

METODA REFLEXO-BRUXISM-REGLATOARE: EFICIENȚA ÎN FUNCȚIE DE NIVELUL STRESULUI EMOȚIONAL

Victor Lacusta¹ – prof. univ., dr. hab. șt. med., acad. AȘM,
Dumitru Romaniuc² – doctorand,
Victoria Cereș¹ – conf. univ., dr. șt. med.,
Angela Gîlea¹ – conf. univ., dr. șt. med.,
Irina Șincarenco¹ – conf. univ., dr. șt. med.,
Paula Fala³ – rezident

¹Catedra de medicină alternativă și complementară,

²Catedra de stomatologie terapeutică,

³Catedra de neurologie,

IP USMF „Nicolae Testemițanu”

tel.: +373 22 287546, medalternativa@usmf.md

Rezumat

În lucrare este descrisă metoda reflexo-bruxism-reglatoare (acțiunea mecanică asupra zonelor auriculare reflexogene ale sistemului stomatognat în asociere cu mișcările ritmice ale mandibulei timp de 3 min, cu intervale de 1-2 min) pentru autoajutorare la pacienții cu bruxism nocturn primar și stres emoțional pronunțat. Au fost investigați 30 pacienți cu bruxism nocturn primar și 30 persoane sănătoase în stare de confort relativ și în stare de stres emoțional, expresia căruia s-a determinat prin aplicarea *termometrului stresului* (scala analogică de autoapreciere a stresului, VAS-stres). Au fost aplicate teste psihometrice de determinare a calității somnului și metoda de apreciere a proceselor de reglare vegetativă în sistemul stomatognat (potențiale vegetative simpatice cutanate). S-a demonstrat, că metoda propusă diminuează manifestările stresului emoțional, ameliorează somnul nocturn, contribuie la normalizarea activității proceselor de reglare vegetativă în sistemul stomatognat, ceea ce conduce la transformarea bruxismului *streso-patogen* în bruxism *streso-sanogen*.

Cuvinte-cheie: bruxism nocturn, dereglări vegetative, stres emoțional, auto-ajutorare

Summary. Efficiency of bruxism reflex-control method depending on the emotional stress level

In the article the *bruxism reflex-control method* (mechanical action on reflexogenic auricular areas for the stomatognathic system associated with rhythmic mandible movements for a period of 3 minutes, with 1-2 minute intervals) as a self-aid measure for patients with primary sleep bruxism and pronounced emotional stress is described. There were investigated 30 patients with primary sleep bruxism and 30 healthy persons in a relative state of comfort and during emotional stress, the latter being determined by applying a measurement scale (*visual analogue scale* – VAS). There were used psychometric tests for assessing the sleep quality and a method for assessing the processes of autonomous regulation in the stomatognathic system (*autonomous sympathetic skin response*). There has been shown that the proposed method diminishes the manifestation of emotional stress, improves sleep quality, contributes to the normalization of autonomous regulation processes in the stomatognathic system, which in its turn leads to the transformation of bruxism from a *stress-pathogenic* variant into a *stress-sanogenic* one.

Key words: sleep bruxism, autonomous disorders, emotional stress, self-aid

Rezюме. Метод рефлекс-бруксизм регуляции: эффективность в зависимости от уровня эмоционального стресса

В статье приводятся сведения о методе рефлекс-бруксизм регуляции (механическое воздействие на аурикулярные рефлексогенные зоны стоматогнатной системы в сочетании с ритмическими движениями нижней челюсти в течении трех минут с интервалами в 1-2 минуты) для оказания самопомощи у больных страдающих ночным первичным бруксизмом и выраженными проявлениями эмоционального стресса. Всего обследовано 30 пациентов с ночным бруксизмом и 30 здоровых лиц, находящихся в состоянии относительного комфорта и в состоянии эмоционального стресса, выраженность которого определяли с применением термометра стресса (визуальная аналоговая шкала – ВАШ). Были использованы психометрические тесты определения качества ночного сна и метод определения вегетативной регуляции в стоматогнатной системе (вызванные кожные симпатические потенциалы). Было показано, что предлагаемый метод уменьшает выраженность эмоционального стресса, улучшает показатели ночного сна, способствует нормализации процессов вегетативной регуляции в стоматогнатной системе, что в свою очередь приводит к трансформации стрессо-патогенного бруксизма в стрессо-саногенный.

Ключевые слова: ночной бруксизм, вегетативные нарушения, эмоциональный стресс, самопомощь

Introducere. Bruxismul, conform opiniei multor autori, este considerat drept răspuns fizic (somatic) la un stres emoțional, însă rezultatele obținute în ultimii ani atestă o interdependență mult mai complexă ale acestor fenomene [8]. A fost demonstrat experimental, că stările de stres sunt asociate cu contacte ocluzale mai frecvente și mișcări ale mandibulei asemănătoare cu cele apărute în bruxismul nocturn (BN) [5]. Stresul cronic rezultă cu apariția disfuncțiilor musculare în sistemul stomatognat de la 34,0% până la 46,2% cazuri și provoacă modificări severe ale reflexelor maseterice [9,10]. Pe de altă parte, prezența stresului cronic diminuează pragul de apariție a BN [7]. Problema devine dificilă, deoarece stresoreactivitatea la pacienții cu BN este determinată și de predispoziția genetică la anumite reacții psihomotorii [3].

Actualmente, în cadrul tratamentului complex al bruxismului, se aplică metode și tehnologii de diminuare a stresului emoțional, ameliorare a somnului, diminuare a durerilor musculare etc. [2,4,11]. O metodă de autoajutorare la pacienții cu BN poate fi considerată benefică atunci când se atestă și o ameliorarea stării psihoemoționale și psihovegetative, pe lângă diminuarea manifestărilor episodului de bruxism. Reieșind din cele relatate, ne-am propus drept obiectiv, elaborarea unei metode capabile să influențeze mai puternic de-reglările psihomotorii la pacienții cu BN în condiții de tensionare psihoemoțională (stres emoțional). În căutarea acestei tehnologii, ne-am axat pe posibilitățile terapeutice ale zonelor reflexogene auriculare, asociate cu sistemul stomatognat [6,12] (fig. 1).

Zona lobulului auricular prezintă un interes deosebit pentru specialiștii din stomatologie, reieșind din particularitățile inervației acestei zone – nervul facial (VII), trigemen (V), glosofaringean (IX), vagus (X) și plexul cervical ($C_2 - C_3$) – nervi care participă la reglarea multor funcții a sistemului stomatognat și realizarea conexiunilor cu alte sisteme ale organismului [12]. Pe de altă parte, stimularea terminațiilor aces-

tor nervi, creează condiții favorabile pentru modificarea esențială a activității structurilor trunchiului cerebral implicate în reglarea activității sistemului stomatognat. Inervația comună a lobulului auricular și a structurilor sistemului stomatognat dă posibilitatea de interacțiune neurofiziologică a aferențelor parvenite din ambele zone, cu efecte de stimulare, inhibare etc.

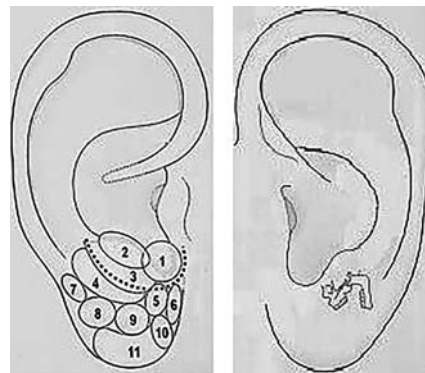


Figura 1. Proiecția structurilor cerebrale și a sistemului stomatognat pe lobulul pavilionului auricular [6, 12]

Notă: 1 – hipofiza; 2 – hipotalamusul; 3 – formația reticulară; 4 – sistemul limbic; 5 – talamus; 6 – lobul frontal; 7 – proiecția corticală vestibulară; 8 – proiecția corticală auditivă; 9 – proiecția corticală vizuală; 10 – proiecția corticală motorie; 11 – proiecția corticală somatoviscerală.

Nervii menționați posedă conexiuni foarte complexe, care participă atât în mecanismele patogenetice ale BN (sensibilitatea nociceptivă, hiperactivitatea mușchilor masticatori, activitatea reflexo-ocluzală etc.), cât și în mecanismele sanogene la această categorie de pacienți.

Material și metode. Pornind de la posibilitatea teoretică de a influența activitatea sistemului stomatognat prin acțiunea asupra zonelor reflexogene auriculare, am elaborat o metodă numită *reflexo-bruxism-reglatoare* (metoda RBR). Primul component al acestei metode este acțiunea mecanică (masaj, întinderea, presarea, frecarea) asupra lobulului auricular cu scop de a influența prin nervii respectivi asupra structurilor

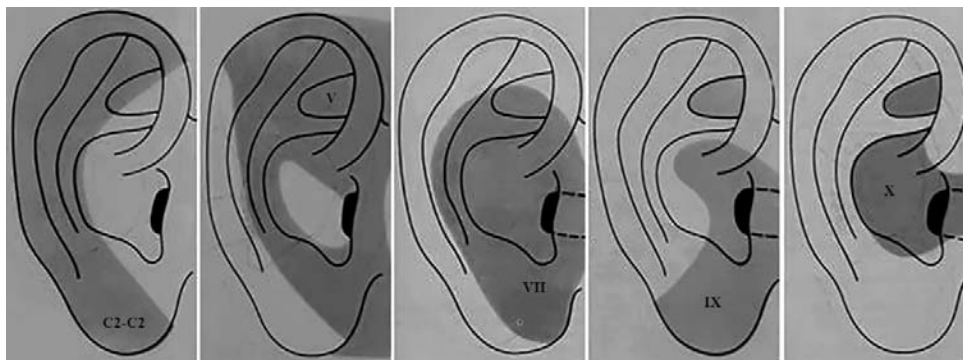


Figura 2. Zonele de inervație a pavilionului auricular: plexul cervical (C2-C3), nervul trigemen (V), nervul facial (VII), nervul glosolaringian (IX), nervul vagus (X) [12]

trunchiului cerebral, implicate în reglarea activității sistemului stomatognat și proceselor psihovegetative, psihoendocrine și vegetativ-vasculare (fig. 3).

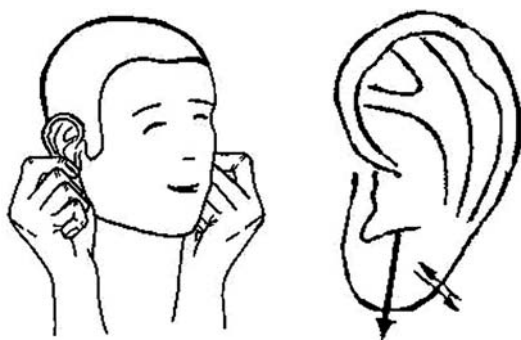


Figura 3. Reprezentarea schematică a procedurii de stimulare a zonelor reflexogene auriculare, aplicate în metoda reflexo-bruxism reglatoare.

Al doilea component include acțiunea asupra lobulului auricular concomitant cu mișcări ritmice ale mandibulei, pentru a crea condiții fiziologice mai favorabile de interacțiune ale zonelor reflexogene auriculare cu structurile sistemului stomatognat. S-a demonstrat, că angrenarea periodică forțată la pacienții cu BN poate reduce nivelul de cortizol în salivă și, deci, diminuează nivelul stresului emoțional [8]. Se efectuează 3-6 cicluri de angrenări – fiecare ciclu include o angrenare maximală a maxilarelor timp de 5 sec. urmată de un repaus de 5 sec. Procedura se repetă timp de 3 min, după ce urmează o relaxare de 1-2 min.

Pentru evidențierea particularităților de acțiune a metodei elaborate (metoda RBR), au fost investigați 30 pacienți cu bruxism nocturn primar și 30 persoane sănătoase. Pacienții cu BN și persoanele sănătoase au fost divizate în 4 grupe: BN cu stres emoțional, BN fără semne pronunțate de stres, persoane sănătoase cu stres emoțional, persoane sănătoase fără semne pronunțate de stres. Pacienții au fost investigați în zilele când, conform *termometrului stresului* (VAS-stres), se obțineau cifre mai mici de 5 (grupa pacienților fără

stres emoțional, n = 30) și în zilele când indicii erau mai mari de 5 (grupa pacienților cu senzații subiective de stres emoțional, n = 30). În felul acesta, aceeași pacienți au fost investigați în condiții psihoemoționale relativ confortogene (VAS ≤ 5 pt.) și în condiții de autoapreciere a stresului (VAS > 5 pt.).

Criterii de includere în cercetare: diagnosticul clinic pozitiv al bruxismului nocturn primar, confirmat prin înregistrarea obiectivă a episoadelor nocturne; edentații parțiale (1-3 dinți); vârsta pacienților 18-50 ani; prezența acordului pacientului pentru participare în cercetare; pacienți cooperanți. *Criterii de excludere din cercetare:* vârsta în afara limitelor stabilite; maladii asociate cu bruxismul secundar (afecțiuni ale sistemului nervos central, epilepsie, parkinsonism etc.); prezența anomaliilor și semnelor inflamatorii la nivelul sistemului stomatognat; prezența semnelor de afectare organică cu decompensarea activității mușchilor masticatori (activitatea bioelectrică conform EMG în stare de relaxare mai mică de 30 mcV); diferite maladii acute și cronice în perioada de acutizare, parazitoze; alcoolism, narcomanii, toxicomanii, boli psihice; tratament cu remedii psihotrope, anticonvulsante, miorelaxante; lipsa acordului pacientului pentru participare în cercetare; pacienții necooperanți.

Pentru înregistrarea cantitativă a episodului motor nocturn am aplicat dispozitivul portabil *Sleep Guard SG5* (*Hollistic Technologies Inc., USA*). Dispozitivul se aplica timp de 5 nopți consecutive pentru a determina valorile medii ale indicilor motori: numărul total de încheștări în timpul somnului nocturn (TNC – *total number of clenching*) și durata totală de manifestare a lor (TCT – *total clench time*).

Potențialele vegetative evocate la încheștarea maxilarelor (*jaw clenching sympathetic skin response-jc.SSR*) au fost determinate cu aplicarea complexului computerizat multifuncțional *Neuro-MVP* (*Neurosoft*). Am analizat potențialul vegetativ-simpatic evocat habitual la angrenarea forțată a maxilarelor (jc.SSR-H). Am determinat indicii cantitativi și calitativi

ai somnului de noapte cu aplicarea chestionarelor specializate [11,13].

Rezultatele obținute au fost prelucrate cu ajutorul pachetului de programe pentru analiză statistică *Statistica for Windows*, v. 10.0 (StatSoft Inc., SUA). Am utilizat testul *t-Student* cu determinarea mediei aritmetice și erorii standard (*ES*). Pentru aprecierea eficienței tratamentului am determinat coeficientul eficacității: $\beta = 1 - (F - N) / (I - N) \times 100\%$, unde: *I* – valoarea parametrilor până la tratament; *F* – parametrii finali după tratament; *N* – parametrii la persoane sănătoase.

Rezultate. La pacienții cu *BN* și semne de stres emoțional (VAS-stres > 5pt.), în seara precedentă aplicării metodei RBR, s-au depistat indicii VAS-stres cu valoarea de $6,9 \pm 0,28$ pt.; după aplicarea metodei RBR valorile respective s-au modificat statistic concludent cu ameliorarea indicilor VAS-stres – $4,2 \pm 0,36$ pt. ($p < 0,001$).

La pacienții cu *BN* și semne de stres emoțional în noaptea precedentă aplicării metodei RBR indicii episodului motor constituiau pentru TNC – $95,7 \pm 6,3$ un. și pentru TCT – $163,6 \pm 7,6$ s, iar în noaptea după aplicarea metodei RBR, acești indici au diminuat statistic semnificativ (TNC – $45,6 \pm 9,6$ un.; TCT – $60,19 \pm 6,9$ s). Coeficientul β sub influența metodei RBR este pentru TNC – $56,0\%$ și pentru TCT – $65,0\%$.

Durata somnului în noaptea înainte de aplicarea metodei RBR era de $7,2 \pm 1,6$ ore, iar după aplicarea metodei – $7,8 \pm 1,5$ ore. Calitatea somnului înainte de aplicarea metodei RBR constituia $17,1 \pm 1,3$ pt., iar după aplicarea metodei – $22,7 \pm 1,5$ pt. ($p < 0,01$), aceasta ameliorându-se cu $32,7\%$.

La pacienții cu *BN* și semne de stres emoțional, înaintea aplicării metodei RBR, indicele jc.SSR-H, A₂ (amplitudinea potențialului habitual vegetativ-simpatic evocat la angrenarea forțată a maxilarelor) avea valorile medii de $4,4 \pm 0,50$ mV, iar după realizarea metodei – $3,0 \pm 0,48$ mV ($p < 0,05$). Aceste date demonstrează că intensitatea răspunsului vegetativ simpatic în sistemul stomatognat a diminuat considerabil. Până la aplicarea metodei RBR, valorile jc.SSR-H, A₂ se deosebeau de cele normale la persoane sănătoase ($p < 0,001$), iar după realizarea acestei metode, valorile jc.SSR-H, A₂ practic se normalizau. Timpul central de reglare vegetativă la pacienții cu *BN* și semne de stres emoțional sub influența metodei RBR, prezenta tendințe de ameliorare, cu modificarea de la $10,6 \pm 0,31$ s până la $9,8 \pm 0,36$ s.

La pacienții cu *BN* fără semne de stres emoțional (VAS-stres < 5 pt.), aplicarea metodei RBR, de asemenea, a provocat modificări considerabile ale indicilor psihoemoționali: până la aplicarea metodei RBR, indicii VAS-stres aveau valorile de $2,6 \pm 0,65$ pt.; iar după realizarea metodei RBR, aceștia prezentau

tendințe spre ameliorare – $2,3 \pm 0,72$ pt. ($p > 0,05$).

La pacienții cu *BN* fără semne de stres emoțional, valorile indicilor motorii ale episodului nocturn până la aplicarea metodei RBR, constituiau: TNC – $112,8 \pm 5,7$ un.; TCT – $182,7 \pm 7,7$ s; iar după aplicarea metodei RBR, acești indici au diminuat considerabil ($p < 0,001$): TNC – $43,8 \pm 6,9$ un.; TCT – $58,7 \pm 7,9$ s. Eficacitatea corecției (coeficientul β) la pacienții fără semne de stres emoțional constituie respectiv pentru TNC – $63,0\%$ și pentru TCT – $69,0\%$.

Durata somnului nocturn nu s-a modificat statistic semnificativ (până la aplicarea metodei RBR – $7,6 \pm 1,5$ ore, iar după aplicarea metodei – $7,1 \pm 0,8$ ore). La pacienții cu *BN* și VAS-stres < 5 pt., înainte de aplicarea metodei RBR calitatea somnului constituia $19,3 \pm 1,5$ pt. iar după aplicarea metodei – $21,8 \pm 1,4$ pt. ($p > 0,05$).

Analiza rezultatelor obținute la pacienții cu *BN* fără semne de stres emoțional a evidențiat că valorile jc.SSR-H, A₂ aveau tendințe spre ameliorare sub influența metodei RBR ($3,2 \pm 0,26$ mV vs. $3,1 \pm 0,35$ mV), la fel și timpul central de reglare vegetativă (jc.SSR-H, T, s) – $10,2 \pm 0,35$ s vs. $9,9 \pm 0,33$ s.

La persoane sănătoase cu semne de stres emoțional (VAS-stres > 5 pt.), până la aplicarea metodei RBR, valoarea VAS-stres constituia $5,8 \pm 0,41$ pt.; iar după utilizarea metodei RBR – $2,5 \pm 0,38$ pt.

Indicii episodului motor cu semne de încheștare a maxilarelor se manifestă și la persoanele sănătoase în stare de stres emoțional pronunțat. Înaintea aplicării metodei RBR, TNC constituia $12,9 \pm 2,4$ un.; TCT avea valori de $16,25 \pm 0,59$ s, iar după aplicarea metodei RBR valorile acestor indici au diminuat considerabil: TNC – $9,6 \pm 2,7$ un.; TCT – $8,83 \pm 0,41$ s.

Durata somnului, sub influența metodei RBR, nu s-a modificat semnificativ (înaintea aplicării metodei RBR constituia $7,6 \pm 1,0$ ore, iar după aplicarea metodei – $7,1 \pm 0,9$ ore). La persoane sănătoase cu stres emoțional, până la aplicarea metodei RBR calitatea somnului constituia $22,8 \pm 1,3$ pt., iar după aplicarea metodei – $26,6 \pm 1,2$ pt. ($p < 0,05$).

La persoane sănătoase în stare de stres emoțional, indicele jc.SSR-H, A₂ a diminuat sub influența metodei RBR de la $2,9 \pm 0,22$ mV până la $2,3 \pm 0,38$ mV. De menționat, că înaintea aplicării metodei RBR, indicii jc.SSR-H, A₂ se deosebeau de valorile înregistrate la persoane sănătoase în stare de confort ($p < 0,05$), iar după realizarea metodei, aceste deosebiri erau statistic neconcludente. Timpul central de reglare vegetativă (jc.SSR-H, T, s) sub influența metodei RBR nu se modifica esențial ($9,5 \pm 0,23$ s vs. $9,4 \pm 0,39$ s).

La persoane sănătoase fără semne de stres emoțional (VAS-stres < 5 pt.) aplicarea metodei RBR a

condus la o armonizare a funcțiilor psihoemoționale: până la aplicarea metodei RBR, VAS-stres constituia $3,2 \pm 0,39$ pt.; după aplicarea metodei – $2,8 \pm 0,48$ pt.

La aceste persoane se atestă un număr foarte mic de încleștări în timpul somnului: până la aplicarea metodei RBR, TNC constituia $3,4 \pm 0,95$ un., iar TCT – $3,6 \pm 0,68$ s. După aplicarea metodei RBR, indicii respectivi s-au modificat: TNC – $3,3 \pm 0,1$ un.; TCT – $1,81 \pm 0,32$ s. Se observă că și la persoanele sănătoase, fără semne de stres emoțional, aplicarea metodei RBR micșorează perioada totală de încleștare ($p < 0,05$).

Durata somnului de noapte nu s-a modificat considerabil fiind de $7,3 \pm 0,6$ ore înaintea aplicării metodei RBR și de $7,1 \pm 0,5$ ore după aplicarea metodei. La persoanele sănătoase, fără manifestări de stres emoțional înainte de aplicarea metodei RBR, calitatea somnului constituia $23,6 \pm 1,4$ pt. iar după aplicarea metodei – $25,3 \pm 1,5$ pt. ($p > 0,05$).

Discuții. În baza investigațiilor realizate, se poate constata că metoda RBR are un efect de armonizare psihoemoțională, cu diminuarea considerabilă a intensității stresului emoțional. Efectele pozitive se atestă nu doar la pacienții cu BN, dar și la persoanele sănătoase la care procesele sanogene devin mai stabile sub influența metodei. Metoda propusă are efect de modulare a funcțiilor studiate: diminuează dereglările motorii, ameliorează calitatea somnului și statutul psihovegetativ, fără să manifeste efecte nedorite.

Rezultatele noastre au evidențiat, că nu doar la pacienții cu BN, dar și la persoane sănătoase, sub acțiunea stresului emoțional, sporesc indicii TNC și TCT, în comparație cu valorile în stare de confort. Aceste date confirmă conceptul modern referitor la rolul stresului emoțional în patogeneza BN [1,13]. Pentru a evita formarea patternului de hiperactivitate a mușchilor masticatori, la persoane aflate în stres cronic, este importantă realizarea unui program de stres-limitare și relaxare la etapele inițiale. Metoda elaborată este eficientă nu doar la pacienții cu BN, dar și la persoanele sănătoase, aflate în stres cronic, cu risc major de formare a patternului de hiperactivitate a mușchilor masticatori, tipic pentru bruxism.

Metoda RBR în lipsa manifestărilor de stres emoțional nu provoacă disconfort psihoemoțional, pacienții constată senzații de relaxare psihomotorie, senzații plăcute de căldură în regiunea pavilioanelor auriculare, ceea ce ameliorează procesul de adormire. S-ar părea, că aceste persoane nu au un stres emoțional exprimat (VAS-stres era în limitele normei), însă reacția organismului la aplicarea metodei RBR, era similară cu reacția pacienților cu un nivel înalt de stres. La pacienții cu BN, aplicarea metodei RBR considerabil diminuează atât numărul de încleștări în timpul som-

nului, cât și durata lor totală, independent de prezența sau absența semnelor subiective de stres emoțional. Aceste date pot fi interpretate drept posibilă prezență la pacienții cu BN și a altor variante clinice de stres asociate cu episodul de BN (tensionarea mușchilor masticatori, durerea musculară etc.). Se poate presupune că pacienții cu BN, chiar și în cazul unui statut psihoemoțional relativ normal, pot suporta o stare de tensionare asociată cu activitatea mușchilor masticatori. Aceste rezultate denotă că la pacienții cu BN, indiferent de gradul de manifestarea trăirilor stresogene la nivel subiectiv, este necesară realizarea măsurilor pentru diminuarea tensionării vegetativ-motorii. Rezultatele obținute confirmă datele din literatură de specialitate, conform cărora stresul cronic poate conduce la sporirea activității mușchilor masticatori, independent de starea psihoemoțională [1,5,9,10].

Metoda RBR nu provoacă efecte adverse și complicații, ușor se realizează în diferite situații stresogene. Pacienții voluntar aplicau metoda în stările anxioase, depresive și în cazuri de cefalee. De notat, că toți pacienții investigați cu BN, sufereau de cefalee cu divers grad de manifestare, ceea ce confirmă datele din literatură [1].

Experiența de aplicare a metodei reflexo-bruxism-reglatoare, permite sistematizarea indicațiilor de aplicare a metodei: manifestări pronunțate ale stresului emoțional la pacienții cu bruxism nocturn și persoane sănătoase; manifestări frecvente și de lungă durată sau agravarea episoadelor motorii nocturne ale bruxismului (numărul de încleștări și durata lor); agravarea dereglărilor psihovegetative în sistemul stomatognat; cefalei asociate bruxismului.

În baza rezultatelor obținute, se poate constata că activarea direcționată a sistemului stomatognat prin angrenarea forțată a maxilarelor cu un anumit ritm (metoda RBR), conduce la diminuarea stresului cu ameliorarea componentelor – psihoemoțional, motor și vegetativ. Fenomenul studiat confirmă ipoteza lui Slavicek R. [13] conform căreia BN este o *supapă-pentru eliminarea* stresului excesiv. Putem afirma că metoda RBR este de fapt un model al *bruxismului streso-sanogen*, iar episoadele excesive ale BN reprezintă un *bruxism streso-patogen*.

Concluzii

1) La pacienții cu bruxism nocturn primar și la persoanele aflate în stare de stres emoțional excesiv, este indicată metoda reflexo-bruxism-reglatoare, care se realizează prin stimularea zonelor reflexogene auriculare ale sistemului stomatognat în asociere cu mișcărilor ritmice ale mandibulei și angrenarea forțată a maxilarelor.

2) Aplicarea metodei reflexo-bruxism-reglatoare provoacă efecte de modularea expresiei epi-

soadelor nocturne ale bruxismului și manifestărilor psihovegetative ale stresului emoțional cu atenuarea bruxismului stres-patogen și intensificarea proceselor sanogene.

Bibliografie

1. Benoliel R., Sharav I., *Masticatory myofascial pain and tension-type and chronic daily headache*. Chapter 7 In. *Orofacial pain and headache*, 2015, 664 p.
2. Dowd E., *Nocturnal bruxism and hypnotherapy: a case study*. *Int. J. Clin. Hypn.*, 2013; 61(2), p. 205-218.
3. Major M., Rompre P.H., *A controlled daytime challenge of motor performance and vigilance in sleep bruxers*. *J. Dent. Res.*, 1999; 78, p. 1754-1762.
4. Ommerborn M. A., Schneider C., Giraki M., *Effects of an occlusal splint compared with cognitive-behavioral treatment on sleep bruxism activity*. *Eur. J. Oral Sci.*, 2007; 115(1), p. 7-14.
5. Rasales V.P., *Emotional stress and brux-like activity of the masseter muscle in rats*. *Eur. J. Orthodont.*, 2002; 24, p. 107-117.
6. Romoli M., *Auricular acupuncture diagnosis*. Elsevier, 2010, 301 p.
7. Svensson P., *Relationships between craniofacial pain and bruxism*. *J. Oral. Rehabil.*, 2008; 35, p. 524-547.
8. Tahara I., Sakurai K., Ando T., *Influence of chewing and clenching on salivary cortisol levels as an indicator of stress*. *J. Prostodont*, 2007; 16(2), p. 129-135.
9. Tosato J.P., Caria P.H., *Correlation of stress and muscle activity of patients with different degrees of temporomandibular disorder*. *J. Phys. Ther. Sci.*, 2015; 27, p. 1227-1231.
10. Wieckiewicz M., *Psychosocial aspects of bruxism: the most paramount factor influencing teeth grinding*. *Bio. Med. Res. Int.*, 2014; 7 p.
11. Бойкова Е.И., *Диагностика и принципы комплексного лечения пациентов с бруксизмом*. Смоленск, 2015; 148 с.
12. Дуриян Р.А., *Атлас аурикулярной рефлексотерапии*. Ташкент: Медицина, 1982; 78с.
13. Славичек Р., *Функция жевания у человека*. ДентАрт, 2012; 3, p. 24-33.