

and periodontal disease. Alveolar bone status was determined according to the TCH (Tooth-Cervical-Height Index). On the 281 Krapina Neanderthal teeth no carious lesions were found whereas resorptive changes in the infra and intraalveolar pockets were noticed. Therefore, periodontal disease has been present for longer than caries. The prevalence of carious lesions continuously progresses from the first, through tenth until the twentieth century.

Ortognatska kirurgija - kako mi to radimo

Uglešić V, Jokić D, Knežević P, Grgurević J, Milić M.

Klinika za kirurgiju lica, čeljusti i usta, KB Dubrava, Zagreb, Hrvatska

Ortognatska kirurgija spada u skupinu estetsko-funkcionalnih operacija. Većina naših bolesnika dolazi na prvi pregled zahtijevajući promjenu izgleda. Prvi pregled je razgovor s bolesnikom i na njemu se uvijek nazočni ortodont i maksilofacijalni kirurg. Uzimaju se otisci fotografija an face i profila te telerendgen snimke. Na osnovi dobivenih podataka stvara se okvirni plan liječenja. Na drugome pregledu iznosi se plan liječenja i potanko se objašnjavaju postupci ortodontskog i kirurškog liječenja i moguće komplikacije. U razgovoru se rabi baza podataka ortognatskih zahvata i računalna simulacija. Bolesnici donose konačnu odluku te se na trećemu pregledu dogovara liječenje. Aktivno liječenje rijetko počinjemo prije sedamnaeste godine. Ovisno o planu, uključuje se oralni kirurg i počinje se s ortodontskim tretmanom. Kada je priprema za zahvat završena, ponavlja se razgovor s bolesnikom i dogovara se termin primitka. Bolesnik dolazi na bolničko liječenje pripremljen i s obavljenim anesteziološkim pregledom. Operacija je najčešće na dan primitka, a bolesnik u bolnici boravi 3 do 5 dana. Na primjerima vraćanja i izvlačenja donje i gornje čeljusti te bimaksilarnih zahvata prikazati ćemo naš pristup ortognatskoj kirurgiji.

Orthognathic Surgery - Our Concept

Uglešić V, Jokić D, Knežević P, Grgurević J, Milić M.

*Department of Oral and Maxillofacial Surgery, University Hospital "Dubrava", School of Dental Medicine, Zagreb, Croatia
E-mail: vuglesic@kbd.hr*

Orthognathic surgical treatment is both functional and esthetic. For most of our patients the reason for the first visit is esthetics. The first appointment is made in the combined maxillofacial and orthodontics clinic. During the first appointment we talk to the patient to get a general idea of his/her wishes and medical photographs, jaw models and X-rays are taken. After collecting all data a general plan for the treatment is made. During the second appointment we discuss our treatment plan together with details of both orthodontic and surgical therapy with the patient. In this discussion we use photographs from our data base and computer simulation.

After the final patient's decision is made, we start with the treatment. Depending on the treatment plan, it starts with either oral surgery or orthodontics. For most of the patients we do not start with treatment before seventeen years of age. After presurgical treatment is finished, we again discuss details of the operation with the patient and a hospital appointment is made. The operation is usually performed on the day of admission, and the hospital stay is 3 to 5 days. We discuss our treatment concept based on patients with the different types of skeletal deformities.

Odnos između okluzije i temporomandibularnih poremećaja

Uhač I, Kovač Z, Gržić R, Kovačević D, Giroto M, Blečić M, Šimunović-Šoškić M.

Medicinski fakultet, Studij stomatologije, Rijeka, Hrvatska

Etiologija temporomandibularnih poremećaja i može bitini utjecaj nisu potpuno razjašnjeni.

Svrha istraživanja bila je utvrditi utjecaj okluzijskih odnosa na funkciju stomatognatoga sustava.

Ispitivana skupina sastojala se je od 96 ispitanika u dobi od 24-52 godine ($x = 35,03 \pm 6,92$). Kliničkim pregledom utvrđen je broj zuba, broj zuba u okluziji, okluzijska koncepcija (okluzija vođena očajnikom, grupna funkcija i bilateralno uravnotežena okluzija). Izjereni su iznosi okomitog preklopa i vodoravnog pregriza. RKP položaj određen je chin-point tehnikom i fiksiran Lucia-jigom. Klizanje iz RKP u IKP položaj izmjereno je u anteroposteriornom, okomitom i postraničnome smjeru. Mjerenja maksimalnih kretanja izvršena su s pomoću precizne pomične mjerke. Registrirana je možebitna pojava zvuka i boli. Izvršena je palpacija temporomandibularnih zglobova, žvačnih i vratnih mišića. Izračunani su Helkimov okuzijski, anamnestički i klinički disfunkcijski indeks (indeks mandibularne pokretljivosti, indeks funkcije temporomandibularnoga zgloba, indeks bolnosti mandibularnih kretanja te indeks mišićne i zglobne boli).

3,21% ispitanika bilo je bez okluzijskih poremećaja (Oi0), 52,32% imalo je umjerene okluzijske poremećaje (OiI), a 38,56% imalo je ozbiljne okluzijske poremećaje (OiII). U usporedbi s anamnestičkim i kliničkim disfunkcijskim indeksom Pearson χ^2 test pokazuje da ozbiljni okluzijski poremećaji nisu povezani sa ozbiljnim disfunkcijskim poremećajima. Razlika među skupinama nije statistički znatna ($p > 0,05$).

Rezultati ovoga istraživanja upućuju na zaključak da okluzija nema utjecaja na nastanak i tijek TMD-a.

The Relationship Between Occlusion and Temporomandibular Disorders

Uhač I, Kovač Z, Gržić R, Kovačević D, Giroto M, Blečić M, Šimunović-Šoškić M.

Faculty of Medicine, School of Dental Medicine, Rijeka, Croatia

The etiology of temporomandibular disorders and the role of occlusion, has still not been entirely clarified.

The objective of this investigation was to determine the effect of occlusal relationship on the function of the stomatognathic system.

A group of subjects, aged from 24-52 years ($x = 35,03 \pm 6,92$) was examined. The number of teeth, the number of teeth in occlusion, type of occlusion (canine guided

occlusion, group function and balanced occlusion) was determined by clinical examination. Overbite and overjet were measured. RCP position was determined by chin-point technique and fixing by Lucia-jig. The sliding from RCP to IKP position was determined in the anteroposterior, vertical and lateral direction. A precise calliper was used to measure maximal jaw movement. Pain and sounds were registred. Temporomandibular joints, masticatory and neck muscles were palpated. Helkimo Occlusal, Anamnestic and Clinical Dysfunction Indexes (Index of mandibular movement, index of TMJ function, Index of painful mandibular movements, index of muscular and TMJ pain) were calculated.

3.21% of the subjects were without occlusal disorders (Oi0), 58.32% had moderate occlusal problems (OiI) and 38.56% had severe occlusal problems (OiII). When compared to Anamnestic and Clinical Dysfunction Index the Pearson χ^2 test analysis shows that severe occlusal problems are not correlated to severe dysfunction. The difference between the groups is not statistically significant ($p > 0.05$).

The results of this study suggest that occlusion does not have an influence on the occurrence of TMD.

Suvremena dijagnostika i terapija temporomandibularnih disfunkcija (TMD)

Valentić-Peruzović M, Ileš D, Alajbeg I.

Zavod za stomatološku protetiku Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

Temporomandibularne disfunkcije u svim svojim patološkim oblicima čine sve češći problem u suvremenoj stomatološkoj praksi. Sustavan pristup dijagnostici s obzirom na prikupljanje i interpretaciju podataka o pacijentu jedan je od primarnih ciljeva u tretmanu znakova i simptoma TMD-a.

Prema W. Bellu dijagnoza TMD-a mora obuhvatiti:

- pravilnu identifikaciju i klasifikaciju poremećaja
- razumijevanje mehanizma nastanka i mjesta boli
- utvrđivanje etioloških čimbenika, ako je moguće
- bazirati prognozu s obzirom na djelotvornost terapije.