

АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, ОКАЗЫВАЕМЫХ ПАЦИЕНТАМ С БРУКСИЗМОМ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Шотт И.Е.¹, Долин В.И.²

¹Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь;

²Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск, Республика Беларусь

Реферат. По данным анкетирования врачи-стоматологи Республики Беларусь используют в своей практике распространенные в мире подходы к лечению бруксизма. Оклюзионную коррекцию и внутриротовые устройства специалисты используют в равной степени. Следует отметить стремление врачей-стоматологов к взаимодействию со смежными специалистами и долю использования фармакологических и поведенческих подходов к лечению.

Summary. According to the survey dentists in the Republic of Belarus use in own practice widespread in the world approaches to bruxism treatment. Occlusal adjustment and intra-oral devices are the most popular dental manipulations. It should also be noted, dentist's desire to interact with other physicians and to use behavioral and pharmacological approaches for treatment.

Введение. В современной стоматологической практике все более актуальным становится лечение пациентов с парафункциями жевательных мышц, в частности с бруксизмом. Данная тенденция обусловлена повышением распространенности бруксизма в современном обществе и сложностью оказания стоматологической помощи контингенту с данной патологией.

Лечением бруксизма занимаются врачи различных специальностей, однако сформированного стандарта эффективной терапии до сих пор не существует. Наиболее распространенными подходами являются окклюзионные, поведенческие и фармакологические подходы [3].

Исторически на разных этапах исследования бруксизма в авангарде научных исследований оказывались те либо иные методы лечения. В 60–80-х гг. XX в. большинство публикаций были посвящены поведенческим подходам к лечению. С течением времени им на смену приходит фармакологический подход. Научный интерес к окклюзионным вмешательствам сохраняется на стабильно высоком уровне в течение 40-летней истории активного изучения бруксизма. Однако несмотря на значительное количество исследований, эффективность окклюзионных методов лечения остается дискуссионной в силу многогранности патологии. Отсутствие единого алгоритма использования различных терапевтических методов связано со сложностями диагностики патологии и низким уровнем доказательности многих исследований [4].

К поведенческим подходам в лечении бруксизма относятся: применение психоанализа, самовнушения, гипноза, прогрессивной релаксации, медитации, самоконтроля, гигиены сна, методик изменения привычек, концентрированной тренировки и биологической обратной связи (БОС), которая является одним из наиболее известных поведенческих подходов в лечении бруксизма. В ее основе лежит гипотеза о возможности устранения бруксизма при стимуляции в момент парафункциональной активности мышц. Техника может применяться как во время сна, так и при бодрствовании. В последние десятилетия активно изучается применение лекарственных

препаратов для снижения мышечного тонуса при бруксизме. Изучалась эффективность применения мышечных релаксантов, производных бензодиазепина, серотонинэргических и доаминаэргических лекарственных средств, антиконвульсантов, антидепрессантов, симпатолитиков, бета-адреноблокаторов [4]. Несмотря на некоторые положительные результаты исследований, широкое распространение данных препаратов ограничено ввиду отсутствия доказанной эффективности и безопасности применения.

Активно развивается применение ботулотоксина в качестве средства лечения бруксизма. Его инъекции рекомендуется применять при тяжелых формах бруксизма. Ботулотоксин ингибирует выделение ацетилхолина из пресинаптической мембраны мотонейронов и оказывает парализующий эффект на мышцы [1, 4]. Применение препарата на сегодняшний день ограничено временным его действием, несовершенством методик применения и отсутствием серьезных исследований с высоким уровнем доказательности.

Наиболее распространенным методом стоматологической коррекции бруксизма является применение окклюзионных подходов к лечению. Они включают в себя использование коррекции окклюзионных взаимоотношений либо внутриротовых окклюзионных устройств.

Мероприятия по коррекции окклюзионных взаимоотношений заключаются в гармонизации окклюзии, окклюзионной реабилитации и ортодонтического лечения. Опубликованные результаты данного типа мероприятий являются исследованиями с низким уровнем доказательности. Применяемые внутриротовые устройства могут быть стандартными или индивидуальными, в большинстве своем представлены окклюзионными шинами, реже другими типами устройств. Окклюзионные шины могут быть жесткими либо мягкими. Несмотря на то что шины для устранения бруксизма используются достаточно давно, в литературе приводятся противоречивые данные относительно эффективности их использования и механизма действия на жевательные мышцы [2].

Так как ни один из подходов не имеет доказанной эффективности, большинство исследователей при лечении бруксизма рекомендуют использовать принцип «triple-P» («Plates», «Per talk», «Pills»). В данном подходе окклюзионные устройства позволяют сохранить твердые ткани зубов и предотвратить дальнейшее патологическое действие на зубочелюстную систему; консультации и мотивация пациентов позволяют надеяться на контроль дневных парафункций, а применение бензодиазепинов в тяжелых случаях бруксизма может позволить получить временный терапевтический эффект. При этом рекомендовано взаимодействие специалистов различных областей [4].

Цель исследования — анализ подходов к лечению бруксизма, применяемых в Республике Беларусь; выявление преобладающих лечебных мероприятий, применяемых врачами-стоматологами; оценить степени участия смежных специалистов в лечении пациентов с бруксизмом и их взаимодействия друг с другом.

Материалы и методы. В рамках исследования на кафедре общей стоматологии ГУО БелМАПО было проанализировано 186 анкет врачей-стоматологов относительно применяемых подходов к лечению бруксизма и оценке их эффективности. В анкетировании принимали участие врачи-стоматологи, врачи-стоматологи-терапевты, врачи-стоматологи ортопеды.

Результаты их обсуждения. В качестве возможных лечебных мероприятий были предложены: применение окклюзионных шин либо трейнеров; рациональное протезирование; протезирование с перестройкой миотатического рефлекса; коррекция окклюзионных взаимоотношений; избирательное пришлифовывание зубов; оказание симптоматической помощи без лечения бруксизма либо другие методы лечения (таблица 1).

Оценку взаимодействия врачей смежных специальностей проводили, оценивая рекомендации врачей-стоматологов о прохождении консультаций у врачей-неврологов, врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов (таблица 2).

Таблица 1. — Методы лечения бруксизма, применяемые врачами-стоматологами Республики Беларусь, n, % (n = 183)

Вид лечения	Применение капш, шин, трейнеров	Рациональное протезирование	Протезирование с перестройкой миготатического рефлекса	Коррекция окклюзии	Избирательное пришлифовывание	Симптоматическая помощь	Другие	Не проводят лечения
Всего	42	43	11	46	40	88	20	50
	22,95	23,5	6,01	25,14	21,86	48,09	10,93	27,32

Таблица 2. — Рекомендации о лечении у врачей смежных специальностей, n, % (n = 186)

Вид консультации	Нет	Невролог	Психиатр	Психотерапевт	Другой
Всего	40	104	18	60	19
	21,5	55,91	9,68	32,26	10,21

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что врачи-стоматологи наибольшее предпочтение отдают коррекции окклюзионных взаимоотношений (25,14%), избирательному пришлифовыванию зубов (21,86%); рациональному протезированию (23,5%), окклюзионные шины, трейнеры применяют 22,95% врачей; 10,93% используют фармакологические подходы к лечению и физиолечение.

В практической деятельности при лечении бруксизма респонденты проявляют взаимодействие с врачами смежных специальностей. Предпочтение отдается консультациям врачей-неврологов (55,91%) и врачей-психотерапевтов (32,26%).

Закключение. Врачи-стоматологи Республики Беларусь используют в своей практике распространенные в мире подходы к лечению бруксизма. Окклюзионную коррекцию и применение внутриротовых устройств специалисты используют в равной степени. Следует также отметить стремление врачей-стоматологов к взаимодействию со смежными специалистами и долю использования фармакологических и поведенческих подходов к лечению.

Литература

1. Гипертонус жевательных мышц и ботулинический токсин типа А (Лантокс) в стоматологической практике / О. Орлова [и др.] // Врач. — 2009. — № 9. — С. 13.
2. Хватова, В.А. Окклюзионные шины (современное состояние проблемы) / В.А. Хватова, С.О. Чикунов. — М.: Мед. книга, 2010. — 56 с.
3. Броккар, Д. Бруксизм / Д. Броккар, Ж.-Ф. Лалюк, К. Кнеллесен. — М., 2009. — 89 с.
4. Principles for the management of bruxism / F. Lobbezoo [et al.] // J. Oral Rehabil. — 2008. — Vol. 35, № 7. — P. 509–523.
5. Nissani, M. Can taste aversion prevent bruxism? / M. Nissani // Appl. Psychophysiol. Biofeedback. — 2000. — Vol. 25, № 1. — P. 43–54.
6. Cherasia, M. Suggestions for use of behavioral measures in treating bruxism / M. Cherasia, L. Parks // Psychol. Rep. — 1986. — Vol. 58, № 3. — P. 719–722.
7. Contingent electrical lip stimulation for sleep bruxism: a pilot study / K. Nishigawa [et al.] // J. Prosthet Dent. — 2003. — Vol. 89, № 4. — P. 412–417.
8. A vibratory stimulation-based inhibition system for nocturnal bruxism: a clinical report / T. Watanabe [et al.] // J. Prosthet Dent. — 2001. — Vol. 85, № 3. — P. 233–235.
9. Nassif, N.J. Managing bruxism and temporomandibular disorders using a centric relation occlusal device / N.J. Nassif, K.S. al-Ghamdi // Compend. Contin. Educ. Dent. — 1999. — Vol. 20, № 11. — P. 1071–1074, 1076, 1078, 1086.
10. Foster, P.S. Use of the Calmset 3 biofeedback/relaxation system in the assessment and treatment of chronic nocturnal bruxism / P.S. Foster // Appl. Psychophysiol. Biofeedback. — 2004. — Vol. 29, № 2. — P. 141–147.