

ХИПЕРПЛАЗИЈА НА ОРАЛНАТА ЛИГАВИЦА: ПРОТЕТИЧКИ АСПЕКТИ

Дејаноски К., Јанева Н.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ-Скопје, Клиника за мобилна стоматолошка протетика

Хиперплазијата на оралната лигавица, според литературните податоци, се среќнува кај 15-18% од носителите на подвижни протези, најчесто на возраст над 50 години. Почесто се јавува кај жените отколку кај мажите. Таа има конституционална предодреденост, но се јавува и при одредени здравствени состојби, а може да биде и несакан ефект на некои медикаменти.

Протејичката орална хиперплазија се јавува кај пациентите кај кои подолго време се присујни иритации или иреотварување на оралната лигавица кои потекнуваат од присуството на иреотезија во усната.

Оралната лигавица не е функционално предодредена да го прима цвакоприсокоит, иако во одредени зони таа може да поднесе поголемо иреотварување. Тоа за неа е намејнатата функција поради настанатите состојби со губењето на забите. Кога иреприсокоит ќе ја надмине границата на толерантноста на икивито, настануваат поназначени патохистолошки пролиферативни промени во субепителиото икивито и дегенеративни промени на коскениото икивито, со што оралната лигавица ја губи својата цврста подлога и станува подвижна. Промениите имаат васкуларен ток, во почетокот се ексудативни, подоцна се пролиферативни и резултираат со орална хиперплазија.

Оралната хиперплазија е сериозна патолошка состојба со оглед на можноста за нејзина малигна алтерација. Поради тоа терапевтот има задача да ја прекине веригата на иритација и алтерација на оралната лигавица. Изборот е конзервативен или хируршки ирејман, што има битно влијание врз квалитетот на условите за иреотезирање.

Авторите истакнуваат дека најдобра терапија на протејичката орална хиперплазија е иревенцијата. Од тој аспект, тие ги афирмираат и даваат свој иридонтес кон метиодите за

ириечитување, кои даваат минимална контролирана дислокација на ироменијата орална лигавица.

Клучни зборови: орална мукоза; тотална протеза; мобилна стоматолошка протетика

Хиперплазијата на оралната лигавица, според литературните податоци, се среќнува кај 15-18% од носителите на подвижни протези, најчесто на возраст над 50 години. Почесто се јавува кај жените отколку кај мажите. Таа има конституционална предодреденост, но се јавува и при одредени здравствени состојби, скорбут, леукемии, неоплазма и др. (11,13). Оралната хиперплазија може да биде несакан ефект на некои медикаменти, особено на оние кои содржат хидонтоин, кој предизвикува пролиферација на фибробластите и колагените влакна (7). McCord и сор. нашле гингивална хиперплазија (сл. 1) кај приближно 65% од носителите на тотални протези кои употребува Phenytoin (11)

Хиперплазијата на оралната лигавица, настаната од влијанието на присутната протеза, се нарекува протетичка хиперплазија.



Слика 1. Хиперплазија кај пациент кој употребува Phenytoin

Протетичката орална хиперплазија се јавува кај пациенти кои подолго време носат исти протези, пациенти со солидна психичка инкорпорација на протезите и пациенти кои протезите ги носат перманентно во текот на денот, т.н. интензивни носачи. Исто така се јавува кај пациенти чии протези немаат добро лежиште, кај протези со недоволна ретенција и нестабилизирани, протези со грешки во одредувањето и регистрацијата на меѓувличните односи, протези со неизбалансирана оклузија, со нерамномерно распореден двакопритисок, протези за кои е земен компресивен отпечаток и кај протези со дополнителни ретинери, комори и цицалки. Се јавува и кај пациенти кои не одржуваат адекватна хигиена и кај оние кои се стекнале со парафункционални движења и штетни навики (9). Особено е честа кај пациенти со силни антагонисти наспроти гингивално носените протези и таму каде што, поради загубените меѓувлични односи, забите допираат до спротивниот алвеоларен гребен.

Етиопатогенеза

Хиперплазијата на оралната лигавица е резултат на подолготрајна иритација или притисок врз неа, кој изнудува воспалителни промени, а често и ресорпција на коскениот ткиво (1,2,5,12). Промените се еквивалентни на јачината и времето на дејствување на етиолошкиот фактор.

Во можните етиолошките фактори за појавата на оралната хиперплазија се вбројуваат:

- зголемен притисок во одредени зони,
- долготрајна механичка иритација,
- лоша хигиена,
- интензивно носење на подвижни протези,
- иритации од алиментарно или хемиско потекло,
- штетни навики,
- орален симптом на други заболувања,
- медикаменти.

Оралната лигавица не е функционално предодредена да го прими и да го пренесе двакопритисокот врз коскениот фундамент, иако во одредени зони таа може да поднесе поголемо оптоварување. Сепак, за неа, тоа е наметната функција поради настанатите состојби со губењето на забите. Ако притисокот е во границите на физиолошката толерантност, тогаш настанува задебелување на субепителијалното ткиво, како адаптивен одговор на оралната лигавица. Кога притисокот ќе ја надмине границата на толерантноста на ткивото, настануваат поназначени патохистолошки пролиферативни промени во субепителијалното ткиво и дегенеративни промени на коскениот ткиво, односно настанува негова ресорпција, со што оралната лигавица ја губи својата цврста под-

лога и станува подвижна. Промените имаат воспалителен ток, во почетокот се ексудативни, подоцна се пролиферативни и се случуваат во субепителијалното ткиво. Епителот може да биде интактен или со присутни ерозии или улцерации кај поагресивните механички иритации. Кај хиперплазијата на алвеоларниот гребен, во подоцниот стадиум, на површината на коската нема остеокластична активност, коскената површина е нерамна, а алвеоларниот гребен е заменет со фиброзно ткиво (7). Интензитетот на настанатата хиперплазија кореспондира со етиолошкиот фактор. Макроскопски се образуваат нерамнини, лобулуси или флапови, кои можат да бидат поединечни, мултипли, а поретко промените се генерализирани. Поради придвижувањето на протезата и механичкото оштетување се јавуваат многу болни микро и макротрауми, кои на допир лесно крватат. За појасна манифестација на промените можат да придонесат: нарушувањето на циркулацијата, зголемената температура под протезата и инкорпорираниите инфективни, хемиски или алергиски агенси (7,9).

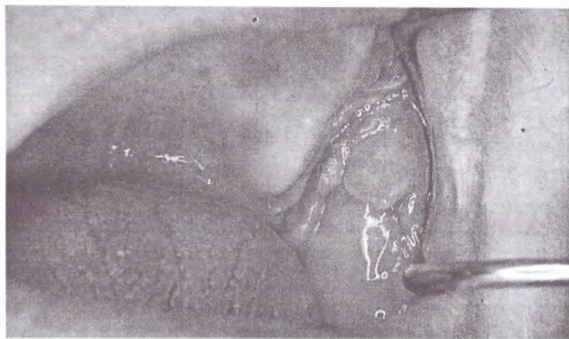
Според локализацијата, која е детерминирана од етиолошкиот фактор, оралната хиперплазија може да биде:

- палатинална хиперплазија-промените најчесто се на широка основа, а поретко лобуларни односно папиломатозни (сл. 2),
- букална хиперплазија - најчесто е во форниксот и фундусот, односно околу работ на протезата, како поединечни или мултипли флапови (сл. 3),
- гингивална хиперплазија,
- алвеоларна хиперплазија - најчесто од типот на „лабави гребени“ (сл. 9).

Палатиналната хиперплазија е одговор на оралната лигавица на несаканите дејства на протезата како туѓо тело (механички, хемиски,



Слика 2. Хиперплазија на палатум предизвикана од дополнителен ретинер (комора)



Слика 3. Букална хиперплазија, мултипли флапови од фиброзно ткиво во форниксот на образната лигавица



Слика 4. Букална хиперплазија предизвикана од преекстендиран раб на протеза. Се гледа улкус со некротично дно и формиран флап од фиброзно ткиво



Слика 5. Букална хиперплазија кај тенки алвеоларни гребени. Поради брзата ресорпција на гребенот настанува прераспределување на оклузалниот притисок по рабовите на протезата

алергиски, токсични, микробни), одговор на недоволно ретинирана и стабилизирана протеза, на протеза со недобро определени меѓувилни односи, со неизбалансирана оклузија или со дополнителни ретинери, или се јавува кај т.н.интензивни носачи (4).

Причина за настанување на букална хиперплазија е механичко оштетување на оралната лигавица (сл. 4) од пролонгирано носење протези со преекстендиран раб, со остри рабови или зголемена ресорпција на алвеоларниот гребен поради пренагласено оптоварување, особено кај „тенките гребени“, при што целиот притисок се пренасочува на рабовите од протезата (сл. 5).

Може да се појави и кај носители на протези со недобро определени меѓувилни односи, со неизбалансирана оклузија или со дополнителни ретинери или кај т.н.интензивни носачи.

Мултипли флапови на хиперпластично ткиво често пати може да се најдат на внатрешната страна од долната усна, кои се јавуваат како резултат на поместувањето на протезата што го прави пациентот од нејзината првобитна положба во „поудобна положба“ (сл. 6).

Букалната хиперплазија настанува по принципот на повторување. Имено поради некоја или некои од споменатите причини, нагласениот притисок на периферијата на протезата предизвикува улцерација, која зараснува со ожилно ткиво. По зараснувањето, пациентот повторно ја враќа протезата во уста, предизвикувајќи повторно свежа улцерација на базата на ожилното ткиво, која улцерација зараснува со повторно образување на ожилно ткиво. Во понатамошниот тек имаме повторување на промените и перманентен депозит на ожилно ткиво на страните на улцерацијата (сл. 4). Околното ткиво, поради хроничитетот на промените, реагира со пролиферација на фиброзно ткиво. Така, со тек на време се формира флап од фиброзно ткиво кој влегува под протезата и друг, од надворешната страна на протезниот раб. Промените имаат хроничен тек, а болната осетливост не кореспондира со објективниот наод.

Гингивалната хиперплазија се јавува како последица на механичка иритација од страна на протетичкиот надоместок, несоодветна хигиена, како орален симптом на повеќе заболувања или како основно заболување.

Хиперплазија на алвеоларниот гребен настанува, најчесто, поради преоптоварување

на фундаментот (сл. 7, 8 и 9). Ова особено е често во пределот на горниот фронт, кога долните антагонисти се природни заби. Под силата на нивното дејство настанува обемна ресорпција на коскениот фундамент и пролиферација на фиброзно ткиво, т. н. „подвижни” или „лабави” гребени. Подвижните гребени се јавуваат и кај пациенти кои протезите ги носат во принудна положба, неизбалансирана оклузија, со паракфункции и штетни навики. Подвижните гребени и протезата можат да создадат реципрочни дејства. Нестабилната протеза, поради долготрајните иритации, придонесува за појава на подвижни гребени, а тие ја компромитираат стабилноста на протезата.



Слика 6. Мултипли флапови во горна вилица поради поместување на протезата во поудобна положба



Слика 7. Горна тотална протеза со редуцирана база



Слика 8. Потпротезниот фундамент е претоварен



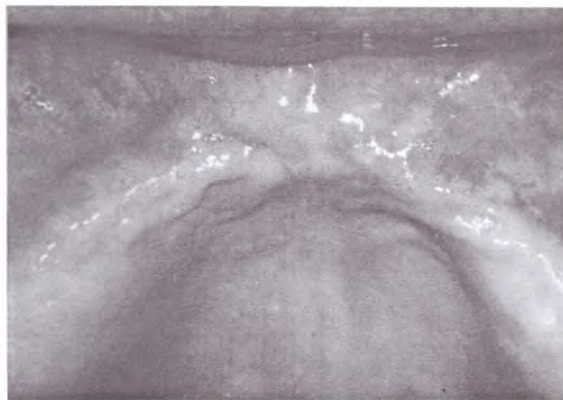
Слика 9. Лабави гребени кај истиот пациент

Клиничка слика

Клинички се гледа хиперплазирана орална мукоза, во вид на папули или флапови, и тоа поединечни или мултипли папули, а поретко генерализирани. Најчесто се на широка основа, а многу поретко претставуваат полипозни формации. Хиперплазираното ткиво на алвеоларниот гребен е скоро секогаш придружено со забележителна подвижност. Субјективно, промените може да се асимптоми и пациентот може да не ги чувствува. Кај тие пациенти постигнат е висок степен на психичка инкорпорација, а слаб е квалитетот на анатомоморфолошката инкорпорација на протезата во устата. Кај овие пациенти промените се со поизразен интензитет, бидејќи тие протезата не ја чувствуваат како туѓо тело, а тоа често го преоптоварува ткивото под неа. Меѓутоа, хиперпластичните промени може да се придружени со симптом на болна осетливост. Болката од хиперплазираните меки ткива е резултат на прекинување на континуитетот на оралната мукоза, во вид на ерозии и улцерации, кои на допир лесно крвават или се инфицирани од инфективен агенс, а се присутни и другите знаци на акутно воспаление (4).

Клиничката слика на промените го открива и етиолошкиот фактор, ако тој е од протезата; во спротивно, потребни се други анамнестички или параклинички испитувања.

Диференцијалнодијагностички треба да помислиме на скорбут, леукемија, епулис, неоплазма и други болести со орални промени.



Слика 10. Постоперативна состојба кај отстранет лабав гребен. Нема простор за сместување на вентилниот раб во форниксот

Дијагноза

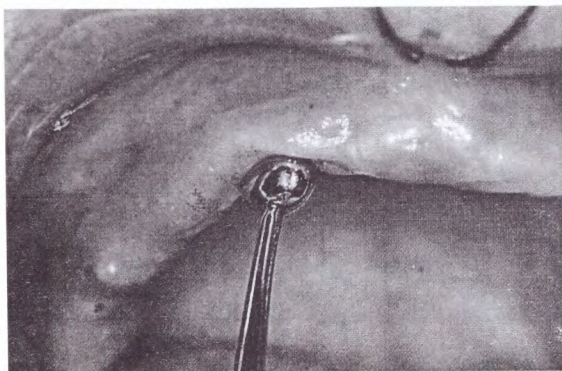
Протетичката хиперплазија на оралните ткива лесно се дијагностицира, бидејќи промените секогаш можат да се поврзат со постоење на протеза. Клинички се гледаат една или повеќе, а поретко генерализирани макулопапилوماتозни или полипозни промени под протезата, фиброзни задебелувања покрај рабовите на протезата или „лабави гребени“. Субјективниот наод не упатува на проблеми со протезата, понекогаш на болни симптоми, или пак тој е негативен. Само во ретки случаи можеме да добиеме податоци за почетокот и текот на промените.

Подвижноста на оралната лигавица се дијагностицира со палпација (сл. 11).

За поблиско детерминирање на протетичкиот етиолошки фактор, потребно е да се направи анализа на функционалната вредност на постојните протези, особено на нивниот однос кон оралните ткива.

Наједноставен тест за односот на базата на протезата спрема оралниот фундамент може да биде контролен функционален отпечаток во затворена уста, во терминална оклузија и методот на плус и минус коректура (4).

Кога пациентот се жали на болка и постои видлива инфламација, но нема клинички видлива улцерација пожелно е воспалената мукоза да се обои со метиленско сино и потоа да се промие со вода. Мукозата ќе биде сино пребоена ако постои лезија во нејзиниот површински слој, но ако нема лезија на површината на епителот нема да има пребоеност на мукозата (4). Дијагностички тест за детектирање на местата на преоптоварување е споредувањето на влијанието на оклузалниот и дигиталниот притисок од протезата врз оралните ткива. Отсуството на зона на притисок кога се притиска со прст и присуството на зона на притисок кога пациентот ќе затвори во оклузија значи дека постои грешка во регистрацијата на меѓувличните односи или неизбалансирана (неурамнотежена) оклузија (4).



Слика 11. Одредување на зона на подвижност

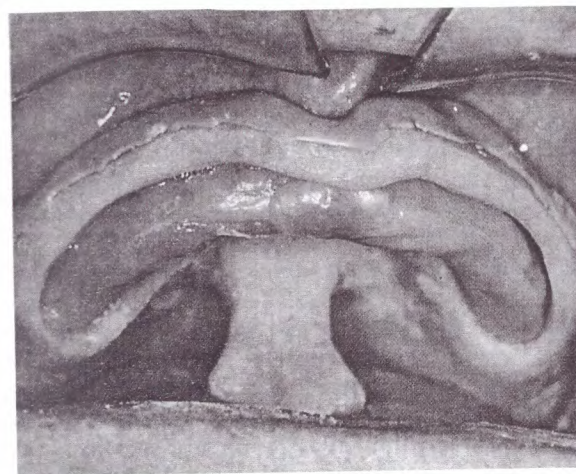
Исто така, многу е важно да се проверат оклузалните забни контакти при латералните и протрузивните движења бидејќи придвижувањето на протезните бази како резултат на неизбалансирана оклузија се главен причинител на траума на оралната мукоза (2-5, 7,11,13).

Кога во оралната лигавица се случуваат хиперпластични промени, особено поради долготрајна иритација, мораме да помислиме и на можноста за нивна малигна алтерација, што за нас лекарите значи обврска повеќе да ја прекинеме таа верига на промени со соодветна терапија. Затоа, сигурна дијагноза за оралната хиперплазија, како што е за сите туморозно променети ткива, дава хистолошкиот наод.

Терапија

Најдобра терапија на оралната хиперплазија е превенцијата. А ако се појави, тогаш терапијата на оралната хиперплазија е конзервативна и хируршка.

Ако лезијата е откриена во почетниот стадиум, пред формирањето на мобилни флапови од ожилно ткиво покрај рабовите на протезата, таа треба да се скрати за најмалку 1 mm во пределот на лезијата, за да се избегне понатамошна траума. Доколку промените се под протезата и имаат знаци на воспалителна компонента, на пациентот му се препорачува да не ја носи во текот на 4 до 6 недели, со цел ткивото да се „одмора“, потоа да одржува хигиена, да користи орални дезинфициенси и повремено лесно да го масира хиперплазираното ткиво. Ако има прекин на континуитетот на оралната лигавица од типот на ерозии или улцерации, треба да се направи тоалета на лезијата, и да се покрие со ткивен кондиционер, Solcoseryl Dental Adhesive Paste, ЦОЕ или други. Пред да се врати протезата во уста потребно е да се провери нејзиниот однос со протезните ткива, најдобро со корективен контролен отпечаток.



Слика 12. Корективен функционален отпечаток

Ако со одморањето на ткивото и другата конзервативна терапија не се постигне успех, хиперплазираните орални ткива се отстрануваат хируршки; притоа мора да се обезбеди минимална длабочина од 4 mm во вестибулумот, кој простор е потребен за лоцирање на работ на протезата, односно тој треба да обезбеди вентилно затворање (сл.10). Подобри услови за протетичката терапија дава реконструкцијата на алвеоларниот гребен со коскени или алопластични графтови. Поради разликите што терапијата ги дава врз квалитетот на условите за протезирање, во донесувањето одлука за видот на тераписката постапка треба да се има тимски пристап од адекватни специјалности.

Превентивни мерки

Мерките на превенција од настанување орална хиперплазија треба да се перманентно активни: во периодот наподготовките, во текот на планирањето, изработката и во целиот период на носење на протезата, со повремени контролни прегледи. Тие опфаќаат:

- комплетно и навремено санирање на настаната максиларна и мандибуларна беззабост,
- запазување на сите доктринарни ставови за планирањето, клиничката и техничката изработка на протезата,
- отпечатување на подвижните ткива без притисок и без нивна дислокација,
- примена на селективен компресивен екстендиран отпечаток, поради оптимално распоредување на цвакопритисокот, според состојбата на ткивата кои треба да го прифатат,
- максимална ретенција и стабилизација во објективните услови,
- минимизирање на силите на дестабилизација,
- постигнување солидна балансирана оклузија, при латералните и протрузивните движења на мандибулата,
- едукација на пациентот за користење и одржување иа изработката,
- повремена, но редовна контрола, со цел навремено да ги откриеме пропустите и да ги коригираме со ребазација или заменување на протезите, бидејќи да се има солидно лежиште на протезата врз фундаментот е еден од императивите на терапијата.

Кога во устата има хиперпластични промени, особено „подвижни гребени“, посебно внимание протетичарот треба да посвети на отпечатувањето. Отпечаточната процедура треба да обезбеди таков отпечаток кој ќе ја даде вистинската состојба на оралната лигавица за да може цвакопритисокот да се распореди максимално во зоните на здрава талигавица. Отпечатувањето на зоните на подвижната лигавица треба да биде без компресија и без изобличување или изместување на подвижното

ткиво. Затоа во понатамошниот текст ќе се осврнеме на неколку постапки на отпечатување кои имаат иста цел: отпечаток, кој ќе биде што поблиска копија до вистинската состојба на оралниот фундамент во мирување.

Бидејќи чисто акомпресионен отпечаток не е можен, кај состојбите со орална хиперплазија, во зависност од изразеноста на промените, се преферираат отпечатоци со контролирана минимална компресија, кои даваат минимална дислокација или изобличување на променетото ткиво. Тоа се посебни отпечаточни техники кои се индивидуално индицирани.

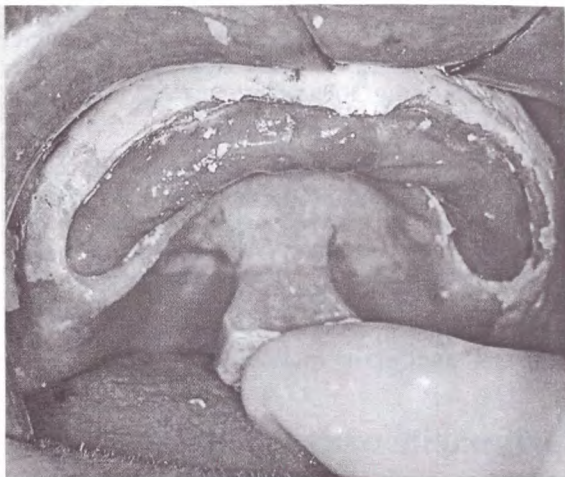
Техника на отпечатување со контролирана минимална дислокација (компресија) на ткивата

Индицирана е кај состојби на т.н. подвижни или лабави гребени или места од кои потекнува симптомот болка. Целта на процедурата е да се земе акомпресивен отпечаток, или отпечаток со минимална дислокација на подвижното ткиво од зоната на подвижниот гребен, и селективно компресивен отпечаток во преостанатиот дел на фундаментот (6,7,9, 11, 13). Со тоа се обезбедува мирна, недислоцирана положба на подвижните ткива под протезата кога таа е во мирување и нивно минимално дислоцирање при функција.

Во литературата преферираани се два метода за земање отпечаток со контролирана минимална дислокација, од подвижен алвеоларен гребен, друг подвижен дел на оралната лигавица или други места кои сакаме да ги растовариме. И за двата метода е потребен примарен отпечаток за добивање модел за анализа и изработка на индивидуална лажица.

Примарниот отпечаток треба да биде земен со минимална дислокација на подвижните ткива. Тој се зема со алгинат или еластомери со средна конзистенција. Ваквиот избор на маса за отпечатување има за цел да се направи минимална дислокација или компресија на зоната на промената. Методот предвидува одморање на оралната лигавица од оптоварување најмалку 90 минути пред отпечатувањето. Тоа е минимално време што е потребно за таа да се консолидира во нејзиниот морфолошки облик. Формата на индивидуалната лажица за дефинитивниот отпечаток зависи од тоа која од техниките ќе биде применета.

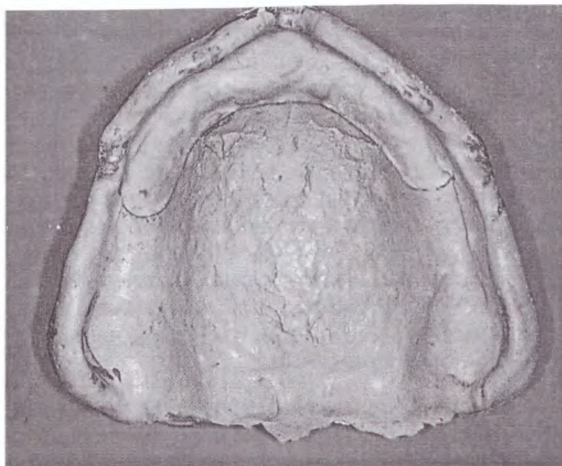
Според едниот метод, пред да го земеме прелиминарниот отпечаток, ја одредуваме и ја одбележуваме *границата на промената на орална лигавица*, која граница преку отпечатокот се пренесува на моделот врз кој се изработува индивидуална лажица (сл.11).



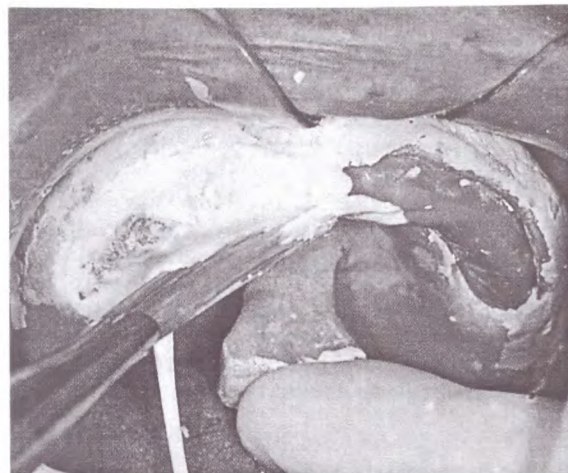
Слика 13. Корективен функционален отпечаток

Делот од индивидуалната лажицата кој е над промената се отстранува, индивидуалната лажица се адаптира во устата на пациентот и се формира вентилниот раб (сл. 12). Корективниот отпечаток се зема со вообичаените маси и постапки за земање функционален отпечаток; при тоа не се отпечатува само површината над промената. (сл. 13).

Отпечатокот се вади од уста, се отстранува вишокот од отпечаточна маса, особено во фенестрираниот дел, и повторно се враќа во устата. Отпечатувањето се комплетира со нанесување гипс или мек еластомер во фенестрираниот дел на лажицата, над подвижното ткиво (сл. 14). Отпечаточната маса најдобро е да се нанесе со помош на шприц, бидејќи така се врши минимална компресија и минимална дислокација на подвижното ткиво. Подвижното ткиво од минималната деформација брзо се враќа во состојбата пред отпечатувањето, а тоа го овозможува слободната маса за отпечатување



Слика 15. Во корективниот функционален отпечаток е отстранета отпечаточната маса над зоната на променетата орална лигавица



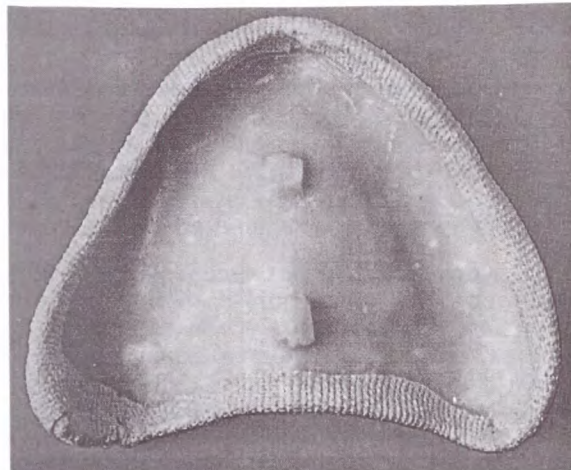
Слика 14. Отпечатување на подвижните орални ткива со минимален притисок врз нив

што е нанесена над него (6,8).

Кога промените се лоцирани во горната вилица, ние препорачуваме над отворениот дел од лажицата, со восок да се залепи лабава еднослојна газа на двата краја, која има за цел само лесно да ја придржи отпечаточната маса и да овозможи таа да одржува интимен контакт со оралната површина. Отпечаточната маса треба да се аплицира со помош на шприц помеѓу газата и оралната лигавица, откако првиот корективен отпечаток ќе се врати во устата. Треба да внимаваме количината на аплицираната маса да не е преголема, за да не врши притисок врз оралната лигавица.

Според вториот метод, *индивидуална лажица* се изработува така, *комплијентно да ѝ покрива ѝоширојезниите орални ткива*.

Упасувањето индивидуална лажица, формирањето вентилен раб и земањето корективен функционален отпечаток се прават по воо-



Слика 16. Индивидуална лажица со држачи за меѓупросторот поставени во средината на палатумот

бичаената постапка. Единствено што треба да се направи е да се одбележи границата на подвижното ткиво пред да се земе функционален отпечаток, која граница ќе се пренесе на отпечатокот.

Отпечатокот се вади од устата, се отстранува вишокот отпечаточна маса по рабовите и над подвижното ткиво, според одбележенаата граница (сл. 15). На местото каде што лажицата е ослободена од отпечаточната маса се прават повеќе отвори низ кои непречано ќе може да помине вишокот отпечаточна маса.

Извадената маса се заменува со мек еластомер со кој ќе се комплетира функционалниот отпечаток (8). За да биде што помала компресијата на подвижното ткиво, количината на додадениот мек еластомер треба да биде само малку поголема од количината на отстранетата маса.

Зедничко за трите постапки е тоа што корективниот отпечаток се зема во две фази. Во првата фаза од здравиот дел, а во втората од променетиот дел на оралниот фундамент. Отпечатокот од променетата орална лигавица се зема посебно и последен, со цел да имаме што помала количната на отпечаточната маса да биде што помала, со што и компресијата врз променетото ткиво ќе биде минимална. При отпечатувањето, отпечаточната маса не смеат да ја допираат јазикот, усните или образот.

За отпечатување на променетата орална лигавица може да се користат само маси кои вршат најмал притисок: гипс, цинкоксидеугенол пасти и еластомерни маси со најмала вискозност.

Техника на отпечатување со контролирана дислокација (компресија) на ткивата

Оваа техника претставува отпечаточна постапка, при која притисокот врз одредени делови или врз целиот потпротезен фундамент се контролира преку два елемента. Тоа се просторот помеѓу површината на оралната лигавица и лажицата и перфорирањето на лажицата на местото на растоварувањето. Постапката е индицирана кај состојби на тенки алвеоларни гребени, кои се подложни на брза ресорпција и при најмало оптоварување, поради што силата на цвакопритисокот треба да се насочува во вестибулот, особено во букалниот вестибулум. Индицирана е, исто така, и кај состојби на оралната лигавица или коскениот фундамент, кои налагаат редуцирање на силите на цвакопритисокот. И оваа отпечаточна техника бара примарен отпечаток со алгинат или еластомери со средна конзистенција.

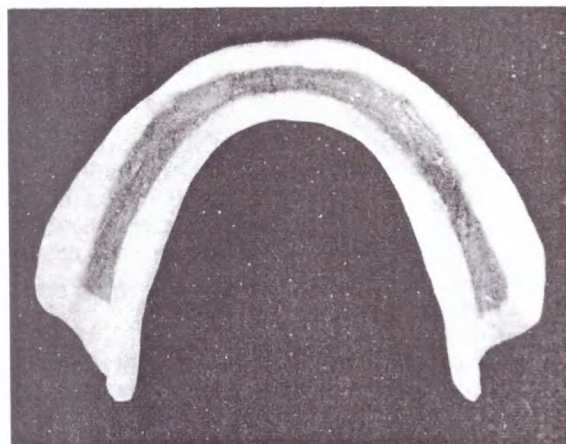
Познато е дека растоварувањето порано се правело со поставување оловна фолија, додавање фосфат цемент или со слободно стружење од готовата протеза. Ниту еден од овие начини не е во согласност со потребното вертикално растоварување. Напротив, субјективниот фактор бил тој кој го детерминирал растоварувањето, односно компресијата. Од таа причина споменатите растоварувања некогаш делувале негативно, како комора. Со цел оптоварувањето на определените зони да биде со контролиран притисок според состојбата на ткивото, во литературата се препорачуваат повеќе отпечаточни постапки.

Отпечатување со лажица со меѓупростор. При овој начин на отпечатување меѓупросторот е осигуран со држачи (сл.16). Значајно е да се напомене дека држачите на меѓупросторот треба да се постават во стабилна, помалку резилентна зона, а тоа е алвеоларниот гребен или палатумот. Ако во устата има присутни заби, држачите треба да се постават на нив. Бројот на држачите зависи од состојбата на оралната лигавица. Колку има помалку цврста подлога, нивниот број е поголем. Големината на меѓупросторот го диктира масата за отпечатување. За цинкоксидеугенол пасти и еластомерните маси потребен е меѓупростор од 2 mm до 4mm, за гипсот 3 mm-5 mm и за хидроколоидите најмалку 5 mm. При оваа постапка на отпечатување, преку лажицата и масата за отпечатување, се врши притисок врз оралните ткива сè додека држачите на меѓупросторот не ја допрат подлогата. Понатамошниот притисок врз лажицата, дигитален или оклузален, се пренесува врз држачите. Тоа значи дека од моментот кога држачите ќе ја допрат подлогата, притисокот врз оралната лигавица престанува, односно врз оралната лигавица притисок врши само отпечаточната маса, односно тој е контролиран. Според тоа, тој ќе биде пропорционален со вискозноста и количината на масата за отпечатување.

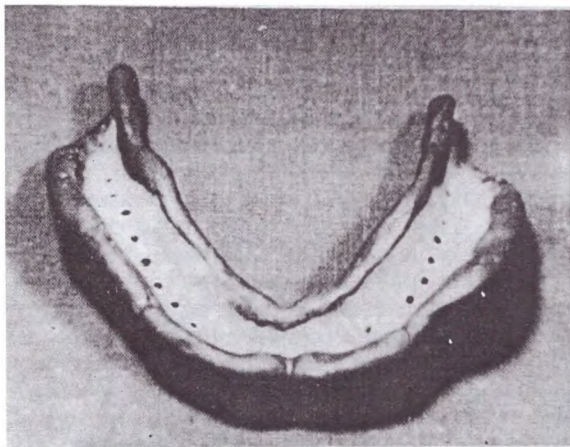
Друга отпечаточна постапка е со **обезбедување меѓупростор со восок.** Имено, на прелиминарниот отпечаток се обележува зоната врз која треба да се примени контролирана компресија при отпечатувањето. На добиениот модел одбележениот дел се препокрива со восок со соодветна дебелина, адекватна на потребниот меѓупростор, односно дебелина на планираната маса за отпечатување (сл. 17). Врз него се изработува индивидуалната лажица. Кога лажицата ќе се извади од моделот, восокот треба да биде во неа и таму да остане при упасувањето на лажицата и формирањето на вентилниот раб (сл. 18). Пред да се земе корективниот отпечаток, восокот се вади од лажицата. На неговото место останува една празнина која обезбедува меѓупростор за отпечаточната маса. Со цел да се избегне феноменот на чеп, на дното на комората се прават неколку отвори низ кои



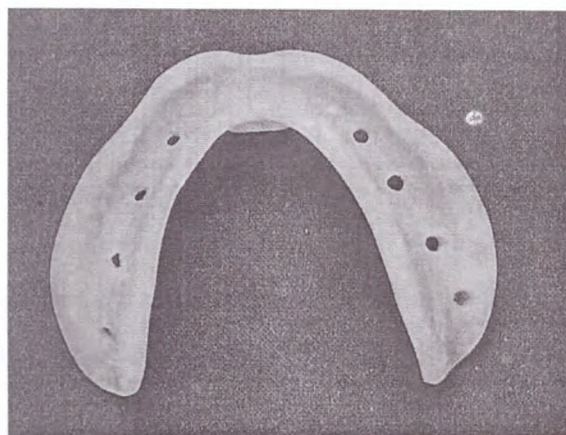
Слика 17. Зона на растоварување покриена со восок за меѓупростор



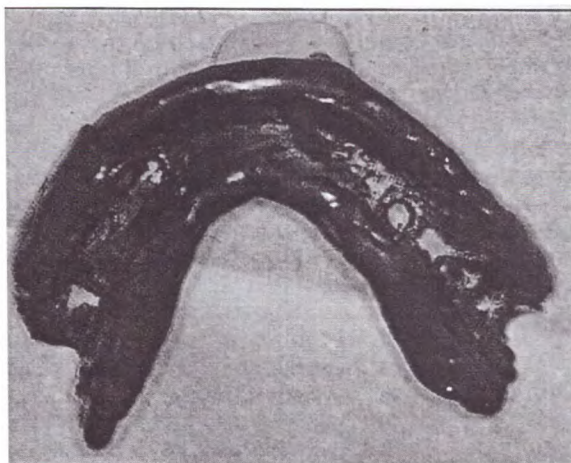
Слика 18. При упасувањето на лажицата и формирањето на вентилниот раб, восокот останува во лажицата



Слика 19. Подготовка пред дефинитивниот отпечаток. Восокот за меѓупростор е отстранет и направени се отвори за одлевање на вишокот на отпечаточна маса



Слика 20. Индивидуална лажица подготвена за отпечаток од примарниот модел



Слика 21. Формиран вентилен раб и присуство на еластомерна маса како држач на меѓупросторот.

слободно ќе истекува отпечаточната маса (сл. 19), (9).

Меѓупросторот може да се обезбеди со отпечаток од примарниот модел. На примарен отпечаток се изработува индивидуална лажица со 2 - 4 мм меѓупростор. Лажицата се упасува во устата на пациентот. На лажицата се прават отвори на местата на растоварувањето и се зема отпечаток со еластомер од примарниот модел (сл.20). Претходно, примарниот модел се потопува во вода за да не се залепи за него еластомерот. Потоа се ослободуваат рабовите на лажицата од отпечаточната маса и се формира вентилниот раб. Преостанатиот еластомер се остава да го обезбедува меѓупросторот (сл. 21). Пред да се земе корективниот отпечаток се отстранува преостанатиот еластомер и се ослободуваат отворите на лажицата. На тој начин се овозможува да се прераспореда два-

копритисокот, односно да се изврши контролирана компресија во определената зона (8).

Отпечаточната техника претставува само една од превентивните мерки за да се спречи појавувањето на орална хиперплазија кај носителите на подвижни протези. Внимание мора да им се посвети и на другите фази на изработката на подвижните протези. Превентивните мерки мора да се постават и на поширока основа, за што е потребно да се вклучат терапевти и од други специјалности и дисциплини.

HYPERPLASIA OF ORAL MUCOSA: Prosthodontic aspects

Dejanoski K., Janeva N.

Summary

According to the data presented in dental literature, the oral mucosa hyperplasia is presented with 15 -18 % of the patients having removable dentures, most often above the age of 50. It is more often found with women than men. It has been constitutionally predetermined, but it can also appear with certain health conditions and have undesirable effects by some medicaments.

The denture-induced hyperplasia appears with patients who have suffered from oral mucosa irritations and overloadings due to denture presence in the mouth.

The oral mucosa is not functionally predetermined to receive the biting pressure although it can endure greater load. It is an imposed function of the oral mucosa which results from teeth loss. When the pressure surpasses the tissue tolerance threshold, there appear more prominent pathohistological proliferous changes in the subepithelial tissue and degenerative changes of the bone tissue, which make the oral mucosa lose its hard base and become mobile. The changes have an inflammatory course, they are exudative at the beginning, later they become proliferous and result in oral hyperplasia.

The oral hyperplasia is a serious pathological condition because of its malignant alteration possibility. Because of that the dentist is obliged to discontinue the succession of irritation and alteration of the oral mucosa. The choice can be either conservative or surgical treatment, which can have a great impact on the quality conditions for making dentures.

The authors point out that the best therapy for the denture hyperplasia is the prevention. From this

point of view they promote and give their contributions to the impression methods, which offer minimal controlled dislocation of the changed oral mucosa.

Key words: oral mucosa; denture, total; prosthodontics

Литература

1. AXELL J. A prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. *Odont Rev* 1976; 27: 1 - 03 suppl.36.
2. БОЈАНОВ Б, КУРЛАНДСКИИ Б. Протезиране на беззабите челюсти. Медицина и физкултура, Софија, 1964.
3. BRANOVAČKI D, SOKOLOVIĆ B. Totalna zubna proteza. Gradina, Niš, 1980.
4. ДЕЈАНОСКИ К, АЛАБАКОСКИ М, БОГДАНОВСКИ С. Болката во мобилната протетика. Во: Богдановки И, Накова М. (едитори). За стоматолошката болка. Стоматолошки клинички центар, Скопје, 1998.
5. ЃАЈИЌ D, ORLOV S, MIRKOVIĆ B. Oboljenja mekih tkiva usne duplje. Niš, 1981
6. *Farbatlanten der Zahnmedizin*. Herausgeber: K. H. Rateitschak. Band 2. Total - und Hybridprothetik-Geering H.A., Kundert M. Georg Thieme Verlag Stuttgart - New York, 1992.
7. FROHLICH V. Ist die Incorporation einer Prothese pathologisch-anatomisch möglich? *Dtsch Zaharztl Z* 24 (6): 578-92
8. GRANT AA, HEATH RJ, MCCORD FJ. COMPLETE PROSTHODONTICS Problems, Diagnosis and Management. Wolfe, 1994.
9. KRSTIĆ M, PETROVIĆ A, STANIŠIĆ-SINOBAD D, STOŠIĆ Z. Stomatološka protetika: totalna proteza. Dečje Novine. Gornji Milanovac, 1991.
10. LEJOYEUX J. *Protese complete* (3th ed) Tome 3. Malone, Paris, 1986.
11. MC CORD J, SLOAN P, HUSSEYD. Phenyton hyperplasia occurring under complete dentures. *J Prost Dent* 1992; (4):569 - 71.
12. SOKOLOVIĆ B. Totalna zubna proteza: Otisci. Prosveta, Niš, 1992.
13. SUVIN M. Biološki temelji protetike: Totalna proteza. Školska knjiga, Zagreb, 1984.
14. SUVIN M. Stomatološka protetika, Parcijalna proteza. Školska knjiga, Zagreb, 1984.