



Литература:

1. Калиничева В.И. Анемии у детей. Л.: Медицина. 1978;287с.
2. Кудаяров Д.К. Изучение частоты и причины анемий и преанемии у детей Киргизской ССР. В кн.: I Всесоюзн. Съезд гематологов и трансфузиологов, г. Баку. М., 1979; 541 – 542.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. М., Медицина, 1988; 128 -132.
4. Авцын А.П. Вопросы патологии детского возраста. Сборник трудов. М., 1987; 235с.

РОЛЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ МЛАДЕНЦЕВ

А.Н.Хамитова

Алматинское областное управление здравоохранения, врачебная амбулатория Отенай,
г.Талдыкорган

Одним из основных путей снижения респираторных инфекций у детей первого года жизни является раннее прикладывание ребенка к груди матери сразу после рождения и длительность исключительно грудного вскармливания.

В условиях сельской местности информацию о преимуществах грудного вскармливания матери получают от медицинских работников СВА, женской консультации, родильного отделения РБ, а также из публикаций врачей в областной медицинской газете «Жардем».

По итогам 2009 года на территории ВА Отенай пропаганда грудного вскармливания дала свои результаты: уменьшилось число детей до 3-х месяцев

жизни, вскармливаемых искусственно до 3%, на смешанном до 12%. Количество детей до 6-ти месячного возраста, находящихся на исключительно грудном вскармливании, достигло 66%.

Наш анализ заболеваемости респираторными инфекциями показал, что дети на искусственном и смешанном вскармливании чаще болели ОРЗ (80%) в сравнении с детьми, находившимися на исключительно грудном вскармливании (49%).

В течении острых респираторных инфекций при искусственном вскармливании преобладают случаи средне-тяжелого и тяжелого течения болезни (60%). У детей, находившихся на естественном вскармливании, преобладали легкие формы заболевания (66%).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СМЕСИ С БИФИДОБАКТЕРИЯМИ «НАН-КИСЛОМОЛОЧНЫЙ» У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Д.Ж.Ракишева

Детская городская клиническая больница №2, г.Алматы

Проблема дисбактериоза (дисбиоз) у детей является актуальной, поскольку выступает на первый план при патологии желудочно-кишечного тракта, аллергических заболеваниях, длительной антибактериальной терапии. Дисбактериоз кишечника рассматривается как нарушение равновесия в качественном и количественном составе кишечной микрофлоры, не отличающееся специфичностью. Дисбиоз нельзя выставлять в качестве основного клинического диагноза, он является неотъемлемой частью заболеваний, сопровождающихся снижением общей и местной иммунологической реактивности. Клиническая картина проявлений дисбактериоза чаще всего связана с поражением слизистой желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), нарушением его моторной, всасывающей и эвакуаторной функций. При этом выраженность клинических проявлений обусловлена не только степенью нарушений кишечного биоценоза, но и индивидуальными особенностями иммунологического и метаболического гомеостаза, зрелостью моторной

секреторной функций ЖКТ, а также тесно связано с состоянием ЦНС [1].

Самые разнообразные неблагоприятные воздействия на ребенка: стресс, физические и психоэмоциональные нагрузки, несбалансированное питание, экологическое неблагополучие, интенсивная лекарственная терапия, могут влиять на качественный и количественный состав нормальной флоры. В случае развития дисбактериоза кишечника могут появляться и клинические симптомы. Клинические проявления дисбактериоза кишечника в значительной степени определяются локализацией изменений. Преобладание процессов в области тонкого кишечника приводит к развитию поносов и нарушенному всасыванию, в толстом кишечнике - к колиту и запорам. Клинические проявления возникают значительно позже, чем микробиологические изменения. Они очень неспецифичны, однако возможен ряд симптомов, которые формируются из-за нарушения процессов, происходящих при участии определенных бактерий [2].



Микробиологическими признаками дисбактериоза кишечника являются снижение бифидобактерий, повышение титра штаммов кокков, палочек, грибов. Возможны различные сочетания указанных сдвигов.

Естественное вскармливание детей первого года жизни материнским молоком является наилучшим способом питания младенца. Грудное молоко способствует заселению ЖКТ ребенка полезными микроорганизмами и препятствует размножению болезнетворных бактерий. Тем не менее, в повседневной педиатрической практике часто встречаются ситуации, когда возникает необходимость перевода ребенка на искусственное вскармливание и правильного выбора смеси. Особенно в тех случаях, если у ребенка есть клинические проявления дисбактериоза кишечника. Целью лечения дисбактериоза является обеспечение элиминации патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, восстановление и закрепление облигатной микрофлоры, повышение иммунологической реактивности организма. Нами было проведено комплексное обследование 12 детей в возрасте от 1 до 6 месяцев находящихся на искусственном вскармливании.

Целью исследования явилось изучение эффективности кисломолочной сухой смеси «НАН кисломолочный» в качестве диетотерапии у детей с клиническими проявлениями дисбактериоза кишечника. Исследование проводилось двукратно: до назначения смеси «НАН кисломолочный» и через 1 месяц от начала приема. У 2-х детей была отмечена аллергическая реакция на смесь «НАН кисломолочный» виде мелко-

папулезных высыпаний, исчезнувшая после отмены данного пищевого продукта. К клиническим проявлениям дисбиоза кишечника были отнесены такие изменения, как общее беспокойство, срыгивания, плохая прибавка массы тела, запоры, неустойчивый характер стула, метеоризм. Лабораторная диагностика дисбактериоза кишечника – при первичном обследовании отмечены сочетанные нарушения, затрагивающие анаэробный и аэробный компоненты кишечной микрофлоры: дефицит или отсутствие бифидобактерий у 4 детей, лактобактерий у 3 детей, большое количество дрожжеподобных грибов у 2 больных, незначительное увеличение условно-патогенной флоры у 1 больного. После приема смеси «НАН кисломолочный» в течение первой недели у 7 детей нормализовался характер стула, исчезли общее беспокойство и явления метеоризма, уменьшилась частота срыгивания. У остальных детей данная симптоматика исчезла на 10 день от начала приема смеси. После использования продукта «НАН кисломолочный» у 10 детей отмечена положительная динамика массы тела, нормализация стула произошла у 9 детей. При повторном обследовании отмечено увеличение титров «защитных» микроорганизмов (бифидо- и лактобактерий).

Таким образом, клиническая и микробиологическая эффективность кисломолочного продукта «НАН кисломолочный» с бифидобактериями свидетельствует о целесообразности его применения в качестве диетотерапии для коррекции дисбиотических нарушений желудочно-кишечного тракта у детей, находящихся на искусственном вскармливании.

Литература:

1. Н.И. Урсова. Современные методы коррекции дисбиоза кишечника у детей. 2000г.
2. С.В. Бельмер. Применение пребиотиков для профилактики и лечения нарушений микрофлоры у детей. 2005г.

О ДИНАМИКЕ ЭКСТЕНСИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ В КАЗАХСТАНЕ

У.К.Жумашев

Казхский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

В отечественной литературе мало работ, посвященных эпидемиологии злокачественных новообразований у детей. Отдельные исследования, проведенные в России показали, что уточненная заболеваемость злокачественными новообразованиями у детей примерно на 30%, а в некоторых регионах на 50% выше, чем та, которая устанавливается на основании официальных отчетов.

Углубленное эпидемиологическое изучение заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей детского населения Казахстана является актуальной задачей. Целенаправленных эпидемиологических исследований показателей заболеваемости и смертности детского населения от злокачественных опухолей с учетом определенных

компонентов онкологической помощи влияющих на их уровень в различных регионах Казахстана до настоящего времени не проводились. Поэтому одной из задач данного исследования было ранжирование злокачественных опухолей по степени значимости отдельных компонентов состояния онкологической службы детского населения. Важными моментами при этом являются: единая методика расчета показателей и критерии (стандарты) для их оценки. Критерии оценки могут иметь различный уровень: региональный, казахстанский, европейский, мировой. В результате введения критериев оценки медико-статистических показателей при изучении злокачественных новообразований в практику детских онкологических отделений и центров станет