

Бруксизъм /Bruxism/

д-р Т. Георгиев
д-р А. Драганова, дм
доц д-р К. Терзийски, дм

Бруксизмът представлява патологично състояние, характеризиращо се с повтарящи епизоди на стискане или „скърцане“ със зъби по време на сън, водещо до нарушение на зъбния емайл, деструкция на зъбите, темпорално главоболие, орофациална болка и дъвкателна дисфункция.

Бруксизмът се класифицира като свързано със съня двигателно нарушение (sleeprelated movement disorder), като трябва да се отидиференцира от скърцането със зъби в будно състояние (бруксомания). По своята генеза различаваме първичен (идиопатичен) бруксизъм и вторичен – свързан с друго основно заболяване (най-често неврологично или психиатрично), вторичен бруксизъм, асоцииран със злоупотреба със субстанции или медикаменти (може да бъде и ятрогенен.)

I. Първичен бруксизъм (идиопатичен)

1.1 Фазичен

1.2 Тоничен

1.3 Смесен (фазично-тоничен)

II. Вторичен бруксизъм

2.1 Двигателни нарушения

* орална дискинезия

* оромандибуларна дистония

* болест на Паркинсон

* болест на Хънтингтън

2.2 Нарушения на съня – сънна апнея, периодични движения на крайниците по време на сън, РЕМ- асоциирани нарушения и др.

2.3 Неврологични и психиатрични заболявания –

* съдови инциденти

* кома

* оливопontoцеребеларна атрофия

* деменция

* депресия

2.4 Злоупотреба със субстанции – алкохол, кофеин, никотин, амфетамин, екстази и др.

2.5 Злоупотреба с медикаменти – антипсихотици (Халоперидол, Хлорпромазин); андидепресанти (Прозак, Золофт), някои антиаритмици (Флекаинид) и др.

2.6 Ятрогенен

Етиологията на състоянието е неизяснена – голямо значение се отдава на латералната зъбна оклузия, психо-емоционалното състояние на индивида, нарушение в автономната нервна система по време на сън и др.

Скърцане със зъби се среща при около 20 % от възрастните и между 14-20% при деца.

При деца бруксизмът често се асоциира с онихофагия (грисане на ноктите), смукане на пръстите или хъркане. При възрастни е свързан с по-висок риск от темпоромандибуларен блок. Все още няма единна теория или патофизиологичен механизъм, който да обясни възникването на бруксизма, като по-вероятно е това патологично състояние да възниква вследствие на разнородни биологични и психологични влияния върху индивида.

С провеждане на ЕМГ на мм масетери на здрави индивиди е установено наличието на ритмична мастикаторна моторна активност (РММА) при около 60% от изследваните. РММА се дефинира чрез наличието на три мускулни контракции за един епизод, при отсъствието на скърцане със зъби. Вероятно бруксизмът представлява екстремна манифестация на тази нормално срещатаща се активност. Въпреки че няма категорични доказателства за връзка между изявата на бруксизъм и психоемоционалното напрежение, е налице отчетлива корелация между двете състояния.

Установено е, че пациенти, страдащи от бруксизъм, имат нормална организация, качество и продължителност на съня, сравнени със здрави контроли, затова те не съобщават за симптоми, свързани с нарушения на съня. Най-често епизодите на бруксизъм се срещат в 1ва и 2ра фаза на съня, въпреки, че се наблюдават понякога и в REM (например вторичен бруксизъм, при пациенти, страдащи от депресия.) Сама по себе си проявата на бруксизъм не предизвиква арауъл (микропробуждане, установено в ЕЕГ), а по-скоро е предхождан от такова събитие. По време на сън на всеки 20-60 секунди се наблюдава циклично повтаряща се електроенцефалографска-електрокардиографска-електромиографска (ЕЕГ-ЕКГ-ЕМГ) активация, наричана циклично-алтерниращ патерн (САР). При около 80% от наблюдаваните епизоди на бруксизъм е установена корелация с САР, които може би действат като рестартиращ механизъм за редица физиологични функции, във връзка с изменящата се вътрешна и външна среда на организма по време на сън. Връзката между САР и бруксизма е подкрепена и от факта, че над половината от епизодите на бруксизъм се явяват на клъстери (от около 100 секунди). Също така е установено, че клъстерите са предхождани от алфа-активност в ЕЕГ и тахикардия в ЕКГ (израз на симпатиковата активация).

От значение за разбиране на генезата на бруксизма е и обстоятелството, че това нарушение често се предхожда от промяна в автономната регулация на сърдечно-съдовата система (превалиране на симпатикуса над парасимпатикуса), последвано от покачване на алфа- и делта-активността в ЕЕГ, тахикардия, чийто първи удар предхожда покачване на тонуса на мускулите отварящи устата и фаринкса, след което следва дълбоко вдишване. След по-малко от секунда следва повишаване на тонуса на мускулите, затварящи долната челюст, проявяващо се клинически чрез стискане и скърцане със зъби, болка и скованост в орофациалната област след събуждане, напрежение в челюстта и др. По този начин бруксизмът се явява следствие на прекомерната активация на автономната и соматичната нервна система. Друга теория счита, че голяма роля играе повишената възбудимост на ретикуларната моторна зона, но по този въпрос няма достатъчно натрупана информация. Налице са няколко проучвания, доказващи ролята на катехоламините (допамин, норадреналин) в изявата на бруксизъм. Пациенти, приемащи катехоламиновият прекурсор Лево Допа, са отчетливи умерен ефект по отношение на симптомите, което говори, че липсата на допамин може да доведе до развитие на заболяването. Още повече – при пациенти, страдащи от болестта на Паркинсон, както и такива с вторичен паркинсонизъм, вследствие на употреба на невролептици, са установени по-чести епизоди на бруксизъм.

Въпреки че до момента не е открит генетичен маркер, свързан с появата на бруксизъм, ролята на наследствената предиспозиция е голяма. До 50% от пациентите, страдащи от това нарушение, имат роднина от първа линия с изявени симптоми. Също така е наблюдавано наличието на бруксизъм при монозиготни близнаци по-често, от колкото при дизиготни. Спорно е дали неправилната захапка има отношение към изявата на бруксизъм. Имайки в предвид факта, че контактът между долна и горна челюст е около 18 минути за 24ч, или едва около 2% от времето, прекарано в сън, тезата за периферна генеза на това нарушение не намира сериозна подкрепа.

Клиничната картина включва: „скърцане“ или „триене“ със зъби по време на сън, забелязано от партньора или близките на пациента; обективизирането на зъбно износване може да е

индикация за наличието на бруксизъм, но без анамнеза за стискане на зъбите не е диагностичен критерий. Симптомите след събуждане включват: умора на дъвкателна мускулатура, болка, чувство на тежест и дискомфорт в темпоро-мандибуларната става, затруднения в дъвкането на храна сутрин, скованост при хранене. Може да са налице масетерна хипертрофия и промяна в чертите на лицето. Пациентите често съобщават за хиперсензитивност при употребата на студени храни и напитки, свързано с абразията на емайла.

Обективно се установяват фисури или счупвания на зъбите, мускулна хипертрофия, болезнена палпация на мм масетери, задебеление в областта на темпоромандибуларната става и/или болезненост при палпация, следи от прехапвания по оралната мукоза, ксеростомия и др. Износването на зъбния емайл е налице при повечето пациенти, дори при асимптоматичните, но се среща и при индивиди, които не страдат от бруксизъм. Тя се различава от тази, причинявана от дентални манипулации, травма или химически агенти. Друг белег, който може да бъде забелязан е наличието на лезия на цервикса на зъба, опасваща я като бразда – узура цервикалис.

Диагнозата се поставя на базата на анамнеза – от страна на пациента и на неговите близки, клиничния преглед, при който могат да бъдат обективизирани някои от изброените признаци, интраорални устройства, измерващи степента на абразия на емайла и др. Хипертрофията на мм масетери не е патогномоничен белег и би следвало да се отдиференцира от други състояния – конгенитални лицеви особености, хиперплазия или възпалени на паротидната жлеза.

Бруксизъм може да се изследва амбулаторно при изразено скърцане със зъби или при комбинация с друго нарушение на съня – например сънна апнея. Обикновено се използва ЕЕГ, дихателни движения, пулсоксиметрия, ЕМГ, в комбинация с аудио- и видеозапис. Последните са необходими, поради факта, че ЕМГ-установената активност може да се дължи на различни орофациални движения по време на сън – кашляне, хъркане, говорене, прозяване, дихателни движения и др.

В лабораторни условия (лаборатория за изследване на съня) се провеждат полисомнографски изследвания, които включват стандартния набор ЕЕГ, ЕМГ канали, ЕОГ, пулсоксиметрия, дишане и дихателни движения, като към тях се добавя и ЕМГ от мм масетери, аудио и видеозапис.

Все още липсва специфично лечение за бруксизма. Използват се комбинация от фармакологични средства, дентални манипулации, зъбни протектори и поведенческа терапия. При вторичните форми на бруксизъм се цели повлияване на основното заболяване или прекратяване на приема на лекарства и злоупотребата със субстанции.