

**XVIII МЕЖДУНАРОДНАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ 2026»**

Медицинские науки

**БРУКСИЗМ
В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Иванюк Е. С., Луцик М. В., Остроухова О. Н.

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»,
Воронеж, e-mail: katuivanuyk2007@gmail.com*

В настоящее время наблюдается высокая встречаемость патологических процессов в ротовой полости, причиной которых является физическая деформация тканей зуба, раздражение слизистой оболочки, либо патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) в связи с бессознательным скрежетанием и перемалыванием зубами, не связанным с жеванием или речью. В нормальном состоянии максиллярный и мандибулярные зубные ряды находятся в контакте до 30 минут в день. Однако при развитии патологии время может увеличиться до 40 минут за час. При этом происходит неконтрольный спазм жевательных мышц и смыкание зубов, что ведет к их постоянному стиранию режущими краями, как в дневное время, так и ночью. Такого рода патологические явления получили название бруксизм, исследование причин и симптомов которого, несмотря на мультифакториальную его природу, стали достаточно актуальными в современной стоматологии.

Цель работы – исследование генезиса и этиологии понятия «бруксизм» в современной стоматологии, а также причин его появления.

Материалы и методы: анализ современных литературных данных, а также проведение анкетирования по проблеме бруксизма среди студентов медицинского вуза.

Слово бруксизм имеет греческое происхождение от «bruchsēin», что в переводе означает «скрежет зубами». Генезис этого понятия положен в 1901 г. в трудах М. Karoly, который исследовал травматическую невралгию и благодаря которому в медицинский оборот было введено понятие «эффект Karolyi» – поражение пародонта при спастическом состоянии жевательных мышц [1]. В 1907 г. M. Marie и M. Piefrwich впервые применили в научной литературе понятие «бруксомания», под которым они понимали стереотипные движения нижней челюсти, сопровождающиеся трением или сжатием зубов [1]. Впервые понятие «бруксизм» было введено S. Miller в 1938 г. [3]. В последующем Е. И. Гаврилов, В. Д. Пантелеев, Л. А. Скорикова и другие российские ученые [3, 4, 6, 7] стали широко применять понятие бруксизма в научных

исследованиях и практике медицины наряду с понятием «парафункция жевательных мышц», под которыми описывали бессознательное механическое перенапряжение в зубочелюстной системе, способствующее не только неблагоприятному прогнозу лечения зубов, но и снижению качества жизни пациентов.

В современной научной литературе существует множество понятий бруксизма, разнообразие которых обусловлено тем, что данная патология рассматривается как окклюзионная дисгармония и элемент стресс-менеджмента, нарушение движения во сне, психическое или поведенческое (соматоформное) расстройство, автономная дисфункция, парафункция, а также побочный эффект медикаментозной терапии.

Семантический анализ литературы позволили выделить некоторые из определений бруксизма:

1) дневная и ночная парафункциональная жевательная активность, которая заключается в скрежетании и постукивании зубами, а также в их трении и стискивании [5, 7];

2) частое проявление генерализованного процесса, характеризующегося разнообразным нарушением и вызванного психологическим стрессом [6, 8];

3) особенность поведения, характеризующегося непроизвольной постоянной (стискивание зубов) или ритмической (скрежетание зубами) двигательной активностью жевательных мышц [9];

4) непроизвольные, неосознанные сокращения жевательной мускулатуры при отсутствии необходимости в пережевывании пищи [10].

R. Slavicek, S. Sato определяют это заболевание как своеобразную функцию борьбы со стрессом, что не требует лечения, а только устранения негативных последствий на ткани зубов [11]. В связи с этим в научных исследованиях обоснован отдельный вид бруксизма – брукс-поведение, при котором не происходит нарушений целостности тканей, что отличает его от бруксизма, связанного с парафункцией жевательного аппарата.

Следовательно, с точки зрения стоматологии, бруксизм выступает нежелательным явлением в зубочелюстной системе: при постоянном повышенном давлении на зубы наблюдается стирание эмали и истончение ткани, в связи с этим доступ микроорганизмов через сколы и микротрещины в подлежащие ткани зуба возрастает, и характерно появление кариеса. В результате повышается чувствительность зубов на хими-

ческие, физические и температурные раздражители (гиперестезия). При постоянном скрежете режущие края зубов стираются, становятся сглаженными, коронковая часть зубов деформируется. Вследствие этого может нарушиться прикус, что повлечет за собой дефекты в речи, мимике и жевании. Повышенное трение зубов негативно сказывается на ношение пломб и протезов, что заметно уменьшает срок их службы. Происходит нарушение в периодонтальной связке зуба – выраженное шатание зубов при патологии, десна уменьшается в объеме (рецессия). При этом могут возникать сильные боли за счет постоянного мышечного напряжения, гипертрофии и деформации, когда заметна асимметрия на лице и аномальные черты. В таких ситуациях пациенты жалуются на боли в области ВНЧС, которые отдают в уши и шею, возникают головкружение и головные боли, что объясняет частоту начальных проявлений бруксизма в работе оториноларингологов или неврологов.

В рамках исследования бруксизма было проведено анкетирование студентов-стоматологов 2 курса ФГБОУ ВО «Воронежский медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», которые ответили на вопросы, касающиеся их общесоматического статуса. Среди 50 респондентов на вопрос «Болели ли Вы бруксизмом» положительно ответили 11 человек (22%). При этом 81,8% (9 человек) из переболевших наблюдали соответствующие симптомы в детском возрасте (3-6 лет), остальные (8,2%) – в подростковом (после 12 лет). В настоящий момент опрашиваемые не болеют.

Отвечая на вопрос «Какие симптомы болезни наблюдались во время сна: скрип или стискивание зубами?» большинство (72,7%, или 8 человек) студентов подтвердили скрежет зубами, наряду с которым наблюдались также и другие парафункциональные привычки, такие как покусывание щек или губ. Остальные 3 человека отметили стискивание зубов, сопровождающееся небольшим увеличением слюноотделения.

Спрашивая о том, как можно описать Ваше психологическое состояние во время болезни, респондентам были предложены ответы: стабильное, тревожное, контролируемое. По результатам ответов около трети студентов (4 человека) отметили свое состояние как контролируемое. Большинство опрашиваемых (45,5%) указали на тревожное свое состояние во время болезни, связанное с определенными событиями в жизни. И только 2 человека (18,2%) охарактеризовали свое состояние как стабильное.

Отвечая на вопрос «Болели ли Ваши родители бруксизмом?» практически все студенты ответили «нет». На вопрос «Имелись ли у Вас проблемы с нарушением осанки?» многие (54,5%) указали на наличие проблем с позвоночником и нарушение осанки, лечением которого они занимались регулярно.

Вопрос «Связываете ли появление бруксизма с медикаментозным лечением?» был затруднительным, поскольку сложно выявить влияние каких-либо медицинских препаратов на состояние зубочелюстной системы без соответствующих лабораторных исследований. Однако некоторые респонденты (36,3% или 4 человека) допустили возможные последствия приема лекарств, которые могли вызвать появление признаков бруксизма.

На вопрос «Связываете ли появление бруксизма с посещением стоматолога?» положительно ответило 27,3% студентов, которые стали наблюдать признаки бруксизма после ортопедических процедур в детском возрасте.

Систематизируя причины возникновения бруксизма можно выделить следующие факторы, способствующие его развитию:

1) неврогенные – источником служат неврологические расстройства пациента, проблемы со сном, некоторые расстройства центральной и периферической нервной системы;

2) психогенные – психоэмоциональное состояние является одним из наиболее значимых факторов в развитии бруксизма, поскольку скрежет зубами часто рассматривается как подсознательный механизм физиологического реагирования на стресс или внутреннее перенапряжение;

3) некачественные зубные реставрации, выполненные в результате неправильного пломбирования, протезирования или применения других ортопедических конструкций, которые могут спровоцировать жевательную активность мышц;

4) остеопатические – нарушение осанки, врожденные нарушения или травма позвоночного столба, смещение шейных позвонков;

5) фармакологический эффект, обусловленный воздействием некоторых лекарственных препаратов или веществ на развитие бруксизма (в частности, антидепрессантов, психостимуляторов, кофеина и алкоголя, никотина и пр.);

6) генетическая предрасположенность: если у одного из родителей был бруксизм, вероятность его развития у ребенка значительно возрастает, что указывает на потенциал наследственного компонента в регуляции мышечной активности или реакций на стресс;

7) возрастные особенности, которые способствуют доминированию детского бруксизма среди всех возрастных групп пациентов – у детей бруксизм связан преимущественно с прорезыванием молочных или постоянных зубов, а также с психоэмоциональными переживаниями (стрессом, адаптацией в детском саду, школе). При этом зачастую детский бруксизм носит временный характер и проходит самостоятельно, тогда как у взрослых – более стойкий, имеет многофакторную природу происхождения и требует комплексного подхода к лечению.

Вывод. В стоматологической практике бруксизм выступает нежелательным явлением.

ем в зубочелюстной системе, при котором наблюдается стирание эмали и истончение ткани. Результаты анкетирования показали, что психоэмоциональное состояние является одним из наиболее значимых факторов в развитии бруксизма. Полиэтиологичность и мультифакториальность патогенетических взаимодействий бруксизма определяют важность исследования причин его развития и комплексного подхода к лечению.

Список литературы

1. Marie M. M., Pietkiewicz M. La bruxomania // *Rev. Stomatologia*. 1907. No. 14. P. 107-116.
2. Miller S. C. Text book of periodontia // Philadelphia. 1938. P. 91-93.
3. Гаврилов Е. И., Пантелеев В. Д. Особенности ортопедической помощи больным с парафункциями жевательных мышц // *Стоматология*. 1990. № 5. С. 80-81.
4. Скорикова Л. А. Характеристика совместной функции жевательных мышц и головного мозга у лиц с парафункциями жевательных мышц // *Новое в стоматологии*. 2000. № 7. С. 86-91.
5. Кичигина К. Е. Бруксизм – непроизвольный скрежет зубами // *Наука, образование, общество: тенденции и перспективы развития : сборник материалов VII Международной научно-практической конференции (Чебоксары, 24 сентября 2017 г.) / Редколлегия: О. Н. Широков и др.* Чебоксары: ООО «Центр научного сотрудничества «Интерактив плюс», 2017. С. 42-43.
6. Орлова О. Р., Алексеева А. Ю., Мингазова Л. Р., Конавалова З. Н. Бруксизм как неврологическая проблема (обзор литературы) // *Нервно-мышечные болезни*. 2018. № 8(1). С. 20-27.
7. Артёмов В. Г., Усманова Ш. Ш. Бруксизм – с позиции аллопатической и холистической медицины // *Мануальная терапия*. 2015. № 1. С. 69-73.
8. Гридина В. О., Каракулова Ю. В. Бруксизм как причина болевого синдрома в области лица // *Российский журнал боли*. 2019. Т. 17, № S1. С. 8-9.
9. Бредик В. С. Бруксизм в современной стоматологии // *Молодой ученый*. 2024. №41(540). С. 78-80.
10. Хайбуллина Р. Р., Герасимова Л. П., Кабирова М. Ф. и др. Современные технологии при лечении пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом и бруксизмом // *Российский журнал биомеханики*. 2016. Т. 20, № 4. С. 316-325.
11. Slavicek R., Sato S. Bruxism – a function of the masticatory organ to cope with stress // *Wien. Med. Wochenschr*. 2004. No. 154. № 23-24. P. 584-589.