

ЗАПАЗВАНЕ НА АЛВЕОЛАТА СЛЕД ЕКСТРАКЦИЯ

Х. Факих и С. Парушева

*Катедра по орална и лицево-челюстна хирургия,
Факултет по дентална медицина – София*

Резюме. В публикацията се прави преглед на литературата по темата предпазване (презервация) на алвеолата, описва се протоколът на манипулацията. Авторите предлагат и свой метод за автотрансплантация на блок-графт, взет от ментума с трепан борер, който да отговаря на размерите на алвеолата с цел нейното предпазване при по-големи дефекти в костните стени.

Ключови думи: екстракция, запазване на алвеолата, автотрансплантация на блок-графт

PROTECTION OF THE SOCKET AFTER EXTRACTION

H. Fakh and S. Parusheva

*Department of Oral and Maxillofacial Surgery
Faculty of Dental Medicine – Sofia*

Summary. The publication reviews the literature on the subject protection (preservation) of the socket, and describes the protocol of the treatment. The authors propose a method for autologous block-graft taken from mentum with trepan bur, that matches the size of the socket, with the purpose to protect it when there is a large bone defect in the wall.

Key words: extraction, socket preservation, autologous bone graft

Предпазването (презервацията) на алвеолата в хоризонтална и вертикална посока е съвременен метод, при който усилията на денталния лекар са насочени към спирането на настъпващите непосредствено след екстракцията атрофични процеси в алвеолата. Обемът и контурът на алвеолата се опазват чрез запълване на екстракционната рана с различни аугментационни материали

[2, 6, 8, 11]. Костната резорбция (според Misch) в първите 6 месеца след екстракцията е около 30%, а при множествени екстракции, около втората година, достига до 60% [10].

Описаните в литературата различни техники за предпазването на алвеолата са зависими от костната загуба в нейните стени [3, 6, 10].

Атравматичната екстракция е първата стъпка в опазването на меките и костните тъкани.

Протоколът на работа започва след поставяне на локална анестезия. В меките тъкани с фин скалпел (лезвие № 15С, 12D) се прави циркулярна инцизия около шийката на предстоящия за екстракция зъб с цел отделяне на *ligamentum circulare* (описаната при екстракция на зъби синdezмотомия, която се прави с лост) [1]. Периостът се отделя с периотом, заедно с надлежащата мукоза вестибуларно и лингвално, с цел опазване на гингивата и визуализиране на костния дефект. Екстракцията се извършва с леки движения на луксация и ротация при еднокореновите зъби, а при многокореновите за предпочитане е сепарацията на корените и тяхната екстракция поотделно. Атравматичността в работата цели опазването на меките тъкани, костните стени и *septum interdentalе*. Следва щателно кюртиране на стените и дъното на алвеолата за премахване на всякаква грануляционна тъкан. Визуализирането на екстракционната рана определя дефекта и избора на аугментационен материал и техниката на запълване на алвеолата.

При едностранен или двустранен дефект се препоръчва поставянето на колагенова мембрана под периоста и над костта вестибуларно, поставя се аугментационният материал в алвеолата на екстрахирания зъб (Bio-Oss Collagen блок е удобен материал за моделиране), което увеличава преимуществата на успешната презервация. Мембраната се подпъхва под лингвалната (палатиналната) лигавица, като служи като клапанно покритие над костозаместващия материал. След това над нея може да се постави и един колагенов конус, с цел двойна защита.

Някои хирурзи зашиват мукозата ситуационно на кръст, с конец 5,00, а конците се свалят на 14-ия ден. Други автори предпо-

читат да поставят свободен гингивален автотрансплантат (от небцето) с цел заздравяването на раната per primam [2, 6].

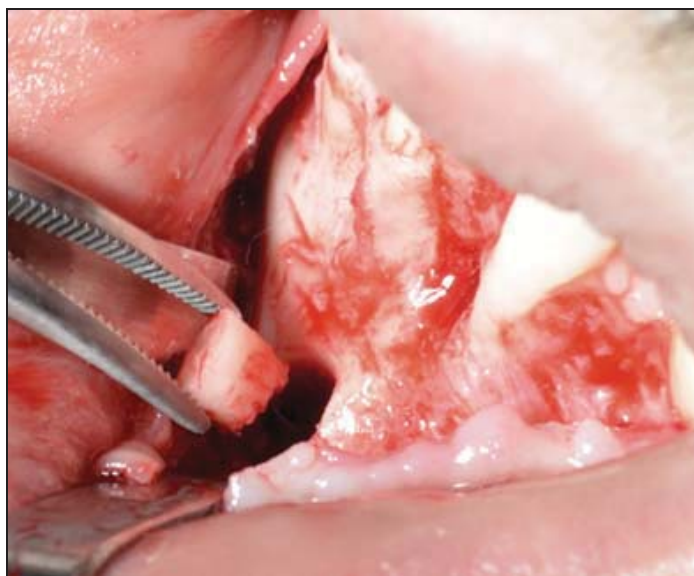
Описаният по-горе протокол за презервация на алвеолата е с индикация при едностенен и двустенен дефект. При по-голяма костна загуба на стените, ние предлагаме предпазването на алвеолата да става чрез аугментация с автогенен блок от ментума.

Протоколът на работа по предлаганата от нас техника е следният:

В преходната гънка в областта на ментума под апексите на долните втори и трети зъб вестибуларно се прави инцизия с дължина около 2 cm в мукозата и периоста и се отпрепарира мукопериостално ламбо до откриване на костта в областта на ментума. С трепан борер, различен по размер, определен спрямо планирания за присаждане костен блок, материалът за него се взема от донорната зона – ментума, в мястото на взетия автотрансплантат се поставя костозаместващо вещество и се покрива с резорбируема мембрана (фиг. 1, 2). Мукопериосталното ламбо се зашива над поставения материал след неговото адаптиране. Ръбовете на костния блок са заглаждат, той се пренася за трансплантиране в предварително подготвената за целта реципиентна зона в алвеолата и се фиксира към нея с подходящ по размер винт (фиг. 3).



Фиг. 1. Момент на вземане на костния блок с трепан борер от ментума



Фиг. 2. Отделеният от ментума костен блок след неговото остеотомиране за пренасяне към реципиентната зона



Фиг. 3. Фиксираният с винт костен блок в реципиентната зона

Остатъчната зона с костен дефицит във вертикална и хоризонтална посока около костния блок може да бъде запълнена с костозаместващо вещество. Постигнатият обем от гореописаните аугментационни материали се покрива с мембрана, след което ламбото се адаптира и се зашива.

Индикация за приложението на тази техника ние намерихме и при пациенти с хиподонтния на зъби, при които обемът на алвеоларния гребен в зоните с хиподонтния е останал с размерите си от времето на растежа на млечните зъби.

В публикацията се описва протоколът на работа по презервацията на алвеолата, която представлява насочена хирургична

техника за преодоляването на постекстракционни атрофични процеси. Взетият с трепан борер автотрансплантат от ментума повтаря формата на алвеолата в зоните на костния дефицит и ще даде добра костна основа за перспективно имплантиране в зоните на костен дефицит и на хиподонтния.

Библиография

1. Угринов, Р. Лицево-челюстна и орална хирургия. 2006; 116 стр.
2. Araujo, M. G. et J. Lindhe. Socket grafting with the use of autologous bone: an experimental study in the dog. – Clin. Oral Implants Res., 2011; 22:9-13.
3. Bartee, B. K. Extraction site reconstruction for alveolar ridge preservation: rationale and materials selection. – J. Oral Implantol., 2001; 27: 187-193.
4. Cardaropoli, G. al. Healing of extraction sockets and surgically produced – augmented and non-augmented – defects in the alveolar ridge. An experimental study in the dog. – J. Clin. Periodontol., 2005; 32:435-440.
5. Fiorellini, J. et Nevins M. L., Localized ridge augmentation/preservation. A systematic review. – Ann. Periodontol., 2003; 8:1, 321-327.
6. Irinakis, T. Rationale for socket preservation after extraction of a single rooted tooth when planning for future implant placement. – J. Can. Dent. Assoc., 2006; 72 (10): 917-22.
7. Houry, F., H. Anton et P. Missika. Bone Augmentation in Oral Implantology. Muenster, University of Muenster, 2007.
8. Kubilius, M., R. Kubilius et A. Gleiznys. The preservation of alveolar bone ridge during tooth extraction. – Stomatologija (Baltic Dental and Maxillofacial Journal), 2012, Vol. 14, No. 1, 48-59.
9. Misch, C. E. Divisions of available bone in implant dentistry. – Int. J. Implantol., 1990; 7:9-17.
10. Misch, C. E. et F. Dietsch. Bone-grafting materials in implants dentistry. – Implant Dent., 1993; 2: 158-167.
11. Misch, C. E. et J. B. Suzuki Tooth extraction, socket grafting and barrier membrane bone regeneration. In: Contemporary Implant Dentistry 3rd ed. St. Louis, MD: Mosby; 2007: 870-904.
12. Misch, C. E. Comparison of intraoral donor sites for onlay grafting to implant placement. – Int. J. Oral Maxillofac. Implants. 1997; 12:767-776.

 Адрес за кореспонденция:

Д-р Ходор Факих
Катедра по орална и лицево-челюстна хирургия
Факултет по дентална медицина
ул. „Св. Г. Софийски“ № 1
1431 София