

крови и ещё 2-4 месяца в меньших дозах (30-60 мг) для восстановления запасов железа в печени.

Препараты железа при анемии принимаются по 1 таблетке 2-3 раза в сутки (точная доза определяется врачом), за полчаса до еды, запивая 100-150 мл воды (противопоказанием применения препарата до еды являются гастрит, язвенная болезнь и другие заболевания желудочно-кишечного тракта). Препараты железа нельзя запивать молоком, чаем или кофе – эти продукты связывают железо и уменьшают его поступление в кровь.

Диета при анемии включает продукты, богатые железом: мясо, печень и другие внутренности животных (сердце, почки, селезенка), горох, фасоль, шпинат, абрикос, чернослив, гранатовый сок, яблоки, гречневая крупа, овсяная крупа, шоколад. Для коррекции анемии диета обычно назначается одновременно с основным лечением препаратами железа и продолжается (по возможности) весь период сохранения риска развития анемии.

## ПИТАНИЕ РЕБЕНКА ДО ОДНОГО ГОДА ЖИЗНИ

**В** первые 3-4 дня после рождения ребенок из молочной железы матери получает молозиво, затем переходное молоко, на 2-3-й неделе лактации грудное молоко становится зрелым и приобретает относительно постоянный состав. Молозиво по составу близко к тканям новорожденного, легко усваивается организмом и содержит большее количество белков, в основном представленных альбуминами и глобулинами. В 100 мл зрелого женского молока содержится в среднем 1,2 г белков, что почти в 3 раза меньше, чем в коровьем. Однако белки женского молока обладают высокой биологической ценностью, они богаты аминокислотами, представлены в основном мелкодисперсной фракцией, что облегчает их переваривание и всасывание.

В первые двое суток новорожденный высасывает из груди матери 10-20 мл молока в одно кормление, на 3-5-е сутки – 30-50 мл, на 5-7-е сутки – 50-90 мл.

В первые четыре месяца жизни малыша прикладывают к груди через 3,5 часа с 6,5-часовым перерывом ночью, т. е. 6 раз в сутки. Ослабленных детей в течение 1-го месяца жизни кормят 7 раз в сутки, через 3 часа с 6-часовым ночным перерывом.

К концу месяца перерывы между кормлениями увеличивают, переходя на 6 кормлений в сутки. С 5-го месяца до 1 года кормят 5 раз в сутки с 4-часовыми интервалами. Такой режим питания очень важен для нормальной деятельности желудочно-кишечного тракта ребенка, учитывая время на переваривание пищи и отдых. В течение суток пищевая активность малыша неодинакова, поэтому допускается режим частично свободного вскармливания.

Суточный объем пищи в миллилитрах, необходимый здоровому ребенку со средней массой тела при рождении 3300-3700 г, составляет в возрасте от 10 дней до 2 месяцев 1/5 массы тела в граммах (600-800 мл), от 2 до 4 месяцев – 1/6 массы тела (800-1000 мл), от 4 до 6 месяцев – 1/7 массы тела (900-1000 мл), от 6 до 9 месяцев – 1/8 массы тела (1000-1100 мл) и к концу первого года жизни – 1/8-1/9 массы тела (1000-1200 мл).

Часто дети удовлетворяются меньшим количеством молока и при этом нормально прибавляют в весе. Для

## ТҰЖЫРЫМ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ ТЕМІРТАП- ШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯ

**А.Т. Омарова**

*Қалалық емхана №6, Алматы қ.*

Теміртапшылықты анемия – бұл ағзадағы темірдің теріс теңгерімінің салдарынан дамидын анемияның кең таралған, бірақ жасырын өтетін түрі. Теміртапшылықты анемияның дамуының себебі – бұл гемоглобин синтезі үшін қажетті темірдің тапшылығы.

## SUMMARY HYPOFERRIC ANEMIA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

**A.T. Omarova**

*City polyclinic №6, Almaty c.*

Hypoferric anemia is the most frequent but the most deep-seated variety of anemia progressing due to negative ferric balance. The reason for progression of hypoferric anemia is the lack of the iron, necessary for hemoglobin synthesis.

**А.З. МОЛДАХЫНОВА**

*Детский санаторий №3 «Алау», г. Алматы*

здоровья ребенка перекорм не представляет большой опасности; чаще всего он срыгивает излишки. Но иногда при этом появляются запоры, ребенок становится беспокойным, кричит, плохо спит. Недокармливать ребенка тоже не следует. Каждые 7-10 дней ребенка необходимо взвешивать для проверки количества высасываемого молока и прибавления веса. Это нужно для того, чтобы определить момент, когда ребенок начинает недоедать.

Докорм ребенка проводится при недостатке материнского молока донорским женским молоком или детскими молочными смесями (даются из ложечки или из бутылочки через соску только после грудного кормления). Когда докорма требуется немного, его можно давать после всех или нескольких грудных кормлений из чайной ложки. Если количество докорма сравнительно велико (например, 1/3-1/2 общего суточного объема пищи), то на несколько кормлений можно использовать только докорм из бутылочки через соску, оставив в то же время не менее 3 грудных кормлений, чтобы предотвратить полное исчезновение молока.

Прикорм при грудном вскармливании впервые вводится в рацион ребенка на 5-м месяце жизни, когда малышу уже не хватает тех питательных веществ, которые поступают с материнским молоком. Густой по консистенции прикорм является тем промежуточным продуктом, который подготавливает переход грудного ребенка от потребления жидкой пищи к более плотной и твердой. Новую пищу ребенку дают перед кормлением грудью постепенно, начиная с малых количеств (1-2 чайные ложки). Если ребенок хорошо перенес первый пробный прикорм, то количество его постепенно увеличивают. В качестве первого прикорма рекомендуется овощное пюре из моркови, кочанной и цветной капусты, свеклы, томатов, кабачков, тыквы, картофеля. На 6-м месяце ребенку начинают давать второй прикорм – кашу из гречневой, овсяной, рисовой, манной крупы, которую вводят в рацион малыша постепенно. Еще через месяц меню ребенка пополняют мясным бульоном с сухариками, который через 1-2 недели заменяют овощным супом на мясном бульоне.

Следует помнить, что у грудного ребенка еще слабый желудок, можно легко вызвать расстройство пищеварения, поэтому требуется особая кулинарная обработка пищи. Пища дается в вареном и размельченном виде. При назначении прикорма следует придерживаться следующих правил:

- введение каждого нового продукта начинают с небольшого количества, постепенно (за 5-7 дней) увеличивают до необходимого объема;
- новый продукт (блюдо) следует давать в первой половине дня для того, чтобы отметить возможную реакцию на его введение;
- овощной прикорм начинают с одного вида овощей, затем постепенно вводят другие продукты данной группы, образуя многокомпонентное пюре. Аналогично вводят фруктовые пюре и каши;
- прикорм дают с ложечки, до кормления грудью или детской молочной смесью;
- новые продукты не вводят, если ребенок болен и в период проведения профилактических прививок.

Принципиально важным моментом для матери является тот факт, что следует настойчиво предлагать ребенку сначала пробовать, а лишь затем съедать новые продукты разнообразного вкуса и состава. Мать должна предлагать новую пищу, показывать новые продукты, принимать пищу

в присутствии ребенка, повторять предложение в случаях первоначального отказа. Установлено, что для «принятия» нового вкуса потребоваться до 8-10 попыток введения нового блюда, а в отдельных случаях 12-15.

Для сохранения лактации в период введения продуктов и блюд прикорма необходимо после каждого кормления прикладывать ребенка к груди.

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**БІР ЖАСҚА ДЕЙІН БАЛАНЫ ҚОРЕКТЕНДІРУ**

**А.З. Молдахынова**

*№3 «Алау» балалар шипажайы, Алматы қ.*

Нәресте туылғаннан кейін алғашқы 3-4 күннің ішінде анасының сүт бездерінен уыз, содан кейін өтпелі сүтті ішеді, лактацияның 2-3 аптасында сүт кемеліне келеді және салыстырмалы тұрақты құрамға ие болады.

**S U M M A R Y**

**NUTRITION OF CHILDREN UNDER ONE YEAR**

**A.Z. Moldakhynova**

*Child sanatorium №3 «Alau», Almaty c.*

During the first 3-4 days after the delivery a mother starts lactation with the protogala, then the transit milk. The breast milk becomes mature and takes relatively permanent composition by 2-3 week of lactation.

**СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

**А.М. НУГМАНОВА, Г.Н. ЧИНГАЕВА,  
К.А. КАБУЛБАЕВ, А.М. ШЕПЕТОВ**

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,  
г. Алматы*

**М**ногочисленными исследованиями доказано, что хроническая болезнь почек (ХБП) является экстракардиальным фактором повреждения миокарда [1, 2]. Независимо от причин, исходом любого поражения сердца, согласно современным представлениям непрерывного развития сердечно-сосудистых заболеваний, является развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН) [3]. ХСН проявляется нарушениями как гемодинамики, так и нарушениями нейроэндокринной регуляции и является одной из основных причин инвалидизации и смертности в детском возрасте [4, 5].

Цель работы – провести анализ клинических проявлений СН у детей с хронической болезнью почек на додиализном этапе и находящихся на лечении программным гемодиализом с уточнением функционального состояния сердца.

**Материал и методы**

В соответствии со шкалой, модифицированной в 2000 году Мареевым В.Ю. «Оценка клинического состояния больных с СН», определяем все пункты, включенные в шкалу, и при этом не требуется применение инструментальных методов. Ответы на все вопросы можно получить при сборе анамнеза и обычном физикальном исследовании, что может быть использовано

при скрининговой оценке нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы. Отмечается число баллов, соответствующее ответу, которые в итоге суммируются. Всего максимально больной может набрать 20 баллов (терминальная ХСН), 0 баллов – полное отсутствие признаков ХСН. По ШОКС баллы соответствуют: I ФК ≤ 3 баллов; II ФК 4–6 баллов; III ФК 7–9 баллов; IV ФК > 9 баллов.

**Результаты и обсуждение**

Для определения степени нарушения кровообращения мы индивидуально определяли пункты, включенные в шкалу как у больных, получающих лечение гемодиализом, так и у детей на додиализном этапе. При подведении итогов нами получены следующие результаты, представленные в таблице 1.

Так по данным таблицы отмечено следующее: ≤3 баллов имеют 13 (16,2%) детей на диализе и 27 (47,3%, p<0,001) пациентов до диализа, что соответствует I ФК; 4-6 баллов – 33 (41,3%) ребенка, получающих гемодиализ, и 24 (42,1%) ребенка до диализа, что соответствует

Таблица 1

**Результаты скрининговой оценки сердечно-сосудистых нарушений**

Группы больных	Баллы			
	≤ 3	4-6	7-9	> 9
До диализа, n=57	27 (47,3±4,5%)*,**	24 (42,1±4,5%)**	3 (5,3±2,6%)	3 (5,3±2,6%)
На диализе, n=80	13 (16,2±4,4%)	33 (41,3±4,4%)**	28 (35±4,3%)**	6 (7,5±3,1%)

\*p<0,001 – достоверное различие по баллам до и на диализе

\*\* p<0,001 – достоверное отличие между баллами