МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів та молодих вчених
Біологічний факультет

ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Студентське наукове товариство

ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ЗАПОРІЗЬКА ДЕРЖАВНА ІНЖЕНЕРНА АКАДЕМІЯ»
МІНІСТЕРСТВА ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Студентське наукове товариство

V РЕГІОНАЛЬНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ

«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПРИРОДНИЧИХ, МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ НАУК»,

присвячена 30-річчю біологічного факультету ЗНУ

26 листопада 2016 року
м. Запоріжжя

Гребенчук О. П., Кандибей В. К., Лебединець М. Г., Федотченко А. В. АНАТОМІЯ ОРБІТИ ТА ЗОРОВОГО КАНАЛУ ДОРОСЛОЇ ЛЮДИНИ 94
Грома Н. АКУСТО-ТАКТИЛЬНИЙ МЕТОД МОВНОЇ ПІСЛЯІНСУЛЬТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ 95
Жеманюк С. ДИСКУТАБЕЛЬНІ ПИТАННЯ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ:У ФОКУСІ ДЕННИЙ ТА НІЧНИЙ ПЕРІОДИ 96
Крашевський А. МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД ДО ВИВЧЕННЯБУДОВИ ПЛАЦЕНТИ ЩУРІВ У ІІ ПЕРІОДІ ВАГІТНОСТІ 97
Кущ О. Г., Омельянчик В. М., Бессараб Г. І., Жернова Н. П. ОНЛАЙН КУРСИ – СУЧАСНИЙ НАПРЯМОК РОЗВИТКУ ОСВІТИ 99
Моргунцов В., Лазунько Т. ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ СТУДЕНТІВ – МЕДИКІВ 100
Лазько К. ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ 101
Логвіненко В. ВПЛИВ ЗАНЯТЬ З КАРАТЕ НА ПОКАЗНИКИ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ДІТЕЙ 8-10 РОКІВ 103
Нєбіков А. ВПЛИВ ТЕПЛОВИХ ПРОЦЕДУР НА ПОКАЗНИКИ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ 30-40 РОКІВ 104
Pichahchi A., Pisnyy K., Kirsanova O. V. RISK FACTORS IN THE FORMATION OF A HEALTHY CHILD POPULATION OF LARGE INDUSTRIAL CITIES 105
Рибалко А. ОСОБЛИВОСТІ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ЩУРІВ ПРИ СТРЕСОВОМУ ВПЛИВІ 106
Романова М. МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА ІМУНОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПАРАМЕТРІВ ЕЯКУЛЯТУ У ЧОЛОВІКІВ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ 108
Сиротюк М. ЕЛЕКТРОННА ОПОРНА ТРОСТИНА ДЛЯ АКТИВАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З УРАЖЕННЯМ КІНЦІВОК 110
Стець В. CLOSTRIDIUM DIFFICILE-КИШЕЧНА ІНФЕКЦІЯ ЯК НАСЛІДОК ЛІКУВАННЯ ЛЕГЕНЕВОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ 111
Тищенко К. ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 1-ГО ТА 2-ГО ТИПУ 112

СЕКЦІЯ 5
«МІКРОБІОЛОГІЯ, ВІРУСОЛОГІЯ, ІМУНОЛОГІЯ ТА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА»

Амінов Р. ФАГОЦИТАРНА АКТИВНІСТЬ НЕЙТРОФІЛІВ КРОВІ ЩУРІВ ПІД ВПЛИВОМ СОЛЬОВОГО ЕКСТРАКТУ *HIRUDO VERBANA* 114
Бекасова О. ЦИТОМОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ЛІМФОЦИТІВ ПЕРЕФЕРИЧНОЇ КРОВІ ПРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ 115
Бонго Н. КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С ІЗ РІЗНОЮ ТРИВАЛІСТЮ ЗАХВОРЮВАННЯ 119
Борисенко А., Тютюма О. ВИЗНАЧЕННЯ ПОГЛИНАЛЬНОЇ ЗДАТНОСТІ НЕЙТРОФІЛІВ З ВИКОРИСТАННЯМ НЕПАТОГЕННИХ МІКРООРГАНІЗМІВ 120

Гребенчук О. П., Кандибей В. К., Лебединець М. Г., Федотченко А. В.
кафедра анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії.
Запорізькокого державного медичного університету

АНАТОМІЯ ОРБІТИ ТА ЗОРОВОГО КАНАЛУ ДОРОСЛОЇ ЛЮДИНИ

Вступ: Вивчаючи орбіту, ми звернули увагу на те, що її порівнюють з неправильною чотиригранною пірамідою. В літературі є данні про антропологічні форми і величину вертикального і поперечного розмірів входу орбіти [Гинзбург, 1963], але нема інформації про повздовжні розміри стінок і глибину орбіти, про просторове розташування країв входу. Є великі протиріччя відносно кута між площинами входу правої та лівої орбіт. Згідно даних літератури, вісі правого і лівого зорових каналів перехрещуються над гіпофізарною ямкою і знаходяться поруч біля латеральної і нижньої стінок орбіти, а також проектуються на кам'янисту частину скроневої кістки, в якій знаходяться напівколові канали внутрішнього вуха.

Інструменти та матеріали дослідження: Ми дослідили 50 орбіт та 50 зорових каналів (25 черепів) дорослої людини, використовуючи штангенциркуль, транспортир і виготовлені нами лінійки.

Отримані результати: Загальні данні про черепи та орбіта: поперечний розмір черепів - 140 мм, повздовжній розмір – 175 мм; черепний індекс - 80,3 мм (брахікранія); висота входу орбіти - 33,5 мм, ширина входу – 40,4 мм; індекс «ідеальної» орбіти – 82,9° (мезоконхія); середня довжина верхньої стінки від середини краю до верхівки орбіти – 48,1 мм, нижньої – 47,4 мм, медіальної – 44,3 мм, латеральної – 47,1 мм. Медіальні стінки паралельні. Кут між латеральними стінками – 90°; кут між площинами входу в орбіту – 138°; кут між фронтальною площиною та площиною входу орбіти – 21° кут між горизонтальною площиною і верхнім краєм орбіти – 8°; між горизонтальною площиною і нижнім краєм – 9°.
Зоровий канал: зоровий канал йде назад, вверх і медіально та має дещо овальну форму. Його середня довжина – 6,3 мм (від 5 мм до 7 мм), діаметр – 4,8 мм (від 3 мм до 7 мм), кут між медіальною стінкою орбіти і віссю каналу – 41°, з латеральною стінкою – 4°, кут між віссю каналу і повздовжньою віссю кам'янистої частини скроневої кістки – 10° (від 3° до 19°). Геометрія правого і лівого каналів асиметрична.

Теоретичне та практичне значення: Теоретично – у антропології та анатомії людини, практично – у офтальмології для виготовлення окулярів, протигазів, екстраполяція на довжину м'язів(використовується при лікуванні міопії та інших захворювань ока).

Висновки: Геометрія правої та лівої орбіт дещо асиметрична. Фронтальний контур орбіти в межах розташування очного яблука нагадує еліпс, тому орбіту можна порівнювати з неправильним конусом, який краще, ніж піраміда, забезпечує компактне розташування очного яблука, його зовнішніх м'язів і сльозової залози. Слід зазначити, що вивчення анатомії та ембріології зорового каналу [Kier, 1966] свідчить про велике значення знань з його будови для офтальмології та неврології.

Перспективи подальших досліджень: Ми плануємо дослідити кут між віссю орбіти і фронтальною та горизонтальною площинами, статеві особливості орбіти, кореляцію між трьома антропологічними формами орбіти та черепа, кут зорового каналу з верхньою і

нижньою стінками орбіти, статеві особливості його геометрії у доліхо-, мезо- і брахікранів з різною антропологічною формою входу орбіти (хамеконхія, мезоконхія, гіпсіконхія).

Література:

1. Гинзбург В.В. Элементы антропологии для медиков / В. В. Гинзбург. – Ленинград : Медгиз, 1963. – 215 с.

2. Kier E. L. Embryology of the normal optic canal and its anomalies. An anatomic and roentgenographic study / E.L. Kier // Investigative Radiology. – 1966. – Vol. 1. – P. 346 – 362.

Грома Наталія
студентка 2-го курсу біологічного факультету
Запорізького національного університету
Науковий керівник: к. т. н.,доц.Чаусовський Г. О.

АКУСТО-ТАКТИЛЬНИЙ МЕТОД МОВНОЇ ПІСЛЯІНСУЛЬТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Актуальність розробки обумовлена тим, що згідно зі статистичними даними, кожні 6 секунд у однієї людини в світі розвивається інсульт, причому близько 80% людей,які перенесли інсульт стають інвалідами.Характерно, що мовні порушення зустрічаються з частотою 25-30% випадків перенесеного інсульту.

Одним з ефективних прийомів мовної післяінсультної реабілітації є виконання артикуляційної гімнастики, зокрема вправ по усуненню порушень роботи м'язів язика. Новизною розробки є реалізація принципу біологічного зворотного зв'язку, який згідно технічного рішення розробки забезпечує можливість візуалізувати ефективність виконання вправ по відновленню тонусу м'язів язика.

Конструктивно розробка виконана у вигляді затемнених окулярів з зеленими світлодіодами включення яких здійснюється за допомогою тактильного сенсору, чутливий елемент якого виконаний у вигляді кульки,яка обертається за допомогою язика.

Частота спалаху світлодіодів характеризує ефективність реабілітаційного тренінгу направленого на відновленню тонусу м'язів язика. Кожний рух язика (вміння обертати ним кульку, цілеспрямоване переміщення в роті в різні сторони і т.п.) супроводжується відповідним зміненням показника частоти спалахів світлодіодів, що й забезпечує хворому можливість здійснення самоконтролю за ефективністю здійснення реабілітаційного тренінгу, оцінки досягнутих позитивних результатів по принципу біологічного зворотного зв'язку.

Розробка також дозволяє здійснювати тренінг і інших артикуляційних післяінсультних реабілітаційних вправ (для цього чутливий тактильний сенсор окулярів притискується до губ,щік і т.д.). Використовуючи запропоновану розробку, хворий має можливістьзагальнодоступними прийомами самостійно, безпосередньо в побутових умовах,здійснювати тренінг по відновленню тонусу м'язів язика, що сприяє відновленню імовної активності. Це має суттєве практичне значення для осіб, які проживають далеко від спеціалізованих центрів постінсультної реабілітації. Характерно, що тренінг м'язів язика сприяє також усуненню хропіння.

Подальші наші розробки в цьому напрямку передбачають використання спеціальних сенсорів для активації мотивації виконання реабілітаційних вправ більш широкого спектру,