

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

## Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine

**Збірник тез доповідей**  
III Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2015

Підводячи підсумок проведених структурних особливостей емалево-дентиної межі великих кутніх зубів в апроксимальній ділянці коронки зубів, можна дійти наступних висновків. 1. Встановлено, що спочатку частково руйнуються пучки емалевих призм та ламели, що їх оточують. При цьому спостерігається розширення сітчатого шару та поява інтерглобулярного дентину. 2. Поряд із зруйнованими призмами та ламелами відмічається руйнування термінальних відростків одонтобластів та відкладення в них петрифікатів. 3. На третьому етапі відмічається повне руйнування емалево-дентиної межі з наявністю великих ядер інтерглобулярного дентину, які оточуються грубими дентинними каналцями.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ СТУПЕНЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИМИ КОРОНКАМИ**

*Гасюк П.А., Радчук В.Б.*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,  
кафедра ортопедичної стоматології*

Останнім часом в клініці ортопедичної стоматології широкого поширення набули металокерамічні конструкції зубних протезів, що володіють високими механічними властивостями і хорошою естетикою в плані імітації природних зубів, керамічне покриття індиферентне до тканин порожнини рота.

Метою дослідження стало удосконалення ортопедичних методів профілактики та лікування ускладнень шляхом створення конструкції металокерамічної коронки, що запобігає виникненню гальванозу.

Запропонована конструкція металокерамічної коронки для профілактики гальванозу, складається з суцільнолитого металевго каркасу з нанесеним на нього облицювальним керамічним шаром, край металевго каркасу коронки виконують віддаленим від краю уступу на 1-1.5мм, а облицювальний керамічний шар коронки на рівні краю металевго каркасу виконують на ширину уступу і повністю заміщають метал в ділянці уступу, ізолюючи металевий каркас від контакту з ротовою рідиною, що забезпечує запобігання виникнення гальванічних струмів та профілактику виникнення гальванозу.

Така конструкція металокерамічної коронки для профілактики гальванозу дає можливість повністю ізолювати металевий каркас від контакту з ротовою рідиною, забезпечує запобігання виникнення гальванічних струмів, і, як результат, виникнення гальванозу та підвищує ступінь ефективності протезування.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЕКСКРЕЦІЇ ЦИНКУ ІЗ СЕЧЕЮ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1-го ТИПУ**

*Глуценко Н.В., Кошелева Н.О.*

*Сумський державний університет, кафедра біофізики, біохімії,  
фармакології та біомолекулярної інженерії*

Однією із головних причин розвитку дисмікроелементозу у випадку цукрового діабету 1-го типу (ЦД-1) може бути посилене виведення мікроелементів із сечею, а також порушення процесів реабсорбції їх у ниркових каналцях. Саме тому, дослідження особливостей ниркової регуляції мікроелементного забезпечення у випадку ЦД-1 у дітей є актуальним.

Мета дослідження. Оптимізувати діагностику мікроелементозу у хворих на ЦД-1 залежно від рівня глікемічного контролю шляхом визначення концентрації мікроелементів у сечі.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 68 дітей хворих на ЦД-1. Стан компенсації ЦД-1 оцінювався згідно ISPAD (International Society Consensus for the Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents 2000). Оптимальний рівень глікемічного контролю мали 9 дітей (група I), субоптимальний – 25 (група II), рівень

глікемічного контролю із високим ризиком для життя – 34 хворих (група III). Групу порівняння склали 30 практично здорових дітей.

Для визначення вмісту цинку використовували метод атомно-абсорбційної спектрофотометрії на спектрофотометрі С-115М1, виробництва НВО «Selmi» (Україна). Визначали загальну концентрацію Zn (мкмоль/л) у ранковій порції сечі та добову екскрецію (мкмоль/л/добу).

Статистична обробка результатів досліджень здійснювалася за допомогою програми Excel. Використовувалися методи варіаційної статистики, придатні для медико-біологічних досліджень.

Результати дослідження. Встановлено, що зміни вмісту Zn у сечі дітей хворих на ЦД-1 у переважній більшості були однонаправленими. У випадках погіршення рівня контролю глікемії збільшувалась втрата Zn із сечею. Зокрема, вміст Zn у дітей I групи практично не відрізнявся, у пацієнтів групи II був на 25%, а у дітей III групи на 42% більшим порівняно зі здоровими дітьми. У результаті дослідження добової екскреції встановлено, що діти I групи за добу втрачають Zn на 34,5% менше порівняно зі здоровими. У дітей II групи добова екскреція Zn збільшувалась на 23%, ніж у групі порівняння. У дітей III групи втрата Zn була на 52% більшою відносно здорових.

Таким чином, значна втрата Zn із сечею властива для дітей, хворих на ЦД-1 із субоптимальним рівнем глікемічного контролю, та для хворих із рівнем глікемічного контролю із високим ризиком життя. Значна цинкурія може бути одним із чинників сироваткового та клітинного дефіциту цього мікроелементу у зазначеній категорії пацієнтів, що необхідно враховувати під час обстеження.

## ЛІТЕРАТУРНІ ВІДОМОСТІ ПРО МОРФОЛОГІЮ ШЛУНКА

*Гула В.І.,*

*Науковий керівник - д.м.н., професор Сікора В.З.*

*СумДУ, медичний інститут, кафедра анатомії людини*

Добре відомо, що система травлення дуже чутлива до дії великої кількості різноманітних шкідливих факторів. Але, не зважаючи на велике значення для клініки, багато питань, що належать до функціональної морфології шлунка, ще залишаються нерозкритими достатньою мірою.

У літературних джерелах добре вивчена та описана будова шлунка, але існують деякі розбіжності. Так, основна маса авторів описує три оболонки шлунка: слизову, м'язову та серозну, іншими добре розвинутий підслизовий прошарок виділяється в окрему – четверту оболонку. Кожна з них має свої особливості, функції та будову.

Таким чином, слизова оболонка містить безліч властивих саме їй утворень: ямок, складок, полів, мікрворсинок. Шлункові поля досягають 1-5 мм в діаметрі, а кількість ямок складає приблизно 4 мільйонів. М'язова оболонка вже із самого народження складається з трьох шарів, хоча поздовжні та косі волокна розвинуті недостатньо. Лише до 15-20-річного віку м'язова оболонка досягає піку свого розвитку та має найбільшу товщину.

Шлунок має п'ять основних різновидів клітин та добре розвинутий залозистий апарат, чим забезпечуються багато важливих функцій цього органа. Це синтез соляної кислоти, слизу, бікарбонатів, внутрішнього антианемічного фактора та цілої системи біологічно активних речовин, регулюючих роботу травних органів.

Але варто відзначити, що дані морфометрії слизової оболонки шлунка щурів у постнатальному онтогенезі у літературі малочисельні. Зокрема, відсутні дані про перебудову шлункових оболонок при зміні водно-сольового обміну організму.

Вивчення ультраструктурних особливостей слизової оболонки органа під впливом порушень водно-сольового балансу дасть можливість зрозуміти етіопатогенез багатьох його захворювань та покращити якість лікування.