



30-31.01.2019



ЗБІРНИК ТЕЗ
МІЖВУЗІВСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ
«МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ»
до 215-ої річниці утворення Харківської вищої медичної школи



Результати аналізу розумової працездатності обстежуваного контингенту студентів показали, що сприйняття та переробка інформації, концентрація уваги, пам'яті та мислення знаходиться на достатньому рівні та становить біля 90-100% у категорії, що дотримуються режиму праці та відпочинку, і лише на 8-10% нижче в порівнянні з групою осіб з незначними відхиленнями в режимі сну. Більш виражені відхилення в показниках спостерігаються у категорії студентів з вираженими порушеннями режиму сну і відпочинку та сягають зниження до 30-40%.

Висновок. Результати проведених досліджень дають змогу прийти до висновку, що одна із причин, а саме- дефіцит часу призводить до порушення режиму праці й відпочинку і, як наслідок, зниження адаптаційних можливостей організму до інтелектуальних та емоційних навантажень.

Алексєєва В.

МІНЛИВІСТЬ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОДОНТОГЕННОМУ ТА РИНОГЕННОМУ ГАЙМОРИТІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра гістології, цитології та ембріології
Науковий керівник: проф. Гаргін В. В.

На сьогоднішній день проблема риносинуситів продовжує залишатися надзвичайно гострою. Найчастішою формою риносинуситів є верхньощелепні, що обумовлено їх анатомічною будовою і топографічним положенням. До 10% всіх верхньощелепних синуситів є одонтогенними, хоча існує думка, що цей відсоток становить близько 40.

Метою нашого дослідження було визначення мінливості щільності кісткової тканини при хронічному одонтогенному верхньощелепному синуситі та хронічному риногенному катаральному верхньощелепному синуситі

Матеріали та методи. Стан верхньощелепних пазух оцінювався за даними спіральної комп'ютерної томографії (СКТ) на основі вивчення результатів дослідження 30 осіб, що були розподілені на три групи: 10 пацієнтів з хронічним



одонтогенним верхньощелепним синуситом, 10 пацієнтів з хронічним верхньощелепним риногенним катаральним синуситом, який поєднується з гіперплазією слизової оболонки синуса до 1 см, 10 обстежених без патологічних змін увійшли до контрольної групи. Для оцінки щільності кісткової тканини при СКТ-дослідженні використовували шкалу Хаунсфілда.

Результати. Визначено, що щільність нижньої стінки верхньощелепної пазухи дорівнюється: в фізіологічних умовах - $128,7 \pm 21,6^\circ\text{Hu}$, при одонтогенному верхньощелепному синуситі – $88,4 \pm 13,5^\circ\text{Hu}$, при хронічному катаральному верхньощелепному синуситі – $126,9 \pm 13,4^\circ\text{Hu}$. Щільність верхньої стінки склала: $175,6 \pm 23^\circ\text{Hu}$, $166,9 \pm 16,4^\circ\text{Hu}$, $165,9 \pm 26,9^\circ\text{Hu}$ і щільність медіальної стінки: $131,8 \pm 23^\circ\text{Hu}$, $127,4 \pm 23,2^\circ\text{Hu}$, $96,2 \pm 19,5^\circ\text{Hu}$ згідно до наведеного вище порядку.

Висновки.

1. Найнижчу щільність має нижня стінка, а найвищу – верхня.
2. При хронічному одонтогенному верхньощелепному синуситі визначається максимальне достовірне зниження щільності нижньої (на 31%) в порівнянні з нормальною пазухою і на 30% в порівнянні з хронічним гайморитом риногенної етіології та на 27% і 24,5% в області медіальної стінки відповідно.
3. Відносно стабільною є щільність верхньої.

Алхімов С.

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО РЕГЕНЕРАЦІЮ МІОКАРДА

Харківський національний медичний університет

Кафедра гістології, цитології та ембріології

Науковий керівник: ас. Кольцова Л.В.

За даними ВООЗ 2011 року Україна займає 1 місце в Європі та 2 у світі за серцево-судинними захворюваннями (ССЗ). Інфаркт міокарда (ІМ) у чоловіків становить 50,6% серед усіх ССЗ, а у жінок 40,9%; щороку від інфаркту міокарда та інших захворювань серця помирає близько 17 мільйонів людей. Серед усіх захворювань серця інфаркт стоїть на першій позиції по інвалідизації населення.