РАЗДЕЛ I. МЕДИЦИНА

Джафаров М.М., Гусейнова С.И., Эйвазова Г.И., Ганбаров Х.Г.
Влияние температуры на образование серебряных наночастиц штаммом
дрожжевого гриба CANDIDA GUILLERMONDII BDU – 217

Бакинский Государственный Университет

doi:10.18411/spc-15-12-2017-01

idsp: 000001:spc-15-12-2017-01

В производстве металлических наночастиц использование грибов, особенно дрожжевых грибов, имеет ряд преимуществ. Дрожжевые грибы рода *Candida* проявляют активность в образовании серебряных наночастиц. В нашем исследовании изучается образование штаммом дрожжевого гриба *Candida guilliermondii* BDU – 217 серебряных наночастиц. Изучение оптимальной температуры для синтеза наночастиц этой культурой является одним из важных задач. С этой точки зрения главной особенностью этого исследования является изучения влияния температуры на образование серебряных наночастиц штаммом дрожжевого гриба *Candida guilliermondii* BDU – 217. Для получения биомассы этот штамм был инкубирован в среде с оптимальной температурой. Собранная в среде биомасса была отделена центрифугированием и полученная 10 гр биомасса 3 раза была промыта 100 мл стерильной дистиллированной водой. Затем полученное добавляем в 90 мл стерильную дистиллированную воду и добавляя 10мл раствора AgNO_3 инкубируем при температурах 25, 30, 35, 40, 450С. Начиная с 3-го дня инкубации замечая изменение окраски реакционной среды сохраненной при температурах 25, 30, 35, 400С, берем образцы и проводим спектрофотометрический анализ. Было выявлено поглощение УФ спектрофотометром при дине волны 410- 420 нм. В образцах взятых из среды инкубированной в 45 0 С где изменение окраски наблюдалось слабо не было обнаружено поглощения.

Таким образом стало известно, что оптимальная температура для образования серебряных наночастиц штаммом дрожжевого гриба *Candida guilliermondii* BDU – 217 находится в интервале 25 –300 С.

Джафарова С.М.

Медицинская и социальная реабилитация детей с врожденными расщелинами
верхней губы и неба

Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ЧГМА
(Россия, Чита)

doi:10.18411/spc-15-12-2017-02

idsp: 000001:spc-15-12-2017-02

Аннотация

В Забайкальском крае отмечается высокая распространенность зубочелюстных аномалий. Для комплексной реабилитации детей-инвалидов, помимо медицинских мер – необходимо создание психологических, бытовых условий, необходимых для нормальной жизнедеятельности.

Ключевые слова: медицинская и социальная реабилитация, врожденная расщелина верхней губы и неба.

Abstract

In Zabaykalsky Krai there is a high prevalence of dentofacial anomalies. For the comprehensive rehabilitation of children with disabilities, in addition to medical measures, it is necessary to create psychological conditions that are necessary for normal functioning.

Key words: medical and social rehabilitation, upper lip and palate

Одной из острых и актуальных проблем, представляющих угрозу состоянию здоровья детского населения России, является увеличение количества детей с врождённой патологией [3, 11, 23, 27, 37, 39].

Врожденная расщелина лица является тяжелым пороком развития зубочелюстной системы и характеризуется выраженными структурными и функциональными нарушениями [7, 8, 32, 33, 57, 62, 63, 64, 68, 69]. По данным некоторых авторов, частота врожденных расщелин лица составляет в среднем 1:1000 новорожденных [1, 11, 18, 49]. Однако по разным географическим регионам она может варьировать от 1:2250 до 1:300 новорожденных [1, 9, 11, 18, 19, 39, 42, 49, 53, 65]. В среднем по России частота рождаемости детей с расщелиной губы и неба составляет 1:600 - 1:500 новорождённых [1, 6, 21, 27, 30, 43, 66].

Частота врожденных расщелин верхней губы и неба в Республике Саха (Якутия) составляет $1:765 \pm 68,16$ - $(1,42 \pm 0,17\%)$. Почти половина аномалий представлена одно- и двусторонними расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, требующими более длительного и сложного лечения [23].

Высокая распространенность врожденных расщелин верхней губы и неба отмечается в Забайкальском крае, так в городе Чита каждый год рождается один ребенок с врожденными пороками на 600 детей, с населением 250 тысяч. Несмотря на бурное развитие современных медицинских технологий в сфере диагностики и лечения врожденных аномалий у детей в Забайкальском крае, за последние десятилетия отмечается неуклонный рост врожденных пороков [41].

Тенденция к значительному повышению распространенности данного вида аномалий обусловлена экологическими, экономическими, социальными и другими условиями, влияющими на здоровье родителей и их детей [26].

До 60-70% причин детской инвалидности связаны с перинатальным периодом [37].

Врожденная расщелина верхней губы и неба сопровождается рядом анатомических, функциональных и эстетических нарушений, совокупность которых оказывает существенное влияние на качество жизни и социально-психологическую реабилитацию больного [3, 6, 7, 11, 17, 19, 23, 47].

Неудовлетворенность ребенка собственной внешностью и улыбкой создает проблемы общения со сверстниками, вызывает «комплекс неполноценности», нарушает психоэмоциональный статус, формируя актуальную медико-социальную проблему. [13, 27, 35, 50, 60].

Сопутствующие заболевания характеризуются высокой частотой болезней органов дыхания ($57,51 \pm 3,61\%$), нервной системы ($25,60 \pm 3,18\%$), системы кровообращения ($17,80 \pm 2,79\%$). Анемии I, II степени у $13,67 \pm 2,51\%$ детей, аллергические состояния - у $7,09 \pm 1,87\%$. У $65,0 \pm 3,48\%$ сочетание нескольких соматических патологий. [39].

Данная патология вызывает значительные изменения в зубочелюстной системе пациента, в том числе оказывает негативное влияние на распространенность и интенсивность кариеса. [4, 20, 39, 40, 56, 58, 61, 67].

У детей дошкольного возраста с врожденными аномалиями зубочелюстной системы кариозный процесс предрасположен к острому течению и стремительному разрушению твердых тканей зуба. [14, 36, 39, 45, 54].

Уровень распространённости кариеса у детей с расщелинами верхней губы и неба равен 100%. Интенсивность кариеса у детей с ВРГН по индексу кпу- 11,83 . [39].

У 96,2% детей с расщелинами губы и неба имеются заболевания пародонта. Ведущим фактором в развитии воспаления является затрудненный уход за полостью рта и множественные ретенционные пункты, у 54,7% детей неудовлетворительная гигиена полости рта, удовлетворительная – у 32,1% детей; а хорошая у 13,2% обследованных детей . [39].

Высокую распространенность у детей с врожденными аномалиями имеют и ряд других стоматологических аномалий: местная гипоплазия у 17,0% детей, частичная первичная адентия у 17,0%, вторичная адентия у 28,3%. Также было выявлено: короткие уздечки языка – 88,7% детей с ВРГН, верхней губы – 79,3% детей, нижней губы – 13,2%, дополнительные тяжи слизистой оболочки – 24,5% детей. Мелкое преддверие полости рта на нижней челюсти у 28,3% детей с ВРГН, а на верхней челюсти у 50,9% детей.[1]. Уровень стоматологической помощи у детей с расщелинами губы и неба до 3-х лет равен 18,61%, от 3-х до 6 лет - 18,60% при нуждаемости в лечении кариеса зубов - 55,0% и 77,0%, соответственно это приводит к раннему хирургическому лечению и развитию зубочелюстных деформаций. [39].

Главной задачей современных подходов к лечению врожденных заболеваний челюстно-лицевой области является достижение контроля над болезнью и улучшение качества жизни [5, 6, 7, 8, 17, 23].

При оказании специализированной помощи детям с врожденной патологией челюстно-лицевой области необходимо руководствоваться основными принципами: комплексность, своевременность, последовательность и периодичность проведения лечебно-реабилитационных мероприятий[7, 21, 23, 34].

Необходимость комплексного лечения больных с врожденной патологией челюстно-лицевой области возникает с момента рождения и продолжается до 17 лет и старше[1, 6, 11, 48].

Система комплексного лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба предусматривает многоэтапное междисциплинарное взаимодействие специалистов: хирургов стоматологов, педиатров, невропатологов, терапевтов, ортодонтот, логопедов, оториноларингологов и других специалистов. [3, 6, 8, 10, 21, 23].

Ортодонтическое лечение, логопедическое обучение, санационные мероприятия вместе с массажем тканей проводятся на протяжении всего периода роста и развития верхней губы и неба, являются стержневыми на основных этапах хирургического лечения. Постоянное сотрудничество врача и родителей ребенка является неотъемлемым фактором. Соблюдение основных принципов реабилитации детей с врожденными аномалиями не только значительно улучшает эстетические и функциональные результаты лечения, но и сводит до минимума количество повторных исправляющих операций. [44].

Стоматологическое здоровье можно рассматривать как комплекс анатомо-физиологического, психического и социально-бытового компонентов, которые участвуют в реализации жевательной, фонетической, эстетической функций, способствующих психологическому и функциональному комфорту. [22].

Но к сожалению в большинстве случаев оперативное лечение, не всегда обеспечивает оптимальное функционирование, что затрудняет нормальное питание и обуславливает различные дефекты речи. [46].

Комплексный подход к реабилитации детей с врожденной двусторонней расщелиной губы и неба с использованием инновационных технологий позволяет добиться стабильного результата у 80-85% пациентов в дошкольном возрасте, что значительно снижает сроки инвалидности больных. [24].

Однако комплексное лечение, медицинская и социальная реабилитация детей с врожденными расщелинами лица требует больших финансовых затрат, на осуществление социальных льгот и выплату пособий семьям, в которых есть ребенок – инвалид.[3, 25, 37, 38].

Каждый двенадцатый ребенок-инвалид, не смотря на постоянную потребность в медицинской реабилитации, не состоит на диспансерном учете[37].

Ограничение возможностей, снижение уровня и качества жизни относительно иных социальных групп сопровождаются серьезными личностными проблемами, низким адаптивным потенциалом инвалидов в динамичной социокультурной среде. [10, 22, 39].

Стоматологическое здоровье можно рассматривать как комплекс анатомо-физиологического, психического и социально-бытового компонентов, которые участвуют в реализации жевательной, фонетической, эстетической функций, способствующих психологическому и функциональному комфорту. [22].

Для повышения стоматологического уровня здоровья с минимальными экономическими затратами, необходима массовая профилактическая работа при использовании всех доступных методов и средств стоматологической просветительной деятельности. Основой любого лечения врожденных аномалий челюстно-лицевой области у детей является то, что оно должно быть комплексным, этиопатогенетическим, индивидуальным и динамическим [22].

В Забайкальском крае помощь детскому населению по челюстно-лицевой хирургии оказывается лишь в одном лечебном учреждении — ГУЗ КДКБ в отделении ЧЛХ.

По данным отчета главного внештатного детского челюстно-лицевого хирурга МЗ Забайкальского края за 2016 год увеличилось количество детей с врожденными расщелинами губы и неба на 46%.

Столь высокий показатель данной нозологической формы заболевания среди новорожденных определяет необходимость введения инновационных форм реабилитационных мероприятий в данной группе.

В нашей стране дети-инвалиды изолированы от сверстников, ограничены в общении и в информации, и как следствие – неуверенны в себе. У детей формируется страх перед здоровыми сверстниками и взрослыми. Для комплексной реабилитации детей-инвалидов, помимо медицинских мер – необходимо создание психологических, бытовых условий, необходимых для нормальной жизнедеятельности.

Для полноценной интеграции детей-инвалидов в общество, необходимо создать условия медицинской, социально-культурной реабилитации в комплексе.

1. Анурова А. Н. Клинико-микробиологические параллели стоматологического здоровья матери и ребенка с врожденной расщелиной губы и неба: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14, 03.02.03 / А. Е. Анурова. - М., 2010. - 23 с.
2. Арутюнов, С. Д. Новые возможности профилактики и лечения начальных форм кариеса у детей младшего возраста / С. Д. Арутюнов, М. В. Кузьмичевская, М. Г. Свердлова // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2007. – № 3. – С. 9-12.
3. Булгакова Е. А. Совершенствование специализированной помощи детям с врожденной патологией челюстно-лицевой области: автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.02.03, 14.01.14 / Е. А. Булгакова – Кемерово, 2013. – 23 с.
4. Гаврилова, О. А. Особенности кариозного процесса временных зубов у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области / О. А. Гаврилова, В. В. Максимова, Е. Н. Федотова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: материалы IV Всерос. науч.-практ. конф. – Москва: МГМСУ, 2012. – С. 81-85.
5. Гажва С.И., Гажва Ю.В., Гулуев Р.С. Качество жизни пациентов с заболеваниями полости рта (обзор литературы) // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4.;
6. Гончаков Г. В. Комплексная реабилитация детей с врождёнными расщелинами губы и нёба в НПЦ медицинской помощи детям. //Врождённая и наследственная патология головы, лица и шеи у детей:

актуальные вопросы комплексного лечения. М.: МГМСУ, 2006. — С.48–49.

7. Гранчук Г.Н. Особенности медицинской реабилитации больных с верхней микрогнатией после врожденных расщелин верхней губы, твердого и мягкого неба. // Передовые технологии медицины на стыке веков: сб. ст.-М., 2000. - с. 104.
8. Губашиева Диана Робертовна. Современные принципы реабилитации детей с врожденными расщелинами неба: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.21 / Губашиева Диана Робертовна; [Место защиты: ГОУВПО "Воронежская государственная медицинская академия"].- Воронеж, 2009.- 119 с.: ил.
9. Губина, Л. К. Ситуационный анализ частоты врожденной патологии челюстно- лицевой области и вероятные факторы / Л. К. Губина, О. П. Красникова // Детская стоматология. – 2000. – № 3-4. – С. 65-68.
10. Гудина, Т.В. Социально-культурная деятельность как средство обеспечения равных возможностей развития и инкультурации детей- инвалидов в современном обществе: дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.05 / Т.В. Гудина. – СПб., 2014. – 386 с.
11. Давлетшин Н. А. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Башкортостан: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21/ Н.А. Давлетшин. – М., 2009. - 152 с.
12. Демикова Н.С., Лапина А.С., Подольная М.А., Кобринский Б.А. Динамика частоты врожденных пороков развития в РФ (по данным федеральной базы мониторинга ВПР за 2006—2012 гг.). Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2015;60(2):72-77.
13. Дмитриев Н.С., Мамедов Ад.А., Соколова А.В. и др. Эксудативный средний отит у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / Сб. статей московского центра детской челюстно-лицевой хирургии. — М., 2002. -С. 101-104.
14. Димитрова, М. Модель оценки риска появления кариеса в раннем детстве / М. Димитрова, М. Кухлева // Стоматология. – 2008. – Т. 87, № 4. – С. 29-32.
15. Дифференцированный подход к профилактике кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Е. Е. Маслак, Н.В. Рождественская, Д.И. Фурсик [и др.] // Институт стоматологии. – 2005. – № 3. – С. 82-84.
16. Достижения и проблемы школьной стоматологической службы / Е. Е. Маслак, Н.А. Лунева, С.В. Ставская [и др.] // Материалы XVII и XVIII Всероссийских научно-практических конференций и I Европейского стоматологического конгресса. – Москва, 2007. – С. 201-203.
17. Дурново Е. А., Глявина И. А., Монакова Н. Е. Диагностические и лечебные аспекты реабилитации детей с врожденными пороками развития лица в Нижегородской области // Российский стоматологический журнал. 2013. №5 С.46-48.
18. Дьякова, С. В Современный подход к диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области / С. В. Дьякова, С. В. Яковлев, М. А. Першина // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: материалы II Всерос. науч.-практ. конф. – Москва: МГМСУ, 2006. – С. 5-88.
19. Дьякова, С. В. Специализированное лечение детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области в системе диспансеризации / С. В. Дьякова // Врожденная и наследственная патология головы и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: сб. ст. конф. – Москва: МГМСУ, 2002. – С. 91-95.
20. Евмененко, Р. А. Профилактика негативных изменений в органах и тканях полости рта при лечении врожденных расщелин верхней губы и неба у детей: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Евмененко Роман Анатольевич. – Омск, 2006. – 157 с.
21. Ешиев А. М., Давыдова А. К. Анализ выявления сопутствующей и сочетанной патологии у детей с расщелинами губы и неба // Фундаментальные исследования. 2013. №9-1 С.42-45.
22. Зобанова И. Н. Стоматологическая помощь в системе комплексной реабилитации и социальной адаптации детей-инвалидов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / И. Н. Зобанова. - Нижний Новгород, 2015. - 24 с.
23. Исаков Л. О. Комплексная реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы, неба и профилактика их развития в Республике Саха (Якутия): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21/ Л. О. Исаков. - Якутск, 2009. - 123 с.
24. Катасонова Е. С. Обоснование применения новых технологий на ранних этапах комплексного лечения детей с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и неба: автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.00.21/ Е.С. Катасонова. - Алматы, 2010. -23с.
25. Кирилюк О.М. Реабилитация детей-инвалидов // «Теория и практика сервиса: экономика, социальная сфера, технологии»: науч.-практ. журн. – 2013. - № 2 (16). – С. 79-85.
26. Кириченко Ю. Н., Разиньков Д. В. Региональный аспект сложности решения проблем детей-инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2012. №2 С.44-46.
27. Короленкова Мария Владимировна. Оптимизация алгоритма реабилитации детей с расщелиной губы и неба с использованием компьютерных методов автоматизации и учета: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.21 / Короленкова Мария Владимировна; Москва, 2008. - 156 с.: ил.
28. Кузьмина, Э. М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э. М. Кузьмина, С. А. Васина, Т. А. Смирнова. – Москва, 2006. – 186 с.
29. Кулаков О. Б., Мальгинов Н. Н., Першина М. А., Субботин И. А. Замещение дефектов альвеолярного отростка и зубных рядов у пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области // Российский стоматологический журнал. 2013. №2 С.21-23.

30. Леонов, А. Г. Частота и распространенность врожденной расщелины верхней губы и неба в Свердловской области за период с 1987 по 2007 гг. / А. Г. Леонов, Г. В. Кожарская, Н. Л. Кузнецова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: материалы III Всерос. науч.-практ. конф. – М.: МГМСУ, 2009. – С. 198-200.
31. Леус, П. А. Профилактическая коммунальная стоматология / П. А. Леус. – Москва: Медицинская книга, 2008. – 444с.
32. Маххамов М.Э. Бронхолегочная функция у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. // Стоматология. - 2001. - №5. - с.34-36.
33. Медведев М.В. Перинатальные исходы при врожденных пороках развития. 6. Расщелины верхней губы и неба / М.В. Медведев, Е.В. Юдина, Н.В. Потапова // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. -2001. - Том 9, №4. - с.260-267.
34. Минайчева Л.И., Куровский А.В., Назаренко Л.П. Сравнительный анализ частоты врожденных пороков развития у новорожденных в сибирских популяциях // Медицинская генетика. 2014. № 4. С. 44-52.
35. Мирзаева, Р.Б. Повышение эффективности лечения кариеса и его осложнений у детей с аномалиями и приобретенными деформациями челюстей): автореф. дис. ... канд. мед. наук:14.00.21/ Р.Б. Мирзаева. - Санкт-Петербург, 2009. -19с.
36. Морозова, Н. В. Индивидуальная профилактика кариеса у детей раннего возраста / Н. В. Морозова, В. В. Корчагина, К. В. Хроменкова // Клиническая стоматология. – 2004. – № 1. – С. 40-43.
37. Нелюбина О.В., Мамедов А.А. назофарингоэндоскопическое исследование функции небно-глоточного кольца. Педиатрическая фармакология. 2012;9(2):20-21.
38. Немкова С.А. Детский церебральный паралич: современные технологии в комплексной диагностике и реабилитации когнитивных расстройств / С.А. Немкова. – Москва: Медпрактика-М, 2013. – 440 с. – 27,5 печ. л. – 1000 экз. – ISBN 978-5-98803-293-9.
39. Николаева Е.В. Оптимизация стоматологической помощи детям младшего возраста с расщелинами губы и/или неба на этапах комплексного лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14/ Е. В. Николаева. - Казань, 2014. -128 с.
40. Овчинников, В. М. Состояние полости рта у детей с врожденными расщелинами неба в зависимости от сроков оперативного вмешательства / В. М. Овчинников, В. А. Дистель, А. В. Карницкий // Кариес зубов и его осложнения. – Омск, 1995. – С. 24-26.
41. Попова Е. С. Роль заболеваний пародонта, состояния гемодинамики и микроциркуляции в патогенезе, профилактике и лечении зубочелюстных аномалий у детей, проживающих в условиях резко континентального климата: автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.14 / Е. С. Попова. - Тверь, 2015. - 42 с.
42. Распространенность и эпидемиология орофасциальных расщелин в РСО- Алаания / Ю. В. Габисова, Ф.К. Лагуева, З.К. Гетоева [и др.] // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: материалы III Всерос. науч.-практ. конф. – Москва: МГМСУ, 2009. – С. 84-87
43. Саенко, К. Н. Моторно-двигательные нарушения мышц челюстно-лицевой области и шеи у пациентов с расщелиной губы и неба: автореф. дис. ... канд. мед. наук:14.01.14 /К.Н. Саенко. – Москва, 2016.
44. Степанова Ю. В., Цыплакова М. С.Основные направления в комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и неба // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2013. №1 С.36-43.
45. Токарева, А. В. Опыт применения стандартных защитных коронок при лечении временных зубов / А. В. Токарева, Л. П. Кисельникова // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2010. – Т. IX, № 1 (32). – С. 9-13.
46. Топольницкий О.З., Чуйкин О.С. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Башкортостан // Современные проблемы науки и образования. 2015. №4 С.360.
47. Фабелинская, И. В. Возрастные анатомические и функциональные особенности височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков с врожденной расщелиной верхней губы и неба: специальность 14.00.21 "Стоматология" :автореф. дис. . канд. мед. наук / Фабелинская И. В. ; М., 2005. - 24 с. : рис., табл. - Библиогр.: с. 22-23 (9 назв.). - 100 экз.
48. Фоменко И.В. Эффективность современных методов диагностики и лечения в комплексной реабилитации пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба: автореф. дис. . д-ра мед. наук : 14.01.14 / И. В. Фоменко . - Волгоград, 2011. - 39 с.
49. Чуйкин, С. В. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Башкортостан / С. В. Чуйкин, Н. А. Давлетшин // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения : материалы IV Всерос. науч.-практ. конф. – Москва : МГМСУ, 2012. – С. 369-381.
50. Ahluwalia M., Brailsford S.R., Tarelli E. et al. Dental caries, oral hygiene, and oral clearance in children with craniofacial disorders // J. Dent. Res. -2004. Vol. 83, № 2. - P. 175-179
51. Allais, G. Кариес – лечение. Часть 3.1 / G. Allais // Новое в стоматологии. – 2008. – №7. – С. 1-10.
52. Allais, G. Кариес – лечение. Часть 3.2 / G. Allais // Новое в стоматологии. – 2008. – № 8. – С. 1-12.
53. Are Infants with Orofacial Clefts at Risk for Insecure Mother-Child Attachments? / C. L. Maris, M.C. Endriga, M.L. Speltz [et al.] // The Cleft Palate-Craniofacial Journal. – 2000. – Vol. 37, № 3. – P. 257-265.
54. Axelsson, P. Diagnosis and risk prediction of dental caries / P. Axelsson // Quintessence Publishing Co. Inc. – 2000. – Vol. 307. – P. 342-345.

55. Bullinger, M. Quality of life and chronic conditions: the perspective of children and adolescents in rehabilitation / M. Bullinger, U. Ravens-Sieberer // *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* – 2006. – Vol. 55, № 1. – P. 23-35.
56. Epidemiology of cleft palate in Europe: implications for genetic research / E. Calzolari, F. Bianchi, M. Rubini [et al.] // *Cleft Palate Craniofac J.* – 2004. – Vol. 41, № 3. – P. 244-246.
57. Flinn W., Long R.E., Garattini G., Semb G. A multicenter outcomes assessment patients with unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2006 May; 43(3):25-28.
58. Genetic Association Studies of Cleft Lip and/or Palate With Hypodontia Outside the Cleft Region / R. L. Slayton, L. Williams, J.C. Murray [et al.] // *The Cleft Palate - Craniofacial Journal.* – 2003. – Vol. 40, № 3. – P. 274-279.
59. Harrison, R. Oral health promotion for high-risk children: Case studies from British Columbia/ R. Harrison // *J. Can. Dent. Assoc.* – 2003. – Vol. 69, № 5. – P. 292-296. Haugejorden, O. Evidence for reversal of the caries decline among Norwegian children / O. Haugejorden, J. M. Birkeland // *Int. J. Paediatr. Dent.* – 2002. – Vol. 12, № 5. – P. 306-315.
60. Hathorn I.S., Attack N.E., Butcher G. et al. Centralization of services: standard setting and outcomes // *Cleft Palate Craniofac. J.* 2006. - Vol. 43, № 4. - P. 401—405.
61. Hewson, A. R. Dental experience of cleft affected children in the west of Ireland / A. R. Hewson, C. M. McNamara, T. F. Foley // *Int. Dent. J.* – 2001. – Vol. 51. – P. 7376.
62. Hugentobler M., Dojcinovic I., Richter M. Flap techniques in secondary alveolar between two types of flap. *Rev StomatolChirMaxillofac.* 2006 Jun; 10 (3): 145-51
63. Lilius GP. Clefts with associated anomalies and syndromes in Finland. *Scand J PlastReconstrSurg Hand Surg.* 1992; 26:185-196.
64. Mc. Comb. H.K. Coghlan B.A. Primary repair of the unilateral cleft lip nose, completion longitudinal study. *CleftPalateCraniofac. J.* 1996. jan,33(1) 23-30.
65. Menegotto, B. G. Epidemiology of Oral Clefts in a Large South American Sample / B. G. Menegotto, F. M. Salsano // *Cleft Palate Craniofac J.* – 1991. – Vol. 28, № 4. – P. 376-377
66. Neumann H. J. Development of lip, jaw, palatal and uvular clefts. // *Zahntechnik (Berl).* 1990. — 23(6) — P. 271–274.
67. Paul, T. Oral and dental status of children with cleft lip and/or palate / T. Paul, R. S. Brand // *The Cleft Palate-Craniofacial Journal.* – 1998. – Vol. 35, № 4. – P. 329-332.
68. Recaman M., Bonet B., Leitao J., Mesquita. Reconstruction of velopharyngeal speech Cleft Palate: surgical alternative. *Cir Pediatr* 2006 Apr; 19(2): 106-10.
69. Slifer KL. Pulbrook V., Amari A., Vqna-Ambadar., Beck M., Piszczor R. Social acceptance and facial behavior clefts. *Pediatric Psychology, Department of Behavi. Krieger Institute, 707 N. Broadway, Baltimo. Cleft Palate Craniofac J* 2006 Mar;43(2):22-36.
70. The effectiveness of a 6-year oral health education program for primary schoolchildren / J. Vanobbergen, D. Declerck, S. Mwalili, L. Martens // *Community Dent. Oral. Epidemiol.* – 2004. – Vol. 32, № 3. – P. 173-182.
71. Tooth loss and dentures: patients' perspectives / Judit A. Jones, Michelle Borner, Avron Spiro III, Nancy R. Kressin // *International Dental Journal.* – 2003. – Vol. 53. – P. 327-334.

Докучаева О.А.

Аденомиоз или внутренний эндометриоз? Основы проведения дифференциальной диагностики

*Первый Московский Государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
(Сеченовский университет)
(Россия, Москва)*

doi:10.18411/spc-15-12-2017-03

idsp: 000001:spc-15-12-2017-03

В настоящее время термином «эндометриоз» учёные называют хроническое гинекологическое заболевание, обусловленное доброкачественным разрастанием вне полости матки ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Клинически эндометриоз проявляется, главным образом, персистирующей болью и бесплодием.

Выделяют генитальную и экстрагенитальную формы данной патологии. Генитальный эндометриоз подразделяется на внутренний, поражающий тело матки, и наружный, мишенями которого часто становятся следующие органы: шейка матки, влагалище, промежность, ретроцервикальная область, яичники, маточные трубы, брюшина и прямокишечно-маточное углубление.