

REFERENCES

1. Shephard R.J. Special feature for the Olympics: effects of exercise on the immune system: overview of the epidemiology of exercise immunology. *Immunol. Cell. Biol.* 2000; 78 (5): 485–95.
2. Volozhin A.I., Tsarev V.N., Malneva N.S., Sashkina T.I., Saldusova I.V. Interaction peculiarities between microbial cenosis and local immunity of periodontium of humans under extreme conditions. *Acta Astronaut.* 2001; 49 (1): 53–7.
3. Welbury R.R., Thomason J.M., Fitzgerald J.L., Marshall N.J., Steen I.N., Foster H.E. Increased prevalence of dental caries and poor oral hygiene in juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2003; 42 (12): 1445–51.
4. Makeeva I.M., Polyakova M.A., Khon Y.A., Pilyagina A.A. Dental status assessment of youthful sport ice-hockey teams. In: *Materials of International Theoretical and Practical Conference "Urgent Issues and Future Prospects of Medicine". [Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya "Aktual'nye voprosy i perspektivy razvitiya meditsiny"]*. Omsk; 2014: 128–30. (in Russian)
5. Protsenko A.S., Makeeva I.M. Factors influencing the prevalence of main stomatological diseases of student youth of Moscow. *Stomatologiya*. 2010; 89 (1): 4–6. (in Russian)
6. Aranson M.V., Portugalov S.N. Sportivnoe pitanie: sostoyanie vo-
prosa i aktual'nye problemy. *Vestnik sportivnoy nauki*. 2011; (1): 33–7. (in Russian)
7. Skaret E., Weinstein P., Milgrom P., Kaakko T., Getz T. Factors related to severe untreated tooth decay in rural adolescents: a case-control study for public health planning. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2004; 14 (1): 17–26.
8. Pedersen B.K., Rohde T., Zacho M. Immunity in athletes. *J. Sports Med. Phys. Fitness*. 1996; 12: 236–45.
9. Pedersen B.K., Toft A.D. Effects of exercise on lymphocytes and cytokines. *Br. J. Sports Med.* 2000; 34 (4): 246–51.
10. Lesnykh Y.V. Oral cavity state of athletes. *Vestnik sportivnoy meditsiny Rossii*. 1997; 15 (2): 25–6. (in Russian)
11. Persson L.G., Kiliaridis S. Dental injuries, temporomandibular disorders, and caries in wrestlers. *Scand. J. Dent. Res.* 1994; 102 (6): 367–71.
12. Afanas'eva I.A., Borisevich S.A., Levin M.Y., Konopatov Y.V. *Mixed Saliva and its Role in Maintaining Homeostasis of Oral Cavity (Tutorial)*. [Smeshannaya slyuna i ee rol' v podderzhanii gomeostaza rotovoy polosti: Uchebnoe posobie]. St. Petersburg: Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health; 2008. (in Russian)

Поступила 26.02.16

Принята в печать 04.04.16

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.314-007.285-06:616.724+616.72-002.77-039]-089.28

Скориков В.Ю.¹, Лапина Н.В.¹, Скорикова Л.А.², Сеферян К.Г.¹

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ, ОТЯГОЩЕННЫМ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

¹Кафедра ортопедической стоматологии, ²кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, 350063, г. Краснодар

Ревматоидный артрит – заболевание, отличающееся прогрессирующим хроническим течением с вовлечением в процесс различных суставов, в том числе и височно-нижнечелюстных (ВНЧС). В связи с этим стоматологам необходимо обращать внимание на изменения в полости рта, особенно в ранние сроки ревматоидного артрита. Тактика ведения такой категории пациентов имеет свои особенности. Все стоматологические мероприятия проводят при тесном взаимодействии с врачом-ревматологом. Предпротезная подготовка осуществляется под обязательным контролем окклюзионных кап и направлена на создание оптимального равновесия в полости рта и элементов ВНЧС.

К л ю ч е в ы е с л о в а: ревматоидный артрит; височно-нижнечелюстной сустав; подготовка полости рта к протезированию; окклюзионные капы.

Для цитирования: Скориков В.Ю., Лапина Н.В., Скорикова Л.А., Сеферян К.Г. Особенности подготовки полости рта у пациентов с частичным отсутствием зубов, отягощенным дисфункциональным синдромом височно-нижнечелюстного сустава на фоне ревматоидного артрита. *Российский стоматологический журнал*. 2016; 20 (3): 141-145. DOI 10.18821/1728-2802 2016; 20 (3): 141-145

Skorikov V.Yu.¹, Lapina N.V.¹, Skorikova L.A.², Seferyan K.G.¹

FEATURES OF THE PREPARATION OF THE ORAL CAVITY OF PATIENTS WITH PARTIAL ABSENCE OF TEETH, BURDENED WITH A DYSFUNCTIONAL SYNDROME TMJ ON THE BACKGROUND OF RHEUMATOID ARTHRITIS

¹Department of orthopedic stomatology Department of propedeutics and prophylaxis of dental diseases, 350063, Krasnodar *Rheumatoid arthritis is a disease characterized by chronic progressive course with involvement of various joints, including the temporomandibular (TMJ). Therefore, dentists should pay attention to changes in the oral cavity, especially in the early stages of the disease rheumatoid arthritis. Tactics of treatment of this category of patients has its own characteristics. All dental activities are conducted in close cooperation with the doctor-rheumatologist. Preparation for prosthetics should be carried out under mandatory supervision of occlusal splints and aims to create the optimal balance in the mouth and elements of the TMJ.*

Key words: rheumatoid arthritis; temporomandibular joint; preparation of the mouth for prosthetics; occlusal splints.

Для корреспонденции: Лапина Наталья Викторовна, E-mail: kgma74@yandex.ru. +7 (918) 03-03-003

For citation: Skorikov V.Yu., Lapina N.V., Skorikova L.A., Seferyan K.G. Features of the preparation of the oral cavity of patients with partial absence of teeth, burdened with a dysfunctional syndrome tmj on the background of rheumatoid arthritis. *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2016; 20 (3): 141-145. DOI 10.18821/1728-2802 2016; 20 (3): 141-145

For correspondence: Lapina Natal'ya Viktorovna, E-mail: kgma74@yandex.ru. +7 (918) 03-03-003

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 19.01.16

Accepted 04.04.16

Ревматоидный артрит – заболевание, отличающееся прогрессирующим хроническим течением с вовлечением в процесс различных суставов, в том числе и височно-нижнечелюстных (ВНЧС) [1, 2]. В свою очередь заболевания полости рта и ВНЧС могут быть пусковыми или поддерживающими факторами в развитии системной патологии ревматоидного артрита. В связи с этим стоматологам необходимо обращать внимание на изменения в полости рта, особенно в ранние сроки заболевания ревматоидным артритом [3, 4].

Ортопедическое лечение пациентов с частичным отсутствием зубов, отягощенным дисфункциональным синдромом ВНЧС на фоне ревматоидного артрита, – одна из актуальных и сложных проблем ортопедической стоматологии [5, 6].

Из литературных источников и клинической практики известно, что частичное отсутствие зубов при несвоевременном восполнении дефектов зубных рядов приводит к деформациям, которые в свою очередь сопровождаются морфологическими и функциональными нарушениями со стороны всей зубочелюстной системы. Это сопровождается функциональными нарушениями в жевательных мышцах и приводит к дисфункциональным состояниям ВНЧС [7–10].

Частичное отсутствие зубов приводит к их функциональной перегрузке, нарушениям в пародонтальном комплексе и осложняется развитием травматической окклюзии. Ортопедическое лечение такой категории пациентов представляет определенные трудности [11].

Цель исследования – повысить эффективность протезной подготовки к ортопедическому лече-

нию больных с частичным отсутствием зубов, отягощенным дисфункциональным синдромом ВНЧС на фоне ревматоидного артрита.

Материал и методы

Наблюдения выполнены на клинической базе кафедры ортопедической стоматологии (ортопедическое отделение стоматологической поликлиники Кубанского государственного медицинского университета). Клинические исследования пациентов с дефектами зубных рядов проводили комплексно с использованием современных методик, материалов и методов диагностики. Для выполнения задач исследования было сформировано две группы. Все пациенты жаловались на боли и дискомфорт в области ВНЧС. Основную группу составили ортопедические стоматологические больные – 75 человек в возрасте от 20 до 50 лет с частичным отсутствием зубов, осложненным дисфункцией ВНЧС на фоне ревматоидного артрита. Оценку общесоматического статуса пациентов проводили по выпискам из амбулаторных поликлинических карт по месту жительства с подтвержденным диагнозом ревматоидного артрита различной степени тяжести. Длительность заболевания ревматоидным артритом составляла в среднем $3,4 \pm 0,4$ года. В группу контроля вошли 30 соматически здоровых лиц с частичным отсутствием зубов. Все пациенты нуждались в ортопедическом лечении (по МКБ – 10: K07.6 «болезни височно-нижнечелюстного сустава» и K08.1 «потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни»).

Характеристика пациентов представлена в таблицах.

Таблица 1. Распределение больных с частичным отсутствием зубов по полу и возрасту

| Пол | Возраст | | | | | | Итого | |
|--|---------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | 20–29 | | 30–39 | | 40–50 | | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Группа контроля (соматически здоровые лица) | | | | | | | | |
| Мужчины | 3 | 2,9 | 5 | 4,7 | 3 | 2,9 | 11 | 10,5 |
| Женщины | 5 | 4,7 | 8 | 7,6 | 6 | 5,7 | 19 | 18,1 |
| Всего... | 8 | 7,6 | 13 | 12,3 | 9 | 8,5 | 30 | 28,6 |
| Основная группа (пациенты с ревматоидным артритом) | | | | | | | | |
| Мужчины | 9 | 8,5 | 10 | 9,5 | 13 | 12,3 | 32 | 30,5 |
| Женщины | 9 | 8,5 | 16 | 15,2 | 18 | 16,0 | 43 | 40,9 |
| Всего... | 18 | 17,0 | 26 | 24,7 | 31 | 28,3 | 75 | 71,4 |

Таблица 2. Распределение пациентов по дефектам зубного ряда

| Наименование дефекта зубного ряда | | Количество наблюдений | | | | Всего | |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------------|------|--------------------|------|-------|------|
| | | основная группа | | контрольная группа | | | |
| | | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Включенные | Односторонние | 8 | 7,6 | 24 | 22,9 | 32 | 30,5 |
| | Двусторонние | 11 | 10,4 | 20 | 19,0 | 31 | 29,4 |
| | Комбинированные | 6 | 5,7 | 7 | 6,7 | 13 | 12,4 |
| Дистально не ограниченные | Односторонние | 3 | 2,9 | 7 | 6,7 | 10 | 9,6 |
| | Двусторонние | 2 | 1,9 | 17 | 16,2 | 19 | 18,1 |

Обследование зубочелюстной системы проводили по традиционной схеме, оно включало опрос, осмотр, пальпацию, аускультацию и окклюзионную диагностику [12]. Все данные заносили в модифицированную Карту оценки стоматологического статуса ВОЗ. Клиническое обследование подтверждали рентгенологическими данными о состоянии зубочелюстной системы с использованием ортопантомографов Planmeca Proline XC и OP100D (Финляндия), визиографов Max 70 HF/DS (Италия) и IRIX 70 (Германия), а также по показаниям – компьютерного томографа Planmeca Promax 3D (Финляндия).

Статистическую обработку данных осуществляли по общепринятой методике на персональном компьютере с использованием профессионального пакета программ Statistical Package for Social Science (SPSS) version 9.0, Stat Soft Statistica v. 6.0.

Результаты и обсуждение

Все стоматологические вмешательства в полости рта проводили в содружестве с врачами-ревматологами (клинико-лабораторный контроль степени тяжести ревматоидного артрита).

При первичном осмотре пациентов снимали оттиски с верхней и нижней челюстей и отливали диагностические модели для анализа окклюзионных взаимоотношений и планирования дальнейшего лечения. В ходе осмотра выявлено, что 87 больным, нуждавшимся в ортопедическом лечении, была необходима терапевтическая санация. Терапию начинали со снятия над- и поддесневых зубных отложений с помощью ультразвукового аппарата с последующим проведением медикаментозного лечения. У 54 паци-

ентов имелись явления локализованного и генерализованного пародонтита различных степеней тяжести, они проходили курс лечения у пародонтолога. При пародонтите в группе зубов отмечали выраженные изменения: разрушение связочного аппарата зуба, резорбцию костной ткани, образование пародонтального кармана. При патологической подвижности зубов у лиц с заболеваниями пародонта анализ артикуляционных движений проводили только после стабилизации зубного ряда, что достигалось путем шинирования подвижных зубов. Затем приступали непосредственно к избирательному сошлифовыванию, которое осуществляли по методике, предложенной В.А. Хватовой [13, 14].

Пациентам с дефектами зубных рядов средней и большой протяженности избирательное сошлифовывание проводили с интервалом в 3–5 дней для адаптации пародонта и нейромышечной системы. Длительность каждой процедуры, учитывая тяжесть ревматоидного артрита, приходилось сокращать до 20 мин, поэтому увеличивалось количество посещений. В острой стадии заболевания пародонта избирательное сошлифовывание не проводили. Всем пациентам после окончательной окклюзионной коррекции изготавливали жесткие окклюзионные капы на нижнюю или верхнюю челюсти (в зависимости от клинической ситуации) – для адаптации пародонта и нейромышечной системы [15–17]. Для изготовления капы снимали анатомический оттиск и отливали модель. Пластинку термопластичного материала толщиной от 1 до 2 мм разогревали и под давлением обжимали ее на гипсовой модели верхней или нижней челюсти. Эти окклюзионные

Таблица 3. Распределение пациентов по видам деформаций

| Виды деформаций зубных рядов | Количество наблюдений | | | | Всего | |
|---|-----------------------|------|--------------------|------|-------|------|
| | основная группа | | контрольная группа | | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Деформация окклюзионной поверхности и дефекты зубов или зубных рядов | 13 | 12,4 | 40 | 38 | 53 | 50,4 |
| Деформация зубных рядов вследствие дефектов зубного ряда и вертикального зубоальвеолярного удлинения верхних или нижних зубов | 5 | 4,8 | 18 | 17,1 | 23 | 21,9 |
| Дефекты зубного ряда и снижение межокклюзионной высоты | 8 | 7,7 | 8 | 7,7 | 16 | 15,4 |
| Повышенная стираемость, дефекты зубного ряда и снижение межокклюзионной высоты | 4 | 3,8 | 9 | 8,5 | 13 | 12,3 |

каппы также использовали для проведения реминерализующей терапии (рисунок на вклейке). Дальнейшую коррекцию окклюзионных взаимоотношений проводили на капе с использованием быстротвердеющей пластмассы.

Хирургическая санация проведена 34 больным. Перед удалением зубов пациенты обязательно носили окклюзионную капу не менее недели для адаптации жевательных мышц. При гранулирующем и гранулематозном периодонтитах со значительными периапикальными изменениями рекомендовали хирургическое лечение.

Пациенты, имеющие дефекты большой протяженности, составили 29%, средней протяженности – 40 и малой – 31%.

У лиц с ревматоидным артритом, имеющих дефекты зубных рядов средней и большой протяженности, игнорировавших применение кап, в течение недели после проведения последней процедуры избирательного сошлифовывания зубов в 72% случаев появлялся болевой синдром со стороны ВНЧС, возникал дискомфорт в полости рта. В контрольной группе болевой синдром присутствовал только в 30% случаев. При необходимости для снятия боли назначали физиопроцедуры, в том числе массаж жевательных мышц, миогимнастику, электрофорез с лекарственными веществами и лазеротерапию.

Подготовка полости рта к протезированию занимала от 1 до 2 мес в зависимости от выраженности патологических процессов в зубах и челюстях.

Нами была предложена тактика подготовки полости рта у пациентов с частичным отсутствием зубов, отягощенным дисфункциональным синдромом ВНЧС на фоне ревматоидного артрита, которая может быть представлена следующим образом: снятие функционально неполноценных ортопедических конструкций; терапевтическая и хирургическая санация полости рта; разгрузка и создание относительного покоя элементов ВНЧС с обязательным применением окклюзионных разобщающих кап; при необходимости – назначение физиопроцедур, в том числе массажа жевательных мышц, миогимнастики, электрофореза с лекарственными веществами, лазеротерапия.

Далее необходимо рациональное протезирование с восстановлением высоты нижней трети лица, центрированием нижней челюсти и созданием множественного плотного окклюзионного контакта.

Заключение

Таким образом, особенностью подготовки полости рта у пациентов с частичным отсутствием зубов, отягощенным дисфункциональным синдромом ВНЧС на фоне ревматоидного артрита, является комплексное одновременное проведение лечебных стоматологических мероприятий, которые должны осуществляться под обязательным контролем окклюзионных кап и быть направлены на создание оптимального равновесия в полости рта и элементов ВНЧС. Заключительный реабилитационный этап лечения – рациональное протезирование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Е.И. Ревматические болезни и их влияние на качество жизни детей и их семей. *Качество жизни*. 2008; (1): 14–7.
2. Ивасенко П.И., Савченко Р.К., Мискевич М.И., Фелькер В.В. *Заболевания височно-нижнечелюстного сустава*. М.: Медицинская книга; 2009.
3. Семенов Р.Р., Гандылян К.С., Караков К.Г., Карпов С.М., Шарипов Е.М. Клинико-диагностические аспекты патологии височно-нижнечелюстного сустава. *Вестник МСИ*. 2012; 3: 20–3.
4. Уманская Ю.Н. Нарушение функций височно-нижнечелюстного сустава вследствие дисплазии соединительной ткани. *Казанский медицинский журнал*. 2013; 94 (6): 843–46.
5. Бугровецкая О.Г., Межев А.Н., Бугровецкая Е.А. Функциональная анатомия и биомеханика височно-нижнечелюстного сустава. *Мануальная терапия: научно-практический журнал*. 2011; 43 (3): 16–23.
6. Якупов Б.Р., Герасимова Л.П. Диагностика и лечение мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с болевым синдромом. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2013; 1: 77–9.
7. Герасимова Л.П., Якупов Б.Р. Оптимизация предварительной диагностики мышечно-суставной дисфункции ВНЧС. В кн.: *Материалы XXVII и XXVIII Всероссийских научно-практических конференций*. М.; 2012: 205–7.
8. Ишмурзин П.В., Данилова М.А., Убирия Ю.И. Компенсация зубочелюстных аномалий, сочетанных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава: оценка результатов лечения во временном аспекте. *Институт стоматологии*. 2012; 2 (55): 40–1.
9. Потапов И.В., Каменева Л.А., Потапов В.П. Клиника, диагностика и лечение больных с дисфункцией жевательных мышц. В кн.: *Актуальные вопросы стоматологии: сборник научных трудов, посвященный 45-летию стоматологического образования в СамГМУ*. Самара; 2011: 203–8.
10. Потапов В.П., Моисеенкова Л.А., Глушенко В.С. Окклюзионные нарушения при патологии ВНЧС. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2011; (Прил. 1): 286.
11. Гринин В.М., Скворцова А.А. Клинические особенности течения хронического периодонтита у больных ревматоидным артритом. *Вестник национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова*. 2012; 7 (1): 101–3.
12. Силин А.В., Сатыго Е.А., Семелева Е.И., Лила А.М. Электромиографическое обследование жевательных мышц у пациентов с остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава. *Стоматология*. 2014; 93 (3): 31–4.
13. Герасимова Л.П., Якупов Б.Р. Диагностика мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, связанной с окклюзионными нарушениями. *Ортодонтия*. 2012; (2): 34–7.
14. Семелева Е.И., Ярнова Е.А. Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов, клинико-лучевые проявления. В кн.: *Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины*. 2010: 71–2.
15. Долгалев А.А., Уманская Ю.Н. Окклюзионные каппы как этап предварительного лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Реализация программ профилактики стоматологических заболеваний. В кн.: *Актуальные вопросы стоматологии: Сборник научных трудов*. Краснодар: Советская Кубань; 2012: 150–2.
16. Силин А.В., Семелева Е.И., Сатыго Е.А., Синицина Т.М. Влияние окклюзионной каппы на электромиографические характеристики жевательных мышц. В кн.: *Материалы XIX Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии»*. СПб.; 2014.
17. Уманская Ю.Н. Применение окклюзионных кап у пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. В кн.: *Медицинская наука: взгляд в будущее: Материалы II межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и специалистов*. Ставрополь: Издательство СтГМУ; 2014: 222–4.

REFERENCES

1. Alekseeva E.I. Rheumatic diseases and their impact on quality of life of children and their families. *Kachestvo zhizni*. 2008; (1): 14–7. (in Russian)
2. Ivasenko P.I., Savchenko R.K., Miskevich M.I., Fel'ker V.V. *Diseases of the Temporomandibular Joint. [Zabolevaniya visochno-nizhnechelyustnogo sustava]*. Moscow: Meditsinskaya kniga; 2009. (in Russian)
3. Semenov R.R., Gandylyan K.S., Karakov K.G., Karpov S.M., Sharipov E.M. Clinical and diagnostic aspects of the pathology of the temporomandibular joint. *Vestnik MSI*. 2012; 3: 20–3. (in Russian)
4. Umanskaya Yu.N. Violation of the functions of the temporomandibular joint as a result of connective tissue dysplasia. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2013; 94 (6): 843–6. (in Russian)
5. Bugrovetskaya O.G., Mezhev A.N., Bugrovetskaya E.A. Functional anatomy and biomechanics of the temporomandibular joint. *Manual'naya terapiya: nauchno-prakticheskiy zhurnal*. 2011; 3 (43): 16–23. (in Russian)
6. Yakupov B.R., Gerasimova L.P. Diagnosis and treatment of musculo-articular dysfunction of the temporomandibular joint with pain. *Meditsinskiy vestnik Bashkortostana*. 2013; 1: 77–9. (in Russian)
7. Gerasimova L.P., Yakupov B.R. Optimizing the preliminary diagnosis musculoarticular TMJ. In: *Articles XXVII and XXVIII All-Russian Scientific-practical Conference. [Materialy XXVII i XXVIII Vserossiyskikh nauchno-prakticheskikh konferentsiy]*. Moscow; 2012: 205–7. (in Russian)
8. Ishmurzin P.V., Danilova M.A., Ubiriya Yu.I. Compensation dentoalveolar anomalies, combined with dysfunction of the temporomandibular joint: assessment of treatment outcomes in terms of time. *Institut stomatologii*. 2012; 2 (55): 40–1. (in Russian)
9. Potapov I.V., Kameneva L.A., Potapov V.P. The clinic, diagnosis and treatment of patients with dysfunction of the masticatory muscles. In: *Topical Issues of Dentistry: A Collection of Scientific Works Dedicated to the 45th Anniversary of the Dental Education in SSMU. [Aktual'nye voprosy stomatologii: Sbornik nauchnykh trudov, posvyashchenny 45-letiyu stomatologicheskogo obrazovaniya v SamGMU]*. Samara; 2011: 203–8. (in Russian)
10. Potapov V.P., Moiseenkova L.A., Tlustenko V.S. Occlusive disorders in TMJ. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii*. 2011; (Pril. 1): 286. (in Russian)
11. Grinin V.M., Skvortsova A.A. Clinical features of chronic periodontitis in patients with rheumatoid arthritis. *Vestnik natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo tsentra imeni N.I. Pirogova*. 2012; 7 (1): 101–3. (in Russian)
12. Silin A.V., Satygo E.A., Semeleva E.I., Lila A.M. The conductivity of the masticatory muscles in patients with osteoarthritis of the temporomandibular joint. *Stomatologiya*. 2014; 93 (3): 31–4. (in Russian)
13. Gerasimova L.P., Yakupov B.R. Diagnosis of muscle-joint dysfunction temporomandibular joint-related occlusal disorders. *Ortodontiya*. 2012; (2): 34–7. (in Russian)
14. Semeleva E.I., Yarnova E.A. Dysfunction of the temporomandibular joints, clinical manifestations of radiation. *Aktual'nye voprosy klinicheskoy i eksperimental'noy meditsiny*. 2010: 71–2. (in Russian)
15. Dolgalev A.A., Umanskaya Yu.N. Occlusal splints as a stage of pre-treatment of dysfunction of the temporomandibular joint. Implementation of dental disease prevention programs. In: *Topical Issues of Dentistry. [Aktual'nye voprosy stomatologii: Sbornik nauchnykh trudov]*. Krasnodar: Sovetskaya Kuban'; 2012: 150–2. (in Russian)
16. Silin A.V., Semeleva E.I., Satygo E.A., Sinitsina T.M. Influence of occlusal splints on electromyographic characteristics of the masticatory muscles. In: *XI International Conference of Maxillofacial Surgeons and Dentists "New Technologies in Dentistry". [Materialy XIX Mezhdunarodnoy konferentsii chelyustno-litseyvykh khirurgov i stomatologov "Novye tekhnologii v stomatologii"]*. St. Petersburg; 2014. (in Russian)
17. Umanskaya Yu.N. The use of occlusal splints in patients with dysfunction of the temporomandibular joint. In: *Medical Science: A Look into the Future: Materials II Inter-regional Scientific-practical Conference of Young Scientists and Specialists. [Meditsinskaya nauka: vzglyad v budushchee: materialy II mezhregional'noy nauchno-prakticheskoy konferentsii molodykh uchenykh i spetsialistov]*. Stavropol': Izdatel'stvo StGMU; 2014: 222–4. (in Russian)

Поступила 19.01.16

Принята в печать 04.04.16

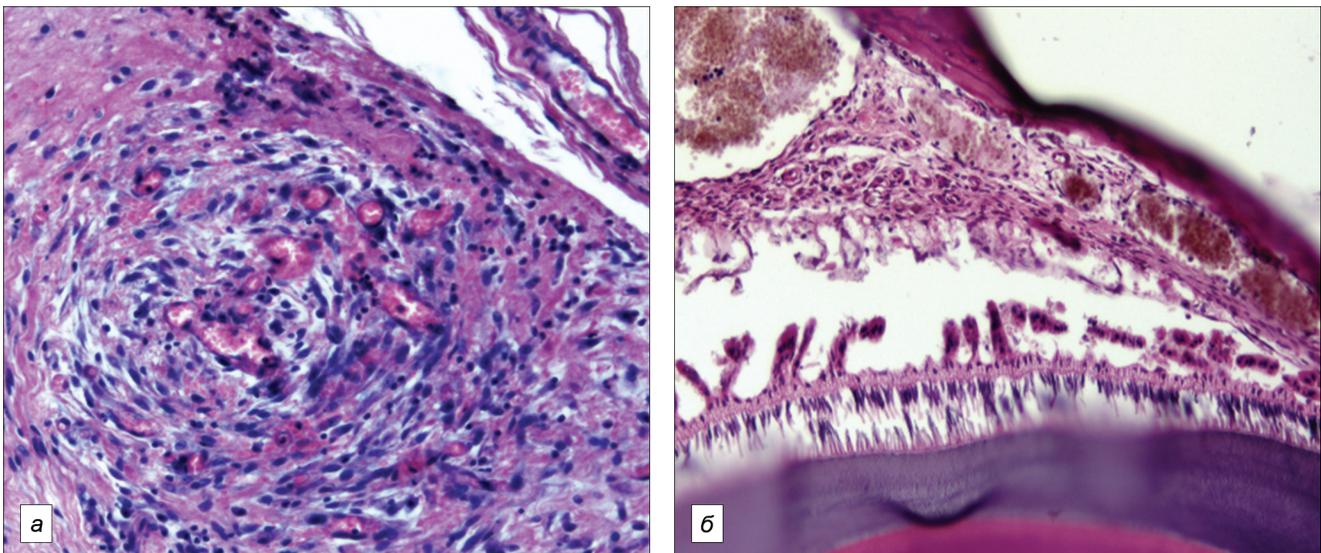
К ст. Скорикова В.Ю. и соавт.



Пациент Ж., 28 лет.

a – в полости рта функционально несостоятельные ортопедические конструкции на верхней челюсти, металлокерамические коронки, не достигающие до десневого края на 1–1,5 мм; *б* – окклюзионная капа в полости рта на период лечения.

К ст. Соїхер М.И. и соавт.



Имплантационный тест на экспериментальной модели смешанного пародонтита хирургической и химической природы [9].

a – экспериментальная модель патологии. Интерстициальный отек, лейкоцитарная и иная инфильтрация, диффузное разрастание соединительной ткани с развитием склеротических изменений. Окраска гематоксилином и эозином, ув. 200; *б* – опытная группа, 8 нед. Выраженная фуксинофилия (восстановление коллагена), полная деградация материала, место предшествующего введения препарата полностью заполнено плотной фиброзной соединительной тканью. Окраска гематоксилином и эозином, ув. 400.