

рівняння. За масою тіла при народженні та гестаційним віком ці групи були репрезентативні.

Препарат застосовувався внутрішньом'язево в дозі 2,5-3,5 мг/кг на добу на протязі 7-12 днів в залежності від ступеня тяжкості анемії та загального дефіциту заліза, який розраховувався за формулою, запропонованою фірмою виробником. Аналіз одержаних даних показав, що у дітей, які лікувались Мальтофером на 2 тижень від початку терапії спостерігалась чітка тенденція до більш високих показників вмісту ретикулоцитів периферійної крові. До лікування кількість ретикулоцитів складала $6,75 \pm 0,8\%$, через тижень від початку терапії - $11,33 \pm 0,76\%$, наприкінці другого тижня - $12,28 \pm 0,75\%$ ($p < 0,05$), що вказує на активацію еритропоезу у цих дітей. Рівень гемоглобіну до лікування був $88,44 \pm 2,27$ г/л, через тижень - $90,34 \pm 1,6$ г/л, через 2 тижні - $91,4 \pm 2,4$ г/л, через 3 тижні - $94,57 \pm 3,36$ г/л. Тобто використання Мальтоферу не тільки попереджувало зниження рівня гемоглобіну, що властиво в цьому віці, а й сприяло його підвищенню. Середній приріст гемоглобіну за 4 тижні склав 6,13 г/л. Кількість еритроцитів у дітей основної групи істотно не змінювалась, тоді як у дітей групи порівняння мала тенденцію до зниження. Слід зауважити, що при застосуванні препарату ускладнень не спостерігалось.

Таким чином, внутрішньом'язеве використання Мальтоферу є ефективним засобом лікування при РАН.

РОЛЬ ПЛАЦЕНТИ У ВИНИКНЕННІ АНЕМІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

В.Е. Маркевич, І.В. Пилипець (Суми)

Проблема залізодефіцитної анемії є досить актуальною. Але патогенетичні механізми виникнення її у новонароджених вивчені недостатньо. В науковій літературі триває дискусія щодо залізотранспортуючої функції плаценти. Одні дослідники вважають, що плацента транспортує залізо проти градієнта концентрації, інші – що ні.

Стан депо заліза відіграє важливу роль у виникненні та особливостях перебігу анемії. Велике значення при цьому має вивчення стану тканинного депо заліза за даними сироваткового феритину.

Вагітні з анемією мають достовірно нижчі показники сироваткового феритину ($6,3 \pm 0,3$ нг/мл) порівняно з жінками без її клінічних та лабораторних проявів ($14,4 \pm 2,6$ нг/мл). Виснаження депо заліза має домінуюче значення в патогенезі анемії вагітних.

У малюків від матерів з анемією вагітних I ступеня, а також від жінок, анемія у яких поєднувалась з гестозом II половини вагітності, тканинні запаси заліза на відміну від їх матерів, виходячи з показника сироваткового ферити-

ну є достатніми ($83,8 \pm 5,7$ нг/мл та $78,0 \pm 4,4$ нг/мл відповідно), а анемія не мала залізодефіцитного характеру. У малюків від матерів з анемією тяжкого ступеня, а також новонароджених шляхом кесарева розтину протягом неонатального періоду спостерігалось інтенсивне використання сироваткового феритину, а значення його досягало маргінального рівня ($47,5 \pm 9,6$ нг/мл та $34,3 \pm 9,9$ нг/мл відповідно) на кінець 4-го тижня життя.

Таким чином, при дефіциті заліза у вагітних, транспорт його через плаценту відбувається проти градієнта концентрації, про що свідчить достатність тканинного депо заліза у їх новонароджених.

ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОІНТЕРВАЛОГРАФІЇ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТРАВЛЕННЯ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

*В.Ф. Лобода, Н.В. Шідловська, Н.І. Балацька, О.Р. Боярчук,
Т.П. Боймиструк, М.І. Кінаш, Н.Й. Понятишин (Тернопіль)*

Метод кардіоінтервалографії знаходить використання при вивченні адаптаційно-компенсаторних реакцій організму в нормі та при патології.

Метою роботи було прослідкувати залежність вегетативної реактивності (ВР) у віковому аспекті. Обстежено 73 дитини з хронічним ураженням органів травлення, які перебували на стаціонарному лікуванні в Тернопільській дитячій лікарні. Хлопчиків було 53,4 %, дівчаток – 46,6 %. Хронічний гастродуоденіт виявлено в 48 випадках (65,8 %), хронічний холангіт або холецистохолангіт – в 57 (78,1 %), дискінезія жовчовивідних шляхів – в 16 (21,9 %). Серед супутньої патології порушення постави та сколіоз діагностовано в 83,6 % пацієнтів, пролапс мітрального клапана – в 86,3 %, ендемічний еутиреоїдний зоб I ступеня – в 54,8 %.

Усі пацієнти були розділені на 4 групи: I – склали діти віком до 7 років – 5 (6,9 %), II – 8-10 років – 15 (20,5 %), III – 11-12 років – 18 (24,7 %), IV – 13-15 років – 35 (47,9 %). Для оцінки стану адаптаційно-компенсаторної реакції були використані наступні показники: шлях реалізації центрального імпульсу, домінуючий відділ вегетативної нервової системи (ВНС), стан адаптаційно-приспосувальних механізмів, ВР.

Проаналізувавши дані кардіоінтервалографії, отримано наступні результати: нормальна ВР переважала серед дітей I та II груп, а гіперсимпатикотонічна – III. Напруження адаптаційно-приспосувальних механізмів найчастіше спостерігалось серед II та IV груп. Нервовий шлях реалізації центрального імпульсу та симпатичний відділ ВНС домінували в усіх вікових групах.