

половини - на 15-30 добу життя. Анемія II ст. у 80% розвинулась до кінця першого місяця життя.

Таким чином, анемія діагностується майже у кожній п'ятій дитині з соматичною або неврологічною патологією. Анемія у новонароджених від вагітних з анемією виникає майже в 6 разів частіше, ніж у дітей від жінок без анемії. У переважній більшості новонароджених від вагітних з анемією II ст. анемія виникає вже на 7-15 добу життя, а від вагітних з анемією I ст. - на 15-30 добу. Досить часто та раннє виникнення анемії у новонароджених потребує детального вивчення її етіопатогенезу, напрацювання рекомендацій щодо моніторингу показників червоної крові у новонароджених та шляхів їх корекції.

### **ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ ТА ЇХ НЕМОВЛЯТ ЗА ДАНИМИ ЕЛЕКТРОННОЇ МІКРОСКОПІЇ**

Чижик В.М., Геліх Т.В., Ситнік О.Є. (студ. VI курс)  
Науковий керівник – професор В.Е. Маркевич

Анемії вагітних є однією з найбільш розповсюджених акушерських патологій і зустрічаються у 20-80 % вагітних незалежно від їх соціального та матеріального стану. В Україні ця патологія посіла одне з провідних місць серед ускладнень гестаційного періоду. Перинатальна смертність при залізодефіцитній анемії (ЗДА) вагітних коливається від 1,8 до 19,9 %. Дискусійним є питання про залежність дефіциту заліза у дітей першого днів життя від дефіциту заліза у матері. Матеріали досліджень низки авторів свідчать про те, що плід отримує достатню кількість заліза навіть у тих випадках, коли у матері в період вагітності наявна ЗДА. Тим більш цікаво було б провести дослідження морфологічної структури цієї патології на ультраструктурному рівні.



В даній роботі ми досліджували еритроцити жінок з анемією вагітних II ступеню та їх немовлят. Для цього ми використовували метод растрової електронної мікроскопії (РЕМ), що дозволяє вивчати елементи крові в трьохмірному зображенні зі збільшенням в 10000 разів.

На основі наших досліджень ми дійшли висновку про наявність значних змін еритроцитів матері з анемією вагітних та її дитини порівняно з контрольною групою. Ми спостерігали різні форми пойкилоцитозу та мікроцитозу, які значно виражені при анеміях, в той час як в контрольних зразках ці зміни складала незначний відсоток. Цікаво, що у матері спостерігалась класична ультрамікроскопічна картина ЗДА, яка співпадала з лабораторними та клінічними даними. При дослідженні крові дитини ми побачили ознаки як ЗДА, так і деяких інших анемій – сфероцитарної, стоматоцитарної та гемолітичної, при цьому концентрація гемоглобіну крові у всіх немовлят була на рівні або навіть вище норми, що можливо пов'язано з компенсаторними особливостями новонародженого.

## **ВИХОДЖУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ 4 СТУПЕНЯ В СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ ДИТЯЧОМУ ВІДДІЛЕННІ**

Івашина Ю.П., Гричаненко О.С. (студ. VI курсу)  
Науковий керівник – професор Маркевич В.Е.

Вартість виходжування недоношених 4 ступеня є надзвичайно високою. В Сумській обласній дитячій клінічній лікарні (СОДКЛ) на виходжування однієї такої дитини витрачається більше 5 тис грн. За 1999 рік в спеціалізованому відділенні знаходилось на лікуванні 8 дітей з масою тіла 920-999 гр. Термін гестації дітей від 22 до 27 тижнів. В усіх випадках перебіг вагітності був ускладнений: гестози, анемія, гінекологічна патологія, в 3 випадках - перенесені інфекції (ГРВІ, лuis). Одні пологи