

ПРОТИВИРАЗКОВА АКТИВНІСТЬ ФАМОБРОКУ НА МОДЕЛІ ГОСТРОЇ СПИРТО-ПРЕДНІЗОЛОНОВОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКУ У ЩУРІВ

Щукіна Н.М.

Науковий керівник: проф. Гладченко О.М.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Кафедра анатомії та фізіології людини

Мета. Дослідження противиразкової дії фамоброку.

Матеріали і методи. Противиразкову дію фамоброку вивчали на білих безпородних щурах з масою 180-200 г на моделі ураження слизової оболонки шлунку сумішшю етилового спирту із преднізолоном. Під впливом кортикостероїда відбувається інгібування біосинтезу простагландинів у слизовій шлунку в наслідок чого знижується вироблення мукоцитами слизу, який захищає внутрішню поверхню шлунку від агресивного впливу травних ферментів і соляної кислоти. Внаслідок цього порушується трофіка слизової шлунку, знижується енергетичне та пластичне забезпечення тканин і підсилюється вплив агресивних факторів шлункового соку. Під впливом преднізолону підсилюється шлункова секреція та процеси перикисного окислювання ліпідів. Етанол в 80% концентрації призводить до денатурації білків слизової оболонки шлунку аж до некрозу.

Таблетки фамоброку вводили тваринам внутрішньошлунково в дозі 30 мг/кг. Тваринам контрольної групи вводили фізіологічний розчин. Через 24 години експериментальних тварин під барбітуровим наркозом декапітували. Після лапаротомії витягали шлунок, промивали фізіологічним розчином і візуально оцінювали стан слизової оболонки шлунку. При цьому враховували площу виразок у балах, відсоток тварин з виразками, що дозволило розраховувати інтегральний показник противиразкової активності - виразковий індекс.

Градацію виразкового ушкодження слизової оболонки шлунку проводили залежно від сумарної площі виразкових дефектів: відсутність ураження – 0 балів; 1-2 мм² – 1 бал; 3-5 мм² – 5 балів; 6-10 мм² – 10 балів. У випадку загибелі тварин від перитоніту, як наслідок прориву й перфорації шлунку, інтенсивність поразки оцінювали в 15 балів.

У якості препарату порівняння був використаний вітчизняний загальновідомий противиразковий препарат фамотидин в дозі 20 мг/кг.

Отримані результати. У ході експерименту встановлено, що введення спирто-преднізолонової суміші тваринам призводило до погіршення загального стану тварин. Після розтину щурів та огляду шлунків у групі контрольної патології у всіх тварин спостерігались вздуття, гіперемія та набряк слизової оболонки шлунку, порушення зморшок, чисельні дрібні крововиливи, виразкові дефекти слизової оболонки. Середня площа виразок (мм²) у контролі становила 6,64, а виразковий індекс 6,64. Введення фамоброку призвело до покращення стану тварин. При макроскопічному розгляді шлунків щурів цієї групи спостерігались: відсутність здуття, складчастість та колір слизової оболонки шлунку, майже не відрізнялись від цих характеристик в групі інтактних тварин. Середня площа виразок (мм²) при застосування фамоброку становила 1,39. Виразковий індекс 0,55. При макроскопічному розгляді шлунків щурів, які отримували фамотидин, колір слизової оболонки шлунку також мало відрізнявся від слизової оболонки групи інтактних тварин, але все ж таки спостерігались крапкові крововиливи та виразкові дефекти, але вони не були крупними та глибокими. Середня площа виразок (мм²) становила 0,95. Виразковий індекс 0,70.

Висновки. У результаті експерименту встановлено, що фамоброк проявив противиразкову активність, яка дорівнює 91%, при виразковому індексі 0,70. Активність препарату порівняння складала 88%, при виразковому індексі 0,55. Таким чином, проведені дослідження показали, що складна субстанція проявляє противиразкову активність на моделі спирто-преднізолонової виразки шлунку у щурів незначно перевищуючи препарат порівняння фамотидин.

МАКРОМІКРОСКОПІЧНА АНАТОМІЯ АРТЕРІЙ СЕЛЕЗІНКИ

Юркіна І.С., Юнцова К.О., Бурлачко Н.

Науковий керівник: доц. Колісник І.Л.

Харківський національний медичний університет
Кафедра анатомії людини

Проведене макромікроскопічне дослідження показало, що селезінка кровопостається селезінковою артерією, яка на всіх наших препаратах відходила від черевного стовбура і була найкрупнішою його гілкою. Довжина артерії в середньому склала 90 мм (граничні значення 70-190 мм). Значною мірою цей показник залежить від віку – чим старше вік, тим більше виражено стає

звитість судин. До 25-30 років судина майже прямолинійна; після 30 років вона набуває хвилеподібної або дугоподібної форми; після 40-50 – форма артерії петляста, спіралевидна. Чим більш виражена така звитість судини, тим вона довша. Більш постійною величиною є діаметр селезінкової артерії. В середньому він склав 7 мм (граничні величини – 5-13 мм). Оскільки в даному випадку мається на увазі зовнішній діаметр, вікові особливості мало відображаються на цьому показнику, хоча нам доводилося виявляти атеросклеротичні бляшки, що значною мірою закривають просвіт судини.

Від черевного стовбура селезінкова артерія прямує вліво, декілька косо вниз, слідує позаду шлунка, розташовуючись найчастіше по верхньо-задньому краю підшлункової залози, рідше – в паренхімі або по передньому краю її. Поблизу органа відбувається ділення судини на гілки: у 86% спостережень – на рівні середньої третини селезінки; у решті випадків з однаковою частотою на рівні верхньої або нижньої третини органу. Відстань від місця ділення до воріт в середньому склала 35 мм (граничні величини 5-80 мм).

Гілки селезінкової артерії першого порядку беруть участь в кровопостачанні певних відділів селезінки і, по аналогії з артеріями інших паренхіматозних органів (печінка, легені, нирки), ми позначили такі гілки зональними артеріями, а ділянки їх розповсюдження – артеріальними зонами. По тій же аналогії галуження зональних судин – гілки II порядку, які в такій зоні васкуляризують певну частину її – сегмент, ми позначили сегментальними артеріями. В процесі препарування було приділено увагу характеру галуження селезінкової артерії. Дотримуючись загальноприйнятої класифікації форм ділення судин, на нашому матеріалі ми визначили розсипну форму в 82,8% випадків, магістральну, – в 17,2%. Кожна з цих форм мала властиві нею особливості і певні варіанти. Частіше спостерігається розсипна форма ділення селезінкової артерії, при якій судина ділиться на 2 (74,1%) або на 3-4 (8,7%) гілки. Перший варіант ми позначили як дихотомічний, другий – як багатостовольний. При дихотомічному діленні артерії утворюються дві гілки I порядку – верхня і нижня зональні артерії. По калібру вони, приблизно однакові (41% випадків), або верхня гілка декілька більше або менше нижньої (34% і 25% відповідно).

ВПЛИВ ПРОФІЛАКТИЧНО-ОЗДОРОВЧИХ ЗАХОДІВ НА СТАН ПОСТАВИ ПІДЛІТКІВ

Якубовська Г.В.

Наукові керівники: проф. Михалюк Є.Л., доц. Малахова С.М., ас. Черепок О.О., ас. Волох Н.Г.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я

Мета дослідження – оцінити стан постави школярів 12-13 років та вплив оздоровчих факторів на її стан.

Матеріали та методи дослідження. Двічі було проведено анкетування учнів 12-13 років (n=30). Перше анкетування проводилось на початку дослідження і включало питання щодо інформованості учнів про вплив правильної постави на стан здоров'я та якість життя. Друге – наприкінці дослідження, що дозволяло оцінити наявність змін у ставленні до постави.

Використовували стандартні антропометричні методи дослідження, індекс Пін'є. Впродовж 21 доби проводилась гімнастика. Багато уваги приділялось формуванню мотивації щодо контролю стану постави.

Отримані результати. Результати огляду свідчать про те, що лише 6-7 учнів класу мають правильну поставу. 50% учнів вважають, що вони сидять за партами на уроці рівно. Дані спостереження показали, що кількість учнів з рівною спиною на протязі всього уроку коливалась від 3 до 12. Результати першого анкетування свідчили про низьку інформованість учнів щодо впливу постави на стан здоров'я. Після проведення комплексу вправ та співбесід, повторне довело більш високий рівень знань учнів, а отже й підвищення мотивації щодо самоконтролю за станом хребта, комплекс регулярно виконуваних вправ сприяв покращенню постави у 60% учнів.

Висновки. Результати дослідження свідчать про недостатній рівень інформованості школярів 12-13 років стосовно будови та функцій хребта, низьку обізнаність впливу фізичних вправ, направлених на підвищення тону м'язів спини. Підвищення мотивації щодо контролю стану постави сприяє розумінню необхідності регулярних фізичних вправ, щодо контролю стану м'язів спини, а отже і стану здоров'я.