

Дејаноски К.

МОРФОЛОШКО, ФУНКЦИОНАЛНО И ЕСТЕТСКО ОБЛИКУВАЊЕ НА ТОТАЛНИТЕ ПРОТЕЗИ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ-Скопје, Клиника за стоматолошка протетика

*Империјатив на пројективната терапија е постигнување хармонична функционална целина и толерантни односи на оптималната пројекција со структурниот на стомајоѓнајниот систем, односно нејова оптимална функционална рехабилитација. Во тој контекст, обликот и релјефот на оптималните пројекција даваат значаен придонес. Затоа, нивното обликување мора да се базира врз познавањето на нивните анатомо-морфолошки и функционални квалитетни, а во нивната реализација да бидат зацелени и то е можно повеќе функционални методи. Бидејќи *restitutio ad integrum* при изработката на оптималните пројекции не е можно, ние сме обврзани, при нивното обликување да посветиме подеднакво внимание на сите делови. Квалитетното морфолошко, естетско и функционално обликување на оптималните пројекции придонесува за нивно поквалитетно вклопување во функциите на масикајорниот систем и за полесно прифаќање од страна на пациентите.*

Клучни зборови: тотална протеза; артифицијални заби; дизајнирање на тотална протеза; дентална естетика

Механичкото надоместување на изгубените заби и ресорбираното коскено ткиво е само дел од протетичката реконструкција. Комплетна протетичка рехабилитација е постигната тогаш кога ќе се воспостават заемно толерантни односи помеѓу тоталната протеза од една страна, и другите структури на стоматогнатниот систем, од друга, и кога тие од функционален аспект, ќе прават хармонична функционална целина, која наполно ќе ги задоволи индивидуалните потреби на организмот. Затоа изработената тотална протеза е средство, а оптималната рехабилитација на функциите на стоматогнатниот систем цел на протетичката

терапија кај беззабите пациенти. Во тој контекст, обликот и релјефот на тоталната протеза даваат значаен придонес, поради што нивното обликување мора да се базира врз познавањето на:

- анатомоморфолошките и физиолошките особини на елементите на стоматогнатниот систем;
- учеството на тие елементи во функциите на стоматогнатниот систем;
- нивните меѓусебни односи и односите на другите делови на лицето, пред сè во долната третина на лицето, како најалтерирани со губењето на забите;
- квалитетот, квантитетот, текот и прогнозата на настанатите промени;
- почитувањето на индивидуалноста, со што се избегнува шаблонизирањето во протетичката реконструкција;
- техничко-технолошките постапки и можностите при изработката на тоталната протеза;
- односите протеза-живо ткиво, како две спротивности, бидејќи протезата подлегува на физичките закони, а живото ткиво на биолошките.

За надоместување на изгубените ткива значајни се протезните седла и вештачките заби. Протезната плоча нема за цел надолнување на ресорбирано коскено ткиво, но е неминовно да ги поврзе деловите на протезата во единствена целина. Поради тоа таа претставува проблем повеќе во протетичката рехабилитација и укажува дека протетичката терапија на беззабите пациенти е проследена со модифицирање на изворната анатомоморфологија, односно дека при терапијата со тотални протези нема можност за *restitutio ad integrum*. Ова значи дека за успешна протетичка рехабилитација ќе биде неопходно морфолошко, естетско и функционално димензионирање и обликување на тоталните протези, кое треба да обезбеди толерантни хармониски односи со оралните ткива при мирување и во функција, односно стабилно лежиште на протезата, и прелиминарно да го

отстрани негативното механичко дејство, кое произлегува од односот протеза-ткиво.

Тоа не обврзува, со обликувањето на големината, обликот и релјефот да ги опфатиме сите површини на тоталната протеза; лигавичната, вестибуларната, оклузалната и оралната.

Тоа се реализира етапно, во сите фази на изработката на тоталната протеза, при што тргнуваме од неколку аспекти.

Од **морфолошки аспект**, тоталната протеза треба во целост просторно да ги замени изгубените заби и ресорбираното коскено ткиво на алвеоларното продолжение, за чиј обем немаме претходни податоци, што значи тука ќе биде применет принципот на реституција со модифицирање на обликот, при што ќе се задоволиме со физиолошката толерантност на околните ткива, согледана преку комфорот, мастикацијата, естетиката и субјективното чувство на пациентот.

Од **физиолошки аспект**, тоталната протеза треба да ги задржи или да ги врати и задржи околната мускулатура и другите орални и фаџијални ткива во изворната положба, која е најфизиолошка и да обезбеди нивно непречено движење. Односно, од физиолошки аспект тоталната протеза треба да биде сместена во неутралниот простор, во центарот на рамнотежата на силите.

Од **естетски аспект**, големината, обликот, релјефот и бојата на протезната база, нејзините односи со забите и меѓусебните односи на забите по големина, облик и местоположба, треба да обезбедат апроксимативно изворни естетско-хармониски односи при експресијата на лицето.

Од **аспект на мастикацијата**, покрај оптимално урамнотежените оклузио-артикулациони односи, тоталната протеза мора да има и одредена цврстина, за да може рамномерно да го пренесе цвакопритисокот врз фундаментот и при тоа да не се крши.

Од **фонетски аспект**, покрај забите, значајни се големината, обликот, дебелината, цврстината и релјефот на палатиналната плоча, како и јазичниот простор.

Од **аспект на ретенцијата и стабилизацијата** на тоталната протеза, мораме да и обезбедиме мирно лежиште, при мирување и во функција, односно таа мора да биде така обликувана за да може силите да ги насочува приближно вертикално кон фундаментот.

Од **профилактички аспект**, со обликувањето треба да се спречат или намалат негативните последици од односот на тоталната протеза и оралните ткива.

Протезата, како цврсто и непроменливо физичко тело, стапува во интензивни заемни односи со осетливите и за реакција секогаш спремни парапротезни ткива, кои бараат начинот на пренесувањето на притисокот да не биде различен од природниот, односно да не ја надмине нивната толерантност. Затоа, самото поставување на протезата е нефизиолошка состојба, но протезата е резултат на потребата од неа, а не на нејзината цел.

Од односите на тоталната протеза и оралните ткива можат да се манифестираат хемиски и механички негативни дејства. Хемиските се однесуваат најчесто на материјалот и се разрешуваат со неговиот избор, и тоа не е предмет на ова излагање. Од механичките негативни дејства, за обликувањето на тоталната протеза битно е само она што се јавува како последица на локалното оптоварување на рабовите на протезата. Причини за тоа можат да бидат: преекстендирана база, недоволно размекната отпечатона маса при формирањето на вентилниот раб или недоволно обработување на рабовите од протезата, при што останале остри рабови. На местото на контактот на тие остри рабови со оралната лигавица се развиваат тангенцијални сили кои го трауматизираат ткивото, со последичните промени. Дали ќе се развие негативно механичко дејство зависи од постигнатиот квалитет на односите протеза-парапротезни и потпротезни ткива. Превенција од негативното механичко дејство е оптималното обликување на лигавичната површина на протезата и нејзините рабови со функционални движења.

Лигавична површина

Обликувањето на лигавичната површина го реализираме со земањето на функционалниот отпечаток. Тогаш ги дефинираме односите на протезата со оралната лигавица, пред сè нејзината просторна димензионираност, распоредувањето на притисокот врз фундаментот и вентилното затворање, како носечки елементи на ретенцијата и стабилизацијата на тоталната протеза. Во тој контекст, предност треба да му се даде на селективниот компресивен отпечаток во затворена уста, бидејќи дозирањето на притисокот тогаш е најблиску до физиолошкиот, а се избегнува учеството на терапевтот во него. Притоа, дислокацијата на ткивата и амплитудите на движењата се ограничени, што е условено од осигурениот меѓувилничен однос. Посебно внимание треба да се посвети на отпечатувањето на фарингеалната зона, не само од аспект на ретенцијата и стабилизацијата, туку и од аспект на фонацијата. Воздушната струја првиот контакт со протезата го има токму со фарингеалниот раб на тоталната протеза. За постигнување квалитетни односи во фарингеалната зона опишани се повеќе методи

за нејзино отпечатување, а сè со цел да се обезбеди добро вентилно затворање, толерантна компресија на поголема површина и перманентен интимен контакт помеѓу протезата и палатиналната лигавица во мирување и во функција, што ја насочува воздушната струја над протезата.

Оклузална површина

Оклузалната површина ја формираат оклузалните површини и сечилните рабови на горните и на долните заби. Таа се дефинира според правилата и принципите за поставување на заби и не е предмет на моделирање.

Вестибуларна површина

Со функционалниот отпечаток се обликува и вестибуларниот раб на тоталната протеза во однос на активните елементи на парипротезните структури.

Бидејќи вестибуларниот раб на протезата и нејзината вестибуларна површина се неделива целина, со заедничка функција, за да бидат солидна потпора на лабијалните и букалните структури, се наметнува потребата за нивно заедничко обликување со функционални методи, односно се наметнува потребата од отпечатување на неутралниот простор. При најчесто применуваните отпечаточни постапки, тоа се постигнува на тој начин, што отпечаточната маса се наноси на вестибуларната површина на индивидуалната лажица. Особено внимание треба да се посвети на обликувањето во фронталниот дел и пределот на *modiolus muscularis*, каде протезната база треба да биде потенка. При отпечатувањето на рецесусите, во тој дел треба да нанесеме доволно и по конзистенција адекватна отпечаточна маса. На тој начин, дел од вестибуларната површина ќе се обликува функционално, во зависност од тонусот на мускулатурата, што наполно се совпаѓа со барањето тоталната протеза да биде што пофункционална. Колку тонусот на мускулатурата е поизразен површината е порамна или конкавна, а ако е послаб површината е поконвексна. Всушност, ние сме извршиле функционално отпечатување на дел од неутралниот простор. Вестибуларната површина, во својот горен дел никогаш не е конкавна, иако тоа често го сретнуваме кај готовите протези, што е резултат на слободното моделирање, сметајќи дека на конкавната површина образната структура подобро налегнува и механички ја ретинира протезата. Меѓутоа ефектот на таквото моделирање е сосема спротивен. При функција во тој дел, помеѓу протезата и образната лигавица лесно се инкорпорира воздух, феноменот на



Слика 1. Нејправилно обликувана вестибуларна површина и нејопребно изосиавениот вијор молар доведуваат до естетиски, масичкајорни и хигиено-профилактички недостатоци на индивидуалната протеза

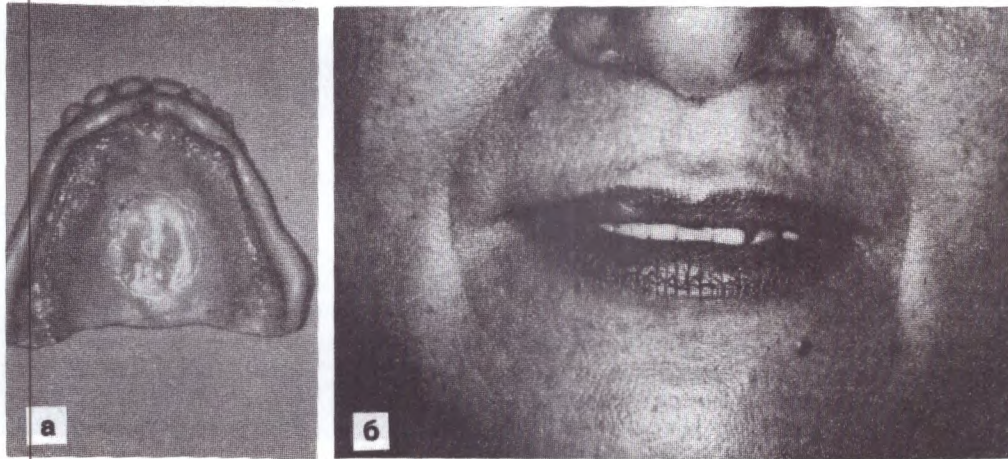
воздушно меурче, кое лесно може да го премине вентилниот раб и на тој начин да ја дестабилизира протезата (сл. 1)

Обликуваниот дел на вестибуларната површина треба да се пренесе и да се зачува на работниот модел. За да го постигне тоа, Келеровата заштитна лента ја поставуваме на најиспакнатото место на вестибуларната површина на отпечатокот, а не само на 2 mm до 3 mm од работ на отпечатокот, со што се обезбедува само вентилниот раб на протезата.

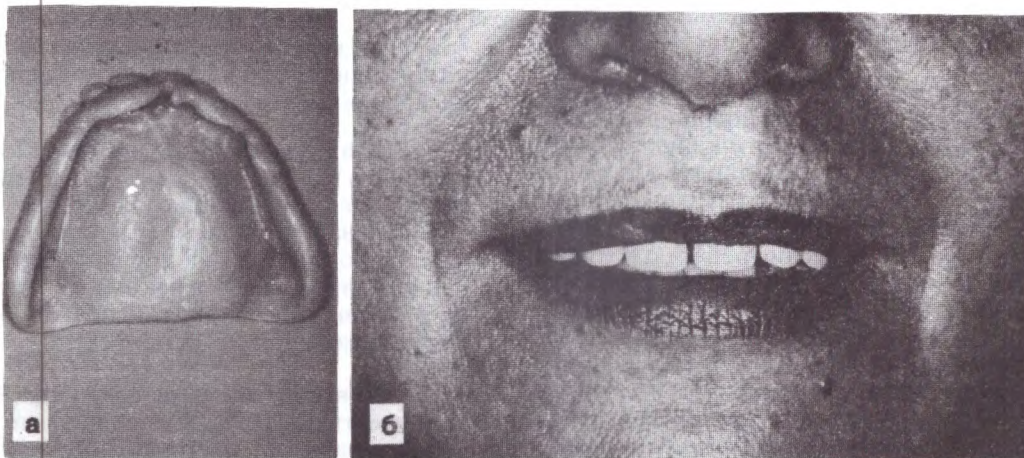
Во вестибуларната површина на протезата учествуваат и забите со нивните вестибуларни страни, затоа што обликувањето на тој дел на вестибуларната површина е во апсолутна корелација со поставеноста на забите.

Во тој контекст, приврзаниците на физиогномската протетика се залагаат протезата да биде сместена во неутралниот простор, на местото каде што биле природните заби, зашто само тогаш тие ќе бидат солидна потпора на околните мускулни ткива. Ова ја наметнува потребата за функционално отпечатување на неутралниот простор, за што постојат повеќе методи. Меѓутоа, неутралниот простор е динамичен и најчесто е поместен букално, под влијание на јазикот, што значи дека и при поставувањето на забите не може да биде применет принципот *restitutio ad integrum*. Од тој аспект, само имедијантната протеза го задоволува критериумот за поставување на забите во изворната местоположба, но само ако се точни добиените меѓувеличини односи.

Во услови кога не е отпечатен неутралниот простор, предност треба да ѝ дадеме на



Слика 2. Неадекватно обликуван венџилен раб и вестибуларна површина и покрај протудираниите предни заби (а); незадоволителна естетика и хармонија на долната третина од лицето (б)



Слика 3. Правилно функционално обликуван венџилен раб, вестибуларна површина и правилно поставени заби (а); задоволителна естетика и хармонија во долната третина од лицето (б)

биогената постава на заби бидејќи таа е најблиска до поставувањето на претходните односи на елементите на стоматогнатниот систем, врз база на скелетните, морфолошките и физиономските индивидуални карактеристики.

Во обликувањето на вестибуларната површина битно влијание има и поставата на забите во вестибулоорален правец. Односно, ако забите се поставени во вкрстен загриз, образната мускулатура ја губи својата подлога, што се одразува на естетско-хармониските односи во архитектониката на лицето. Од тој аспект, Gerber-овата редуцирана оклузија дава подобра експресија на лицето.

Ако при функционалното отпечатување сме нанеле отпечаточна маса на вестибуларна-

та површина и сме ја поставиле Келеровата заштитна лента на најиспакнатиот дел од отпечатокот, за обликување на вестибуларната површина ни останува уште делот помеѓу забите и местото каде што била поставена Келеровата лента. Овој дел се обликува зависно од местоположбата, активноста и тонусот на околната мускулатура и естетиката. Така, во пределот на modiolus muscularis, протезната база треба да е потенка, што поблиску до алвеоларниот гребен и со еден слабо изразен конвекситет. Додека во пределот на рецесусите, обликувањето е малку конвексно, следејќи ги вестибуларната страна на забите и функционално обликуваниот дел на вестибуларната површина на протезата. Најголемо значење за обликувањето на вестибуларната површина има тонусот на: m. orbicularis oris, mm buccinatorii и modiolus muscularis.

Квалитетните односи на вестибуларната површина на протезата со лабијалниот и букалниот мускулен комплекс максимално просторно го зголемуваат и го ангажираат надворешниот вентилан раб (сл. 2 и 3). Дефинитивното обликување на овој дел од протезната база ќе се врши при пробата на поставените заби во устата на пациентот. Од естетски и физиономски аспект, и од аспект на континуитетот на потпората на усните, од вестибуларната површина на протезната база, треба да се назначат испакнувањата над забите, кои се најизразени над канините и централните горни инцизиви, а најмали над латералните инцизиви и премоларите. На долната протеза испакнувањата се слабо назначени, зависно од видливоста.

Посебно внимание треба да се посвети на односот на забите и протезната база, односно на моделирањето на гингивалниот раб и интерденталните папили. Од естетски и хигиено-профилактички аспект, гингивалниот раб треба да биде со тап-заоблен агол од околу 110° со аксијалната оска на забот. Гингивалниот раб може да биде моделиран и така да имитира одредени промени на гингивата. Дебелината на акрилатот во пределот на гингивалниот сулкус треба да биде 1,5 mm до 2 mm за да не дојде до транспарирање на ретинираниот дел од забот. Интерденталните папили, исто така, можат да бидат обликувани да имитираат одредени промени, атрофични или хипертрофични, но од естетски и хигиено-профилактички аспект, тие треба да го исполнуваат интерденталниот простор, а во случаите кога забите се поставени со слободни интердентални простори, тие ја исполнуваат само гингивалната третина од тие простори. Преминот помеѓу апроксималните рабови на папилата и забите треба да е заоблен, што овозможува полесно самочистење. При обликувањето на гингивалниот раб и интерденталните папили, треба да се респектираат полот и возраста на пациентот, а особено неговото субјективно мислење, како иден корисник на тоталната протеза.

Гингивалниот раб, интерденталните папили и испакнувањата над забите се моделираат и на вестибуларната површина на долната тотална протеза, но само се послабо назначени во видливиот дел.

Добар естетски ефект се постигнува и со бојата на базата на тоталната протеза. Таа треба да ја имитира бојата на нормалната усна лигавица. Испакнатите места треба да се посветли, а во пределот на припоите на пликите и френулумите да се потемни.

Од естетски аспект, видливиот дел на базата на протезата може да се направи рапав, за поуспешно да ја имитира припојната гингива.

Орална површина

Лингвалната површина на долната тотална протеза претставува конкавна глатка целина што ја сочинуваат лингвалната површина на протезното седло, лингвалната страна на долните заби и интерденталните папили. На неа налегнува јазикот со неговата долна половина. На лингвалната површина не се обликуваат гингивалниот сулкус и интерденталните папили. Бидејќи оваа површина е секогаш во контакт со јазикот, таа мора да го почитува неговиот простор. Од тој аспект, најдобри резултати се постигнуваат со методите за отпечатување на неутралниот простор. Доколку лингвалната површина е нерамна, предизвикува парафункционални движења на јазикот, кои го исполнуваат периодот помеѓу цвакањето, со што ја оневозможуваат реинтеграцијата на оралните ткива и ја дестабилизираат долната тотална протеза. Нормалната положба на јазикот придонесува за побрза адаптација на пациентот кон тоталната протеза, поради што таа мора да го обезбеди неговиот простор. Ако, и покрај постигнатите квалитетни односи на јазикот и протезата, пациентот има проблеми со нормалното држење на јазикот, тогаш нормалната положба на јазикот се учи со одредени вежби.

Оралната површина на горната тотална протеза ја сочинуваат палатиналните страни на протезната плоча, прорезните седла и горните заби. И на оваа површина не се обликуваат гингивалниот раб, интерденталните папили и испакнувањата над забите, само лесно се назначува границата помеѓу вратот на забот и базата. Всушност, вертикалниот дел на оралната површина е обликуван во една плоштина, чија местоположба е дефинирана, пред сè, со поставувањето на забите и протезните седла како реконструктивни елементи на тоталната протеза.

Дебелината, просторноста и површината на палатиналната плоча се битни елементи во функциите на тоталната протеза, пред сè од аспект на артикулацијата на гласовите и нејзината стабилизацијата.

Бидејќи палатиналната плоча не надоместува ресорбирано коскено ткиво нејзината дебелина треба да биде таква, да обезбеди функционално поврзување на протезните седла, а истовремено да не ја нарушува артикулацијата на гласовите. Кај акрилатните протези, за тоа е доволна дебелина од 1,5 до 2 милиметри, а кај металните од 0,5 mm до 0,9 mm. Оваа дебелина нема битно влијание врз формирањето на гласовите. Цврстината на материјалот придонесува за квалитетот на гласот, поцврстиот материјал дава подобар квалитет.

Значајно е моделирањето на дебелината на фарингеалниот раб. Тој мора да биде законсен палатинално кон лигавицата за да може да ја насочува воздушната струја над протезата. Доколку е тој подебел или пократок, при артикулацијата на гласовите К, Г и Х јазикот ја нарушува стабилноста на протезата, особено ако е тоа на преодот на хоризонталниот во вертикалниот дел.

Од аспект на просторноста, преекстендираниот фарингеален раб ја супримира функцијата на мекото непце, кое не може да ја контролира количината на воздушната струја што оди низ носот, поради што имаме појава на назален говор за согласките М, Н, К, Г и Њ, а при изговарањето на самогласките А, Е и И, поради вибрациите на мекото непце, доаѓа до нарушување на вентилниот раб.

Недоволната екстензија на фарингеалниот раб ја нарушува ретенцијата на протезата што, пак, се одразува на говорната функција.

Релјефот на палатиналната плоча има влијание врз квалитетот на гласовите, особено врз квалитетот на палатиналните согласки, бидејќи ја зголемува површината на букалниот резонатор. Релјефно моделираната палатинална плоча му помага на јазикот во ориентирањето на неговата положба.

Релјефот на палатиналната плоча може да се моделира со помош на готови шаблони, со отпечатување или со радирање во моделот.

Од изнесеното произлегува дека морфолошкото, функционалното и естетското обликување на тоталните протези има голема улога за нивното функционално вклопување во масикаторниот систем и за побрзо прифаќање од страна на пациентот.

MORPHOLOGICAL, FUNCTIONAL AND ESTHETIC ASPECTS OF COMPLETE DENTURE FABRICATION

Dejanoski K.

Summary

Harmonious functional integration and tolerant relationship of complete dentures to stomatognathic system, i.e. its optimal functional rehabilitation is the imperative objective in complete denture construction. Complete denture shape and relief play an important role for realisation of these objectives. Therefore, complete dentures shaping depends on knowledge on antomo-morphological and functional requirements, so, their fabrication should employ as many as possible

functional methods. As restitutio ad integrum is not possible when complete denture construction is concerned, thorough attention should be payed to each part of theirs. The higher the level of morphological, esthetic and functional shaping of complete dentures, the better integration in masticatory system functions and more successful adaptation of the patient.

Key words: denture, complete; artificial teeth; denture, complete, design; dental esthetics;

Литература

1. БОЈАНОВ Б. Ортопедична стоматологија. Медицина и физкултура, Софија, 1968.
2. БОЈАНОВ Б, КУРЛАНДСКИЈ Б. Протезиране на беззабите челюсти. Медицина и физкултура, Софија, 1964.
3. BOUCHER CO, HICKEY JC, ZARB GA. Prosthodontic treatment for edentulous patients (7th ed) The Mosby Comp, Saint Luis, 1975.
4. BRANOVAČKI D. Tehnička izrada totalne proteze. Zavod za izdavanje udžbenika, Beograd, 1970.
5. BRANOVAČKI D, SOKOLOVIĆ B. Totalna zubna proteza. Gradina, Niš, 1980.
6. GERBER A. Faktoren der dento-facialen Relation. Zahntechnik 1983; 41(2): 111-24.
7. KRSTIĆ M, PETROVIĆ A, STANIŠIĆ-SINOBAD D, STOŠIĆ Z. Stomatološka протетика. Totalna proteza. Dečje novine, Gornji Milanovac, 1991.
8. LEJOYEUX J. Prothèse complete. Malone, Paris, 1967.
9. LEJOYEUX J. Prothèse complete (3th ed). Tome 3. Malone, Paris, 1986.
10. MURRELL GA. Esthetics and the edentulous patient. J Am Dent Assoc 1988; 117(4): 576-636.
11. MURRELL GA. Complete denture esthetics. Dent Clin North Am 1989; 33(2): 145-55.
12. RENNER R. Dental anatomy and esthetics. Quintessence Pub Comp, Chicago, 1985.
13. SOKOLOVIĆ B. Totalna zubna proteza i govor. Prosveta, Niš, 1991.

Макед Стоматол Прегл 1996; 20(1-4):89-94.

14. SOKOLOVIĆ B. Totalna zubna proteza: Otis-ci. Prosveta, Niš, 1992.
15. SOKOLOVIĆ B. BRANOBAČKI D. Determination de la zone neutre, un procede originale. 4e Colloque Europeen sur le traitement edentations totales. Societe internationale de stomatologie.Marseille,1987: 275-9.
16. STOŠIĆ Z, ĐEROVIĆ N. Položaj jezika i adaptacija pacijenata na proteze. Stomatol Gl Srb 1971; 246-9.
17. SUVIN M. Biološki temelji protetike. Totalna proteza. Školska knjiga, Zagreb, 1984.

**ДИПЛОМИРАА НА СТОМАТОЛОШКИОТ ФАКУЛТЕТ
ВО СКОПЈЕ ВО ПЕРИОДОТ
1 ЈАНУАРИ 1996 - 31 ДЕКЕМВРИ 1996**

МАРКОСКИ Димитри Александар (Охрид) 19. 01. 1996; ДИМИТРОВСКИ Македон Владимир (Тетово) 25. 01. 1996; ТАСОВСКА Добре Маја (Скопје) 30. 01. 1996; БЕЛКОСКА Наум Кристина (Скопје) 25. 01. 1996; КОСТАДИНОВА Александар Софија (Струмица) 29. 01. 1996; ДИМОВСКА Миливој Маргарита (Скопје) 2. 02. 1996; ГРНЧАРОВСКИ Киро Томислав (Охрид) 6. 02. 1996; МАНАСИЕВА Киро Снежана (с.Бигла) 29. 01. 1996; РИСТОВА Борис Гордана (Неготино) 19. 02. 1996; ШТЕРЈОВ Серафим Александар (Валандово) 20. 02. 1996; СЕРАФИМОВСКА Живорад Далибор (Гостивар) 20. 02. 1996; ДИМИТРИЈОСКИ Блаже Бобан (Охрид) 20. 02. 1996; РИСТОВСКИ Ристо Љупче (Детроид) 21. 02. 1996; ГУДЕВСКА Велимир Ирена (Скопје) 23. 02. 1996; НУНЕВ Дејчо Зоран (Св.Николе) 1. 03. 1996; КОТЕВСКИ Славко Венета (Битола) 20. 03. 1996; ПАВЛОВ Кирил Мартин (Кочани) 25. 03. 1996; ШТЕРЈОВА Александар Валентина (Скопје) 26. 03. 1996; ГАЦОВА Ванчо Ана (Скопје) 26. 03. 1996; ТОЛОВСКА Георги Јасна (Скопје) 29. 03. 1996; ЃОРГИЕВСКА Санде Елизабета (Скопје) 29. 03. 1996; ИСМАИЛИ Ибрахим-нури Надер (Тетово) 29. 03. 1996; ПАВЛОВСКА Милан Емилија (Скопје) 3. 04. 1996; МИТРОВ Петров Игор (Охрид) 29. 04. 1996; ЛУКАРОВСКА Владимир Весна (Прилеп) 30. 04. 1996; ЗЛАТАНОВСКИ Димитар Мики (Гевгелија) 30. 04. 1996; ВОЛКАНОВСКИ Димитри Љубен (Охрид) 30. 04. 1996; ЖАБОКОВА Никола Ефка (Скопје) 29. 04. 1996; ТЕРЗИЕВСКА Спиро Весна (Скопје) 30. 04. 1996; ЃОРГИЕВА Ване Верица (Велес) 28. 04. 1996; ДЕНКОВСКИ Драги Милан (Скопје) 28. 05. 1996; ШУЛЕВСКИ Петко Бошко (Скопје) 28. 05. 1996; КАНИНСКА Душан Катерина (Битола) 29. 05. 1996; ЕВРЕМОВА Костадин Маја (Скопје) 29. 05. 1996;

НИКОЛОВА Никола Татјана (Скопје) 31. 05. 1996; МИНОВСКА Томислав Билјана (Скопје) 4. 06. 1996; СПАХУ Илми Зуди (Гостивар) 3. 06. 1996; МИТРЕВСКИ Силвестер Роберт (Скопје) 7. 06. 1996; ФИЛИПОВСКА Веле Душица (Скопје) 24. 06. 1996; ПЕТРОВСКА Перица Билјана (Скопје) 28. 06. 1996; ЈОСИФОВСКА Борис Снежана (Скопје) 28. 06. 1996; ЛАЗЕВСКА Добре Весна (Скопје) 28. 06. 1996; ЈАНОСКИ Младен Марјан (Париз, Франција) 26. 06. 1996; ГАКЕВ Драган Сашко (Штип) 1. 07. 1996; СОЛОМАНОВСКИ Ристо Зоран (Варшава, Полска) 28. 06. 1996; ТАСЕВСКА Борис Татјана (Куманово) 4. 07. 1996; ЈОСИФОВ Јосиф Даниел (Скопје) 5. 07. 1996; БАЧЕВА Петар Сузана (Струмица) 4. 07. 1996; АЉИЉИ Џемал Шевале (Куманово) 12. 07. 1996; ВЕЛЕВСКА Ангел Мери (Скопје) 10. 07. 1996; СТОЈАНОВА Стоил Лилјана (Крива Паланка) 10. 07. 1996; КРСТЕВ Ристо Дончо (Кавадарци) 25. 09. 1996; КОСТАДИНОВ Васил Илија (Скопје) 5. 11. 1996; МУСЛИЈА Шукри Михасар (Скопје) 12. 11. 1996; ВАНОВСКИ Борис Владимир (Скопје) 26. 11. 1996; КОРУНОВСКИ Ѓорѓи Велко (Скопје) 4. 07. 1996; КАРПУЗИ Алихајдар Лулјета (Гостивар) 29. 11. 1996; ЛАЗАРОВА Сребре Татјана (Битола) 2. 12. 1996; СТОЈМЕНОВ Никола Иван (Гевгелија) 19. 11. 1996; МОХАМЕД САЛИХ Ахмед Елијас (Картум) 3. 12. 1996; ЈАНЕВСКА Методија Гордана (Скопје) 6. 12. 1996; КАСАПИ Кадри Фисник (Скопје) 18. 12. 1996; ЧИНГАРОВСКА Ристо Мери (Ресен) 23. 12. 1996; АЛИЛИ Џемал Мирвет (Куманово) 24. 12. 1996; ВИДМАР Ѓуро Габријела (Скопје) 25. 12. 1996; ЕЛЕНОВА Андон Драгица (Кавадарци) 26. 12. 1996; ГЕНЧОВ Крсте Александар (Скопје) 31. 12. 1996; НАУМОВСКИ Младен Веле (Скопје) 30. 12. 1996.