Оригинальные работы / Original papers

© А. К. Иорданишвили, А. А. Сериков, А. Р. Фаизов, 2017 г.
УДК 616.742.7:612.821

А. К. Иорданишвили^{1, 2}, А. А. Сериков^{2*}, А. Р. Фаизов²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

² Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

ЛИЧНОСТНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ НА БОЛЕЗНЬ ПРИ ПАРАФУНКЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Резюме

Введение. Особенности личности больного человека играют важную роль в обеспечении эффективного лечения и в профилактике рецидивов различных патологий. Поэтому позиция пациента по отношению к своему здоровью и проводимому лечению, а также к врачам и вспомогательному медицинскому персоналу является важным фактором успешности их реабилитации. Известно, что парафункции жевательных мышц, под которыми понимается повышенная нецелесообразная их активность, встречаются часто. Они плохо поддаются лечению и очень мучительны для больных. Помочь вылечить стоматологического больного может использование психофармакологических и психотерапевтических методов, направленных на изменение отношения пациентов к болезни. Это может изменить реакцию пациента на болезнь и создать реалистические установки на лечение. В то же время изучение отношения стоматологических больных к болезни практически не освещено в доступной отечественной и зарубежной литературе.

Цель — изучение отношения к болезни взрослых людей, страдающих различными формами парафункций жевательных мышц.

Материал и методы. Проведено изучение отношения 29 взрослых людей, страдающих различными формами парафункций жевательных мышц, к болезни. Для определения типа отношения пациента к болезни была использована тестовая клиническая методика ТООЛ (тип отношения к болезни), в которой реализовалась клинико-психологическая типология отношения пациента к болезни, предусматривающая возможность определения одного из 12 типов реагирования.

Результаты исследования. Установлено, что до начала терапии, независимо от возраста лиц, страдающих парафункцией жевательных мышц, чаще наблюдались типы отношения к болезни, при которых отмечено дезадаптивное поведение с преимущественно интрапсихической направленностью реагирования на болезнь, что проявлялось характерными реакциями по типу раздражительной слабости, тревожного, подавленного, угнетенного состояния. Проведенное комплексное лечение с использованием стоматологических лечебно-профилактических мероприятий, упражнений лечебной физкультуры, а также спазмолитика скелетной мускулатуры позволило добиться эффективности лечения, равной 95,8 %. Также удалось изменить у пациентов неадекватные реакции на болезнь, устранить выраженные явления психической дезадаптации, а также создать у больных реалистические установки на лечение, способствовать восстановлению широких социальных связей и активному участию в лечении.

Выводы. Полученные сведения о типе отношения пациентов с такой хронической, тяжелой и мучительной для больных патологией, как парафункции жевательных мышц, имеют прикладное значение, так как достижение положительного лечебного результата и успешная реабилитация возможны только при изменении отношения пациента к болезни, особенно при втором и третьем типе в рамках теста ТООЛ, для чего необходимо привлечение к реабилитации таких пациентов клинического фармаколога или психотерапевта.

Ключевые слова: жевательные мышцы, парафункция жевательных мышц, бруксизм, сжатие зубов, скрежетание зубов, отношение к болезни, личностное реагирование на болезнь

Иорданишвили А. К., Сериков А. А., Фаизов А. Р. Личностное реагирование на болезнь при парафункции жевательных мышц. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2017;24(2):52–58. DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-2-52-58.

* Автор для связи: Антон Анатольевич Сериков, ФГБВОУ «ВО ВМедА им. С. М. Кирова» Минздрава России, ул. Академика Лебедева, д. 6, Санкт-Петербург, Россия, 194044. E-mail: mdgrey@bk.ru

© А. К. Iordanishvili, A. A. Serikov, A. R. Faizov, 2017
UDC 616.742.7:612.821

А. К. Iordanishvili^{1, 2}, А. А. Serikov^{2*}, А. Р. Faizov²

¹ North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

² Military medical academy of S. M. Kirov, St. Petersburg, Russia

PERSONAL RESPONSE TO DISEASE IN PARAFUNCTIONS OF MASTICATORY MUSCLES

Abstract

Introduction. Particularities of personality of a sick person play an important role in providing effective treatment and prevention of relapse in various pathologies. Therefore, the position of the patient in relation to his/her health and ongoing treatment, as well as

to doctors and auxiliary medical personnel are important factors in the success of rehabilitation. Parafunctions of masticatory muscles, which are understood as an impractical inappropriate activity, are known to be often found. They are poorly amenable to treatment and very painful for patients. The use of psychopharmaceutical and psychotherapeutic methods aimed at changing the patient's attitude to the disease can help to cure such dental patient. This can change the patient's response to the disease and create realistic settings for treatment. At the same time, the study of the attitude of dental patients to the disease is practically not covered in the accessible domestic and foreign literature.

The **purpose** of study is research the attitude to the disease of adults suffering from various forms of parafunctions of the masticatory muscles.

Material and methods. The work was carried out to study the attitude of 29 adults suffering from various forms of parafunctions of the masticatory muscles to the disease. To determine the type of attitude to the patient's disease, we used the TOBOL clinical test method (type of attitude to the disease), which implements the clinical and psychological typology of patient attitude and provides for the possibility of defining one of the twelve types of responses.

Results. It was found that before treatment, regardless of age in individuals suffering from parafunction of the masticatory muscles, there were more common types of attitude to the disease, in which the observed maladaptive behavior with predominantly intrapsychic oriented response to the disease manifested the characteristic reactions of the type of irritable weakness, anxiety, depressed and oppressed condition. The performed complex treatment with the use of complex dental treatment and preventive measures, physical therapy exercises and antispasmodic of skeletal muscles allowed to achieve treatment efficiency of 95.8 %. Thus, it changed patients' inadequate response to the disease, eliminated significant signs of mental maladjustment, as well as created realistic attitude to treatment in patients, helped to restore broad social relations and active participation in treatment.

Conclusions. The obtained data about the type of attitude of patients with such chronic, severe and painful pathology as parafunctions of masticatory muscles are of practical value, as the achievement of a positive therapeutic result and successful rehabilitation are possible only if the patient's attitude toward the disease changes, especially in the second and third types in the framework of the test «Type of attitude towards the disease» (TOBOL), therefore the involvement of a clinical pharmacologist or psychiatrist is necessary for rehabilitation of such patients.

Keywords: masticatory muscles, parafunction of chewing muscles, bruxism, teeth compression, teeth grinding, attitude to disease, personal response to the disease

Jordanishvili A. K., Serikov A. A., Faizov A. R. Personal response to disease in parafunctions of masticatory muscles. The Scientific Notes of IPP-SPSMU. 2017;24(2):52–58. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-2-52-58.

* **Corresponding author:** Anton A. Serikov. Military medical academy of S. M. Kirov, 6 Lebedeva street, St. Petersburg, Russia, 194044. E-mail: mdgrey@bk.ru

ВВЕДЕНИЕ

Особенности личности больного человека играют важную роль в обеспечении эффективного лечения и в профилактике рецидивов не только при различной психосоматической патологии, но и при стоматологической патологии [1]. Поэтому позиция пациента по отношению к своему здоровью и проводимому лечению, а также к врачам и вспомогательному медицинскому персоналу является важным фактором успешности их реабилитации [2, 3]. Известно, что парафункции жевательных мышц, под которыми понимается повышенная нецелесообразная их активность, напряжение или спазм [4], встречаются часто, плохо поддаются лечению и очень мучительны для больных [5, 6]. Если у взрослых людей распространенность парафункций жевательных мышц составляет в среднем 2,2–6,2 %, то у лиц, имеющих профессиональные вредности, их частота встречаемости значительно возрастает [7, 8]. Так, у летного состава Вооруженных сил страны частота встречаемости парафункций жевательных мышц колеблется от 15,8 до 26,6 % [9]. Имеются известные сложности при лечении пациентов, страдающих парафункциями [2, 4]. Помочь выйти из такого «порочного круга» стоматологическому больному может использование психофармакологических и психотерапевтических методов, направленных на изменение отношения пациентов к болезни [10, 11]. Это может изменить не только реакцию на болезнь, но и создать реалистические

установки на лечение, а также восстановление социальных связей в широком их смысле [10–12], а также профилактику рецидивирования заболеваний, которые у взрослых людей часто характеризуются коморбидностью [10, 13]. В то же время изучение отношения стоматологических больных к болезни практически не освещено в доступной отечественной и зарубежной литературе.

Цель работы состояла в изучении отношения к болезни взрослых людей, страдающих различными формами парафункций жевательных мышц.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находились 29 взрослых мужчин молодого и среднего возраста (от 24 до 42 лет), страдающих парафункцией жевательных мышц в виде бруксизма (скрежетания зубов), проявляющегося чаще в ночное время (21 (72,4 %) человек) и в форме сжатия зубов (8 (27,6 %) человек).

Для определения типа отношения пациента к болезни была использована тестовая клиническая методика ТОБОЛ (тип отношения к болезни), в которой реализовалась клиничко-психологическая типология отношения пациента к болезни, предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым в 1980 г. [7]. Методика предусматривает возможность определения одного из 12 типов реагирования, диагностируемых тестом: сенситивный (С), тревожный (Т), ипохондрический (И), меланхолический (М), апатический (А), неврастенический (Н), эгоцентрический (Э), паранойяльный (П), анозогнозиче-

Рис. 1. Выполнение миотонметрии у пациента с парафункцией жевательных мышц
Fig. 1. Execution of myotonometry the patients with a parafunction of the masticatory muscles

ский (З), дисфорический (Д), эргопатический (Р) и гармоничный (Г), которые авторами методики выделены в 3 блока: условно-адаптивный (I), интрапсихически-дезадаптивный (II) и интерпсихически-дезадаптивный (III) [12]. Тип отношения болезни определяли дважды — до начала лечения и после завершения курса лечения.

Комплекс лечебно-профилактических мероприятий предусматривал санацию полости рта, нормализацию окклюзионных взаимоотноше-

ний между рядами челюстей путем устранения преждевременных контактов между зубами челюстей (супраконтакты), выравнивания окклюзионной кривой путем избирательного пришлифовывания зубов (окклюзионная реабилитация), ночного ношения эластичной каппы, изготовленной по общепринятым рекомендациям [4], а также медикаментозной терапии (анксиолитик Афобазол по 10–20 мг 3 раза в день в течение 2–4 недель) и упражнений лечебной физической культуры [9].

При клиническом анализе степени тяжести парафункций жевательных мышц и степени тяжести ее течения использовали общепринятую методику [4]. Клиническую оценку эффективности лечения осуществляли по методике А. К. Иорданишвили и др. [9]. Для уточнения состояния собственно жевательных мышц использовали миотонметрию (рис. 1), которая была также необходима для оценки степени тяжести течения и оценки эффективности проводимого лечения (таблица).

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа — «Statistica for Windows v.6.0». Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Рис. 2. Частота встречаемости различных типов отношения к болезни среди пациентов, страдающих парафункцией жевательных мышц, до и после лечения
Fig. 2. Incidence of different types of attitude towards the disease among suffering patients with parafunction of the masticatory muscles before and after treatment

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациенты предъявляли жалобы на боль или чувство неловкости в жевательных мышцах. При пальпации жевательных мышц определялись болевые точки, чаще в крыловидных мышцах на балансирующей стороне жевательного аппарата. У 7 человек (24,1 %) диагностирована парафункция средней степени тяжести, у 22 (75,9 %) — легкой степени тяжести. Средний показатели тонуса «покой» и «сжатия» собственно жевательных мышц были незначительно повышены — соответственно до 45 — 50 и 270 — 285 г ($p \leq 0,05$) по сравнению с возрастной физиологической нормой [9].

Данные об отношении к болезни, полученные до начала лечения лиц, страдающих парафункциями жевательных мышц, не выявили возрастных различий ($p \geq 0,05$), а также различий с учетом формы парафункций жевательных мышц ($p \geq 0,05$). Поэтому результаты исследования объединены без учета возраста и формы заболевания (рис. 2). Графическое отображение типов отношения к болезни у пациентов, страдающих парафункциями жевательных мышц до лечения, показано на рис. 3.

До начала терапии, независимо от возраста, у лиц, страдающих парафункциями жевательных мышц, отмечались типы отношения к болезни, входящие преимущественно во второй блок (75,85 %) ($p \leq 0,05$). При этом отношении к болезни эмоционально-аффективная сфера отношений у таких пациентов проявляется в дезадаптивном поведении, для которого характерны реакции по типу раздражительной слабости, тревожного, подавленного, угнетенного состояния, «ухода» в болезнь или «капитуляции» перед заболеванием. При этом наличие у больных психической дезадаптации в связи с болезнью отличается преимущественно интрапсихической направленностью реагирования на болезнь.

Так, среди типов отношения к болезни у лиц, страдающих парафункциями жевательных мышц (рис. 2), наиболее часто выявлялись ипохондрический (24,11 %), невра-

стенический (17,3 %) и меланхолический (17,3 %), реже — апатический (10,3 %) и тревожный (6,9 %) типы. При этом наличие у пациентов психической дезадаптации в связи с наличием парафункций жевательных мышц отличается преимущественно интрапсихической направленностью реагирования на болезнь. При ипохондрическом типе отношения к болезни у пациентов отмечалось чрезмерное сосредоточение на субъективных и других неприятных ощущениях, связанных с наличием парафункций жевательных мышц, при сочетании желания лечиться и неверия в успех

а

б

Рис. 3. Графическое отображение типов отношения к болезни у пациента К., 39 лет, страдающего бруксизмом: а — до лечения — неврастенический тип отношения к болезни; б — после лечения — гармонический тип отношения к болезни

Fig. 3. Graphical representation of types attitude towards the patient disease K., 39 years, suffering bruxism: а — before the treatment — neurasthenic type of attitude towards the disease; б — after the treatment — harmonic type of attitude towards the disease

Показатели миотонометрии собственно жевательных мышц в процессе комплексного лечения пациентов с парафункцией жевательных мышц, г

Indicators of myotonometry of propermasticatory muscles in the process of complex treatment of patients with parafunction of the masticatory muscles, g

Тонус собственно жевательных мышц	До лечения	После лечения
«Покоя»	53,8±2,11	35,7±2,19*
«Сжатия»	279,4±3,23	219±2,84*

* – значения достоверны по сравнению с показателями до лечения при $p \leq 0,05$.

последнего. Меланхолический тип отношения к болезни характеризовался удрученностью пациентов с бруксизмом или сжатием зубов, неверием их в возможное устранение этой патологии при удовлетворительном самочувствии. При неврастеническом типе отношения к болезни пациенты, страдающие парафункциями жевательных мышц, были раздражительны, нетерпеливы и настаивали на скорейшем начале лечения. Лица с апатическим типом отношения к болезни проявляли некоторое безразличие к своей судьбе, а также возможности и исходу лечения. У таких пациентов отмечалась вялость и апатия в поведении, профессиональной деятельности, а также межличностных отношениях. У лиц с тревожным типом отношения к болезни отмечена жажда получения дополнительной ин-

формации об имеющейся у них патологии и методах ее лечения, а также поиск «авторитета» для «более профессионального» лечения парафункции жевательных мышц.

У 2 (6,9 %) из 29 обследуемых больных, страдающих парафункциями жевательных мышц, типы внутренней картины болезни в рамках теста ТОБОЛ сформировались в 3-й блок. Среди них у 1 (3,45 %) человека определен сенситивный и у 1 (3,45 %) человека – дисфорический (агрессивный) типы отношения к болезни. Для лиц с сенситивным типом отношения к болезни характерна озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о его болезни, чрезмерная ранимость, а также колебания настроения, связанные с межличностными контактами. При паранойяльном типе характерна подозрительность и настороженность больных к разговорам о себе, лечению и процедурам. Такие пациенты способны приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарственных веществ халатности или злему умыслу врачей и другого медицинского персонала.

У 5 (17,25 %) пациентов, страдающих легкими формами парафункций жевательных мышц, отмечены варианты отношения к болезни в рамках теста ТОБОЛ по 1-му блоку, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушаются. У 2 (6,9 %) больных отмечен эргопатический

Рис. 4. Характеристика степени тяжести парафункций жевательных мышц у лиц до и после завершения курса комплексной терапии

Fig. 4. Characteristics of the degree of severity of parafunctions of the masticatory muscles in patients before and after completion of the course of complex therapy

тип отношения к болезни, для которого характерно стеничное, подчас одержимое отношение к работе, т. е. «уход от болезни в работу», а также стремление, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать свою профессиональную деятельность. У 2 (6,9 %) больных определен анозогнозический тип отношения к болезни, для которого характерно отбрасывание мысли о наличии болезни и возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. У 1 (3,45 %) пациента диагностирован гармонический тип отношения к болезни, для которого характерна оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Следует подчеркнуть, что при типах отношения к болезни, входящих в 1-й блок, выраженные явления психической дезадаптации у пациентов отсутствуют. В то же время может отмечаться снижение критичности к своему здоровью, преуменьшение значения заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, «уходом» в работу, реже — отрицанием факта заболевания.

Проведенное в течение 30–40 суток лечение позволило у 27 (93,1 %) человек значительно уменьшить клинические проявления парафункций жевательных мышц, а также исключить активные жалобы в связи с рассматриваемым заболеванием. Только у 2 (6,9 %) человек клиническая картина значительно улучшилась, однако сохранились жалобы на незначительную утомляемость жевательной мускулатуры при разговоре или определялись невыраженные симптомы парафункций жевательных мышц, характерные для легкой степени заболевания. Эффективность лечения пациентов составила 95,8 %. У пациентов в основном исчезли жалобы на боль и повышенную утомляемость жевательных мышц при еде и разговоре, а показатели тонуса «покоя» и «сжатия» собственно жевательных мышц нормализовались и находились в пределах физиологической нормы — соответственно до 35 и 215 г ($p \leq 0,05$).

У 2 (6,9 %) пациентов с удовлетворительным результатом лечения (рис. 4), у которых сохранялись незначительные симптомы парафункций жевательных мышц после лечения, определялся тревожный тип отношения к болезни. Среди пациентов с хорошим результатом лечения у 22 (81,5 %) отмечались типы отношения к болезни, входящие по методике ТОБОЛ в 1-й блок (рис. 2). У 3 человек сохранились типы отношения к болезни, входящие во 2-й блок: ипохондрический (2 (7,4 %) человека) и неврастенический (1 (3,7 %) человек) типы. У 2 (7,4 %) человек выявлены типы отношения к болезни, которые не определялись до лечения во всей группе обследованных, — эгоцентрический (1 (3,7 %) человек) и паранойяльный (1 (3,7 %) человек). Для лиц с эгоцентрическим (истероидным) типом отношения

к болезни было характерно выставление напоказ своих страданий, а также поиск выгод в связи с существующим заболеванием. При паранойяльном типе отношения к болезни пациенты считают, что их заболевание является результатом чьего-то злого умысла, часто приписывают имеющуюся у них патологию злему умыслу врачей, обвиняя их и требуя их наказания. Графическое отображение типов отношения к болезни у пациентов, страдающих парафункциями жевательных мышц, после комплексного лечения показано на рис. 3.

ВЫВОДЫ

Резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что, учитывая наличие трех типов внутренней картины болезни в рамках теста ТОБОЛ, формирующих три блока, больные, страдающие парафункцией жевательных мышц, имеют высокие показатели во 2-м блоке, для которого характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на заболевание, обуславливающая нарушения социальной адаптации пациентов. Проведенное комплексное лечение с использованием стоматологических лечебно-профилактических мероприятий, упражнений лечебной физкультуры и психофармакологического воздействия путем применения спазмолитика скелетной мускулатуры позволило достичь показателя эффективности лечения, равного 95,8 %, а именно — устранить (93,1 %) или уменьшить (3,6 %) активные жалобы у пациентов на наличие у них парафункций жевательных мышц, а также изменить неадекватные реакции пациентов на болезнь, устранить выраженные явления психической дезадаптации, создать у них реалистические установки на лечение, способствовать восстановлению широких социальных связей и активного участия в лечении. Считаем, что полученные сведения о типе отношения пациентов с такой хронической, тяжелой и мучительной для больных патологией, как парафункции жевательных мышц, имеют прикладное значение, так как достижение положительного лечебного результата и успешная реабилитация возможны только при изменении отношения пациента к болезни, особенно при 2-м и 3-м типе в рамках теста ТОБОЛ, для чего необходимо привлечение к реабилитации таких пациентов клинического фармаколога или психотерапевта.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Conflicts of interest

Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. — СПб.: Питер, 2005. — 412 с.

2. Иорданишвили А. К. Клиническая ортопедическая стоматология. — М.: МедПресс, 2008. — 208 с.
3. Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state // Swed. Dent. J. — 1977. — Vol. 67. — P. 101 — 121. DOI: 10.3109/00016a357409026342.
4. Комплексное лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у людей старших возрастных групп / А. К. Иорданишвили, В. В. Самсонов, Л. Н. Солдатова, А. А. Поленс // Ин-т стоматол. — 2012. — № 4 (61). — С. 46 — 48.
5. Иорданишвили А. К. Возрастные изменения жевательного-речевого аппарата. — СПб.: Человек, 2015. — 140 с.
6. Helkimo M. Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system // Temporomandibular Joint and Dysfunction / eds by G. A. Zarb, G. E. Carlsson. — Copenhagen: Munksgaard, 1979. — P. 175 — 192.
7. Иорданишвили А. К., Солдатова Л. Н., Рыжак Г. А. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц у людей пожилого и старческого возраста. — СПб.: Нордмедиздат, 2011. — 134 с.
8. Martinmäki K., Rusk H., Kooistra L. et al. Intraindividual validation of heart rate variability indexes to measure vagal effects on hearts // Am. Journ. of Physiology. Heart and Circulatory Physiology. — 2006. — Vol. 290 (2). — P. 640 — 647. DOI: 10.1152/ajpheart.00054.2005.
9. Иорданишвили А. К., Овчинников К. А., Солдатова Л. Н. и др. Оптимизация диагностики и оценки эффективности лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц в стоматологической практике // Вестник Северо-Западного гос. мед. ун-та. — 2015. — Т. 7. — № 4. — С. 31 — 37.
10. Заборовский К. А., Лобейко В. В., Иорданишвили А. К. Психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез // Человек и его здоровье: Курск. науч.-практ. вестн. — 2014. — № 3. — С. 47 — 54.
11. Судаков К. В. Индивидуальность эмоционального стресса // Журн. невропатол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2005. — Т. 105. — № 2. — С. 4 — 12.
12. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журн. невропатол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1980. — № 8. — С. 1195 — 1198.
13. Farman A. G., Scarfe W. C. The basics of maxillofacial cone beam computed tomography // Seminars in Orthodontics. — 2009. — Vol. 15. — № 1. — P. 2 — 13. DOI: 10.1053/j.sodo.2008.09.001.
2. Iordanishvili A.K. Clinical orthopedic dentistry. - M.: MedPress, 2008; 208. (In Russ.)
3. Helkimo, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state / M.Helkimo // Swed. Dent. J. 1977; Vol. 67. 101 — 121. DOI:10.3109/00016a357409026342
4. Iordanishvili A.K. Complex treatment of temporomandibular joint diseases in people of older age groups / A.K. Iordanishvili, V.V. Samsonov, L.N. Soldatova, A.A. Polens // Institute of Stomatology. — 2012;(4):46-48. (In Russ.)
5. Iordanishvili, A.K. Age-related changes in the chewing-speech device. - SPb.: Publishing house «The Man», 2015;140. (In Russ.)
6. Helkimo, M. Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system / M.Helkimo // Temporomandibular Joint and Dysfunction / Ed. by G.A. Zarb, G.E. Carlsson. — Copenhagen: Munksgaard, 1979;175 — 192.
7. Iordanishvili, A.K. Diagnosis and treatment of temporomandibular joint diseases and chewing muscles in elderly and senile people / AKIordanishvili, LNSoldatova, GAA.Ryzhak. - St. Petersburg: Nordmedizdat, 2011;134. (In Russ.)
8. Martinmäki K., Rusk H., KooistraL., Kettunen J., Saalas S. Intraindividual validation of heart rate variability indexes to measure vagal effects on hearts // American Journal of Physiology. Heart and Circulatory Physiology. — 2006; Vol. 290 (2):640 — 647. DOI:10.1152/ajpheart.00054.2005
9. Iordanishvili, A.K. Optimization of diagnosis and evaluation of the effectiveness of treatment of temporomandibular joint diseases and masticatory muscles in dental practice / A.K. Iordanishvili, K.A. Ovchinnikov, L.N. Soldatova, A.A. Serikov, V.V. Samsonov // Bulletin of the North-West State Medical University. — 2015; Vol. 7. (4):31-37. (In Russ.)
10. Zaborovsky, K.A. Psychophysiological status of elderly and senile people suffering from salivary gland diseases / K.A. Zaborovsky, V.V. Lobeyko, A.K. Iordanishvili // Kursk. Scientific and practical herald «Man and his health». 2014;(3):47-54. (In Russ.)
11. Sudakov K.V. Individuality of emotional stress // Journal of Neurology and Psychiatry. S.S. Korsakov. — 2005; Vol. 105. (2):4-12. (In Russ.)
12. Lichko A.E., Ivanov N.Y. Medico-psychological examination of somatic patients // Journal of neuropathology and psychiatry. S.S. Korsakov. 1980;(8).1195-1198. (In Russ.)
13. Farman, A.G. The basics of maxillofacial cone beam computed tomography / A.G.Farman, W.C. Scarfe // Seminars in Orthodontics. — 2009. — Vol. 15. (1):2 — 13. DOI: 10.1053/j.sodo.2008.09.001

REFERENCES

1. Ilyin, E.P. Psychophysiology of human states / E.P. Ilyin. - St. Petersburg: Peter, 2005;412. (In Russ.)

Дата поступления статьи 05.05.2017
Дата публикации статьи 25.06.2017