

УДК 616.724–008.6–02:616.314. 21а

Риберт Ю. О.

АНАЛІЗ СТАНУ ЗУБОЩЕЛЕПНОГО КОМПЛЕКСУ ПАЦІЄНТІВ З М'ЯЗОВИМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА МЕТОДІВ ЇХ ЛІКУВАННЯ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

За сучасними поглядами дослідників вважається, що зубощелепні деформації, аномалії, порушення оклюзійних співвідношень та функціональної оклюзії, парафункції жувальних м'язів відіграють роль у патогенезі захворювань скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС). Проведено попередній аналіз стану зубощелепного комплексу 44 пацієнтів тільки з м'язовими скронево-нижньощелепними розладами та методів їх лікування. Виявлено, що м'язові скронево-нижньощелепні розлади у всіх обстежених пацієнтів були сполучені з різною нозологічною формою зубощелепної патології, серед яких переважали ортодонтична патологія (54,5%) та патологічне прорізування третіх молярів (20,4%) у віці від 23 до 30 років. Інші види патології даної категорії хворих були характерні для більш старшого віку; у 9,1% пацієнтів виявлена ятрогенна патологія як наслідок неадекватної стоматологічної допомоги. Ознаки міофасціальної патології були виявлені у жувальних м'язах у 97,7% обстежених пацієнтів, у 60,8% м'язи шиї і у 15,9% м'язах плечей, що вказує на залучення в больовий синдром комплексу м'язів. Зубощелепна патологія (оклюзіопатія) та м'язові розлади із залученням м'язів зустрічалися у різних сполученнях та комбінаціях, що вимагає індивідуального комплексного підходу до діагностики та лікування хворих. У хворих застосовані різні методи лікування, а саме: оклюзіотерапія різними за типами дії оклюзійних шин, сплїнтлайн терапія оригінальним апаратом одночасної дії як оклюзійної шини так і ортодонтичного апарата. Після завершення функціонального періоду лікування для підтримки досягнутих результатів та відновлення функціональної оклюзії після її реконструкції здійснено ортопедичне лікування пацієнтів різними видами ортопедичних конструкцій, у тому числі покривними протезами з фіксацією на телескопічних коронках.

Ключові слова: м'язова дисфункція СНЩС, патологія зубощелепного комплексу, методи лікування.

Дослідження здійснено за комплексною темою кафедри терапевтичної стоматології ФГДО ЛНМУ ім. Данила Галицького «Екологія та пародонт. Дисфункції скронево-нижньощелепового суглоба» (державна реєстрація № 0114U000112) та є фрагментом кваліфікаційної роботи автора.

Вступ

Зубощелепні деформації, аномалії, порушення оклюзійних співвідношень та функціональної оклюзії, парафункції жувальних м'язів відіграють суттєву роль у патогенезі захворювань скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) [5-8, 11, 13].

Значна частина авторів також вважають передумовою розвитку дисфункцій СНЩС і жувальних м'язів наявність дефектів зубів і зубних рядів та вторинні деформації зубних рядів, що виникають через несвоєчасне протезування [2, 10] або ятрогенну патологію [11].

Дисфункції СНЩС і жувальних м'язів спостерігаються і в пацієнтів із цілісними зубними рядами. На думку авторів [3, 9], дисфункції СНЩС і жувальних м'язів у пацієнтів із цілісними зубними рядами зумовлені аномаліями, деформаціями зубних рядів, що призводять до порушення оклюзійно-артикулярної рівноваги та м'язового балансу, просторового орієнтування нижньої щелепи відносно верхньої.

У зв'язку з цим великого значення набуває правильне планування етапів функціональної діагностики, що дозволяє оптимізувати об'єм, підвищити ефективність обстеження пацієнтів, та обрати адекватні методи лікування [1, 4, 9-12].

Мета дослідження

Мета дослідження - аналіз стану зубощелепного комплексу пацієнтів тільки з м'язовими скронево-нижньощелепними розладами та методів їх лікування.

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом дослідження було 175 пацієнтів, які звернулися або були скеровані на консультацію і лікування з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади (СНР), серед яких після клінічного і додаткового обстеження у 121 пацієнта діагноз підтвердився.

Із 121 пацієнта після детального клінічного обстеження (анамнез життя і хвороби, виявлення психосоматичних порушень, експрес-тест, стан зубощелепного комплексу, функціональний стан СНЩС) та застосування додаткових методів обстеження (ортопантомографія та зонографія СНЩС, ультрасонографія жувальних м'язів і СНЩС, магнітно-резонансна томографія за показаннями) у 44 пацієнтів (36,4%) діагностовано м'язові розлади, які включали жувальні м'язи, м'язи шиї, м'язи плечей.

Лікування пацієнтів з м'язовими скронево-нижньощелепними розладами здійснено залежно від стану зубощелепного комплексу зі застосуванням різних ортопедичних конструкцій та їх комбінацій.

Аналіз здійснений за виявленням стану зубощелепного комплексу у пацієнтів тільки з м'язовими СНР та за методами їх лікування.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед 44 пацієнтів з поєднанням міофасціальної патології СНЩС та діагностованими оклюзіопатіями було 11 чоловіків (25,0%) та 33 жінки (75,0%), що вказує на переважання цих патологій серед жінок у три рази.

Клінічна та відсоткова характеристика пацієнтів з поєднаною патологією (оклюзіопатія

тія+міофасціальна патологія) за статтю наведено на у таблиці.

Таблиця
Кількісна та відсоткова характеристика пацієнтів із поєднаною патологією (оклюзіопатія + міофасціальна патологія) за статтю

Стать	Оклюзіопатія												Міофасціальна патологія							
	ортодонтична патологія		патологічне прорізування 3-х молярів		множинні дефекти зубного ряду		вторинна деформація		ятрогенна патологія		Патологічна стертість		Пародонти I та II ступеня		жувальні м'язи		м'язи шиї		м'язи плечей	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ч (11)	7	15,9	2	4,5	2	4,5	–	–	1	2,3	–	–	3	6,8	10	22,7	6	13,6	2	4,5
ж (33)	17	38,6	7	15,9	2	4,5	6	13,6	3	6,8	2	4,5	1	2,3	33	75,0	21	47,2	5	11,4
Σ	24	54,5	9	20,4	4	9,0	6	13,6	4	9,1	2	4,5	4	9,1	43	97,7	27	60,8	7	15,9

Більше ніж у половини (54,5%) обстежених пацієнтів з м'язовими розладами серед оклюзіопатій діагностована «ортодонтична патологія». Патологічне прорізування 3-їх молярів виявлено у 20,4%, вторинні деформації зубних рядів у 13,6%, причому тільки у жінок; множинні дефекти зубних рядів у 9,0%, пародонтит I та II ступеня також у 9,0%, патологічна стертість у 4,5%.

Звертає увагу, що у 4 пацієнтів (9,1%) виявлена ятрогенна патологія внаслідок неефективного ортопедичного втручання.

Нами здійснений віковий аналіз діагностованої патології зубощелепного комплексу у обстежених пацієнтів за їх нозологічними формами.

Так «ортодонтична патологія» виявлена у пацієнтів чоловічої статі, середній вік яких становить 30,1±3,0 роки, жіночої статі – 23,1±1,5 роки.

У пацієнтів з «патологією прорізування третіх молярів» для чоловіків середній вік склав 20,0±3,0 роки, для жінок – 28,3±2,5 роки.

Для оклюзіопатії «ортодонтична патологія+патологічне прорізування третіх молярів» середній вік чоловіків склав 20.0±4.0 роки, для жінок 28.3±3,5 роки.

Оклюзіопатія «вторинні деформації» виявлені тільки у жінок, середній вік яких склав 41,6±5,9 роки.

Інші види оклюзіопатій «множинні дефекти зубних рядів», «патологічна стертість», «пародонтит», «ятрогенна патологія» та їх комбінації були характерні для пацієнтів у віковому діапазоні від 49 років до 78 років.

При аналізі міофасціальної патології патологічні ознаки (біль, напруга, дискомфорт та інші ознаки, характерні для м'язової форми СНР) для жувальної групи м'язів, виявлені в 97,7% обстежених (одна пацієнтка мала скарги тільки на м'язи шиї), м'язів шиї у 60,8 % та м'язів плечей - у 15,9% пацієнтів.

Ці ознаки виявлялися у різних комбінаціях з переважанням уражень жувальних м'язів і м'язів плечей.

Враховуючи сполучний характер як різною за формою оклюзійної патології, так і міофасціальної патології, лікування пацієнтів включало оклюзійну терапію, ортодонтичні заходи та різні варіанти на завершальному етапі ортопедичного лікування, спрямованого на підтримку досягнутих результатів.

Загалом у лікуванні 44 пацієнтів проведено оклюзіотерапію різними типами кап у 34 пацієнтів, сплінтлайн терапію у 18 пацієнтів, здійснено раціональне протезування різними типами ортопедичних конструкцій 11 пацієнтів.

П'яти пацієнтам, у яких після оклюзіотерапії необхідно було відновити оклюзійні співвідношення з їх реконструкцією, здійснено їх відновлення протезами з фіксацією на телескопічних коронках.

Оклюзіотерапія у сполученні зі сплінтлайнтерапією здійснена у 15 пацієнтів, середній вік яких склав 26,1±4,1 роки. Із них у одного пацієнта з ортодонтичною патологією, у двох з вторинними деформаціями, у 2-х з ятрогенною патологією, у одного з пародонтитом I-II ступеня.

Оклюзіотерапія у сполученні з наступним відновленням оклюзійних співвідношень протезами на телескопічних коронках здійснена у одного пацієнта 56 років із множинними дефектами зубних рядів.

Оклюзіотерапія, сплінтлайнтерапія з наступним раціональним протезуванням здійснена 2-м пацієнтам, із них одному 56 років з вторинними деформаціями і ятрогенною патологією та одному пацієнту 19 років із ортодонтичною патологією.

Позитивних результатів лікування міофасціальної патології тільки протезними конструкціями з фіксацією на телескопічних коронках з реконструкцією оклюзійних співвідношень під контролем аксіографії досягнуто у 3-х пацієнтів з множинними дефектами зубних рядів і пародонтитом I-II ступеня.

Оклюзіопатія і «пожиттєва» капа застосована у одного пацієнта 36 років із ортодонтичною патологією.

Висновки

1. Виявлено, що м'язові скронево-нижньощелепні розлади у всіх обстежених пацієнтів були сполучені з різною нозологічною формою зубощелепної патології, серед яких переважали ортодонтична патологія (54,5%) та патологічне прорізування третіх молярів (20,4%) у віці від 23 років до 30 років. Інші види патології даної категорії хворих були характерні для більш старшого віку.

2. У 9.1% пацієнтів виявлена ятрогенна патологія, як наслідок неадекватної стоматологічної допомоги.

3. Ознаками міофасціальної патології у обстежених в 97,7% були задіяні жувальні м'язи, у 60,8% м'язи шиї і у 15,9% м'язи плечей, що вказує на залучення у болісний процес комплексу м'язів.

4. Зубощелепна патологія (оклюзіопатія) та м'язові розлади із залученням м'язів зустрічалися у різних сполученнях та комбінаціях, що вимагає індивідуального комплексного підходу до діагностики та лікування хворих.

5. У лікуванні хворих застосовані різні методи лікування, а саме: оклюзіотерапія різними за типами дії оклюзійних шин, сплінтлайн терапія оригінальним апаратом одночасної дії як оклюзійної шини так і ортодонтичного апарата. Після завершення функціонального періоду лікування для підтримки досягнутих результатів та відновлення функціональної оклюзії після її реконструкції здійснено ортопедичне лікування пацієнтів різними видами ортопедичних конструкцій, в тому числі покривними протезами з фіксацією на телескопічних коронках.

Перспективи подальших досліджень

Аналіз та визначення залежності між суглобовими скронево-нижньощелепними розладами і зубощелепною патологією та методів їх лікування.

Література

1. Антоник М.М. Анализ статической и динамической окклюзии зубных рядов на диагностических моделях / М.М. Антоник, И.Ю. Лебедеко, С.Д. Арутюнов // Российский стоматологический журнал. - 2011. - № 1. - С.4-6.
2. Дмитренко І.А. Особливості діагностики та лікування хворих з дефектами зубних рядів частковими знімними протезами з урахуванням стану скронево-нижньощелепного суглоба : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / І.А. Дмитренко. - К., 2013. - 18 с.
3. Долгалева А.А. Современные методы комплексной диагностики и лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / А.А. Долгалева // Клиническая стоматология. - 2007. - № 2. - С. 58-63.
4. Макеев В.Ф. Особливості диференціальної діагностики скронево-нижньощелепних розладів за клінічними і рентгенологічними ознаками / В.Ф. Макеев, У.Д. Телішевська, Р.В. Кулінченко, М.І. Заверуха // Український стоматологічний альманах. - 2011. - № 1 - С. 69-74.
5. Неспрядько В.П. Суглобовий фактор при ортодонтичному лікуванні : матеріали міжнар. конф. «Актуальні проблеми ортодонції» / В.П. Неспрядько, М.С. Драгомирецька, Ю.В. Клітинський. — Львів : ДООО, 2010. - С. 48-50.
6. Новіков В.М. Кореляційні зв'язки між м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС та оклюзійними порушеннями при різних видах прикусів / В.М. Новіков, Ю.С. Лунькова // Проблеми екології та медицини. - 2011. - № 15(3-4). - С. 120-122.
7. Смаглюк Л.В. Структура симптомів дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба в залежності від морфофункціонального стану зубощелепної ділянки / Л.В. Смаглюк, Н.М. Трофіменко // Вісник стоматології. - 2005. - № 2. - С. 75-77.
8. Чжу Вей Вей. Взаємозв'язок м'язово-суглобової дисфункції та оклюзійних співвідношень після ортодонтичного лікування у пацієнтів з патологією II класу 1-го та 2-го підкласів за Енглем / Вей Вей Чжу // Новини стоматології. - 2011. - № 2. - С. 64-66.
9. Шейко А.П. Взаємозв'язок оклюзійних порушень і синдрому больової дисфункції / А.П. Шейко // Український стоматологічний альманах. - 2012. - № 2. - С. 124.
10. Шибінський В.Я. Вплив оклюзійних порушень на внутрішні розлади скронево-нижньощелепних суглобів та їх диференціальна діагностика з допомогою магнітно-резонансної томографії : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / В.Я. Шибінський. - Л., 2009. - 20 с.

11. Яценко І.В. Механизм развития симптома мышечно-суставной дисфункции ВНЧС при ортодонтическом лечении аномалий прикуса с удалением третьих моляров : материалы II з'їзду Української асоціації черепно-щелепнолицевих хірургів / І.В. Яценко, О.В. Рыбалов, О.И. Яценко. - К., 2011. - С. 313-316.
12. Kevij R. Temporomandibular disorders and bruxism / R. Kevij, K. Mehulic, A. Dundjer // Minerva Stomatol. - 2007. - Vol. 56, № 7. - P. 393-397.
13. Michelotti A. The role of orthodontics in temporomandibular disorders / A. Michelotti, G. Iodice // J. Oral. Rehabil. - 2010. - № 9. - P. 95-97.
14. Okeson J.P. Nocturnal bruxing ivalents in subjects with sleep disordered breathing and control subjects / J.P. Okeson, B.A. Phillips, D.T. Deny [et al.] // J. Craniomandibular disord. - 1991. - Vol. 5, № 4. - P. 717-727.
15. Tsukiyama Y. An evidence-based assesment of occlusal adjustment as a treatment, for temporomandibular disorders / Y. Tsukiyama, G.T. Kazuyoshi // J. Prosthet. Dent. - 2001. - Vol. 86, № 1. - P. 57-66.

References

1. Antonik M.M. Analiz staticheskoj i dinamičkoj okkluziji zubnyh rjadov na diagnosticheskih modeljah / M.M. Antonik, I.Ju. Lebedenko, S.D. Arutjunov // Rossijskij stomatologičeskij žurnal. - 2011. - № 1. - S.4-6.
2. Dmitrenko I.A. Osoblivosti diagnostiki ta likuvannja hvorih z defektami zubnyh rjadiv chastkovimi znimnimi protezami z urahuvannjam stanu skronevo-nizhn'oshhelepnoho sugloba : avtoref. dis. na zdobuttja naukovogo stupenja kand. med. nauk : spec. 14.01.22 «Stomatologija» / I.A. Dmitrenko. - K., 2013. - 18 s.
3. Dolgalev A.A. Sovremennye metody kompleksnoj diagnostiki i lechenija disfunkcii visochno-nizhnecheljustnoho sustava / A.A. Dolgalev // Kliničeskaja stomatologija. - 2007. - № 2. - S. 58-63.
4. Makeev V.F. Osoblivosti diferencial'noї diagnostiki skronevo-nizhn'oshhelepnyh rozladiv za kliničnymi i rentgenologičnymi oznakami / V.F. Makeev, U.D. Telishevs'ka, R.V. Kulichenko, M.I. Zaveruha // Ukraїns'kij stomatologičnij al'manah. - 2011. - № 1 - S. 69-74.
5. Nesprjad'ko V.P. Suglobovij faktor pri ortodontičnomu likuvanni : materialy mizhnar. konf. «Aktual'ni problemi ortodontii» / V.P. Nesprjad'ko, M.S. Dragomirec'ka, Ju.V. Klitins'kij. — L'viv : DOOO, 2010. - S. 48-50.
6. Novikov V.M. Koreljacijni zvjazki mizh m'jazovo-suglobovoju disfunkcieju SNSHhS ta okkluzijnimi porushennjami pri rıznyh vidah prikusiv / V.M. Novikov, Ju.S. Lun'kova // Problemi ekologiji ta medicini. - 2011. - № 15(3-4). - S. 120-122.
7. Smagljuk L.V. Struktura simptomiv disfunkcii skronevo-nizhn'oshhelepnoho sugloba v zalezhnosti vid morfofunkcional'nogo stanu zuboshhelepnoї dijanki / L.V. Smagljuk, N.M. Trofimenko // Visnik stomatologii. - 2005. - № 2. - S. 75-77.
8. Chzhu Vej Vej. Vzaemozvjazok m'jazovo-suglobovoї disfunkcii ta okkluzijnih spivvidnošen' pisja ortodontičnoho likuvannja u pacijentiv z patologijeju II klasu 1-go ta 2-go pidklasiv za Englem / Vej Vej Chzhu // Novini stomatologii. - 2011. - № 2. - S. 64-66.
9. Shejko A.P. Vzaemozvjazok okkluzijnih porushen' i sindromu bol'ovoї disfunkcii / A.P. Shejko // Ukraїns'kij stomatologičnij al'manah. - 2012. - № 2. - S. 124.
10. Shibins'kij V.Ja. Vpliv okkluzijnih porushen' na vnutrišni rozladi skronevo-nizhn'oshhelepnyh suglobiv ta ih diferencijna diagnostika z dopomogoj magnitno-rezonansnoї tomografii : avtoref. dis. na zdobuttja naukovogo stupenja kand. med. nauk : spec. 14.01.22 «Stomatologija» / V.Ja. Shibins'kij. - L., 2009. - 20 s.
11. Jacenko I.V. Mehanizm razvitija simptoma myshečno-sustavnoj disfunkcii VNChS pri ortodontičeskom lečenii anomalij prikuse s udaleniem tretih moljarov : materialy II z'їzdu Ukraїns'koї asociacii cherepno-shhelepnoлицевих hirurgiv / I.V. Jacenko, O.V. Rybalov, O.I. Jacenko. - K., 2011. - S. 313-316.
12. Kevij R. Temporomandibular disorders and bruxism / R. Kevij, K. Mehulic, A. Dundjer // Minerva Stomatol. - 2007. - Vol. 56, № 7. - P. 393-397.
13. Michelotti A. The role of orthodontics in temporomandibular disorders / A. Michelotti, G. Iodice // J. Oral. Rehabil. - 2010. - № 9. - P. 95-97.
14. Okeson J.P. Nocturnal bruxing ivalents in subjects with sleep disordered breathing and control subjects / J.P. Okeson, B.A. Phillips, D.T. Deny [et al.] // J. Craniomandibular disord. - 1991. - Vol. 5, № 4. - P. 717-727.
15. Tsukiyama Y. An evidence-based assesment of occlusal adjustment as a treatment, for temporomandibular disorders / Y. Tsukiyama, G.T. Kazuyoshi // J. Prosthet. Dent. - 2001. - Vol. 86, № 1. - P. 57-66.

Реферат

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО КОМПЛЕКСА ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНЫМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫМИ РАСТРОЙСТВАМИ И МЕТОДОВ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Рыберт Ю. А.

Ключевые слова: мышечно-суставная дисфункция ВНЧС, патология зубочелюстного комплекса, методики излечения.

Согласно современных взглядам считается, что зубочелюстные деформации, аномалии, нарушения окклюзионных соотношений и функциональной окклюзии, парафункции жевательных мышц играют существенную роль в патогенезе заболеваний височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС). Проведен анализ состояния зубочелюстного комплекса 44 пациентов только с мышечными височно-нижнечелюстными расстройствами и методов их лечения. Выявлено, что мышечные височно-нижнечелюстные расстройства у всех обследованных пациентов сочетались с разной нозологической формой зубочелюстной патологии, среди которых преобладали ортодонтическая патология (54,5%) и патологическое прорезывание третьих моляров (20,4%) в возрасте от 23 до 30 лет. Другие виды патологии данной категории больных были характерны для более старшего возраста. У 9,1% пациентов выявлена ятрогенная патология, как следствие неадекватного стоматологического лечения.

Симптомы миофасциальной патологии были выявлены в жевательных мышцах обследованных пациентов в 97,7%, в 60,8% мышц шеи и 15,9% мышц плечей, что указывает на вовлечение в болевой синдром комплекса мышц.

У больных применены разные методы лечения, а именно: окклюзиотерапия разными по типу действия окклюзионными шинами, сплантайп терапия, оригинальным аппаратом одновременного действия как окклюзионной шины, так и ортодонтического аппарата. После завершения функционального периода лечения для поддержки достигнутых результатов и восстановления функциональной окклюзии, после ее реконструкции проводилось ортопедическое лечение пациентов разными видами ортопедических конструкций, в том числе покрывными протезами с фиксацией на телескопических коронках.

Summary

EVALUATION OF DENTOFACIAL COMPLEX IN PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR MUSCLE DISORDERS AND APPROACHES IN THEIR TREATMENT

Rybert Yu. O.

Key words: muscle dysfunction of TMJ, pathology of dentofacial complex, treatment approaches.

Nowadays researchers believe that the dentofacial deformations, abnormalities, deviations in occlusal relations and functional occlusion, parafunctions of masticatory muscles affect the pathogenesis of diseases of temporomandibular joint (TMJ)

Preliminary analysis of the state of dentofacial complex was conducted on 44 patients who had only disorders of temporomandibular muscles. We also considered the methods of their treatment.

It was revealed that disorders of temporomandibular muscles in all examined patients were connected with different clinical entity of dental pathology with the predominance of orthodontic pathology (54.5%) and abnormal eruption of third molars (20.4%) at the age of 23 to 30. Other pathologies of these patients were typical for older age and included 9.1% of patients who had iatrogenic pathology as a result of inappropriate dental care.

Signs of myofascial pathology associated with chewing muscles were found in 97.7% of the patients, with the neck muscles were detected in 60.8% and 15.9% the pathology was associated with the muscles of the shoulders indicating involvement of the complex of muscles in pain syndrome.

Dentofacial pathology (pathological occlusion) and muscle disorders involving different muscles occurred in various combinations require the patient-centred approach to diagnosis and treatment. We tried to apply different treatment approaches in our practice, namely occlusal therapy with occlusal splints of different types of action, splint line therapy using original device acting as both occlusal splint and orthodontic appliance. Orthopaedic therapy of patients with various types of orthopaedic restorations including telescopic crown overdentures were performed upon completion of the functional treatment stage to maintain achieved results and restore functional occlusion after its reconstruction.