



**«НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ:
ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»**

**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ,
ПОСВЯЩЕННОЙ 85-ЛЕТИЮ БелМАПО**

25 НОЯБРЯ 2016 ГОДА

Минск, БелМАПО
2016

$35,7 \pm 2,9$ МПа, условный предел текучести $\sigma_{0,2} - 31,0 \pm 2,1$ МПа, модуль упругости $E - 829,4 \pm 60,6$ МПа. Для системы «винт Тг – полиуретан» соответствующие значения составили $20,3 \pm 3,1$ МПа, $18,6 \pm 2,8$ МПа и $668,9 \pm 124,3$ МПа. Результаты эксперимента однородны (коэффициент вариации 7-8% и 15-19%), достоверность различий механических свойств соединения систем «винт S – полиуретан» и «винт Тг – полиуретан» по критерию Крамера-Уэлча равна 95%.

Заметим, что временное сопротивление разрушению σ_b систем «винт S – полиуретан» и «винт Тг – полиуретан» составили $35,7 \pm 2,9$ МПа и $20,3 \pm 3,1$ МПа, что значительно больше минимального необходимого усилия сжатия (растяжения) обломков костей, равного 80 Н/см^2 .

Выводы. Таким образом, исследование прочности соединения винтов с упорной и трапецидальной резьбой с модельной средой, выполненной из полиуретана ППУ-1 ТУ РБ 700069297.008-2000, показали, что выбранный диаметр винта (внутренний диаметр 2,013) является достаточным для выполнения функций остеосинтеза, т.к. обладает необходимой механической прочностью и позволяет обеспечить стабильную фиксацию костных отломков. Было установлено, что прочность соединения системы «винт – полиуретан» с винтами с упорной резьбой S выше в 1,5 – 2 раза, чем при использовании винтов с трапецидальной резьбой Тг с достоверностью различий механических свойств соединения систем 95%.

THE EFFICIENCY OF SCREWS FOR OSTEOSYNTHESIS HAVING DIFFERENT TYPE OF THREAD

A.S. Artushkevich, M.A. Al-Faqih

The article presents material to study the mechanical properties of screws of different constructions for osteosynthesis.

Литература:

1. Анисимов, В.Н. Сравнительная оценка эффективности фиксации фрагментов ладьевидной кости винтами различной конструкции. // Вестник травматологии и ортопедии им.Н.Н.Приорова, 2001. - №3. – С. 45-47.
2. Molon R.S. In vitro comparison of 1,5 mm vs 2,0 mm Screws for fixation in sagittal split osteotomy. / J.Craniomaillofac. Surg. – 2011. – Vol.39, N8. – p. 547-577.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЖАЛОБ И ПАТОЛОГИИ ПРИ ГЛОССАЛГИИ

А.С. Артюшкевич¹, А.Г. Байда², Г.М. Руман¹, Н.Ф. Адацик²

Белорусская медицинская академия последипломного образования¹, г. Минск

Белорусский государственный медицинский университет², г. Минск

Введение. Среди заболеваний стоматологического профиля особого внимания заслуживает глоссалгия, которая характеризуется персистирующими оро-фациальными болями, способными значительно снизить качество жизни человека, что делает данную проблему не только медицинской, но и социальной [4]. Глоссалгия (glossalgia) – заболевание, характеризующееся жжением, болью различных участков слизистой оболочки языка без видимых изменений. Несколько реже, чем в

языке, подобные ощущения возникают на губах, твердом небе или по всей слизистой оболочке рта. В таких случаях заболевание называют стомалгией (stomalgia).

В настоящее время глоссалгия считается полиэтиологическим заболеванием. В этиологии глоссалгии выделяют местные и общие факторы. В развитии заболевания определенная роль принадлежит психологическим и психосоциальным изменениям. Очень часто у пациентов наблюдаются астенические нарушения, раздражительность, тревожность, канцерофобия, склонность к депрессии. В патогенезе главная роль принадлежит дисфункции вегетативной нервной системы. Указанный симптомокомплекс манифестирует при поражении ядер (чувствительных и двигательных) понтобульбарного отдела ствола головного мозга. Данные процессы сопровождаются изменением чувствительности (поверхностной), преимущественно по диссоциированному типу, что связано с поражением бульбо-спинальных ядер тройничного нерва. Также нередко извращение вкуса (при вовлечении вкусового ядра); тремор языка, быстрая его утомляемость – на поражение ретикулярной формации продолговатого мозга и двигательного ядра подъязычного нерва [2, 3]. Эти нарушения носят чаще функциональный, нежели органический характер. Глоссалгия протекает на фоне имеющейся сопутствующих заболеваний внутренних органов и систем, а также воспалительных и травмирующих факторов в ротовой полости, которые оцениваются большинством пациентов как причина болевых ощущений.

Довольно часто глоссалгия возникает после протезирования. Считают, что её могут спровоцировать травма при препарировании и ортопедических манипуляциях, гальваноз при разноименных металлических включениях в полости рта [5], аллергические реакции на протезы из акриловой пластмассы. Ряд пациентов указывают на возникновение жжения в языке после травматического удаления зубов, после инъекций. Несмотря на то, что местные факторы оцениваются большинством пациентов как причина болевых ощущений, санация полости рта обычно не приносит желаемого результата. Главенствующую роль в развитии глоссалгии отводят общим факторам [1, 4]. У пациентов наблюдаются заболевания нервной системы, патология желудочно-кишечного тракта, эндокринные нарушения (диабет, климакс), сосудистые нарушения (атеросклероз, гипертоническая болезнь), остеохондроз шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы исследования. Была изучена группа пациентов из 50 человек в возрасте от 35 до 70 лет, страдающая жжением в полости рта. Уточнялись жалобы и анамнез заболевания, собирались сведения о сопутствующих заболеваниях. Объективное обследование включало осмотр полости рта (зубов, зубных рядов, прикуса, слизистой оболочки полости рта), определение глоточного рефлекса. При необходимости пациентам проводились лабораторные методы исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ФГДС, электрокардиография.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными жалобами пациентов с глоссалгией были жалобы на боль и ощущение жжения в полости рта. Характер парестезий у 31,0 % обследованных представлялся в виде ощущения «перца», у 23,7 % – в виде «кипятка», у 19,3 % – в

виде «пощипывания», у 10,2 % – в виде «онемения», у 7,1 % – в «виде инородного тела», у 6,8 % – в виде «зуда» и у 1,9 % – в виде ощущения «жара».

По локализации боли и парестезий в области языка 56,1 % пациентов испытывали жгучую боль на кончике языка, 30,4 % – на спинке, 13,5 % – на боковых поверхностях языка. Интенсивность боли, по результатам оценки визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), составляла в среднем $6,51 \pm 1,62$ балла. Длительность заболевания варьировалась от 3 месяцев до 4 лет и составила в среднем $2,9 \pm 0,8$ года.

У 45,6 % пациентов боль и парестезии впервые появились на языке, постепенно распространились на щеки, десны, небо, губы и др. области. Характерно, что у 88,4 % пациентов все неприятные ощущения в полости рта исчезали или значительно ослабевали во время приема пищи. Минимальная выраженность всех указанных проявлений была после пробуждения и нарастала в течение дня до максимальной в вечернее время.

Получены следующие данные о выявленной сопутствующей патологии: чаще всего это было сочетание заболеваний нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем (51 % в исследуемой группе); пациенты с различной патологией нервной системы (неврозы, неврозоподобные состояния, астенодепрессивный синдром и др.) – 21 %; пациенты с различной патологией эндокринной системы (на фоне гормональной перестройки климактерического периода, функциональных нарушений щитовидной железы, сахарного диабета) – 12,9 %; заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язва двенадцатиперстной кишки, желудка, колит) – 8,6 %; заболевания сердечно-сосудистой системы – 6,5 %. В группе были выявлены 25% пациентов с явлениями гальваноза вследствие изготовления протетических конструкций.

Всем пациентам проводили санацию полости рта. Заменяли нерационально установленные протезы, устраняли явления гальванизма, если таковые имелись, корректировали высоту прикуса. Хорошие результаты получены при назначении седативных средств. При необходимости коррекцию терапии пациентам проводили кардиолог и гастроэнтеролог. В качестве симптоматического лечения использовали местно-анестезирующие средства.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что для каждого пациента, страдающего глоссалгией, должна разрабатываться индивидуальная схема лечения, включающая этиологическое, патогенетическое и симптоматическое воздействие, расширенная санация полости рта. Одновременно у пациента следует проводить обследование, а затем и лечение выявленных заболеваний другими специалистами (неврологом, психотерапевтом, эндокринологом, кардиологом). Проведённое исследование показывает, что глоссалгия является полиэтиологическим заболеванием, не существует изолированно, а протекает на фоне заболеваний различных органов и систем. Значение местных травмирующих факторов, которые зачастую переоцениваются пациентами, довольно велико, но не является ведущим. Более чем в половине случаев имеет место сочетание различных патологий и для получения положительных результатов лечение глоссалгии должно быть комплексным.

ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF COMPLAINTS AND PATHOLOGY AT GLOSSALGIA

A.S. Artushkevich, A.G. Baida, G.M. Ruman, N.F. Adachik

The article is devoted to analysis of complaints and the major causes of glossalgia. The disease is polyetiological, the pathogenesis is not fully understood, and treatments are varied and not always effective, which determined the relevance of the chosen topic. The study showed the role of the major etiological factors in this disease, presents data on comorbidity and condition of the oral cavity in patients suffering from glossalgia.

Литература:

1. Борисова Э.Г. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях. – Воронеж: Изд. - полиграф. центр ВГУ, 2011. – 128 с.
2. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / под ред. А. М. Вейна. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 752 с.
3. Григорьева В. Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. – Нижний Новгород: изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. – 420 с.
4. Казарина Л. Н., Вдовина Л. В., Воложин А. И. Глоссалгия: этиология, патогенез, клиника, лечение. – НГМА, 2008. – 124 с.
5. Klasser G. D., Fischer D. J., Epstein J. B. Burning mouth syndrome: recognition, understanding and management // Oral. maxillofac. surg clin. north. am. – 2008. – № 20. – P. 255–271.

АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.В. Артющик, М.С. Пристром, И.И. Семененков

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Аневризма аорты входит в первую десятку распространенных причин летальных исходов у взрослого населения. Ежегодно в мире диагностируется около 800 тыс. случаев аневризмы аорты, из них аневризмы грудного отдела аорты (АГОА) составляют около 200 тыс.

Аневризма грудного отдела аорты – локальное расширение аорты в поперечнике как минимум на 50% по сравнению с размером нерасширенного сегмента. Заболеваемость АГОА составляет 6–10 на 100 000 в год, соотношение мужчин и женщин от 2:1 до 4:1.

По локализации аневризмы грудной аорты подразделяются на:

1. Аневризмы корня восходящей аорты.
2. Аневризмы тубулярной части восходящей аорты.
3. Аневризмы дуги аорты.
4. Аневризмы нисходящей грудной аорты.

Чаще встречаются сочетанные поражения нескольких сегментов аорты: корня и восходящей аорты, восходящей и дуги аорты, корня аорты вместе с восходящей и дугой аорты, нисходящей грудной и брюшной аорты (торакоабдоминальные аневризмы).

По форме аневризмы бывают веретенообразные (равномерное расширение по всей окружности сосуда) и мешковидные (поражение части стенки и ее выбухание). В зависимости от строения стенки аневризмы аорты подразделяют на истинные и ложные.