

INDEKSI I NEVOJËS SË TRAJTIMIT ORTODONTIK (IOTN) DHE PRËRDORIMI I TIJ NË SHËRBIMIN ORTODONTIK. STUDIMI EPIDEMIOLOGJIK

VIRGJINI MULO *

Summary

INDEX OF ORTHODONTIC TREATMENT NEED

In our daily practice we come across a lot of abnormalities, in the children with different ages-group. Our authors and foreigners, have estimated, that at least one-third of the population has a clear need for orthodontic treatment.

Epidemiological studies, are the most important means, to reveal the prevalence of malocclusion. In the framework of these studies, is used an index called IOTN (index of orthodontic treatment need), which can be applied directly to patients. This index attempts to rank malocclusions in terms of the significance of various occlusal traits, for an individual's dental health. It intends to identify those individuals, who would most likely benefit from orthodontic treatment.

In our epidemiological study on 500 of subjects of children in Tirana and Durrës, we used this index, relying on "skeda orthodontica" allowed from W.H.O. and elaborated from University of Padova (Itali). By means of this study we aim:

- The prevalence of malocclusion
- The grades of IONT
- The ratio need/demand etc.

This study is based in questionnaire too, by means of which, we saw, how much the children are informed for dental problems.

Në praktikën e përditshme ortodontike, ndeshemi me anomalitë të ndryshme të dhëmbëve dhe nofullave (malokluzione), në fëmijë me grup mosha të ndryshme.

Autorët tanë dhe të huaj janë marrë me studimin e këtyre anomalive, të cilat variojnë nga 30-70% (1,2,3,4).

Pikërisht për të përcaktuar prevalencën dhe shpërndarjen e këtyre anomalive në popullsi të ndryshme, një ndihmë të konsiderueshme, japin studimet epidemiologjike, të cilat në vitet e fundit kanë marrë një rëndësi absolute në të gjithë kampin e mjekësisë, përfshirë edhe fushën ortodontike (5,6).

Ky rol i rëndësishëm së madhe, është rezultat i një numër nevojash që shtrojnë aspekte të ndryshme të ortodontisë.

Në vendin e parë është nevoja për njohjen me saktësi më të madhe të prevalencës efektive të anomalive të ndryshme. Një element i rëndësishëm së dytë është paraqitja në mënyrë të sigurtë, nga njohja gjithnjë e më e madhe e kompleksit etiologjik të këtyre anomalive dhe efekti multifaktorial i tyre. Dhe së fundi, një impuls

deçiziv për zhvillimin e studimeve epidemiologjike ortodontike, vjen nga nevoja gjithnjë e më e ndjeshme për të njohur me precizion përhapjen reale të këtyre patologjive, me qëllim për të programuar më mirë burimet publike për planifikimin e parandalimit dhe trajtimit (7).

Kështu për vlerësimin e prevalencës dhe gravitetit të anomalive të ndryshme të kavitetit oral për përcaktimin e nevojës për trajtimin ortodontik, është e nevojshme mbi bazën e njohjeve aktuale shkencore dhe epidemiologjike përdorimi i një indeksi të quajtur, indeksi i nevojës së trajtimit ortodontik (IOTN).

Nga të gjitha indekset e krijuara, vetëm IOTN ka marrë konsensus për përdorimin universal, pikërisht e lidhur kjo me vetitë e besueshmërisë, vlefshmërinë dhe riprodhimtarinë së tij (8).

Ai është një indeks unik, tashmë i miratuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh), që kënaq motivet për të cilat kërkohet një përdorim i tij në epidemiologji edhe një zbatim preciz në praktikën klinike.

* Dërguar në Redaksi më 25 Dhjetor 1995, miratuar për botim më 14 tetor 1996.

Nga Katedra e Ortopedisë Stomatologjike e Fakultetit të Mjekësisë, Tiranë (X.H.M.)

Adresa për letërkëmbim: Xh. Mula: Katedra e Ortopedisë Stomatologjike e Fakultetit të Mjekësisë, Tiranë.

Qëllimi i studimit tonë është përdorimi për herë të parë në praktikën tonë ortodontike të indeksit IOTN, gjë që do na japë mundësi të krahasojmë të dhënat tona me ato botërore ortodontike.

Me anë të këtij studimi kemi për qëllim të përcaktojmë edhe prevalencën reale të malokluzioneve, të njohim më saktë faktorët etiologjikë, ambjentalë shkaktat kryesore të këtyre anomalive të nxjerrim në pah raportin nevojë/kërkesë i cili është objektivi kryesor që shtrohet sot për t'u zgjidhur në shërbimin ortodontik.

Materiali dhe metoda

Studimi epidemiologjik është kryer mbi 550 subjekte me një nëndarje të sekseve sisas rastit (235 meshkuj, 262 femra), të ndarë në 5 grupe moshash të ndryshme (3,6,9,12,15 vjeç), në qytetet kryesore të Tiranës dhe Durrësit. Janë marrë në studim këto dy qytete, si qytete më të mëdha të vendit, me bagazhin më të madh kulturor dhe social dhe për faktin tjetër, se në këto vitet e fundit, popullsia e këtyre dy qyteteve është bërë heterogjene.

Kështu ne kemi mundësi në një farë mënyre të përgjithësojmë të dhënat tona në shkallë vendi. Numri i subjekteve është marrë i tillë për të qenë i besueshëm në

rezultatet. Nga përpunimi ynë statistikor kjo besueshmëri doli në nivelin 95%. Ndërsa moshat e fëmijëve u përacaktuan, duke u bazuar se, se në këto moshë ekzistojnë ndryshimet më të mëdha në procesin e denticionit. Pra ky riliev u ndërtua sipas kritereve të sygjera nga OBSH-ja për përdoprimin e shembullit bazë në vlerësimin e gjendjes dentare. Kështu:

- moshë 3 vjeç përfaqëson denticionin e qumështit
- moshë 5 vjeç përfaqëson daljen e molareve të parë të përhershëm, që përbëjnë kyçin e okluzionit.
- moshë 9 vjeç përfaqëson denticionin e përzier të hershëm
- moshë 12 vjeç përfaqëson denticionin e përzier të vonshëm
- moshë 15 vjeç përfaqëson denticionin e përzier e përhershëm

Studimi është kryer pranë qendrave shkollore dhe kopshteve të Tiranës dhe Durrësit, pa mjete speciale. Në këtë studim, u përdor skeda bazë ortodontike e përpunuar për një përshtatje më të lehtë në kushtet tona, pranë shërbimit të ortodontisë së Universitetit të Padovës (Itali).

Tabela nr.1

Skeda Ortodontike

| Mbiemri | Emri | Mosha | F | M | Nr.kodi |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------------|------------------|------|---------|
| Qyteti | Shkolla (kopshti) | Dita | Muaji | Viti | Mjeku |
| Klasa skeletike I | 1 | Kafshimi i kryqëzuar | mungon | | 0 |
| II | 2 | | ≤ 1 mm | | 1 |
| III | 3 | | > 1 ≤ 2 | | 2 |
| | | | > 2 | | 3 |
| | | | Lingual | | 4 |
| Dimensionet normal | 1 | | | | |
| Vertikale i thellë | 2 | Inkompetenca labiale | mungon | | 0 |
| i hapur | 3 | nga anomalitë | sagitale | | 1 |
| | | " " | vertikale | | 2 |
| Klasa incizive | | " " | dento-alveolare | | 3 |
| Normal | 0 | " " | e indeve të buta | | 4 |
| II/1 | 1 | Gëlltitja optike | | | |
| II/2 | 2 | | mungon | | 0 |
| III | 3 | | Presente | | 1 |
| Klasa morale djathtas | 1 2 3 | Frymëmarrja orale | mungon | | 0 |
| " kanine " | 1 2 3 | | presente | | 1 |
| " morale majtas | 1 2 3 | Veset e ndryshme | mungon | | 0 |
| " kanine " | 1 2 3 | | presente | | 1 |
| Vija mediane e devijuar | dentare 1 | | mungon | | 0 |
| Funksionale 2 | ATM | | zhurmë | | 1 |
| OY pozitive | 0-3;5 mm | | bllokim | | 1 |
| | >3;5<=6 mm | | luksasion | | 3 |
| | >6<=9 mm | | dhimbje | | 4 |
| | >9 mm | | të gjitha | | 5 |

Vazhdimi i Tabelës nr. 1

| Mbiemri Qyteti | Emri Shkolla (kopshti) | Mosha Dita | F Muaji | M Viti | Nr.kodi Mjeku |
|---------------------|---------------------------|---------------|--------------------------|---------------------|------------------|
| Negative | $> 0 \leq 1$ mm | 1 | Aparate ortodontike | mungon | 0 |
| | $> 1 \leq 3;5$ mm | 2 | | presente | 1 |
| | $> 3;5$ mm | 3 | | | |
| Kafshimi i thellë | $\geq 3,5$ mm | 1 | Ekstraksione ortodontike | mungon | 0 |
| | Komplet | 2 | | presente | 1 |
| | Traumatik | 3 | | | |
| Kafshim i hapur | $> 1 \leq 2$ mm | 1 | IOTN | Gradat 1 2 3 4 5 | |
| | $> 2 \leq 4$ | 2 | | | |
| | > 4 mm | 3 | | | |
| Mospërputhjet dento | mungon | 0 | | | |
| | Alveol anteriore | 1 | | | |
| | Laterale | 2 | | | |
| | Totale | 3 | | | |

Në këtë skedë ortodontike, krahas vlerësimit ortodontik të parametrave klasikë (klasë skeletike, kafshimi etj.) dhe vëmendjes mbi zbulimin klinik të veseve (thithjet e ndryshme, gëlltitja jonormale, frymëmarrja gojore etj.), përfshihet edhe përcaktimi i indeksit IOTN.

Indeksi i prioritetit të trajtimit (IOTN) zbuluar nga disa autorë (9,10) është një skedë e veçantë, që paraqet

një klasifikim të lehtë të malokluzioneve sipas gravitetit, duke i radhitur ato me termat e prioritetit dhe të urgjencës së trajtimit.

Ajo lejon një ndarje precize midis rasteve që s'paraqesin asgjë ose vetëm një nevojë minimale të trajtimit (grada I-II), rasteve të modeluara (grada III) dhe rasteve që paraqesin nevojë të madhe ose urgjente të trajtimit (grada IV-V) (Tabela nr. 2).

Tabela nr.2

Indeksi i nevojës së trajtimit ortodontik

IOTN-DC: Komponenti dentar

Zbulon vetitë e ndryshme ose karakteristikat okluzale që mund të rrisin rrezikun e sëmundjes me prejkje të denticionet dhe të indeve mbështetës (Brook e Shaw 1989, Richmond e Al 1992, W.H.O. 1994)

Grada I Asnjë nevojë për terapi

-malpozicione të lehta ose rotacione dentare (përfshin edhe spostimet midis pikave të kontaktit midis elementeve dentare < 1 mm).

Grada II Nevojë e lehtë për terapi

2a — oy i rritur $> 3,5$ mm, ose $= 6$ mm me buzë kompetente në qetësi

2b — oy negativ $> 0 < \text{ose} = 1$ mm

2c — kafshim i kryqëzuar lateral ose anterior me mospërputhje $< \text{ose} = 1$ mm midis pozicioneve të parakonaktit dhe interkuspidimit maksimal

2d — spostim midis pikave të kontaktit të elementeve dentare > 1 mm $< \text{ose} = 2$ mm.

2e — kafshim i hapur lateral ose anterior > 1 mm $< \text{ose} = 2$ mm.

2f — kashim i thellë $> \text{ose} = 3,5$ mm pa kontakt gingival

Grada III Nevojë e moderuar për terapi

3a — oy i rritur $> 3,5$ mm $< \text{ose} = 6$ mm me buzë inkopetente në qetësi

3b — oy negativ > 1 mm $< \text{ose} = 3,5$ mm.

3c — kafshim i kryqëzuar lateral ose anterior me mospërputhje > 1 mm $< \text{ose} = 2$ mm midis pozicionit të parakontaktit dhe interkuspidimit maksimal

3e — kafshim i hapur lateral ose anterior > 2 mm $< \text{ose} = 4$ mm

3f — kafshim i thellë ose kompakt pa trauma gingivare ose palatinalë

Grada IV Nevoja e madhe për trajtim

4h — hipodoncia e lehtë, me nevojë të terapisë preprotektike ose të mbylljes së hapësirës për të evituar nevopjën e protezave.

4a — oy i rritur > 6 mm 2 ose = 9 mm

4b — oy negativ > 3,5 mm pa vështirësi në përtypje dhe të folur

4m — oy negativ < 1mm > 3,5 mm me vështirësi në mastikacion dhe në të folur

4c — kafshimi i kryqëzuar anterior ose lateral me mospërputhje > 2 mm midis pozicionit të parakontaktit dhe interkuspidimit maksimal

4i — kafshimi i kryqëzuar lingual posterior, pa kontakt okluzal funksional në një ose të dyja segmentet leteroposteriore.

4d — spostimi midis pikave të kontaktit ndërmjet elementeve dentare > 4 mm

4e — kafshimi i hapur anterior ose lateral > 4 mm.

4f — kafshimi i thellë ose komplet me trauma gingivare ose palatinale

4t — dhembje pjesërisht të dalë, të inklinuar ose të ngjeshur kundrejt dhëmbëve fqinje

4x — prezenca e dhëmbëve të mbinumërt

Grada V Nevojë ekstreme për trajtim

5i — Inkluzioni dentar (përjashtuar malarui e trete) shkaktuar nga dendësimet, malpozicionet, dhëmbët e mbinumërt, retensioni i dhëmbëve të parakohshëm ose të tjera shkaqe patologjike

5h — hipodoncia difuze (më shumë se një element mungon në çdo gjysëm harkade) me nevojë të terapisë paraprotetike.

5a — oy irritur > 9 mm

5m — oy negativ > 3,5 mm me vështirësi në përtypje dhe në të folur.

5p — labiopalatumski ose anomali kraniofaciale

5s — dhëmbë të përkohshëm të ankilozuar.

Në paraqitjen grafike të ICTN-së janë vënë përballë të dhënat tona me ato të nxjerra nga zona ULSS34 në Padova të Italisë, dhe kjo e lidhur me faktin se në këtë vend janë kryer gjithnjë studime epidemiologjike është operuar me të njëjtën grup moshash dhe është përdorur e njëjta metodologji. Ky

kërkim epidemiologjik u shoqërua me një pyetsor të kryer po mbi këta fëmijë, duke lënë jashtë 100 fëmijët e moshës 3- vjeçare.

Qëllimi i këtij anketimi ishte evidentimi i vetëdijes individuale të subjekteve tona, për gjendjen e tyre dentare (Tabela nr. 3).

Tabela nr. 3

Anketa e zhvilluar në 400 fëmijët kryesisht të rretheve të Durrësit dhe të Tiranës

Mars 1995

I. Cila është gjendja juaj aktuale?

a) të pa mjekuar

b) duke u mjekuar

c) kanë qenë mjekuar në të kaluarën

353 raste (88%)

31 raste (8%)

16 raste (4%)

II. N.q.s jeni të pamjekuar a ka ndonjë gjë që s'ju pëlqen me dhëmbët tuaj?

a) po

b) jo

266 raste (75%)

86 raste (25%)

III. Ky çrregullim është vënë re:

a) Nga vetë fëmija

b) Nga prindërit

c) nga dentisti

114 raste (43%)

84 raste (31%)

68 raste (26%)

IV. N.q.s. jeni të pakënaqur, cila është arsyeja

a) dhëmbët janë të parregullt

94 raste (34%)

Sipër

66 raste

Poshtë

25 raste

b) dhëmbët janë të dendur

34 raste (13%)

6 raste

28 raste

c) dhëmbët janë me hapësira

6 raste (2%)

6 raste

-

d) dhëmbët përpara janë të dalë

58 raste (22%)

50 raste

50 raste

e) çrregullime të tjera

77 raste (29%)

V. Çrregullimet që ju kenia) venë duke u keqësuar
128 raste (48%)b) duke u përmirësuar nga pak
54 raste (20%)c) njëlloj si përpara
84 raste (35%)**VI. Dëshironi të korrigjoni?**a) po, shumë
201 raste (76%)b) po, pak
40 raste (15%)c) s'dëshiroj trajtim
12 raste (6%)d) nuk e di
4 raste (8%)**VII. N.q.s. dëshironi kush është arsyeja që nuk ikeni mjekuar ato**

a) asnjëri nuk më ka thënë për t'i mjekuar

58 raste (24 %)

b) nuk e di kur është koha më e përshtatshme për mjekim

76 raste (31%)

c) prindërit nuk dëshirojnë

12 raste (5%)

d) kushtojnë

36 raste (13%)

e) nuk jemi të sigurtë për rezultatin

11 raste (5%)

f) arsye të tjera

64 raste (22%)

VIII. Cila është arsyeja më kryesore që doni t'irregulloni dhëmbët?

a) të përmirësoni pamjen e jashtme

189 raste (78%)

b) të përmirësoni kafshimin dhe përthypjen

7 raste

c) të përmirësoni të folurit

20 raste

d) të zhdukni veset e ndryshme

48 raste

e) të tjera arsye

2 raste

IX. Kur mendoni se duheni të kryeni vizitën e parë tek stomatologu

a) 2.5 – 3-4 vjeç

22 raste (5%)

b) 6-7 vjeç

104 raste (26%)

c) më vonë

31 raste (8%)

d) kur të keni shqetësime

243 raste (61%)

X. Sa e shpeshtë duhet të jetë vizita tek stomatologu?

a) 1 herë në 6 muaj

66 raste (14%)

b) 1 herë në vit

81 raste (20%)

c) 1 herë në 2 vjet

70 raste (17%)

d) kur të keni nevojë

183 raste (49%)

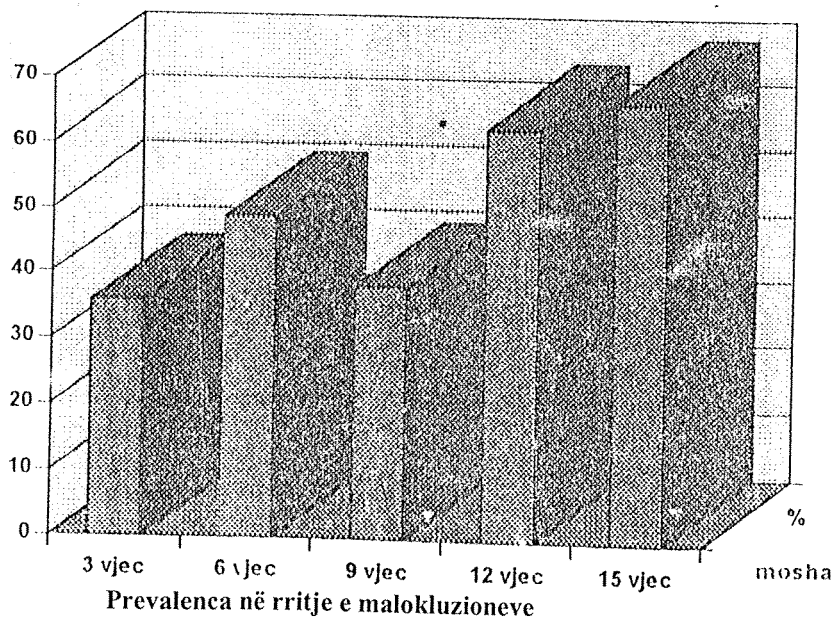
Diskutimi i rezultateve

Në bazë të të dhënave të marra nga ky studim veçuar se:

Prevalanca e malokluzioneve në popullsinë tonë është 50.9, diçka më e ulët se 65,7% e nxjerrë nga studimi

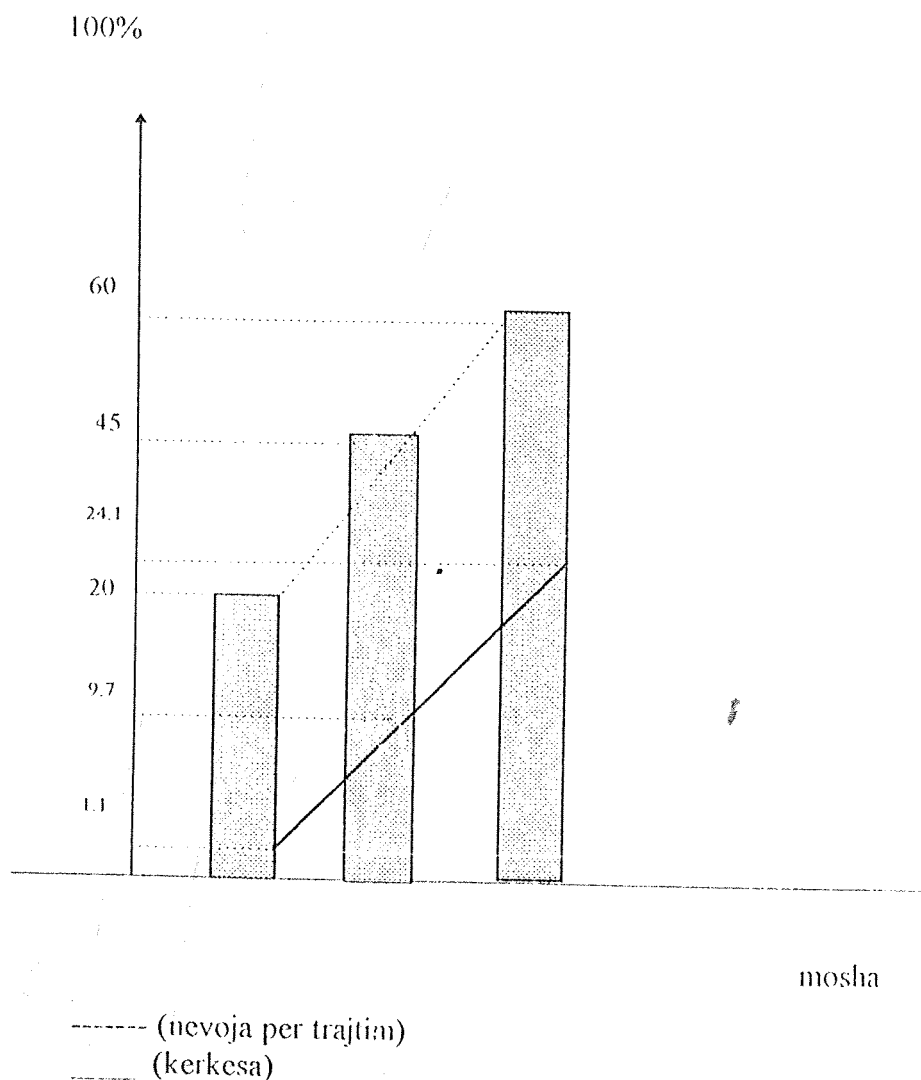
i autorëve tanë (1,2).

Kjo prevalencë konkludon në rritje, me rritjen e moshës, gjë që flet për kujdesin që duhet treguar për parandalimin dhe trajtimin e anomalive që në moshë të vogla (Grafiku nr.1)

Grafiku Nr. 1.

Përcaktimi i raportit nevojë/kërkesë bëhet duke krahasuar numrin e subjekteve të ekzaminuara që kanë nevojë për trajtim ortodontik, me numrin e subjekteve që posedojnë aparate ortodontike, pra që kanë kërkuar ndihmë ortodontike. Nga studimi ynë përqindja e fëmijëve me aparate doli 0,3. Këtu vihet re mungesa e

aparateve në moshën 3 vjeç dhe më vonë rritja e numrit të tyre me rritjen e moshës nga 1,1% në 6 vjeç, në 24,1% në 15 vjeç. Ndërsa raporti nevojë/kërkesë doli 43/8,3 ose 5,4/1. Pra në çdo 5 fëmijë që kanë nevojë të marrin trajtim ortodontik, vetëm 1 arrin ta marrë këtë ndihmë (Grafiku nr. 2).



Grafiku nr.2

Përsa i përket indeksit IOTN-së, në këtë studim rastet e klasifikuaranë gradën I-II janë afër 57%, ndërsa rastet që kërkojnë terapi ortodontike grada IV-V 20% dhe grada III 23% (Grafiku nr.3) Ndërsa % e faktorëve ambjentalë, që janë në gjendje të shkaktojnë malokluzione të ndryshme, doli = 43.

Pjesa tjetër i takon faktorëve trashëgues dhe të panjohur. Përsa i përket përgjigjeve të marra nga pyetësori është preokupante që fëmijët në një numër të pakët (26%) informohen nga stomatologu i përgjithshëm. Në shumicën e rasteve (74%) fëmijët drejtohen tek ortodonti nga vetë insistimi i prindërve, apo sepse shpesh këta fëmijë bëhen objekt i talljeve dhe ngacmimeve nga bashkëmoshatarët e tyre. Ajo që na tërhoqi vëmendjen gjatë studimit të këtij pyetësori është përgjigja se, 44% e fëmijëve që dëshiron mjekim s'kanë marrë akoma trajtim ortodontik, sepse nuk e dinë

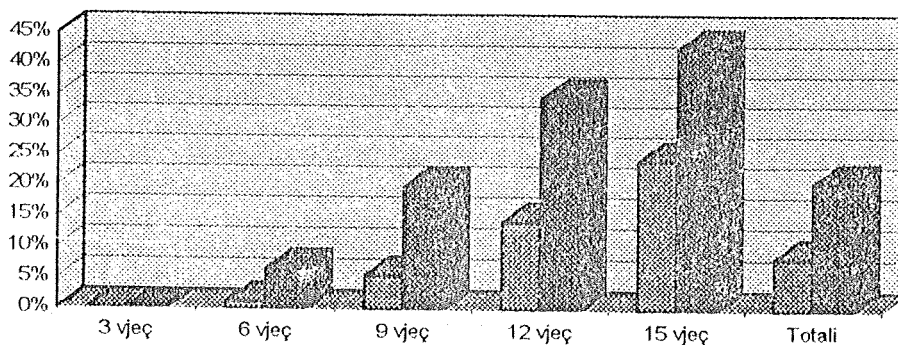
se kur është koha e përshtatshme për ta marrë këtë trajtim. Lidhur ngushtë me këtë problem janë edhe përgjigjet e tjera në lidhje me kohën e vizitës së parë tek stomatologu dhe shpeshtësinë e këtyre vizitave.

Konkluzione:

1. Në sajë të burimeve të kufizuara lokale dhe fuqisë së kufizuar (numri i pakët i mjekëve ortodontë), nevoja dhe kërkesa për trajtim ortodontik tek ne, nuk mundet gjithnjë të akomodohet dhe të bëjë që vlefshmëria e terapisë të jetë e përhapur. Sikurse doli nga studimi ynë, duke qenë se prevalenca e anomalive është në % të konsiderueshme, duhet që burimet të koncentrohen në trajtimin e malokluzioneve më të rënda, që përfitojnë më shumë nga trajtimi për të arritur të merret kështu një ekuilibër midis kryerjes së drejtë dhe të justifikuar të shërbimit dhe ruajtjes së një cilësie të pranueshme.

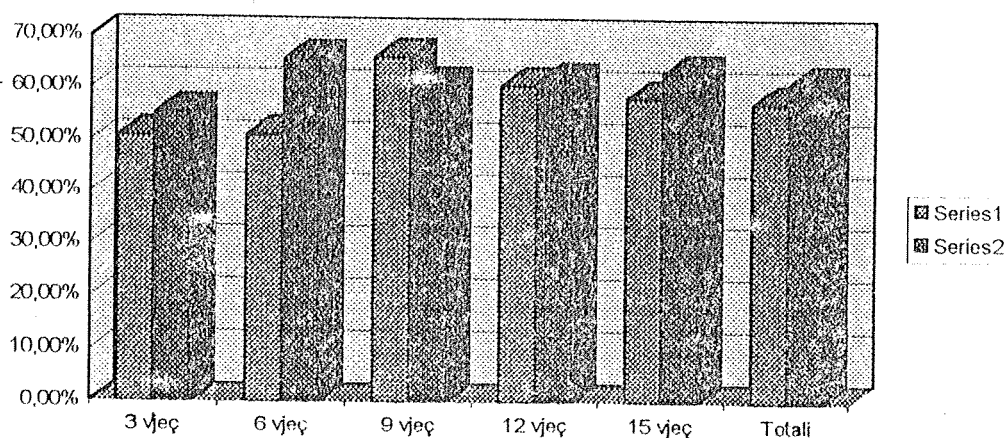
| | | |
|---------|--------|--------|
| 3 vjeç | 0% | 0% |
| 6 vjeç | 1,10% | 6,50% |
| 9 vjeç | 5,40% | 19,80% |
| 12 vjeç | 14% | 34,40% |
| 15 vjeç | 24,10% | 42,60% |
| Totali | 8,30% | 20,50% |

Aparatet ortodontike



| | | |
|---------|--------|--------|
| 3 vjeç | 50,60% | 54,90% |
| 6 vjeç | 50,90% | 65,50% |
| 9 vjeç | 66% | 60,50% |
| 12 vjeç | 60,60% | 61,40% |
| 15 vjeç | 58,20% | 63% |
| Totali | 57,20% | 61% |

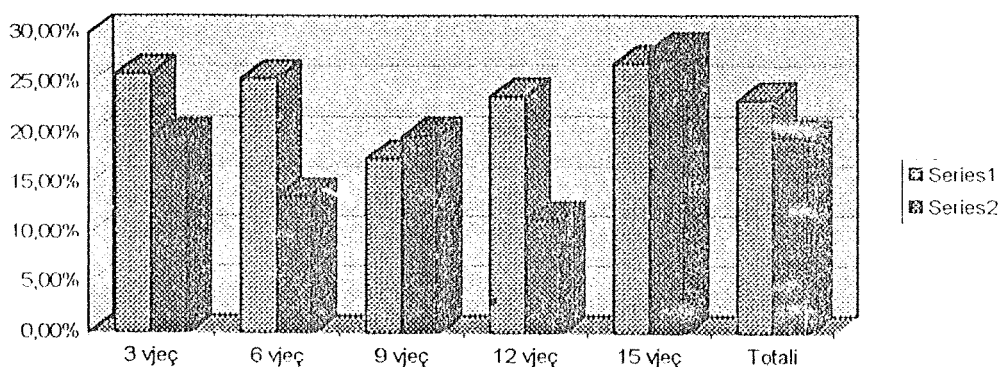
Nevoje e lehte per terapi 10TN Grad 2 1+2



Series 1: Shqinëri
Series 2: Padova

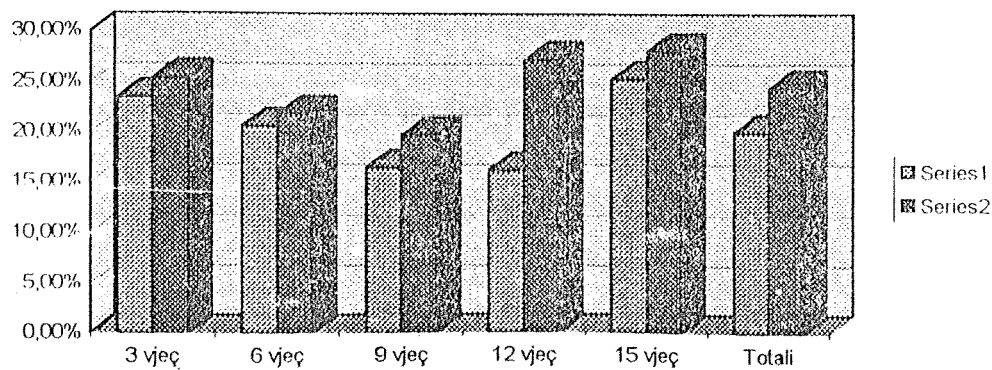
| | | | | | | | | | |
|---------|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 3 vjeç | 25,90% | 19,70% | | | | | | | |
| 6 vjeç | 25,50% | 13,80% | | | | | | | |
| 9 vjeç | 17,60% | 19,80% | | | | | | | |
| 12 vjeç | 23,70% | 11,40% | | | | | | | |
| 15 vjeç | 27,00% | 28,30% | | | | | | | |
| Totali | 23,30% | 19,60% | | | | | | | |

IOTN Grada 3 (Nevoje e moderuar per terapi)



| | | | | | | | | | |
|---------|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 3 vjeç | 23,50% | 25,40% | | | | | | | |
| 6 vjeç | 20,60% | 21,80% | | | | | | | |
| 9 vjeç | 16,50% | 19,70% | | | | | | | |
| 12 vjeç | 16,20% | 27,20% | | | | | | | |
| 15 vjeç | 25,30% | 28% | | | | | | | |
| Totali | 20% | 24,40% | | | | | | | |

Nevoje e madhe per terapi IOTN Grada 4+5



Series 1: Shqipëria
Series 2: Padova

Pikërisht ky vlerësim i nevojës për trajtim arrihet nëpërmjet përdorimit të indeksit IOTN-së. Megjithëse në pamje të parë zbatimi i IOTN-së duket i vështirë, lënia për pak kohë te një hapasire për interpretimin e tij do të rezultojë i suksesshëm për të gjithë praktikientët që do e përdorin këtë indeks me vlerë të madhe në praktikën e përditshme.

2. Sikurse doli nga studimi ynë 43% e subjekteve kanë nevojë imediate ose të moderuar për trajtim. Kjo prevalencë e prioriteti të trajtimit dallohet në dy faza të moshës.

Në atë nën 6 vjeç, gjë që lidhet me prezencën e veseve të ndryshme dhe rolin e tyre në lindjen e anomalive. Ndërsa mbi 9 vjeç kjo prevalencë shkon në rritje dhe agravim të anomalive, duke nxjerrë edhe një herë në pah rolin që luan ortodoncia parandaluese.

Sa e lehtë është të parandalosh ose të ndërpresësh patologjitë fillestare, aq e vështirë është t'i korrigjosh ato në një stad të mëvonshëm (11). Prandaj kjo fazë nënkupton dinamikë, vigjilencë konstante, rutinë, disiplinë për të dy: pacientin dhe mjekun.

3. E rëndësishme, siç doli edhe nga studimi ynë, është rritja e programit edukues mbi shërbimin publik dentar dhe ortodontik, program i cili duhet të rrisë vetëdijen dentare në më shumë probleme stomatologjike si p.sh: si koha më e përshtatshme e vizitës së parë tek stomatologu është 2,5 vjeç dhe çdo 6 muaj gjatë gjithë vitetve formuese të fëmijës, e shumë probleme të tjera, të cilat kërkojnë paralelisht edhe një training më të mirë të stomatologëve të përgjithshëm në njohjen, parandalimin dhe ndërhyrjen e patologjisë të kavitetit oral.

BIBLIOGRAFIA

1. Lira Dh.: Anomalitë me karakter progenik 1976: 616: 31-22.
2. Pepa P.: Anomalitë e dhëmbëve dhe nofullave në fëmijët e qytetit të Shkodrës. 1991: 15-16
3. Moyers L.: Handbook of orthodontics. Chicago 1973, 2: 201-205,
4. Ballardini J.: Treatment of malocclusion of the teeth, 1991, 7: 125-126,
5. Thompson N.: Contemporary epidemiology S.pract. 1992, 14: 317-322,
6. Dorsey O.V.: Orthodontic, theory and practice. New York, 1979, 2: 19-22,.
7. Miotti F.: Notizie dal mondo ortodontike. Ortognatodonzia italiana. 1994, 5:3-7,.
8. Harvold M.: Occusal indices. Am.J.Orth. 1990, 25: 64-66.
9. Brook P.H., Shaw W.C.: The development of an index orthodontic treatment priority. European Journal of orth. 1990, 11: 309-311.
10. Richmond S.: An introduction to occlusal "indioesa" European Journal, of Orth. 1992, 14: 225-26.
11. Welur G.: Orthodontic education for nonorthodontics AM.J. Orthodont. 1989, 48: 436-443.