

**БРУКСИЗМ, КАК ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ**

Прудников А.К., Бароян М.А., Шулепов И.В.

*Курский государственный медицинский университет,  
Курск, Россия, andreypudnikov1993777@gmail.com*

В зарубежной и отечественной литературе большое количество работ посвящено этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и лечению бруксизма. Это вызвано значительной распространенностью заболевания среди населения. По данным исследователей, бруксизмом страдает примерно до 10-15 % взрослых людей и около 50% детей. Однако количество больных может быть и значительно выше, ведь далеко не каждый человек (особенно если он ведет замкнутый образ жизни) знает, что он страдает этим недугом.

Бруксизм – пароксизмальный скрежет зубами, возникающий вследствие спазма жевательных мышц, стискивания челюстей и их интенсивного движения относительно друг друга. Данное заболевание может возникнуть у любого человека и в любом возрасте. Ведущим звеном патогенеза бруксизма является поражение нервно-мышечного сигнала. При этом до сих пор не выяснены с определенной точностью механизмы возникновения бруксизма, что значительно затрудняет профилактику данного заболевания и делает его еще более неприятным.

В основе развития бруксизма может лежать комплекс различных причин и их сочетание, и именно поэтому данное патологическое состояние изучается не только в рамках стоматологии, но также психологии, неврологии, отоларингологии, гастроэнтерологии.

Согласно психологической теории, бруксизм является отражением эмоционального неблагополучия, стрессов, перегрузок, частых аффективных состояний, перенапряжения, вызывающих непроизвольные мышечные сокращения и скрежет зубами. Тем не менее, кратковременные эпизоды бруксизма во сне могут возникать и у людей, имеющих положительный эмоциональный настрой.

Неврогенная теория бруксизма рассматривает проблему с точки зрения нарушения деятельности центральной и периферической систем, приводящих к неврологическим и двигательным расстройствам. Замечено, что бруксизм нередко сочетается с нарушениями сна (сомнамбулизмом, храпом, ночными кошмарами, апноэ во сне), тремором, энурезом, эпилепсией. Кроме этого, такие состояния, как тризм и бруксизм могут развиваться вследствие тонического напряжения жевательной мускулатуры при поражении двигательных нейронов тройничного нерва.

Стоматологическая теория основывается на том, что возникновению бруксизма способствуют различные отклонения в строении и функционировании зубочелюстной системы: неправильный прикус, аномалии зубов (адентия, сверхкомплектные зубы), плохо подобранные зубные протезы или брекет-системы, некачественное лечение зубов, артроз и артрит ВНЧС и др. Но вместе с тем, не у всех людей с окклюзионными нарушениями развивается бруксизм

С точки зрения остеопатической теории, бруксизм интерпретируется как попытка нейромышечной системы устранить блокировку черепных швов и восстановить нарушенный краниосакральный ритм. 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.

Прочие теории бруксизма, не находящие широкого признания и достоверных научных подтверждений, связывают скрежет зубами с нарушением носового дыхания (аденоидами, искривлением носовой перегородки, частыми ринитами), гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, гельминтозами (аскаридозом, энтеробиозом и др.), неправильным питанием, злоупотреблением жевательной резинкой и пр.

Заподозрить данное заболевание можно по наличию участков патологической стираемости зубов, гиперестезии зубов, клиновидных дефектов, трещин и сколов эмали, а также переломов коронок зубов. Следствием травмирования околозубных тканей при бруксизме служит воспаление в периодонтальных тканях (периодонтит), расшатывание и выпадение зубов, а постоянная травматизация слизистой полости рта у некоторых больных может привести к возникновению гингивита, плоского красного лишая, фибром полости рта, фестончатого (зубчатого) языка, ссадин под съемными протезами. Чрезмерная неконтролируемая нагрузка на зубы провоцирует частые сколы реставраций и пломб, сколы керамики на искусственных коронках, поломки зубных протезов.

Именно поэтому возрастает роль врача-стоматолога в диагностике данного заболевания. Многократное посещение стоматолога практически каждым индивидуумом на протяжении всей его жизни создает благоприятные условия для проведения профилактических осмотров, индивидуальной санитарно-просветительной и лечебно-профилактической работы.

При длительном течении заболевания отдаленными последствиями бруксизма и бруксизмомании может служить мышечно-суставная дисфункция ВНЧС: гипертрофия жевательных мышц, ограничение движения челюстей, боли в височно-нижнечелюстных суставах, плечевых суставах, шее.

Другими дополнительными признаками в диагностике бруксизма являются: частое прикусывание щек, языка и губ; непроизвольное сжатие зубами пальцев врача, уложенных на нижние моляры во время получения оттисков, фиксации конструкций на цемент (смыкание зубов начинается уже через минуту, а иногда и раньше); составление площадок стираемости в положении, являющемся, по мнению пациента, для него нетипичным и неудобным; ночная сухость во рту.

Таким образом, именно раннее выявление бруксизма является основой профилактики развития более серьезных последствий данного заболевания, и основная ответственность лежит на стоматологах, работающих в частных кабинетах, коммерческих клиниках и бюджетных поликлиниках.

**Список литературы**

1. Гайдарова Т.А. Механизм формирования и патогенетические принципы лечения бруксизма. Диссертация на соискание доктора мед. наук. Иркутск, 2003.
2. Кубрушко Т.В., Коробкин В.А., Милова Е.В., Лунев М.А., Хайн С.С. Синдромно-сходные заболевания органов полости рта и челюстно-лицевой области // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 6. С. 94-95.
3. Фелькер Е.В., Винокур А.В., Мисник Ю.В. Распространенность бруксизма среди населения Курской области // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 5-1. С. 41-42.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ ПРИКУСА**

Пучинина А.О., Хамитова А.Г.

*Курский государственный медицинский университет,  
Курск, Россия, puchininaa@mail.ru*

Эффективность ортопедического лечения зависит не только от технологии изготовления съемных и несъемных протезов, но и от качества определения индивидуальных характеристик функционирования

челюстно-лицевых органов в комплексе с ортопедическими конструкциями.

Цель исследования: провести сравнительную оценку эффективности различных методов определения высоты прикуса для определения центрального соотношения челюстей.

Материал и методы исследования. Для сравнительной оценки методов определения высоты прикуса были использованы антропометрический метод по Уодсворту-Уайту, анатомио-физиологический метод.

Исследование проводилось на 60 студентах 1 курса стоматологического факультета. В ходе исследования при применении антропометрического метода по Уодсворту-Уайту только у 8-ми студентов выявлен правильный результат. У 52 студентов выявлены завышения размеров нижнего отдела лица до 10мм. При использовании анатомио-физиологического метода, только у 1-го студента выявили незначительное расхождение результатов, а у 59-ти студентов высота относительного покоя была в пределах нормы.

Результаты и обсуждения: антропометрический метод определения высоты прикуса, приемлем для классического профиля лица и позволяют получить правильный ответ лишь в 13,3% случаев. Поэтому этот метод может быть рекомендован в сочетании с анатомио-физиологическим методом, обеспечивающим относительное постоянство сходных для измерений точек на лице человека. Лучшие результаты при установлении высоты прикуса получают анатомио-физиологическим методом, основанным на положении нижней челюсти в состоянии функционального покоя и центральной окклюзии.

#### СОВРЕМЕННЫЕ «ГИБКИЕ ПРОТЕЗЫ» В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Сазонова М.В., Сопова Е.А.

*Курский государственный медицинский университет,  
Курск, Россия, tuu.tikki.ms@gmail.com*

Актуальность: в настоящее время существует различное множество видов базисных пластмасс, одним из которых является вид безмономерной биосовместимой термопластмассы. Протезы, изготовленные из данного материала (их также называют «термопластами») считаются менее аллергенными, эстетичными, легкими и удобными. Применение термопластичных базисных материалов позволяет амортизировать пики жевательного давления, способствует замедлению процессов резорбции и атрофии альвеолярного гребня челюстей, сокращает сроки адаптации к протезам, делая его более благоприятным для пациента.

Термопласты по химической структуре лишены тех отрицательных свойств, которые присущи реактопластам, и в частности акриловым пластмассам, а по прочностным показателям во много раз превышают их. При изготовлении термопластов не используется токсичный мономер.

Цель настоящей работы - изучить физико-механические и эксплуатационные свойства стоматологической термопластичной базисной пластмассы.

Некоторые особенности при изготовлении термопластичного съемного протеза.

Гипсуем модель в кювету (обратным способом). Выплаваем воск. (Материалы: супергипс III класса).

При гипсовке тщательно закручиваем кювету винтами. Перед выплавлением воска фрезой в гипсе делаем литники. После выплавления воска водой, обрабатываем модели паром, а затем воздухом продуваем каждый зуб, осторожно придерживая его шпательем. Изолирующий лак использовать обязательно. После проведенных действий модели должны быть хорошо просушены.

На аппарате для литьевого прессования (ROKOMYLTIPRESS), выставляем определенную температуру и время нагрева, нажимаем кнопку «старт». Отмеряем нужное количество материала и подготавливаем гильзу. (Для частичного протеза необходимо использовать примерно 18 гр материала, для полного-20 гр). После того, как на гильзу надели колпачок, делаем надрезы по краям и плотно их зажимаем краптонными шипцами.

Особенности термопластичных протезов:

1. Протезы очень эстетичны, так как изготовлены из полупрозрачного материала естественного цвета десны, а для их фиксации используются денто-альвеолярные кламмеры, почти незаметные в полости рта.

2. Протезы обладают великолепной точностью и однородностью, эластичны и отличаются повышенной прочностью, очень лёгкие и почти не травмируют десну.

3. Изготовление протезов происходит методом горячего впрыска, поэтому они имеют точную посадку и стабильную фиксацию

4. Протезы полностью лишены остаточного мономера, следовательно не вызывают аллергических реакций

5. Термопласты содержат устойчивый краситель, который придаёт протезам прекрасный эстетичный вид

6. Материал абсолютно негигроскопичен (не впитывает в себя влагу с флорой полости рта)

7. При использовании протезов из термопластов невозможно расшатывание опорных зубов.

Выводы: Несмотря на новизну, термопластичные протезы находят широкий спектр применения, они зарекомендовали себя как съемные протезы с большим количеством положительных характеристик в сравнении с акриловыми пластиночными протезами.

#### Список литературы

1. Варес Э.Я. Зубные протезы из полипропилена и полиэтилена. Львов, 1999. 102 с.
2. Дойников А.И., Синицын В.Д. Зуботехническое материаловедение. М.: Медицина, 1986. 94 с.
3. Полимеры в медицине. Пер.с англ. под ред. д-ра хим. Н.Н.А. Плате. М., 1999. 198 с.
4. www.stoma-pskov.ru
5. www.zubtech.ru

#### РОЛЬ ОККЛЮЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ БРУКСИЗМА

Сало С.С., Кубрушко Т.В.

*Курский государственный медицинский университет,  
Курск, Россия, leyshka@bk.ru*

Парафункции жевательных мышц занимают особое место среди стоматологических заболеваний ввиду чрезвычайно разнообразной и сложной клинической картины, трудности диагностики и лечения. Значительную роль в возникновении бруксизма отводят нарушениям окклюзии (преждевременные и препятствующие скользящей окклюзии контакты зубов), частичной потере зубов с блокадой движений нижней челюсти, ошибкам при реставрации протезировании. Устранение окклюзионных препятствий приводит к снижению мышечного тонуса и ликвидации дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Цель исследования: изучение роли окклюзионных нарушений в развитии бруксизма.

В ходе работы разработаны анкеты, в которых отмечены типичные особенности пациентов: профессиональные вредности, вредные привычки, особенности личной жизни, стрессовые факторы, заболевания внутренних органов и систем и др. Лечение больных с бруксизмом проводилось комплексно: применялись встречные назубные каппы, медикаментозные