

# Ziarniniak szczelinowaty u użytkowników protez ruchomych – opis przypadków\*

## Evaluation of granuloma fissuratum cases in removable denture wearers

**Joanna Rybka, Justyna Otulakowska-Skrzyńska, Wiesław Hędzerek**

Z Katedry Protetyki Stomatologicznej i Kliniki Protetyki Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. *W. Hędzerek*

---



---

### HASŁA INDEKSOWE:

ziarniniak szczelinowaty, protezy ruchome, przerost patologiczny, uraz mechaniczny

---



---



---



---

### KEY WORDS:

granuloma fissuratum, removable partial dentures, pathological hypertrophy, mechanical trauma

---



---

#### *Streszczenie*

**Wstęp.** Błona śluzowa jamy ustnej fizjologicznie nie jest przystosowana do przenoszenia sił zwarciowo-zgryzowych. Stąd też stosunkowo łatwo może być ona uszkodzona w wyniku użytkowania niedostosowanych lub nieprawidłowo przylegających protez ruchomych częściowych i całkowitych. Reakcją zapalną na tego rodzaju nieprawidłowe bodźce mechaniczne może być ziarniniak szczelinowaty (łac. granuloma fissuratum, acanthoma fissuratum).

**Cel pracy.** Celem pracy było badanie przypadków wystąpienia ziarniniaka szczelinowatego u pacjentów użytkujących protezy ruchome częściowe i całkowite.

**Materiał i metody.** Materiał badany stanowiło 11 pacjentów, u których stwierdzono w jamie ustnej występowanie ziarniniaka szczelinowatego. Pacjenci zgłosili się do Kliniki Protetyki Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu z zamiarem wymiany protez ruchomych częściowych lub całkowitych na nowe uzupełnienia. Wśród badanych pacjentów ziarniniak szczelinowaty występował w obrębie szczęki lub żuchwy, zdecydowanie częściej u kobiet (73%) niż u mężczyzn.

**Wyniki.** W szczęce zmiany przerostowe o charakterze ziarniniaka szczelinowatego dotyczyły przeważnie okolicy przedsionkowej siekaczy i kłów (36,5%), w żu-

#### *Summary*

**Introduction.** The mucous membrane of the oral cavity is not physiologically adapted to transmit occlusion forces. It can be relatively easily damaged by using incorrect or ill-fitting removable partial and complete dentures. Granuloma fissuratum may be an inflammatory complication of treatment in patients with removable dentures.

**Aim of the study.** To evaluate the cases with granuloma fissuratum in wearers of complete and removable partial dentures.

**Material and methods.** Eleven patients with granuloma fissuratum were examined. The patients had reported to the Department of Prosthetic Dentistry, Poznań University of Medical Sciences with the intent to change their removable partial or complete dentures to new prosthetic devices.

**Results.** The results of the study evidenced that granuloma fissuratum occurred within the maxilla and the mandible, definitely more often in women (73%) than in men. Hypertrophic lesions of granuloma fissuratum in the maxilla, were observed mainly in the vestibular area of incisors and canines (36.5%) and in the mandible around the sublingual area (36.5%). In all the studied cases ill-fitting dentures on the denture bearing site and the presence of irritation by the denture flange

---

\*Praca była prezentowana w formie plakatu na XXVIII Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Sekcji Protetyki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego w Rawie Mazowieckiej.

chwie w okolicy podjęzykowej (36,5%). We wszystkich badanych przypadkach stwierdzono brak prawidłowego przylegania protezy do podłoża oraz występowanie drażniącego działania obrzeża protezy.

**Wniosek.** Na podstawie przeprowadzonych obserwacji potwierdzono, że nieprawidłowo przylegająca do podłoża proteza ruchoma może być przyczyną wystąpienia ziarniniaka szczelinowatego.

## Wstęp

Błona śluzowa jamy ustnej fizjologicznie nie jest przystosowana do przenoszenia sił zwarciowo-zgryzowych. Stąd też stosunkowo łatwo może dochodzić do jej uszkodzenia w wyniku użytkowania niedostosowanych lub nieprawidłowo przylegających protez ruchomych częściowych i całkowitych (1). Reakcją zapalną na tego rodzaju nieprawidłowe bodźce mechaniczne może być m.in. ziarniniak szczelinowaty (łac. *granuloma fissuratum*, *acanthoma fissuratum*). Zmiany te manifestują się miejscowym przerostem tkanek o podłożu zapalnym (2). Ich występowanie często zaburza utrzymanie użytkowanych protez ruchomych i utrudnia leczenie protetyczne. Pojawienie się przerostu o charakterze ziarniniaka szczelinowatego może stanowić potencjalne zagrożenie wystąpienia metaplasji złośliwej (3, 4). Często pacjent nie jest świadomy obecności w jamie ustnej tego rodzaju zmian patologicznych, dlatego ważne jest okresowe, kontrolne badanie jamy ustnej pacjenta. Leczenie ziarniniaka szczelinowatego ma na ogół charakter interdyscyplinarny, chirurgiczno-protetyczny, który polega na usunięciu przerośniętej błony śluzowej za pomocą skalpela lub lasera CO<sub>2</sub>, korekcie starych protez a po okresie gojenia wykonaniu nowych, odpowiednio ukształtowanych uzupełnień protetycznych (5). Wycięte tkanki należy poddać badaniu histopatologicznemu (6).

## Cel pracy

Celem pracy był opis przypadków ziarniniaka szczelinowatego występującego u pacjentów użytkujących protezy ruchome częściowe i całkowite.

were observed.

**Conclusion.** Our observations confirmed that ill-fitting denture may cause granuloma fissuratum on the denture-bearing site.

## Materiał i metoda

Materiał badany stanowiło 11 pacjentów (8 kobiet, 3 mężczyzn) w przedziale wiekowym od 47 do 72 lat, u których stwierdzono w jamie ustnej ziarniniaka szczelinowatego. Zmiany te zdiagnozowano na podstawie badania klinicznego w grupie pacjentów, którzy zgłosili się do Kliniki Protetyki Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu w czasie od listopada 2008 roku do marca 2010 roku. Obecność zmian przerostowych nie była powodem zgłoszenia się do stomatologa, oczekiwali jedynie wymiany protez ruchomych częściowych lub całkowitych na nowe. Pacjenci użytkowali protezy ruchome osiadające częściowe i całkowite oraz w jednym przypadku protezy częściowe szkieletowe. Dwóch pacjentów zaopatrzonych było protezami całkowitymi, trzech protezą całkowitą i częściową. Jeden pacjent z bezzębiem szczęki użytkował protezę całkowitą, natomiast w żuchwie rozległe braki skrzydłowe nie były uzupełnione protetycznie. Jeden pacjent z mostem okrężnym w szczęce w przeciwnym łuku zębowym miał uzupełnione braki zębów protezą częściową. Pozostali użytkowali protezy częściowe zarówno w szczęce jak i w żuchwie. W czasie badania przedmiotowego jamy ustnej pacjentów zwrócono uwagę na stan podłoża protetycznego, w szczególności na stan tkanek miękkich oraz występowanie ewentualnych zmian przerostowych. Oceniono użytkowane do tej pory uzupełnienia protetyczne, ich rodzaj i konstrukcję, przyleganie protez do podłoża protetycznego oraz zasięg obrzeża protezy. Badano prawidłowość wysokości zwarcia, występowanie odleżyn, stomatopatii innych od ziarniniaka. Pytano też o czas użytkowania dotychczasowych uzupełnień protetycznych, czy noszone były całodobowo czy z prze-

rwą nocną. W badaniu ankietowym uwzględniono też pytania o ewentualne naprawy i ich przyczyny oraz częstotliwość odbywania wizyt kontrolnych. Pacjentów kierowano na konsultację chirurgiczną, ustalano sposób leczenia zmiany przerostowej i planowano leczenie protetyczne.

## Wyniki

U pacjentów z obecnością ziarniniaka szczelinowatego w jamie ustnej stwierdzono występowanie zmian w obrębie szczęki lub żuchwy, zdecydowanie częściej u kobiet (8 pacjentek) niż u mężczyzn (3 pacjentów). Średnia wieku badanych pacjentów wynosiła 57,5 lat. Wiek badanych kobiet oscyłał od 53 do 72 lat a mężczyzn od 47 do 65 lat. Czasokres użytkowania uzupełnień protetycznych do momentu wykrycia omawianych zmian patologicznych wynosił od 1 do 9 lat (średnio 4 lata i 5 miesięcy). Predysponowanymi miejscami, w których stwierdzono ziarniniaka szczelinowatego, okazały się przednie odcinki szczęki (5 pacjentów) i żuchwy (6 pacjentów). W szczęce zmiany przerostowe dotyczyły przeważnie okolicy przedsionkowej siekaczy i kłów (4 pacjentów) oraz przedsionkowej okolicy przedtrzonowców i trzonowców (1 pacjent). W żuchwie ziarniniak szczelinowaty diagnozowany był najczęściej w okolicy podjęzykowej (4 pacjentów), przedsionkowo w okolicy siekaczy (1 pacjent) oraz w rejonie trzonowców od strony przedsionka (1 pacjent). Poza omawianymi

zmianami przerostowymi o charakterze granuloma fissuratum nie stwierdzono innych zmian patologicznych, w tym odleżyn błony śluzowej podłoża protetycznego. We wszystkich badanych przypadkach stwierdzono brak prawidłowego przylegania protezy do podłoża oraz występowanie drażniącego działania obrzeża protezy. Ostre obrzeże i zbyt duży zasięg płyty przedsionkowej wykryto w 7 przypadkach, brak prawidłowej retencji i zaburzoną stabilizację protezy potwierdzono u 2 pacjentów. Nieprawidłowości w okluzji związane z zaburzeniami retencji i stabilizacji protezy stwierdzono u 2 pacjentów oraz obniżoną wysokość zwarcia u 7 badanych osób. W pojedynczych przypadkach stwierdzono brak obciążenia przyzębia, zbyt krótkie skrzydła protezy powodujące uraz mechaniczny oraz ucisk metalowego łącznika podjęzykowego u użytkownika protezy szkieletowej. Leczenie ziarniniaka szczelinowatego u 6 pacjentów polegało na usunięciu chirurgicznym przerostów błony śluzowej za pomocą skalpela, a w 1 przypadku zmianę usunięto laserem CO<sub>2</sub>. Każdorazowo usunięte zmiany poddano badaniu histopatologicznemu, które potwierdziło rozpoznanie ziarniniaka szczelinowatego. Po interwencji chirurgicznej, protezy skorygowano a po wygojeniu wykonano nowe uzupełnienia. W jednym z tych przypadków na czas gojenia podścielono protezę całkowitą żuchwy materiałem typu tissue conditioner (Viscogel, Voco) (ryc.1b). U trzech kolejnych pacjentów ze zmianami niewielkich rozmiarów leczenie pole-



Ryc. 1. a – Pacjentka M. S. lat 53. Widoczne fałdy przerośniętej błony śluzowej przedniego odcinka żuchwy. Zwraca uwagę powiększone ujście ślinianki podjęzykowej.



Ryc. 1b – Proteza całkowita dolna użytkowana przez 1 rok.



Ryc. 2a – Pacjent S.J. lat 65, użytkujący protezę szkieletową żuchwy przez 1rok.



Ryc. 2b – Widoczny ziarniniak szczelinowaty żuchwy w okolicy podjęzykowej zęba 33, 34, jako efekt ucisku metalowego łącznika podjęzykowego.



Ryc. 3a – Pacjentka W.J. lat 54 użytkowała protezę częściową szczęki przez 7 lat. Zmiana przerostowa o charakterze ziarniniaka wystąpiła w formie szczeliny poprzecznej w okolicy przedsionkowej zęba 23.



Ryc. 3b – Widoczny ostry, zbyt długi brzeg protezy urażający błonę śluzową fałdu policzkowego.

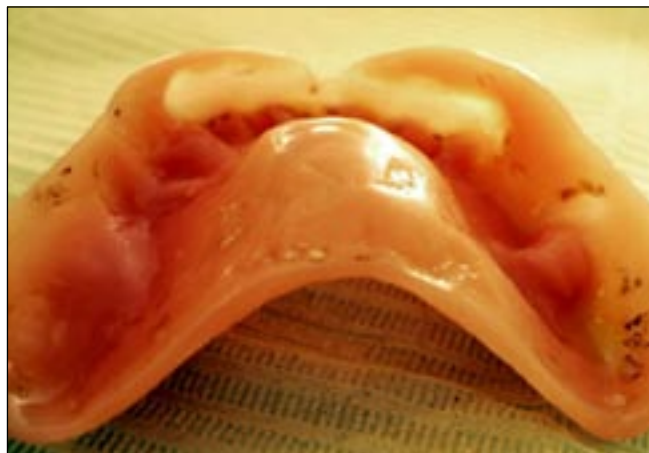
gało na skorygowaniu protezy a następnie wymianie na nową protezę ruchomą, co spowodowało samoistne cofnięcie się zmian. W jednym przypadku, po korekcie tymczasowej protezy ruchomej i wygojeniu przerostu, przystąpiono do planowego wykonania protezy stałej. W przypadkach zmian przerostowych niewielkich rozmiarów, gdzie nie podjęto interwencji chirurgicznej, badania histopatologicznego nie wykonano. Wszyscy leczeni pacjenci pozostawali pod stałą kontrolą stomatologiczną. Wizyty kontrolne po zakończeniu leczenia zaplanowane były co najmniej raz na pół roku. Pomimo motywowania pacjentów i objaśniania celowości regularnych wizyt kontrolnych, niespełna połowa z nich (6 pacjentów) zgłosiła się w wyznaczonym

terminie. Nawrotów przerostu u badanych, którzy poddali się okresowej kontroli nie stwierdzono. Obraz ziarniniaka szczelinowatego obserwowany u badanych pacjentów był morfologicznie zróżnicowany. Obserwowane zmiany przerostowe u 6 pacjentów składały się z pojedynczego fałdu błony śluzowej, pod lub nad protezą (ryc. 2a,b), u jednego pacjenta z licznych fałdów (ryc. 1a). U 3 osób były to dwa fałdy, z których jeden lokalizował się powyżej, a drugi poniżej polerowanej powierzchni brzegu protezy (ryc. 3a,b). Klinicznie różnorodna była też barwa i spistość ziarniniaka. U 4 pacjentów obserwowano fałdy miękkie, czerwone i łatwo krwawiące (ryc.3a), w pozostałych przypadkach fałdy były twarde i blade (ryc. 4a). Badania





Ryc. 4a – Pacjentka B. M. lat 55 użytkowała protezę całkowitą szczęki przez 5 lat. Widoczny ziarniniak szczelinowaty w odcinku przednim w okolicy zębów 15-12 oraz 22-23 od strony przedsionkowej.



Ryc. 4b – W protezie całkowitej użytkowanej przez pacjentkę widoczne zbyt mocno wycieniowane i za wysokie brzegi przedsionkowe w odcinku przednim.

ankietowe wykazały, iż żaden z badanych pacjentów przed wykryciem ziarniniaka szczelinowatego nie zgłaszał się na regularne wizyty kontrolne po zakończeniu adaptacji do protez. Większość badanych użytkowała protezy całodobowo (6 osób), bez przerwy nocnej. Naprawom w czasie użytkowania poddano protezy żuchwy u dwóch pacjentów z powodu pęknięcia w lini pośrodkowej. W czasie oceny wysokości zwarcia stwierdzono jej obniżenie w 7 przypadkach, u pozostałych pacjentów wysokość zwarcia była prawidłowa.

## Dyskusja

Ziarniniak szczelinowaty rozwija się z reguły powoli i bezboleśnie (2). Podkreśla się, że powstaje jako skutek długotrwałego urazu wywołanego przemieszczaniem się niestabilnej płyty protezy, nierównomiernym i długotrwałym obciążeniem podłoża protetycznego, drażniącym działaniem ostrych obrzeży płyty protezy oraz ich osiadaniem. Często związane jest to ze zbyt długim użytkowaniem protez (5). Jako średni czas użytkowania protez ruchomych podaje się 5-6 lat (7). Przeprowadzone badania wykazały, że jedynie 4 pacjentów przekroczyło ten czas, użytkując protezy od 7 do 9 lat. Pięcioro badanych pacjentów użytkowało protezy ruchome stosunkowo krótko od 1 roku do 3 lat. Należy jednak podkreślić brak stabilności i prawidłowej retencji protez u tych wszystkich badanych pacjentów. Jako przyczynę wystąpienia ziarniniaka wskazuje

się również brak prawidłowych stosunków okluzyjnych między zębami (8), co potwierdzają również badania autorów.

Dane literaturowe odnoszące się do lokalizacji *granuloma fissuratum* wskazują najczęściej na ich umiejscowienie u podstawy wyrostka zębodołowego w przednich odcinkach szczęki lub części zębodołowej żuchwy (2, 9), co potwierdziły również przeprowadzone obserwacje pacjentów w grupie badanej. Jednakże zmiany tego rodzaju mogą też występować w jamie ustnej na wewnętrznych powierzchniach policzków i warg, na podniebieniu, wzdłuż przebiegu tylnej krawędzi płyty protezy a także poza jamą ustną (2). W literaturze spotyka się doniesienia o występowaniu zmian o typie *granuloma fissuratum* w okolicy zausznej, na grzbiecie nasady nosa, w okolicy skroniowej, najczęściej wskutek drażnienia oprawkami okularów (10).

*Granuloma fissuratum* częściej spotyka się u kobiet po 40 roku życia, dominuje jednak pogląd o nasileniu tych zmian w 5 i 6 dekadzie życia (2, 9, 11), co potwierdziły również badania autorów. Podaje się kilka prawdopodobnych powodów częstszego spotykania ziarniniaków szczelinowatych u kobiet. Badania na populacji ludzi w starszym wieku dowodzą, że wśród użytkowników protez ruchomych więcej jest kobiet, których długość życia jest statystycznie dłuższa niż mężczyzn. Inne badania sugerują, iż kobiety częściej korzystają z opieki stomatologicznej i to wpływa na częstość wykrywania ziarniniaków. Ze względów estetycznych kobie-

ty użytkują protezy często całodobowo, co również może odgrywać znaczącą rolę w niektórych przypadkach. Spadek ilości hormonów w okresie menopauzy może być też prawdopodobnym wyjaśnieniem częstszego występowania zmian u kobiet (2, 9).

Ziarniniaki szczelinowate powstają również, gdy proces zaniku wyrostka zębodołowego jest stosunkowo szybki (np. w przypadku protez wczesnych lub natychmiastowych) a obrzeże protezy staje się w skutek tego zbyt rozległe i jest nadmiernie dociskane do fałdu policzkowego czy językowego. Jeśli dodatkowo obrzeże protezy osiadającej jest niewłaściwie opracowane, szorstkie i ostre, drażniące jej działanie zwiększa się i proces zapalny zostaje przyspieszony. Dlatego tak istotne wydaje się być umotywowanie pacjentów do odbywania regularnych wizyt kontrolnych.

Pacjent powinien mieć świadomość konieczności odbywania wizyt kontrolnych nie tylko w przypadku wystąpienia różnego rodzaju dolegliwości, ale również po zakończeniu okresu adaptacji przez cały okres użytkowania protez (raz na 6 miesięcy) (12). Stanowi to ważny czynnik profilaktyki występowania zmian przerostowych spowodowanych jatrogenym oddziaływaniem protez ruchomych. Regularne wizyty kontrolne umożliwiają ocenę ruchomych uzupełnień protetycznych, ich korektę lub wymianę na nowe w odpowiednim czasie (3). W przypadku osadzania protez natychmiastowych czy wczesnych konieczna jest częstsza kontrola prawidłowości przylegania protezy do podłoża. Umożliwia to wczesne wykrycie nieprawidłowości oraz ich korektę, nie dopuszczając do uszkodzenia podłoża protetycznego. Należy podkreślić, że żaden z badanych pacjentów nie zgłosił się do Kliniki Protetyki z powodu wystąpienia zmiany przerostowej w jamie ustnej, lecz wyłącznie w celu wymiany użytkowanych protez ruchomych na nowe.

Przed osadzeniem nowej protezy lub jej rebazacją czy podścieleniem, wszystkie zmiany o charakterze przerostowym powinny być zdiagnozowane i usunięte. Należy zwrócić na nie baczną uwagę nie tylko z powodu trudności protetycznych. Zmiany te, mając podłożę przewlekłe zapalne, przy obniżonej odporności tkankowej i dołączeniu się zewnątrz- i wewnątrzpochodnych czynników rakotwórczych, mogą stać się podłożem biologicznym sprzyjającym

procesowi zezłośliwienia (3, 4). Interesujący wydaje się też fakt, że występowania granuloma fissuratum nie obserwuje się u wielu użytkowników protez ruchomych, mimo istnienia większości czynników sprzyjających jego wystąpieniu. U dwóch pacjentów stwierdzono wystąpienie ziarniniaka szczelinowatego w powiązaniu z objawami zespołu Kelly'ego oraz obniżoną wysokością zwarcia. *Saunders* i wsp. na podstawie swoich badań proponował, by występowanie ziarniniaka szczelinowatego było elementem zespołu Kelly'ego. Dotąd jednak nie ma szerokich badań klinicznych, które potwierdziłyby częstsze występowanie tego typu zmian u pacjentów z bezzębiem szczęki i zachowanym uzębieniem resztkowym w odcinku przednim w żuchwie. Również omawiane w tej pracy pozostałe 9 przypadków ze stwierdzonym ziarniniakiem szczelinowatym nie ma powiązania z zespołem Kelly'ego (8, 13). Warto podkreślić również fakt występowania w literaturze różnych nazw omawianej zmiany patologicznej, która jest określana jako fałdy włókniste (6), nadziąsłak szczelinowaty (łac. *epulis fissuratum*) czy ziarniniak szczelinowaty (łac. *granuloma fissuratum*). W większości polskich pozycji piśmienniczych używana jest jednak nazwa ziarniniak szczelinowaty. Według *Kantora*, ze względu na różnorodność budowy histologicznej tych zmian, wspólną etiologię, topografię i obraz kliniczny, powinno się używać określenia nadziąsłak szczelinowaty dla nazewnictwa miejscowego, ograniczonego, guzopodobnego rozrostu dziąsła umiejscowionego na wyrostku zębodołowym szczęki lub części zębodołowej żuchwy a indukowanego protezami zębowymi. *Miller* zaproponował podział nadziąsłaków, w zależności od miejsca rozrostu, na centralne i obwodowe. Do nadziąsłaków obwodowych zaliczył ziarniniaki zapalne i szczelinowate, inaczej zwane fartuszkowatymi (2).

## Podsumowanie

1. Jatrogenne oddziaływania protezy ruchomej całkowitej i częściowej długotrwale użytkowanej lub też nowej, źle dostosowanej i nie przylegającej prawidłowo do podłoża protetycznego może być przyczyną wystąpienia zmian przerostowych o charakterze ziarniniaka szczelinowatego.

2. Ważne jest zaplanowanie i realizacja wizyt kontrolnych oraz wymiana uzupełnień protezycznych w zależności od zmieniającej się sytuacji klinicznej podłoża protetycznego.

## Piśmiennictwo

1. *Frączak B., Biskup M., Ey-Chmielewska H., Sobolewska E., Szoplińska M., Zawojski R.*: Stan błony śluzowej i higieny u pacjentów użytkujących uzupełnienia protetyczne stałe i ruchome na podstawie badań klinicznych i ankietowych. *Protet. Stomatol.*, 1995, 1, XLV, 17-19.
2. *Kantor R., Wnukiewicz J., Jeleń M.*: Fałdy włókniste -granuloma fissuratum czy epulis fissuratum?, *Magazyn Stomatologiczny* 1998, 10, 17-20.
3. *Sykut J., Borowicz J., Świstak A., Kleinrok J.*: Ziarniniak szczelinowaty-przerostowa postać zapalenia protetycznego błony śluzowej jamy ustnej – opis przypadku, *Protet. Stomatol.*, 2004, LIV, 4, 268-270.
4. *Hattowska H.*: Nowotwory jamy ustnej-nowotwory tkanek miękkich jamy ustnej, *Sanmedia*, Warszawa 1994.
5. *Wiśniewska G.*: Procedura chirurgiczno-protetycznego postępowania zabiegowego w przypadkach włóknistych zmian przerostowych błony śluzowej jamy ustnej, *Protet. Stomatol.*, 2004, LIV, 1, 46-50.
6. *Ciechowicz K., Kisłowska-Syrzyńska M., Siedlecki M.*: Chirurgiczno-protetyczne leczenie pacjentów z przerosłymi fałdami włóknistymi, *Protet. Stomatol.*, 2001, LI, 2, 95-100.
7. *Sondermann H., Sobolewska A.*: Badania niewydolności czynnościowej protez i ich użytkowej przydatności, *Dental Forum*/1/2010/XXXVIII, 19-24.
8. *Krawczykowska H., Panek H., Kalecińska E.*: Zespół Kelly'ego– przegląd piśmiennictwa, *Dent. Med. Probl.*, 2005, 42, 3, 507-512.
9. *Buchner A., Begleiter A., Hansen L. S.*: The Predominance of Epulis Fissuratum in Females, *Quintessence International*, 1984, 7., 699-702.
10. *Thomas M. R., Sadiq H. A., Raweily E. A.*: Clinical Records Acanthoma fissuratum, *The Journal of Laryngology and Otology*, 1991, 4, Vol.105, 301-303.
11. *Dominiak M., Sulka A., Jodłowska-Olewińska J., Haloń A., Łysiak-Drwal K.*: Nowotwory łagodne pochodzenia nabłonkowego lub mezenchymalnego jamy ustnej u pacjentów Zakładu Chirurgii Stomatologicznej AM we Wrocławiu w latach 2003-2004, *Poradnik Stomatologiczny* 2007, 12, 335-343.
12. *Wędrychowicz-Welman A., Prymas A., Lewandowski P., Uram K.*: Stan jamy ustnej i stomatologiczne zachowania prozdrowotne studentów stomatologii, *Dent. Med. Probl.*, 2006, 43, 2, 222-227.
13. *Koczorowski R., Makuch K., Hemerling M., Brożek R.*: Problemy lecznicze starszych pacjentów z zespołem Kelly'ego, *Dental Forum* 2008, 2, 36, 55-61.

Zaakceptowano do druku: 7.IV.2011 r.

Adres autorów: 60-812 Poznań, ul. Bukowska 70.

© Zarząd Główny PTS 2011.