

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ
міжвузівської конференції молодих вчених
та студентів
МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 20 січня 2015 р.)

Харків - 2015

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 20 січня 2015 р.)
Харків, 2015. – 574 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 11 від 25 грудня 2014 р.

медь-транспортной АТФазы, приводит к нарушению синтеза белков, осуществляющих транспорт меди. В результате нарушается выведение фракций меди с желчью из печени, снижается ее скорость включения в церулоплазмин, что приводит к высокой концентрации свободной меди в сыворотке крови. В итоге медь проникает через гематоэнцефалический барьер, вызывает функциональные и структурные токсические изменения в головном мозге, радужной оболочке глаза, печени, почках и селезенке. Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу и передается отцами. Частота семейных случаев достигает 61 %. Различают три генотипических типа ГЦД: 1) славянский, который начинается в 20–35 лет, характеризуется неврологической симптоматикой и незначительным поражением печени; 2) западный, дебютирует в 10–16 лет с первичного поражения печени и затем появлением неврологической симптоматики; 3) атипичный, проявляется только снижением уровня церулоплазмينا. Диагноз подтверждают результаты лабораторных исследований (определение церулоплазмينا, меди в крови и моче), специфические кольца Кайзера — Флейшера на роговице глаз, результаты инструментального исследования печени и данные магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга.

Дяченко Д. А.

ЯКІСТЬ ВІДНОВЛЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПІСЛЯ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ОСІБ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПОТОНІЄЮ

Кафедра нормальної фізіології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Наукові керівники: доцент Пандікідіс Н.І., Ісаєва І.М., Кармазіна І.С.

Обстежено 128 осіб молодого віку з артеріальною гіпотонією, серед яких 78 осіб з артеріальною гіпотонією та 50 осіб контрольної групи. З метою вивчення якості відновлювальних процесів на основі аналізу вегетативного забезпечення фізичної діяльності проводили велоергометрію з індивідуальною максимальною тривалістю, одразу після фізичного навантаження визначали ЧСС та визначали пульсову суму відновлення (ПСВ), яка являє собою різницю між кількістю серцевих скорочень за період відновлення (С3) та за такий же відрізок часу у вихідному стані (С1). Фізичну працездатність оцінювали за тривалістю фізичного навантаження.

Зазначено, що тривалість ФН в осіб КГ у середньому складає 103 с. Підчас аналізу динаміки ЧСС виявлено, що приріст ЧСС після ФН в осіб КГ складає 79,9%, при цьому, на 5-тій хвилині відновлення ЧСС складає 82,5 уд/хв., що вказує на те, що показник відновився на 55% та, у порівнянні з С1, не відновився на 16%. Пульсова сума відновлення на 5-тій хвилині відновлення в осіб даної групи складає 57 ударів. Отже, динаміка ЧСС та ПСВ свідчать про те, що в осіб даної групи фізичне навантаження було нижче межі стомлення та має ефективне вегетативне забезпечення. Аналізуючи динаміку ЧСС в осіб з артеріальною гіпотонією встановлено, що приріст ЧСС після ФН складає 118,5%, що на 38,6% більш ніж в осіб КГ, при цьому тривалість ФН в осіб даної групи складає 66,8 с, що на 35,1% менш ніж в осіб КГ. У період відновлення (С3) показник складає 95,1 уд/хв., де різниця дорівнює 51,2%, у порівнянні з обстеженими КГ, відновлення ЧСС проходить повільніше та відхилення показника у С3 від С1 складає 44,5%, але в осіб КГ на 5-тій хвилині відновлення різниця досягає 16%. Пульсова сума відновлення в осіб даної групи дорівнює 146,5 ударів, при тому, що в обстежених КГ 57 ударів, де різниця складає 157%.

Отримані результати динаміки ЧСС в осіб з артеріальною гіпотонією дозволяють припустити, що ніж нижче вихідний показник ЧСС та рівень АТ у стані спокою, тим скоріші серцеві скорочення у разі ФН, більший приріст ЧСС та ПСВ, тобто відновлення показника проходить повільніше, що свідчить про недосконалість процесів саморегуляції.

Висновки: Динаміка ЧСС та ПСВ свідчать про те, що в осіб даної групи фізичне навантаження було нижче межі стомлення та має ефективне вегетативне забезпечення. Відновлення ЧСС та ПСВ проходить повільніше, що свідчить про недосконалість процесів саморегуляції.

Ерохина В. В., Завгородний А. С., Пономарева А. О.
ТИПЫ СТРОЕНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПАРАЦИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Степаненко А. Ю.

Парацитовидные железы являются важнейшими гуморальными регуляторами обмена кальция и фосфора в организме. Неоднократно описаны морфологические особенности парацитовидных желез, однако, комплексное взаимодействие клеток внутри органа остается во многих деталях неясным.

Каждая парацитовидная железа покрыта тонкой соединительнотканной капсулой, от которой внутрь железы отходят тонкие разветвленные септы, не обеспечивающие полного разделения органа на дольки. По данным литературы архитектура парацитовидной железы варьирует и определяется соотношением между соединительнотканной стромой и эпителиальной паренхимой. В зависимости от выраженности стромального компонента зарубежные авторы выделяют несколько типов строения парацитовидных желез: компактный (строма представлена отдельными тяжами, паренхима располагается в виде сплошной массы эпителиальных клеток без всякого разделения их на трабекулы), сетчатый (тяги соединительной ткани разделяют паренхиму на группы эпителиальных клеток без признаков правильного железистого строения; наиболее частый тип строения парацитовидных желез), дольковый или альвеолярный (паренхима разделена соединительной тканью на более или менее правильные трабекулы). Между этими тремя типами наблюдаются различные переходы и, как правило, среди ткани, построенной по одному типу, встречаются участки, имеющие другой тип.

Анализ литературы показал, что архитектура парацитовидных желез варьирует и определяется соотношением их стромальных и железистых компонентов.

Ерохина В. В., Поликов Г. О.
ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ ПАРАЦИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Степаненко А. Ю.

Несмотря на то, что парацитовидные железы являются одними из последних открытых важных органов человека, история открытия данной структуры исчисляется столетиями. Клинические проявления недостаточности парацитовидных желез были известны еще задолго до их открытия. J. DuBose (2005) и другие исследователи отмечают наличие подобных описаний в трактатах исследователей времен античности, в частности, в древнеегипетских рукописях. Однако вплоть до