

Эксперимент проводился на белых крысах-самках массой 140–160 г. Тритарг вводили однократно внутрижелудочно в дозе 35 мг/100г массы. Животных декапировали через 3 ч или 24 ч. Лимфоциты выделяли в градиенте плотности урографина (1,077 г/см<sup>3</sup>). [1]. Определение свободных аминокислот в хлорнокислых экстрактах диализатов лимфоцитов производили методом обращеннофазной ВЭЖХ.

В результате исследования было установлено, что после внутрижелудочного введения тритарга в сыворотке крови снижались концентрации заменимых аминокислот аспартата (на 50%), глутамата (на 49%), аспарагина (на 50%), глутамина (на 47%), серина (на 43%), глицина (на 36%), гистидина (на 38%), пролина (на 89%) и аланина (на 60%). Среди незаменимых аминокислот обнаружено достоверное уменьшение содержания треонина (на 43%), валина (на 50%), изолейцина (на 46%), лейцина (на 46%), тирозина (на 67%) и метионина (на 45%). Большинство из перечисленных аминокислот через 24 ч возвращались к уровню контрольных значений. В отличие от изменений происходящих в сыворотке крови в лимфоцитах, выделенных из печени, через 3 часа после введения тритарга увеличиваются концентрации всех протеиногенных аминокислот, кроме аргинина. Через сутки после введения тритарга наблюдается снижение уровней протеиногенных аминокислот в лимфоцитах печени, а именно – заменимых: аспартата, глутамата, аспарагина, аргинина; незаменимых аминокислот – тирозина, метионина, триптофана, фенилаланина.

Внутрижелудочное введение тритарга через 3 и 24 ч изменяет аминокислотный фонд лимфоцитов печени и сыворотки крови. Снижение содержания протеиногенных аминокислот в сыворотке крови может отражать поступление этих соединений в клетки и свидетельствовать о стимуляции синтеза полипептидов и белка.

Литература:

1. Содержание протеиногенных аминокислот в лимфоцитах, выделенных из крови и печени крыс, после введения смеси аминокислот и микроэлементов/А.Ю. Капитурко//Актуальные теоретические и практические аспекты патофизиологии материалы республиканской конференции с международным участием. – Гродно. – 2010. – С. 291-295.

2. Amino Acids (Chemistry, Biology, Medicine) / Ed. Lubec C., Rosental J.A. – N.Y.: Escom, 1990. – 1196 p.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ**

**Кузина Т.В., Романчук О.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Жемойтяк В.А.*

В подавляющем большинстве стран регистрируется стабильное увеличение частоты сахарного диабета 1 типа (СД 1) у детей. Заболеваемость СД 1 значительно различается в зависимости от места проживания ребенка. Широкая вариабельность заболеваемости может быть объяснена не только генетическими различиями, но и воздействием различных факторов окружающей среды. Многие из этих факторов связаны с индустриализацией и изменениями стиля жизни. В европейских многоцентровых исследованиях по эпидемиологии и профилактике СД 1 у детей (EURODIAB) была установлена сильная ассоциация с детской смертностью (отрицательная корреляция), а также с известными ранее показателями, такими как потребление молока и кофе. Многие из индикаторов национального благосостояния, ассоциированных с СД 1, являются аналогами факторов риска. Эти факторы могут приводить к нарушению нормального развития иммунной системы и повышению частоты аутоиммунных заболеваний.

**Целью** исследования явилось выявление факторов, которые могут быть как триггерами, так и факторами, способствующими манифестации СД 1 у детей.

**Материал и методы.** Методом анкетирования (анкета разработана самостоятельно) опрошены семьи 54 детей, страдающих СД 1 и проживающих в г. Гродно. Из

них 30 мальчиков и 24 девочки.

Эпидемиологические исследования показывают, что употребление коровьего молока генетически предрасположенными к СД детьми в возрасте до 3 месяцев повышает риск развития у них СД 1 в будущем. Среди опрошенных количество детей, находившихся на раннем искусственном вскармливании, составили 40%.

По данным литературы наблюдаются два возрастных «всплеска» заболеваемости СД у детей – в дошкольный и пубертат. По возрастам обследованные дети распределились следующим образом: детей в периоде новорожденности и в грудном возрасте – нет; дошкольный возраст – 16 (29,6%) человек, из них мальчики и девочки в равных количествах; дошкольный период – 18 (33,3%), при этом отмечалось значительное превалирование мальчиков в этой возрастной группе – 14 мальчиков и 4 девочки (77,8% и 22,2% соответственно). В старшем школьном возрасте (20 человек – 37%) имелось незначительно превалирование девочек (60% и 40% соответственно).

В большинстве стран СД имеет сезонный характер манифестации, что связывают с повышенной частотой инфекционных заболеваний или с дефицитом витамина ДЗ в эти периоды. Наибольшая частота по данным литературы наблюдается в осенне-зимний период. Анализ результатов анкетирования показал всплеск манифестации СД 1 в августе и пик в декабре.

Анализ частоты реакции на прививки у детей с СД 1 показал, что 22% детей имели данный тип осложнений, обычно в виде гипертермии. Аллергические реакции выявлены у 30,8% обследованных. Аденоидэктомии были подвержены 33% опрошенных!

Таким образом, согласно полученным данным, к факторам риска по СД 1 у детей можно отнести: раннее искусственное вскармливание, дошкольный возраст у мальчиков, реакции на прививки, наличие аллергических заболеваний и аденоидэктомии.

Литература:

1. Дедов, И.И. Сахарный диабет у детей и подростков / И.И. Дедов, Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 158 с.
2. Diabetologia: praktyczny poradnik; pod red. K. Strojka. – Poznan, 2007. – 196 p.

## ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К ПРОФИЛАКТИКЕ ЙОДОДЕФИЦИТА

Кукса В.А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – ассист. Гаджиева Ф.Г.*

Патология щитовидной железы встречается достаточно часто как среди взрослого, так и среди детского населения. Согласно мировой статистике, различными заболеваниями щитовидной железы страдают не менее 3% населения планеты. В Республике Беларусь эта цифра всегда была выше, поскольку страна, является «зоной природного, или геофизического йододефицита»[1].

Есть несколько способов профилактики и лечения дефицита йода. Самым доступным методом, как признали ученые всего мира, является прием в пищу йодированной соли. Стоимость йодированной соли практически не отличается от обычной соли, а ежедневный ее прием в пищу избавит здорового человека от необходимости покупать биологические добавки и лекарства [2,3].

**Цель:** анализ информированности студентов 1 курса лечебного факультета УО «ГрГМУ» в вопросах йодопрофилактики и йододефицита.

**Задачи исследования:** выяснить отношение студентов к медикаментозной йодопрофилактике; установить влияние рекламы на формирование мотивации по применению способов профилактики йододефицита; определить мнение студентов о необходимости йодопрофилактики среди лиц молодого возраста в настоящее время.