

**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

этапа с «медленными» ферментами второго этапа. Результатом является длительная циркуляция алкоголя в крови и высокая концентрация ацетальдегида. Европейские гены, наоборот, определяют обратное сочетание ферментов – и на первом, и на втором этапах ферменты работают быстро, т.е. расщепление алкоголя адекватное и уровень ацетальдегида низкий. Одним из убедительных примеров целесообразности учета этнических и расовых признаков в клинической медицине является болезнь Альцгеймера. Достаточно давно установлено, что индивид с вариантом генотипа АРОЕ 4 не относится к группе риска по этому заболеванию. АРОЕ 4 относительно часто встречается во всех этнических и расовых группах, хотя его распространенность различна: 9% у коренных жителей Японии, 14% в популяции белых, 19% в популяции афроамериканцев. В ряде стран мира относительно недавно признано, что лечение представителей различных этнических групп требует применения различных лекарств. Результаты рандомизированных исследований доказали, что комбинация сосудорасширяющих средств более эффективна при лечении сердечной недостаточности у афроамериканцев по сравнению с белыми американцами, а ингибиторы ангиотен-зинпревращающей системы у афроамериканцев неэффективны. Можно заключить, что необходимо учитывать этнические и расовые факторы при оценке эпидемиологии, причин, клинических характеристик течения и исходов многих заболеваний. Определение этнических категорий больных по отношению к метаболизму лекарств позволит модифицировать фармакологические препараты с учетом генетических особенностей каждой группы пациентов.

**Шакирова О.О., Шиян Д. Н.**  
**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА**  
**ЗУБЧАТОГО ЯДРА МОЗЖЕЧКА.**

**Кафедра анатомии человека**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

Литературные данные, касающиеся источников кровоснабжения зубчатого ядра мозжечка, являются крайне противоречивыми, а зоны кровоснабжения и внутриядерное распределение артерий в нем мало изучены. Информации о диаметре, ходе и топографии артериальных ветвей к зубчатому ядру мозжечка в литературе практически отсутствует.

Исследование проведено на 300 мозжечках людей обоего пола в возрасте 20 – 90 лет. Зубчатые ядра правого и левого полушарий мозжечка исследовались отдельно. В данной работе были использованы макромикроскопический метод по В. П. Воробьеву, изготовление коррозионных препаратов сосудистого русла, наливка сосудов окрашенным латексом, гистологический (окраска гематоксилин-эозином, способ окраски нервных волокон гистологического препарата, Пат. Шиян Д.Н., Коробова Л.К., 2012) и морфометрические методы исследования.

При изучении источников кровоснабжения зубчатого ядра мозжечка нами выделены основные (постоянные) и дополнительные (не постоянные) источники его кровоснабжения, которыми являлись ветви от верхней мозжечковой артерии, нижней передней и нижней задней мозжечковых артерий.

На изготовленных коррозионных препаратах четко визуализируются слепки всех источников кровоснабжения зубчатого ядра мозжечка. Нами установлено, что большая часть ветвей, которые кровоснабжают зубчатое ядро мозжечка берут свое начало от верхней мозжечковой артерии и впадают в ворота зубчатого ядра. Меньшая

часть ветвей верхней мозжечковой артерии и ветви нижней передней и нижней задней мозжечковых артерий подходят к зубчатому ядру с его латеральной поверхности. На коррозионных препаратах артерий мозжечка видно, что основная часть ветвей верхней мозжечковой артерии, впадая в ворота зубчатого ядра разветвляется внутри него по магистральному типу. В ряде случаев ветви верхней мозжечковой артерии отдают перед воротами ядра 1-2 ветви, которые на латеральной поверхности ядра делятся на множество более тонких ветвей. Ветви верхней мозжечковой артерии, которые проходят через ворота ядра делятся по магистральному типу на ветви меньшего диаметра. От этих ветвей в толщу вентральной и дорзальной пластинок зубчатого ядра отходит множество тонких ветвей, которые вступают в зубчатое ядро с его внутренней поверхности. Нами отмечено, что от ветвей верхней мозжечковой артерии до прохождения в вещество зубчатого ядра от них почти не отходит ответвлений. Поэтому ветви верхней мозжечковой артерии вступают в зубчатое ядро мало изменяясь в диаметре. Вступившие в зубчатое ядро артерии образуют в зубчатом ядре богатую артериальную сеть сосудов. Густота и интенсивность этой сети в основном зависит от количества и диаметра ветвей верхней мозжечковой артерии.

**Шиян Д.М., Дякова М.А.**  
**МОРФОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАДНЬОЇ ЧЕРЕПНОЇ ЯМКИ**  
**Кафедра анатомии человека**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

Типовий вид черепа людини завжди породжував глибокі роздуми. Багато вчених намагалися визначити морфологічні особливості задньої черепної ямки (ЗЧЯ) відповідно до краніотипу. Але й до сьогодні не існує єдиної думки з приводу даного питання.

Ціль – вивчити особливості будови ЗЧЯ. Задачі: встановити закономірності особливостей будови індивідуальної анатомічної мінливості ЗЧЯ з урахуванням типу черепа, типу обличчя, віку та статі, а також – моделювання ЗЧЯ.

Дане дослідження було проведене на 300 черепах трупів людей обох статей віком від 20 до 90 років. Для дослідження були використані морфологічний (краніометричний) метод, метод статистичної обробки даних та моделювання будови ЗЧЯ.

Нами встановлено, що довжина та ширина ЗЧЯ переважають на черепах чоловіків, але індекс ЗЧЯ не має статевих відмінностей. Довжина ЗЧЯ не залежить від форми черепа, тоді як її ширина у брахікранів більше (в середньому 128,3 мм), ніж у мезокранів ( в середньому 126,0 мм) і долихокранів (в середньому 123,9 мм). Цим зумовлюються відмінності у величині індексу ЗЧЯ при різній формі черепа. Ми визначили, що індекс ямки у долихокранів дорівнює від 40,5 до 73,1 мм, у брахикранів від 42,1 до 82,9 мм. Середня величина індексу у долихо- та мезокранів майже однакова (56,4 та 55,1 мм), а у брахикранів значно вища (60,4 мм). Глибину ЗЧЯ ми вимірювали від бугра турецького сідла до заднього краю великого отвору. Вона дорівнює від 40 до 84 мм. У брахикранів в порівнянні з долихокранами вона більша, отже у брахикранів ямка глибша. Місткість (об'єм) ЗЧЯ від 130 до 200 мм<sup>3</sup> і в середньому дорівнює 165 мм<sup>3</sup>. Об'єм ми вимірювали за допомогою виготовлених, за власною методикою, моделей ЗЧЯ.