

**SECTION 1. CLINICAL MEDICINE:  
EXPERIENCE AND INNOVATIONS**

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-486-3-1>

**SLEEP QUALITY AND PSYCHOEMOTIONAL STATE  
OF PATIENTS WITH BRUXISM AS A MARKER  
OF THE EFFECTIVENESS  
OF REHABILITATION INTERVENTION**

**ЯКІСТЬ СНУ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ХВОРИХ  
З БРУКСИЗМОМ ЯК МАРКЕР ЕФЕКТИВНОСТІ  
РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ**

**Bodnar A. B.**

*Postgraduate Student at the Department  
of Therapy, Rehabilitation  
and Morphology  
Vasyl Stefanyk Precarpathian  
National University  
Ivano-Frankivsk, Ukraine*

**Боднар А. Б.**

*аспірант кафедри терапії,  
реабілітації та морфології  
Прикарпатський національний  
університет імені Василя Стефаника  
м. Івано-Франківськ, Україна*

**Вступ.** Бруксизм (грец. *brugmós* – скрегіт зубами) – приступоподібні тонічні скорочення жувальних м'язів, що періодично виникають уві сні, супроводжуються стисненням щелеп і скреготом зубів. Бруксизм діагностується як у дітей, так і у дорослих, переважно у осіб віком від 25 до 50 років, частіше у чоловіків, ніж у жінок [4, с. 220–225].

Виділяють денний бруксизм та бруксизм сну. При денному бруксизмі стирання твердих тканин зубів, як правило, відсутнє. Бруксизм сну характеризується скреготінням зубами з ритмічними та стійкими скороченнями жувальних м'язів, а також стиранням твердих тканин зубів [5, с. 905–912].

Всі форми бруксизму супроводжуються силовими контактами між жувальними поверхнями зубів, що може призвести до їх патологічного зносу, дефектів та тріщин емалі зубів. Крім того, оклюзійна травма є однією з основних причин патології періодонту, рецесії ясен, травматичних запальних процесів у пульпі, патології прикусу та дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). Хоча цей стан і не є небезпечним для життя, але наслідки впливу значних

міжклюдзійних сил, що виникають при бруксизмі, значно погіршують якість життя пацієнтів.

Фізична терапія розглядається як метод корекції м'язово-суглобових дисфункцій при стоматологічних захворюваннях [1, с. 188–193; 2, с. 115–120; 3, с. 220–225], отже, доцільно розглянути її ефективність при бруксизмі.

**Мета** – оцінювання ефективності впливу розробленої програми фізичної терапії на параметри якості сну та психоемоційного статусу як маркери ефективності реабілітації осіб з бруксизмом.

**Матеріали і методи.** Контрольну групу (КГ) склали 32 особи без обтяженого стоматологічного статусу. Групу порівняння (ГП) склали 61 особа з бруксизмом, який корегували індивідуальними релаксуючими шинами. Основну групу (ОГ) склали 65 осіб з бруксизмом, у яких додатково до шин застосували програму фізичної терапії – терапевтичні вправи, масаж, постізометрична релаксація, кінезіологічне тейпування для жувальних м'язів, м'язів обличчя, шиї, шийно-комірцевої зони, спини, плечового поясу, транскутанна електроміостимуляція жувальних м'язів; сеанси ауторелаксації за Шульцем; навчання пацієнтів. Диференціювали нічний бруксизм (НБ) та денний бруксизм (ДБ). Ефективність програми оцінювали за Hospital Anxiety and Depression Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index.

**Результати.** За шкалою HADS у всіх групах осіб з бруксизмом визначено субклінічний рівень тривоги та депресії (на відміну від осіб КГ, які характеризувались відсутністю цих ознак,  $p < 0,05$ ), рівень яких в групах осіб з ДБ та НБ не відрізнявся між собою ( $p > 0,05$ ).

Фактором, який посилював ознаки психічного та фізичного дискомфорту, збільшував рівень стресу та сприяв формуванню замкненого кола стресових реакцій, було порушення сну: за PSQI якість сну у осіб з бруксизмом була низькою в обох групах; виражено гіршою у підгрупі з НБ порівняно з ДБ ( $p < 0,05$ ).

Повторне визначення психоемоційного статусу осіб з бруксизмом після впровадження розробленої програми фізичної терапії засвідчило, що носіння релаксаційної капи не вплинуло на їх психоемоційний стан, характеризований HADS: за шкалами тривоги та депресії в жодній групі осіб групи порівняння не відбулося статистично значущих змін відносно вихідних даних ( $p > 0,05$ ); вираженість ознак тривоги та депресії залишалась на доклінічному рівні. У той же час під впливом програми ФТ рівень тривоги у осіб з ДБ знизився з  $9,11 \pm 0,54$  балів до  $5,63 \pm 0,42$  балів ( $p < 0,05$ ), з НБ – з  $8,73 \pm 0,37$  балів до  $6,15 \pm 0,34$  балів ( $p < 0,05$ ). Позитивна динаміка показників шкали депресії у осіб ОГ становила у випадку ДБ – з  $8,76 \pm 0,51$  балів до  $6,11 \pm 0,19$  балів ( $p < 0,05$ ), НБ – з  $9,39 \pm 0,17$  балів до  $6,78 \pm 0,22$  балів ( $p < 0,05$ ). Рівня КГ за обома

шкалами HADS не було досягнуто в жодній підгрупі осіб з бруксизмом ( $p < 0,05$ ).

Повторне визначення якості сну показало його покращення в усіх підгрупах осіб з бруксизмом статистично значуще відносно вихідного результату. Носіння розвантажуючих кап призвело до покращення якості сну в ГП в підгрупі з ДБ з  $10,25 \pm 0,74$  балів ( $p < 0,05$ ), з НБ – з  $17,23 \pm 1,16$  балів до  $12,57 \pm 1,07$  балів ( $p < 0,05$ ); в ОГ – відповідно з  $11,12 \pm 0,58$  балів до  $7,13 \pm 0,25$  балів ( $p < 0,05$ ) та з  $16,36 \pm 0,83$  балів до  $9,10 \pm 0,15$  балів ( $p < 0,05$ ). Статистично значуще покращення якості сну в ОГ можна обґрунтувати застосуванням релаксаційних методик, а не тільки зменшенням локального гіпертонусу, а також покращенням психоемоційного стану, визначеного за HADS.

**Висновки.** У реабілітацію пацієнтів з бруксизмом доцільно включати заходи з урахуванням та корекцією не тільки локальних стоматологічних, але й загальних соматичних наслідків бруксизму, що підвищить якість їх життя.

#### Література:

1. Аравіцька М. Г., Шеремета Л. М., Данильченко С. І., Довгань О. В. Ефективність засобів фізичної терапії у корекції функціонального статусу скронево-нижньощелепного суглоба при артрозі. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2021. № 6 (34). С 188–193. DOI: 10.26693/jmbs06.06.188
2. Саєнко О. В., Аравіцька М. Г. Динаміка постімобілізаційних функціональних обмежень орофациальної зони у пацієнтів після перелому нижньої щелепи під впливом реабілітаційних засобів. *Art of Medicine*. 2023. № 4(28). С. 115–120. DOI: 10.21802/artm.2023.4.28.115
3. Саєнко О. В., Аравіцька М. Г. Оцінювання ефективності програми реабілітації хворих із дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба у постімобілізаційному періоді після переломів нижньої щелепи за показниками кінезіофобії та якості життя. *Health & Education*. 2023. № 4. С. 220–225. DOI: <https://doi.org/10.32782/health-2023.4.31>
4. Goldstein G, DeSantis L, Goodacre C. Bruxism: Best Evidence Consensus Statement. *J Prosthodont*. 2021. № 30(S1). P. 91–101. doi:10.1111/jopr.13308
5. Manfredini D, Ahlberg J, Lobbezoo F. Bruxism definition: Past, present, and future – What should a prosthodontist know?. *J Prosthet Dent*. 2022. № 128(5). P. 905–912. doi: 10.1016/j.prosdent.2021.01.026