Содержание

Введение

Бруксизм, определение, этиология, классификация

Патогенез

Клиника

Диагностика

Лечение

Профилактика

Список литературы

Введение

Бруксизм является частным проявлением генерализованного процесса, характеризующегося разнообразными соматическими нарушениями и вызванного психологическим стрессом. Первым свидетелем такого процесса стали стоматологи. На локальном уровне бруксизм приводит к нарушению естественного соотношения зубов. Что в значительной степени затрудняет их восстановление или создание протезов с опорой на импланты. Нередко именно бруксизм приводит к неудаче лечения.

Таким образом, при наличии бруксизма стоматологическое лечение следует проводить с учетом причин, приведших к развитию данной патологии. На основании имеющихся знаний и клинического опыта и предлагаются различные решения решения, которые позволяют ограничить вредные последствия стискивания зубов.

При лечении пациентов с парафункциями жевательных мышц стоматолог в первую очередь определить прогноз зубов и предпологаемых реставраций, а затем провести оптимальное лечение с учетом имеющегося риска.

Еще Гиппократ утверждал что истираемость зубов указывает на смятение души. Этот афоризм отражает глубину проблемы, которая выходит далеко за пределы стоматологии. В начале 20 века Karoly, Marie и Pietkiewicz отметили одновременное наличие скрежетания зубами и поражений ЦНС и предложили термин “Бруксомания”.

Распространенность бруксизма среди взрослых составляет около 20%. Кроме того часто подобное состояние наблюдается у детей. По некоторым данным детский бруксизм сохраняется до зрелого возраста. Однако в большинстве случаев отмечается снижение проявлений бруксизма по мере взросления.

Бруксизм, определение, этиология, классификация

Бруксизму были даны множество определений:

По определению Национального Колледжа Окклюзодентологии - это особенность поведения характеризующаяся непостоянной (стискивание зубов), или ритмичной(скрежетание, постукивание) непроизвольной двигательной работой жевательных мышц.

По определению Розенцвейга, бруксизм - это непроизвольное, неосознанное сокращение жевательной мускулатуры при отсутствии необходимости пережевывания пищи.

Американская академия психиатрии рассматривает бруксизм с точки зрения поведенческих реакций, т.е. Бруксизм - это нарушение поведения.

Американская академия челюстно-лицевой боли считает что бруксизм это черепно-нижнечелюстная дисфункция.

Американская академия сна относит бруксизм к парасомнии, со стереотипными повторяющимися движениями нижней челюсти с сохранением окклюзионных контактов.

Жан Франсуа Лалюк дал следующее определение бруксизму-это дневная и ночная парафункциональная активность жевательных мышц, которая заключается в постоянном стискивании зубов, скрежетании, трении и постукивании.

Парафункцией называется повышенная нецелесообразная активность, напряжение или даже спазм жевательных и мимических мышц, а также мышц языка.(По Е. И. Гаврилову и В. Д. Пантелееву)

Т.А. Гайдарова Бруксизм - это неосознанное, не связанное с жеванием и речью, сокращение жевательных мышц, как днем, так и вечером.

Как видно из выше написанного бруксизму дали множество определений и это далеко не полный их список, но судя по этим данным можно чётко выделить следующее: Бруксизм - это парафункция мышц и не только жевательных, так же мышц мимических и языка.

Этиология

Долгое время считалось что заболевание вызывают различные окклюзионные факторы (окклюзионные препятствия), но в эксперименте с созданием исскуственных окклюзионных препятствий было доказано, что нарушение окклюзии в этиологии бруксизма не играет ключевую роль, а является следствием этого заболевания, более того коррекция окклюзионных взаимоотношений не излечит от данного заболевания.

Впоследствии распространилось мнение о большом значение типа личности и степени психологического стресса для развития бруксизма.

В настоящее время ведущая роль отводится: психосоциальным и психопатологическим факторам, а нарушение окклюзии и аномалии развития относят к второстепенным или периферическим факторам.

Психосоциальные факторы: давно известно, что при постоянном действии на организм стрессовых факторов может развиваться та или иная соматическая патология, так и в исследованиях пациентов с бруксизмом было отмечено увеличение мышечной активности при влиянии стрессового агента на организм.

Психопатологические факторы:

Допаминовая теория.

Наследственность.

Психические заболевания.

Хронические заболевания.

Вредные привычки.

Доказано, что состояние тревоги (стресса) психопатологические факторы играют ведущую роль в этиологии бруксизма, который часто представляет собой ответную реакцию организма на психологическую нагрузку.

Классификация

С учетом ведущего симптома, динамики и тяжести заболевания Е.И. Гаврилов и В.Д. Пантелеев (1987) выделили следующие клинические формы парафункций жевательных мышц:

. Сжатие зубов, характеризуемое нарушением состояния относительного покоя нижней челюсти вследствие тонического сокращения поднимающих ее мышц. Бессознательное сжатие зубов происходит при их смыкании в центральной окклюзии или попеременно то справа, то слева на боковых зубах. Сила сжатия зубов зависит от величины психической нагрузки или стрессовой ситуации и других внешних раздражителей. Часто сокращение собственно жевательных мышц сопровождается образованием в них уплотнений («желваков»).

. Безпищевое жевание характеризуется размалывающими боковыми движениями нижней челюсти с очень малой амплитудой. Зубы при этом, как правило, сомкнуты. Обычно эта привычка свойственна людям пожилого возраста и может быть связана с неудовлетворительной фиксацией съемных зубных протезов. Путем сжатия зубных рядов они стараются фиксировать съемный протез к тканям протезного ложа. Вначале безпищевое жевание обнаруживается только по вечерам во время отдыха, а затем вредная привычка прогрессирует и наблюдается и в дневное время.

. Скрежетание зубами характеризуется боковыми движениями нижней челюсти при сжатых зубных рядах, что сопровождается типичным звуком. Чаще скрежетание зубов возникает ночью, поэтому об этой вредной привычке обычно узнают от окружающих, но иногда замечают ее и сами, неожиданно просыпаясь. У всех пациентов с бруксизмом (скрежетание зубов) отмечается нарушение ночного сна: неспокойный, недостаточно продолжительный. Именно этот вид парафункций у военнослужащих летного состава наиболее распространен.

Результаты обследований больных бруксизмом и клинические наблюдения позволили Л.М. Демнеру и АП. Залигяну (1986) выделить следующие формы бруксизма:

) начальная, или компенсированная, форма, для которой характерны функциональные нарушения в виде скрежета зубами или сжатия без морфологических изменений и осложнений. Как правило, больные жалоб не предъявляют;.

) острая форма, при которой отмечается внезапное сжатие зубов, сопровождающееся болью. Такие пациенты обращаются к врачу, связывая начало заболевания с определенными причинами;.

) хроническая форма, которая характеризуется длительным течением, повышенной нервной возбудимостью и осложнениями (заболевания пародонта, патологическая стертость зубов, снижение межокклюзионной высоты, поражения ВНЧС и др.), что заставляет больных обращаться к врачу.

Чаще отмечается сочетание указанных клинических форм парафункций жевательных мышц с преобладанием какой-либо одной из них. При этом они могут сочетаться с постукиванием зубами [Е.И. Гаврилов, В.Д.Пантелеев, 1987].

Н.Ю. Сеферян (1998) разработана и предложена расширенная клиническая классификация заболеваний при нарушении нейромышечного комплекса зубочелюстно-лицевой области.

В предлагаемой этим автором рабочей классификации парафункции подразделяются на шесть групп:

) Парафункция жевательных мышц, поднимающих нижнюю челюсть (т. masseter, т. temporalis, т. pterygoideus medialis):

Бруксизм (ночной, дневной, сочетанный).

Гипертрофия мышц (односторонняя, двусторонняя).

Гипертонус латеральной крыловидной мышцы (односторонний, двусторонний).

Утомляемость мышц.

) Парафункция жевательных мышц, опускающих нижнюю челюсть (т. digastricus, т. geniohyoideus, mylohyoideus).

- Гиперкинез этих мышц.

Атония указанных мышц.

) Парафункция жевательных мышц в сочетании с дисфункциональным состоянием височно-нижнечелюстных суставов.

Парафункция жевательных мышц в сочетании с нейромускулярным дисфункциональным синдромом ВНЧС.

Парафункция жевательных мышц в сочетании с привычными вывихами и подвывихами нижней челюсти.

Парафункция жевательных мышц в сочетании с вывихами внутрисуставного мениска ВНЧС.

) Парафункция мимических мышц.

Беспорядочные хаотические движения губ и щек.

Мнимое жевание.

Резкое периодическое сжатие губ и щек.

) Парафункция мышц языка.

Беспорядочные движения языка.

Периодический упор кончиком языка в щеку.

Сосание языка.

) Сочетание парафункций жевательных, мимических и мышц языка.

За рубежом используют следующие классификации парафункций:

) Парафункции, связанные с действием жевательных мышц.

) Парафункции, вызываемые действием губ, языка, щек.

) Гипофункциональные парафункции (Бренстедт, 1962), либо а) статические; б) динамические (Ахт, 1962)

Классификация Kato, он делит бруксизм на две большие группы:

Идиопатический(первичный) - это дневной и ночной бруксизм проявлющийся без наличия соматической патологии.

Ятрогенный(вторичный) - это психологическая аномалия вызванная нарушением сна либо приемом лекарственных препаратов.

Так же бруксизм делится по времени проявления:

Ночной (наблюдается у детей и у взрослых).

Дневной (у взрослых людей в моменты эмоционального напряжения).

Смешанный (у взрослых людей).

Патогенез

На данный момент существуют три основные теории патогенеза бруксизма.

Допаминовая теория исчезновение и персистирование бруксизма объясняются действием нейромедиаторов в частности допамина и серотонина:

Допамин и серотонин являются нейротрансмиттерами (обеспечивают связь между нейронами)

Допамин участвует в передаче эмоций радости и удовольствия, а так же обеспечивает движение (дефицит допамина встречается при паркинсонизме и шизофрении). бруксизм парафункция жевательный

Серотонин участвует в регулировании сна, аппетита и проявлении юмора(дефицит при голоде и депрессии).

Введение допаминовых стимуляторов, например амфетамина усиливает выраженность бруксизма.

Однако в наше время к этой теории относятся скептически ведь длительное применение селективных ингибиторов захвата серотонина (антидепрессантов) например «Прозак» в конечном итоге усиливает проявления бруксизма.

Теория стрессового раздражителя (Т.А. Гайдарова)

Механизм следующий:

При действии стрессового агента Гипофиз увеличивает секрецию АКТГ (адренокортикотропного гормона), стимулирующего кору надпочечников, в результате чего в кровь поступает Кортизол.

Кортизол оказывает множество эффектов, являясь главным глюкокортикоидом в организме человека.

а) запускает печеночный глюконеогенез

б) противодействует периферическому влиянию инсулина на глюкозу

в) вне печени он тормозит поглощение аминокислот (белка), уменьшает усвоение Ca и увеличивает его выведение почками, что вызывает явления остеопороза.

г) на кожу мышцы и кости соответственно оказывает катаболическое действие и вот что интересно: если Кортизол выбрасывается резко-то он оказывает лишь разрушающее действие на мышцы, то хронически высокое содержание этого гормона в крови приводит к постоянному стрессу, усилению раздражительности, а также изменениям, связанным с ухудшением обмена веществ.

Ещё один факт, говорящий в пользу этой теории заключается в том, что если вспомнить патофизиологию, то патологическое сокращение мышцы происходит при изменении Ca,Na,K. Соотношения, а при выбросе кортизола происходит значительное снижение иона Ca.

Теория окклюзионной дисгармонии:

На сегодняшний момент не является востребованной.

Клиника

В зависимости от группы зубов, на которые приходится наибольшая нагрузка при их сжатии и скрежетании, определяется их патологическая стираемость, которая может быть как локализованной, так и генерализованной и чаще носит компенсированный характер, хотя может сопровождаться гиперестезией твердых тканей зубов. При отсутствии у пациентов физиологической стираемости твердых тканей зубов парафункции жевательных мышц приводят к возникновению травматической артикуляции и развитию пародонтитов. Причем при ночных парафункциях наибольшая степень патологической подвижности зубов наблюдается по утрам.

Парафункции сопровождаются болями или чувством постоянной напряженности в жевательных мышцах, ВНЧС. При пальпации жевательных мышц могут определиться болевые точки, причем чаще с одной стороны. Они могут локализоваться в собственно жевательных мышцах, в латеральных крыловидных мышцах (за бугром верхней челюсти), реже в височных или медиальных крыловидных мышцах. У большинства пациентов диагностируются гипертрофия собственно жевательных мышц, дисфункция ВНЧС, реже - лицевые боли.

Парафункции жевательных мышц проявляются в виде непроизвольных и слабоконтролируемых пациентами сокращений мимической мускулатуры, прикусываний губ, щек, языка. Они чаще обусловлены нервно-эмоциональным напряжением и чрезмерными физическими нагрузками, реже - наследственным предрасположением либо неправильной речевой артикуляцией и другими причинами. В их основе обычно лежат психогенные причины.

Диагностика

Диагноз бруксизма устанавливают, главным образом, по результатам осмотра и клинического исследования.

Следует обратить внимание на следующие апекты:

Поведение пациента.

Степень истираемости зубов и степень деструкции, трещины и переломы зубов.

Гипетрофия мышц поднимающих нижнюю челюсть.

Экзостозы.

Истираемость − наиболее важный диагностический признак, при смыкании зубов в максимальном межбугорковом положении окклюзионные контакты располагаются на фасетках стирания. В случае прогрессирующей истираемости увеличивается протяженность поверхности контакта и фасеток (Эксцентрические контакты).

Окклюзионные препятствия в сочетании с фазами психологического напряжения, могу способствовать возникновению патологической истираемости. И тогда только систематизированный опрос пациента, направленный на выявление психологических стрессовых факторов позволяет провести дифференциальную диагностику между патологической и физиологической стираемостью.

Степени Истираемости:

) Степень: ограничена эмалью, поражено не более 3-х пар антагонирующих зубов.

) Степень: точечная истираемость эмали и дентина, поражено не более шести пар антагонируюших зубов.

) Степень: полная истираемость эмали и дентина поражено более 6-ти пар антагонирующих зубов.

) Степень: истираемость распространяется за пределы коронки.

Различают следующие формы истираемости:

Абразия.

Эрозия.

Истирание.

Клинические, томографические и рентгенокинематографические исследования больных позволяют: выявить влияние парафункции на изменение соотношения элементов ВНЧС (сужение в дистальном отделе суставной щели, атипизм положения мыщелковых отростков при односторонней патологии ВНЧС, блокирование в суставах при вывихе мениска, чрезмерные экскурсии мыщелковых отростков при привычных подвывихах и вывихах нижней челюсти) и нормализацию соотношения элементов и функции ВНЧС после комплексного лечения [Н.Ю.Сеферян, 1998].

Электромиографическое обследование выявляет повышенную биоэлектрическую активность жевательных мышц в положении покоя, что свидетельствует о постоянном их напряжении [А.В.Цимбалистов и соавт., 1994; А.К. Иорданишвили, 1998].

Составление и анализ семейной родословной не менее трех поколений (проведение генетического обследования) позволяет определить наследственный или ненаследственный характер заболевания, принадлежность патологического гена и частоту распространения этого гена в популяции. Автором на основании проведенных исследований были сделаны следующие выводы:

заболевание (бруксизм) имеет аутосомно-доминантный тип наследования;

болезнь встречается в каждом поколении, т.е. передается по вертикали;

соотношение больных мальчиков и девочек 3:1;

больные мужчины передают болезнь в 100% случаев мальчикам, а девочкам - если они внешне похожи на отца, больные женщины передают болезнь только мальчикам.

При патологической стираемости зубов такого наследования заболевания не наблюдается.

Величина выборки не менее трех поколений необходима для точности диагностирования заболевания, а также диагностики в доклинической фазе заболевания, при стертых формах заболевания.

Способ диагностики бруксизма путем проведения клинического обследования, отличающийся тем, что дополнительно в сыворотке крови определяют содержание аминокислот и при повышении отношения аминокислот, участвующих в синтезе возбуждающих нейромедиаторов, к тормозящим в 2,0-2,5 раза диагностируют бруксизм.



Анализ крови на гормоны − в частности на гормоны щитовидной железы и кортизол.

Назначение к другим специалистам: с целью выявления общесоматической патологии и хронических заболеваний.

Лечение

Для назначения оптимального плана лечения следует проводить систематизированное определение следующих признаков и симптомов:

Скрежетание, постукивание, стискивание зубов часто ли оно отмечается пациентом или родственниками.

Наличие признаков истирания.

Трещины, переломы коронок зубов.

Переломы реставраций

Повышенная чувствительность зубов

Напряжение или (и) усталость жевательной мускулатуры(особенно по утрам) с миалгией по ходу тройничного нерва (чаще всего) и без неё.

Гипертрофия мышц поднимающих нижнюю челюсть

Мышечный тип лица и (или) гиперстеническое строение тела.

Головная боль, хроническая боль в ВНЧС, и челюстно-лицевой области, прикусывание щек, губ и языка, онихофагия - привычка кусать ногти, губу и другие парафункциональные привычки.

Наличие данных признаков всегда должно настораживать стоматологов.

Итак для планирования лечения нужно ответить на следующие вопросы:

Проявляется заболевание в дневное время, ночное или сочетано.

Является бруксизм постоянным или преходящим.

Осознает ли пациент наличие у него данного заболевания.

В связи с ведущей ролью ЦНС в этиологии бруксизма, следует ещё раз подчеркнуть, что стоматологическая помощь позволяет только исправить или ограничить его влияние на зубы и жевательный аппарат, т.е. улучшить внешний вид и устранить функциональные ограничения, вызванные деструкцией (истиранием) зубов.

При восстановлении зубов необходимо помнить о невозможности устранения причины развития бруксизма с помощью стоматологического лечения, а значит, планирование последнего должно проводится с учётом этого обстоятельства.

Пациента необходимо проинформировать о имеющемся у него заболевании. Этот этап имеет крайне важное значение. Пациенту могут быть даны рекомендации для профилактики возникновения или ограничения интенсивности парафункциональной активности. Работа за компьютером, вождение автомобиля или напряжённая учёба являются примерами распространённых ситуаций, во время которых часто возникает дневной бруксизм, зачастую остающийся незамтным для пациента. Только при сознательном анализе пациентом своего поведения можно приступать к восстановительному стоматологическому лечению, поскольку только при этом условии оно может быть наиболее эффективным. Часто при лечении пациентов с бруксизмом требуется помощь специалистов в других медицинских областях.

Лечение можно разделить на четыре этапа:

Коррекция поведения с учётом психоэмоционального статуса отдельного случая.

Фармакологическая терапия. Назначение соответствующих лекарственных средств.

Стоматологическое лечение (обратимое и малоинвазивное).

Стоматологическое лечение (необратимое при необходимости оптимизации окклюзии).

При лечении парафункций мышц основное внимание должно быть направлено на устранение нецелесообразных нейромышечных привычек жевательного аппарата.

Вначале необходимо нормализовать окклюзионные взаимоотношения между зубными дугами, устранить преждевременные контакты зубов (супраконтакты) и произвести выравнивание окклюзионной кривой путем избирательного пришлифовывания естественных зубов [Е.Н. Жулев, 1971,1976]. Это также благоприятно влияет на состояние пародонта и устраняет возможную его перегрузку, особенно при бруксизме.

Затем необходимо провести релаксацию жевательных мышц для погашения закрепившихся патологических рефлексов. В основе этого лежит использование специальных ортопедических аппаратов - капп [Н.В. Калинина, 1975]. Конструирование каппы выполняют исходя из основного принципа лечения - повышение высоты прикуса на 3 мм выше уровня функционального покоя с последующим снижением высоты прикуса до необходимой, то есть той высоты прикуса, которая была у пациента до лечения (если не имел место сниженный прикус). Именно завышение прикуса вызывает релаксацию мышц. Предел повышения прикуса можно контролировать тем, что больной может, хотя и с трудом, проглотить слюну.

Съемные назубные каппы изготавливают из пластмассы «Синма» или ее сочетания с базисной пластмассой. На вестибулярной поверхности каппы всегда моделируют контуры зубов, так как она фиксируется на зубах. Окклюзионная поверхность каппы должна быть гладкой и не иметь отпечатков антагонистов (хотя должна контактировать с ними) для обеспечения свободы движения нижней челюсти. Если дефектов зубных рядов нет, то каппу изготавливают на нижнюю челюсть; если дефекты зубных рядов на обеих челюстях, то аппараты изготавливают на обе или только на нижнюю челюсть.

Лечение с помощью таких капп должно согласовываться с конкретными условиями профессиональной деятельности больного. После окончания лечения каппу можно с профилактической целью использовать во время сна или начинать ею пользоваться при рецидивировании и первых симптомах парафункции.

Медикаментозная терапия бруксизма (транквилизаторы, седативные препараты, миорелаксанты) не всегда осуществима из-за условий профессиональной деятельности пациентов, и ее согласовывают с врачом-интернистом.

При болях в жевательных мышцах хороший лечебный эффект дает применение Мидокалма или Скутамила С [А.С. Иванов, 1984; А.К. Иорданишвили, 1998], а также спазмолитика скелетной мускулатуры Сирдалуда, который также обладает выраженным обезболивающим действием. Сирдалуд обычно назначают по 2-4 мг 3 раза в день. При необходимости можно дополнительно назначить 2-4 мг препарата на ночь. Среди побочных действий этого препарата нами отмечены сухость во рту, головокружение и сонливость.

При лечении парафункций мышц многие специалисты [Н.В. Калинина, 1975] придают особое значение самоконтролю и самовнушению, помогающим осознать вредную привычку и заставить себя отказаться от нее. В некоторых случаях эффективен массаж жевательных мышц [Л.М. Демнер, Л.А. Елизарова, 1980; Л.М. Демнер, А.П. Залигян, 1986], а также физиотерапевтические процедуры. Для достижения наибольшего релаксирующего эффекта Н.В. Калининой (1975) разработан специальный комплекс упражнений, который показан также при наличии патологических симптомов жевательного аппарата (ограничение подвижности нижней челюсти, щелканье и крепитация в ВНЧС и др.). Для успешной миотерапии больной должен быть спокойным и сосредоточенным на выполнении лечебных упражнений. Движения при выполнении упражнений должны быть медленными, плавными. Их следует выполнять 4 раза в день по 3-5 мин в течение 2-4 недель. Интервалы между сеансами лечебных упражнений не должны превышать 2 ч.

Последовательность упражнений, разработанная Н.В. Калининой.. Изотонические сокращения мышц:

Голову удерживать в отвесном положении.

Широко, но не чрезмерно открыть рот, удерживать такое положение в течение 30 С.

Покой.

Сместить нижнюю челюсть вправо (зубы не должны контактировать), удерживать ее в этом положении 3-4 секунды.

Покой.

Сместить нижнюю челюсть влево (зубы не должны контактировать) удерживать ее в этом положении 3-4 секунды.

Покой.

Сдвинуть нижнюю челюсть назад (зубы не должны контактировать) удерживать ее в этом положении 3-4 секунды.. Изометрические сокращения мышц:

Открыть рот на 2-1,5 см.

Захватить подбородок большим и указательным пальцами.

Удерживать нижнюю челюсть в этом положении, пытаясь одновременно закрыть рот (5 секунд).

Удерживая нижнюю челюсть при закрытом рте, сделать попытку открыл рот (5 секунд).

Удерживая челюсть, сделать попытку сдвинуть челюсть вправо (5 секунд), а затем влево (5 секунд).

Описаны также способы лечения парафункции мышц жевательного аппарата с помощью других методов психотерапии, например гипноза, а также с использованием безусловного рефлекса дыхания [Н. Попов, 1971], когда ноздри больного заклеиваются на ночь липким пластырем. Однако при этом дыхание человека осуществляется через рот, что нефизиологично.

Экспериментально установлено, что использование с протективной целью антигипоксантов и актопротекторов (амтизол, бемитил, этомерзол, их комбинации) опосредованно способствовало уменьшению симпатикотонии при экстремальных воздействиях. Этомерзол и комбинация этомерзола и амтизола в большей степени устраняли дискоординацию во влиянии симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы и положительно влияли на исследованные цитохимические показатели в нервных волокнах жевательных мышц, в большей степени приближая соотношение интенсивности свечения адренэргических нервных волокон и активности холинэстеразы к исходным показателям.

Исследованные препараты проявляли в эксперименте комплексность и многосторонность действия на типовые патохимические и иммунологические процессы, а также на энтропию лейкоцитарной формулы крови.

Принимая во внимание тенденцию в мировой фармакотерапии к созданию многокомпонентных лекарственных средств, следует признать перспективной разработку комбинаций антигипоксантов и актопротекторов с целью их лечебного применения, в том числе в группе людей с парафункциями жевательных мышц.

Выбор метода лечения указанной патологии должен быть индивидуальным для каждого больного и согласовываться с его общим состоянием и рекомендациями врачей-интернистов.

Профилактика

Избавиться от бруксизма или существенно снизить частоту приступов (а, следовательно, и тяжесть последствий от заболевания) могут помочь следующие советы:

) Сведите к минимуму наличие в вашей жизни стрессовых ситуаций и чрезмерных эмоциональных переживаний

) Избегайте активных возбуждающих действий накануне ночного сна; займитесь перед сном чем-нибудь успокаивающим (например, чтением книги, прослушиванием спокойной музыки и т.п.), чтобы заснуть в спокойном состоянии

) Чаще принимайте перед сном теплые ванны

) Сведите к минимуму прием пищи, богатой кофеином и углеводами, вызывающими возбуждение организма

) Чаще давайте отдых своим челюстям; не смыкайте зубы тогда, когда этого не требуют действительно необходимые действия (еда, речь и т.п.)

) Регулярно прикладывайте к нижней челюсти теплые влажные компрессы (можно даже просто смоченное в теплой воде полотенце) - это поможет снизить напряжение мышц нижней части лица и снять мышечную боль

) Чаще ешьте на ночь твердые фрукты (яблоко, морковь и т.п.) - это помогает утомить и успокоить жевательные мышцы на время сна

) Исключите все вредные привычки (курение, алкоголь и т.д)

) Старайтесь себя контролировать (если вы прикусываете губу, напрягаете мышцы)

) Для профилактики истираемости и развития дисфункций ВНЧС обязательно пользуйтесь каппой.

С точки зрения глубинной психологии человека, можно сделать предположение о сильных комплексах на уровне подсознания, которые не могут реализоваться в реальности. Есть какая-то внутренняя установка, нерешенная в жизни. Человек напрягается, стискивая зубы, злится. Возможно, это результат вытесненной агрессии. По той причине, что в жизни человек не всегда может проявить себя, напрячься, стиснуть зубы (может мешать воспитание, этикет, нормы морали), сознательный цензор не препятствует нам во сне и человек может выразить себя полнее.

В Университете Генриха Гейне в Дюссельдорфе ученые провели исследование, где приняло участие 48 человек с диагнозом бруксизм. В процессе анализа полученных данных ученые выяснили, что на риск развития бруксизма, а также его интенсивность не оказывают воздействия ни возраст, ни пол, ни уровень благосостояния испытуемых - самой главной причиной этого заболевания был лишь сильный стресс, испытываемый в течение дня.

Список литературы

Гайдарова Т.А. (механизмы формирования и патогенетические принципы лечения бруксизма, 2003 г).

Скорикова Л.А. (Диагностика, ортопедическое лечение, больных с парафункциями жевательных мышц, в комплексной терапии невротических состояний 1992г).

Брокар Даниель, Жан Франсуа Лалюк, Кнелессен Кристиан (Бруксизм 2009г).

Автореферат Булычева Е.А. (Дифференциальный подход к разработке патогенетической терапии больных с дисфункцией ВНЧС, осложнённой гипертонией жевательных мышц 2010г).

Статья Гайдаровой Т.А. (Бруксизм болезнь стресса 2008г).

Гаврилов Е.И, Пантелеев В.Д. (Клинические формы парафункции февательных мышц, стоматология 1990г).

Демнер Л.М, Залигян А.П. (Клиника и лечение бруксизма 1986г).

Жулёв Е.Н. (Этиология, клиника и лечение бруксизма 1976г).

Бушан М.Г. (Патологическая стираемость зубов и её осложнения 1979г).

Гэуман М.Г. (Патологическая стираемость зубов1979г).