

Богдановски С., Дејаноски К., Еленчевски С., Грнчаровски А.

## МИКРОСТОМИЈА И ПРОТЕТИЧКА РЕКОНСТРУКЦИЈА

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ-Скопје, Клиника за стоматолошка протетика

*Микростомијата, намален устен отвор, ја отежнува протетичката реконструкција бидејќи го намалува работното поле на терапевтот.*

*Понекогаш таа е толку изразена што готовата протеза не може цела да се внесува во устата, туку во делови кои се зглобуваат на различни начини. Литературата обработува случаи со микростомија, при што авторите се залагаат за модифицирана отпечаточна постапка, а понекогаш и за изработка на подвижна забна протеза во делови. Авторите презентираат случај со микростома, што е последица на склеродермија, кај кој е применета модифицирана постапка на отпечатување, со дводелна лажица, а готовата протеза е редуцирана дистално, што на пациентот му овозможува со ротирачки движења да ја става во устата. Во едногодишното следење авторите и пациентката се задоволни од успехот на терапијата.*

Клучни зборови: микростомија; отпечаточни техники; протеза, парцијална, подвижна; уста

Устата претставува центар на локација на промените што настануваат со губењето на забите, а аналогно на тоа и центар на протетичката реконструкција.

Најнепосредните односи со протетичкиот надоместок, при мирување и функција, говорат за потребата од познавање на морфофизиономските карактеристики на устата и усните и нивното учество во дентофацијалните релации. Од тој аспект устата и усните се истражувани од повеќе автори: Боянов (2), Piščević (9), Farkaš (5), Lata (6), Даштески (3). Дејаноски (4), утврдил средни вредности од

46,87 за машкиот и 46,61 за женскиот дел од нашата популација.

Намалениот устен отвор (микростомија) е еден од проблемите на протетичката реконструкција, пред се при фазите на работа во устата, а кај одделни случаи и поради неможноста протетичкиот надоместок да се внесе во устата.

Причини за појава на микростомија можат да бидат: хируршки третман, орофацијални неоплазми, вродени расцепи на усните и трауми, склеродермија, Plumer-Vinson-ов синдром, изгореници, смрзнатини, последица на радијација и др.

За протетичкото згрижување на пациентите со микростомија говорат трудовите на Велески, Luebke, McCord и сор. и Al-Nadi, кои се едногласни во оценката дека кај ваквите случаи е индицирана модифицирана отпечаточна постапка, а кај поизразена микростомија мобилната протеза се изработува во делови.

Ние презентираме изработка на парцијални подвижни протези кај случај со микростома чија причина е склеродермија.

### Материјал и метод

Пациентка на возраст од 61 година, кај која покрај другите симптоми на склеродермија, имаше и намален устен отвор, со ширина на усната цепка од 31 mm и висина од 23 mm и делумна беззабост во двете вилицы со присутни 13; 12; 11; 21; 23; 45; 43; 42; 32; 33. Кај неа беше најдена и лесна протрузија на горните фронтални заби. Од предложената терапија беше прифатена изработка на класични акрилатни протези.

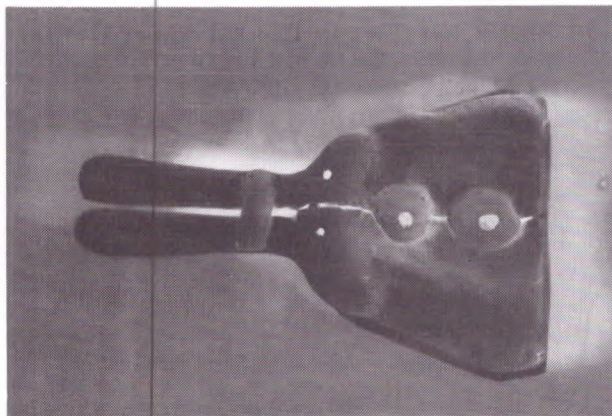
Од долната вилица отпечатокот беше земен со стандардна лажица и алгинат, која со ротација успеавме да ја внесеме во устата. Функционалниот отпечаток го зедовме со вестибу-

ларно отворена индивидуална лажица во пределот на фронталните заби и форгус од алгинат за отпечатување на вестибуларните површини.

Пред отпечатувањето во горната вилица беа одбележани 4 точки, по две од лево и десно на беззабиот дел и беа измерени растојанијата помеѓу спротивните и дијагоналните точки. Првото отпечатување го извршивме со алгинат во полулажици, прво на едната па на другата страна. Потоа во оптозил ги отпечативме само горните заби. Отпечатоците беа излеани со алабастер гипс, на кој по отворањето на отпечатокот, остануваа копирани одбележаните точки. Положбата на моделите, приближување на онаа во устата, ја обезбедивме со поставување на претходно адаптираните модели во отпечатокот од предните заби и со контрола на измерените растојанија помеѓу одбележените точки. Просторот помеѓу левиот и десниот модел, на веќе димензиониралиот модел, слободно го моделиравме со гипс. На така добиениот модел изработивме акрилатна лажица од два дела, поделена по сагитала, кои меѓусебно се зглобуваа (сл. 1).

Со оваа лажица земавме претфункционален отпечаток. При формирањето на вентилниот раб секогаш беа внесувани и зглобувани двете полулажици. Претфункционалниот отпечаток беше земен со мек силикон.

Прво ја отпечативме страната со машиниот дел за зглобување на лажицата, при што во устата беше поставена и другата половина од лажицата. Потоа неотпечатената полулажица ја вадевме од устата, а онаа со отпечатокот остануваше внатре, неа ја премачкувавме со вазелин, па ја отпечатувавме другата половина, зглобувајќи ја со првата. Ова ни овозможуваше полулажиците да ги вадиме без тешкотии, една по една, од устата. Во техниката лажиците беа повторно зглобувани и отпечатокот беше излеван, повторно со алабастер гипс. На новиот мо-



Слика 1. Дводелна индивидуална лажица

дел повторно изработувавме, но сега адекватна индивидуална лажица, од два дела (сл. 1), по истиот принцип на лажицата за претфункционалниот отпечаток. Процедурата на функционалното отпечатување беше иста како и кај претфункционалното. Понатамошната изработка на парцијалните протези беше со вообичаената постапка. Ова ни го овозможи редуцијата на загризниот шаблон од дистално, по што со ротирачки движења го внесувавме шаблонот во устата на пациентот. Готовата парцијална протеза, исто така, беше редуцирана дистално, но само толку колку пациентката да може да ја внесува сама во уста.

Во текот на едногодишното следење пациентката се чувствуваше задоволна, а направени се само мали корекции во почетокот на носењето на протезата.

## Дискусија

Микростомијата претставува проблем во протетичката реконструкција од аспект на ограничување на работното поле. Во нашиот случај, микростомијата беше последица на склеродермија. Присутните фронтални заби со изменета местоположба, елонгирани и протрудирани, уште повеќе го смалуваат интерклучалниот простор при отворање на устата.

Поради утврдената клиничка состојба, а консултирајќи ја стручната литература, спроведовме модифицирана отпечаточна постапка која беше изнесена во методот на работа. Со неа постигнавме единство на функционалниот отпечаток, кој ни обезбедуваше понатамошна успешна изработка на протетичкиот надоместок.

Единствена дилема беше дали горната парцијална протеза ќе биде изработена во делови кои меѓусебно ќе се склопуваат во устата, или да се направи редуцирана база дистално и на тој начин да се обезбеди внесување на протезата во устата. Се определивме за второто решение, бидејќи сметавме дека компактната протеза ќе даде подобри функционални и прегривни резултати. Редуцијата беше строго димензионирана, за да може пациентката протезата да ја стави во уста со помош на ротирачки движења.

При изработката на долната парцијална протеза немавме значајни тешкотии, а пациентката со ротирање лесно ја внесуваше во уста.

Пациентката беше следена во адаптациониот период и, покрај неколкуте мали корекции, по два месеца се адаптираше и беше задоволна од изработените протези.

Кај случаите кај кои од кои било причини имаме ограничување на работното поле, за успех во терапијата неопходен е студиозен пристап во планирањето на секоја клиничка и лабораториска фаза во изработката на подвижните протетички надоместоци.

## MICROSTOMIA AND PROSTHETIC REHABILITATION

Bogdanovski S., Dejanovski K., Elenčevski S., Grnčarovski A.

### Summary

Microstomia, a constricted mouth opening, makes difficulties during prosthetic rehabilitation as it reduces the accessibility of the working field.

In some cases, mouth opening is soconstricted that the denture can not be inserted into mouth in one piece, but several, to be put together in different ways. There are evidence in literature on microstomia prosthetic rehabilitation in which modified impression techniques are suggested, even fabrication of sectional removable dentures.

The authors present a case with microstomia being associated with scleroderma, in which a modified impression technique was used, with a two section tray and, the fabricated denture was reduced distally. This enabled insertion of the denture using rotational movements. The patient was followed up during a twelve months period and, both, the therapist and the patient were satisfied by the successful therapy.

Key words: microstomia; impression techniques; denture, complete, removable; mouth

### Литература

1. AL-HADI LA. A simplified technique for prosthetic treatment of microstomia in a patient with scleroderma: A case report. *Quintessence Int* 1994; 25(8): 531-3.
2. БОЯНОВ Б. Брзото и точно утврдување на висината на гризот и на централната оклузија при беззавите вилицы. 2. Сбир на стоматолозите од Македонија (Зборник на трудови). Куманово: Стоматолошка секција при СЗЛМ, 1972: 158.
3. ДАШТЕВСКИ Б. Употребна вредност на би-пупиларната и Камперовата при определување на ориентационата протетичка рамнина (докторска дисертација). Стоматолошки факултет, Скопје, 1987.
4. ДЕЈАНОВСКИ К. Дентофацијалните параметри во реконструкцијата на горниот фронтален сегмент кај тотална беззавост (докторска дисертација). Стоматолошки факултет, Скопје, 1993.
5. FARKASH LG et al. Anthropometric proportions of the upper lip, lower lip-chin area of the lower face in white young adults. *Am J Orthod* 1984; 86(1): 52-60.
6. LATTA GH, GONKIN JE. The relationship between the width of the mouth interoral width, bizygomatic width and interpupillary distance in edentulous patients. *J Prosth Dent* 1991; 65(2): 13-8.
7. LUEBKE JR. sectional impression tray for patients with constricted opening. *J Prosth Dent* 1984; 52(1): 135-7.
8. McCORD JF, TYSON WK, BLAIR SI. A sectional complete denture for a patient with microstomia. *J prosth Dent* 1989; 61(6): 645-7.
9. PIŠČEVIĆ A, KARAPANDŽIĆ M. Karcinomi usana. *Stomatol GI Srb* 1975; (1): 13..
10. ВЕЛЕСКИ Д и сор. Прилог кон протетичкото згрижување на пациенти со микростома. *Макед Стоматол Прегл*