

ОГЛЯДИ

УДК: 616.716.3/4-007.272-089.29-633:616-07:615.471

Ю.О. Риберт, О. С. Кирманов

САД/САМ-СИСТЕМИ В ТИМЧАСОВОМУ ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОТЕЗУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Ортопедичні конструкції при відновленні цілісності зубів і зубних рядів (протягом багатьох десятиліть) традиційно виконувалися в шарнірних оклюдаторах, здатних відтворювати лише центральну оклюзію і відкривання-закривання рота [23]. Помічено, що застосування оклюдатора в конструюванні штучних зубних рядів призводить до утворення блокувальних контактів під час артикуляційних рухів нижньої щелепи. Проте, на думку деяких авторів [2, 7, 18], завдяки високим компенсаторним можливостям організму іноді може бути досягнений новий стійкий стан зубощелепної системи. Це пояснює досить успішну адаптацію пацієнтів до ортопедичних конструкцій, виконаних без урахування індивідуальних особливостей будови і функції скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС).

В умовах зростання вимог до функціональної й естетичної якості протезів усе гострішої актуальності набуває питання конструювання протезів, відповідних індивідуальним особливостям будови і функції зубощелепної системи кожного пацієнта [4, 6, 25]. Індивідуальний підхід до відновлення цілісності зубних рядів не тільки вирішує питання відповідності протезів потребам пацієнтів, а й дозволяє здійснити профілактику розвитку дисфункцій СНЩС і жувальних м'язів [3, 5]. На думку більшості авторів, застосування артикуляційних систем у конструюванні штучних зубних рядів дозволяє досягти відповідності між усіма фазами артикуляційного ланцюга, множинних оклюзійних контактів зубів під час жувальних рухів нижньої щелепи, рівномірного розподілу жувального тиску на пародонт опорних зубів. Це сприяє найшвидшій адаптації пацієнтів до нових протезів, створенню умов для фізіологічного функціонування СНЩС і жувальних м'язів, дозволяє оптимально відновити фізіологічні й естетичні функції зубощелепної системи [14, 19, 20, 27].

Артикулятори і прилади, які реєструють рухи нижньої щелепи, складні в роботі, налаштуванні, проте вони не відтворюють тонких деталей і різноманітності індивідуальних рухів нижньої щелепи. Трудомісткість виготовлення протезів із застосуванням складних артикуляторів і реєстраційних приладів незрівнянно переважає функціональні характеристики створюваних протезів. Крім того, протези, виконані із застосуванням сучасних артикуляторів, потребують оклюзійних корекцій [1, 4].

З огляду на всі ці обставини, деякі автори втрачають впевненість у необхідності застосування складних артикуляторів у конструюванні штучних зубних рядів і вважають достатнім застосування середньоанатомічних артикуляторів [4].

Важливим чинником забезпечення високого ступеня адаптації пацієнтів зі скронево-нижньощелепними й оклюзійними дисфункціями до постійних протезів (після їх функціональної реабілітації) вважається попереднє тимчасове діагностично-лікувальне протезування [17].

Мета огляду літератури - визначити сучасні погляди на можливості віртуального комп'ютерного моделювання, виготовлення і застосування тимчасових діагностичних конструкцій на етапах лікування пацієнтів, які страждають на дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів.

Натепер маємо розуміння важливості формування "адекватної оклюзії" вже на лікувально-діагностичному етапі тимчасового протезування. Це необхідно для якнайшвидшої адаптації до нових умов порожнини рота, можливості оцінити створені орієнтири в момент функціонування і своєчасно внести необхідні зміни. Цей принцип ортопедичної стоматології загальноновизнаний у стоматологічній науці, проте не завжди реалізується практикуючими лікарями. Зазвичай це пов'язано з тим, що період використання тимча-

сових конструкцій уявляється деяким лікарям досить коротким, щоб звертати на нього посилену увагу, особливо порівняно з часом експлуатації постійних протезів [9, 16]. Однак тимчасові реставрації виконують низку найважливіших функцій. Крім того, зі збільшенням обсягу стоматологічних втручань функції тимчасових протезів можуть розширюватися, а час їх експлуатації стає самостійним етапом протезування, який дістав назву лікувально-діагностичного. Mizirahi B. [39] називає добре виконані тимчасові реставрації "ключем до успіху", здатним "змінити час", перетворивши його з "вічного ворога в необхідного союзника".

Основні функції тимчасових реставрацій - захисна, відновна, збереження жувального навантаження і положення зубів у зубному ряді [8], захист маргінального пародонта [16], формування ясенного краю [10], косметична, "дипломатична" і одна з головних – адаптаційна.

Використання тимчасових реставрацій набуває особливого значення в лікуванні патологій, які здатні викликати значні порушення оклюзійних взаємин зубних рядів. Це генералізована форма підвищеного стирання зубів, множинні дефекти твердих тканин зубів, генералізовані форми пародонтиту в поєднанні з деформаціями і зниженням висоти нижнього відділу обличчя. Усі ці патології здатні призвести до втрати стабільності оклюзії, як статичної, так і динамічної, і можуть стати пусковим механізмом формування синдрому м'язово-суглобної дисфункції СНЩС [17]. Таким пацієнтам необхідно формувати нові оклюзійні взаємини, що викликає значну перебудову роботи зубощелепної системи. Тому за масштабних ортопедичних втручань етап тимчасового протезування необхідний для перебудови міостатичного рефлексу й адаптації елементів СНЩС і зубощелепної системи в цілому до нового рівноважного стану [9, 26, 43, 45, 46].

Прояв адаптаційної функції тимчасових конструкцій заснований на можливості перевірити правильність створюваних оклюзійних співвідношень і, за необхідності, провести корекції [24, 44].

Натепер тимчасові реставрації не розцінюються як конструкції, призначені тільки для покриття препарованих зубів на час виготовлення постійних протезів, а мають спеціальні функції і цілі. Тимчасові реставрації - це надійний інструмент допомоги у формуванні гармонійної оклюзії, здорових ясен і зубів, їхніх форми, кольору, фонетики, контуру посмішки і загальної естетики, дозволяють пацієнтові адаптуватися до нових умов порожнини рота, а також візуалізують майбутню постійну конструкцію [38].

Інформація, отримана на етапі тимчасового протезування, дозволяє запобігти й усунути багато проблем, які можуть виникнути за подальшого постійного протезування, або інформує лікаря і пацієнта про високу ймовірність виникнення ускладнень на наступних етапах лікування [48]. Адаптація пацієнта до нових створених умов по-

рожнини рота іноді триває місяці.

Тимчасові реставрації мусять мати максимальну прецизійність. Це запорука збереження кукс зубів на необхідний для лікаря час. Ця якість тимчасових коронок залежить як від кваліфікації фахівця, так і від фізико-хімічних і біологічних властивостей конструкційного матеріалу. Тимчасові коронки переважно виготовляють з акрилових пластмас гарячого і холодного затвердіння і композитних пластмас.

Під час розгляду різних видів пластмас впадає в око відсутність "ідеального матеріалу" [35]. Пластмаси світлової полімеризації мають низку переваг порівняно з пластмасами холодної та гарячої полімеризації. Однак переваги цього матеріалу не унеможливають травматичної дії на м'які тканини при полімеризації пластмаси в порожнині рота як при застосуванні прямого методу виготовлення тимчасових реставрацій, так і при перебазуванні коронок у порожнині рота, виготовлених заздалегідь лабораторним шляхом [11, 12, 13]. Також вони мають суттєвий недолік – складність у корекції через погану адгезію шарів пластмаси один до одного [32]. За даними Derbabian K., Marzola R. A. et al. [47], після перебазування тимчасових реставрацій із композитної пластмаси світлової полімеризації прямим методом протягом 2 тижнів відбуваються розшарування коронки і поломка в ділянці з'єднання шарів пластмаси. Цей недолік стає значущішим, коли тимчасові реставрації виготовляють на лікувально-діагностичному етапі реабілітації пацієнтів із порушенням оклюзії зубних рядів. У цьому разі кількість реставрацій велика, а кожна тимчасова коронка вимагає точного прилягання. Крім того, лікувальна робота на цьому етапі може охоплювати від кількох до безлічі сеансів корекції оклюзійних взаємин, що також пов'язане з необхідністю зміни рельєфу поверхні реставрацій [36].

Робота над поліпшенням якості тимчасових реставрацій довгі роки йшла в напрямі вдосконалення матеріалів та розробки способів виготовлення протезів, найбільш коректних у функціональному й естетичному планах.

Нині стоматологи сподіваються, що поява CAD/CAM-систем дозволить усунути ці протиріччя.

Перші спроби використання CAD-CAM-технології в стоматології були здійснені Альтшулером Б. (США), Дюре Ф. (Франція), Морманном В. і Брандестіні М. (Швейцарія) [29, 34].

У сучасних CAD/CAM-системах тривимірне зображення препарованого зуба переводиться в цифрову форму з використанням лазерних сканерів і оптичних камер. Будь-яка сучасна CAD/CAM-система складається з трьох функціональних модулів:

- оптичної та/або лазерної системи для отримання зображення;
- комп'ютерної системи для обробки інформації та моделювання протеза (CAD-система);

– обробного центру з комп'ютерним управлінням для виготовлення протеза (CAM-система).

Отже, CAD-CAM - виготовлення зубних протезів складається з трьох основних етапів: сканування, проектування, фрезерування [15, 21, 22, 33].

Кількість і різноманітність CAD/CAM-систем зростають із кожним роком, вони різняться як технологічним підходом, так і вибором матеріалів. Еволюція комп'ютерних систем у стоматології викликала необхідність розвитку матеріалів, які, з одного боку, легко піддаються обробці, а з іншого, мають найвищі показники міцності, що дозволяє їх використовувати для виготовлення стандартних заготовок, застосовуваних для фрезерування [42]. Останнім часом виникла можливість виготовлення стандартних заготовок із матеріалів для тимчасових реставрацій, наприклад, композитні блоки фабричної полімеризації "Artegral ImCrown" («Merz Dental»), "VITA CAD-Temp" («VITA-Zahnfabrik») [30].

Необхідність створення блоків для тимчасових реставрацій стала очевидною з розумінням важливості етапу тимчасового протезування, але відсутності не просто зручного способу їх виготовлення, а й методу, здатного усунути недоліки наявних на сьогодні технологій.

Серед сучасних стоматологічних CAD/CAM-систем система "CEREC" (фірма «Sirona», Німеччина) є піонером розробок, адже дозволяє об'єднати можливість використання її біля крісла лікаря і на лабораторних етапах. У 2003 році нове програмне забезпечення "CEREC-3D" здійснило переворот у виготовленні реставрацій на зуби передньої та бічної груп, що дозволяє лікарям виготовляти високоестетичні зубні протези мінімальної товщини й адекватної міцності, при цьому є можливість урахувати конфігурації зубів-антагоністів [37, 40]. Оптичний відбиток у системі "CEREC" можна отримати як із моделі, так і за допомогою внутрішньоротової зйомки 3-координатною вимірювальною камерою високої точності [31, 37, 41].

У 2007 році була проведена модернізація системи «Ceres» і запропоновано нові високошвидкісні модулі: "CEREC MC XL", "inLab MC XL" і лабораторний сканер "inEOS" [28]. У 2009 році фірма "Sirona" представила принципово новий модуль "CEREC AC". Головною новинкою "CEREC AC" стала камера "Bluescan", основною перевагою якої є автоматична система зйомки і функція "anti-shake". Нова технологія камери використовує видиме синє світло і задає тим самим новий масштаб точності знімків навіть у важковидимих зонах. Паралельний пучок променів і велика глибина різкості дозволяють виконувати зйомку практично недоступних ділянок ротової порожнини [40].

Незважаючи на очевидний прогрес і глибoku зацікавленість стоматологічної громадськості в розвитку комп'ютерних технологій, у вітчизняній

стоматології відсутні праці, присвячені застосуванню CAD/CAM-систем із використанням індивідуальних параметрів артикуляції пацієнтів із патологією оклюзії, ускладненої м'язово-суглобною дисфункцією.

За кордоном є лише поодинокі публікації [31], вивчення яких показало, що клінічний досвід у використанні CAD/CAM-систем обмежується виготовленням мостоподібних протезів або одиночних коронок фронтальної групи зубів. Публікації про застосування CAD/CAM у виготовленні реставрацій, що враховують індивідуальні параметри м'язово-суглобного апарату на лікувально-діагностичному етапі протезування пацієнтів із порушеннями оклюзії зубних рядів та скронево-нижньощелепними розладами, практично відсутні.

Вважаємо, що віртуальне 3D-моделювання при виготовленні діагностичних реставрацій на лікувально-діагностичному етапі дозволить лікареві сформувати точніший рельєф оклюзійної поверхні, необхідні кути нахилу схилів горбків зубів на комп'ютері, зіставити шлях бічного ковзання жувальної групи зубів, іклів і різців, а отже, створити гармонійну оклюзію зубних рядів. Вивчення клінічних і лабораторних особливостей застосування й ефективності прецизійних тимчасових діагностичних реставрацій у пацієнтів із порушеннями оклюзії і дисфункціями суглобів - це актуальне науково-практичне завдання.

Література

1. Анализ статической и динамической окклюзии зубных рядов на диагностических моделях / М. М. Антоник, И. Ю. Лебедеко, С. Д. Арутюнов [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 1. – С. 4-6.
2. Антоник М. М. Роль диагностики при стоматологической окклюзионной реабилитации у пациентов со сниженными адаптационными возможностями организма: материалы XIX и XX Всерос. науч.-практ. конф. / М. М. Антоник, Ю. А. Калинин, В.И. Басова. – М., 2008. – С. 174-176.
3. Біда В.І. Ортопедичне лікування хворих із оклюзійно-артикуляційним синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба / В.І. Біда, С.М. Клочан // Український стоматологічний альманах. - 2012.- № 3.
4. Брагин Е. А. Восстановление элементов и функции зубочелюстной системы ортопедическими методами лечения: автореф. дисс. на соискание уч. степени доктора. мед. наук: спец. 14.01.14 "Стоматология" / Е. А. Брагин. – Воронеж, 2003. – 51 с.
5. Долгалёв А. А. Современные методы комплексной диагностики и лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / А. А. Долгалёв // Клиническая стоматология. – 2007. – № 2. – С. 58-63.
6. Жигулович З. Е. Клинический анализ функционального состояния жевательного аппарата Аxiодiск-recorder / З. Е. Жигулович // Современная стоматология.- 2008.- №1.- С. 196-200.
7. Ивасенко П. И. Диспластикозависимая патология височно-нижнечелюстного сустава / П. И. Ивасенко // Стоматология. – 2001. – № 4. – С. 43-45.

8. Иорданишвили А. К. Клиническая ортопедическая стоматология / А. К.Иорданишвили. – СПб., 2002. – С. 43-45.
9. Каламкарров Х. А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов. – М.: Мед. информ. агентство, 2004. – 178 с.
10. Клемин В. А. Зубные коронки из полимерных материалов / В. А. Клемин. – М. : МЕДпрессинформ, 2004. – С. 36-54.
11. Комар І. Г. Аналіз методів виготовлення тимчасових коронок / І. Г. Комар, Н. М. Дидик // Вісник стоматології. – 2006. – № 1. – С. 119-121.
12. Комар І. Г. Матеріали для виготовлення тимчасових коронок та мостоподібних протезів. Аналітичний огляд / І. Г. Комар, О. С. Кирманов // Новини стоматології. – 2005. – № 3(44). – С. 80-85.
13. Комар І. Г. Порівняльна оцінка фізико-механічних властивостей матеріалів для тимчасового протезування, які впливають на їх міцність та клінічну стабільність / І. Г. Комар, О.С. Кирманов // Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 2. – С. 86-89.
14. Лебеденко И. Ю. Инструментальная функциональная диагностика зубочелюстной системы: учеб. пособ. / И. Ю. Лебеденко, С. Д. Арутюнов, М. М. Антоник. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 80 с.
15. Лебеденко И. Ю. Компьютерные реставрационные технологии в стоматологии. Реальность и перспективы / И. Ю. Лебеденко, А. Б. Перегудов, С. М. Вафин // Панорама ортопедической стоматологии. – 2000. – № 2. – С. 40-45.
16. Марков Б. П. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии / Б. П. Марков, И. Ю. Лебеденко, В. В. Еричев. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – С. 179-211.
17. Неспрядько В.П. Обґрунтування використання тимчасових протезів у комплексному лікуванні м'язово-суглобових функціональних розладів зубощелепно-лицевої ділянки / В.П. Неспрядько, А.М. Проценко // Український стоматологічний альманах. – 2006. – № 6. – С.45-48.
18. Пантелеев В. Д. Артикуляционные дисфункции височно-нижнечелюстных суставов / В. Д. Пантелеев // Институт стоматологии. – 2002. – № 1. – С. 26-28.
19. Петросов Ю. А. Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / Ю. А. Петросов. – Краснодар, 2007. – 304 с.
20. Планирование комплексного лечения пациентов с дистальной окклюзией в зависимости от размеров и топографии костных элементов височно-нижнечелюстных суставов / М.А. Листопадов, А.В. Лепилин, В.В. Кононов [и др.] // Сучасні напрямки розвитку стоматологічної науки і практики: матеріали міжнар. н.-практ. конф. - Полтава, 2011.- С. 38-40.
21. Ряховский А. Н. Сравнение четырёх CAD/CAM-систем для изготовления зубных протезов / А. Н. Ряховский, А. А. Карапетян, Б. В. Трифонов // Панорама ортопедической стоматологии. – 2006. – № 3. – С. 8-18.
22. Современные безметалловые реставрации "CEREC" / М. В. Ретинская [и др.] // Современная ортопедическая стоматология. – 2007. – № 8. – С. 18-21.
23. Хватова В. А. Гнатологические принципы в диагностике и лечении патологии зубочелюстной системы / В. А. Хватова // Новое в стоматологии. – 2001. – № 1. – Спец. вып. – 96 с.
24. Хватова В. А. Клиническая гнатология. – М.: Медицина, 2005. – С. 252-258.
25. Хватова В. А. Окклюзия и артикуляция в практике ортопеда и зубного техника / В. А. Хватова // Новое в стоматологии. – 2001. – № 1. – С. 43-56.
26. Цимбалитов А. В. Современные методы диагностики и установления окклюзионных соотношений в клинике ортопедической стоматологии / А. В. Цимбалитов, Е. Е. Статовская // LAB. – 2005. – № 2. – С. 2-6.
27. Шиленко Д. Р. Особливості кореляції патології скронево-нижньощелепного суглоба та патології оклюзії / Д. Р. Шиленко, О.А. Писаренко, К.О. Удальцова-Тарновська // Актуальные вопросы и перспективы развития стоматологии: материалы конф.- Харьков, 2011.- С. 236-237.
28. A clinical evaluation of chairside lithium disilicate CAD/CAM crowns: a two-year report / D. J. Fasbinder, J. B. Dennison, D. Heys, [et al.] // J. Am. Dent. – 2010. – Vol. 141, № 2. – P. 10S-4S.
29. A new approach to restorative dentistry: fabricating ceramic restorations using CEREC CAD/CAM / D. Estafan, A. David, S. David [et al.] // Compend. Contin. Educ. Dent. – 2000. – Vol. 20, № 6. – P. 555-560.
30. Baltzer A. VITA CAD-Temp for inLab and Cerec 3D / A. Baltzer, V. Kaufman-Jinoian // Int. J. Comp. Dent. – 2009. – Vol. 10, № 1. – С. 99-103.
31. Baltzer A. VITA CAD-Temp for inLab and Cerec 3D / A. Baltzer, V. Kaufman-Jinoian // Int. J. Comp. Dent. – 2009. – Vol. 10, № 1. – P. 99-103.
32. Borchers L. Surface quality achieved by polishing and by varnishing of temporary crown and fixed partial denture resins / L. Borchers, F. Tavassol, H. Tacher-nitschek // J. Prosthet. Dent. – 1999. – № 82 (5). – P. 550-556.
33. CEREC от экзотики до реальности / М. В. Ретинская [и др.] // Cathedra. – 2006. – № 4. – С. 40.
34. Duret F. CAD/CAM imaging in dentistry / F. Duret, J. D. Preston // Current Opinion in Dentistry. – 1991. – № 1. – P. 150-154.
35. Effect of liquid-polish coding on in vivo biofilm accumulation on provisional restorations / M. P. Davidi, N. Beyth, N. Sterer [et al.] // Quintessence Int. – 2008. – Vol. 38, № 7. – P. 591-596.
36. Jaeggi T. Restorative therapy of erosion / T. Jaeggi, A. Grüninger, A. Lussi // Mohogr. Oral Sei. – 2006. – № 20. – P. 200-214.
37. Kurbad A. CAD/CAM-manufactured restorations made of lithium disilicate glass ceramics / A. Kurbad, K. Reichel // Int. J. Comput. Dent. – 2005. – Vol. 8, № 4. – P. 337-348.
38. Lodding D. W. Long-term esthetic provisional restorations in dentistry / D. W. Lodding // Curr. Opin. Cosmet. Dent. – 1997. – № 4. – P. 16-21.
39. Mizirahi B. Temporary restorations / B. Mizirahi // A Alpha Omegan. – 2007. – Vol. 100, № 2. – P. 80-84.
40. Mörmann W. Efficiency of a mathematical model in generating CAD/CAM-partial crowns with natural tooth morphology / W. Mörmann, A. Ender, A.Mehl //

- Clin. Oral. Investig. – 2011. – Vol. 15, № 2. – P. 283-289.
41. Mörmann W. The evolution of the CEREC system / W. Mörmann // JADA. – 2006. – Vol. 4. – P. 137-140.
 42. Mörmann W. The evolution of the CEREC system / W. Mörmann // JADA. – 2006. – Vol. 4. – P. 137-140.
 43. Pathogenic occlusion and functional occlusion definition of completion / J. D. Orthlieb, D. Deroze, J. Lacout [et al.] // Orthod. Fr. – 2008. – Vol. 77, № 4. – P. 451-459.
 44. Rivera-Morales W. C. Restoration of the vertical dimensions of occlusion in the severely= worm dentition / W. C. Rivera-Morales, N. D. Mohl // Dent. Clin. North. Am. – 1992. – Vol. 36, № 3. – P. 651-654.
 45. Slavicek R. The Masticatory Organ: Functions and Dysfunctions / R. Slavicek. – Klosterneuburg: Garima Med.-viss. Fortbildung-AG, 2008. – 544 p.
 46. Strupp K. Possibilities of prosthetic therapy for adult patients with disgnathias / K. Strupp, E. Anderseck, G. Kujumdshiev // Zahntechnik (Berl.). – 1998. – Vol. 29, № 5. – P. 207-209.
 47. The science of communicating the art of esthetic dentistry. Part II: Diagnostic provisional restorations / K. Derbabian, R. Marzola, T. E. Donovan [et al.] // J. Esthet. Dent. – 2002. – Vol. 12, № 5. – P. 238-247.
 48. Vahidi F. The provisional restoration / F. Vahidi // Dent. Clin. North. Am. – 2002. – Vol. 31, № 3. – P. 363-381.

**Стаття надійшла
7.08.2013 р.**

Резюме

На підставі аналітичного огляду джерел науково-медичної інформації проаналізовані погляди дослідників на роль і значення тимчасових конструкцій зубних протезів, у тому числі виготовлених із застосуванням CAD/CAM-систем, у реабілітації хворих з оклюзійними дисфункціями скронево-нижньощелепних суглобів.

Ключові слова: тимчасові протези, оклюзійні дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів.

Резюме

На основании аналитического обзора источников научно-медицинской информации представлены взгляды исследователей на роль и значение временных конструкций зубных протезов, в том числе изготовленных с применением CFD/CAM-систем, в реабилитации больных с окклюзионными дисфункциями и дисфункциями височно-нижнечелюстных суставов.

Ключевые слова: временные протезы, окклюзионные дисфункции, дисфункции височно-нижнечелюстных суставов.

Summary

On the basis of analytical review of scientific medical information sources, researchers' views on the role and importance of temporary dentures, including those produced with application of CAD/CAM systems during rehabilitation of patients with occlusive temporomandibular joint dysfunctions are presented.

Key words: temporary dentures, occlusive temporomandibular joint dysfunctions.