

с двух сторон, осложненное вертикальной резцовой дизокклюзией. (рис. 2–4; рис. 5 см. на вклейке).

Клинический случай 2. Пациент Ф., 17 лет, поступил в клинику детской челюстно-лицевой хирургии ЦНИИС и ЧЛХ с диагнозом: двусторонняя деформация и недоразвитие нижней челюсти, осложненное формированием вертикальной резцовой дизокклюзией (рис. 6, 8; 7, 9 см. на вклейке).

Клинический случай 3. Пациентка А., 14 лет, поступила в клинику с диагнозом: артроз ВНЧС с двух сторон, двустороннее недоразвитие нижней челюсти, сочетанная деформация верхней челюсти (рис. 11; 10, 12 см. на вклейке).

Заключение

Пациентам с сочетанной деформацией челюстей и недоразвитием нижней челюсти требуется проведение distractionного остеогенеза. Применение усовершенствованного алгоритма проведения distractionного остеогенеза, включающего в себя компьютерное планирование, использование криволинейных КДА, щадящей оперативной методики, УЗ-контроль на этапе distraction, позволяет получать предсказуемые результаты и полноценный костный регенерат. Раннее начало ортодонтического лечения помогает добиться конструктивной окклюзии на постdistractionном этапе, что в ряде случаев дает возможность избежать дополнительных хирургических вмешательств. При наличии остаточных признаков деформации может понадобиться проведение реконструктивной операции на этапе снятия аппаратов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Надточий А.Г., Шамсудинов А.Г., Букатина Н.В., Боярина Н.И. Эхографический контроль формирования distractionных регенератов. *Ультразвуковая диагностика*. 2000; (4): 58.

REFERENCES

- McCarthy J.G., Stelnicki E.J., Grayson B.H. Distraction osteogenesis of the mandible: a ten-year experience. *Semin Orthod.* 1999; 5 (1): 3–8.
- Nadtochiy A.G., Shamsudinov A.G., Bukatina N.V., Boyarina N.I. Ultrasound Monitoring of Compression-distraction Osteosynthesis of Lower Jaw. *Ultrazvukovaya diagnostika*. 2000; (4): 58. (in Russian)
- Yin L., Tang X., Shi L., Yin H., Zhang Z. Mandibular distraction combined with orthognathic techniques for the correction of severe adult mandibular hypoplasia. *J. Craniofac. Surg.* 2014; 25 (6): 1947–52. doi: 10.1097/SCS.0000000000000973.
- Weber E., Meyer C., Ernoul C., Chatelain B., Benassarou M. 3D mandibular distraction planification in a case of severe temporomandibular ankylosis. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. Chir. Orale*. 2015; 116 (3): 153–60. doi: 10.1016/j.revsto.2015.03.002.
- Kaban L.B., Seldin E.B., Kikinis R., Yeshwant K., Padwa B.L., Troulis M.J. Clinical application of curvilinear distraction osteogenesis for correction of mandibular deformities. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2009; 67 (5): 996–1008. doi: 10.1016/j.joms.2009.01.010.
- Steiner C. Cephalometrics in clinical practice. *Angle Orthod.* 1959; 29: 8–29.

Поступила 21.11.16

Принята в печать 28.12.16

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 616.316-053.9-08

Лобейко В.В.^{1,2}, Иорданишвили А.К.², Заборовский К.А.³

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

¹Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, 197110, г. Санкт-Петербург;

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, 194044, г. Санкт-Петербург;

³НИИ физкультуры и спорта, г. Санкт-Петербург

Проведено динамическое наблюдение за 69 больными пожилого и старческого возраста (61–85 лет), страдающими хроническими заболеваниями слюнных желез, которые сопровождались выраженными изменениями в образовании слюны и психофизиологическом статусе. Пациенты были разделены на 3 группы: страдающие различными злокачественными новообразованиями больших слюнных желез ($n = 21$), сиалозами – болезнью Микулитца и синдромом Шегрена ($n = 16$), медикаментозной или лучевой сиалоаденопатией ($n = 32$). На 1-м этапе больным проводили общепринятое лечение у врача-стоматолога, которое было направлено на профилактику возникновения воспалительных и прогрессирования дегенеративно-дистрофических процессов в тканях слюнных желез, а также на улучшение слюнообразования – использовали пептидный биорегулятор везуген, биокорректоры питания альгиклам и лесмин в течение месяца. Курс указанной терапии повторяли 4 раза в год, т. е. ежеквартально. На 2-м этапе лечения (спустя 6 мес после завершения 1-го этапа) пациентам всех исследуемых групп дополнительно к указанной терапии назначали анксиолитик афобазол – 4 нед. Больных наблюдали в течение года от момента завершения 2-го этапа комплексного лечения. В ходе лечения оценивали психофизиологический статус пациентов. Чтобы оценить уровень дневного стресса и качества ночного сна, использовали приборно-аппаратный комплекс на основе системы First Beat и датчика Body Guard, принцип действия которого основан на анализе вариабельности сердечного ритма. Установлено, что у всех пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями слюнных желез, а также сиалозами, медикаментозными и лучевыми сиалоаденопатиями, отмечен высокий уровень дневного стресса по сравнению с контрольной группой и ухудшение качества ночного сна. По завершении 1-го этапа терапии у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями слюнных желез, клинически отмечено улучшение, однако достоверной динамики в показателях уровня дневного стресса и качества ночного сна не произошло. Использование на 2-м этапе лечения дополнительно к применяемой терапии анксиолитика афобазола оказалось эффективным и позволило на 19–49,3% улучшить результаты лечения, снизить уровень дневного стресса, а также улучшить ночной сон у таких больных, что благоприятно повлияло на качество их жизни.

Для корреспонденции: Иорданишвили Андрей Константинович, E-mail: mdgrey@bk.ru

Ключевые слова: заболевания слюнных желез; сиалозы; сиалоаденопатии; злокачественные новообразования; люди пожилого и старческого возраста; слюнные железы; вариабельность сердечного ритма; психофизиологический статус; уровень дневного стресса; качество ночного сна; лечение.

Для цитирования: Лобейко В.В., Иорданишвили А.К., Заборовский К.А. Лечение заболеваний слюнных желез у пациентов старших возрастных групп. *Российский стоматологический журнал*. 2017; 21 (1): 21-25. DOI 10.18821/1728-2802.2017; 21 (1): 21-25

Lobeyko V.V.^{1,2}, Iordanishvili A.K.², Zaborovskiy K.A.³

TREATMENT OF DISEASES OF THE SALIVARY GLANDS IN PATIENTS OF OLDER AGE GROUPS

¹Sant-Petersburg Institute of Bioregulation and gerontology, 197110, St. Petersburg;

²S.M. Kirov Military medical Academy, 194044, St. Petersburg, Russia;

³Research Institute of physical culture and sports, 195251, St. Petersburg

Conducted dynamic observation of 69 patients elderly (61-85 years) suffering from chronic diseases of the salivary glands, which were accompanied by pronounced changes in saliva formation and physiological status. The patients were divided into 3 groups: suffering from various malignant tumors of the major salivary glands (n = 21), valsami – disease Mikulic and Sjogren's syndrome (n = 16), drug or radiation sialadenopathy (n = 32). At the 1st stage the patients were given conventional treatment from a dentist, which was directed on prevention of occurrence and progression of inflammatory degenerative distrophic processes in tissues of the salivary glands, as well as improvement of salivation – used peptide bioregulator the vezugen, biocorrectors food alhilar and lesmin during the month. Course this treatment was repeated 4 times a year, i.e. quarterly. At the 2nd stage of treatment (after 6 months after 1-stage) patients of all study groups in addition to this therapy was administered anxiolytic Afobazol 4 weeks. Patients were followed for a year from the date of completion of the 2nd phase of integrated treatment. In the course of the treatment was assessed the physiological status of patients. To assess the level of daytime stress and nighttime sleep quality, used instrument-hardware complex on the basis of First Beat sensor and Body Guard, the principle of which is based on the analysis of heart rate variability. It was found that all patients suffering from malignant tumors of the salivary glands, as well as valsami, medical and radiation sialadenopathy indicate a high level of daily stress compared to the control group and deterioration in the quality of nighttime sleep. Upon completion of the 1st stage of therapy in patients with chronic diseases of the salivary glands, clinically marked improvement, but no significant changes in the indicators of the level of daily stress and quality of night sleep did not happen. Use at the 2nd stage of treatment in addition to applied therapy anxiolytika Afobazol was effective and resulted in a 19–49. 3 percent to improve treatment outcomes, reduce daily stress and improve nighttime sleep in these patients that have a positive impact on their quality of life.

Key words: diseases of the salivary glands; silosi; sialadenopathy; malignant neoplasms; people of elderly and senile age; salivary gland; heart rate variability; physiological status; the level of daily stress; adequate sleep; treatment.

For citation: Lobeyko V.V., Iordanishvili A.K., Zaborovskiy K.A. Treatment of diseases of the salivary glands in patients of older age groups. *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2017; 21 (1):21-25. DOI 10.18821/1728-2802.2017; 21 (1): 21-25

For correspondence: Iordanishvili Andrey Konstantinovich, E-mail: mdgrey@bk.ru

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

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 22.12.16

Accepted 28.12.16

Проведенные эпидемиологические исследования показали, что у больных старших возрастных групп чаще, чем у людей молодого и среднего возраста, встречаются злокачественные новообразования слюнных желез, реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез – сиалозы, к которым относят болезнь Микулича и синдром Шегрена, а также медикаментозные и лучевые сиалоаденопатии [5, 10, 11]. При этих заболеваниях слюнных желез наиболее часто отмечают снижение количества вырабатываемой слюны, что существенно неблагоприятно влияет на психофизиологический статус пациентов [1, 2, 6]. Показано, что если повышение уровня дневного стресса, а также снижение качества ночного сна у пациентов с онкологическими заболеваниями слюнных желез оказывается психической реакцией на новообразование, то у больных, страдающих реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез (сиалоаденопатии, сиалозы) эти состояния связаны с выраженными нарушениями образования слюны, обуславливающими сухость в полости рта [3, 9]. Несмотря на то, что в задачу врача-стоматолога входит проведение лечебно-профилактических мероприятий по санации полости рта, а также улучшению процессов слюноотделения [4, 9, 11], очевидно, в комплексной терапии людей пожилого и старческого возраста, страдающих патологией слюнных желез и имеющих выраженные изменения в психофизиологическом статусе, целесообразна коррекция лечебно-профилактических мероприятий, направленная на устра-

нение имеющихся у них тревожных расстройств, а также нарушений сна, связанных с тревогой.

Цель работы состояла в улучшении результатов комплексного лечения людей пожилого и старческого возраста, страдающих хроническими заболеваниями слюнных желез, которые сопровождались выраженными изменениями в психофизиологическом статусе.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 69 больных пожилого и старческого возраста (16 мужчин и 53 женщины) в возрасте от 61 до 85 лет, страдающих хроническими заболеваниями слюнных желез, которые сопровождались выраженными изменениями в образовании слюны и психофизиологическом статусе. Пациенты были разделены на 3 группы.

В 1-ю группу вошел 21 (9 мужчин и 12 женщин) человек в возрасте от 61 до 85 лет, все они страдали различными злокачественными новообразованиями больших слюнных желез. Во 2-ю группу были включены 16 (1 мужчина и 15 женщин) больных в возрасте от 61 до 77 лет, страдающих сиалозами (5 – болезнью Микулича и 11 – болезнью Шегрена). В 3-ю группу вошло 32 человека (6 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 61 до 75 лет, которые страдали медикаментозной (17 человек) или лучевой (15 пациентов) сиалоаденопатией.

На 1-м этапе терапии всем больным проводили общепринятое лечение у врача-стоматолога, направленное на профилактику возникновения воспалительных и прогрессирования

дегенеративно-дистрофических процессов в тканях слюнных желез, а также на улучшение слюнообразования, для чего пациенты дополнительно получали пептидный биорегулятор везуген по 1 таблетке 3 раза в день в течение месяца, биокорректоры питания альгиклам по 2 таблетки 2 раза в день и лесмин – по 1 таблетке 3 раза в день в течение месяца. Курс указанной терапии повторяли 4 раза в год, т. е. ежеквартально. На 2-м этапе лечения (спустя 6 мес после завершения 1-го этапа) пациентам 3 исследуемых групп дополнительно к указанной терапии назначали афобазол по 10 мг 3 раза в день в течение 4 нед. Пациентов наблюдали в течение года от момента завершения 2-го этапа комплексного лечения. Эффективность лечения оценивали по методике А.К. Иорданишвили [7].

Контрольную группу (35 человек, в том числе 8 мужчин и 27 женщин) составили люди пожилого и старческого возраста, осмотренные в порядке санации полости рта на базе Санкт-Петербургского ГБУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер Красногвардейского района», не имеющие заболеваний слюнных желез.

Психофизиологический статус пациентов изучали согласно методике К.А. Заборовского и соавт. [1]. В качестве средства оценки уровня дневного стресса и качества ночного сна использовали приборно-аппаратный комплекс на основе системы First Beat и датчика Body Guard. Принцип действия комплекса основан на анализе вариабельности сердечного ритма (ВСР), который широко используют для оценки функционального состояния организма человека [12]. Датчик Body Guard надевали на тело испытуемого в 8 ч утра для непрерывной записи сердечного ритма и снимали через 4 сут для переноса данных и зарядки аккумуляторных батарей, а на испытуемого надевали другой, подготовленный к записи датчик. Датчик снимали через 3 суток. Таким образом, запись осуществляли непрерывно в течение 7 сут. Затем данные переносили в персональный компьютер для обработки в программе First Beat. Затем оценивали уровень дневного стресса в процентном соотношении к общему времени и качество ночного сна в условных единицах (усл. ед.). Уровень дневного стресса оценивали по отношению показателя гиперактивности симпатической нервной системы (низкочастотная составляющая спектра вариабельности сердечного ритма) к общей мощности спектра ВСР. Качество ночного сна оценивали по коэффициенту восстановления (КВ), измеряемому в условных единицах (усл. ед.), представляющему из себя интегральный показатель характеристик спектрального анализа вариабельности сердечного ритма, в основном соотношения LF/HF. Полученные данные КВ < 80 усл. ед. оценивали как неудовлетворительные, 80–100 усл. ед. – как удовлетворительные, > 100 усл. ед. – как хорошие [1, 12]. Оценивали уровень дневного стресса и качества ночного сна 4 раза: до начала лечения, по завершении 1-го и 2-го этапов терапии, а также спустя 6 и 12 мес после завершения 2-го этапа лечения.

Полученный в результате клинического исследования жевательного аппарата военнослужащих цифровой материал обработан на ПК с использованием специализированного пакета Statistica for Windows v. 6.0. Различия между сравниваемыми группами считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

У больных, страдающих заболеваниями слюнных желез, а также у вошедших в контрольную группу, данные, полученные при помощи аппаратных методов исследования дневного стресса и качества ночного сна, по полу и возрасту практически не отличались ($p \geq 0,05$) и были объединены при анализе результатов.

Характеристика уровня дневного стресса у пациентов старших возрастных групп, страдающих заболеваниями слюнных желез, до начала комплексного лечения и людей

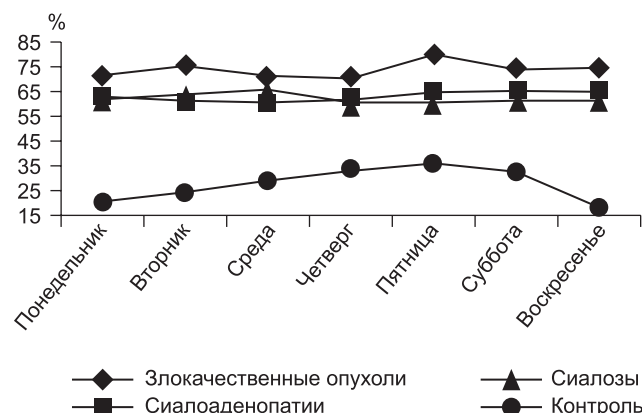


Рис. 1. Уровень дневного стресса у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез, до лечения и у людей контрольной группы, %.

По оси ординат указано процентное соотношение уровня дневного стресса; по оси абсцисс – день недели исследования.

из контрольной группы представлена на рис. 1. У всех пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями слюнных желез, а также сиалозами, медикаментозными и лучевыми сиалоаденопатиями, отмечен высокий уровень дневного стресса по сравнению с контрольной группой – 60–79% ($p \leq 0,05$). Во всех группах данный показатель был > 60% на протяжении всего периода исследования. Очевидно, онкологическая настороженность, сложности в быту из-за ксеростомии существенно нарушали качество жизни этих пациентов и неблагоприятно влияли на их психофизиологическое и эмоциональное состояние.

У людей пожилого и старческого возраста контрольной группы уровень дневного стресса в течение недели плавно нарастал от $20\% \pm 2,5$, достигал максимума в пятницу и резко снижался до $18\% \pm 2,1$ в воскресенье, что обусловлено влиянием социума на пожилого и старого человека (см. рис. 1).

Качество ночного сна у пациентов старших возрастных групп, страдающих заболеваниями слюнных желез, и у людей из контрольной группы, оцененное по КВ в усл. ед., в виде графика представлено на рис. 2. У больных 1-й группы, страдающих злокачественными новообразованиями слюнных желез, отмечали резкое снижение КВ ($p \leq 0,05$), который оставался в пределах 53 ± 3 усл. ед. в течение всего времени измерения ($p \geq 0,05$). У людей из 2-й и 3-й группы, т. е. страдающих сиалозами (болезнь Микулича, синдром Шегрена) и сиалоаденопатиями лучевой и медикаментозной этиологии, отмечали значительное, относительно равномерное на протяжении всей недели, снижение коэффициента восстановления ниже 80 усл. ед. по сравнению с контрольными показателями ($p \leq 0,05$). У людей из контрольной группы определяли высокий КВ (около 100 усл. ед.) на протяжении всего периода исследования, что говорит о хорошем качестве сна.

По завершении 1-го этапа комплексной терапии у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями слюнных желез, клинически отмечено улучшение, что было связано с незначительным, но достоверным увеличением количества выделяющейся слюны. Оценка эффективности лечения по завершении 1-го этапа лечения в 1–3 группах пациентов составила от 19 до 49,3%. В тоже время достоверной динамики в показателях уровня дневного стресса и качества ночного сна у пациентов не произошло ($p \geq 0,05$). Поэтому на 2-м этапе лечения в комплекс лечебно-профилактических мероприятий был включен, по рекомендации врача психотерапевта, анксиолитик афобазол.

По завершении 2-го этапа исследования у пациентов всех обследуемых групп, страдающих заболеваниями

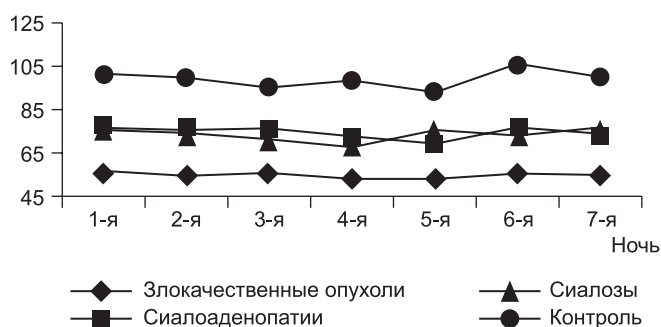


Рис. 2. Качество ночного сна у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез, до начала лечения.

Здесь и на рис. 4, 6: по оси ординат указан коэффициент восстановления (качество сна), усл. ед.; по оси абсцисс – порядковая ночь исследования.

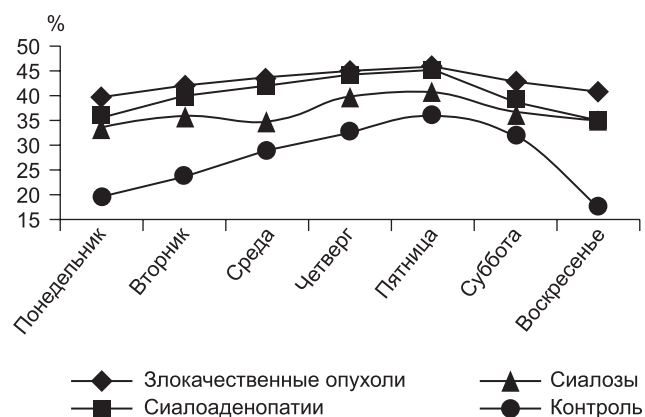


Рис. 3. Уровень дневного стресса у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез, после завершения 2-го этапа лечения.

Здесь и на рис. 5: по оси ординат указано процентное соотношение уровня дневного стресса; по оси абсцисс – день недели исследования.

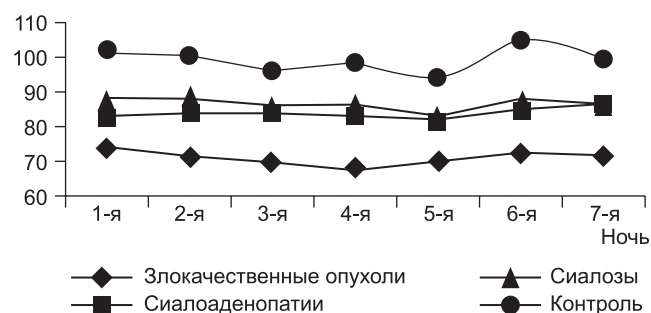


Рис. 4. Качество ночного сна у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез, по завершении 2-го этапа лечения.

слюнных желез, была отмечена достоверная положительная динамика показателей уровня дневного стресса и качества ночного сна (рис. 3). Так, у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями слюнных желез, в течение недели уровень дневного стресса нарастал от 40% в понедельник до 46% в пятницу и несколько снижался в выходные дни – до 41–43%. При этом качество ночного сна по показателю КВ значительно улучшилось

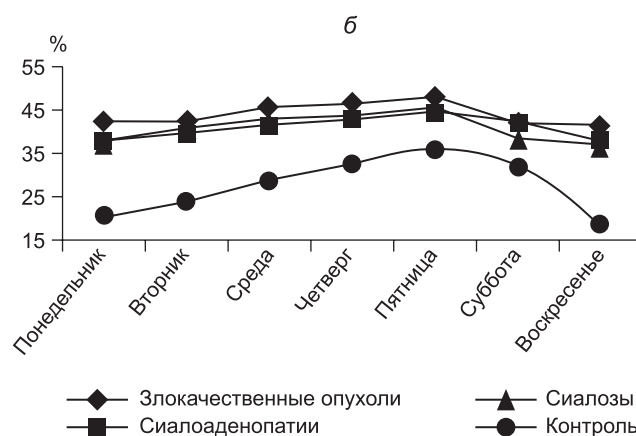
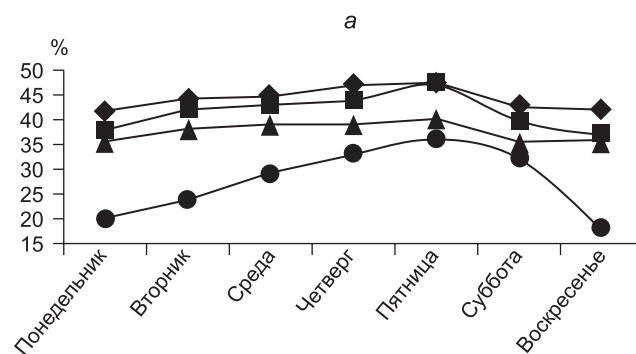


Рис. 5. Уровень дневного стресса у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез, через 6 (а) и 12 (б) мес наблюдения.

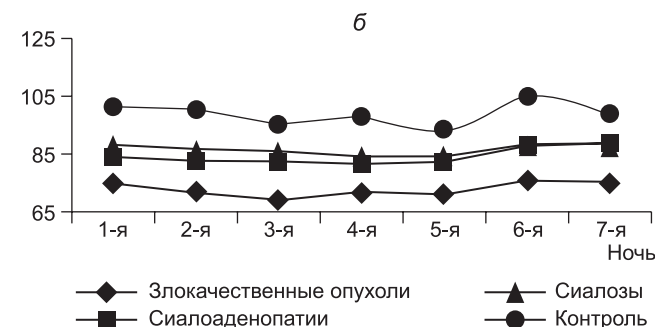
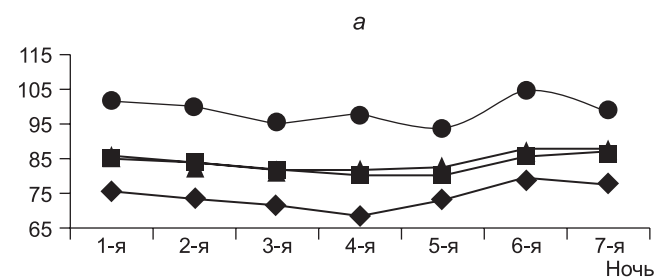


Рис. 6. Качество ночного сна у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез, через 6 (а) и 12 (б) мес наблюдения.

($p \leq 0,05$), а значение КВ колебалось в течение недели от 68 до 74 усл. ед.

У пациентов, страдающих сиалозами, также отмечено достоверное снижение уровня дневного стресса до 34–40% ($p \leq 0,05$), с нарастанием значения этого показателя к кон-

цу рабочей недели до 40–41% и снижением в выходные дни до 35%. Качество ночного сна, по данным КВ, улучшилось в большей степени, чем у пациентов 1-й группы, и сохранялось на протяжении недели на уровне 84–88 усл. ед. (рис. 4). Аналогичная положительная динамика показателей уровня дневного стресса и качества ночного сна по окончании 2-го курса лечения отмечена у людей из 3-й группы ($p \leq 0,05$), которые страдали лучевыми и медикаментозными сialoadenопатиями (рис. 5, 6).

Комплексное лечение пациентов старших возрастных групп, страдающих заболеваниями слюнных желез, по предложенной методике с применением анксиолитика афобазол позволило сохранить достигнутые положительные результаты терапии ($p \leq 0,05$) на протяжении всего периода наблюдения, т. е. в течение года (см. рис. 5).

Заключение

Проведенное клиническое исследование показало, что предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение слюнообразования, а также на устранение тревожных состояний у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих злокачественными новообразованиями слюнных желез, сialозами, а также лучевыми и медикаментозными сialoadenопатиями, при использовании пептидного биорегулятора везуген, биологически активных веществ лесмин, альгиклам, а также анксиолитика афобазол оказался эффективным и позволил на 19–49,3% улучшить результаты лечения, снизив уровень дневного стресса и улучшив качество ночного сна у таких больных, что несомненно благоприятно повлияло на качество их жизни.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заборовский К.А., Лобейко В.В., Иорданишвили А.К. Психологический статус людей пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез. *Курск. науч.-практич. вестн. «Человек и его здоровье»*. 2014; 3: 47–54.
2. Ильин Е.П. *Психопсихология состояний человека*. СПб.: Питер; 2005.
3. Иорданишвили А.К. *Клиническая ортопедическая стоматология*. М.: МедПресс; 2008.
4. Иорданишвили А.К. и др. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желез. *Пародонтология*. 2012; 63 (2): 1–75.
5. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В. Заболевания слюнных желез в различном возрасте и их особенности. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2014; 45 (3): 85–9.
6. Иорданишвили А.К. *Возрастные изменения жевательно-речевого аппарата*. СПб.: Человек; 2015.
7. Иорданишвили А.К. *Геронтостоматология*. СПб.: Человек; 2015.

8. Лобейко В.В., Иорданишвили А.К. Характеристика диагностических и лечебных мероприятий среди взрослых людей разного возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез. *Курск. науч.-практич. вестн. «Человек и его здоровье»*. 2014; 1: 81–4.
9. Лобейко В.В., Иорданишвили А.К. Лучевые сialoadenопатии у пожилых и старых людей и их лечение. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2014; 45 (1): 75–9.
10. Матина В.Н. Заболевания и опухоли слюнных желез. *Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области: рук-во для врачей* / Под ред. проф. А.К. Иорданишвили. СПб.: СпецЛит; 2007: 229–30.
11. Максютя Д.А., Лобейко В.В. *Хронические паротиты и их лечение*. СПб.: Нордмедиздат; 2012.
12. Martinmäki K. et al. Intraindividual validation of heart rate variability indexes to measure vagal effects on heart. *Am. J. Physiol. Heart Circulat. Physiol.* 2006; 290 (2): 640–7.

REFERENCES

1. Zaborovskiy K.A., Lobeyko V.V., Iordanishvili A.K. Psychophysiological status of elderly and senile age, suffering from diseases of the salivary glands. *Kursk. nauch.-praktich. vestn. «Chelovek i ego zdorov'e»*. 2014; 3: 47–54. (in Russian)
2. Il'in Ye.P. *Psychophysiology of Human States. [Psikhofiziologiya sostoyaniy cheloveka]*. St. Petersburg: Piter, 2005. (in Russian)
3. Iordanishvili A.K. *Clinical Prosthetic Dentistry. [Klinicheskaya ortopedicheskaya stomatologiya]*. Moscow: MedPress; 2008. (in Russian)
4. Iordanishvili A.K. et al. Some methodical aspects of diagnosis of diseases of the salivary glands. *Parodontologiya*. 2012; 63 (2): 1–75. (in Russian)
5. Iordanishvili A.K., Lobeyko V.V. Diseases of the salivary glands at different ages and their characteristics. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii*. 2014; 45 (3): 85–9. (in Russian)
6. Iordanishvili A.K. *Age-related Changes of the Masticatory-vocal Apparatus. [Vozrastnyye izmeneniya zhevatelyno-rechevogo apparata]*. St. Petersburg: Chelovek; 2015. (in Russian)
7. Iordanishvili A.K. *Gerontotechnology. [Gerontostomatologiya]*. St. Petersburg: Chelovek; 2015. (in Russian)
8. Lobeyko V.V., Iordanishvili A.K. Characteristics of diagnostic and therapeutic measures among adults of different ages suffering from diseases of the salivary glands. *Kursk. nauch.-praktich. vestn. «Chelovek i ego zdorov'e»*. 2014; 1: 81–4. (in Russian)
9. Lobeyko V.V., Iordanishvili A.K. Radiation sialadenopathy in elderly and old people and their treatment. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii*. 2014; 45 (1): 75–9. (in Russian)
10. Matina V.N. *Diseases, Injuries and Tumors of the Maxillofacial Region: A Hands-on for Doctors [Zabolevaniya, povrezhdeniya i opukholi chelyustno-litsevoy oblasti: ruk-vo dlya vrachey]* / Pod red. prof. A.K. Iordanishvili. St. Petersburg: SpetsLit; 2007: 229–30. (in Russian)
11. Maksyuta D.A., Lobeyko V.V. *Chronic Mumps and their Treatment. [Khronicheskiye parotity i ikh lechenie]*. St. Petersburg: Nordmedizdat; 2012. (in Russian)
12. Martinmäki K. et al. Intraindividual validation of heart rate variability indexes to measure vagal effects on heart. *Am. J. Physiol. Heart Circulat. Physiol.* 2006; 290 (2): 640–7.

Поступила 22.12.16

Принята в печать 28.12.16