

**МИРХУСАНОВА Р. С., РАМАЗОНОВА Г. Э.**

**СВЯЗЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С БРУКСИЗМОМ  
С ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Аннотация.** Для определения закономерностей формирования стоматологических и соматических проявлений бруксизма было обследовано 24 пациента с данным диагнозом, а также 38 пациентов контрольной группы без бруксизма. Проведены внешний осмотр лица, полости рта, височно-нижнечелюстного сустава, анализ наличия хронических заболеваний других органов и систем. Методом статистической обработки полученных данных изучалась взаимосвязь между показателями стоматологического статуса и сопутствующими заболеваниями у больных с бруксизмом. В результате была обнаружена связь бруксизма и заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, наличия стрессовых ситуаций и психологических расстройств, что свидетельствует о полиэтиологичности бруксизма.

**Ключевые слова:** бруксизм, окклюзия, патологическая стираемость зубов, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

**MIRKHUSANOVA R. S., RAMAZONOVA G. E.**

**THE ASSOCIATION OF DENTAL STATUS OF PATIENTS WITH BRUXISM  
AND GENERAL SOMATIC PATHOLOGY**

**Abstract.** To determine the patterns of formation of dental and somatic manifestations of bruxism, 24 patients with this diagnosis were examined, as well as 38 patients of the control group without bruxism. External examination of the face, oral cavity, temporomandibular joint, analysis of the presence of chronic diseases of other organs and systems were carried out. The method of statistical processing of the obtained data was used to study the relationship between the indicators of dental status and concomitant diseases in patients with bruxism. As a result, the association of bruxism and diseases of the gastrointestinal tract, the presence of stressful situations and psychological disorders was found, which indicates the polyethological nature of bruxism.

**Key words:** bruxism, occlusion, pathological tooth erasure, general somatic pathology, gastroesophageal reflux disease.

**Введение.** Бруксизм (феномен Каролини) проявляется чрезмерным сжатием челюстей, парафункциональной активностью, скрежетом. Мелкое трение между челюстями сопровождается скрипом, щелканьем или постукиванием зубов. Чаще это происходит во сне, в бессознательном состоянии, поэтому человек может некоторое время и не знать о наличии у него данного расстройства. Бруксизму больше подвержены взрослые, что отчасти объясняется неврологической и психологической теориями возникновения данной патологии, и с

одинаковой частотой наблюдается у обоих полов. Но одонтеризм не обходит стороной и детей, что объясняется остеопатической теорией (родовые травмы, неправильный прикус, аномалии зубочелюстной системы и т.д.) [1; 2].

Бруксизм со временем приводит к различным осложнениям, среди которых наиболее частым является дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (встречается в среднем у 75% пациентов с бруксизмом), проявляющаяся болями в области сустава, хрустом и щелчками при открывании-закрывании рта, трансверзальных и горизонтальных движениях нижней челюсти. В дальнейшем данное патологическое состояние отражается на других смежных областях и влияет на слух: пациенты отмечают появление оталгии (болей в ухе), чувство заложенности, шум и звон в ушах, снижение слуха, иногда головокружение (вертиго) [3].

По мнению исследователей [3], ночной бруксизм следует относить к нарушению сна, которое возникает в структурах центральной нервной системы и связан с периодами повышенной активности головного мозга во время сна. Дневной бруксизм возникает по принципу так называемого кленчинга, связан с целым рядом психологических нарушений: депрессия, тревожность, низкая стрессоустойчивость, повышенная возбудимость и т.д. Судорожное сокращение жевательных мышц специалисты считают естественным и защитным ответом организма на стресс или опасность, способствующим психологической разрядке.

Следует отметить, что большинством исследователей бруксизм не считается отдельным самостоятельным заболеванием, а скорее признаком других общесоматических и неврологических патологий и расстройств [4; 5].

Вышесказанное говорит об актуальности проблем своевременной точной диагностики, выявления причин возникновения бруксизма. Определение закономерностей формирования различных проявлений бруксизма в полости рта и влияние патологии на другие органы и системы также является важным.

**Цель работы:** определить закономерности формирования стоматологических и соматических проявлений бруксизма.

**Материалы и методы.** В клинике ортопедической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института было обследовано 62 пациента в возрасте от 18 до 45 лет, среди которых 24 обратились с жалобами на сжатие и трение зубов ночью, чувство усталости или боли в жевательных мышцах, а также пациенты, пришедшие на профилактический осмотр.

Диагноз «бруксизм» ставился согласно международным критериям American Academy of Sleep Medicine (2005): пациент сам сообщает о сжатии челюсти или скрежете зубами во время сна, а также присутствует один из следующих клинических признаков – дискомфорт,

усталость или боль в жевательной мышце и/или блокировка челюсти при пробуждении  
повышенная стираемость зубов, гипертрофия жевательных мышц.

При внешнем осмотре обращали внимание на симметрию и конфигурацию лица, симметрию улыбки, высоту нижней трети лица, состояние кожных покровов. Проанализирован характер движений нижней челюсти, состояние височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), степень открывания рта, тонус жевательных мышц.

При осмотре полости рта оценивали состояние твердых тканей зубов – наличие сколов и трещин зубов, фасеток стирания, количество и состояние реставраций, клиновидных дефектов; наличие рецессий десны, обращали внимание на состояние пародонта, вид прикуса. Осмотр слизистой оболочки полости рта был направлен на выявление отпечатков зубов на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов и боковых поверхностях языка.

Параллельно было проведено определение общего медицинского статуса пациентов – анализ наличия общесоматических заболеваний и неврологических расстройств. Методом статистической обработки полученных данных изучалась взаимосвязь между показателями стоматологического статуса и сопутствующими заболеваниями у больных с бруксизмом.

**Результаты и обсуждение.** Согласно международным критериям American Academy of Sleep Medicine (2005) после предварительного опроса и стоматологического осмотра 24 пациентам был поставлен диагноз бруксизм. Исходя из этого пациенты были разделены на две группы: группа с бруксизмом – 24, контрольная группа без клинических симптомов бруксизма – 38.

В группе пациентов с бруксизмом было 11 мужчин (45,8%, средний возраст  $25,3 \pm 7,5$  лет) и 13 женщин (54,2%, средний возраст  $24,7 \pm 6,2$  лет). Контрольная группа: 18 мужчин (47,4%, средний возраст  $29,1 \pm 7,5$  лет) и 20 женщин (52,6%, средний возраст  $28,3 \pm 8,1$  лет).

В процессе опроса 15 (62,5%) пациентов с бруксизмом отметили, что испытывают повышенные психоэмоциональные нагрузки (на работе, из-за проблем в семейной жизни и т.д.), часто подвержены стрессу. 9 (37,5%) пациентов не смогли указать причину; только отметили, что патология была обнаружена случайно или во время стоматологического осмотра, или исходя из наблюдений близких, которые заметили у них скрежет зубов только во время сна (ночная форма бруксизма).

При внешнем осмотре значительного уменьшения нижней трети лица у большинства пациентов не было обнаружено, что говорит о наличии у них компенсированной формы бруксизма. Хроническая форма бруксизма, которая чаще внешне проявляется уменьшением нижней трети лица наблюдалась у 5 (20,8%) пациентов более старшего возраста (начиная от 35 лет). Следует отметить, что наиболее значимая разница в пропорциях лица отмечалась у

больных с сопутствующей патологией органов желудочно-кишечного тракта (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и язвенная болезнь желудка).

У 5 (20,8%) человек группы пациентов с бруксизмом внешне отмечалось выраженное периодическое напряжение жевательных и височных мышц (проявление дневной формы бруксизма): они сжимали зубы в процессе опроса, сбора данных, концентрировании внимания.

В процессе бимануальной пальпации жевательных мышц (*m. temporalis*, *m. masseter*, *m. pterygoideus lateralis*) оценивали субъективные ощущения (дискомфорт, боль), испытываемые пациентами при давлении на соответствующие точки продолжительностью 2-3 секунд. В результате у 13 (54,2%) человек из группы пациентов с бруксизмом были обнаружены болезненные ощущения. К тому же они отметили напряженность и постоянное чувство усталости жевательных мышц, чаще проявляющиеся в дневное время.

У 8 пациентов с бруксизмом (33,3%, 5 женщин и 3 мужчин) была выявлена дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), которая характеризовалась болью в области сустава и щелчками при открывании рта, трансверзальных и горизонтальных движениях нижней челюсти. При пальпировании ВНЧС во время выполнения пациентом движений нижней челюсти в различных плоскостях у 7 (29,2%) человек явно определялись характерный хруст и щелканье. Следует отметить и проявляющееся в различной степени ограничение движений нижней челюсти и открывания рта (в среднем на 2,7 см) у пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Пациенты указали на то, что регулярно испытывают головные боли в области виска и затылка, а также боль в ухе.

Был проведен анализ наличия сопутствующих заболеваний и общесоматической патологии у пациентов группы с бруксизмом и контрольной группы (табл. 1). Исходя из полученных данных статистически значимые различия частот встречаемости сопутствующих заболеваний между исследуемыми группами были обнаружены по заболеваниям желудочно-кишечного тракта, которые в значительной степени преобладают в группе больных с бруксизмом.

Таблица 1

**Частота встречаемости общесоматической патологии**

| Заболевания по системам органов                                     | Группа пациентов с бруксизмом (n=24) | Контрольная группа (n=38) |
|---|--------------------------------------|---------------------------|
| Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, эндемический зоб) | 2 (8,3%)                             | 3 (7,9%)                  |
| Заболевания центральной нервной системы                             | 2 (8,3%)                             | -                         |

Продолжение таблицы 1

|  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| Гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца                                  | 3 (12,5%) | 4 (10,2%) |
| Заболевания дыхательной системы (бронхиальная астма, хронический бронхит, тонзиллит) | 3 (12,3%) | 4 (10,2%) |
| Заболевания желудочно-кишечного тракта (ГЭРБ, ЯБ желудка, двенадцатиперстной кишки)  | 9 (37,5%) | 2 (5,3%)  |
| Инфекции мочеполовой системы   | 1 (4,2%)  | -         |
| Ревматические заболевания  | 2 (8,3%)  | 3 (7,9%)  |
| Аллергии   | 5 (20,8%) | 7 (18,4%) |
| Психологические расстройства   | 2 (8,3%)  | 2 (5,3%)  |
| Другие заболевания   | 5 (20,8%) | 8 (21,1%) |

При осмотре полости рта учитывалось состояние твердых тканей зубов – наличие сколов и трещин, фасеток стирания, реставраций, клиновидных дефектов; рецессии десны (табл. 2). Значительная разница показателей наблюдается в частоте встречаемости стираемости зубов. Наличие клинических симптомов бруксизма в контрольной группе свидетельствует о возможном наличии бруксизма в прошлом.

Таблица 2

#### Частота встречаемости клинических симптомов бруксизма

| Признак                      | Группа пациентов с бруксизмом<br>(n*=724) | Контрольная группа<br>(n*=992) |
|------------------------------|---|--------------------------------|
| Стираемость                  | 211 (29,14%)                              | 28 (2,82%)                     |
| Клиновидный дефект           | 15 (2,07%)                                | 11 (1,12%)                     |
| Рецессия десны               | 25 (3,45%)                                | 28 (2,82%)                     |
| Скол (в т.ч. сколы керамики) | 30 (4,14%)                                | 30 (3,02%)                     |

Примечание: \*общее количество зубов пациентов группы.

В группе бруксизма были выявлены фасетки стирания на опорных буграх жевательных зубов в пределах эмали у 20 (83,3%) человек, на нижних резцах в пределах эмали и дентина – у 14 (58,3%), на верхних резцах – у 9 (37,5%), на клыках – у 19 (79,2%). При анализе характера смыкания зубов, был определен плоскостной контакт, в то время как у представителей контрольной группы отмечался точечный контакт зубов. Вышесказанное указывает на то, что стираемость является наиболее частым и ярким признаком бруксизма.

Небольшая стираемость зубов в контрольной группе обнаружена в основном в пределах эмали на жевательных зубах и резцах.

У 15 (62,5%) пациентов группы с бруксизмом были обнаружены симптомы заболеваний пародонта (кровоточивость десен, наличие подвижности зубов, гиперемия и рецессия десны и др.), которые обусловлены атипично большой окклюзионной нагрузкой, а в контрольной группе подобная симптоматика наблюдалась у 9 (23,7%). Частота встречаемости реставраций зубов в группе пациентов с бруксизмом составила 61,8%, в контрольной группе – 21,2%.

**Заключение.** Анализ результатов исследования показал, что процесс диагностики бруксизма является сложным и требует комплексного подхода и включает в себя целый ряд клинических и инструментальных методов. Обнаружена связь бруксизма и заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, наличия стрессовых ситуаций, повышенной психоэмоциональной нагрузки и психических расстройств (депрессивные состояния и др.), что говорит о том, что бруксизм является полиэтиологической патологией. Из этого следует, что выявление возможных причин бруксизма является важным при выборе метода лечения и лекарственных препаратов и во многом определяет эффективность проводимой терапии. Обследование полости рта еще раз подтвердил, что наиболее ярким признаком бруксизма является стираемость зубов и их плоскостной контакт; заболевания пародонта чаще встречаются у пациентов с бруксизмом, что обусловлено атипично большой окклюзионной нагрузкой.

Комплексное обследование пациентов с применением различных клинических и инструментальных методов, стресс-менеджмент дают наиболее точную картину об этиологии бруксизма и способствует разработке оптимального алгоритма лечебных мероприятий и в дальнейшем позволит избежать тяжелых осложнений.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мусаев У.Ю., Ризаев Ж.А., Шомуродов К.Э. Новые взгляды на проблему стигм дизэмбриогенеза зубочелюстной и лицевой системы с позиции их формирования в инвалидизации населения // Среднеазиатский научно-практический журнал «Stomatologiya». – 2017. – № 3 (68). – С. 9-12.
2. Шомуродов К.Э. Актуальные этические принципы и клинический подход в детской стоматологии // Гуманитарный трактат. – 2018. – № 24. – С. 69-72.
3. Чернышов И.И. Бруксизм, общие характеристики и методы диагностики // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2018. – Т. 8, № 4. – С. 153-155.

4. Наумович С.С., Корхова Н.В., Федосенко А.Л. Бруксизм: современные аспекты диагностики и планирования лечения с использованием системы Brux Checker // Современная стоматология. – 2016. – № 3. – С. 38-42.
5. Салеева Г.Т., Сагитов И.И., Салеева Л.Р., Валиева Д.Б. Предварительные клинико-лабораторные этапы комплексного лечения пациентов с бруксизмом // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – № 2. – С. 52-56.