



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів і
молодих вчених**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
науково-практичної конференції з міжнародною
участю молодих вчених та студентів
«Актуальні питання сучасної медицини і
фармації 2019»
13 – 17 травня 2019 року



УДК: 61

A43

Конференція включена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій 2019 року (179), посвідчення Укр ІНТЕІ № 125 від 29.03.2019.

ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

Голова оргкомітету: проф. Колесник Ю.М.

Заступники голови: проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О.

Члени оргкомітету: проф. Візір В.А., доц. Моргунцова С.А., доц. Компанієць В.М., доц. Кремзер О.О., доц. Полковніков Ю.Ф., доц. Шишкін М.А., д.біол.н., доц. Павлов С.В., проф. Разнатовська О.М., голова студентської ради Усатенко М.С.

Секретаріат: доц. Іваненко Т.В., ст. викл. Абросімов Ю.Ю., студенти Подлужний Г.С., Москалюк А.С, Скоба В.С, Гонтаренко Е.О.

Збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і фармації 2019» (Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, 13-17 травня 2019 р.). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 200с.

ISSN 2522-1116

Запорізький державний медичний
університет, 2019.

LYMPHATIC FILARIASIS IN INDIA

Kambam Sneha Reddy
Zaporozhye State medical university

Introduction. Human Lymphatic filariasis has become one of the most significant public health problem in the tropics. More than 1.4 billion people in 73 countries are living in areas where lymphatic filariasis is transmitted and an estimated 80 to 120 million people at risk of being infected.

Ait. To study the distribution and pathological effects of Filaria in India.

Methods and materials. Internet, statistical data, literature authored by Dr. Anantha Narayan Text-book of parasitology.

Results. India has the highest prevalence of lymphatic filariasis caused by Wuchereria Broncofti and Brugia malayi. Filariasis is endemic in 17 States and six Union Territories. The Government of India has accorded a high priority for elimination of this infection through mass chemotherapy programme. National Filaria Control Programme (NFCP) was launched in the country in 1955 with the objective of delimiting the problem and to undertake control measures in endemic areas. The manifold increase in filariasis during last four decades reflects failure of filariasis control programs . Currently there may be up to 31 million microfilaraemics, 23 million cases of symptomatic filariasis, and about 473 million individuals potentially at risk of infection in the country. Considerable progress has been made in diagnosis and treatment of filariasis in the last decade.

Conclusion. The interruption of transmission requires very high treatment coverage (probably > 85% of the total population) to achieve elimination.

There is an urgent need for more effective drug delivery strategies for the elimination that are adapted to regional differences and variations in health sector development.

A special challenge will be drug delivery in urban settings while other problems are the low priority given to a disease like lymphatic filariasis and poor compliance with DEC treatment. These problems require powerful advocacy tools and strategies.

ЩОДО МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПЕРЕДУМОВ ЗМІШУВАННЯ КРОВІ ПОРОЖНИСТИХ ВЕН У ПРАВМУ ПЕРЕДСЕРДІ ПЛОДА

Кандибей В.К., Тіткова О.Ю., Лебединець О.М.
Запорізький державний медичний університет

Речовини, необхідні для розвитку, які плід отримує від матері в плаценті, доставляється пупковою веною, кров якої найбільш оксигенована (кров «вищого гатунку»). В нижній порожнистій вені після проходження через венозну протоку, гілки ворітної вени та печінкові вени, утворюється змішана кров (кров «першого гатунку»), яка надходить із правого передсердя через овальний отвір в ліве передсердя, де змішується з кров'ю легеневих вен і утворюється кров «другого гатунку». Ця кров потрапляє в усі судини, що відходять від висхідної аорти та її дуги, і постачають серце, голову, шию, тимус та верхні кінцівки. Кров верхньої порожнистої вени через праве передсердя, правий шлуночок і легеневий стовбур надходить до легеневих артерій (менша частина) і через артеріальну протоку (більша частина) в низхідну аорту, де утворюється кров «третього гатунку», що живить органи грудей (окрім серця і тимуса), живота, тазу та нижні кінцівки й повертається до плаценти. Кількість кисню в крові «другого» та «третього гатунку», а, отже, і розвиток усіх органів, окрім печінки, залежать від змішування крові порожнистих вен та вінцевої пазухи в правому передсерді та кількості крові «першого гатунку», що попадає в ліве передсердя та правий шлуночок (Barclay et al, 1944; Davies, 1941).

Звідси й виник інтерес до гідродинаміки в правому передсерді. Що в ньому відбувається? Змішується кров порожнистих вен і вінцевої пазухи, чи ні? Якщо змішується, то в якому співвідношенні? Саме ця проблема й стала метою нашого вивчення та аналізу доступних нам літературних джерел.

Одні автори (Barcroft, 1935; Е.И.Васильева,2012; В.Т. Хоміч та ін., 2003; С.М. Занько и др., 2013) вважають, що завдяки міжвенозному бугорку та заслінці нижньої порожнистої вени кров цієї вени через відносно великий овальний отвір тече в ліве передсердя, а вся кров верхньої порожнистої вени - в правий шлуночок. Інші автори (Bresike, 1922; Barclay et al, 1939,1942; З.Н. Жеденов, 1954; Netter, 2019) впевнені в тому, що в правому передсерді відбувається часткове змішування крові порожнистих вен. А в деяких джерелах стверджується, що 60% - 75% крові нижньої порожнистої вени її заслінкою направляється в ліве

передсердя, 40%-25% змішується з кров'ю верхньої порожнистої вени і потрапляє до правого шлуночка (Born et al., 1954; Lind, Wergelius, 1954; Ф.З. Меерсон і др., 1980; Gray's Anatomy, 1995). В. Н. Жеденов (1947), зробивши порівняльно-анатомічне дослідження, ми прийшли до висновку, що потік крові із каудальної (нижньої) порожнистої вени обов'язково частково приєднується до потоку крові з краніальної (верхньої) порожнистої вени та вінцевої пазухи, і що це неповне розділення потоків у людини більш досконале, ніж у тварин, завдяки заслінці каудальної (нижньої) порожнистої вени і відносно великого розміру овального отвору.

На нашу думку, щоб відповісти на питання, що відбувається в правому передсерді до народження, треба мати на увазі не тільки анатомічні особливості будови серця плода, але й фази серцевого циклу та положення серця й самого плода. Подібного підходу до вирішення цієї проблеми в доступних нам джерелах ми не знайшли. Серцевий цикл має такі фази: 1) систола передсердь та діастола шлуночків; 2) діастола передсердь і систола шлуночків; 3) діастола передсердь і діастола шлуночків.

На другій фазі (діастола передсердь - систола шлуночків) кров нижньої порожнистої вени направляється її заслінкою через овальний отвір у ліве передсердя, тому що тиск в правому передсерді більший, ніж в лівому. В результаті закриття правого передсердно - шлуночкового отвору до неї приєднується частина крові верхньої порожнистої вени та вінцевої пазухи. Отже, на цій фазі відбувається змішування крові.

А от що відбувається в правому передсерді на третій фазі (діастола передсердь - діастола шлуночків), залежить від топографії отворів верхньої та нижньої порожнистих вен, овального та правого передсердно - шлуночкового отворів, а також від величини овального отвору та клапана нижньої порожнистої вени, положення й форми серця. Отвір верхньої порожнистої вени і правий передсердно-шлуночковий отвір знаходяться вентральні від отвору нижньої порожнистої вени та овального отвору (С.С. Михайлов, 1987; Romanes, 2005). Овальний отвір може займати нижнє, середнє та верхнє положення (Е.М. Маргорин, 1977). Його повздовжній розмір - 4-10 мм, а поперечний - 3-10мм (Маргорин Е.М., 1977; Gray's Anatomy, 2005). Заслінка нижньої порожнистої вени у більшості плодів велика, але може мати отвори й бути відсутньою (Gray's Anatomy, 2010).

На третій фазі при великій заслінці нижньої порожнистої вени, великому або низько розташованому овальному отворі вся кров нижньої порожнистої вени через овальний отвір тече до лівого передсердя, а кров верхньої порожнистої вени й вінцевої пазухи - в правий шлуночок, тому що верхній потік знаходиться попереду нижнього. Але при малому високо й середньо розташованому овальному отворі, при малій заслінці нижньої порожнистої вени, згідно гідродинаміки, частина крові нижньої порожнистої вени має текти в правий шлуночок. Отже, на цій фазі серцевого циклу в одних не відбувається, а в других відбувається змішування крові в правому передсерді.

На першій фазі (систола передсердь - діастола шлуночків) кров, що потрапила в праве передсердя, виштовхується в правий шлуночок і ліве передсердя.

Ми вважаємо, що змішування крові в правому передсерді залежить і від форми серця. У широкого і короткого серця отвір верхньої порожнистої вени зміщується дорзально, а отвір нижньої порожнистої вени – вентральні, тому потоки крові наближаються один до одного і шанс змішування збільшується.

Отже, змішування крові верхньої і нижньої порожнистих вен в правому передсерді відбувається в різних співвідношеннях у всіх плодів на другій фазі серцевого циклу, а у деяких плодів і на третій фазі. В правий шлуночок і ліве передсердя надходить змішана кров.

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ТА СПІВВІДНОШЕННЯ ФОЛІКУЛІВ, СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА СУДИННОГО РУСЛА ЯЄЧНИКІВ ПОТОМСТВА ЩУРІВ ПРОТЯГОМ ПЕРШОГО МІСЯЦЯ ЖИТТЯ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ ПРОГЕСТЕРОНУ У ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ

Ковальчук К.С., Тополенко Т.А., Булига В.С.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Важливим процесом у розвитку та повноцінному функціонуванні яєчників є формування примордіальних фолікулів, що складають оваріальний резерв або фолікулярний пул. Процес первинного набору фолікулів відбувається протягом усього життя, із моменту утворення примордіальних фолікулів. Циклічний набір співпадає із початком статевого дозрівання. Процеси розподілу, співвідношення та дозрівання фолікулів потребують подальшого вивчення, оскільки у період внутрішньоутробного розвитку

ЗМІСТ

ФУНДАМЕНТАЛЬНІ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ – ДЛЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ІЗ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ З ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАЗВУКОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ.....	3
Бавус І.В	
ПАТОМОРФОЛОГІЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ РОЗЛАДІВ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ	4
Волошанська О.О., Тертишний С.І	
NEUROPROTECTIVE EFFECT OF SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR (SERM) IN DEPRIVATION OF THE SYSTEM'S LEVEL OF RESTORED GLUTATHIONE IN VITRO: HSP70 ROLE IN THE IMPLEMENTATION OF THIS ACTION.....	5
Bodnarchuk Y., Ryzhenko O., Kovalchuk D	
ДИНАМІКА СПОР ГРИБІВ РОДУ ALTERNARIA У М. ЗАПОРІЖЖІ (ТРИРІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)	6
Гавриленко К.В., Приходько О.Б.	
ФАРМАКОЛОГІЧНА МОДУЛЯЦІЯ В-ER - ПЕРСПЕКТИВНА НАПРЯМОК НЕЙРОПРОТЕКЦІЯ	6
Гуйтур Н.М.	
ДИНАМІКА ПАЛІНАЦІЇ ДЕРЕВ РОДУ POPULUS В ЗАПОРІЖЖІ (2015-2018 РОКІВ)	7
Гуліна О.С., Ємець Т.І.	
RAT MODEL OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE MODULATE ARYL HYDROCARBON RECEPTOR EXPRESSION	7
Zherebiatiev A. S.	
ЕПІТЕЛІАЛЬНО-МЕЗЕНХІМАЛЬНА ТРАНСФОРМАЦІЯ КЛІТИН ПРОТОВОЇ АДЕНОКАРЦИНОМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	8
Кабаченко В.О.	
LYMPHATIC FILARIASIS IN INDIA	9
Kambam Sneha Reddy	
ЩОДО МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПЕРЕДУМОВ ЗМІШУВАННЯ КРОВІ ПОРОЖНИСТИХ ВЕН У ПРАВОМУ ПЕРЕДСЕРДІ ПЛОДА	9
Кандибей В.К., Тіткова О.Ю., Лебединець О.М.	
ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ТА СПІВВІДНОШЕННЯ ФОЛІКУЛІВ, СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА СУДИННОГО РУСЛА ЯЄЧНИКІВ ПОТОМСТВА ЩУРІВ ПРОТЯГОМ ПЕРШОГО МІСЯЦЯ ЖИТТЯ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ ПРОГЕСТЕРОНУ У ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ	10
Ковальчук К.С., Тополенко Т.А., Булига В.С.	
ЗМІНИ АБСОЛЮТНОЇ ТА ВІДНОСНОЇ МАСИ НИРОК ЩУРІВ - НАЩАДКІВ САМИЦЬ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	11
Коротчук Є.В.	
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОНІВ СА-1 ЗОНИ ГІПОКАМПУ ЩУРІВ З ХРОНІЧНОЮ АЛКОГОЛЬНОЮ ІНТОКСИКАЦІЄЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ТІОЛЬНИХ АНТИОКСИДАНТІВ	12
Кучер Т.В.	
ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У СТУДЕНТІВ І ТА ІІ КУРСІВ НА ПОЧАТКУ НАВЧАЛЬНОГО РОКУ	13
Кучковський О.М., Монова А.С.	
ВПЛИВ ЕНАЛАПРИЛУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ ТРОМБОЦИТІВ SHR-ЩУРІВ	14
Павлов С.Б., Бабалян В.А., Валільщіков Н.В., Бабенко Н.М., Кумечко М.В., Семко Н.Г.	
РОЛЬ МАТРИКСНИХ МЕТАЛОПРОТЕІНАЗ ТА ТКАНИННИХ ІНГІБІТОРІВ В КИШКОВОМУ КАНЦЕРОГЕНЕЗІ	15
Пирогова З.О.	
ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЗАВІЗНИХ ВИПАДКІВ МАЛЯРІЇ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ	16
Рябокоть Д.Ю.	