

tvorilo je 50 nebruksista u dobi od 25-51 ($x = 37,24 \pm 6,37$). Dijagnoza bruksizma postavljena je anamnestičkim upitnikom i kliničkim pregledom. Za mjerenje kretnje čeljusti uporabljena je precizna klizna mjerka. Mjereno je maksimalno otvaranje, desna i lijeva maksimalna laterotruzijska kretnja, te maksimalna protruzijska kretnja.

U skupini bruksista srednja vrijednost maksimalnog otvaranja bila je $48,51 \pm 5,01$ mm, a u skupini nebruksista $49,76 \pm 6,92$ mm. Srednja vrijednost maksimalne desne laterotruzijske kretnje u skupini bruksista iznosila je $10,04 \pm 2,51$ mm, a kontrolna skupina imala je srednju vrijednost $10,31 \pm 2,47$ mm. Maksimalna lijeva laterotruzijska kretnja u bruksista iznosila je $9,74 \pm 2,50$ mm, a vrijednost kontrolne skupine bila je $10,33 \pm 2,30$ mm. Maksimalna protruzijska kretnja kod bruksista iznosila je $9,53 \pm 1,97$ mm, a u kontrolnoj skupini $10,81 \pm 2,29$ mm. Pearson χ^2 test pokazao je statistički znatnu razliku između ispitivanih skupina ($p < 0,05$) jedino u varijabli maksimalne protruzijske kretnje ($t = 2,93$, $p = 0,0004$).

Rezultati ovog istraživanja upućuju na zaključak da bruksizam može imati samo ograničeni utjecaj na pokretljivost čeljusti.

The Influence of Bruxism on Mandibular Movement

Muhvić-Urek M, Uhač I, Kovač Z, Šimunović-Šoškić M, Antić R, Borčić J.

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

The aetiology of temporomandibular disorders (TMD) remains controversial. The role of bruxism is still under discussion.

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

A group of 46 bruxers, aged from 24-52 years ($x = 35,03 \pm 6,92$) was examined. The control group consisted of 50 nonbruxers aged from 25-51 years ($x = 37,24 \pm 6,37$) bruxism was assessed by a questionnaire and clinical examination. A precise calliper was used to measure jaw movement. Maximal opening, right and left laterotrusion, and maximal protrusion were measured.

The mean value of maximal opening in the bruxers group was $48,51 \pm 5,01$ mm, and in the nonbruxers group

$49,76 \pm 6,92$ mm. The mean value of maximal right laterotrusion in the bruxers group was $10,04 \pm 2,51$ mm, and of left laterotrusion $9,74 \pm 2,50$ mm compared to the nonbruxers group where the mean value of right laterotrusion was $10,31 \pm 2,47$ mm, and left laterotrusion $10,33 \pm 2,30$ mm. The mean value of maximal protrusion in the bruxers group was $9,53 \pm 1,97$ mm, while in the nonbruxers group it was $10,81 \pm 2,29$ mm. Pearson χ^2 test analysis shows statistically significant difference ($p < 0,05$) between the groups only in relation to the maximal protrusion ($t = 2,93$, $p = 0,0004$).

The results of this study suggest that bruxism may only have a limited influence on mandibular mobility.

Interdisciplinarni pristup liječenju mandibularnoga prognatizma Prikaz tijeka liječenja

Muretić Ž¹, Uglešić V², Jokić D.²

¹Zavod za ortodontiju, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

²Klinika za kirurgiju lica, čeljusti i usta, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

E-mail: želimir.muretic@sfzg.hr

Skeletno ortodonske anomalije, kao i one koje imaju naglašenu skeletnu komponentu, znatan su problem s gledišta liječenja. Rendgenkefalometrijski postupci predviđanja kraniofacijalnoga rasta primjenom longitudinalnih studija nisu pouzdani jer je krivulja rasta individualna s nepredvidivim vektorom i dinamikom, pri čemu je najvažnije predvidjeti intenzitet varijabilnoga pubertetskoga poticaja rasta. Zbog toga se događa da se planirani tijekom konvencionalnog ortodonskog liječenja ponekad mora mijenjati i predvidjeti kirurško rješenje.

Pacijentica Zavoda za ortodontiju, Stomatološkog fakulteta u Zagrebu počela je liječenjem u 9. godini, u doba mješovite denticije, kada su se tek naslućivali elementi mandibularnoga prognatizma. U višegodišnjem liječenju primijenjeni su bionator i aktivne ploče. No usprkos dobroj suradnji u vrijeme puberteta, značajnom akceleracijom kondilarnoga rasta klinička slika je pogoršana i postavljena je dijagnoza mandibularni prognatizam. Predviđen je kirurški zahvat te je ortodonsko liječenje usmjereno na uklanjanje elemenata dentoalveolarne kompenzacije i učinaka dotadašnjeg liječenja. Primjenom fiksnog aparata