

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

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.