

## STRESZCZENIE

Usunięcie zęba i gojenie rany poekstrakcyjnej skutkuje resorpcją kości, której następstwem jest zmniejszenie wymiarów wyrostka zębodołowego zarówno na wysokość jak i na szerokość. Zmiany te są uważane za fizjologiczne i zachodzą z największą intensywnością w ciągu trzech do sześciu miesięcy od ekstrakcji zęba. Biorąc pod uwagę powyższe dane należy rozważyć wykonanie procedur zachowujących wyrostek zębodołowy po ekstrakcji, aby zmiany te były jak najmniejsze. Jest to ważne, aby osiągnąć zadawalające efekty leczenia protetycznego lub implantoprotetycznego.

Celem pracy było porównanie skuteczności dwóch technik zachowania wyrostka zębodołowego po ekstrakcji zęba w rejonie estetycznym szczęki. Oceniono procedury z podniesieniem płata śluzówkowo-okostnowego i bez podniesienia płata. Do zachowania wyrostka w obu przypadkach wykorzystano sieciowaną błonę kolagenową oraz materiał alloplastyczny na bazie  $\beta$  trójfosforanu wapnia. Analizie poddano 29 pacjentów zrandomizowanych do grupy A (bez preparacji płata, n=15) oraz do grupy B (z preparacją płata, n=14). Podstawę porównania stanowiło badanie kliniczne (wykonane przed zabiegiem, 3, 4 i 6 miesięcy po zabiegu) oraz ocena skanów CBCT wykonanych przed i 6 miesięcy po usunięciu zęba. Badanie kliniczne obejmowało następujące parametry: wskaźnik płytki dla całej jamy ustnej (FMPS), wskaźnik krwawienia dla całej jamy ustnej (FMBOP), szerokość dziąsła skeratynizowanego (KT), wysokość i szerokość brodawek międzyzębowych (PH, PW), głębokość sondowania (PD), recesje (GR) oraz położenie kliniczne przyczepu (CAL) zębów sąsiadujących z usuwanym zębem oraz grubość tkanek miękkich w rzucie korzenia usuniętego zęba (3, 6 i 9 mm od brzegu dziąsła usuwanego zęba). Na skanach CBCT oceniono wysokość blaszki policzkowej (BH) oraz językowej (LH) zębodołu, grubość blaszki policzkowej zębodołu (BBP) oraz szerokość zębodołu (HW) w 5 punktach pomiarowych. Wyniki poddano analizie statystycznej

Pacjenci zakwalifikowani do badania charakteryzowali się dobrą higieną jamy ustnej wyrażoną niskimi wartościami wskaźnika FMPS. Wskaźnik krwawienia po sondowaniu nie przekroczył 25% w żadnej z grup. PD, GR i CAL zębów sąsiadujących z usuniętym nie zmieniły się w trakcie trwania badania w żadnej z grup. Brodawki międzyzębowe uległy obniżeniu w obu grupach. Szerokość dziąsła skeratynizowanego uległa zmniejszeniu w obu grupach z 6,5 mm do 5,4 mm w grupie bez wytwarzania płata oraz z 4,79 mm do 3,82 mm w grupie z preparacją płata w sześciomiesięcznej obserwacji. Grubość tkanek miękkich mierzona

za pomocą indywidualnie przygotowywanych pozycjonerów zwiększyła się na wysokości 3 mm i 6 mm w obu grupach. W grupie bez preparowania płata zmiana grubości tkanek miękkich nie była istotna na wysokości 9 mm. Pomiaru wykonane na skanach CBCT wykazały zmniejszenie wysokości blaszki policzkowej i językowej zębodołu w obu grupach. Jednak były to zmiany istotne tylko w grupie bez preparacji płata gdzie blaszka policzkowa została średnio zredukowana o 1,08mm a blaszka językowa o 1,29 mm. Zaobserwowano zmniejszenie radiologicznej szerokości policzkowej blaszki zębodołu, tym większe im dalej od dna zębodołu znajdował się punkt pomiarowy. W grupie B na wysokości 3 mm, 5 mm oraz 7 mm zmniejszenie szerokości blaszki policzkowej zyskało istotność statystyczną, a na wysokości 9 mm jej grubość wyniosła tylko 0,01 mm. W grupie A istotny spadek grubości przedsionkowej blaszki zębodołu obserwowany był od 5 do 9mm od dna zębodołu. Szerokość całego zębodołu zmniejszyła się istotnie tylko w grupie A na wysokości 5 mm i 7 mm od dna zębodołu.

Na podstawie uzyskanych wyników wyciągnięto następujące wnioski:

1. Ekstrakcja zęba skutkuje przebudową architektury tkanek twardych i miękkich zębodołu.
2. Zastosowanie procedur zachowujących wyrostek zębodołowy nie zapobiega całkowicie tej przebudowie.
3. Zarówno po procedurze zachowania wyrostka zębodołowego z wytworzeniem płata jak i bez preparacji płata dochodzi do:
  - zmniejszenia wysokości brodawek międzyzębowych
  - zmniejszenia szerokości dziąsła skeratynizowanego
  - zwiększenia grubości tkanek miękkich policzkowo na wysokości 3mm i 6mm od brzegu dziąsła usuniętego zęba
  - zmniejszenia szerokości blaszki policzkowej zębodołu
  - zmniejszenia wysokości blaszki policzkowej i językowej zębodołu (istotnie dla grupy bez preparacji płata)
  - zmniejszenia szerokości zębodołu
4. Na podstawie przeprowadzonego badania nie można wnioskować o wyższości żadnej z badanych procedur.