

НАДМІРНА ВАГА. ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, НАСЛІДКИ, ЛІКУВАННЯ

Виконавці: Олійник О.М., Томашевський О.М. - студ. I курсу стомат. ф-ту

Науковий керівник: доц. Потяженко П.В.

Кафедра іноземних мов

Українська медична стоматологічна академія м. Полтава

Можливо жоден аспект здоров'я не є такою актуальною темою для розмови як надмірна вага. А як же, це є однією із найважливіших медичних проблем індустріально розвинених країн.

Енергетична цінність складитої їжі та енергія, що необхідна організму зумовлюють певний баланс. Коли споживається більше калорій, аніж потрібно, надлишок зберігається у вигляді ліпідів, і це в свою чергу формує так званий позитивний баланс.

Надмірна вага накладає на організм певну завантаженість: кістки та суглоби повинні утримувати надлишкові кілограми, серце і легені - виконувати додаткову роботу. Жирова тканина огортає органи, тим самим зменшуючи ефективність їх роботи. На додаток, повні люди мають високий рівень ризику розвитку низки хронічних хвороб: стан інсулін-незалежного діабету, гіпертензії, хвороб коронарних судин серця, жовчного міхура, раку матки, кісткових артритів тощо.

Метою нашої роботи є вивчення даної теми шляхом розгляду причин виникнення, наслідків, що вона викликає, та лікування (починаючи із дієт та закінчуючи хірургічним втручанням).

РЕОЛОГІЯ ТА ЕРИТРОЦИТАРНИЙ ГЕМОСТАЗ В ПРАВІЙ ТА ЛІВІЙ КУБІТАЛЬНІЙ ВЕНІ У ЛЮДЕЙ

Виконавець: Панченко О.М. – студ. III курсу мед.ф-ту

Наукові керівники: проф.В.К.Зернова, ас.О.В.Ткаченко

Кафедра іноземних мов

Кафедра нормальної фізіології

Кубітальні вени продовжують залишатися судинним регіоном, який є зручним та інформативним в оцінюванні картини крові за фізіологічних та патологічних умов. За даними літератури (В.В.Вороб'єв, 2004), існують регіонарні особливості кровотоку в даному судинному регіоні: кров володіє більш високим прокоагулянтним потенціалом, ніж в інших судинних регіонах як за швидкістю, так і за щільністю фібринових згортків при значному послабленні фібринолітичної активності плазми. В наш час існує нова приватна медична наука – гемоагрегатологія (О.В.Корушко, В.Ю.Лишневская, 2002-2005, Е.В.Ройтман, 2003-2005), а реометрія відноситься до одного з найперспективніших її напрямків. У літературі наявні дані стосовно асиметрії прокоагулянтних та фібринолітичних властивостей крові, яка отримана з правої та лівої кубітальної вени у людей (О.В.Коковська, 2004), є дані відносно асиметрії системи еритроcyтону (Е.В.Ткаченко і соавт., 2002-2004).

Враховуючи наведені дані, метою нашого експериментального дослідження стало вивчення реологічних та гемокоагуляційних властивостей крові, отриманої з правої та лівої кубітальної вени у 20 добровольців (практично здорових чоловіків 20-25 років). Кров забиралася одночасно з правої та лівої кубітальної вени з наступним дослідженням у нії реологічних (кількість еритроцитів, концентрація гемоглобіну, середній об'єм одного еритроциту, середній вміст гемоглобіну в одному еритроциті, середня концентрація гемоглобіну в одному еритроциті, в'язкість крові, гематокрит, ШОЕ, час максимуму гемолізу) та гемокоагуляційних (час рекальцифікації, тромбіновий час, час лізису згортка еуглобулінів) показників з наступною статобробкою отриманих результатів з використанням критерію Вілкоксона.

Як продемонстрували отримані результати, у людей в басейні кубітальних вен справа та зліва наявна асиметрія реологічних властивостей крові, яка виражалася в її різній в'язкості, більше справа ($W < 0,05$). Право-ліва асиметрія гемокоагуляційних властивостей еритроцитів у кубітальних венах у людей пов'язана з їх різною прокоагулянтною активністю. Фібринолітичні властивості еритроцитів у ліктьових венах у людей справа та зліва не відрізнялися. Для пояснення отриманих результатів можливо вико-

ристати дані наукової літератури відносно морфо-функціональної асиметрії півкуль головного мозку (Н.Н. Данилова, 2002), оскільки система гемостазу підлягає значній нервовій регуляції, біохімічної асиметрії (право-лівосторонньої асиметрії в судинах окису азоту, диметиларгініну, адреналіну, норадреналіну, серотоніну, які чинять вплив на процеси гемокоагуляції) (С.С.Рябова и соавт., 2004, Th.Lauer et al., 2002), оскільки червонокривці володіють вираженим адсорбційно-десорбційним потенціалом і значною мірою керуються гуморальними чинниками (В.П.Пономарєва, 2004), моторної асиметрії верхніх кінцівок (Е.Р.Шумакова, 2001), величини заряду червонокривців та ендотелію (М.Б.Саидов, 2002), регіонарних особливостей кровотоку (А.Г.Гущин и соавт., 2001), взаємозв'язку реологічних та гемокоагуляційних параметрів (збільшена в'язкість призводить до збільшення прокоагулянтних властивостей еритроцитів). Можливо, отримані нами результати матимуть внесок в оновлення підходів до інтерпретації загального аналізу крові та коагулограми, які отримані з симетричних судинних регіонів у людей, зокрема, з правої та лівої кубітальної вени.

ЯК ПОЗБУТИСЯ БЕЗСОННЯ

Виконавці: Рисухіна Ю.О, С'єдін І.С. – студ. I курсу, мед. ф-ту

Науковий керівник: доц. Потяженко Л.В.

Кафедра іноземних мов

Українська медична стоматологічна академія м.Полтава

Мабуть, всі люди протягом тижня чекають на вихідні. І однією з причин тому є можливість довше спостати. Люди схильні думати, що це час тиші і спокою. Але на протязі сну велика кількість функцій тіла активно працює, включаючи мозок. Чи знаєте Ви, що людина проводить уві сні біля третини усього життя? Це багато чи мало?

А як щодо тих 30% що страждають на безсоння? Невірно думати, що це хронічно і невиліковно. Головне – це визначити причину хвороби. Один з лікарів каже: "Заснути легко, як власти з ліжка". Але для цього треба дотримуватись певних правил щодо часу сну, ліжка, оточення. Можливо, Ви не спите через свій годинник, стиль життя чи...Іжу. Тоді не слід вживати важку, гостру та їжу швидкого приготування. А також зверніть увагу на алкоголь, паління і каву. Якщо все ж таки є безсоння, можна використати пігулки, вітаміни і трави, попередньо порадившись із лікарем. І вже скоро у Вас буде інша проблема: як прокинутись рано вранці.

СНІД – ЧУМА ХХ СТОЛІТТЯ

Виконавець: Семенова А.К. – студ. I курсу стомат. ф-ту

Науковий керівник: проф. Зернова В.К.

Кафедра іноземних мов

Українська медична стоматологічна академія м. Полтава

Вважається, що вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), який викликає СНІД, прийшов до Америки та Європи із Центральної Африки. Вперше його вдалося ідентифікувати у США; потім цей вірус було знайдено ще у 71 країні. До кінця 1993 року кількість інфікованих досягла 14 млн., а власне на СНІД хворіло 3 млн. у 1995 році ВІЛ-інфікованих нараховувалося вже 23 млн. людей, при чому кількість захворілих за рік склала вже 3,1 млн., при цьому від СНІДу померло 1,5 млн. Як правило, ВІЛ виявляють у людей, молодших 25 років, при чому половина інфікованих – жінки. Найгостріше проблема СНІДу стоїть у Південній Африці, саме там реєструється найбільше нових випадків зараження. Хвороба швидко розповсюджується в Азії (перед усім в Індії, Китаї, В'єтнамі, Камбоджі), а також у Центральній та Східній Європі.

Щоб діагностувати СНІД, треба здати аналіз крові. Відомо, що імунна система реагує на патогени продукуванням антитіл. Зразок досліджуваної крові змішують з білками ВІЛ. Якщо у крові є антитіла проти цього вірусу, реакція позитивна, але навіть при відсутній реакції інфекція не виключена, тому що достатня для виявлення стандартним методом кількість антитіл інколи накопичується в крові тільки після 3 місяців після зараження, а інколи й пізніше.