



СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

# ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ОСВІТИ

# 2017

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-МЕТОДИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ,  
ПРИСВЯЧЕНА 25-РІЧЧЮ МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ  
СУМСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

СУМИ, 16-17 ЛИСТОПАДА



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ОСВІТИ**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ  
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,  
що присвячена 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету  
(м. Суми, 16-17 листопада 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

**Висновки.** Вищезазначені рівні МСН, МСНС та КП свідчать про нормохромний характер анемії, а рівень МСV дає підстави вважати анемію нормоцитарною. Таким чином, виявлена анемія у хворих на ХОЗЛ є нормоцитарною, нормохромною.

## ВПЛИВ МОДУЛЯЦІЇ КАТЕХОЛАМІНЕРГІЧНИХ МЕДІАТОРНИХ СИСТЕМ НА ПРОЯВИ УМОВНО-РЕФЛЕКТОРНОЇ АКТИВНОСТІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ СУДОМНОМУ СИНДРОМІ

*Прищепта О.О.*

*Одеський національний медичний університет*

**Вступ.** Відомо, що за умов хронічного судомного синдрому розвиваються численні порушення поведінки, а саме: епізоди післясудомної агресії та депресії, порушення моторної активності, когнітивних функцій, емоційного, стереотипного, захисного та інших типів поведінки протягом інтеріктального періоду. Розвиток пролонгованого пентилентетразолового (ПТЗ) кіндлінгу, додатково до судомних корелятивів, супроводжується пригніченням вираженості моторної, дослідницької, емоційної, плавальної поведінки. Зараз прийнято є «моноамінергічна теорія» патогенезу депресивних станів, причому існують суперечливі думки стосовно того, що при різних типах депресій можуть бути порушені переважно або адренергічні, або серотонінергічні механізми, або обидва нейромедіаторні механізми разом. Метою роботи було з'ясування патогенетичної ролі адренергічної та серотонінергічної нейромедіаторних систем (НС) у формуванні когнітивних дисфункцій в щурів протягом довготривалого ПТЗ-кіндлінгу.

**Матеріали та методи дослідження.** Досліди були проведені за умов хронічного експерименту на щурах-самцях лінії Вістар з урахуванням вимог вітчизняних та міжнародних рекомендацій стосовно використання лабораторних тварин у експериментальних дослідженнях. Судомний синдром відтворювали за умов 90-120 в/очер введень ПТЗ (30-35 мг/кг). Його індукції передували досліди з модуляцією функціонального стану адрен- та серотонінергічної систем. Для активації та пригнічення активності норадренергічної НС використовували людіоміл та  $\alpha$ -метил-паратирозин, відповідно. Активацію та пригнічення активності серотонінергічної НС відтворювали після застосування L-триптофану та параклорфенілаланіну, відповідно. Когнітивні функції вивчали в щурів із довготривалим кіндлінгом, застосовуючи 8-проміневий радіальний лабіринт (РЛ), в якому відтворювали харчовий умовний рефлекс, тобто досліджували процеси навчання, формування короточасної та довгочасної пам'яті.

**Результати.** Через 30 діб з початку введення ПТЗ кількість спроб знайти їжу в кіндлінгових щурів була в 7.3 рази більше, ніж в щурів контрольної групи ( $p < 0.001$ ). При цьому досліджувані показники в щурів із активацією норадренергічної та серотонінергічної НС мали суттєві відмінності порівняно з такими даними в кіндлінгових щурів ( $p < 0.01$ ). Кількість спроб знайти їжу в годувальниках РЛ в щурів решти груп була співставною та не відрізнялася від таких показників в інтактних щурів ( $p > 0.05$ ).

На 60-й добі досліду кіндлінговим щурам для пошуку їжі в годувальниках РЛ були потрібні  $13.7 \pm 1.3$  намагання, а на 90-й добі -  $15.1 \pm 1.5$  намагань, що було більше порівняно з відповідними показниками в контролі ( $p < 0.001$ ). При цьому на 60-й добі досліду досліджувані показники в щурів із активацією норадренергічної та серотонінергічної НС в 4.1 рази та в 7 разів перевищували відповідні показники в інтактних щурів ( $p < 0.01$ ). Після 90-введення ПТЗ ці показники були в 4 рази та в 7.2 рази більше порівняно з такими показниками в контролі ( $p < 0.01$ ). Досліджувані показники кількості намагань знайти їжу в РЛ в щурів решти груп не відрізнялися від контрольних.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про те, що в щурів в умовах довготривалого ПТЗ-кіндлінгу розвиваються когнітивні дисфункції у вигляді погіршення формування харчового умовного рефлексу, неможливості його збереження, а також швидкого його гальмування. При цьому відзначаємо факт подальшого прогресування мнестичних дисфункцій в динаміці розвитку ПТЗ-кіндлінгу. Виявлені мнестичні порушення, проте, дещо меншого ступеня вираженості, також були зареєстровані в групі щурів із активацією норадренергічної та серотонінергічної НС, що певним чином узгоджується з існуючими уявленнями стосовно провідної ролі моноамінергічної НС в механізмах розвитку пам'яті та навчання.

Отже, вважаємо, що активність норадренергічної та серотонінергічної НС набуває провідного значення в механізмах розвитку когнітивних порушень при хронічній епілептизації мозку, що важливо враховувати при складанні комплексної патогенетичної терапії судомного синдрому та його численних побічних ефектів, маючи на увазі когнітивні дисфункції.

## СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЛОКАЛІЗАЦІЮ ФУНКЦІЙ ПЕРШОЇ СИГНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ В КОРІ ВЕЛИКОГО МОЗКУ

*Процак Т.В., Матвійчук С.М.*

*ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича*

Центри, які забезпечують виконання функцій за І. П. Павловим поділяють на: центри першої сигнальної системи (проекційні), які є як у людини, так і тварини; центри другої сигнальної системи (асоціативні), які є тільки у людини і обумовлені розвитком усного та писемного мовлення. До проекційних центрів першої сигнальної системи належать: кірковий центр зору, слуху, нюху та смаку, загальної чутливості, рухового аналізатора, сумісного повороту голови і очей у протилежний бік, руховий аналізатор практичних навичок, стереогнозу.

Кірковий центр зору розміщений на присередній поверхні потиличної частки з боків острогової борозни. У ділянці клина містяться центри зорової пам'яті й зорової орієнтації. При травмах голови в ділянці потиличної частки можливі порушення і повна втрата зору.

Кірковий центр слуху розміщений у глибині бічної борозни на верхній поверхні середньої частини верхньої скроневої звивини в корі поперечних скроневих звивин – закрутках Гешля. Пошкодження вище згаданих звивин призводить до часткової або повної втрати слуху.