

с лекарственными средствами, вакцинами и сыворотками, содержащими новые химические соединения) [5]. Всё это позволяет сделать вывод о необходимости полного сбора анамнеза пациента лечащим врачом, а также о необходимости тщательного подбора лекарственных средств и материала, из которого будет изготавливаться ортопедическая или ортодонтическая конструкция. Осведомленность в данном вопросе поможет врачам-стоматологам улучшить качество лечения и решить задачи, которые могут возникнуть в ходе их практической и профессиональной деятельности.

Список литературы

1. Капитанова К.В., Петрова Э.Н., Жданова Ю.М., Невская В.Л. Аллергия на металлы // Биопрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. 2019. Т. 19, № 2. С. 88-93.
2. Брудян Г. С., Михайлов Д. В. Лечение стоматологических заболеваний у детей: руководство для медицинских сестер в области педиатрической и семейной стоматологии // Медицинская сестра. 2023. Т. 25, № 5. С. 45-51.
3. Джиджавадзе С.Ф. Местные анестетики в амбулаторной стоматологической практике: современные тенденции // Актуальные вопросы стоматологии: Труды Всероссийской VII научно-практической конференции с международным участием (Киров, 11–12 мая 2023 г.). Киров: ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет», 2023. С. 50-52.
4. Бесчастная Н.С., Ким Н.С., Седнева Я.Ю. Выбор вида и способа анестезии на детском стоматологическом приёме // Материалы конференций ГНИИ «НАЦРАЗВИТИЕ» (Санкт-Петербург, 26–30 июня 2017 г.). Санкт-Петербург: ГНИИ «НАЦРАЗВИТИЕ», 2017. С. 15-17.
5. Гайдарев В.К. Детская стоматология: медицинские, психологические и социальные аспекты и их взаимосвязь // Практическая философия: состояние и перспективы: Сборник материалов VI научной конференции (с международным участием), (Симферополь – Ялта, 24–26 мая 2023 г.). Симферополь: ООО «Ариал», 2023. С. 317-321.

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ БРУКСИЗМА

Горлова А.А., Лидохова О.В.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж, e-mail: AnnaGorlova.A@yandex.ru

С точки зрения психологии бруксизм возникает в результате эмоциональной нестабильности. Приверженцы остеопатической теории утверждают, что бруксизм является защитной реакцией нейромышечной системы организма, направленной на восстановление кранио-сакрального ритма и устранение блокировки черепных швов. Этот процесс может возникать из-за осложнений при родах, нерационального стоматологического лечения или остеохондроза шейного отдела позвоночника. Согласно нейрогенной теории развития бруксизма, его основой являются нарушения выработки нейромедиаторов (серотонина, дофамина, норадреналина) и нарушение баланса регуляции базальных ганглиев через прямые и не прямые пути. В соответствии со стоматологической теорией, основ-

ными факторами, способствующими развитию бруксизма, являются нарушения окклюзии, связанные с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, неправильным прикусом, дефектами зубов и неправильным стоматологическим лечением. Данная теория не подтверждена, так как после исправления окклюзионных нарушений клиническая картина бруксизма не всегда исчезает. Также предполагают, что бруксизм является побочным эффектом приема некоторых лечебных препаратов (ингибиторов обратного захвата дофамина и норадреналина, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, нейролептиков). Также стоит отметить наследственный фактор в возникновении бруксизма. Обнаружена ассоциация гена MTR2A аллелей rs 6313 SNP и rs 2770304 с с повышенным риском к появлению бруксизма, но эти данные находятся еще в процессе изучения [1]. Другие теории бруксизма связывают скрежет зубами с нарушением носового дыхания (частые насморки, аденоиды, деформации носовой перегородки), гельминтозами (аскаридозами, энтеробиозом), гастроэзофагеальным рефлюксом, неправильным питанием, злоупотреблением жевательной резинкой [2]. Число людей, испытывающих нервное перенапряжение и тревожно-депрессивные состояния, постоянно увеличивается. Это в полной мере относится и к студенческой молодежи, 41,8% всех случаев обращения за медицинской помощью в связи с бруксизмом приходится на возраст до 29 лет. Исследования, проведенные А.С. Щербаковым, Т.В. Шульковой, С.Б. Ивановой (2011), выявили частоту встречаемости бруксизма среди лиц молодого возраста – 18,9%. Авторы считают, что появление первых признаков нарушения деятельности жевательных мышц в 20% случаев приходится на старшие классы школы и 1-2 й курсы обучения в вузе, что, скорее всего, связано с возрастанием психологической нагрузки в этот период. Часто в молодом возрасте нарушения в функционировании организма протекают скрыто для самого пациента. Это в некоторой степени связано с наличием мощных адаптационных ресурсов [3].

Выделяют дневной бруксизм и бруксизм сна. При дневном бруксизме истирание твердых тканей зубов, как правило, отсутствует. Бруксизм сна всегда сопровождается дефектами твердых тканей зубов. Бруксизм также подразделяют на наследственный (первичный), не связанный с какими-либо патологическими состояниями и вторичный, обусловленный патологическими состояниями в челюстно-лицевой области, приёмом антидепрессантов, алкоголя или рекреационных наркотиков (кокаин), а также расстройствами со стороны нервной системы. Пациенты, страдающие бруксизмом, часто жалуются на боль (различной интенсивности, продолжительности и локализации) в зубах,

жевательных мышцах, кровоточивость десен, боль в области височно-нижнечелюстных суставов, а также ограничение открывания рта. В результате огромной силы, применяемой к зубам и поддерживающим тканям во время бруксизма во сне, происходит истирание твердых тканей зубов; воспаление периодонта, рецессия десны; формирование зубочелюстных аномалий; наблюдаются дисфункции височно-нижнечелюстного сустава; тиннитус; оталгии; вертиго-вестибулярное головокружение; нарушение эстетики лица; утренние мигренеподобные боли; стресс, депрессия [4].

По степени тяжести данной патологии выделяют: Легкая степень тяжести. Предъявляемые жалобы: «ночное скрежетание», утомляемость височных мышц, повышенная чувствительность зубов на химические и температурные раздражители, щелчки в области височно-нижнечелюстного сустава. При внешнем осмотре асимметрии лица не отмечается, рот открывается в полном объеме, может наблюдаться зигзагообразное открывание рта. Жевательные мышцы при пальпации плотные, безболезненные. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледная, умеренно увлажнена, пародонтальные карманы не определяются. На ортопантограмме наблюдается равномерная горизонтальная убыль альвеолярной кости до 1/3 высоты корневой части зубов с сохранением кортикальной пластинки на всем протяжении. При средней степени тяжести больные также жалуются на стискивание зубов в дневное время, утомляемость височных и жевательных мышц во время пережевывания твердой пищи, повышенную чувствительность зубов при приеме холодной и сладкой пищи. При внешнем осмотре выявляется асимметрия лица, открывание рта зигзагообразное, может быть ограниченным, пальпация области височно-нижнечелюстного сустава безболезненная. Височные и жевательные мышцы при пальпации также безболезненные, плотные. Состояние относительного физиологического покоя отсутствует. При осмотре полости рта отмечается смещение нижней челюсти в одну из сторон. Со стороны твердых тканей зубов выявляется неравномерная патологическая стираемость легкой степени тяжести. Слизистая оболочка полости рта бледная, умеренно влажная, плотно прилежит к шейкам зубов, пародонтальные карманы не определяются. Для тяжелой степени характерны симптомы, проявляющиеся при средней степени тяжести, а также подвижность зубов. При внешнем осмотре наблюдается снижение высоты нижней трети лица, открывание рта, чаще всего, ограниченное, зигзагообразное. Состояние относительного физиологического покоя отсутствует. Жевательные, височные и латеральные крыловидные мышцы при пальпации болезненные, плотные, определяются триггерные точки. Пальпация области

височно-нижнечелюстного сустава безболезненная. При осмотре полости рта отмечается неравномерная патологическая стираемость легкой степени тяжести, деформация зубного ряда и прикуса, наблюдается рецессия десны до 1/2 высоты корневой части зуба. В области фронтальных зубов нижней челюсти отмечается гиперемия десневого края, пародонтальные карманы глубиной до 3,0 мм. На ортопантограмме видна равномерная горизонтальная убыль костной ткани альвеолярной кости более чем 1/2 высоты корневой части зубов. Терминальная стадия заболевания характеризуется дефектами зубного ряда большой протяженности или полным отсутствием зубов, значительной атрофией тканей протезного ложа, плохой фиксацией съемных пластинчатых протезов, болью под базисом протеза, частыми поломками протезов, быстрым истиранием искусственных зубов. При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижней трети лица, пальпация жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава безболезненная, мышечный тонус снижен, рот открывается в полном объеме. При осмотре полости рта: деформация зубного ряда и прикуса, в области оставшихся зубов отмечается гиперемия десневого края, пародонтальные карманы глубиной до 5,0 мм и более [5]. При диагностике и лечении данной патологии необходим индивидуальный подход к каждому пациенту, поскольку бруксизм заболевание полиэтиологическое. Тактика лечения включает устранение местных проявлений и устранение факторов риска и само лечение основного заболевания. Современное лечение бруксизма включает данный комплекс мероприятий [6].

Список литературы

1. Винокур А.В. Междисциплинарный подход в диагностике бруксизма // Университетская наука: взгляд в будущее: Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета. Курск: Курский государственный медицинский университет, 2020. С. 226-229.
2. Беззубикова М.В. Стоматологические и соматические проявления синдрома бруксизма // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2018. Т. 8, № 2. С. 48-51.
3. Агеева Ю.В., Клаучек С.В., Шарановская О.В., Шемонаев В.И. Донозологические критерии риска развития бруксизма у лиц молодого возраста // Саратовский научно-медицинский журнал. 2019. Т. 15, № 4. С. 852-857.
4. Очиргоряев С.В., Горшунов М.М. Бруксизм: этиология, клиника, лечение (литературный обзор) // Актуальные вопросы стоматологии: Сборник научных трудов, посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку М.О. Казань: Казанский государственный медицинский университет. 2018. С. 281-285.
5. Гайдарова Т.А. Лифляндер-Пачерских А.А. Клиническая характеристика тканей пародонта у больных бруксизмом // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). Иркутск: ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии». 2021. С. 319-324.
6. Федотова Ю.М., Алиев У.Т. Бруксизм: особенности клиники, диагностики и лечения // Международный студенческий научный вестник. 2016. № 6. С. 29.