

# Полиэтиологичность бруксизма: дифференциальная диагностика и подходы к лечению

А.В. Ярцева<sup>1</sup>, Н.А. Янова<sup>2</sup>, Л.Г. Толстунов<sup>3</sup>, В.В. Давыдова<sup>4</sup>, М.А. Хасиева<sup>4</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского», Нижний Новгород, Российская Федерация

<sup>3</sup> Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> Центр профилактической стоматологии «Профидент», Москва, Российская Федерация

## РЕЗЮМЕ

В данном литературном обзоре рассматриваются вопросы дифференциальной диагностики, этиологии и патогенетического лечения бруксизма. Отмечено, что за последние годы все больший интерес данная проблема вызывает у врачей разных специальностей, включая неврологов, стоматологов - ортопедов, пародонтологов, ортодонт, нейрохирургов. Несмотря на то, что в современной классификации болезней данный симптом относят к патологиям соматоформного спектра, нельзя сказать, что данное заболевание является исключительно функциональным – в целом ряде ситуаций имеется органический субстрат бруксизма. В ортодонтической практике дефекты окклюзии вызывают компенсаторный мышечный спазм, направленный на восстановление биомеханики височно – нижнечелюстного сустава, при поражении нервной системы имеется верифицированная атрофия или дегенерация базальных ядер, а также нейронов сенсомоторного контура. Этиопатогенетический подход к лечению бруксизма является ключевым в повышении качества жизни пациентов.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** бруксизм, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, стоматология, неврология.

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## *Polyethiology of bruxism: differential diagnosis and treatment approaches*

A.V. Yartseva<sup>1</sup>, N.A. Yanova<sup>2</sup>, L.G. Tolstunov<sup>3</sup>, V.V. Davydova<sup>4</sup>, M.A. Khasieva<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Russian University of Medicine» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup> National Research Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod, Russian Federation

<sup>3</sup> Moscow Medical University «Reaviz», Moscow, Russian Federation

<sup>4</sup> Center for preventive dentistry «Profident», Moscow, Russian Federation

## SUMMARY

This literature review addresses the issues of differential diagnosis, etiology and pathogenetic treatment of bruxism. It is noted that in recent years this problem has been of increasing interest to physicians of different specialties, including neurologists, orthodontists, and neurosurgeons. Despite the fact that in the modern classification of diseases this symptom is attributed to pathologies of the somatoform spectrum, it cannot be said that this disease is exclusively functional – in a number of situations there is an organic substrate of bruxism. In orthodontic practice, occlusal defects cause compensatory muscle spasm, aimed at restoring the biomechanics of the temporomandibular joint; in the case of the nervous system, there is verified atrophy or degeneration of basal nuclei and sensorimotor neurons. Etiopatogenetic approach to the treatment of bruxism is the key to improving the quality of life of patients.

**KEYWORDS:** bruxism, temporomandibular joint dysfunction, dentistry, neurology.

**CONFLICT OF INTEREST.** The authors declare that they have no conflicts of interest.

## Введение

Бруксизм – патологическое состояние, характеризующееся повышенной стираемостью зубов в результате их «скрежета» – полиэтиологичная проблема, которая находится на стыке таких наук как стоматология, ортодонтия, неврология, психиатрия [1].

По данным литературы, эпидемиология бруксизма характеризуется тенденцией встречаемости в молодом возрасте. Ночной бруксизм встречается примерно у 15% населения, дневной – у 20–30%. При этом, в большинстве случаев бруксизм является вторичным, то есть, имеет четкую корреляцию с каким – либо выявленным заболеванием (реже причина не изучена, в таких случаях бруксизм считают первичным, идиопатическим) [2].

Часто бруксизм сопровождается или даже маскируется такими симптомами как орофациальная боль, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава [3].

**Актуальность** проблемы бруксизма обусловлена достаточно большим бременем поражения работоспособного населения, прогрессирующим снижением качества жизни, снижением эффективности стоматологических и ортодонтических процедур.

Говоря о лечении орофациальной боли, можно также отметить, что головные боли «мышечного напряжения» являются сильным коррелятом длительно персистирующей цефалгии с развитием депрессогенного эффекта, утратой трудоспособности, снижением качества жизни [4].

**Цель** данного литературного обзора состоит в представлении наиболее актуальных данных по вопросу этиологии и дифференциальной диагностики бруксизма. Как было сказано выше, большинство механизмов развития бруксизма было изучено, часть из них достаточно успешно поддается коррекции, в свою очередь, концепция симптоматической терапии, вероятно, «проигрывает» по своей эффективности [5].

В связи с этим, перспективным видится патофизиологический подход к лечению. Безусловно, он должен также быть мультидисциплинарным, однако, пока данные о бруксизме из разных областей медицины, к сожалению, не систематизированы.

## Материалы и методы

Для данного обзора отбиралась современная литература, опубликованная в отечественных и иностранных периодических изданиях за последние 5–7 лет (год публикации не ранее 2018). Поиск проводился с использованием ресурсов PubMed и Киберленинка, использовались ключевые слова: Bruxism, Sleep bruxism, other sleep-related disorders, biomechanics of the temporomandibular joint и другие.

По дизайну данный обзор не является систематическим, вместе с этим, нами использовались общепринятые принципы написания научных трудов IMRAD.

## Результаты и обсуждение

### «Бруксизм» и «брукс-поведение»

По данным литературы, встречаемость бруксизма вариabельна и поражает от 5 до 80% населения. Столь широкий диапазон вызывает споры и объясняется отсутствием четких критериев бруксизма. Это приводит к гипердиагностике и нерациональной постановке диагноза «бруксизм» [6].

Вместе с этим, все больше внимания уделяется так называемому брукс-поведению. Большая доля идиопатического «бруксизма» ассоциирована с наличием стресс-менеджмента и не имеет под собой какого – либо органического субстрата с точки зрения неврологов, ортодонтон, стоматологов.

Впервые о брукс-поведении упомянули Slavicek R., Sato S. (2004), рассматривая данный моторный стереотип как функцию управления стрессом. С тех же пор бруксизм отнесли (в соответствии с международной классификацией болезней) в группу болезней психиатрического спектра.

Стоит признать, что данное решение не являлось оптимальным, а бруксизм и «брукс-поведение» стоило изначально разделять, привлекая к дифференциальной диагностике мультидисциплинарную команду [7].

Вместе с этим, стоит особое внимание уделять оценке стресс-менеджмента у пациентов, впервые обратившихся с симптомами «скрежета». На первых этапах, при сборе жалоб и анамнеза стоит оценить факторы риска пребывания пациента в стрессе, так как именно он является одним из «пусковых» механизмов развития «скрежетания» [8].

По данным литературы, катехоламинергические механизмы развития стресса ассоциированы с эпизодами ночного бруксизма, а в когорте пациентов с подтвержденным бруксизмом статистически значимо выше средние и пиковые значения таких медиаторов как адреналин, норэпинефрин и допамин [9].

### Диагностика «брукс – поведения»

Выявлены некоторые личностные детерминанты, обладающие прогностической значимостью в отношении диагностики бруксизма. Так было выявлено, что высокий уровень личностной тревожности (по шкале Харди-Вайнберга), а также склонность к враждебности, раздражительности и неадаптивной стратегии преодоления проблем (А-тип личности) являются признаками, характерными для пациентов с «брукс-поведением».

### Лечение «брукс-поведения»

Воздействие именно на эти (психологические) факторы путем психотерапии является наиболее перспективным в лечении симптомов «скрежета зубов», особенно в отношении «брукс-поведения», который не является истинным бруксизмом, так как при нем нет парафункциональной активности.

В дальнейшем мы остановимся лишь на аспектах, связанных с бруксизмом – состоянием, при котором «скрежет» проявляется как компенсаторная реакция на какое – либо парафункциональное состояние [10].

### Бруксизм и неврологические расстройства

С позиции неврологии бруксизм рассматривается как феномен оромандибулярной парафункции, возникающий при патологиях базальных ганглиев. Различные нейромедиаторы, вероятно, оказывают определенное влияние как на тонус, так и на автономный контроль массетерной активности.

Обсуждается роль дофаминергической системы в развитии бруксизма. Так применение препарата L-дофа, при паркинсонизме сопровождается развитием бруксизма в редких случаях. Вместе с этим, применение того же препарата у пациентов без нарушения стриопаллидарной системы не вызывало подобных симптомов и даже какой – либо скрытой брукс-активности [11].

Что интересно, другие препараты, влияющие на стриопаллидарную систему, не оказывали никакого влияния на брукс – активность, в частности, бромокриптин, способствующий усиленному высвобождению эндогенного дофамина, не вызывал ни одного эпизода бруксизма по данным литературы.

Патогенез бруксизма при болезни Альцгеймера не изучен, тем не менее, имеются гипотезы о дефекте захвата дофамина D2-рецепторами. Данная теория не подтверждена, однако, описаны некоторые патогномоничные характеристики Брукс-активности при болезни Альцгеймера:

- Скрежет зубов встречается чаще всего во время бодрствования и на фоне высоких концентраций катехоламинов (особенно утром).
- Низкая встречаемость ночного бруксизма.
- Полное отсутствие симптомов бруксизма во время приема пищи или во время разговора.

Лечение бруксизма галантамином при болезни Альцгеймера чаще всего является эффективным [12].

### Краниоцервикальная дистония

Данная патология характеризуется сегментарной дистонией, поражает чаще женский пол, чем мужской, встречается в среднем и пожилом возрасте (у женщин чаще всего в постменопаузальном периоде).

Обсуждается генетический аспект патогенеза краниоцервикальной дистонии, приводящий к пластическим изменениям центральной нервной системы, которые (изменения) обуславливают снижение тормозного влияния коры. Также обсуждается теория о поражении нейронов соматосенсорной коры, участвующих в формировании сенсорных модальностей, выступающих в качестве материала для планирования двигательных активностей.

При данной патологии бруксизм отличается преимущественно дневным проявлением, кроме того, он сопровождается иными дистоническими проявлениями, например, симптомом Мейге, блефароспазмом, тризмом. У пациента нарушена артикуляция и фонация, отмечается нарушение глотания.

Лечение бруксизма у пациентов с краниоцервикальной дистонией наиболее эффективно методом инъекций ботулинического нейротоксина, препятствующего докированию нейромедиатора в синаптической щели и блокирующего межнейрональную передачу потенциала действия. Инъекция нейротоксина в жевательные, височные и надподъязычные мышцы остается золотым стандартом улучшения качества жизни подобных пациентов [13].

### **Мультисистемная атрофия**

Данное неврологическое расстройство характеризуется прогрессирующим поражением пирамидной системы и мозжечка.

По последним данным, мультисистемной атрофия признается при наличии:

1. Поражения оливопонтocerebellарного тракта.
2. Дегенеративных изменений в стриатонигральной системе.
3. Синдрома Шая – Дрейджера.

Бруксизм при мультисистемной атрофии укладывается в комплекс симптомов, связанных с поражением стриатонигральной системы, коррелирует со степенью выраженности паркинсонизма.

Лечение бруксизма при мультисистемной атрофии чаще всего сводится к правильному дозированию препаратов леводопы и карбидопы (в комбинации с энтакапоном). Эффективное лечение симптомов паркинсонизма приводит также к ослаблению брукс-активности [14].

### **Эпилепсия**

Отмечена повышенная склонность к бруксизму среди пациентов с эпилепсией. Отмечено, что симптомы бруксизма чаще всего встречаются в межприступный период, равномерно во время сна и бодрствования. Скрежет зубов, возникающий во время приступа, верифицированного видеозлектроэнцефалографическим методом, является показанием к хирургическому лечению повышенной возбудимости в области височной доли головного мозга [15].

### **Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава**

Окклюзионный фактор является наиболее значимым в формировании бруксизма. Длительное неестественное положение височно-нижнечелюстного сустава способствует дислокации суставного диска и перерастяжению задних

отделов суставной капсулы головкой нижней челюсти. Рецепторы растяжения, находящиеся в суставной капсуле, вызывают афферентацию, стимулирующую мышечный аппарат к компенсации и восстановлению естественного положения суставного диска [16].

Естественное «притирание» зубного ряда может способствовать восстановлению биомеханики височно-нижнечелюстного сустава, что может решить целый спектр проблем неправильной окклюзии, среди которых:

- Открывание рта.
- Дыхание.
- Функция жевания.

Вместе с этим, компенсаторные механизмы имеют резерв, в связи с чем, длительно нелеченная дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, сопровождающаяся бруксизмом, приводит к выраженным нарушениям в области височно-нижнечелюстного сустава, его артрозу, заклиниванию, требует радикальной коррекции методом протезирования сустава.

По современным данным, окклюзионная теория бруксизма является устаревшей, на передний план выходит нейрогенная теория, которая обсуждалась выше. Основным опровержением теории окклюзионного бруксизма был эксперимент, в котором искусственно смоделированная патология прикуса не являлась триггером для парافункциональной активности [17–19].

Кроме того, было доказано, что в большинстве случаев коррекция окклюзионных интерференций и восстановление нормальной биомеханики височно-нижнечелюстного сустава не исключала парافункциональной активности.

Тем не менее, коррекция окклюзии является наиболее рациональным и одним из обязательных методов комплексной терапии пациентов с окклюзионным бруксизмом [20].

### **Факторы, способствующие развитию бруксизма**

По данным литературы, 60–80% пациентов с бруксизмом имеют симптом лицевой боли. Безусловно, ноцицептивная афферентная стимуляция является фактором повышения автоматизма мышечной системы [20].

Нарушение дыхания во время сна также является фактором риска развития бруксизма. С точки зрения биомеханики, нарушение положения нижней челюсти может приводить к изменению пространственного отношения с подъязычной костью, что может нарушить угол крепления надподъязычной мышцы, в свою очередь это может приводить к ночному апноэ. Компенсаторные миогенные механизмы могут быть направлены на восстановление положения нижней челюсти, являющейся ключевым звеном в обеспечении хорошей пропускной способности дыхательных путей. Показано, что применение лечебных методик, направленных на борьбу с храпом и апноэ сна (аденэктомия, СИПАП-терапия) статистически значимо способствуют регрессу ночного бруксизма [14–17].

### **Критерии диагностики бруксизма**

Описанные выше аспекты дифференциальной диагностики бруксизма, несомненно, должны укладываться в общую парадигму критериев данного состояния. Ориен-



тируясь на материалы American Academy of Sleep Medicine, врач должен выявить у пациента:

- Жалобы на сжатие, скрип зубов.
- Усталость или боль в жевательных мышцах.
- Гипертрофия жевательных мышц.
- Блокирование височно-нижнечелюстного сустава при пробуждении.

Золотым стандартом инструментальной диагностики бруксизма остается полисомнография, включающая регистрацию электромиограммы и электроэнцефалограммы. Вместе с этим, стоит особое внимание уделять дешевым скрининговым методам ретроспективной оценки эпизодов брукс-активности. Использование каппы с нанесенной на нее краской является достаточно надежным методом выявления бруксизма по местам стирания краски в местах трения зубов [21].

## Выводы

За последние 7 лет на первый план вышла нейрогенная теория бруксизма. Если ранее основной природой брукс-активности считали нарушение биомеханики височно – нижнечелюстного сустава, то за последние годы был накоплен достаточно обширный опыт, указывающий на то, что при коррекции окклюзии у пациентов с бруксизмом сохраняется парафункциональная активность.

Термин «брукс-поведение» был четко обособлен от понятия бруксизм, так как не сопровождался парафункциональными нарушениями и укладывался в парадигму стресс-менеджмента. Коррекция «брукс-поведения» является непосредственной прерогативой врачей-психиатров и психологов, занимающихся модификацией стресса и раздражительности.

Роль нейромедиаторов в развитии бруксизма в настоящее время не определена. Так ряд нейромедиаторов, обеспечивающих одинаковый эффект, в ряде обзоров исследований давал противоречивые данные. Требуется продолжить фундаментальные исследования данного вопроса с целью повышения качества жизни пациентов, подверженных вторичному бруксизму при целом ряде неврологических заболеваний.

## Список литературы / References

1. Bulanda S, Ilczuk-Rypuła D, Nifecka-Buchta A, Nowak Z, Baron S, Postek-Stefańska L. Sleep Bruxism in Children: Etiology, Diagnosis, and Treatment-A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Sep 10;18(18):9544. doi: 10.3390/ijerph18189544. PMID: 34574467; PMCID: PMC8471284.
2. Matusz K, Maciejewska-Szaniec Z, Gredes T, Pobudek-Radzikowska M, Gapiński M, Górna N, Przyszyńska A. Common therapeutic approaches in sleep and awake bruxism – an overview. *Neural Neurochir Pol*. 2022;56(6):455–463. doi: 10.5603/PJNNS.a2022.0073. Epub 2022 Nov 29. PMID: 36444852.
3. Kuang B, Li D, Lobbezoo F, de Vries R, Hilgevoord A, de Vries N, Huynh N, Lavigne G, Aarab G. Associations between sleep bruxism and other sleep-related disorders in adults: a systematic review. *Sleep Med*. 2022 Jan;89:31–47. doi: 10.1016/j.sleep.2021.11.008. Epub 2021 Nov 19. PMID: 34879286.
4. Bornhardt T, Iturriaga V. Sleep Bruxism: An Integrated Clinical View. *Sleep Med Clin*. 2021 Jun;16(2):373–380. doi: 10.1016/j.jsmc.2021.02.010. Epub 2021 Apr 18. PMID: 33985661.
5. Thomas DC, Manfredini D, Patel J, George A, Chanamolu B, Pitchumani PK, Sangalli L. Sleep bruxism: The past, the present, and the future-evolution of a concept. *J Am Dent Assoc*. 2024 Apr;155(4):329–343. doi: 10.1016/j.adaj.2023.12.004. Epub 2024 Feb 16. PMID: 38363252.
6. Viăduțu D, Popescu SM, Mercuț R, Ionescu M, Scriciu M, Glodeanu AD, Stănuși A, Rică AM, Mercuț V. Associations between Bruxism, Stress, and Manifestations of Temporomandibular Disorder in Young Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 29;19(9):5415. doi: 10.3390/ijerph19095415. PMID: 35564810; PMCID: PMC9102407.
7. Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, Yamaguchi T, Raphael K. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. *J Oral Rehabil*. 2008 Jul;35(7):476–94. doi: 10.1111/j.1365-2842.2008.01881.x. PMID: 18557915.
8. Polmann H, Réus JC, Massigian C, Serra-Negra JM, Dick BD, Flores-Mir C, Lavigne GJ, De Luca Canto G. Association between sleep bruxism and stress symptoms in adults: A systematic review and meta-analysis. *J Oral Rehabil*. 2021 May;48(5):621–631. doi: 10.1111/joor.13142. Epub 2021 Jan 28. PMID: 33377534.
9. Goodchild JH, Donaldson M. The intersection between stress and drug-induced bruxism. *Gen Dent*. 2021 Mar-Apr;69(2):12–15. PMID: 33661106.
10. Laganà G, Malara A, Koumoulis A, Tepedino M, Venza N, Cozza P. Bruxism, perceived anxiety and stress in university students. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2021 Mar-Apr;35(2):787–790. doi: 10.23812/20-578-L. PMID: 33934593.
11. Folisi G, Rastelli C, Panti F, Maglione H, Quezada Arcega R. Psychotropic drugs and bruxism. *Expert Opin Drug Saf*. 2014 Oct;13(10):1319–26. doi: 10.1517/14740338.2014.947262. Epub 2014 Sep 6. PMID: 25195948.
12. Mathew T, Venkatesh S, Srinivas M. The approach and management of bruxism in Alzheimer's disease: An under-recognized habit that concerns caregivers (innovative practice). *Dementia (London)*. 2020 Feb;19(2):461–463. doi: 10.1177/1471301217694249. Epub 2017 Feb 15. PMID: 28201931.
13. Bou Malhab F, Hosri J, Zaytoun G, Hadi U. Trigeminal cervical complex: A neural network affecting the head and neck. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2024 Oct 11;1879-7296(24)00130-3. doi: 10.1016/j.anorl.2024.09.008. Epub ahead of print. PMID: 39395902.
14. Wali GM. Asymmetrical awake bruxism associated with multiple system atrophy. *Mov Disord*. 2004 Mar;19(3):352–5. doi: 10.1002/mds.10667. PMID: 15022196.
15. Khachatryan SG, Ghahramanyan L, Tavadyan Z, Yeghiazaryan N, Attarian HP. Sleep-related movement disorders in a population of patients with epilepsy: prevalence and impact of restless legs syndrome and sleep bruxism. *J Clin Sleep Med*. 2020 Mar 15;16(3):409–414. doi: 10.5664/jcsm.8218. Epub 2020 Jan 14. PMID: 31992428; PMCID: PMC7075103.
16. Romero-Reyes M, Bassiur JP. Temporomandibular Disorders, Bruxism and Headaches. *Neural Clin*. 2024 May;42(2):573–584. doi: 10.1016/j.ncl.2023.12.010. Epub 2024 Jan 13. PMID: 38575267.
17. Voß LC, Basedau H, Svensson P, May A. Bruxism, temporomandibular disorders, and headache: a narrative review of correlations and causalities. *Pain*. 2024 Nov 1;165(11):2409–2418. doi: 10.1097/j.pain.0000000000003277. Epub 2024 Jun 18. PMID: 38888745.
18. Castillon EE, Exposito FG. Sleep Bruxism and Pain. *Dent Clin North Am*. 2018 Oct;62(4):657–663. doi: 10.1016/j.cden.2018.06.003. Epub 2018 Aug 14. PMID: 30189988.
19. Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, Yamaguchi T, Raphael K. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. *J Oral Rehabil*. 2008 Jul;35(7):476–94. doi: 10.1111/j.1365-2842.2008.01881.x. PMID: 18557915.
20. Bergmann A, Edelhoff D, Schubert O, Erdelt KJ, Phu Duc JM. Effect of treatment with a full-occlusion biofeedback splint on sleep bruxism and TMD pain: a randomized controlled clinical trial. *Clin Oral Invest*. 2020 Nov;24(11):4005–4018. doi: 10.1007/s00784-020-03270-z. Epub 2020 May 19. PMID: 32430774; PMCID: PMC7544753.
21. Didier HA, Cappellari AM, Sessa F, Gianni AB, Didier AH, Pavesti MM, Caria MP, Curone M, Tullio V, Di Berardino F, Iacona E, Lilli G, Barozzi S, Aldè M, De Bortoli G, Zanetti D, Arnone F, Bussone G. Somatosensory tinnitus and temporomandibular disorders: A common association. *J Oral Rehabil*. 2023 Nov;50(11):1181–1184. doi: 10.1111/joor.13541. Epub 2023 Jun 28. PMID: 37335244.

Статья поступила / Received 13.03.2025  
Получена после рецензирования / Revised 22.03.2025  
Принята в печать / Accepted 22.03.2025

## Информация об авторах

**Ярцева Александра Вадимовна**<sup>1</sup> – к.м.н., доцент кафедры обезболивания в стоматологии

ORCID: 0009-0001-4849-1828. AuthorID: 874246. SPIN: 1461-9288

**Янова Нина Александровна**<sup>2</sup> – к.м.н., доцент кафедры клинической стоматологии

ORCID: 0000-0002-3436-5150. AuthorID: 666431. SPIN: 4826-1927

**Толстунев Леонид Григорьевич**<sup>3</sup> – к.м.н., доцент кафедры стоматологии

ORCID: 0000-0001-6360-1338. SPIN code: 2148-6787

**Давыдова Валентина Владимировна**<sup>4</sup> – главный врач, стоматолог-ортопед

ORCID: 0009-0003-6140-456X

**Хасиева Мадина Авхатовна**<sup>4</sup> – стоматолог-ортопед

ORCID: 0000-0001-6360-1338. SPIN code: 2148-6787

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского», Нижний Новгород, Российская Федерация

<sup>3</sup> Московский медицинский университет (Ревиз), Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup> Центр профилактической стоматологии «Профидент», Москва, Российская Федерация

## Контактная информация:

Ярцева Александра Вадимовна. E-mail: a.v.yartseva@gmail.com

**Для цитирования:** Ярцева А.В., Янова Н.А., Толстунев Л.Г., Давыдова В.В., Хасиева М.А. Полиэтиологичность бруксизма: дифференциальная диагностика и подходы к лечению // Медицинский алфавит. 2025;(10):95–98. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-10-95-98>

## Author information

**Yartseva Alexandra Vadimovna**<sup>1</sup> – PhD, Associate Professor of the Department of Anesthesia in Dentistry

ORCID: 0009-0001-4849-1828. AuthorID: 874246. SPIN: 1461-9288

**Yanova Nina Aleksandrovna**<sup>2</sup> – PhD, Associate Professor of the Department of Clinical Dentistry

ORCID: 0000-0002-3436-5150. AuthorID: 666431. SPIN: 4826-1927

**Leonid Grigorievich Tolstunov**<sup>3</sup> – PhD, Associate Professor of the Department of Dentistry. ORCID: 0000-0001-6360-1338. SPIN code: 2148-6787

**Valentina Vladimirovna Davydova**<sup>4</sup> – Chief Physician, Orthopedic Dentist

ORCID: 0009-0003-6140-456X

**Madina Avkhatoovna Khasieva**<sup>4</sup> – Orthopedic Dentist

ORCID: 0000-0001-6360-1338. SPIN code: 2148-6787

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Russian University of Medicine» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup> National Research Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod, Russian Federation

<sup>3</sup> Moscow Medical University «Reaviz», Moscow, Russian Federation

<sup>4</sup> Center for preventive dentistry «Profident», Moscow, Russian Federation

## Contact information

Yartseva Alexandra Vadimovna. E-mail: a.v.yartseva@gmail.com

**For citation:** Yartseva A.V., Yanova N.A., Tolstunov L.G., Davydova V.V., Khasieva M.A. Polyethiology of bruxism: differential diagnosis and treatment approaches // Medical alphabet. 2025;(10):95–98. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-10-95-98>

