

ID: 2018-02-5-A-15241

Краткое сообщение

Беззубикова М.В.

Стоматологические и соматические проявления синдрома бруксизма

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Научные руководители: асс. Венатовская Н.В., к.м.н. Петрова А.П.

Резюме

В данной научно-исследовательской работе была поставлена задача выявить распространенность бруксизма среди населения города Саратова, а также рассмотрены причины возникновения, осложнения и лечение бруксизма.

Ключевые слова: бруксизм, патологическая стираемость зубов, эмаль**Актуальность**

Наиболее часто встречающимся в стоматологической практике патологическим процессом, ведущее звено патогенеза которого - поражение нервно-мышечного аппарата, является бруксизм. Бруксизм — причина серьезных нарушений не только в зубочелюстном аппарате, но и других системах организма.

Цель: выявить закономерности и механизмы формирования стоматологических и соматических проявлений синдрома бруксизма.

Задачи:

1. Выявить распространенность бруксизма среди населения города Саратова.
2. Изучить причины возникновения бруксизма.
3. Изучить осложнения, вызванные бруксизмом.

Материал и методы

Был проведен обзор и анализ научных статей и литературы, также было проведено анкетирование 210 человек в возрасте от 10 до 56 лет. Анкетирование было проведено среди школьников в возрасте от 10 до 18 лет и учителей от 30 до 56 лет.

Результаты и обсуждение

Бруксизм — локальная парафункция, в переводе с греческого языка означает скрежетание зубами. Сам термин впервые ввел в 1938 году S. Miller. Кроме того, для обозначения бессознательного сжатия зубов используют термины окклюзионный невроз, одонтеризм, бруксомания. В зарубежной литературе встречаются такие термины как нефункциональное стирание зубов, первичная гиперестезия жевательных мышц, мандибулярная дисфункция. Бруксизм — неосознанные, не связанные с жеванием и речью, сокращения жевательных мышц, наблюдаемые как днем, так и ночью. Сжатие зубов характеризуется нарушением состояния относительного физиологического покоя нижней челюсти вследствие тонического сокращения мышц, поднимающих ее, которое может происходить в центральной или других окклюзиях, чаще в передней.

Американская академия орофациальной боли рассматривает бруксизм, как черепно-нижнечелюстную дисфункцию, которая определяется как «тотальная парафункциональная активность мышц днем или ночью, проявляющаяся скрежетанием, щелканьем или стискиванием зубов» [1].

По мнению Т.А. Гайдаровой, бруксизм является синдромом, т.к. включает патологические изменения не только в жевательной мускулатуре, но со стороны центральной нервной и эндокринной систем [2].

Замечено, что:

1. К скрежету зубами склонны лица, страдающие болезнью Паркинсона.
2. Бруксизм у детей может возникать в периоды прорезывания и смены зубов.
3. Кофакторами бруксизма могут выступать недавно перенесенная черепно-мозговая травма, злоупотребление снотворными, алкоголем, антидепрессантами, кофеином, никотином.

Теории возникновения бруксизма

Американская академия психиатрии считает бруксизм нарушением поведения [3].

Согласно психологической теории, бруксизм - отражение эмоционального неблагополучия, частых аффективных состояний, перегрузок, стрессов, перенапряжения, вызывающих непроизвольные мышечные сокращения и скрежет зубами. Бруксизм часто называют «болезнью бизнесменов», испытывающих постоянные психоэмоциональные перегрузки, однако кратковременные эпизоды бруксизма во сне могут возникать и у людей, имеющих положительный эмоциональный настрой [4]. Неврология рассматривает проблему с точки зрения нарушения деятельности центральной и периферической систем, приводящих к неврологическим и двигательным расстройствам. Американская академия сна считает бруксизм парасомнией и им должны заниматься парасомнологи, т.к. отмечают, что бруксизм нередко сочетается с нарушениями сна (ночными кошмарами, храпом), энурезом, тремором, эпилепсией. Кроме этого, такие состояния как тризм и бруксизм могут развиваться вследствие тонического напряжения жевательной мускулатуры при поражении двигательных нейронов тройничного нерва [5].

Стоматологическая теория основывается на том, что возникновению бруксизма способствуют различные отклонения в строении и функционировании зубочелюстной системы: аномалии зубов (адентия, сверхкомплектные зубы), неправильный прикус, плохо подобранные зубные протезы или брекет-система, некачественное лечение зубов, артроз и артрит ВНЧС и др. [6].

С точки зрения остеопатической теории, бруксизм интерпретируется как попытка нейромышечной системы устранить блокировку черепных швов. Данные явления у детей могут возникать вследствие осложненного течения родов и родовых травм,

аномалий зубов, неправильного прикуса и т. д.; у взрослых – при неправильно выполненном протезировании зубов, остеохондрозе шейного отдела позвоночника и др. [7].

Другие теории бруксизма, не находят широкого признания и достоверных научных подтверждений, они связывают срезет зубами с нарушением носового дыхания (частыми ринитами, аденоидами, искривлением носовой перегородки), гельминтозами (аскаридозами, энтеробиозом), гастроэзофагальной рефлюксной болезнью, неправильным питанием, злоупотреблением жевательной резинкой и пр.

Классификация бруксизма:

I. В зависимости от причины возникновения:

1. Местные, при наличии стоматологических причин, ЛОР-патологии
2. Психогенные
3. Возникающие при заболеваниях органов и систем
4. Профессиональные

II. В зависимости от времени возникновения:

1. Дневное сжатие зубов (дневной бруксизм или бруксизм бодрствования)
2. Ночное сжатие зубов (ночной или бруксизм сна)

Бруксизм характеризуется:

1. Парафункциональными нарушениями, т.е. не имеет никакой физиологически обусловленной цели и происходит при отсутствии субъективного сознания.
2. Не подвергается контролю проприоцептивной системы.
3. Неосознанным сокращением жевательных мышц во время сна, а также физических нагрузок, умственного напряжения и душевных переживаний.
4. Изометрическим, длительным по времени (без пауз) и очень интенсивным сокращением мышц [8].

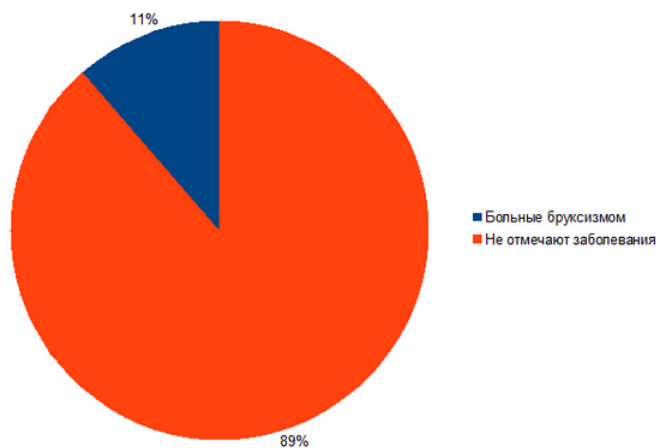


Рисунок 1. Распространенность бруксизма в Саратове (n=210 человек)

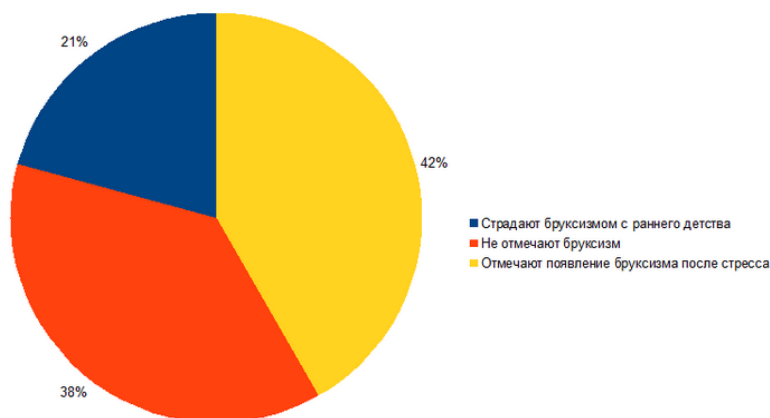


Рисунок 2. Появление признаков бруксизма (n=210 человек)

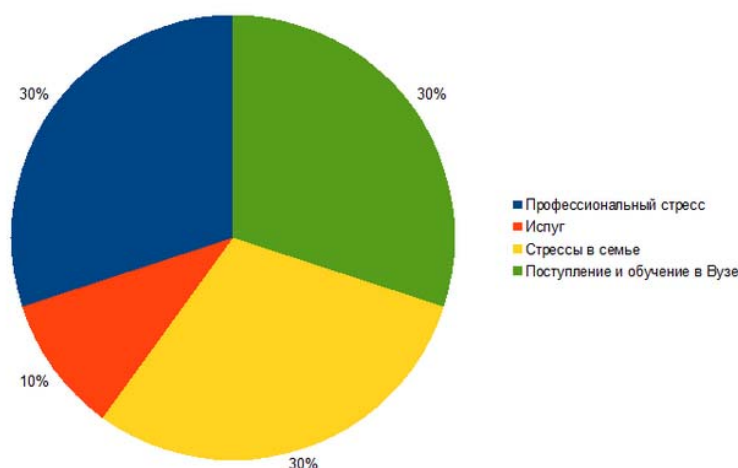


Рисунок 3. Причины развития бруксизма (n=210 человек)

Соматические проявления бруксизма

Эпизоды бруксизма, как правило, длятся около 10 секунд, за ночь могут повторяться многократно, сопровождаясь звуком скрежета или пощелкивания зубами. Обычно эти симптомы замечают близкие пациентов (родители, супруги), поскольку во время сна человек не контролирует свое состояние и не пробуждается от скрипа зубов. Приступы скрежета зубами часто сопровождаются изменением дыхания, артериального давления и пульса. Наутро пациенты часто отмечают лицевую миалгию, зубную боль, боли в области челюстей, головные боли, дневную сонливость, головокружение. При длительном течении бруксизма могут развиваться гиперестезия зубов, переломы коронок зубов, клиновидные дефекты, патологическая стираемость, трещины и сколы эмали. Как следствие возникает воспаление в периодонтальных тканях (периодонтит), нарушение статики и потеря зубов. Чрезмерная неконтролируемая нагрузка на зубы может стать причиной сколов реставраций и пломб, сколов керамики на искусственных коронках, поломки зубных протезов. Отдаленными последствиями бруксизма может служить мышечно-суставная дисфункция ВНЧС: гипертрофия жевательных мышц, ограничение движения челюстей, боли в височно-нижнечелюстных суставах, плечевых суставах, шее. Постоянная травматизация слизистой полости рта у некоторых больных бруксизмом приводит к возникновению фестончатого (зубчатого) языка фибром полости рта, гингивита, ссадин под съемными протезами, плоского красного лишая.

Общие принципы лечения бруксизма:

1. коррекция психосоциального поведения;
2. фармакотерапия;
3. физиотерапия;
4. улучшение дыхания во сне (лечение храпа и апноэ силами сомнологов и стоматологов);
5. стоматологическое лечение:
 - а) правильное протезирование;
 - б) избирательное шлифование при наличии гиперконтактов;
 - в) защита зубов, мышц, ВНЧС предохранительными капами дневного или ночного ношения [9;10-15].

Выводы

1. Распространенность бруксизма среди опрошенного населения города Саратов составляет 11,4%, это 24 человека из группы опрошенных 210 человек в возрасте от 10 до 56 лет.
2. Существует множество теорий возникновения бруксизма. Основные из них: стоматологическая, остеопатическая, психологическая.
3. Осложнения, вызванные бруксизмом:
 1. Ускоренное истирание высоты коронок зубов.
 2. Появление чувствительности.
 3. Снижение нижней трети лица, влияющие на эстетику улыбки и формирования складок (морщин) в уголках рта пациента, «старящих» его.
 4. Подвижность зубов.
 5. Переломы коронок зубов и трещин эмали.
 6. Скол керамики.
 7. Расцементирование реставраций.
 8. Перелом тела импланта.
 9. Убыль кортикальной кости.
 10. Возникновение расстройств ВНЧС.
 11. Жалобы на боль, дискомфорт в ушах.
 12. Боли в шее, головные боли.
 13. Сильное утомление жевательных мышц.
 14. Бессонница и депрессия.

Литература

1. D. Feu, F. Catharino, Quintão A systematic review of etiological and risk factors associated with bruxism // Dental Market, 2013. № 35. С. 163–171.
2. Daniel A. Paesani Bruxism: Theory and Practice // Dental Market, 2010. № 145. С. 525.
3. Гайдарова Т.А. Клиническая характеристика больных бруксизмом // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. 2003. № 1. С. 28-32.
4. Щербаков А.С. Комплексная оценка психических состояний и свойств личности у молодых людей, страдающих бруксизмом // Стоматология, 2013. Т. 92. № 2. С. 44-47.
5. Bailey, Dennis R. Dental management of sleep disorders // Dental manag, 2010. № 128. С. 274.
6. Брокар Д., Лолук Ж.Ф., Кнеллесен К. Бруксизм. М.: Азбука, 2009. С. 84.
7. Kruger-Janson, O. Vrix Современные технологии // Новое в стоматологии, 2009. № 5. С. 1-21.
8. Орлова О.Ю. Гипертонус жевательных мышц // Врач, 2009. № 9. С.13-17.
9. Бунина М.А. Патогенетические особенности проявления бруксизма у больных с окклюзионными нарушениями зубных рядов // Современная стоматология, 2009. № 2. С. 13.
10. Щербаков А.С. Диагностика бруксизма и особенности лечения окклюзионных нарушений при этой патологии у лиц молодого возраста // Стоматология, 2011. Т. 90. № 1. С. 58-61.
11. Венатовская Н.В., Пудовкина Е.А., Суетенков Д.Е., Прошин А.Г. Протезирование дефектов твёрдых тканей зубов и зубных рядов как профилактика зубочелюстных аномалий у детей: от необходимости к возможностям // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 1. С. 226-230.
12. Фирсова И.В., Суетенков Д.Е., Давыдова Н.В., Олейникова Н.М. Взаимосвязь и взаимовлияние уровня стоматологического здоровья и средовых факторов // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 1. С. 239-245.
13. Фирсова И.В., Суетенков Д.Е., Егорова А.В., Магомедов Т.Е., Харитонов Т.П., Давыдова Н.В., Лебедева С.И., Бахметьева Э.А., Гриценко Е.А. Показатели стоматологического здоровья у детей и подростков саратова и саратовской области // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9. № 3. С. 484-486.
14. Давыдова Н.В., Фирсова И.В., Суетенков Д.Е., Олейникова Н.М. Профилактика травматических повреждений зубов, мягких тканей, челюстных костей у детей и подростков // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 1. С. 199-202.
15. Фирсова И.В., Давыдова Н.В., Суетенков Д.Е., Олейникова Н.М. Комплекс профилактических мероприятий по предупреждению костной патологии височно-нижнечелюстных суставов у детей и подростков // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 1. С. 294-295.