



Рисунок 2 — Распределение средних антропометрических данных в исследуемых группах у лиц женского пола

Выводы

По данным проведенного исследования наибольший вес, рост и окружность грудной клетки имеют лица мужского пола, проживающие на территории Беларуси, у студентов из Индии данные показатели имели наименьшие значения.

Студенты из стран Ближнего Востока по данным индекса Кетле имеют тенденцию к избыточной массе тела (предожирению) и крепкое телосложение по индексу Пинье.

Средний показатель индекса Кетле у лиц мужского пола из Индии в норме, по индексу Пинье имеют нормальное телосложение.

Среди лиц женского пола показатель веса из Индии выше, чем у студенток из Беларуси. Индекс Кетле у лиц из Индии и Беларуси в норме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глухова, Ю. А. Антропометрическая характеристика лиц юношеского возраста / Ю. А. Глухова, С. В. Федоров // Вестник ВолгГМУ. 2016. Вып. 3 (59). С. 29–31.
2. Сенько, В. И. Значимость анатомической конституции человека в прогнозировании развития заболеваний / В. И. Сенько, Е. С. Околокулак // Проблемы здоровья и экологии. 2019. С. 99–103.
3. Трифонов, Д. П. Оценка физического развития студентов Нижнетагильского государственного социально-педагогического института / Д. П. Трифонов // Евразийское научное объединение. 2018. С. 1–3.

УДК 616.155.194-08:618.3-06

КОРРЕЛЯЦИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ С ТРИМЕСТРОМ БЕРЕМЕННОСТИ

Саврухина В. А., Иванова А. Д.

Научный руководитель: старший преподаватель М. В. Громыко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Железодефицитная анемия — это одно из наиболее распространенных заболеваний человека, поражающее около 25 % населения земного шара. Анемия у беременных не менее чем в 90 % случаев — это железодефицитная анемия. В целом число беременных, больных данной патологией достигает 43,9 млн человек или 51 % от всего числа беременных [1].

Различают анемии, выявляемые до беременности, и анемии, диагностируемые в период гестации. Догестационная железодефицитная анемия негативно влияет на беременность, способствуя угрозе выкидыша, невынашиванию, сла-

бой родовой деятельности, послеродовым кровотечениям и инфекционным осложнениям.

Под анемией, которая вызвана беременностью, понимают ряд анемических состояний, возникающих во время беременности, осложняющих ее течение и обычно исчезающих вскоре после родов или прерывания беременности. Во второй половине беременности анемия диагностируется почти в 40 раз чаще, чем в первые недели. Это объясняется присущим беременности гормональными сдвигами: увеличением продукции эстрогенов, глюкокортикоидов, а также иммунологическими механизмами [2].

Выделяют три степени анемии в период гестации:

- легкая — 110–90 г/л;
- умеренно выраженная — 89–70 г/л;
- тяжелая — 69–40 г/л.

При железодефицитном состоянии необходимо назначать препараты железа, а также показано последующее наблюдение для диагностики железорезистентности.

Цель

Провести анализ биохимических показателей крови у беременных с железодефицитной анемией легкой степени.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе «Гомельской центральной городской поликлиники № 6», было проведено ретроспективное исследование 20 женщин, критерием включения в исследование являлись: беременность, наличие железодефицитной анемии легкой степени.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов составил $28,25 \pm 4,025$. Женщины были разделены на три группы, в зависимости от триместра беременности. У всех пациентов определяли основные биохимические показатели крови и гемограмму, данные представлены в таблице 1. 80 % женщин имели сопутствующие заболевания, такие как: COVID-19, хронический пиелонефрит, дуоденит, диффузный зоб, хронический гастрит, пролапс митрального клапана, гестационная гипертензия, хронический тонзиллит, ангиолипома левой почки.

Таблица 1 — Среднее значения биохимических показателей и гемограммы по триместрам

Триместр	Гемоглобин (г/л)	Ферритин (мкг/л)	RBC ($\times 10^{12}$ /л)	СОЭ (мм/ч)	СРБ (мг/л)
Норма в период гестации	110–150	<15	3,8–5,8	1.15 2.25 3.40	0–20
Первый (1–13 нед.)	$110,67 \pm 3,56$	$12,4 \pm 6,88$	$3,74 \pm 0,24$	$22,33 \pm 7,89$	$4,63 \pm 3,38$
Второй (14–27 нед.)	$106,38 \pm 1,22$	$7,83 \pm 2,83$	$3,6 \pm 0,08$	$35,88 \pm 9,13$	$8 \pm 3,52$
Третий (28–42 нед.)	$100,33 \pm 3,56$	$5,75 \pm 0,75$	$3,5 \pm 0,18$	$39,67 \pm 0,73$	$2,17 \pm 2,56$

Комплексный анализ таблицы 1 показал, что с увеличением срока беременности уровень гемоглобина, ферритина и эритроцитов в крови снижается. В первом триместре количество гемоглобина составило $110,67 \pm 3,56$ г/л, ферритина — $12,4 \pm 6,88$ мкг/л, эритроцитов — $3,74 \pm 0,24$. Уровень этих трех показателей во втором триместре несколько снизился и составил: $106,38 \pm 1,22$ — гемоглобин, $7,83 \pm 2,8$ — ферритин, $3,6 \pm 0,08$ — эритроциты. Наименьшее количество гемоглобина, ферритина и эритроцитов отмечается в третьем триместре и составляет: $100,33 \pm 3,56$, $5,75 \pm 0,75$, $3,5 \pm 0,18$ соответственно.

Также наблюдается увеличение СОЭ с каждым последующим триместром: $22,33 \pm 7,89$ (1-й триместр), $35,88 \pm 9,13$ (2-й триместр), $39,67 \pm 0,73$ (3-й триместр).

Повышение уровня СРБ приходится на второй триместр ($8 \pm 3,52$), в первом ($4,63 \pm 3,38$) и третьем ($2,17 \pm 2,56$) он значительно снижен.

Выводы

Проанализировав все полученные данные, видно, что с увеличением срока гестации у женщин уменьшается количество эритроцитов, гемоглобина и ферритина, что свидетельствует об истощении депо железа и прогрессии анемии. Ее развитие обуславливается повышенной потребностью организма матери и плода в веществах, необходимых для кроветворения и одновременно низким поступлении их извне в организм беременной женщины.

Повышенное СОЭ не имеет диагностического значения для нашей работы, т. к. этот показатель увеличивается и при анемии, и в период гестации. При беременности у женщин увеличивается напряжение иммунной системы, поэтому уровень СРБ повышается, особенно это отмечается с 16 до 28 недели беременности, что соответствует 2 триместру. Затем, с приближением родов, показатели приходят в норму.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дворецкий, Л. И. Алгоритмы диагностики и лечения железодефицитной анемии / Л. П. Дворецкий. 5-е изд. М. : Ньюдиамед, 2017. С. 22–23.
2. Белошевский, Е. А. Железодефицит у взрослых, детей и беременных / Е. А. Белошевский. Воронеж: 2018. 121 с.

УДК 546.17:[616.831-005.8+616.831-001+616.37-002+616.36]-074
ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ ОСТАТОЧНОГО АЗОТА
У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТАМИ, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ,
ПАНКРЕАТИТАМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Селиванов И. А.

Научный руководитель: к.б.н., доцент А. Н. Коваль

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Остаточный азот играет важную роль в оценке функции почек. Компоненты остаточного азота — мочевины, мочевая кислота (МК), креатинин, аминокислоты и другие небелковые компоненты плазмы, содержащие азот.

МК является конечным продуктом катаболизма пуринов. Так как эстрогены усиливают экскрецию МК, у женщин в фертильном возрасте ее содержание в крови ниже, чем у мужчин того же возраста. Содержание МК в крови повышается у мужчин в период половой зрелости, у женщин — в период менопаузы. Также МК образуется при питании продуктами с высоким содержанием пуринов, что объясняет периодическое повышение концентрации МК у здоровых людей. Увеличение образования МК также отмечается при состояниях, сопровождающихся гибелью лейкоцитов (воспаления, химиотерапия, лучевая терапия и др.). Большая часть МК выводится почками.

МК может выполнять роль антиоксиданта, необходимого для предотвращения повреждения тканей активными формами кислорода, образующихся при хронических заболеваниях печени, остром кровотечении [1]. Однако другие исследования указывают на то, что МК стимулирует экспрессию альдозоредуктазы и окислительный стресс, что способствует накоплению триглицеридов в печени [2]. При патологии печени, отсутствии эндогенной и недостатке экзогенной АК и выраженном нарушении функций антиокислительной защиты основ-