيب عن النتائج التجميلية
- الوقت المستهلك في القطع اللثوي
- راحة الطبيب أثناء القطع
- رضا الطبيب عن تناظر القطع وجماليته

## 3-المواد والطرائق:

### ❖ تصميم الدراسة:

دراسة سريرية مضبوطة معشاة تم فيها معالجة (40) مريض من مراجعي قسم علم النسيج حول السنية - جامعة دمشق ، تراوحت أعمار المرضى بين 20 - 30 سنة، وكان متوسط العمر عند المجموعة 24.8 سنة، بانحراف معياري 2.6. وبلغ عدد الذكور بعينة الدراسة 18 (45%)، وعدد الإناث 22 (55%).

دراسة سريرية مضبوطة معشاة ،عينة الدراسة ( 40 ) أربعون مريض و (20)طبيب  
تطبق عليهم المعايير السابقة، تم توزيع المرضى إلى مجموعتين :  
- مجموعة أولى (الدليل الريزني) : ضمت هذه المجموعة 20 مريض  
- مجموعة ثانية (القطع التقليدي) : ضمت هذه المجموعة 20 مريض أيضا  
تم شرح البروتوكول العلاجي للمرضى قبل البدء بالعلاج وشرح آلية ملاء البيانات سواءً  
بالنسبة لبطاقة البحث الخاصة بالمريض وتلك الخاصة بالطبيب الذي يؤدي الإجراء  
الجراحي.

#### ❖ معايير التضمين :

- 1- عمر المرضى المشمولين بالدراسة أكبر من 18 عاما.
- 2- ليس لديهم أمراض جهازية .
- 3- بحاجة إلى إجراء تطويل تيجان جراحي سواءً لأغراض تجميلية أو تعويضية.
- 4- مشعر اللويحة السنوية والتهاب اللثة أقل من واحد.
- 5- الأطباء جميعهم أخصائيي علم نسج حول سنوية.

#### ❖ معايير الإستبعاد: تم استبعاد المرضى الذين:

- 1- لديهم أمراض عامة
- 2- وجود التهاب لثوي من الدرجة الثانية أو الثالثة
- 3- الحوامل والمرضعات
- 4- وجود تقويم مثبت على الأسنان.

#### ❖ خطوات العمل:

1. **الفحص السريري :** يشمل جميع تفاصيل التاريخ الطبي والسنني في استمارة المريض الخاصة به.

2. **الجلسة الأولى :** تم أخذ القصة المرضية للمريض، و اجراء الفحص الشامل داخل الفموي ،وفحص النسج حول السنوية وسبر أعماق الجيوب وتسجيل المشعرات السريرية

التالية : مشعر اللويحة (PI) ، مشعر التهاب اللثة (GI) ، مشعر النزف عند السبر (BOP) ، مشعر عمق السبر (PD) ، وتسجيل البيانات على بطاقات التسجيل الخاصة بالبحث وإجراء جلسة تهيئة حول سنية ، وأخذ طبعة بالمطاط لمرضى مجموعة الدليل الجراحي المصنع من الريزين لنقوم بالعمل المخبري وصنع الدليل ، وإعطاء التعليمات الفموية وطريقة التفريش الصحية للمرضى.

3. الجلسة الثانية : تم اجراء العمل الجراحي للمرضى وفق الآتي :

• **المجموعة الأولى** : تم اجراء التخدير للمرضى بتقنية الإرتشاح تحت الغشاء المخاطي ثم القيام بإجراء القطع اللثوي ثم اجراء رفع للشريحة والقيام بتثذيب العظم ثم رد الشريحة وإجراء الخياطة .

• **المجموعة الثانية** : تم اجراء التخدير تقنية الإرتشاح تحت الغشاء المخاطي ثم وضع الدليل ضمن فم المريض واجراء القطع اللثوي عليه ثم رفع الشريحة واجراء القطع العظمي على الدليل أيضا ثم نزع الدليل والقيام بخياطة الشريحة وإعطاء التعليمات للمرضى . وتم أخذ المشعرات التالية بعد إجراء العمل الجراحي : مشعر رضا المريض عن النتائج التجميلية ورضا الطبيب عن تناظر القطع وعدد سنوات خبرة الطبيب والوقت المستهلك في القطع ، وراحة المريض حسب مقياس (VAS) ، والوقت المستهلك في القطع (بالدقائق) .

❖ **التوصيات بعد العمل الجراحي :**

- 1- وصف 1000 مغ أوغمنتين مرتين يوميا لمدة 5 أيام
- 2- وصف 50 مغ فلام-ك ثلاث مرات يوميا لمدة يومين
- 3- تجنب الأطعمة الساخنة أول يومين
- 4- تجنب التعرض لأشعة الشمس والحرارة أول ثلاثة أيام

5- وضع كمادة باردة على المنطقة الفموية مدة 10 دقائق ونزعها 10 دقائق بالتناوب لمدة ساعتين.

❖ **جلسات المتابعة:**

تم نزع الخيوط الجراحية بعد 10 أيام من العمل الجراحي.

توضح صور الحالة 1 استخدام الدليل الجراحي الريزيني في القطع.

وتوضح صور الحالة 2 اجراء القطع اللثوي بدون دليل .





حالة 1 توضح قطع لثة مع الدليل الجراحي الريزيني





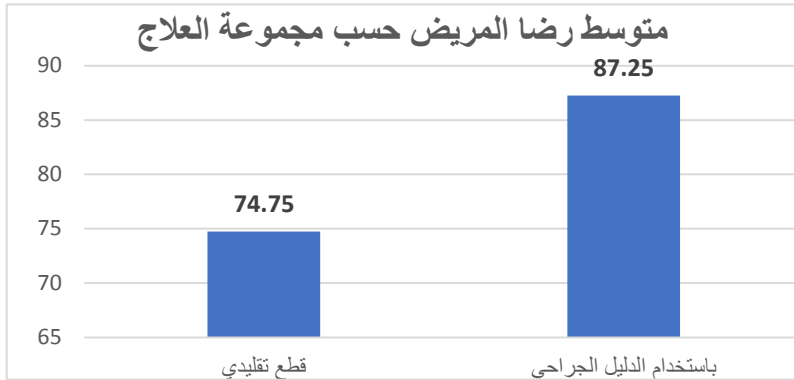
حالة 2 توضح قطع لثة بدون دليل للقطع

#### 4- النتائج ومناقشتها :

- دراسة العلاقة بين مجموعة الدراسة (قطع تقليدي، دليل جراحي) ورضا المريض: يبين الجدول رقم 1 متوسط قيمة رضا المريض باستخدام كلاً من طريقتي القطع التقليدي لتطويل التيجان، وتطويل التيجان باستخدام الدليل الجراحي، حيث كانت قيمة رضا المريض الوسطية (74.75، 87.25) على الترتيب. تم إجراء اختبار Mann-Whitney U لدراسة وجود فرق جوهري بين المجموعتين، وأظهرت قيمة مستوى الدلالة وجود فرق جوهري (P=0.000)، حيث تفوقت مجموعة الدليل الجراحي من ناحية رضا المريض.

الجدول رقم 1 - العلاقة بين رضا المريض ومجموعة الدراسة						
		المتغير		اختبار Mann-Whitney U		
		المتوسط	المتوسط	مجموع الرتب	قيمة مستوى الدلالة	معنوية الاختبار
مجموعة العلاج	قطع تقليدي	74.75	11.93	238.50	.000	يوجد فرق جوهري بين المجموعتين
	باستخدام الدليل الجراحي	87.25	29.08	581.50		

يوضح الشكل البياني رقم 1 متوسط قيمة رضا المريض لكل من مجموعتي العلاج.

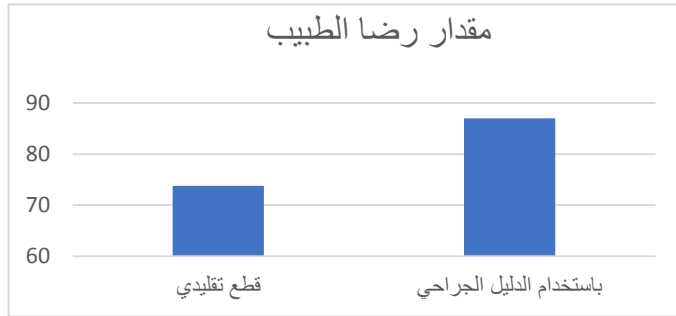


شكل بياني رقم 1

- دراسة العلاقة بين مجموعة الدراسة (قطع تقليدي، دليل جراحي) ورضا الطبيب: يبين الجدول رقم 2 متوسط قيمة رضا الطبيب باستخدام كلاً من طريقتي القطع التقليدي لتطويل التيجان، وتطويل التيجان باستخدام الدليل الجراحي، حيث كانت قيمة رضا الطبيب الوسطية (73.75، 87.00) على الترتيب. تم إجراء اختبار Mann-Whitney U لدراسة وجود فرق جوهري بين المجموعتين، وأظهرت قيمة مستوى الدلالة وجود فرق جوهري ( $P=0.000$ )، حيث تفوقت مجموعة الدليل الجراحي من ناحية رضا الطبيب.

الجدول رقم 2 - العلاقة بين رضا الطبيب ومجموعة الدراسة						
		المتغير		اختبار Mann-Whitney U		
		المتوسط	مجموع	قيمة	معنوية الاختبار	
		الرتب	الرتب	مستوى الدلالة		
مجموعة العلاج	قطع تقليدي	73.75	11.10	222.00	.000	يوجد فرق جوهري بين المجموعتين
	باستخدام الدليل الجراحي	87.00	29.90	598.00		

يوضح الشكل البياني رقم 2 متوسط قيمة رضا الطبيب لكل من مجموعتي العلاج.

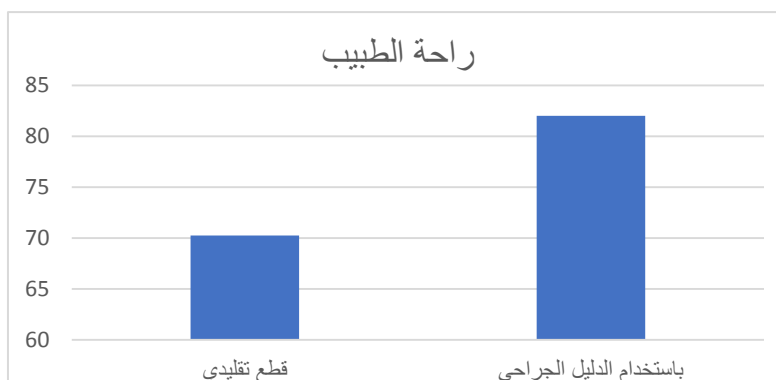


شكل بياني رقم 2

- دراسة العلاقة بين مجموعة الدراسة (قطع تقليدي، دليل جراحي) وراحة الطبيب: يبين الجدول رقم 3 متوسط قيمة راحة الطبيب باستخدام كلاً من طريقتي القطع التقليدي لتطويل التيجان، وتطويل التيجان باستخدام الدليل الجراحي، حيث كانت قيمة راحة الطبيب الوسطية (70.25، 82.00) على الترتيب. تم إجراء اختبار Mann-Whitney U لدراسة وجود فرق جوهري بين المجموعتين، وأظهرت قيمة مستوى الدلالة وجود فرق جوهري ( $P=0.000$ )، حيث تفوقت مجموعة الدليل الجراحي من ناحية راحة الطبيب.

الجدول رقم 3 - العلاقة بين راحة الطبيب ومجموعة الدراسة						
المتغير		المتوسط	اختبار Mann-Whitney U			
			متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مستوى الدلالة	معنوية الاختبار
مجموعة العلاج	قطع تقليدي	70.25	11.90	238.00	.000	يوجد فرق جوهري بين المجموعتين
	باستخدام الدليل الجراحي	82.00	29.10	582.00		

يوضح الشكل البياني رقم 3 متوسط قيمة راحة الطبيب لكل من مجموعتي العلاج.



شكل بياني رقم 3

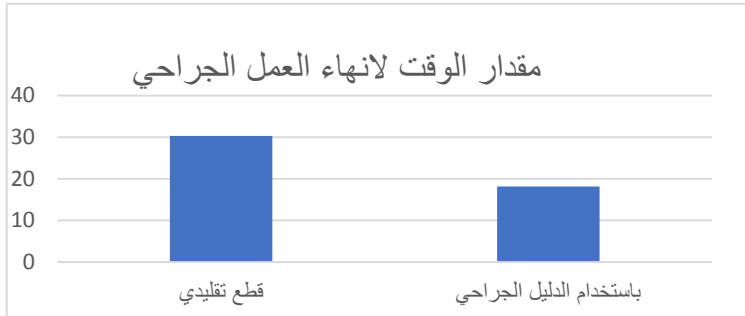
• دراسة العلاقة بين مجموعة الدراسة (قطع تقليدي، دليل جراحي) والوقت المستهلك لانتهاء العمل الجراحي:

يبين الجدول رقم 4 متوسط مقدار الوقت المستهلك لإنهاء العمل الجراحي باستخدام كلا من طريقتي القطع التقليدي لتطويل التيجان، وتطويل التيجان باستخدام الدليل الجراحي، حيث كانت قيمة مقدار الوقت المستهلك لإنهاء العمل الجراحي الوسطية (30.35، 18.20) على الترتيب.

تم إجراء اختبار Mann-Whitney U لدراسة وجود فرق جوهري بين المجموعتين، وأظهرت قيمة مستوى الدلالة وجود فرق جوهري (P=0.000)، حيث تفوقت مجموعة الدليل الجراحي من ناحية مقدار الوقت المستهلك لإنهاء العمل الجراحي.

الجدول رقم 4 - العلاقة بين دار الوقت لانتهاء العمل الجراحي ومجموعة الدراسة						
المتغير	المتوسط	اختبار Mann-Whitney U				
		متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مستوى الدلالة	معنوية الاختبار	
مجموعة العلاج	قطع تقليدي	30.35	29.93	598.50	.000	يوجد فرق جوهري بين المجموعتين
	باستخدام الدليل الجراحي	18.20	11.08	221.50		

يوضح الشكل البياني رقم 4 متوسط مقدار الوقت المستهلك لإنهاء العمل الجراحي لكل من مجموعتي العلاج.



شكل بياني رقم 4

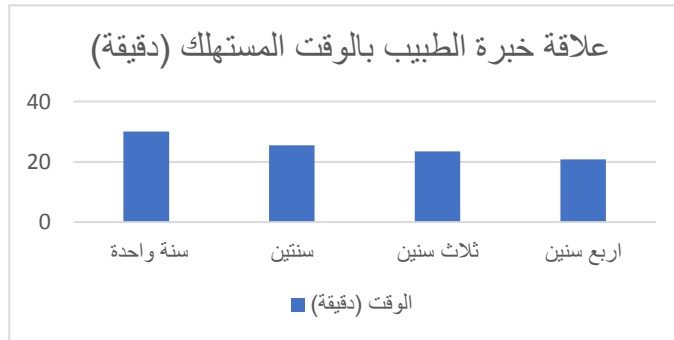
• دراسة العلاقة بين عدد سنوات خبرة الطبيب والوقت المستهلك لإنهاء العمل الجراحي:

يبين الجدول رقم 5 متوسط العلاقة بين مقدار الوقت لإنهاء العمل الجراحي و عدد سنوات خبرة الطبيب ، حيث كانت ارتباط قيمة الوقت المستهلك مع عدد سنوات خبرة الطبيب (سنة واحدة ،سنتين ،ثلاث سنوات ، أربع سنوات ) الوسطية (23.5, 20.83, 30.0, 25.5) على الترتيب.

تم إجراء اختبار **Kruskal Wallis** لدراسة وجود فرق جوهري بين المجموعتين، وأظهرت قيمة مستوى الدلالة عدم وجود فرق جوهري ( $P=0.132$ )، حيث لم يوجد فرق جوهري بين المجموعات.

الجدول رقم 5 - العلاقة بين مقدار الوقت لانتهاء العمل الجراحي وخبرة الطبيب						
المتغير		المتوسط (دقيقة)	اختبار Kruskal Wallis Test			
			متوسط الرتب	درجة الحرية	قيمة مستوى الدلالة	معنوية الاختبار
خبرة الطبيب	سنة واحدة	30.0	28.08	3	.132	لا يوجد فرق جوهري بين المجموعتين
	سنتين	25.5	22.42			
	ثلاث سنين	23.5	20.35			
	اربع سنين	20.83	14.92			

يوضح الشكل البياني رقم 5 متوسط العلاقة بين مقدار الوقت لإنهاء العمل الجراحي و عدد سنوات خبرة الطبيب.



شكل بياني رقم 5

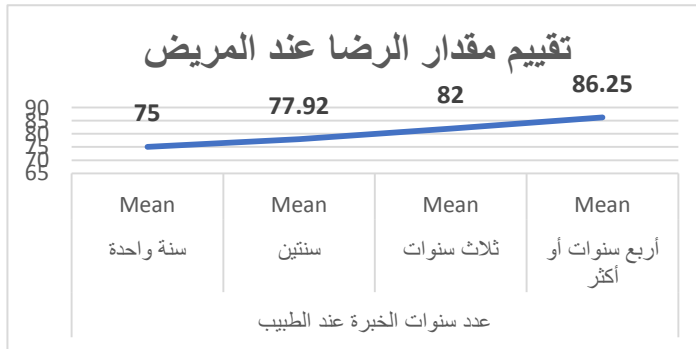
• دراسة العلاقة بين عدد سنوات خبرة الطبيب وراحة المريض:

يبين الجدول رقم 6 متوسط العلاقة بين مقدار الوقت لإنهاء العمل الجراحي و عدد سنوات خبرة الطبيب ، حيث كانت ارتباط قيمة الوقت المستهلك مع عدد سنوات خبرة الطبيب (سنة واحدة ،سنتين ،ثلاث سنوات ، أربع سنوات ) الوسطية (23.5, 20.83, 30.0, 25.5) على الترتيب.

تم إجراء اختبار **Kruskal Wallis** لدراسة وجود فرق جوهري بين المجموعتين، وأظهرت قيمة مستوى الدلالة عدم وجود فرق جوهري ( $P=0.025$ )، حيث تبين أنه يوجد فرق جوهري بين المجموعات

الجدول رقم 6 - العلاقة بين رضا المريض وخبرة الطبيب						
المتغير		المتوسط	اختبار Kruskal Wallis Test			
			متوسط الرتب	درجة الحرية	قيمة مستوى الدلالة	معنوية الاختبار
خبرة الطبيب	سنة واحدة	75.00	12.67	3	025	يوجد فرق جوهري بين المجموعتين
	سنتين	77.92	16.13			
	ثلاث سنين	82.00	21.85			
	اربع سنين	86.25	27.67			

يوضح الشكل البياني رقم 6 متوسط العلاقة بين مقدار الوقت لإنهاء العمل الجراحي و عدد سنوات خبرة الطبيب.



شكل بياني رقم 6

## المناقشة :

تطويل التيجان الجراحي الذي يتضمن هندمة اللثة وتفرغ للعظم هو في بعض الأحيان عامل مساعد للعملية التعويضية للحصول على نواحي تجميلية أفضل، وأحيانا أخرى هو ركيزة أساسية للحصول على صحة لثوية سليمة بالإضافة للنواحي التجميلية الضرورية لنجاح العملية التعويضية، إذ أن إعادة تأهيل المنطقة الأمامية جماليا تتضمن العديد من الجهود، كل واحدة منها بمنهجيتها للوصول إلى الهدف النهائي والذي هو ابتسامة صحية وسليمة وجميلة ومرضية للطبيب والمريض. [14] كما أن العديد من التطورات التكنولوجية لازالت مستمرة في ردف جهود الطبيب التي تقضي لتقديم أفضل خدمة علاجية للمريض وتأمين جو مريح للعمل سواء للطبيب أو المريض لذلك التقدم التكنولوجي وتطور الوسائل المساعدة تحسن من جودة العلاج، وتختصر الوقت مما يفسر مدة القطع اللثوي بوقت أقل عند فئة مرضى الدليل الجراحي، [15] وهذا يتوافق مع دراستنا الحالية إذ لاحظنا بمقارنة المجموعتين أن الوقت المستهلك أثناء قطع اللثة بواسطة الدليل الجراحي أقل بشكل واضح مع وجود فرق جوهري دال احصائيا حيث كان الوقت وسطيا (30.35 ، 18.20) دقيقة للقطع التقليدي والقطع باستخدام الدليل الجراحي على الترتيب إذ كان هنالك اختصار للوقت بمقدار ما يقارب النصف تقريبا .

وعند استخدام الدليل الجراحي لقطع اللثة نجد له نتائج واضحة عند عمل تطويل التيجان وقطع اللثة على سن أو عدة أسنان إذ أنه يساعد الطبيب على تصور طول التاج فيما بعد بشكل أكثر دقة وزيادة الرضى لدى الطبيب عن نتائج القطع [16] وهذا يتوافق مع دراستنا الحالية التي وجدت فرقا جوهريا بين مجموعتي الدراسة حيث كان متوسط الرضى عن النتائج التجميلية بالنسبة للطبيب (87.0 ، 73.75) عند مجموعة الدليل الجراحي والقطع التقليدي على التوالي

وعند الأخذ بعين الحسبان أهمية الجودة التقنية العالية للعلاج كحجر أساس لتحسين جودة الحياة ورفع مستوى العلاج يظهر لدينا تناسب طردي بين تطور وسائل المعالجة وتقليل الوقت المستهلك وزيادة رضى المريض وراحة الطبيب [17] وهذا يتوافق أيضا مع دراستنا التي وجدت فرقا جوهريا دالا احصائيا (82.0، 70.25) بين مجموعتي الدراسة



المستخدم لديها الدليل الجراحي والقطع التقليدي على التوالي وتفوق الدليل الجراحي من حيث راحة الطبيب أثناء القطع وعدم الإحساس بالضغط النفسي عند محاولة الحفاظ على تناظر الأسنان المتماثلة أثناء القطع .

كما وجدنا في دراستنا تناسب طردي بين رضا المريض وخبرة الطبيب في الجراحة اللثوية حيث كان هنالك فرق جوهري دال احصائيا عند مقارنة رضى المريض عن العمل الجراحي المجرى بيد الأطباء أخصائي علم النسيج حول السنية ذوي الخبرات سنة ، سنتين ، ثلاث سنوات ، أربع سنوات اذ كانت متوسط القيم (75.0 ، 77.92 ، 82.0 ، 86.25) على التوالي وهذا يتوافق مع دراسة [Douglas A et al](#) الذي وجد أنه مع زيادة خبرة الطبيب تزداد الإنتاجية لديه [18].

وكما أن وجود تواصل بين المريض والطبيب لفهم المشكلة لدى المريض وإيجاد الحل لها (مثل صنع الدليل الجراحي وتجربته للمريض قبل الجراحة وأخذ رأيه بجمالية اللثة بعد القطع) يجعل العلاج يأخذ منحى القرار المشترك بين الطبيب والمريض إذ يوجد جلسات قبل جلسة الإجراء الجراحي (التشخيص، أخذ الطبقات....) مما يؤدي إلى تحسن مستوى رضى المريض عن الإجراء الجراحي [19].

## 5-الإستنتاجات والتوصيات :

### الإستنتاجات :

ضمن حدود هذه الدراسة وجدنا تفوق واضح احصائيا لفئة الدليل الجراحي على فئة القطع التقليدي بدون دليل للقطع من حيث رضا المريض والطبيب عن النتائج التجميلية و الوقت المستهلك في القطع اللثوي و راحة الطبيب أثناء القطع و رضا الطبيب عن تناظر القطع وجماليته .

**التوصيات :**

نوصي باستخدام الدليل الجراحي المصنع من الريزين عند كل عمل جراحي بحاجة لقطع لثوي إذ أنه يوفر الكثير من الجهد والوقت ويخفف من التوتر أثناء القيام بقطع اللثة لدى الطبيب .

## 6-المراجع:

1. Pedraza, et al 2017., Crown lengthening procedure using aesthetic measurement gauges: A case report, International Journal of Applied Dental Sciences , 3(2): 95-97 .
2. Bader, J.D. et al. 1991 Effect of crown margins periodontal conditions in regularly attending patients, The Journal of prosthetic dentistry, **65**(1): p. 75-79.
3. de Waal, H. and G. Castellucci 1994 The Importance of Restorative Margin Placement to the Biologic Width and Periodontal Health Part II, International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, **14**(1).
4. Camargo, P.M. P.R. Melnick, 2007 Clinical crown lengthening in the esthetic zone , Journal of the California Dental Association, 35(7):487-498.
5. Lee, E 2004 Aesthetic crown lengthening: classification, biologic rationale, and treatment planning considerations, Pract Proced Aesthet Dent ,16(10):769-778 .
6. Marzadori, M., et al. 2018 Crown lengthening and restorative procedures in the esthetic zone, J Periodontology, **77**(1): p. 84-92.
7. Hempton, T .A. Dominici 2010 Contemporary crown-lengthening therapy: a review , The Journal of the American Dental Association  
Volume 141, Issue 6, June, Pages 647-655 .
8. Miller Jr, P. 1996 The development of periodontal plastic surgery , Periodontology2000, Vol. 11,1996, 7-1 7.
9. Pilalas, I. 2016 Pre-restorative crown lengthening surgery outcomes: a systematic review, Journal of clinical periodontology **43**(12): p. 1094-1108.
10. Chiche, G. 1994 Artistic and scientific principles applied to esthetic dentistry, J Esthetics of anterior fixed

- prosthodontics. Chicago:  
Quintessence Books: p. 13-32.
11. Grunder, U., S. Gracis Capelli 2005 Influence of the 3-D bone-to-implant relationship on esthetics. Periodontics Restorative Dent. **25**(2): p. 113-9.
  12. Malik, K. and S. Tabiat-Pour 2010 The use of a diagnostic wax set-up in aesthetic cases involving crown lengthening--a case report. Dent Update,. **37**(5): p. 303-4, 306-7.
  13. Lin, W.-S., et al. 2018 Fabrication of an interim complete removable dental prosthesis with an in-office digital light processing three-dimensional printer: a proof-of-concept technique, The Journal of Prosthetic Dentistry. **120**(3): p. 331-334.
  14. Silness, John 1964 , Periodontal disease in pregnancy II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition , Acta odontologica scandinavica ,22(1):p. 121 - 135
  15. LOE, H. & SILNESS 1963 periodontal disease in pregnancy 1, Acta Odontol Scand. ;:533-551.
  16. PAPAPANOU, N. P. & LINDHE J. 2008 Examination of Patients with Periodontal Disease In: LINDHE, J., LANG, N. P. & KARRING, T. Blackwell Munksgaard , Fifth edit.;
  17. Crichton, N., 2001 Clin Nursing. Blackwell Science Ltd,. **10**: p. 697-706.
  18. Zhen, M., et al. 2017 Periodontal evaluation of crown-root fractured teeth following modified crown lengthening surgery. British Dental Journal. **222**(1): p. 21-25.
  19. Ahmed, M.S. 2020, et al., Digital Dentistry-New Era in Dentistry, Journal of Advanced Medical. **8**(3): p. 67-70.

20. Walker, M. and P. Hansen 1998 Template for surgical crown lengthening: fabrication technique, J Prosthodont. **7**(4): p. 265-7.
21. Sangappa, S.B.J.T.J.o.I.P.S. 2012 Patient satisfaction in prosthodontic treatment: Multidimensional Paradigm The Journal of Indian Prosthodontic, **12**(1): p. 21-26.
22. Conrad, D.A., et al. 2010 Estimating determinants of dentist productivity: new evidence , Journal of public health dentistry **70**(4): p. 262-268.
23. Sondell, K. Söderfeldt 1997 Dentist—patient communication: a review of relevant models , Acta Odontologica Scandinavica. **55**(2): p. 116-126.

