

კონსულტირება საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში

საკითხის განხილვის მიზანი:

კონსულტირება პაციენტისათვის ინფორმაციის აქტიური გზით გადაცემის ერთ-ერთი საუკეთესო ფორმაა და ამდენად, ოჯახის ექიმისათვის კონსულტირების წესებისა და ჩვევების ცოდნას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს. პაციენტის განათლების უზრუნველყოფა ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმისა და პირველადი ჯანდაცვის გუნდის ერთ-ერთი სერიოზული ამოცანაა. კონსულტირების ჩვევები ექიმს საშუალებას მისცემს მაქსიმალურად ეფექტური გახადოს პაციენტის განათლების პროცესი, მიაღწიოს რა მის აქტიურ მონაწილეობას და დაეხმაროს მას სწორი გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.

სწავლების ამოცანები:

1. მსმენელები გაეცნობიან კონსულტირების რაობასა და მნიშვნელობას;
2. კურსის დასრულების შემდეგ მსმენელებს უნდა შეეძლოთ ჩამოაყალიბონ განსხვავება—(1)კონსულტაცია, რომელიც არ მოიცავს კონსულტირების ელემენტებს, (2)კონსულტაცია, რომელიც კონსულტირებას დიდ ნაწილს უთმობს, (3) კონსულტაცია, რომელიც მხოლოდ და მხოლოდ კონსულტირების მიზნით დგება;
3. მსმენელები გაეცნობიან კანონს პაციენტის უფლებების შესახებ, სადაც საუბარია ინფორმირებულ თანხმობაზე. მნიშვნელოვანია იმის გაცნობიერება, თუ ყველაზე უკეთ როგორ არის შესაძლებელი ინფორმირებულობის სტატუსის მიღწევა და იმის უზრუნველყოფა, რომ მიღებული თანხმობა სამედიცინო ნორმებთან შესაბამისობაშია და პაციენტის ჯანმრთელობა საფრთხეს არ შეუქმნის;
4. მსმენელები გაეცნობიან კონსულტირების ძირითად ჩვევებს;
5. მსმენელები გაეცნობიან კონსულტირების ერთ-ერთ მოდელს (ან მოდელებს) და წარმოადგენენ საკუთარ მოსაზრებებს მისი პრაქტიკული განხორციელების თაობაზე.

მოსალოდნელი შედეგები:

1. გაუმჯობესდება მსმენელების ცოდნა კონსულტირების მნიშვნელობის, მისი ძირითადი ელემენტების, კონსულტანტის მახასიათებლებისა და როლის თაობაზე;
2. მსმენელები გაეცნობიან კონსულტირების მოდელს და გააცნობიერებენ მისი პრაქტიკული გამოყენების მნიშვნელობას;
3. გაუმჯობესდება მსმენელების კონსულტირების ჩვევები.

კონსულტირების მნიშვნელობა

კონსულტირება ეს ორი ადამიანის კონფიდენციალური საუბარია, რომლის დროსაც ერთი დახმარებას უწევს მეორეს გადაწყვეტილების მიღებაში.

კონსულტირება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში უპირატესად პაციენტის ჯანმრთელობის დამკვიდრების მიზნით ტარდება. ზოგად პრაქტიკაში ექთნები ხშირად ასრულებენ კარგი კონსულტანტების როლს.

კონსულტირების საფუძველზე პიროვნება იღებს გადაწყვეტილებას, რომელიც მას საკუთარი პრობლემის გადაჭრაში ეხმარება.

ეფექტური კონსულტირების უზრუნველსაყოფად აუცილებელია კონსულტანტსა (ექიმი ან ექთანი) და პაციენტს შორის ჩამოყალიბდეს მოზრდილი პირი-მოზრდილი პირი ურთიერთკავშირი (იხ. სახელმძღვანელო საოჯახო მედიცინა). გახსოვდეთ, პაციენტი პიროვნებაა, რომელსაც თავისი აზრი, წარსული გამოცდილება, საკუთარი, უნიკალური ფსიქოლოგიური და სოციალური გარემო, აგრეთვე ოჯახური და მატერიალური სტატუსი გააჩნია. კონსულტირებისას აუცილებელია ყველა ამ გარემოების გათვალისწინება.

კონსულტირების მნიშვნელობა კიდევ უფრო იზრდება, როდესაც რჩევას ჯანმრთელი ადამიანი იღებს. კონსულტირება აუციკლებელია მაშინაც, როდესაც გვინდა არსებული შეხედულებებისა და გაბატონებული პრაქტიკის შეცვლა და ჯანსაღის ცხოვრების წესის დანერგვა.

ინფორმირებული თანხმობა

პაციენტის უფლებები

საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ თავი III. ინფორმაციის მიღების უფლება

მუხლი 16

1. საქართველოს თითოეული მოქალაქეს უფლება აქვს მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც ხელს უწყობს მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებას ან უარყოფითად მოქმედებს მასზე.
2. სახელმწიფო ვალდებულია მაოსზრივით ინფორმაციის საშუალებებით ან ინდივიდუალურად მოთხოვნისამებრ, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით, მიაწოდოს მოქალაქეს ამ მუხლის პირველ პუნქტში მითითებული ინფორმაცია.

ეს წესი ხაზს უსვამს პაციენტის ავტონომიას სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობისას და ზღუდავს პატერნალისტურ მიდგომას, რომლის დროსაც შესაძლოა უგულებელყოფილი იქნეს პაციენტის სურვილი. სიტყვა ჩარევა გამოიყენება მისი ფართო მნიშვნელობით. . . ანუ მოიცავს ყველა სამედიცინო ქმედებას, სახელდობრ, ისეთებს, რომელთა მიზანია პრევენცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია ან კვლევა (ამონაწერი განმარტებითი მემორანდუმიდან: კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ)

მუხლი 18

1. პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწევისაგან მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია:

- ა) სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსებისა და მათი მიღების სახეების, საფასურისა და ანაზღაურების ფორმების შესახებ;
 - ბ) საქართველოს კანონმდებლობითა და სამედიცინო დაწესებულების შინაგანაწესით განსაზღვრული პაციენტის უფლებებისა და მოვალეობების შესახებ;
 - გ) განზრახული პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მომსახურების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;
 - დ) სამედიცინო გამოკვლევების შედეგების შესახებ;
 - ე) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;
 - ვ) განზრახულ სამედიცინო მომსახურებაზე განცხადებული უარის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;
 - ზ) დიაგნოზისა და სავარაუდო პროგნოზის, აგრეთვე მკურნალობის მიმდინარეობის შესახებ;
 - თ) სამედიცინო მომსახურების გამწვევის ვინაობისა და პროფესიული გამოცდილების შესახებ.
2. პაციენტს შეიძლება არ მიეწოდოს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან ამ ინფორმაციის მოცულობა შეიზღუდოს, თუ არსებობს დასაბუთებული ვარაუდი, რომ სრული ინფორმაციის მიღება პაციენტის ჯანმრთელობა სერიოზულ ზიანს მიაყენებს. პაციენტს მისი ჯანმრთელობის შესახებ სრული ინფორმაცია მიეწოდება მხოლოდ მაშინ, თუ იგი ამას დაჟინებით მოითხოვს.
3. ინფორმაციის მიუწოდებლობის ან მისი მოცულობის შეზღუდვის გადაწყვეტილებას ადასტურებს სამედიცინო ეთიკის კომისია, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებასი ამ უკანასკნელის არარსებობისას – სხვა ექიმი. ინფორმაციის მიუწოდებლობაზე ან მისი მოცულობის შეზღუდვაზე დასაბუთებული გადაწყვეტილება ფიქსირდება პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

მუხლი 19

პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს ინფორმაცია მიეწოდებათ მათი აღქმის უნარის გათვალისწინებით. განმარტების მიღებისას სპეციალური ტერმინები მინიმალურად უნდა იქნეს გამოყენებული.

თავი IV. თანხმობა

მუხლი 22

1. სამედიცინო მომსახურების გაწევის აუცილებელი პირობაა პაციენტი, ხოლო მისი ქმედუუნარობის ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა. ინფორმირებული თანხმობა წინ უძღვის სამედიცინო მომსახურებას.

2. წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია შემდეგი სამედიცინო მომსახურების გაწევისას:
- ა) ანებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, გარდა მცირე ქირურგიული მანიპულაციებისა;
 - ბ) აბორტი
 - გ) ქირურგიული კონტრაცეფცია სტერილიზაცია;
 - დ) მაგისტრალური სისხძარღვების კათეტერიზაცია;
 - ე) ჰემოდიალიზი და პერიტონეული დიალიზი;
 - ვ) ექსტრაკორპორული განაყოფილება;
 - ზ) გენეტიკური ტეტსირება;
 - თ) გენური თერაპია;
 - ი) სხივური თერაპია;
 - კ) ავთვისებიან სიმსივნეთა ქიმიოთერაპია
 - ლ) ყველა სხვა შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწევი საჭიროდ თვლის წერილობით ინფორმირებულ თანხმობას.

მუხლი 23

3. აკრძალულია ქმედუნარიანი და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარიანი პაციენტის ნების წინააღმდეგ სამედიცინო მომსახურების განხორციელება, გარდა საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი შემთხვევებისა.

თავი V. პირადი ცხოვრების კონფიდენციალობა და ხელშეუხებლობა

მუხლი 27

სამედიცინო მომსახურების გამწევი ვალდებულია პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა დაიცვას როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ.

მუხლი 28

1. სამედიცინო ინფორმაციის გამწევის მიერ კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება დასაშვებია, თუ:
 - ა) მიღებულია პაციენტის თანხმობა;
 - ბ) ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირს (რომლის ვინაობაც ცნობილია) სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას;
 - გ) სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნით პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გამოყენებისას მონაცემები ისე წარმოდგენილი, რომ შეუძლებელია პიროვნების იდენტიფიკაცია;
 - დ) ამას ითვალისწინებს საქართველოს კანონმდებლობა;
2. სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნებაზე პაციენტის თანხმობა ნაგულისხმევად შეიძლება ჩაითვალოს.

სამედიცინო მომსახურების გაწევისას დასაშვებია მხოლოდ მასში უშუალოდ მონაწილე პირთა დასწრება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტი თანახმაა ან მოითხოვს სხვა პირთა დასწრებას.

რას ნიშნავს კონსულტირება-მისი მიზნები და ელემენტები

კონსულტირება ინტერპერსონალური საკომუნიკაციო მეთოდია, რომლის საშუალებითაც ერთი პიროვნება ეხმარება მეორეს მისი პრობლემის გადაწყვეტაში.

კონსულტირების მიზნები:

- პიროვნების დახმარება გააცნობიეროს/დაუფიქრდეს თავის პრობლემას, რათა უკეთ გაერკვეს მის მიზეზებში;
- პიროვნების ჩართვა პრობლემის გადაჭრის პროცესში;
- პიროვნებასთან ერთად პრობლემის გადაჭრის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება (შესაძლოა ალტერნატივების განხილვა, პიროვნება ირჩევს, რომელია მისთვის მაქსიმალურად მისაღები);
- პრობლემის გადაჭრის გეგმის შემუშავება (კონსულტანტი მხოლოდ დამხმარეს ფუნქციას ასრულებს);

კონსულტირების ელემენტები:

➤ ურთიერთობა/კომუნიკაცია

კონსულტანტი გამოხატავს დაინტერესებას და ყურადღებით უსმენს პაციენტს. მთავარია კარგი ურთიერთობის დამყარება. ეს ურთიერთობა ეხმარება კონსულტანტს მოიპოვოს პაციენტის ნდობა. პაციენტის ნდობის გარეშე ეფექტურად კონსულტირება თითქმის შეუძლებელია. ასე რომ კონსულტანტმა თავიდანვე უნდა შეაფასოთ რამდენად ენდობა პაციენტი და რა უნდა გაკეთდეს იმისათვის, რომ მან ეს ნდობა მოიპოვოს.

➤ პაციენტის სურვილების (ინტერესის) განსაზღვრა

კონსულტანტი ცდილობს დაადგინოს პაციენტის რეალური პრობლემა. ამისათვის იგი აქტიურად უსმენს პაციენტს-ანუ ეხმარება მას თავად ჩამოაყალიბოს პრობლემის არსი.

➤ ემოციური უკუგება

კონსულტანტი გამოხატავს თავის კეთილგანწყობილ დამოკიდებულებას; ემპათია და არა სიმპათია;

➤ **თანამონაწილეობა**

კარგი კონსულტანტი ეხმარება პაციენტს არ შეუშინდეს პრობლემას და გაუმკლავდეს მას.

➤ **კონფიდენციალობა**

კონსულტირებისას აუცილებელია კონფიდენციალური გარემოს დაცვა. ეს კიდევ ერთხელ განამტკიცებს იმ პირობას, რომ ყველაფერი უნდა გაკეთდეს, რაც ხელს შეუწყობს კარგი კომუნიკაციის ჩამოყალიბებას (გარეშე პირთა დასწრებამ კონსულტირება შესაძლოა ჩაშალოს. გახსოვდეთ, პაციენტი ხშირად ერიდება ხმამაღლა განაცხადოს, რომ არ სურს კონსულტირებაზე ოჯახის რომელიმე წევრის დასწრება).

➤ **ინფორმაცია და მასალები**

კონსულტირების მსვლელობისას კონსულტანტს მოჰყავს ფაქტები, მაჩვენებლები, სხვა ინფორმაცია, რათა უკეთ გააგებინოს პაციენტს კავშირი მის ქცევას/ჩვევებსა და არსებულ ჯანმრთელობის პრობლემას შორის. ყველა შემთხვევაში საბოლოო გადაწყვეტილებას პაციენტი იღებს.

კონსულტირების სქემა

კონსულტირებაში ორი პიროვნება მონაწილეობს (1) პიროვნება, რომელიც პრობლემის წინაშე დგას და დახმარება სურს; (2) კონსულტანტი, რომელსაც ხელეწიფება ინფორმაცია, მხარდაჭერა და შეუძლია წაახალისოს პიროვნება.

კონსულტანტი მართავს ამ პროცესს, მაგრამ საბოლოო გადაწყვეტილებას პიროვნება იღებს.

კონსულტირება ნიშნავს არჩევას, სადაც გადაწყვეტილებას პიროვნება იღებს. კონსულტანტი ხელს უწყობს პიროვნება სდაფიქრდეს თავის პრობლემაზე, რათა უკეთ გაიგოს მისი მიზეზები. მიზეზების გაგების პროცესი ეხმარება მას იმოქმედოს პრობლემის გადასაჭრელად. კონსულტირებისას შემდგარი ურთიერთობის ეფექტურობა დამოკიდებულია კონსულტანტისადმი პიროვნების ნდობაზე და მის რწმენაზე, რომ კონსულტანტს მისი დახმარების უნარი შესწევს.

კონსულტირების ძირითადი ეტაპები:

1. მიღება/ურთიერთობის დამყარება
 - მისალმება
 - პირველი სიტყვები
 - კომფორტული გარემო და კარგი კომუნიკაცია
- a) ყურადღება
- b) თანაგრძნობა
- გ) ურთიერთობის გამყარება შეპირებით, მაგ. კონფიდენციალობაზე

2. გამოკითხვა

- ღია და დახურული შეკითხვები
- თანაგრძნობა
- კონცენტრირება
- პარაფრაზირება
- შეჯამება

3. გადაწყვეტილება

- მოლაპარაკება
- ინფორმირება
- ვალდებულება

4. ქმედება

- ამოცანების დასახვა
- გეგმის შედგენა

კონსულტირების მეთოდი გამიგე

კონსულტირების პროცესის უკეთ განმარტების მიზნით შემუშავებულია მარტივი მეთოდი სახელწოდებით გამიგე.

გ-გულისხმიერად შეხვდი პაციენტს
ა-ანამნეზი/გამოკითხვა
მ-მიაწოდე ინფორმაცია პრობლემის შესახებ
ი-ინფორმირებულ არჩევანში დაეხმარე
გ-გაარკვიე არჩევნის დეტალებში
ე-ერთად შეთანხმით მომდევნო ვიზიტზე

ბალანსირებული კვება

დიეტა და ჰიპერტენზია

ესენციური ჰიპერტენზია მულტიფაქტორული დაავადებაა. დადგენილია კვებითი ფაქტორების როლი ჰიპერტენზიის გენეზსა და მისი კონტროლის პროცესში.

ესენციური ჰიპერტენზიის მიზეზობრივი ფაქტორები

გენეტიკური- სხვადასხვა რთული მექანიზმი
ფსიქო-ემოციური გადაძაბვა- სიმპათიკური ტონუსისა და/ან მოცირკულირე კატექოლამინების დონის მომატება

დიეტა

დადებითი კორელაცია :

- ჭარბი წონა და სიმსუქნე
- ნატრიუმის (მარილის) გადაჭარბებული მიღება
- ალკოჰოლი

უარყოფითი კორელაცია:

- კალიუმი
- კალციუმი (?)
- თევზის ქონი

ნატრიუმი

რამდენად დიდია ესენციური ჰიპერტენზიის გენეზში სუფრის მარილის გადაჭარბებული რაოდენობით მიღების როლი?

დედამიწაზე არსებობს რამოდენიმე იზოლირებული დასახლება, სადაც ჰიპერტენზია დაფიქსირებული არ ყოფილა. აღმოჩნდა, რომ ეს ადამიანები საკვებში ძალიან მცირე რაოდენობის სუფრის მარილს იყენებენ (დღეში 2გრ ან ნაკლები). აღმოსავლეთ იაპონიაში მარილის მოხმარება ძალიან მაღალია და საშუალოდ დღეში 25 გრ-ს შეადგენს. აქ ჰიპერტენზიითა და ინსულტით ავადობის მაჩვენებელი ბევრად უფრო მაღალია, ვიდრე გაერთიანებულ სამეფოში.

ჰიპერტენზიის გენეზში ნატრიუმის როლის ჰიპოთეზის მთავარი სისუსტე იმაში მდგომარეობს, რომ შეუძლებელია ინდივიდუალური კორელაციის დადგენა მარილის მიღებასა და არტერიული წნევის დონეს შორის. ვირთხებზე ჩატარებულ ცდებში აღმოჩნდა მარილის მიღებაზე არტერიული წნევის მგრძობელობის გენეტიკური ვარიაციები, ვარაუდობენ,

რომ ეს ასე უნდა იყოს ადამიანებშიც. მჭიდრო კორელაცია დადასტურდა პირებში ჰიპერტენზიის ოჯახური ანამნეზით.

სხვადასხვა კვლევამ უჩვენა, რომ ჰიპერტენზიით დაავადებულ პირებში აღინიშნება უჯრედშიდა ნატრიუმის კონცენტრაციის მატების ტენდენცია, ამის ფონზე ირთვება რიგი პათოლოგიური მექანიზმი, რომელიც ნატრიუმის უჯრედგარეთ ტრანსპორტირებასა და კალიუმის უჯრედშიდა კონცენტრაციის შენარჩუნებას ცდილობს.

ნატრიუმზე ორგანიზმის ფიზიოლოგიური მოთხოვნილება არ აღემატება **20 მმოლს დღეში**, ეს დაახლოებით **1 გრამი სუფრის მარილის** ეკვივალენტია.

ჰიპერტენზიის პრევენციის მიზნით აშშ-ის, ავსტრალიისა და გულის კორონალური დაავადების პრევენციის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტების რეკომენდაციით მოზრდილი მოსახლეობისათვის სუფრის მარილის მოხმარება დღეში არ უნდა აღემატებოდეს **6 გრ-ს**.

მნიშვნელოვანია გაითვალისწინოთ:

- სხვადასხვა ქვეყანაში ჰიპერტენზიით დაავადებია ნობა კორელაციაშია ამ ქვეყნების მოსახლეობის მიერ მარილის მოხმარების საშუალო დონესთან;
- მარილის მოხმარების შეზღუდვის ფონზე ნორმოტენზიულ და ჰიპერტენზიულ პირებში ადგილი აქვს წნევის ციფრების დაქვეითებას;
- ექსპერიმენტულად სუფრის მარილის მოხმარების გაზრდის ფონზე დასტურდება არტერიული წნევის ციფრების მომატება;
- ხშირად რთულია ცალკეულ პირთა შორის არტერიული წნევის დონესა და მარილის მოხმარებას შორის კორელაციის დემონსტრირება.

ნატრიუმის როლის არტერიული წნევის მომატების პროცესში მარტივად იხსნება – ორგანიზმში აკუმულირებული ნატრიუმი გადადის არტერიოლების გლუვკუნთოვან უჯრედებში. ამის საფუძველზე სისხლძარღვის კედლის ტონუსი იმატებს, რის შედეგადაც არტერიული წნევა იზრდება.

რამდენად ეფექტურია ჰიპერტენზიით დაავადებულ პაციენტებში ნატრიუმის მოხმარების შეზღუდვა და რამდენად იოლია პრაქტიკულად ასეთი დიეტის დაცვა?

არა აქვს მნიშვნელობა იმას, განპირობებულია თუ არა არტერიული

ნატრიუმის შემცველობა სხვადასხვა საკვებ პროდუქტში

ნატრიუმის შეცველობა განსაკუთრებით მაღალია (10 მმოლ ან მეტი ჩვეული მოხმარებისას):

შებოლილი ხორცი, ენა, დამარილებული ხორცი, სალამი, სოსისი, შებოლილი თევზი. საუზმისათვის მოწოდებული მზა ბურღულეულის ნარევის უმეტესობა. საფუარი, მარინადი, პომიდვრის და სოიას წვენი (კონსერვირებული), ზეთისხილი. ყველის სახეობათა უმრავლესობა. ბოსტნეულის მარინადი, კარტოფილის ჩიფსები და ა.შ.

ნატრიუმს საშუალო რაოდენობით შეიცავს:

პური, ნაცხვარი, რძე, კარაქი, მარგარინი, უმარილო ყველი, ზოგიერთი მინერალური წყალი.

ნატრიუმის შეცველობა დაბალია (ერთი მმოლ ან ნაკლები ჩვეულებრივი რეჟიმით მოხმარებისას):

ბრინჯი, შვრია, ხორბლის ფქვილი, მაცარონის უმრავლესობა. ყავა, ჩაი, დედის რძე. ახალი, დაშაქრული ან გამომშრალი ხილი. ახალი ან გაყინული ბოსტნეული. კარტოფილი, ახალი საქონლის და შინაური ფრინველის ხორცი, ახალი თევზი. მწვანელი და სუნელები, ალკოჰოლური სასმელი. წიწაკა, ძმარი. სპეციალური უმარილო პროდუქტი (პური, კარაქი, მარგარინი, ბურღულეული საუზმისათვის). ზოგიერთი მინერალური წყალი.

წნევის მომატება მარლის ჭარბი მოხმარებით, შემთხვევათა უმრავლესობაში ნატრიუმის შეზღუდვის ფონზე ადგილი აქვს არტერიული წნევის ციფრების დაქვეითებას. დიურეზული მედიკამენტების ანტიჰიპერტენზიული ეფექტი, უპირატესად, შარდით ნატრიუმის ექსკრეციის გაძლიერებას ემყარება. ალტერნატიულად, დიეტური ნატრიუმის საკმარისი შეზღუდვით შესაძლებელია იმავე ხარისხის ნატრიუმის ნეგატიური ბალანსის მიღწევა. მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ჰიპერტენზიის შემთხვევაში ნატრიუმის მიღების შეზღუდვა (რომლის მონიტორინგი ექსპერიმენტის პირობებში 24 საათიან შარდში ნატრიუმის კონცენტრაციის შეფასებით ხდება) 50მმოლ-მდე დღეში არტერიული წნევის ციფრების მნიშვნელოვან შემცირებას იწვევს, რაც პაციენტს საშუალებას აძლევს შეწყვიტოს (ან არც დაიწყოს) ანტიჰიპერტენზიული საშუალებების მიღება ან შეამციროს მედიკამენტის დოზა (ეს იმას ნიშნავს, რომ შემცირდება პრეპარატის გვერდითი ეფექტებიც). ნატრიუმის შეზღუდვის ფონზე იზრდება ორგანიზმის მგრძობელობა ყველა ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის მიმართ, გარდა კალციუმის ნელის არხების ბლოკერებისა (მაგ. ნიფედინი). გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ

ხანდაზმულები უფრო მეტად რეაგირებენ მარილის შეზღუდვაზე და როგორც ცნობილია, ამ ჯგუფში განსაკუთრებით მაღალია ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების აღმოცენების რისკი.

სხეულის წონა

თუ ადამიანი საკვების არასაკმარისი მიღების ფონზე ვერ იკმაყოფილებს ენერგეტიკულ მოთხოვნილებას მისი არტერიული წნევა (ნორმალური) ქვეითდება .

ჰიპერტენზიით დაავადებული მსუქანი პაციენტის სხეულის წონის ყოველი 5კგ-ით შემცირებისას სისტოლური არტერიული წნევა ვწყ. სვ-ის 10 მმ-ით, ხოლო დიასტოლური ვწყ. სვ-ის 5 მმ-ით ქვეითდება.

ჩვეულებრივ, ზოგადად საკვებს შეზღუდვა, ნატრიუმის შემცირებასაც გულისხმობს. საკვები კალორიის შემცირებისას წონს დაქვეითება მაინც აღინიშნება, თუნდაც ნატრიუმის მოხმარება იგივე დარჩეს, მაგრამ უდავოა, რომ არტერიული წნევის დაქვეითებისათვის გაცილებით ეფექტურია ორივე ღონისძიების-წონის დაქვეითების მიზნით დაბალკალორიული დიეტისა და ნატრიუმის მოხმარების შეზღუდვა-ერთდროული განხორციელება.

ერთ-ერთი რანდომიზებული პლაცებო საკონტროლო კვლევის შედეგების თანახმად მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის ჰიპერტენზიით დაავადებულ ჭარბი წონის პაციენტებში, რომელთა წონის კლების საშუალო სიდიდე 7,4 კგ იყო ადგილი ჰქონდა სისტოლური არტერიული წნევის დაქვეითებას ვწყ. სვ-ის 13 მმ-ით, მაშინ როდესაც ჯგუფში, რომელსაც პაციენტებსაც მეტოპროლოლით მკურნალობდნენ (დოზით 200 მგ დღეში) არტერიული წნევის დაქვეითება ვწყ. სვ-ის 10მმ-ს არ აღემატებოდა.

პლაზმის ლიპიდური პროფილი ჯგუფში, რომელსაც წონის დაქვეითებისაკენ მიმართული ღონისძიებები უტარდებოდა გაუმჯობესდა, რასაც ვერ ვიტყვით მეორე ჯგუფზე. (*McMahon SW, Macdonald GJ, Bernstein L, Andrews G, Blacket RB. Comparison of weight reduction with metoprolol in treatment of hypertension in young overweight patients. Lancet 1985;I:1233-5*)

მსუქან ადამიანებს არტერიული წნევის მომატების მეტი შანსი აქვთ, ვიდრე გამხდრებს.

ბრიტანეთში ერთსა და იმავე კვირაში დაბადებული 5000 ადამიანიდან 36 წლის ასაკისათვის არტერიული წნევა გაცილებით მაღალი იყო იმ პირებში, რომელთა სხეულის მასის ინდექსი 26-ს აღემატებოდა.

ჩვეულებრივ, წონის ყოველ ზედმეტ 10 კგ-ზე დიასტოლური წნევის ნამატი ვწყ. სვ-ის 3 მმ-ს შეადგენს.

როგორც ცნობილია, მომატებული არტერიული წნევა და ჰიპერლიპიდემია, ორივე კარდიოვასკულური ავადობის უდიდესია რისკ-ფაქტორია. წონის ეფექტური შემცირება ორივე შემთხვევაში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია.

ალკოჰოლი

ალკოჰოლი ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი გარეგანი ფაქტორია, რომელიც არტერიული წნევის მომატებას იწვევს. ალკოჰოლის ზემოქმედება თვალსაჩინო ხდება, თუკი მისი დღიური მოხმარება დღეში სამ ერთეულს აღემატება (იხ. სახელმძღვანელო საოჯახო მედიცინა გვ. 105). ალკოჰოლის ზეგავლენით უფრო მეტად სისტოლური წნევა იმატებს.

დიეტა, რომელმაც ხელს უწყობს არტერიული წნევის დაქვეითებას

უახლესი მეცნიერული მტკიცებები:

სისტემატური მიმოხილვით გამოვლინდა, რომ ნატრიუმის მოხმარების შეზღუდვა, კალიუმის მოხმარების გაზრდა, ან ამ ორივე ღონისძიების ხანგრძლივი დროის პერიოდში განხორციელება იწვევს არტერიული წნევის მცირედ შემცირებას. ერთ-ერთი რანდომიზებული საკონტროლო კვლევით გამოვლინდა, რომ ამის ფონზე მცირდება ჰიპერტენზიის გართულებების რისკი დაახლოებით 30%-ით. აღსანიშნავია, რომ ამ კვლევებში დიეტური რეკომენდაციების მიცემა დიეტოლოგების ან სპეციალურად მომზადებული კონსულტანტების მიერ ხდებოდა. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დიეტური რეკომენდაციების ეფექტურობის დამადასტურებელი მეცნიერული მტკიცებები ჯერ-ჯერობით საკმაოდ მწირია.

კალიუმი-პლაცებო-კონტროლის ჯვარედინ კვლევაში, რომელშიც მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტების მონაწილეობდნენ კალიუმის პრეპარატების ფონზე (64 მმოლ კალიუმი დღეში) დაფიქსირდა არტერიული წნევის დაქვეითება საშუალოდ ვწყ.სვ-ის 7/4-მმ-ით. მაგრამ იმავე კვლევაში დადგინდა, რომ ანალოგიურ პაციენტებში, რომლებმაც ნატრიუმის მოხმარება შეამცირეს დღეში დაახლოებით 70 მმოლ-მდე კალიუმის მომატებას ძალიან უმნიშვნელო ეფექტი ჰქონდა ან სავსებით უეფექტო იყო. აქედან გამომდინარე დაასკვნეს, რომ კალიუმი მოქმედებს, როგორც ნატრიუმის ანტაგონისტი და მისი ზეგავლენა ნატრიუმის მოხმარების განახევრების შემთხვევაში უმნიშვნელოა.

კალიუმის მოხმარების გაზრდა კალიუმით მდიდარი პროდუქტების მოხმარების ხარჯზე უნდა მოხდეს და არა მისი პრეპარატებისა, ვინაიდან ჰიპერკალემიის აღმოცენების რისკი ბევრად აღემატება კალიუმის მოხმარების გაზრდის ფონზე არტერიული წნევის ციფრების შესაძლო დაქვეითებას (კალიუმის პრეპარატების დანიშვნა, მაინც შესაძლოა ნაჩვენები იყოს პაციენტებში, რომლებიც ხანგრძლივად იტარებენ მკურნალობას არაკალიუმმემნახველი დიურეზული საშუალებებით).

მაგნიუმი-მაგნიუმმა ზოგჯერ შესაძლოა წნევის დაქვეითება გამოიწვიოს. პაციენტებს, რომლებიც ხანგრძლივად იღებდნენ დიურეზულ საშუალებებს (უპირატესად ჰიპერტენზიის გამო) დაუნიშნეს მაგნიუმის ასპარტატ ჰიდროქლორიდი ექვსი თვის მანძილზე. ამის ფონზე აღინიშნა არტერიული წნევის მნიშვნელოვანი დაქვეითება. სავარაუდოა, რომ დიურეზული საშუალებების ფონზე ადგილი აქვს მაგნიუმის კარგვას, რაც კლინიკურად იშვიათად ვლინდება.

ნახევრადუჯერი ცხიმოვანი მჟავები- ადრეულ პერიოდში ჩატარებულმა კვლევებმა უჩვენეს, რომ ქოლესტერინით ღარიბი დიეტის ფონზე ადგილი ჰქონდა არტერიული წნევის შედარებით დაქვეითებას. ეს დიეტა უპირატესად გულისხმობდა ტოტალური და ნახევრადუჯერი ცხიმების მოხმარების შემცირებას და ომეგა-6 ნახევრადუჯერი ცხიმის პროპორციის გაზრდას. უფრო მოგვიანებთ საკონტროლო კვლევებში, სადაც ცვლიდნენ მოხმარებული ცხიმის

სახეობას ან ზეთოვან დანამატს, გამოვლინდა, რომ თევზის ქონის მოხმარებისას, რომელიც ომეგა-3 ცხიმოვან მჟავას მოიცავს არტერიული წნევა მნიშვნელოვნად დაქვეითდა, რასაც ომეგა-6 ნახევრადუჯერი ზეთის ფონზე ადგილი არ ჰქონია (მაგ. ხორბლის ზეთი). ამ კვლევაში ომეგა-3 ცხიმოვან მჟავას დოზა მნიშვნელოვნად აღემატებოდა მის იმ რაოდენობას, რომელიც ადამიანმა უბრალოდ თევზის საკვებად გამოყენებისას შეიძლება მიიღოს.

კალციუმი-აშშ-ში ჩატარებულმა კვლევებმა გამოავლინეს, რომ ჰიპერტენზიის შემთხვევები მეტი იყო იმ პირებში, ვინც მცირე რაოდენობით იღებდნენ კალციუმს და პირიქით ბრიტანეთში ხისტი წყლების რეგიონებში დაფიქსირდა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებიათობის დაბალი მაჩვენებელი. კალციუმის ანტიჰიპერტენზიული მოქმედება კლინიკურად იმდენად მნიშვნელოვანი არ არის, რომ მის ამ მიზნით აქტიურ გამოყენებას დაედოს საფუძვლად, თუმცა ეს კიდევ ერთი დადებითი მახასიათებელია, როდესაც ოსტეოპოროზის პრევენციის მიზნით კალციუმის დანამატებს პოსტმენოპაუზის ასაკის ქალებს უნიშნავთ.

კვებითი რეკომენდაციები სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებების დროს

კარიესი

კარიესი განსაკუთრებით ხშირია 25 წლის ასაკამდე პერიოდში. კბილის ემალის ადამიანის ორგანიზმის ყველაზე მყარი სუბსტანციაა. იგი ძირითადად კალციუმის ფოსფატისაგან შედგება, რაც იოლად ექვემდებარება მჟავას დამაზიანებელ ზემოქმედებას. კარიესის განვითარება განპირობებულია სამი ფაქტორის ერთდროული ზემოქმედებით. ესენია: **ინფექცია, სუბსტრატი (საკვები ნივთიერებები) და კბილების რეზისტენტობა.**

ინფექცია–ველური სტრეპტოკოკის ზოგიერთი სახეობა და **შტრეპტოცოცუს მუტანს** ახდენენ შაქრების მეტაბოლიზირებას რძის მჟავად, რომელიც კბილის ემალზე დამაზიანებელ ზემოქმედებას ახდენს. ზოგიერთი ადამიანი ამ ზემოქმედებას მეტად ექვემდებარება, ზოგიერთი კი შედარებით ნაკლებად.

სუბსტრატი–შაქრების უმრავლესობა–სურკოზა, გლუკოზა, ფრუქტოზა და ლაქტოზა (და არა სორბიტი ან ქსილიტი), სუბსტრატის ფუნქციას ასრულებს. კვებათა შორის პერიოდში შაქრიანი საკვების მიღება და ასევე საკვების ნაწილაკების დარჩენა პირს ღრუში ხელს უწყობს კარიესის განვითარებას. კვების შემდეგ კბილების გახეხვა ამცირებს კარიესის აღმოცენების ალბათობას.

კბილების რეზისტენტობა–აღსანიშნავია, რომ ხანდაზმულების ზრდასრული ემალის მეტად რეზისტენტულია. ფტორირებული სასმელი წყლის მოხმარება (1მგ/ლ–ში) და ამ გზით დღეში 1–3 მგ ფტორის მიღება ზრდის ემალის რეზისტენტობას.

ნაღველ-კენჭოვანი დაავადება

ნაღვლის ბუშტის კენჭების უმეტესობა ძირითადად (დაახლოებით **85%**) ქოლესტერინის კრისტალებისაგან შედგება, მცირე რაოდენობითაა წარმოდგენილი კალციუმის კარბონატი, პალმიტატი და ფოსფატი. ნაღველ-კენჭოვანი დაავადების განვითარების არადიეტურ რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება:

- სქესი (ხშირია ქალებში);
- ორსულობა
- ორალური კონტრაცეპტული საშუალებები
- ასაკი
- ქირურგიული ჩარევა პეპტიკური წყლულის გამო
- კლოფიბრატით მკურნალობა
- გენეტიკური თავისებურებები (ნაღველ-კენჭოვანი დაავადება ძალიან ხშირია ზოგიერთ ეთნიკურ ჯგუფებში)

დიეტური რისკ-ფაქტორებია:

- სიმსუქნე
- კვებათა შორის ხანგრძლივი პერიოდები
- შესაძლოა გარკვეული მნიშვნელობა ჰქონდეს დიდი რაოდენობით ქოლესტერინის შემცველი საკვების მიღებასა და ასევე, ტკბილი საკვების ჭარბ მოხმარებას
- ბოჭკოსშემცველი საკვები პროდუქტების მცირე რაოდენობით მიღებას
- პაციენტი იმყოფება მთლიანად პარენტერალურ კვებაზე

უკანასკნელ ხანებში ჩატარებული გამოკვლევებით არ დადასტურდა ურთიერთავშირი ნაღვლის კენჭების განვითარებასა და საკვებში ნახევრადუჯერი ცხიმების დიდი რაოდენობით მოხმარებას შორის. აგრეთვე ვერ მოხერხდა რაიმე ურთიერთკავშირის დადგენა ნაღვლის კენჭების განვითარებასა და პლაზმაში ქოლესტერინის დონის პათოლოგიურ მაჩვენებლებს შორის.

არსებობს გარკვეული ვარაუდი იმის თაობაზე, რომ ალკოჰოლის ზომიერი რაოდენობით მიღებას პროტექტორული მნიშვნელობა აქვს.

ზემოთ აღწერილი მიზეზ-შედეგობრივი კავშირები არ ვრცელდება პიგმენტურ კენჭებზე, რაც შედარებით იშვიათია.

კალციუმის კენჭები–აღწერილია გარკვეული დიეტური ფაქტორები, რომლებიც შარდში კალციუმის კონცენტრაციის მომატებასა და/ან კენჭების განვითარებასთანაა ასოცირებული. კერძოდ, ცილის, ნატრიუმის, რაფინირებული კარბოჰიდრატების, **D** ვიტამინის, კალციუმის, ალკოჰოლის, ცხვრის ხორცის, ცხარე საკვების დიდი რაოდენობით მიღება. ასევე, ბურღულეულისა და წყლის შეზღუდული მოხმარება.

ოქსალატური კენჭები-ამ სახის კენჭებთან ასოცირებულ დიეტურ ფაქტორებს მიეკუთვნება ოქსალატების ან C ვიტამინის დიდი რაოდენობით მიღება და წყლის მოხმარების შეზღუდვა.

შარდმჟავა კენჭები-ამ სახის კენჭებთან ასოცირებულ დიეტურ ფაქტორებს მიეკუთვნება დიდი რაოდენობით შარდმჟავასა და პურინების შემცველი დიეტა და წყლის მოხმარების შეზღუდვა.

ყველა სახის კენჭისათვის საერთო დიეტური ფაქტორი წყლის შეზღუდული რაოდენობით მოხმარებაა. ამდენად კენჭების განვითარების თავიდან აცილების მიზნით ერთ-ერთი სერიოზული რეკომენდაცია დიდი რაოდენობით სასმელი წყლის გამოყენება (განსაკუთრებით ცხელ ამინდში). თუკი დღისით წყლის მიღება პაციენტს მოუხერხებლად მიაჩნია, ბოლოს და ბოლოს ეს მას შეუძლია ღამით გააკეთოს.

შაქრიანი დიაბეტი

ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი (I ტიპი) არ არის დაკავშირებული პაციენტის დიეტურ ჩვევებთან და ქცევასთან.

დადგენილია ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტის (II ტიპი) მჭიდრო კავშირი სიმსუქნესთან. დიაბეტის ეს ტიპი შეიძლება განვიხილოთ, როგორც სიმსუქნის გართულება. ეს კიდევ ერთხელ ნათელს ხდის სიმსუქნესთან ბრძოლის მნიშვნელობას. სამწუხაროდ, ეს თანამედროვე მსოფლიოს ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა. ჯერ-ჯერობით კვლავ ადგილი აქვს ჭარბი წონისა და სიმსუქნის ახალი შემთხვევების მატების ტენდენციას.

პოპულარული წარმოდგენა, რომ თითქოს დიაბეტის განვითარებას დიდი რაოდენობით შაქრიანი საკვების მოხმარება განაპირობებს რიგი პროსპექტული და ეპიდემიოლოგიური კვლევით არ დასტურდება.

უფრო მეტად სავარაუდოა ის, რომ დიაბეტის განვითარებას ხელს უწყობს დიდი რაოდენობით ცხიმოვანი საკვების მოხმარება (ეს ჰიპოთეზა პირველად წამოაყენა ჰაროლდ ჰიმსწორტჰ-მა დიდი ბრიტანეთში 1935წ).

მნიშვნელოვანია ქრომის, როგორც გლუკოზის ტოლერანტობის ფაქტორის როლის გათვალისწინება. მართალია, ქრომის დეფიციტი კარბოჰიდრატების მიმართ ტოლერანტობის დაქვეითების იშვიათი მიზეზია, მაგრამ ამაზე ყურადღების გამახვილება აუცილებელია, თუკი პაციენტი ხანგრძლივად პარენტერალურ კვებაზეა.

დიეტური რეკომენდაციები დიაბეტით დაავადებული პაციენტებისათვის

ისტორიული მონაცემები დიაბეტით დაავადებული პაციენტებისათვის მოწოდებული დიეტების შესახებ 1900-70 წწ.

1900-25წწ. შიმშილი (Naunyn, Allen)

5% კარბოჰიდრატები, 85% ცხიმები (Newburgh 1923)

1922 აღმოაჩინეს ინსულინი (მაგრამ მისი ფართო გამოყენება მომდევნო რამოდენიმე წლის მანძილზე არ მოხერხდა)

1930 15% კარბოჰიდრატები და 70% ცხიმი

1940 ნებისმიერი კარბოჰიდრატი მცირე რაოდენობით, მაგ. 40% და ცხიმი

და 1950 50%(ბრიტანეთში ლაურენსის სკოლა)

1970 კარბოჰიდრატები 40%-მდე, შაქარი აიკრძალა. დაიწყო ორალური ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტების გამოყენება ან აღინიშნა ტენდენცია «ინსულინი დიეტის ნაცვლად».

1970 წლიდან დღემდე დიაბეტის სამკურნალოდ მოწოდებული დიეტური რეკომენდაციები მნიშვნელოვნად შეიცვალა, რაც განპირობებული იყო შემდეგი ფაქტების დადგენით:

1. ორალური ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტები ზრდიან წინასწარგანწყობას გულის დაავადებების აღმოცენებისათვის;
2. არ არსებობს მეცნიერული მტკიცებები იმის თაობაზე, რომ საკვებში შაქრის დიდი რაოდენობით მოხმარება დიაბეტის მიზეზია;
3. აზიელი დიაბეტიან პაციენტებში, რომლებიც დიდი რაოდენობით მოუხმარდნენ სახამებლის შემცველ პროდუქტებს დასავლეთ ევროპელ და აღმოსავლეთ ამერიკელ პაციენტებთან შედარებით ნაკლები იყო დიაბეტური (განსაკუთრებით ათეროსკლეროზული) გართულებების რიცხვი.
4. დასავლეთში მაღალია დიაბეტიანი პაციენტების სიკვდილობა განპირობებული სისხლძარღვოვანი პათოლოგიებით. მათი პლაზმის ქოლესტერინის კონცენტრაცია მაღალი იყო ჯანმრთელთან შედარებით და ეს ადამიანები მეტი ცხიმის შეცველ საკვებ მოიხმარენ.
5. ვისკოზური დიეტური ბოჭკოს მოხმარების ფონზე (პარკოსნები და ა.შ) უმჯობესდება დიაბეტის კონტროლი.
6. საკვებში კარბოჰიდრატების წილის მომატების ფონზე ადგილი აქვს გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტის გაუმჯობესებას. დიაბეტით დაავადებული პაციენტის კვების რაციონში კომპლექსური კარბოჰიდრატების წილის მომატება დიაბეტის კონტროლს არ აუარესებს.
7. კარბოჰიდრატების შემცველი სხვადასხვა საკვების (სტანდარტული ფორმითა და რაოდენობით მიღებისას) მეტაბოლიზმის შედეგად არ მიიღება ერთი და იგივე რაოდენობით გლუკოზა. მაგ. 50 გრ კარბოჰიდრატის შემცველი ზოგიერთი საკვები სხვებთან შედარებით სისხლში გლუკოზის უფრო მაღალ მრუდს ქმნის. მათი *გლიკემიური ინდექსი* განსხვავებულია. დაბალი

გლიკემიური ინდექსი იმითაა განპირობებული, რომ საკვებში არსებული სახამებელი პანკრეასის ამილაზას ზემოქმედებით ნელა მეტაბოლიზდება.

8. დიაბეტიან პაციენტებში მაღალია ჰიპერტენზიის განვითარების რისკი. დიაბეტიანი პაციენტებისათვის დიეტური რეკომენდაციები მცირედ ან თითქმის არ ეხებოდა საკვებ რაციონში ნატრიუმის დონის რეგულირებას.

ბრიტანეთის დიაბეტის ასოციაციის რეკომენდაციით დიაბეტური დიეტაში კალორიების 55% კარბოჰიდრატების ხარჯზე უნდა მოდიოდეს. ეს კარბოჰიდრატები მაქსიმალურად არარაფინირებული და ბოჭკოვანი ფორმით უნდა იყოს წარმოდგენილი.

ცხიმი (შეზღუდულია ნაჯერი ცხიმების მოხმარება) კალორატის 35%-ს უნდა ქმნიდეს.

სასარგებლოა უკალორიო დამატკობლები (მაგ. საქარინი) გამოყენება.

ნატრიუმის მოხმარება არ უნდა იყოს იმაზე მეტი, ვიდრე ამას ჯანმრთელ-არა დიაბეტიან პირებში ახდენენ.

პრაქტიკულად, დიაბეტის შემთხვევათა 90% ინსულინდამოკიდებელია, რომელიც უპირატესად სიმსუქნის ფონზე ვითარდება. ამდენად დიაბეტური დიეტის დანიშნვისას განსაკუთრებული ყურადღება წონის კორექტირებაზე უნდა გამახვილდეს. ჩვეულებრივ, საჭირო ხდება დაბალკალორიული დიეტისა და ვარჯიშის კომბინირება.

გესტაციური და ინსულინდამოკიდებული დიაბეტით დაავადებულ ორსულთა კვება

გესტაციური და ინსულინდამოკიდებული დიაბეტის მქონე ორსულებში ეუგლიკემიური მდგომარეობის შენარჩუნებისათვის არსებითი მნიშვნელობა გააჩნია სათანადო დიეტის დაცვას. დღიური კალორიული მოთხოვნილების გაანგარიშება უნდა მოხდეს არა ორსულის ფაქტიური, არამედ მისთვის ოპტიმალური სხეულის წონისათვის 35 კგ-ს ოდენობით ყოველ კილოგრამზე.

ინდივიდუალური კვებითი გეგმის შედგენის მიზნით შეიძლება გამოყენებული იქნას ამერიკის დიაბეტის ასოციაციის ნორმები. ყოველდღიური რაციონის შემადგენლობის 50-60% რთულ ნახშირწყლებზე 12-20% - ცილებზე, ხოლო დანარჩენი ნაწილი, საუკეთესო პირობებში, უჯერ ცხიმებზე უნდა მოდიოდეს.

კვებათა რაოდენობა და მათი განრიგი რეგულირდება პაციენტის სურვილის, ყოველდღიური აქტივობის ხასიათისა და სისხლში გლუკოზის დონის კონტროლის საფუძველზე. მკურნალი ექიმი და პაციენტი სიფრთხილით უნდა მოეკინონ საკვების დიეტოლოგიურ აკრძალვებს, რათა გამოირიცხოს შიმშილთან დაკავშირებული კეტოზის განვითარების შესაძლებლობა.

ჰიპოლიპიდემიური დიეტა

პრაქტიკული რეკომენდაციები

ევროპის ათეროსკლეროზის შემსწავლელი საზოგადოების ექსპერტთა ჯგუფი
მიუნჰენი 1990

პირობითი აღნიშვნები:

- + სასურველი პროდუქტები
- ± შეიძლება ზომიერი რაოდენობით
- არასასურველი პროდუქტები

ცხიმები:

+მზესუმზირის, სიმინიდს, სოიოს, ბამბის ზეთი. ყველა სხვა ცხიმები უნდა შეიზღუდოს.

±კარაქი ან მარგარინი, სადაც მაღალია ნახევრადუჯერი ცხიმების შემცველობა
-ზეითუნის, პალმის, ქოქოსის ზეთი; ხორცის ცხიმი, ყველა სახის სალა, ხელოვნურად გაჯერებული მყარი ცხიმები, მათ შორის კულინარული კარაქი, მარგარინები

ხორცი

+ქათამი, ინდაური, ხბო, კურდღელი, გარეული ფრინველი, კვერცხის ცილა
±საქონლის ხორცი, ბეკონი, ვიჩინა, ღორის, ცხვრის ხორცი, ფარში, კოტლეტი, ღვიძლი, კვირაში 1-3-კვერცხი მთლიანად.
-ცხიმოვანი ხორცი, ძეხვები, პაშტეტი, იხვი, ბატი, ქათმის კანი, ინდაურის კანი.

რძის პროდუქტები

+ცხიმოვანი რძე, მაწონი, ხაწო, უცხიმო ყველი
±ნახევრად ცხიმოვანი რძე, საშუალო ცხიმოვანობის ყველი
-რძე, არაჟანი, ცხიმოვანი ყველი, ცხიმოვანი მაწონი

თევზი

+ყველა სახის თეთრი თევზი, ცხიმოვანი თევზი
±მცენარეულ ზეთში შემწვარი თევზი, მოლუსკები
-ხიზილალა

ხილი, ბოსტნეული

+ყველა სახის ხილი, ბარდა, ლობიო, სიმინდი. ყველა სახის პარკოსნები.
კარტოფილი, მოხარშული კანთან ერთად ან მის გარეშე. შაქრის გარეშე
დაკონსერვებული ხილი, ჩირი
±კარტოფილი, შემწვარი მცენარეულ პოლიუჯერ ცხიმში, ნუში
-ცხოველურ ცხიმში შემწვარი კარტოფილი

მარცვლეული

+პური გამომცხვარი მსხვილად დაფქვილი ფქვილისგან; ჰერკულესის, სიმინდის,
ბრინჯის კერძები;
±თეთრი ფქვილი, თეთრი პური, ტკბილი ფაფები.
-უმალესი ხარისხის პური, ფუნთუშები, საკონდიტრო ნაწარმი

მზა პროდუქტები

+უცხიმო პუდინგები, ჟელე, უცხიმო კერძები
±ტორტები, საკონდიტრო ნაწარმი, პუდინგები, ორცხოვნილა და კერძები, რომლებიც
დამზადებულია რბილ უჯერ მარგარინზე ან კარაქზე.
-ტორტები, საკონდიტრო ნაწარმი, პუდინგები, ორცხოვნილა და კერძები, რომლებიც
დამზადებულია ნაჯერ ცხიმებზე, კარაქიანი და არაქნიანი კერძები, ნაყინი.

სასმელები

+ჩაი, არამაგარი ყავა, მინერალური წყლები, უშაქრო სასმელები, ხილის წვენები,
ვეგეტარიანული კერძები, ბულიონები, ლუდი-ალკოჰოლის დაბალი შეცველობით.
±ტკიბილი სასმელები, უცხიმო შოკოლადი, კერძები პაკეტებში, სპირტიანი
სასმელები;
-მაგარი ყავა, ცხიმოვანი სმელები, შოკოლადი, სუპპიურე ცხიმოვანი ბულიონებზე.

კონსერვები, ტკბილეულობა

+გამჭვირვალე მარინადები, ტკბილეულობა შაქრის გარეშე (საქარინი), თაფლი.
±ტკიბილი მარინადები, ცხარე სუნელები, ჯემი, მარმელადი, სიროფი, არაქისის
კარაქი, შაქარი, საღებავი რეზინა, სორბიტი, გლუკოზა, ფრუქტოზა
-შოკოლადი, კანფეტები

სხვადასხვა

+მწვანილები, სუნელები, იმპორტული მდოგვი, პილპილი, ძმრის კერძები.
±ხორცის და თევზის პაშტეტები, დაბალკალორიული არაქანი ან მაინეზი
სალათებისათვის, მზა სოიოს კერძები.
-ჩვეულებრივი არაქანი სალათებისათვის, მაიონეზი ან სხვა ცხიმოვანი საკმეველები.

ორსულთა კვება

დედის კვებას ორსულობის განმავლობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

პრენატალური მეთვალყურეობის ფარგლებში ექიმი აფასებს ორსულის კვებით რისკს, სახავს წონის სასურველი მატების გეგმას და ნიშნავს სრულფასოვან დიეტას. კვებითი გეგმის შედგენა ორსულთან შეთანხმებით ხდება. შემდგომი ვიზიტების დროს ექიმი აფასებს მიღწეულ პროგრესს და საჭიროების მიხედვით ახორციელებს თერაპიულ ჩარევას. დადებითი შედეგების გასამყარებლად, აუცილებელია ქალთა განათლება და დამატებითი კონსულტირება.

ნაკვებობის პრენატალური შეფასება

ნაკვებობასთან დაკავშირებული რისკის შეფასებისათვის საჭირო ანამნეზური მონაცემები მოიცავს ინფორმაციას:

- ქალის კვების რეჟიმის
- ყოველდღიური საქმიანობის
- სამედიცინო ანამნეზის
- მედიკამენტური ანამნეზის
- მავნე ჩვევების (თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიული საშუალებების მოხმარება) შესახებ.

ექსკლუზიური ვეგეტარიანული დიეტის, უჩვეულო, გაუკუღმართებული ან არაჯანსაღი კვების პირობებში მაღალია არაადეკვატური კვებითი სტატუსის ჩამოყალიბების რისკი. ქალი უნდა გამოიკითხოს კვებითი ჩვეულებების, მაგალითად მარხულობის, დღის განმავლობაში კვების გამოტოვებისა და სხვა საკითხების შესახებ. საუბრის ფრთხილად დაწყება შეიძლება, მაგალითად, შემდეგი სახის შეკითხვით: **ხომ არ ცდილობთ თავი შეიკავოთ საკვებისაგან, რადგან გეშინიათ რომ არ გასუქდეთ?**

მიღებული პასუხი განსაზღვრავს შემდგომი შეკითხვების შინაარსს. რეგულარული ფიზიკური სამუშაოს შესრულების ან ხანგრძლივი ვარჯიშების შემთხვევაში ენერგეტიკული ხარჯი შესაძლოა მის აღდგენას აჭარბებდეს. არაბალანსირებული კვების გამოვლენა ახალგაზრდა ასაკში უფრო ხშირად ხდება, ვიდრე ზრდასრული ასაკის ქალებში. სამწუხაროდ, ცუდი ნაკვებობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორად საკვების შესაძენად საჭირო ფულადი სახსრების სიმცირეც შეიძლება გახდეს.

პოტენციური კვებითი რისკის მანიშნებელია შემდეგი:

- მშობიარობათა დიდი რაოდენობა
- ანამნეზში დაბალი წონის ახალშობილთა დაბადება
- მშობიარობათა შორის მოკლე ინტერვალები.
- ისეთი სომატური პათოლოგიების დროს, როგორებიცაა: შაქრიანი დიაბეტი, თირკმლის ქრონიკული დაავადებები, ანემია და ფენილკეტონურია პაციენტები განსაკუთრებულ დიეტოლოგიურ ყურადღებას საჭიროებენ.

მედიკამენტების მოხმარების საკითხის განხილვისას, რეცეპტით გასაცემ სამკურნალო საშუალებებთან ერთად მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული აგრეთვე თავისუფალ გაყიდვაში მყოფი პრეპარატებიც (მაგ. ვიტამინები, მინერალური კვებითი დანამატები, მასაქმებელი და წონის დასაქვეითებელი საშუალებები).

ორსულობის განმავლობაში თამბაქოს წევა სხვა პრობლემებთან ერთად ამცირებს ქალის წონით ნამატს და ზრდის დაბალი წონის ახალშობილთა დაბადებისა და პერინატალური ავადობის სიხშირეს. ამასთანავე, თამბაქოს წევის დროს საკვების კალორაჟის გაზრდამ შესაძლოა არ შეამსუბუქოს ზემოთხსენებული სიმპტომები. ალკოჰოლის ჭარბი რაოდენობით მოხმარებისა და ნარკომანიის დროს დედებში არასაკმარისი ნაკვებობის გამოვლენის ალბათობა ჩვეულებრივ პირობებთან შედარებით უფრო მაღალია.

საექიმო გამოკვლევის არსებით შემადგენელ ნაწილს ქალის სხეულის მასის ინდექსის (სმი) განსაზღვრა წარმოადგენს. ორსულობამდე არსებული სმი-ს განსაზღვრის შედეგად ხდება ქალთა გადანაწილება წონით ჯგუფებში (ცხრილი 1.)

ცხრილი 1 რეკომენდირებული წონის ნამატი ორსულობისას

დედათა კატეგორია	წონის ნამატი (კგ)		
	სულ(კგ)		ტემპი (კგ/4კვ)*
სხეულის მასის ინდექსი ორსულობამდე †			
წონის დეფიციტი (სმი<19.8)	12.7	18.2	2.3
ნორმალური წონა (სმი 19.8 26.0)	11.4	15.9	1.8
ზედმეტი წონა (სმი 26.1 29.0)	6.8	11.4	1.2
სიმსუქნე (>29.0)	6.8		0.9
ტყუპი ორსულობა	15.9	20.4	2.7

* მატების ტემპი მეორე და მესამე ტრიმესტრისათვის

† სმი ნაწარმოებია მეტრული ერთეულებიდან

სხეულის წონა მნიშვნელოვანი ინდიკატორია, რომელიც ზუსტ და სანდო შეფასებას საჭიროებს. აუცილებელია სასწორის პერიოდული კალიბრირება და პაციენტის ერთხელ დადგენილი წესით ზედა სამოსის გარეშე აწონვა. ქალის სიმაღლე უნდა გაიზომოს შიშველ ფეხზე და ამ დროს მისი ქუსლები, დუნდულოები და ზურგი ვერტიკალურ ზედაპირთან უნდა მოდიოდეს შეხებაში.

ნაკვებობის შეფასება ყოველი პრენატალური ვიზიტის დროს უნდა მოხდეს. პაციენტის წონის გრაფიკული ასახვა ორსულობის ვადის მიხედვით კარგ ვიზუალურ შთაბეჭდილებას გვიქმნის წონის მატების ტემპზე და აადვილებს მის შედარებას სასურველ დონესთან.

მიღებულ მონაცემთა ანალიზი გულისხმობს როგორც გაზომვის შესაძლო შეცდომების გამორიცხვას, ასევე ნორმიდან ნებისმიერი გადახრის გამომწვევი მიზეზის დადგენას. წონის დიდი ნამატი შესაძლებელია გამოწვეული იყოს ჭარბი კვებით ან ორგანიზმში სითხის შეკავებით. წონის მცირე ნამატი შესაძლოა გამოწვეული იყოს არასაკმარისი კვებით ან საკვების მიღების გაუმართლებელი შეზღუდვით. სასარგებლოა ქალის გამოკითხვა გასული დღე-ღამის განმავლობაში მიღებული საკვების შესახებ, თუმცა აღსანიშნავია, რომ შეფასების ეს მეთოდი დიდი სიზუსტით არ გამოირჩევა. ქალის მიერ კვირის განმავლობაში მოხმარებული საკვების (შემადგენლობისა და კვების სიხშირის) აღრიცხვა უფრო ზუსტ წარმოდგენას გვიქმნის ქალის კვებით რეჟიმზე, თუმცა ტექნიკურად ამის განხორციელება უფრო რთულია.

ჰემატოლოგიური დარღვევების არარსებობისას სისხლში ჰემოგლობინის დონის განსაზღვრა ნაკვებობის სტატუსზე კარგ წარმოდგენას გვიქმნის. ზღვის აკვატორიაში მცხოვრებ არამწველ ქალებში, ნორმის ქვედა ზღვარი ორსულობის პირველსა და მესამე ტრიმესტრში არის 11გ/დლ ხოლო მეორე ტრიმესტრში - 10,5გ/დლ ჰემატოკრიტის ეკვივალენტური დონე კი შესაბამისად 33% და 32%. ორსულების დროს ანემიის გამომწვევი უხშირესი მიზეზი ორგანიზმში რკინის დეფიციტია. სისხლის შრატში ფერიტინის 20მკგ/ლ-ზე ნაკლები შემცველობა ორგანიზმში რკინის დეფიციტზე მეტყველებს.

დედის წონითი ნამატი

დედის წონის ნამატსა და დაბადებისას ახალშობილის წონას შორის პირდაპირპროპორციული დამოკიდებულებაა. მსგავსი კავშირია ორსულობამდე ქალის წონასა და დაბადებისას ახალშობილის წონას შორის. ორსულობამდე დაბალ წონასა არასაკმარის წონით ნამატს ძირითადი წვლილი შეაქვს ნაყოფის საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეფერხებასა და მცირე წონის ახალშობილთა დაბადებაში.

ორსულობამდე ქალის წონასა და წონითი ნამატის სიდიდეს ზეგავლენა აქვს აგრეთვე პერინატალურ სიკვდილიანობაზე. დაბალი ორსულობამდელი წონის შემთხვევაში პერინატალური სიკვდილიანობის რისკი მაშინ არის მინიმალური, როდესაც წონითი ნამატი 16,8 კგ-ს აჭარბებს. ორსულობამდე დაბალი წონის მქონე ქალებში ნაყოფთა სიკვდილიანობა (28კვ და მეტი გესტაციური ასაკის ნაყოფთა სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობა 1000 ცოცხალშობილზე) მინიმალურია, როდესაც წონითი ნამატი 11,8 - 15,9 კგ-ს შეადგენს, ხოლო ორსულობამდე ნორმალური წონის შემთხვევაში - 13,6 - 16,8 კგ-ს. სიმსუქნის დროს 6,8 კგ-ზე მეტი ოდენობის წონითი ნამატის შემთხვევაში იზრდება პერინატალური სიკვდილიანობა, ხოლო ნაყოფთა სიკვდილიანობა იზრდება, როდესაც წონითი ნამატი 11,4კგ-ს აჭარბებს.

სხეულის ორსულობამდელი მასა განსაზღვრავს როგორც საერთო წონითი ნამატის რეკომენდირებულ დონეს, აგრეთვე წონის ყოველთვიური მატების ოპტიმალურ ტემპს. (ცხრილი 1.) ორსულობამდე წონის დეფიციტის მქონე ქალებში წახალისებული უნდა იქნას წონის მატება ზედა დასაშვებ ზღვრამდე. სიმსუქნის დროს 6,8კგ-მდე ოდენობის წონითი ნამატის შემთხვევაში ჩვეულებრივ ნორმალური

წონის მქონე ახალშობილი იბადება.⁶⁻⁸ წინასწარი მონაცემებით, სიმსუქნის დროს ახალშობილის წონა არ ქვეითდება მაშინაც კი, როდესაც ორსულობის განმავლობაში ქალი წონაში არ იმატებს. მინიმალური წონითი ნამატის უზრუნველსაყოფად ინიშნება სრულფასოვანი დიეტა, რომლის ენერგეტიკული ღირებულება არ აღემატება დღეში 1800კკალ-ს. სიმსუქნის დროს რეკომენდირებული არ არის წონის დაკლება ორსულობის განმავლობაში.

30 წლის წინ ერთობლივი პერინატალური კვლევის შედეგად მოპოვებული მონაცემების საფუძველზე გამოტანილ იქნა დასკვნა, რომ ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს არსებული კეტონურია ასოცირდება მოგვიანებით პერიოდში ბავშვის გონებრივი, მოტორული და ინტელექტუალური განვითარების ჩამორჩენასთან. მონაცემების შემდგომი ანალიზის შემდეგ, როდესაც გათვალისწინებული იქნა მთელი რიგი თანმხლები ფაქტორები, თავდაპირველი დასკვნა უარყოფილი იქნა. კეტონურიის სპორადული ეპიზოდები ფიზიოლოგიურად მიმდინარე თითქმის ყველა ორსულობის დროს აღინიშნება. უკანასკნელ ხანს ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ კეტონურია დიაბეტის მქონე ქალთა შთამომავლობაში ასოცირდება ინტელექტუალური კოეფიციენტის დაქვეითებასთან.¹³ ვინაიდან გამორიცხული არაა მსგავსი კორელაცია შაქრიანი დიაბეტის არარსებობის დროსაც, ორსულებისათვის დაბალკალორიული დიეტის დანიშვნა გარკვეულწილად სარისკოა.

ისევე, როგორც ერთნაყოფიანი ორსულობისას, ქალის ორსულობამდელი წონა და წონის საერთო ნამატი ზეგავლენას ახდენს ტყუპ ახალშობილთა წონაზე. დაბალი წონის ტყუპების დაბადების სიხშირე კლებულობს ორსულობამდე არსებული წონისა და საერთო წონითი ნამატის ზრდასთან ერთად. გესტაციის 37 კვ. და მეტ ვადაზე 2500გ და მეტი წონის ტყუპი ახალშობილების დაბადების უზრუნველყოფისათვის ორსულის ოპტიმალური წონითი ნამატი მისი ნორმალური ორსულობამდელი წონის შემთხვევაში 20 კგ-ს შეადგენს.

დედის დიეტა

ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს წონითი ნამატის კომპონენტები ნაჩვენებია ცხრილში ([ცხრილი 2.](#)) მისი საერთო რაოდენობა საშუალოდ 12.5კგ-ს შეადგენს. წონის მატების დედისმხრივი კომპონენტები ორსულობის პირველი ტრიმესტრიდან იჩენენ თავს და უპირატესად ორსულობის პირველ ნახევარში გამოიხატებიან. ნაყოფის ზრდა ყველაზე სწრაფად ორსულობის მეორე ნახევარში მიმდინარეობს. ბოლო 12 კვირის განმავლობაში ნაყოფის წონა 3-ჯერ და უფრო მეტად იზრდება.

ბალანსირებული კვებითი დიეტა მრავალფეროვანი პროდუქტებისაგან შედგენილ დღიურ რაციონს გულისხმობს. მასში უნდა შედიოდეს პურ-მარცვლეულ კულტურები, ხილ-ბოსტნეული, ცილებით მდიდარი საკვები და რძის პროდუქტები. მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონში ორსულობისას მოხმარებული საკვების როგორც რაოდენობა, ისე

შემადგენლობა საკმაოდ განსხვავებულია, თუმცა ეს ხელს არ უშლის ჯანსაღი ახალშობილების დაბადებას ყველა კულტურაში. ქალის არჩევანი საკვებთან მიმართებაში ძირითადად განპირობებულია კულტურული მემკვიდრეობით, შექმნილი გამოცდილებითა და ოჯახის კვების ხასიათით. აქედან გამომდინარე, დიეტაში ცვლილების სასურველობის შემთხვევაში საჭიროა საკვებთან ორსულის

**სხეულის საშუალო მასის ორსულისათვის რეკომენდებული საერთო კალორიაჟი-
2400 კკალ/დღეში**

- ცილები, 3-1,5 გრ/კგ-ზე დღეში (რეკომენდებულია საქონლის და ფრინველის ხორცი, რძე, კვერცხი, თევზი)
- ნახშირწყლები-350-400გრ/დღეში (საკმარისი რაოდენობით ხილი, ბოსტნეული, კენკროვნები)
- ცხიმები-85-100 გრ/დღეში (კარაქი, არაჟანი, მცენარეული ზეთები (E ვიტამინის წყარო);
- მინერალური ნივთიერებები: რკინა, კალციუმი (1200მგ/დღეში=1,14 ლ რძე დღეში, ხაჭო, რძის სხვა პროდუქტები-ყველი და იოგურტი), ნატრიუმის მკაცრი შეზღუდვა რეკომენდებული არ არის)
- ვიტამინები: ფოლიუმჟავა-სადღეღამისო მოთხოვნილება 0,8მგ (გესტაციის 12 კვირამდე რეკომენდებული დოზა 0,4მგ ნდდ-ის დაბალი რისკის ჯგუფის ორსულებში);
- ვიტამინი B₁₂-ხორცი, თევზი (გვეგეტერიან ორსულებში რეკომენდებულია დანამატების დანიშვნა);
- ვიტამინი C-სადღეღამისო დოზა 80 მგ-დიდი დოზები (ღრ და მეტი) მავნე ზეგავლენას ახდენენ ნაყოფზე

დამოკიდებულებისა და მისი წარმოდგენების განხილვა. მედიცინის ინსტიტუტის კვების სამეცნიერო საბჭო 1943 წლიდან აქვეყნებს რეკომენდირებული დღიური ულუფის ნორმებს. ქვემოთმოცემულ ცხრილში დღიური რაციონის ნორმები აღებულია 1989 წელს გამოქვეყნებული უკანასკნელი მეათე გამოცემიდან (ცხრილი 3.). მოცემული რეკომენდაციები ეყრდნობა კლინიკური კვლევების მონაცემებსა და შეფასებით გათვლებს.

ცხრილი 2 წონის ნამატის კომპონენტები ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის დროს

ორგანო, ქსოვილი ან ბიოლოგიური სითხე	წონა (გ)
დედისმხრივი კომპონენტები:	
საშვილოსნო	970
სარძევე ჯირკვლები	405
სისხლი	1250
წყალი	1680
ცხიმოვანი ქსოვილი	3345
ნაწილობრივი ჯამი:	
	7650
ნაყოფისმხრივი კომპონენტები:	
ნაყოფი	3400
პლაცენტა	650
სანაყოფე სითხე	800
ნაწილობრივი ჯამი:	
	4850
სულ:	12500

ისინი არ წარმოადგენენ არც საშუალო ნორმებს და არც ამ ნორმათა საშუალო სტატისტიკურ მნიშვნელობებს. უფრო მეტიც, მოსახლეობის მაქსიმალური რაოდენობის საჭიროებათა გათვალისწინების მიზნით, ეს ციფრები ნორმის ზედა ზღვართან არის დაახლოებული და ამდენად ხშირად კვებითი ღირებულების თვალსაზრისით სავსებით საკმარისი დღიური რაციონი შესაძლოა რეკომენდირებულ დონეზე ნაკლები იყოს.

ცხრილი 3 რეკომენდირებული დღიური ულუფა, 1989

კვებითი ელემენტი (ერთეული)	არაორსული			ორსული	მემუძური (6 თვე)
	15-18წ	19-24წ	25-50წ		
ცილა (გ)	44	46	50	60	65
კალციუმი (მგ)	1200	1200	800	1200	1200
ფოსფორი (მგ)	1200	1200	800	1200	1200
მაგნიუმი (მგ)	300	280	280	300	355
რკინა (მგ)	15	15	15	03	15
თუთია (მგ)	12	12	12	51	19
ვიტამინი A (მკგ)	800	800	800	800	1300
ვიტამინი D (მკგ)	10	10	5	10	10
ვიტამინი E (მკგ)	8	8	8	10	12
ვიტამინი B ₁ (მკგ)	60	60	60	70	95
თიამინი (მგ)	1.1	1.1	1.1	1.5	1.6
რიბოფლავინი (მგ)	1.3	1.3	1.3	1.6	1.8
ნიაცინი (მგ)	15	15	15	17	20
ვიტამინი B ₆ (მკგ)	1.5	1.6	1.6	2.2	2.1
ფოლიუმმჟავა (მკგ)	180	180	180	400	280
ვიტამინი B ₁₂ (მკგ)	2	2	2	2.2	2.6

ძირითადი მეტაბოლური ცვლის, თერმოგენეზისა და ფიზიკური აქტივობისათვის საჭირო ენერგეტიკული მოთხოვნილების დაკმაყოფილება მიღებული საკვებისა და ენერგოტევადი ნივთიერების ენდოგენური მარაგის ხარჯზე ხდება. ძირითადი მეტაბოლური ცვლა მესამე ტრიმესტრამდე ორსულობამდე არსებულ დონესთან შედარებით 50კკალ-ით ძლიერდება, ხოლო დარჩენილი დროის განმავლობაში - 150კკალ-ით. თერმოგენეზი ორსულობის განმავლობაში ცვლილებებს არ განიცდის. ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობა ინდივიდუალურად ცვალებადი სიდიდისა და ამდენად იგი შესაძლოა ფართოდ ვარიირებდეს. ორსულობის განმავლობაში საერთო დამატებითი ენერგეტიკული მოთხოვნილება საშუალოდ 55000კკალ-ს შეადგენს, რაც დღეში დაახლოებით 200კკალ-ს უტოლდება.

დედის დიეტის კვებითი კომპონენტები პირდაპირ ზეგავლენას ახდენენ მის კეთილდღეობაზე. მოხმარებული საკვების ენერგეტიკული ღირებულება, ქალის წონით ნამატს განსაზღვრავს და უშუალო კავშირშია დაბადებისას ახალშობილის წონასთან. წონითი ნამატის სასურველი დონის უზრუნველსაყოფად საჭიროა დღიური რაციონის რეკომენდირებული კალორაჟის განსაზღვრა. მისი გამოთვლა ხდება პაციენტის ოპტიმალური წონის (კგ) 35კკალ-ზე გამრავლებით და მიღებული ციფრისათვის 300კკალ-ის დამატებით.

ვიტამინ-მინერალური დანამატები

წონის მატების გარდა, დაბალანსებული დიეტა უნდა უზრუნველყოფდეს ორსულის მომარაგებას ყველა საჭირო ვიტამინებით. ამგვარ დიეტაზე მყოფი ორსულებისათვის მულტივიტამინური პრეპარატების რუტინული დანიშვნა რეკომენდირებული არ არის.

დანამატების დანიშვნა თერაპიული ჩარევას, რომელიც ქალის საჭიროებათა შეფასების საფუძველზე უნდა ხდებოდეს. მის ჩვენებებს შეადგენს რეკომენდირებული დიეტური რაციონის მოხმარების შეუძლებლობა და გამოხატული კვებითი რისკის არსებობა. ცხრილში მოყვანილია კვებითი დანამატების ჩამონათვალი რეკომენდირებული დოზებით ორსულებსა და მეძუძურ დედებში (ცხრილი 4.).

ცხრილი 4 კვებითი დანამატები ორსულობის დროს

კვებითი ელემენტი	დანამატის რეკომენდირებული დოზა
ვიტამინები:	
ვიტამინი B ₆	2 მგ
ფოლატები	300 მკგ
ვიტამინი B ₁₂	50 მკგ
ვიტამინი D	5 მკგ
მინერალური ნივთიერებები:	
რკინა	30 მგ
თუთია	15 მგ
სპილენძი	2 მგ
კალციუმი	250 მგ

ზოგიერთ პაციენტი სპეციფიკურ ყურადღებას ითხოვს.

- **სრულ ვეგეტარიანულ** დიეტაზე მყოფი ორსულები საჭიროებენ B₁₂ ვიტამინისა და თუთიის დანამატებს.
- **ფოლიუმმკვას დამატებითი** მიღება ნაჩვენებია ტყუპი ორსულობის, ანტიკონვულსანტური თერაპიისა და ჰემოგლობინოპათიების შემთხვევაში.
- **D ვიტამინის** დამატებით დანიშვნა სასარგებლოა არასაკმარისი ინსოლაციისა ან რძის პროდუქტების ნაკლები რაოდენობით მოხმარების დროს.

ჩამოთვლილ შემთხვევებში ორსულისათვის მულტივიტამინური კომპლექსების დანიშვნა, ჩვეულებრივ, სავსებით საკმარისია.

ნაყოფში **ნერვული ღეროს დეფექტების პროფილაქტიკისათვის ფოლიუმმკვას** დანამატების გამოყენების სარგებლიანობა მრავალი კვლევის შედეგად იქნა შესწავლილი. ანამნეზში ნერვული ღეროს დეფექტის მქონე ახალშობილის დაბადების შემთხვევაში ფოლიუმმკვას მაღალი დოზებით (4 მგ/დღეში) დანიშვნა ამცირებს ამ პათოლოგიის განვითარების რისკს შემდგომი ორსულობისას. აქედან გამომდინარე, წინააღმდეგჩვენებების არარსებობის პირობებში, ქალს უნდა დაენიშნოს ეს პრეპარატი 4 მგ დღიური დოზით, ამასთანავე სასურველია ფოლიუმმკვას მიღების დაწყება დაგეგმილ ორსულებამდე ერთი თვით ადრე და მისი ხმარება ორსულობის მთელი პირველი ტრიმესტრის განმავლობაში. ვინაიდან ნერვული ღეროს დახურვის პროცესი ჩასახვიდან 4 კვირაში სრულდება, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ამ ვადის შემდეგ ფოლიუმმკვას დანიშვნას რაიმე მნიშვნელობა გააჩნდეს.

ნერვული ღეროს დეფექტების პირველადი პროფილაქტიკისათვის აშშ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური დაორსულების უნარის მქონე ყველა ქალს ურჩევს ფოლიუმმჟავას 0.4 მგ დოზით ყოველდღიურ მიღებას. დედის შრატის ალფაფეტოპროტეინის განსაზღვრა ნერვული ღეროს დეფექტების სკრინინგის ეფექტურ მეთოდად რჩება.

ზოგიერთი ვიტამინის ჭარბი რაოდენობით მოხმარება შესაძლოა ასოცირებული იყოს თანდაყოლილი დეფექტების განვითარებასთან.

- **A ვიტამინის გადაჭარბებულმა მიღებამ 25000 სე** და მეტი ყოველდღიური დოზით, შესაძლოა გამოიწვიოს ნაყოფის ძვლების, საშარდე სისტემისა და ცნს დეფექტების განვითარება.
- **D ვიტამინის გადაჭარბების შემთხვევაში** მოსალოდნელია ბავშვთა ჰიპერკალციემიის სინდრომის ჩამოყალიბება.
- დადგენილი არ არის **ჩ და B₆ ვიტამინების** ჭარბი მიღების უარყოფითი ზეგავლენა ახალშობილებსა თუ ბავშვებზე.

რკინაზე დამატებითი მოთხოვნილება დაახლოებით 1 გრამს შეადგენს. ეს რაოდენობა საკმარისია დედისა და ნაყოფის ერითროპოეზის, კუჭ-ნაწლავის გზით დანაკარგის შევსების, ნაყოფის მომარაგებისა და მისი ზრდა-განვითარებისათვის. ვინაიდან ჩვეულებრივი დიეტის საშუალებით რკინაზე მოთხოვნილება ბოლომდე არ კმაყოფილდება.

ანემიის პროფილაქტიკის მიზნით ორსულობის მეორე და მესამე ტრიმესტრში რეკომენდირებულია ელემენტური რკინის იონის 30 მგ დღიური დოზით დანიშვნა (ცალკე პრეპარატის ან კომბინირებული პრენატალური ვიტამინური კომპლექსის სახით).

კალციუმის, მაგნიუმის, თუთიისა და თიამინმჟავის ზეგავლენის შედეგად რკინის მარილები ქიმიურ გარდაქმნებს განიცდიან. რკინის პრეპარატების მაქსიმალური აბსორბციის მისაღწევად, პაციენტმა ისინი კვებათა შორის ინტერვალში ან ძილის წინ წყალთან ერთად უნდა მიიღოს. პროფილაქტიკური მკურნალობისათვის რკინის პრეპარატების ერთ აბზე მეტი რაოდენობით დანიშვნას არავითარი უპირატესობა არ გააჩნია და შესაძლოა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრიდან არასასურველი გვერდითი მოვლენების განვითარება გამოიწვიოს. მკურნალობის დაწყებას ორსულობის პირველი ტრიმესტრის შემდეგ მინიმუმამდე დაჰყავს გასტროინტესტინალური ეფექტები.

ამის საწინააღმდეგოდ ორსულებში რკინის პროფილაქტიკური დანიშვნა არ წარმოებს ევროპასა და დიდ ბრიტანეთში. ამ ქვეყნებში რკინადეფიციტური ანემია დგინდება სისხლში ფერიტინის დონის განსაზღვრის შედეგად.

რკინადეფიციტური ანემიის მკურნალობისათვის საჭიროა დღეში 60-120 მგ ელემენტური რკინის მიღება. 60 მგ-ზე მეტი დოზის შემთხვევაში დამატებით საჭიროა სპილენძისა (2 მგ) და თუთიის (15 მგ) დანიშვნა (იხ. ცხრილი 4.), ვინაიდან ამ დროს ნაწლავში მცირდება აღნიშნულ ელემენტთა აბსორპცია.

ანემიის კუპირების შემდეგ რკინის პრეპარატებით პროფილაქტიკური მკურნალობა 30 მგ დღიური დოზით უნდა გაგრძელდეს.

ორსულობის დროს ორგანიზმში ხდება წყლისა და ნატრიუმის შეკავება, რის შედეგადაც იზრდება უჯრედშიდა და უჯრედგარე მოცულობა და კმაყოფილდება ნაყოფისა და ნაყოფისმხრივი წარმონაქმნების სითხეზე მოთხოვნილება. ნატრიუმის მიღების შეზღუდვა კლინიკურად უსარგებლო და პოტენციურად საზიანო ჩარევაა.

კალციუმის მარილების დანიშვნა განსაკუთრებით მიზანშეწონილია მომატებული კვებითი რისკისა და რძის პროდუქტების არასაკმარისი მოხმარების შემთხვევაში.

დედებში იოდდეფიციტური მდგომარეობისა და მასთან დაკავშირებული ჩიყვისა და კრეტინიზმის პროფილაქტიკისათვის საჭიროა იოდიზირებული მარილის გამოყენება. იოდის ჭარბი რაოდენობით მოხმარებამ შესაძლოა თანდაყოლილი ჩიყვის განვითარება გამოიწვიოს.

ორსულობის დროს ორგანული ვერცხლისწყლის ჭარბი რაოდენობით მიღება ასოცირებულია მინამატას სიმპტომოკომპლექსის განვითარებასთან, რომლის დროსაც აღინიშნება ბავშვთა ცერებრული დამბლა, გონებრივი განვითარების ჩამორჩენა და პოლიორგანული ხასიათის დაზიანებები. დღემდე გამოვლენილი მსგავსი შემთხვევები მხოლოდ კონტამინირებული მარცვლეულისა და თევზეულის მოხმარებასთან იყო დაკავშირებული. დედის ორგანიზმში ტყვიის მოხვედრის შედეგად დაბალი სიმაღლისა და გონებრივი დეფიციტის მქონე ბავშვი შეიძლება დაიბადოს.

რეკომენდაციები

ყველა ორსულისათვის სარგებლის მომტანია კვების საკითხებთან მიმართებაში პრენატალური განათლება. პაციენტთა განათლება შეუძლია სათანადოდ მომზადებულ პერსონალს ორსულებზე ორიენტირებული სასწავლო მასალების გამოყენებით. ზოგიერთი შემთხვევის მართვისათვის საჭირო ხდება სპეციალიზებული საკითხების (მაგ. საკვებ პროდუქტთა შემადგენლობის, კვების რეჟიმის დაგეგმვისა და დიეტოლოგიური მოთხოვნების) კარგი ცოდნა. ამ დროს მიზანშეწონილია კვების დარგის სპეციალისტის ან რეგისტრირებული დიეტოლოგის კონსულტაცია.

ახალშობილებში ფენილკეტონურიის გამოვლენა-მკურნალობისაკენ მიმართული სკრინინგული პროგრემების ეფექტურობა გამოიხატა ამ დაავადების მქონე ფერტილური ასაკის ქალთა რაოდენობის მატებით. სისხლში ფენილალანინის მაღალი შემცველობის გამო ამ ქალთა ნაყოფებში მაღალია შემდგომი გონებრივი ჩამორჩენილობის, მიკროცეფალიის განვითარებისა და ზრდის შეფერხების რისკი. მკურნალობა, რომლის დაწყებაც ნაყოფის ჩასახვამდე არის სასურველი, მთელი ორსულობის განმავლობაში უნდა მიმდინარეობდეს და ძირითადად გამოიხატება ორსულის დიეტის მნიშვნელოვან ცვლილებებში. გამოყენებული დიეტური ფორმულების ძირითადი მიზანი სისხლში ფენილალანინის შემცველობის ნორმასთან მიახლოებაა. ამასთანევე აღსანიშნავია,

რომ დიეტოთერაპიის შედეგად შეუძლებელია გონებრივი ჩამორჩენილობის, მიკროცეფალიის, გულის თანდაყოლილი მანკებისა და დაბალი წონის ახალშობილთა დაბადების რისკის სრული აცილება.

მშობიარობის შემდგომი დიეტა

ორსულობის განმავლობაში მიმდინარე ფიზიოლოგიური ცვილებები ქალის ორგანიზმს ლაქტაციისა და ახალშობილის ძუძუთი კვებისათვის ამზადებს. პრეტანალური მეთვალყურეობის განმავლობაში ქალის წინასწარი შემზადება ძუძუთი კვებისათვის გულისხმობს კვებითი რისკ-ფაქტორების შეფასებას, მის განათლებასა და კონსულტირებას. განვითარებულ ქვეყნებში ლაქტაციის წარმატებული ინიციალიზაცია არ უკავშირდება არც ორსულობამდე არსებულ წონას და არც წონით ნამატს.

რძის პროდუცირება დღეში დამატებით **640** კკალ-ს მოითხოვს. რძის ოპტიმალური რაოდენობით გამომუშავებისათვის საკვების საერთო დღიური კალორიაჟი **1800** კკალ-ზე ნაკლები არ უნდა იყოს. ენერგეტიკულ წყაროს ქალის ორგანიზმში დაგროვებული ცხიმოვანი ქსოვილის მარაგი და მოხმარებული საკვები წარმოადგენს. საკვების საჭიროზე მეტი ოდენობით მიღება არ იწვევს რძის პროდუქციის გაზრდას. წყლის, ხილის წვენებისა ან რძის მიღება მხოლოდ წყურვილის გრძნობის დაკმაყოფილებისათვის საკმარისი რაოდენობით, სრულიად ფარავს რძის გამომუშავებისათვის საჭირო მოთხოვნილებას. სითხის მიზანმიმართული ჭარბი მიღება გამართლებული არ არის.

კარგად დაბალანსებული და მრავალფეროვანი პრენატალური დიეტა უნდა გაგრძელდეს მშობიარობის შემდგომ პერიოდშიც. პოსტნატალურად, ჩვეულებრივ, საჭირო აღარ არის ვიტამინური და მინერალური დანამატების მიღება. ყოველთვიურად დედის რძესთან ერთად დაკარგული რკინის რაოდენობა მენსტრუალური სისხლდენებით გამოწვეული დანაკარგების ნახევარს შეადგენს, ხოლო ლაქტაციური ამენორეის პირობებში ხდება რკინის მარაგების ადეკვატური შევსება. ზოგიერთ ვიტამინსა თუ მინერალურ ნივთიერებაზე (ფოლიუმჟავა, ვიტამინი B₆, კალციუმი, თუთია, მაგნიუმი) გაზრდილი მოთხოვნილებისა და არასაკმარისი მიღების შემთხვევაში შესაძლებელია მათი დეფიციტის განვითარება. თუ კვების საკითხებზე ინდივიდუალური კონსულტირება უეფექტოა ან არსებობს ეჭვი ქალის არასაკმარის კვებასთან დაკავშირებით, მიზანშეწონილია იმავე ვიტამინებისა და მინერალური დანამატების დანიშვნა, რომლებიც პრენატალურ პერიოდში გამოიყენება. რძის პროდუქტების ან კალციუმით მდიდარი სხვა საკვების არასაკმარისი მოხმარების შემთხვევაში ხდება ელემენტური კალციუმის დანიშვნა **600** მგ ყოველდღიური დოზით. D ვიტამინის **10** მკგ დღიური დოზა, ანაზღაურებს ამ ვიტამინით მდიდარი საკვებისა და ულტრაიისფერი სხივებით ინსოლაციის ნაკლებობას. აბსოლიტური ვეგეტარიანული დიეტის შემთხვევაში საჭიროა D და B₁₂ ვიტამინებისა და თუთიის დამატებით დანიშვნა.

დედის სისხლიდან რძეში მრავალი ნივთიერება ხვდება. ალკოჰოლის მიღება დღეში სამ ჭიქაზე ნაკლები რაოდენობით უარყოფითად არ აისახება ძუძუთი კვებაზე. (ერთი ჭიქა ალკოჰოლური სასმელი **14** გ უნცია (**1** უნცია = **28.3** გ) აბსოლიტურ სპირტის ეკვივალენტია. ამ რაოდენობის სპირტს შეიცავს ლუდის **350** გ, ღვინის **100** გ და ლიქიორის **40** გ) ალკოჰოლის რაოდენობის

გადაჭარბებას შესაძლოა მოჰყვეს ბავშვის მილიანობა და ვარდის რეფლექსის დაქვეითება.

ყავის დაღევას დღეში სამ ჭიქაზე მეტი რაოდენობით შესაძლოა მოჰყვეს ბავშვის მომატებული აგზნებადობითა და მის ორგანიზმში რკინის აბსორპციის დაქვეითება.

თამბაქოს წვევა საფრთხეს უქმნის ქალის ჯანმრთელობას და შესაძლოა რძის პროდუცირების დაქვეითება გამოიწვიოს.

დედის მიერ ხმარებული წამლები ინდივიდუალურად უნდა იქნან შეფასებულნი ახალშობილზე შესაძლო უარყოფითი ზეგავლენის გამოსარიცხად. ასე მაგალითად, ძუძუთი კვება უკუნაჩვენებია ლითიუმის პრეპარატებით, ანტიმეტაბოლიტებითა და რადიოაქტიური პრეპარატებით მკურნალობისას. გარემოს ქლორის შემცველი ორგანული ნაერთებით (მაგ. პესტიციდები, და მძიმე მეტალების მარილები) მომატებული დაბინძურებისას, შესაძლოა საჭირო გახდეს ძუძუთი კვებაზე საერთოდ უარის თქმა (იხ. მეძუძური დედის უსაფრთხო ფარმაცოთერაპია).

მშობიარობიშემდგომი პერიოდის პირველი თვის განმავლობაში წონის სწრაფი კლების შემდეგ, ნორმალური წონის მეძუძური დედისათვის დასაშვებია წონის დაკლება თვეში 0,9კგ ოდენობით. სიმსუქნის შემთხვევაში თვეში 1,8 კგ-ის კარგვა აგრეთვე არ იწვევს გამომუშავებული რძის მოცულობის შემცირებას. ქალისათვის რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშები უკუნაჩვენებია არ არის, თუმცა სპეციალური დიეტა წონის დასაკლებად ან წონის სწრაფი დაქვეითება რეკომენდირებული არ არის. მშობიარობიდან 1 წლის შემდეგ წონის რეზიდუალური (ნარჩენი) ნამატი 0,9 კგ-ს შეადგენს.

მეძუძური დედის უსაფრთხო ფარმაცოთერაპია

მეძუძური ქალისათვის მედიკამენტების დანიშვნის პრინციპები:

1. სანამ მეძუძურ ქალს რაიმე მედიკამენტი დაენიშნება, საჭიროა კარგად დავრწმუნდეთ მკურნალობის აუცილებლობაში.
2. თუკი მკურნალობის აუცილებლობა ეჭვს არ იწვევს უნდა შეირჩეს ის მედიკამენტი, რომელიც ნაკლებად გადადის რძეში, ამასთან უმჯობესია, თუ ეს პრეპარატი ცნობილია, რომ ბავშვისათვის ზიანის მომტანი არ არის;
3. უნდა შეირჩეს პრეპარატის მიღების ოპტიმალური გზა—უპირატესობა ენიჭება ტოპიკურ და ლოკალურ თერაპიას.
4. უნდა შეირჩეს მოკლე ნახევარდაშლის მქონე პრეპარატები, რაც მინიმუმამდე დაიყვანს ძუძუთი კვების მომენტში დედის პლაზმაში მოცემული მედიკამენტის შემცველობას და შესაბამისად, ბავშვის ორგანიზმში მის რაოდენობასაც;
5. მიზანშეწონილია დედამ წამალი ძუძუთი კვების დამთავრებისთანავე მიიღოს;
6. ზოგიერთ შემთხვევაში აუცილებელია ბავშვის ორგანიზმში მედიკამენტის შემცველობის მონიტორინგი

ლაქტაციის პერიოდში უკუნაჩვენებია:

- რაიოაქტიური ნივთიერებები
- ქიმიოთერაპიული წამლები (მეთოქრექსატი, ციკლოფოსფამიდი, ცისპლატინი, ბლეომიცინი, ციტარაბინი, დეკარბაზინი და ა.შ)
- რეაკრეაციული წამლები (კოკაინი, ამფეტამინი, ალკოჰოლი, ჰეროინი, მეთადონი, მარიხუანა)

წამლები, რომელთა გამოყენება თერაპიულ პრაქტიკაში განსაკუთრებით ფართოდ ხდება:

არანაკროტიკული ანალგეზიური საშუალებები:

- *აცეტამინოფენისა და არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენება, როგორცაა იბუპროფენი და ნაპროქსენი, ლაქტაციის პერიოდში მცირე რისკთანაა დაკავშირებული და ამდენად მათი დანიშნვა შესაძლებელია;*
- *აცეტილსალიცილის მჟავა-შესაძლებელია მისი დანიშვნა, მხოლოდ ერთჯერად დოზის სახით. არ უნდა დაინიშნოს ხანგრძლივი მკურნალობისათვის. ბავშვის მხრივ მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენებია-ჰემოლიზური ანემია და თრომბოციტების ფუნქციის დარღვევა, მეტაბოლური აციდოზი.*
- *პარაცეტამოლი-შეიძლება დაინიშნოს ლაქტაციის პერიოდში;*
- *ანტიბიოტიკები-ეს პრეპარატები ხშირად ინიშნება ლაქტაციის პერიოდში. მათი გამოყენება, ჩვეულებრივ, მოკლე დროით ხდება, რაც ბავშვზე ტოქსიკური ზემოქმედების რისკს ამცირებს. თუმცა, ამ მედიკამენტებმა შეიძლება შეცვალონ ბავშვის კუჭ-ნაწლავის ფლორა, გამოიწვიონ დიარეა. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ პრეპარატების ნაწილმა შეიძლება არაკონიუგირებულ ჰიპერბილირუბინემიამდე მიგვიყვანოს. ამას კი ნეიროკოგნიტიური ფუნქციის დარღვევა მოჰყვება.*

ანტიბიოტიკის დასახელება	გამოყენება ლაქტაციის პერიოდში			ბავშვის მხრივ მოსალოდნელი გვერდითი ეფექტები
	დასაშვებია	მკაცრად უკუნაჩვენებია	დასაშვებია თუ სარგებლობა რისკს	
ცეფალოსპორინები	+			
ერიტრომიცინი			+	მემუძურ დედას შეიძლება დაენიშნოს ეს პრეპარატი მაშინ, როდესაც ძუძუთა ბავშვი იმხელაა, რომ თავად მასაც შეიძლება მიეცეს ერიტრომიცინი
როვამიცილი	+			
პენიცილინი, ამპიცილინი, ამოქსაცილინი, ნაფცილინი, ბიცილინი, კლოქსაცილინი, პიპერაცილინი	+			იშვიათად-დიარეა და გამონაყარი
ქლორამფენიკოლი		+		ჰემოლიზი და სიყვითლე
ტრიმეტოპრიმი	+			
კოტრიმოქსაზოლი			+	უკუნაჩვენებია თუ ბავშვი ერთ თვემდე ასაკისაა. ჰემოლიზი და სიყვითლე. არ ინიშნება, თუ ბავშვს გლუკოზა-6-ფოსფატ-დეჰიდროგენაზას დეფიციტი აღენიშნება.
ტეტრაციკლინი			+	ბავშვის კბილებზე შესაძლო არასასურველი ზეგავლენა
დოქსიციკლინი			+	კბილებზე არასასურველი ზეგავლენა
გენტამიცილი			+	დიარეა, რძიანა
კლინდამიცილი		+		დიარეა, სისხლიანი განავალი

სხვა პრეპარატები:

მეტრონიდაზოლი–შეძლებისდაგვარად არ უნდა დაინიშნოს. ერთჯერადად 2 გრამის მიღებისას ძუძუთი კვება უნდა შეწყდეს 12 საათით;

სულფანილამიდები–გამოყენება უკუნაჩვენებია არ არის;

ნისტატინი–შეიძლება დაინიშნოს ლაქტაციის პერიოდში;

პრედნიზოლონი– შეიძლება დაინიშნოს ლაქტაციის პერიოდში;

ეთილესტრადიოლი–სასურველია რა დაინიშნოს ლაქტაციის პერიოდში, შეიძლება შეამციროს ლაქტაცია;

ტამოქსიფენი–არ უნდა დაენიშნოს მემუძურ დედას;

ციმეტიდინი–დასაშვებია მისი გამოყენება, მხოლოდ სიფრთხილით (გვერდითი ეფექტები: კუჭის მჟავიანობის შეცვა, ცნს-ის სტიმულაცია და წამლების მეტაბოლიზმის შეცვლა)

ანტითირეოიდული პრეპარატები:

პროპილთიოურაცილი-შერჩევის პრეპარატია ლაქტაციის პერიოდში ჰიპოთირეოზის სამკურალოდ;

ლევოთიროქსინი-გამოყენება დასაშვებია;

კალიუმის იოდიდი-ლაქტაციის პერიოდში ფარმაკოლოგიური დოზებით მისი დანიშვნა არ არის რეკომენდებული;

მემუძურ დედებში ფართოდ გავრცელებული დაავადებების მკურნალობის პრინციპები

დიაბეტი:

ინსულინდამოკიდებელი-უპირველესი ღონისძიებაა დიეტის დაცვა, თუკი სასურველი ეფექტის მიღწევა ვერ ხერხდება საჭირო ხდება ორალური ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტების დანიშვნა, ამ თვალსაზრისით გამოიყენება **ტოლბუტამიდი**. შესაძლო გვერდითი ეფექტი, რომელიც ამ პრეპარატმა შეიძლება გამოიწვიოს არის სიყვითლე. სხვა მხრივ ძუძუთა ბავშვებისათვის უსაფრთხოა.

ინსულინი (მარტივი და საშუალო ხანგრძლივობის) შეიძლება დაინიშნოს ლაქტაციის პერიოდში.

კარდიული დაავადებები და ჰიპერტენზია:

აგფ-ინჰიბიტორები:

კაპტოპრილი დედის რძეში მცირე რაოდენობით გადადის. აპა შესაძლებლად მიიჩნევა ლაქტაციის პერიოდში ამ პრეპარატის დანიშვნას;

ბეტა-ბლოკერები (**პროპრანოლოლი, თიმოლოლი, ათენოლოლი**) ყველა ეს პრეპარატი გადადის დედის რძეში. ლაქტაციის პერიოდში მათი დოზის შერჩევა უნდა მოხდეს განსაკუთრებული სიფრთხილით. მოსალოდნელი გვერდითი ეფექტები: ბრადიკარდია, სუნთქვის დათრგუნვა, ჰიპოგლიკემია, დიაფორეზი.

კალციუმის ანტაგონისტები:

ნიფედპინი: გადადის დედის რძეში მიღებული დოზის 5%-ზე ნაკლები რაოდენობით. ამ წამლის მიღებიდან 3-4საათით ბავშვის ძუძუთი კვების გადაწევა მნიშვნელოვნად ამცირებს კუჭ-ნაწლავიდან შეწოვილი წამლის რაოდენობას, მაგრამ პრაქტიკულად ამის განხორციელება რთულია, რადგან ბავშვის ძუძუთი კვება ხშირად 2-3 საათში ერთხელ ხდება, განსაკუთრებით პირველი კვირების განმავლობაში.

ვერაპამილი: მისი გამოყენება ლაქტაციის პერიოდში დასაშვებია სხვა პრეპარატები:

კორდარონი-არ უნდა დაენიშნოს მემუძურ დედას

ქინინი-შეიძლება ლაქტაციის პერიოდში დანიშვნა

დიგიტალისი-შესაძლებელია ლაქტაციის პერიოდში მისი დანიშვნა

ქლორთიაზიდი-ამ პრეპარატის გამოყენება საჭიროა სიფრთხილით (არსებობს მოსაზრებების მის ფონზე ლაქტაციის შემცირების თაობაზე, დაფიქსირებულია ბავშვებში თრომბოციტოპენიის შემთხვევები).

ჰიპოთიაზიდი-ლაქტაციის პერიოდში მისი დანიშვნის აუცილებლობისას საჭიროა ძუძუთი კვების შეწყვეტა;

ფუროსემიდი-ლაქტაციის პერიოდში მისი გამოყენება რეკომენდებული არ არის;

სპიროლაქტონი-ლაქტაციის პერიოდში მისი დანიშვნა შესაძლებელია;

ჩვილ ბავშვთა კვება

ძუძუთი კვება

ოპტიმალური ძუძუთი კვების ძირითადი პრინციპია მხოლოდ ძუძუთი კვება **6** თვემდე და ძუძუთი კვების გაგრძელება საშუალოდ ორ წლამდე ადეკვატური დამატებითი საკვების მიწოდებით.

- ძუძუთი კვების დაწყება მიზანშეწონილია ბავშვის დაბადებიდან **1/2-1** საათის განმავლობაში. ამ დროს ბავშვი იღებს ხსენს, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მისი იმუნური სისტემის ჩამოყალიბებისათვის. ადრეულ ეტაპზე ძუძუთი კვების დაწყება იცავს დედას სისხლდენებისაგან, ხელს უწყობს რძის პროდუქციას, განაპირობებს დედისა და ბავშვის კანით-კანთან კონტაქტს, იცავს ბავშვს ჰიპოთერმიისაგან;
- ხშირი ძუძუთი კვება მიზანშეწონილია მოთხოვნილების მიხედვით დღისით და ღამით. კვების ჯერადობას, სიხშირეს, კვების დროსა და მის ხანგრძლივობას განსაზღვრავს თავად ბავშვი. ახალშობილი თავდაპირველად იკვებება ხშირად **8-21**-ჯერ დღე-ღამეში, შემდგომში თითოეული ბავშვი იმუშავებს კვების საკუთარ რენიტულ წესს.
- აუცილებელია კვების დროს ძუძუ მთლიანად დაიცალოს რძისაგან (მინიმუმ დღეში **1**-ჯერ მაინც), ვინაიდან რძის უკანა ულუფა მდიდარია ბავშვისათვის სასარგებლო ცხიმებით.
- თუ ბავშვი თავად ვერ ცლის ძუძუს მთლიანად დედამ უნდა გამოიწველოს დარჩენილი რძე და მისცეს ბავშვს კოვზით.
- თუ ბავშვი ერთი ძუძუს დაცლის შემდეგ მზად არის გააგრძელოს კვება, დედამ აუცილებლად უნდა შესთავაზოს მეორე ძუძუ. შემდეგი უნდა დაიწყოს იმ ძუძუთი, რომლითაც დაამთავრა წინა კვება.
- ძუძუთი კვების დროს **6** თვემდე ბავშვი სასურველია ღებულობდეს მხოლოდ დედის რძეს. ამ პერიოდში, ჩვეულებრივ ბავშვს არ სჭირდება სხვა დამატებითი საკვები, წყალი ან წვენი. ბავშვის სხვა სითხეებით დატვირთვისას იგი გამოსწოვს ნაკლებ რძეს, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს რძის პროდუქციას.

წყალი

თუ ბავშვი ძუძუთი კვებაზეა და იკვებება მოთხოვნილების მიხედვით, მისი მოთხოვნილება წყალზე სრულიად კმაყოფილდება.

ძუძუთი კვებაზე მყოფი ბავშვისათვის საწოვრიანი ბოთლის გამოყენება ხელს შეუშლის ძუძუთი კვების წარმატებით გაგრძელებას. ზოგიერთ შემთხვევაში, თუ

საჭიროა გამოწვევლილი, ან დონორის რძის შემატება – გამოიყენეთ პიპეტი, კოვზი, ჩვეულებრივი (ან ბავშვის სპეციალური) ფინჯანი და არა საწოვრიანი ბოთლი.

ბავშვის ძუძუთუ კვების დაწყებამდე დედას ურჩიეთ:

- მოდუნდეს, მოთავსდეს კომფორტულად;
- ძუძუ თანამოსახელე ხელით დაიჭიროს ბავშვი, ხოლო მეორე ხელით ძუძუ, ისე რომ ცერა თითი მოექცეს ზემოდან, ხოლო დანარჩენი თითები კი ძუძუს ქვემოდან;
- უსვას ძუძუს კერტი ბავშვის ტუჩებს მანამ, სანამ ის ფართოდ არ გააღებს პირს. ბავშვმა პირში უნდა ჩაიდოს კერტი და მის ირგვლივ მდებარე მუქი რგოლი (არეოლა). ნიკაპი და ცხვირი უნდა ეხებოდეს ძუძუს.

სწორი პოზიციის ნიშნები:

- ◆ ბავშვი მთელი სხეულით შემოტრიალებულია დედისკენ და ეხება მის სხეულს;
- ◆ ბავშვის თავი ახლოა ძუძუსთან;
- ◆ ნიკაპი ეხება ძუძუს, ხოლო ცხვირი თავისუფალია სუნთქვისათვის;
- ◆ პირი გაღებულია;
- ◆ ენა ჩანს კერტის ქვეშ;
- ◆ ქვედა ტუჩი გადმოზრუნებულია;
- ◆ ბავშვის ზედა ტუჩთან არეოლას უფრო მეტი ნაწილი ჩანს, ვიდრე ქვედა ტუჩთან;
- ◆ ბავშვი აკეთებს ნელ და ღრმა 1-2 წოვით მოძრაობას, რასაც მოყვება ყლაპვა;
- ◆ ისმის ყლაპვისათვის დამახასიათებელი ბგერები;
- ◆ ლოყები გამობერილია;
- ◆ ბავშვი მოშვებულია და კმაყოფილია;
- ◆ დედა არ გრძნობს კერტის ტკივილს.

არასწორი პოზიციის ნიშნები:

- ◆ ბავშვი შემოტრიალებულია დედისკენ, მაგრამ არ ეხება მის სხეულს;
- ◆ ბავშვის თავი არ არის ძუძუსთან ;
- ◆ ნიკაპი არ ეხება ძუძუს;
- ◆ პირი არ არის ფართოდ გაღებული;
- ◆ ენა შეწყულია (არ ჩანს);
- ◆ ტუჩები წინაა გამოწეული;
- ◆ არეოლა კარგად სჩანს ორივე ტუჩის გარეთ;
- ◆ ბავშვი აკეთებს მოკლე და სწრაფ წოვით მოძრაობებს (რამოდენიმე წოვითი მოძრაობა თითო ყლაპვის წინ);
- ◆ ბავშვი პირს აწკლაპუნებს;
- ◆ ლოყები შეწყულია შიგნით;
- ◆ ბავშვი გაღიზიანებულია. მან შეიძლება უარი თქვას ძუძუზე იმიტომ, რომ ის საკმარისად ვერ იღებს რძეს;

- ◆ შესაძლებელია კერტის ტკივილი;
- ◆ დედას ექმნება შთაბეჭდილება, რომ რძე არასაკმარისი რაოდენობით აქვს.

რძის გამოყოფის რეფლექსი

ლაქტაციას არეგულირებს მთელი რიგი ჰორმონები, მათ შორის მნიშვნელოვანია პროლაქტინი და ოქსიტოცინი. პროლაქტინი ჰიპოფიზის წინა წილის ჰორმონია, რომელიც ხელს უწყობს რძის წარმოქმნას. ოქსიტოცინი გამოიმუშავდება ჰიპოფიზის უკანა წილში და რძის გამოყოფას უწყობს ხელს, რძის სადინრების კუნთების შეკუმშვის გზით. პროლაქტინის გამოყოფას ხელს უწყობს წოვის დროს დვრილის გაღიზიანება, ოქსიტოცინის გამოიმუშავებისათვის ხელსაყრელი პირობებია საჭირო. მათგან ყველაზე მნიშვნელოვანი დადებითი ემოციური გაწყობაა, რომლის შექმნაში ქალს მეუღლე და ოჯახის სხვა წევრები უნდა ეხმარებოდნენ. ფიზიკური გადაღლა, ნერვიულობა, მოუხერხებელ, დამაბულ პოზაში ბავშვის კვება, გარემოს ძლიერ დაბალი ტემპერატურა, გრილი კიდურებიც კი, ამცირებს რძის გამოყოფის რეფლექსს.

რძის ნორმალურ გამოყოფაზე მიუთითებს შემდეგი ნიშნების არსებობა;

- ◆ ძუძუში ჩხვლეტის შეგრძნება;
- ◆ კერტის ირგვლის სავსეობის შეგრძნება;
- ◆ რძის თვითნებური დენა დვრილიდან;
- ◆ ძუძუს დარბილება წოვის პროცესში;

შენიშვნა: ყველა დედას არა აქვს რძის გამოყოფის შეგრძნება.

ქალის რძის ფერი

ხსენი, ანუ პირველადი რძე მოყვითალო ფერისაა. ჩვეულებრივ, ქალის რძე თეთრია, ხსირად მოცისფრო. გამოწვევლილი რძე გაყინვისას ყვითელი ფერის ხდება. გახსოვდეთ: ქალის რძის ფერი არ განსაზღვრავს მის კვებით ღირებულებას.

მძინარა ბავშვი

ჩვილი, რომელც მალე იძინებს ძუძუზე, საჭიროებს კვების დროს ხელშეწყობას, ანუ გამოღვიძებას. ამას მიაღწევთ:

- ⇒ ბავშვის ნიკაპის თითით გაღიძიანებით;
- ⇒ ხელებზე, ფეხის გულზე, მუცელსა და თავზე ნაზად ხელის გადასმით;
- ⇒ ზედმეტი ტანსაცმლისაგან განთავისუფლებით;
- ⇒ ბავშვთან დალაპარაკებით.

შენიშვნა: თუ მკაფიო წოვით მოძრაობებს ვერ ხედავთ, მაგრამ ისმის რიტმული ყლაპვა, გამოღვიძება საჭირო არ არის.

ღებულობს თუ არა ბავშვი დედის რძეს საკმარისი რაოდენობით?

თუ ბავშვი ძუძუს წოვს და რძის გარდა სხვა სითხეებს არ იღებს, დარწმუნდებით, რომ მას რძე, ჰყოფნის, თუ:

- ⇒ შარდავს 6-8-ჯერ მაინც დღე-ღამეში;
- ⇒ აქვს ნაწლავთა ყოველდღიური მოქმედება 1-2-ჯერ დღე-ღამეში (ზოგჯერ ყოველი კვების შემდეგ);
- ⇒ კვების შემდეგ ამჩნევთ, რომ დაკმაყოფილებულია;
- ⇒ წონის ნამატი კვირაში შეადგენს 150-200 გრ-მდე;

ბავშვის ზრდის პროცესში მისი მოთხოვნილება საკვებზე ყოველდღიურად იცვლება მისი ასაკის, ინდივიდუალური თავისებურებების და განვითარების ტემპის მიხედვით.

ბავშვების უმრავლესობა:

- ◆ აორკეცებს დაბადების წონას 4-6 თვეზე;
- ◆ ასამკეცებს დაბადების წონას 12 თვეზე;
- ◆ იმატებს 3-3,5 კგ-ს სიცოცხლის მეორე წელს.

გახსოვდეთ: ბავშვის სიმსუქნე არ ნიშნავს მის ჯანმრთელობას. ჭარბი წონა ადრეულ ასაკში შეიძლება გახდეს რიგი პრობლემების მიზეზი მთელი ცხოვრების მანძილზე.

როგორ შევუწყოთ ხელი რძის გამომუშავებას?

რძის საჭირო რაოდენობის უზრუნველსაყოფად საჭიროა:

- ⇒ ხშირი ძუძუს წოვება, ვინაიდან სარძევე ჯირკვლის ხშირი დაცლა ხელს უწყობს რძის გამომუშავებას.
- ⇒ ხშირი დასვენება: დედამ უნდა დაისვენოს ან დაიძინოს იმ დროს, როცა ბავშვს ძინავს.

ძუძუთი კვების წინააღმდეგვენებანი

აბსოლიტური:

- ნივთიერებათა ცვლის თანდაყოლილი დაავადებები (ფენილკეტონურია, გალაქტოზემია, ნეკერჩხლის სიროფის სინდრომი);
- შიდსი (დედის).

დროებითი

- სარძევე ჯირკვლის დვრილის პერპესი;
- დედის ტუბერკულოზის აქტიური ფორმა;

- სარძევე ჯირკვლის აბსცესი;
- დედის მძიმე მდგომარეობა (შოკი, ეკლამსია)

ზოგადი მშობიარობის შემდგომი დიეტა

ფიზიკური აქტივობის არარსებობის დროს ლაქტაციის ენერგეტიკული მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად საკვების კალორაჟი **10%**-ით უნდა გაიზარდოს, ხოლო საშუალო ან ძლიერი დატვირთვის შემთხვევაში **20%**-ით და მეტი. უნდა გამოირიცხოს პრაქტიკულად ყველა სახის დიეტური შეზღუდვა. საჭიროა, სითხის ადეკვატური მიღების გავრცელება. ორსულის სუსტი ნაკვებობის დროს მესამე ტრიმესტრში გამართლებულია მისი დამატებითი მომარაგება ცილებითა და ენერგეტიკული ნივთიერებებით. ამასთანავე უნდა გვახსოვდეს, რომ ეს, არა მხოლოდ უფრო ჯანმრთელი ახალშობილების დაბადებას უწყობს ხელს, არამედ დადებითი ზეგავლენა გააჩნია თვით დედის ჯანმრთელობაზე.

მეცნიერული კვლევების მონაცემებით, რომ თუ მკვეთრად არ დაირღვა დედის კვება, რძის რაოდენობა არ იკლებს. თუ დედა დღის განმავლობაში იღებს 1500 კკალ-ზე მეტს იგი საკმარისი რაოდენობით რძეს გამოიმუშავებს, რძის რაოდენობა მცირდება მხოლოდ დედის კვების კალორაჟის 1500 კკალ-ზე მეტად შემცირებისას. საკვების დეფიციტმა შეიზღუბა გააუარესოს დედის ნუტრიციული სტატუსი უფრო მეტად, ვიდრე ეს გავლენას იქონიებს ძუძუს რძის შემადგენლობაზე.

დადასტურებულია, რომ დედის დაბალი ნუტრიციული სტატუსი რძეში ცილის და ლაქტოზის შემცველობაზე არ ახდენს გავლენას. რაც შეეხება ლაქტაციის დროს წყლის მიღებას, მეძუძურმა დედამ წყალი ისეთი რაოდენობით უნდა დალიოს, რათა დაიკმაყოფილოს წყურვილის გაძლიერებული გრძნობა, რაც ხშირად აღენიშნებათ ქალებს ლაქტაციის პერიოდში.

ამინომჟავების, ლიზინისა და მეთიონინის, ცხიმონავი მჟავებისა და წყალში ხსნადი ვიტამინების შემცველობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული დედის კვებაზე. ლაქტაციის დროს იზრდება მოთხოვნილება B და C ჯგუფის ვიტამინებზე.

ლაქტაციის დროს იზრდება მოთხოვნილება მიკროელემენტებზეც. კალციუმი მეძუძურმა დედამ უნდა მიიღოს დამატებით 400 მგ/დღეში ანუ სულ 1200 მგ/დღეში. მაგნიუმზე მოთხოვნილება ლაქტაციის დროს 3-4ჯერ იზრდება, რაც შეეხება იოდს მისი დამატება საჭიროა იოდის დეფიციტის ენდემურ ზონებში. ამასთან გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ რძეში მისი შემცველობა დამოკიდებულია დედის კვებაზე, ამიტომ ლაქტაციის დროს საჭიროა იოდიზირებული მარილისა და იოდის შემცველი დანამატების ფრთხილად გამოყენება, რათა არ მოხდეს რძეში იოდის დასაშვებ ნორმაზე მეტად მომატება. თუ იმ რეგიონში, სადაც დედა ცხოვრობს არ ხდება წყლის ადეკვატური ფტორირება, მიზანშეწონილია მეძუძური დედისათვის დამატებით ფტორის მიწოდება.

ძუძუთი კვების დროს მიზანშეწონილია დედამ შეზღუდოს კოფეინის შემცველი პროდუქტების, თამბაქოს და ალკოჰოლის მიღება. ალკოჰოლი ადვილად გადადის რძეში და ბავშვის მძიმე ნევროლოგიურ დაზიანებას იწვევს. სასურველია დედის რაციონში არ შედიოდეს დიდი რაოდენობით სანელებლები (მაგ. ნიორი), ვინაიდან ისინი გემოსა და სუნს უცვლიან რძეს და ბავშვი არ წოვს ძუძუს.

მშობიარობის შემდგომ პერიოდში შესაძლოა აღინიშნოს იოდდეფიციტური დარღვევები, რკინადეფიციტური ანემია და ვიტამინის ნაკლებობით გამოწვეული დარღვევები

იოდის დეფიციტი

წარმოადგენს ფიზიკური და გონებრივი განვითარების შეფერხების ძირითად რისკ ფაქტორს, რომელსაც ორსულობის დროს ნაყოფის თავის ტვინის დაზიანება შეუძლია, ხოლო ბავშვობის პერიოდში გონებრივ ჩამორჩენილობასა და ნევროლოგიურ დარღვევებს იწვევს. პათოლოგიის უმძიმეს ფორმას წარმოადგენს კრეტინიზმი, როდესაც ჩამოთვლილ დარღვევებს ზრდაში სერიოზული ჩამორჩენა ემატება.

იოდის დეფიციტის პრევენცია სრულიად შესაძლებელია და მისი კორექცია მაქსიმალურად ადრეულ ეტაპზე – ორსულობის დადგომამდე ან მის ადრეულ ვადებში – არის საჭირო. ბავშვებში იოდდეფიციტური მდგომარეობის კორექცია რაც შეიძლება ადრე უნდა განხორციელდეს. საკვებში იოდიზებული მარილის გამოყენება პროფილაქტიკის იაფ და მაღალეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს. სხვა ალტერნატივას იოდიზებული ზეთის კაფსულები ქმნის. (ფერტილური ასაკის ქალებში 400-600მგ – 2-3 კაფსულა). 1 წლამდე ასაკის ბავშვებს ეძლევა მისი 200მგ (1 კაფსულა) ორალურად ან 240მგ ინექციის სახით (0,5მლ).

A ვიტამინის დეფიციტი

A ვიტამინის დეფიციტი ბავშვებში ქათმის სიბრმავისა და ქსეროფთალმიის უზშირეს მიზეზს წარმოადგენს, თუმცა მისი ზეგავლენა მელოგინეებზე ნაკლებად არის ცნობილი. პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ფორთოხლის, შეფერილი ხილ-ბოსტნეულისა და მწვანე ხილის რეგულარული მიღება.

ლაქტაციის დროს რეკომენდებული ერთჯერადი დოზაა 200 000 სე მხოლოდ მშობიარობის შემდგომ პირველი თვის განმავლობაში. იგი არ უნდა იქნეს გამოყენებული ზოგადად ფერტილური ასაკის ქალებში ან მშობიარობიდან 2 თვის შემდეგ ვინაიდან მაღალ დოზებს ორსულობის ადრეულ ვადაზე ტერატოგენული მოქმედება გააჩნია.

რკინისა და ფოლიუმჟავას დეფიციტი

ანემიის პროფილაქტიკა და მკურნალობა შესაძლებელია რკინით მდიდარი (მაგ. საქონლის ღვიძლი, მწვანილი) ან მისი აბსორპციის გამაძლიერებელი (ცხოველური წარმოშობის საკვები, ჩ ვიტამინით მდიდარი ბოსტნეული) საკვების მოხმარებით. ისეთი ნივთიერებების მიღება, რომლებიც რკინის შეწოვის ინჰიბირებას ახდენენ (მაგ ჩაის ან ყავის ან კალციუმის დანამატების შემადგენლობაში მყოფი ინგრედიენტები) თავიდან უნდა იქნეს აცილებული ან გადავადდეს ჭამიდან 2 საათის განმავლობაში. ფართო პროფილაქტიკა შესაძლებელია მარილისა და სხვა პროდუქტების (პური, ფქვილი, შაქარი) რკინით გამდიდრების გზით. მეორე მიდგომას წარმოადგენს რკინისა და ფოლიუმჟავას პრეპარატების ხმარება მაღალი რისკის ჯგუფებში, მაგალითად ორსულ და მეძუძურ ქალებში, ახალშობილებსა და სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში. რეგიონებში იოდდეფიციტური ანემიის ფართო გავრცელებით ორსულებისა და მეძუძური

ქალებისათვის რეკომენდებულ დღიურ დოზებს წარმოადგენს რკინის სულფატის 400მგ (2 აბი) და ფოლატების 250 მგ 4 თვის განმავლობაში.

ბავშვებში რკინადეფიციტური ანემიის პროფილაქტიკისათვის შესაძლოა მნიშვნელობა ჰქონდეს ჭიპლარის გვიან გადაკვანძვას, რაც პლაცენტიდან ახალშობილის ორგანიზმში მეტი რაოდენობით სისხლის გადასვლის საშუალებას იძლევა. ერთროციტების ჭარბი რაოდენობა მოკლე ხანში ჰემოლიზდება, მაგრამ ამავდროულად იქმნება რკინის სარეზერვო მარაგი, რაც ამცირებს რკინადეფიციტური ანემიის სიხშირეს. ჭიპლარის გვიანი გადაკვანძვა შესაძლოა რეკომენდებული იქნეს მხოლოდ ნორმალური მშობიარობის შემთხვევაში (უკუნაჩვენებია რეზუს სენსიბილიზაციის ან ნაადრევი მშობიარობის დროს).

ხელოვნული კვება

წლამდე ასაკის ბავშვისათვის შერეული და ხელოვნური კვება არ წარმოადგენს კვების ოპტიმალურ, ფიზიოლოგიურ მეთოდს და ამიტომაც იგი გამოყენებული უნდა იქნას მხოლოდ მკაცრი სამედიცინო ჩვენებების არსებობისას. ამავე დროს აუცილებელია ხელოვნური კვების პრინციპების, ხელოვნური ფორმულების ტიპების, საკვების სადღეღამისო და ერთჯერადი რაოდენობის განსაზღვრის, დამატებითი საკვების დანიშვნის ცოდნა, რაც თავიდან აგვაცილებს ხელოვნურ კვებასთან დაკავშირებული რისკი და პრობლემების გამვლინებისაგან და მნიშვნელოვნად შეამცირებს კვებითი და მიკროელემენტების დეფიციტის რისკს

დაუშვებელია ხელოვნური კვების რეკლამირება, მისი წახალისება ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკთა მიერ" ძუძუთი კვების ხელშეწყობის მიზნით საქართველოში მიღებულ იქნა კანონი "ძუძუთი კვების ხელშეწყობისა და ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ", რომლის მიხედვითაც აკრძალულია ხელოვნური საკვების ფართო რეკლამირება, საკვების მწარმოებელი ფირმიდან ნებისმიერი სახის საჩუქრის მიღება სამედიცინო დაწესებულებისათვის, ხელოვნური საკვების ეტიკეტზე ბავშვის გამოსახულების არსებობა და სხვ

როდესაც ბავშვი დაბადებიდან არ ღებულობს ქალის რძეს (ან მისი რაოდენობა სადღეღამისო რაციონის 1/5) და ხელოვნური ნარევით იკვებება, ამას ხელოვნური კვება ეწოდება. ხელოვნური კვების დანიშვნა ხდება მკაცრი სამედიცინო ჩვენებების არსებობისას. ხელოვნური კვებისათვის იყენებენ ქალის რძის შემცვლელ ნარევებს ე.წ ხელოვნურ ფორმულას. არსებობს 2 ჯგუფის ნარევი:

1. არაადაპტირებული
2. ადაპტირებული.

➤ **არაადაპტირებულ** საკვებ პროდუქტებს მიეკუთვნება ძროხის რძე და მაწონი თავისი განზავებებით. არაადაპტირებული ნარევი, როგორც უკანასკნელ წლების დაკვირვებებით ირკვევა ცხიმის, ვიტამინების და ცალკეული ამინომჟავების დეფიციტის გამო არასრულფასოვანია, ამიტომ ვერ აკმაყოფილებს ბავშვის ორგანიზმის ყველა მოთხოვნილებას და აქედან გამომდინარე მათი გამოყენება ხანგრძლივი დროით ბავშვის კვებისათვის არ არის რეკომენდებული.

არაადაპტირებული ნარევი პრაქტიკულად არ გამოიყენება არც ერთ განვითარებულ ქვეყანაში.

- **ადაპტირებული ნარევები** სრულფასოვანი ნარევებია, რომის ადაპტაცია მდგომარეობს უპირველეს ყოვლისა ცილებისა და მარილების შემცირებაში, ამინომჟავების, ცხიმოვანი მჟავებისა და ვიტამინების გათანაბრებაში ქალის რძესთან და სპეციალური ტექნოლოგიური გადამუშავების შემდეგ ზოგიერთი კომპონენტის შეტანაში, რაც ასტიმულირებს ბიფიდუმ ფლორის ჩამოყალიბებას. მოცემულ ნარევებს მაღალი ბიოლოგიური ღირებულება აქვთ და გაცილებით იოლად ხდება მათი ათვისება ბავშვის ორგანიზმის მიერ.

ნებისმიერი სახის ადაპტირებული ხელოვნური ნარევის ნუტრიციული შემადგენლობა რეგლამენტირებულია ქვეყნის ან საერთაშორისო სტანდარტებით. საერთაშორისო სტანდარტს განეკუთვნება ჩოდეხ ალიმენტარიუსი, რომლის შესატყვისად საქართველოში შექმნილია ხელოვნური საკვების სახელმწიფო სტანდარტი "ფორმულა I". არსებობს 2 ჯგუფის ადაპტირებული ნარევი.

- **I** ტიპის ნარევი, რომელიც გამოიყენება პირველი **4-6** თვის განმავლობაში.
- **II** ტიპის ნარევი ანუ ფოლლოწ უპ ფორმულა, რომელიც გამოიყენება **6** თვის შემდეგ.

არჩევენ ფიზიოლოგიურ და სამკურნალო ნარევებს:

- ა) ფიზიოლოგიური ნარევები გამიზნულია ჯანმრთელ ბავშვთა ხანგრძლივი კვებისათვის.
- ბ) სამკურნალო ნარევებს მიეკუთვნება ისეთი ნარევები რომელიც გამიზნულია ცალკეული კონკრეტული შემთხვევისათვის მაგ ნარევები მცირეწონიანი ბავშვებისათვის, სოიოს რძეზე დამზადებული ნარევები, ჰიდროლიზებული ცილის შემცველი ნარევები – ალერგიული ბავშვებისათვის ან ნარევები რომელიც არ შეიცავს ფენილალანის, ლეიცინს და სხვ და გამიზნულია ფერმენტოპათიების შემთხვევაში და სხვ.

ხელოვნური კვების დროს უპირველეს ყოვლისა ზუსტად უნდა დადგინდეს დღე-ღამეში საჭირო საკვების რაოდენობა ბავშვის ასაკის მიხედვით შემდგომში კი შეირჩეს ხელოვნური ნარევი. კვების პირველი დანიშვნისას აუცილებელია საკვების რაოდენობის გამოთვალა, რაც საორინტაციო ხასიათს ატარებს. შემდგომში აუცილებელია საკვების რაოდენობის კორეგირება ბავშვის წონის მრუდის და მოცემულ კვების რეჟიმზე მისი ინდივიდუალური რეაქციის მიხედვით. ხელოვნური კვების შემთხვევაში მეტად მნიშვნელოვანია საკვების რაოდენობის განსაზღვრა. 10 დღიდან 2 თვემდე ბავშვს ეკუთვნის სხეულის მასის 1/5, 2-დან 4 თვემდე 1/6, 4-დან 6 თვემდე 1/7 6-8 თვემდე 1/8 სიცოცხლის პირველი წლის ბოლოს 1/9. WHO მონაცემებით ჩვილს ეკუთვნის 150 –180 მლ / 1 კგ-წონაზე საკვების სადღეღამისო რაოდენობა. (დღენაკლულს I დღეს ესაჭიორბა 60 მლ. /1 კგ-ზე სადღეღამისოდ, ყოველდღიურად საკვების რაოდენობა იზრდება 20 მლ-ით სანამ არ მივაღწევთ 150 მლ-ს) ხელოვნური კვების დროს საკვები კუჭში უფრო დიდხანს ჩერდება, რის გამოც მიზანშეწონილია

კვებათაშორისი ინტერვალების დაცვა. ანუ საათობრივი კვების რეჟიმი. დაბადებიდან 1/2 -1 თვე ჩვილი 7 ჯერად კვებაზეა ანუ იკვებება ყოველ 3 სთ-ში ერთხელ ღამის 6 საათიანი ინტერვალით. 1 თვიდან 4 თვემდე 6 ჯერად კვებაზეა ანუ იკვებება 3,5 სთ-ში ერთხელ, 4 თვის შემდეგ 1 წლამდე 5 ჯერად კვებაზე იმყოფება, 4 სთ-ში ერთხელ. შესაძლებელია ახალშობილი დაბადებიდან პირველივე კვირიდან იკვებებოდეს 6 ჯერადად. არსებობს რამდენადმე განსხვავებული მიდგომა კვების რეჟიმთან.

ხელოვნური ადაპტირებული კვების დროს, ჩვეულებრივ, ბავშვს არ ესაჭიროება DD ვიტამინის საპროფილაქტიკო დოზის დანიშვნა, ვინაიდან ხელოვნური ადაპტირებული საკვები გამდიდრებულია ვიტამინებითა და მინერალური ნივთიერებებით, არაადაპტირებული კვების შემთხვევაში კი კვების კორექცია და ვიტამინების განსაკუთრებით კი D ვიტამინის გამოყენება აუცილებელია. დამატებითი კვება ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებში 4-5 თვიდან იწყება. ხილის წვენი შესაძლებელია დაინიშნოს 1,5 თვიდან 10-20 მლ, ხოლო ხილის პიურე კი 2,5-3 თვიდან იგივე რაოდენობით. პირველ დამატებით საკვებს ამ შემთხვევაშიც ბოსტნეულის პიურე წარმოადგენს. ყოველი ახალი საკვები ბავშვს უნდა მისცენ 1-2 ჩაის კოვზის რაოდენობით და თანდათან გაზარდონ მისი რაოდენობა. არ შეიძლება ბავშვის უეცრად გადაყვანა ახალ საკვებზე ან ახალი საკვების ფორსირებული წესით დანიშვნა. ყოველი კვებისას ბავშვის საკვები დოზირებული უნდა იყოს. თუ იგი ბოლომდე ვერ ჭამს განკუთვნილ ულუფას დაძალება მიზანშეწონილი არ არის, რადგან ჯანსაღი ბავშვი თვითონ არეგულირებს საკვების მოცულობას, თუ იგი ვერ დაკმაყოფილდა მიღებული ულუფით დასაშვებია 20-35 მლ-ის დამატება. ნარევი შემთბარი უნდა იყოს 35-45⁰-მდე. წოვის დროს საყურადღებოა, რომ ბოთლის ყელი სავსე იყოს რძით აეროფაგიის პროფილაქტიკის მიზნით. სიცოცხლის პირველ თვეებში ჩვილის ნორმალური ზრდა - განვითარება შესაძლებელია მხოლოდ ადაპტირებული ნარევების გამოყენებით. ახალშობილს უნიშნავენ ფორმულა 1-ს. 4-5 თვიდან დაწყებული დამატებითი საკვები თანდათანობით მთლიანად ცვლის ხელოვნურ ნარევს. დამატებითი საკვების შეტანა რაციონში შესაძლებელია იმავე ვადებში ან 2-4 კვირით უფრო ადრე ვიდრე ბუნებრივი კვების დროს.

ხელოვნური კვების დროს აუცილებელია შემდეგი პრინციპების განუხრელი დაცვა:

1. ხელოვნური კვების დროს ადეკვატური დიეტის მაჩვენებელია ბავშვის ფიზიკური განვითარების ანუ ზრდის პროცესის შეფასება. ამ მიზნით ადგენენ ბავშვის მასის, სიმაღლის, თავის გარშემოწერილობის მატების მრუდს და ადარებენ მას სტანდარტულ მრუდებს. ასევე სარგებლობენ მასა-სიმაღლის მრუდით, რომელიც საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროთ ბავშვის მასისა და სიმაღლის შესაბამისობა. ზრდის მრუდების გამოყენება საშუალებას გვაძლევს დინამიურად შეფასდეს ბავშვის ფიზიკური განვითარება. ამავე მიზანს ემსახურება ბავშვის არსებული მასის და სტანდარტული იდეალური მასის (გამოანგარიშებით მიღებული) მონაცემების შედარება. ბავშვის იდეალური მასა შესაძლებელია გამოვთვალოთ ფორმულით ან განვსაზღვროთ ცენტილური ცხილებით - (ბავშვის სიმაღლის და ასაკის შესაბამისი მაჩვენებლების 50 პერცენტილი) იდეალური მასის განსაზღვრის შემდეგ

ბავშვის არსებული ფაქტიური მასა იყოფა იდეალურ მასაზე. მოცემული ინდექსის შედეგს გამოხატავენ პროცენტებში და მის მიხედვით გამოყოფენ კვების დარღვევის შემდეგ ჯგუფებს: სიმსუქნე (> 120 %-ზე), სხეულის წარბი წონა (110-120%) მასის ნორმალურ მაჩვენებელი (90 -110 %), სხეულის მასის მსუბუქი დეფიციტი (80 -90 %), მასის ზომიერი დეფიციტი (70-80 %,) მკვეთრი სიგამხდრე <70 %.

ხელოვნური კვების შემთხვევაში მიზანშეწონილია ურჩიოთ დედას დაიცვას ხელოვნური კვების შემდეგი წესები:

- საკვებად გამოიყენეთ ე.წ. ადაპტირებული ხელოვნური ნარევები;
- საკვები მოამზადეთ სუფთა ჭურჭელში და მოათავსეთ სტერილურ ბოთლში;
- ყოველი კვებისათვის გამოიყენეთ ახლად მომზადებული საკვები, ბავშვისათვის მისაცემი საკვები უნდა იყოს სხეულის ტემპერატურის თანაბარი (37-39°C);
- დაჯექით მოხერხებულად, მკლავზე დაიწვინეთ ბავშვი;
- ბოთლი დაიჭირეთ დახრილ მდგომარეობაში, ისე, რომ საკვები ავსებდეს ბოთლის ყელს და საწოვარას, რითაც თავიდან აიცილებთ ჰაერის ჩაყლაპვას;
- საწოვარას გადაგრეხის თავიდან აცილების მიზნით დროდადრო გამოიღეთ საწოვარა ბავშვის პირიდან. ამით თქვენ გაუადვილებთ ბავშვს წოვის პროცესს და მისცემთ დასვენების საშუალებას;
- მიეხმარეთ ამოქარვებაში;
- არ დატოვოთ ბავშვი ბოთლით მარტო (ნუ დაუდებთ მკერდზე და ნუ მისცემთ ხელში);
- საწოვარას ნახვრეტი უნდა იყოს ისეთი ზომის, რომ რძე თავისუფლად გადმოედინებოდეს, მაგრამ არც იმდენად ფართო, რომ რძე დიდი ნაკადით გადმოიღვაროს. კვების ხანგრძლივობა უნდა იყოს 15-30 წთ.

დამატებითი კვება

ჩვეულებრივ, სიცოცხლის პირველი 6 თვის განმავლობაში ქალის რძე მთლიანად აკმაყოფილებს ბავშვის მოთხოვნილებას. 6 თვის შემდეგ კი აუცილებელია დედის რძესთან ერთად ბავშვმა მიიღოს დამატებით ნახევრად მყარი საკვები, რომელიც ხელს უწყობს საღეჭი მუსკულატურის შემდგომ განვითარებას, და აკმაყოფილებს ბავშვის გაზრდილ მოთხოვნილებას ვიტამინებსა და მიკროელემენტებზე. დამატებითი კვების დაგვიანებული დანიშვნა ან ერთფეროვანი საკვების გამოყენება ხშირად იწვევს კალორიულ თუ მიკროელემენტების დეფიციტის განვითარებას.

დამატებითი საკვების დანიშვნის ვადების განსაზღვრა ემყარება ბავშვის წონის ნამატს და მისი ინტერესის გამოხატულებას სხვა საკვების მიმართ. აგრეთვე გასათვალისწინებელია წელიწადის დრო. ზაფხულის ცხელ თვეებში, როდესაც მაღალია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დისფუნქციით მიმდინარე დაავადებების განვითარების რისკი, გამართლებულია დამატებითი კვების მოგვიანებითი დაწყება. ბავშვის მზადყოფნას მიიღოს ნახევრადმყარი საკვები გვიჩვენებს საკვების გადმოგდების რეფლექსის გაქრობა და ლეჩვითი მოძრაობის გაჩენა. დამატებითი კვებისას აუცილებელია შემდეგი ძირითადი წესების დაცვა:

- ყოველი ახალი საკვები ინიშნება თანდათან მზარდი დოზით, თავდაპირველად იწყებენ 5-10 გ-დან და თანდათან 10 -15 დღის განმავლობაში აღიან საჭირო რაოდენობამდე.
- არ შეიძლება ერთდროულად ორი ახალი საკვების დანიშვნა. ყოველ ახალ საკვებს ბავშვს უნიშნავენ მას შემდეგ, რაც ის უკვე მიეჩვია პირველ დამატებით საკვებს.
- საკვების მიცემა საჭიროა კოოფზით და არა საწოვრით. საწოვრის გამოყენებისას ბავშვი ხშირად აღარ კიდებს პირს ძუძუს.
- სახლში საკვები უნდა მომზადდეს ყოველი კვების წინ ეხ ტემპორე
- სახლში საკვები უნდა მომზადდეს სისუფთავის ყველა წესების დაცვით.
- კონსისტენციის მიხედვით საკვები უნდა იყოს ჰომოგენური, რომ არ იწვევდეს ყლაპვის გაძნელებას. ბავშვის ასაკის მატებასთან ერთად მას აწვდიან უფრო სქელ, მოგვიანებით კი მკვრივ საკვებს, რათა თანდათან შეაჩვიონ ლეჭვას.
- დამატებით საკვებს ბავშვს თავდაპირველად აძლევენ ძუძუთი კვების შემდეგ, შემდეგ მის წინ და შემდგომში შესაძლებელია 1 კვების მთლიანად შეცვლა დამატებითი საკვებით.

ყოველ დამატებით კვებათა შორის აუცილებელია საათობრივი რეჟიმის მკაცრი დაცვა, არანაკლებ 3,5-4 სთ.

I საფეხური.

უხშირესად, თავდაპირველად ბავშვს უნიშნავენ ხილ-ფაფას, მას დამატებითი კვების განსახორციელებელ ე.წ მოსამზადებელ საკვებსაც უწოდებენ.

II საფეხური

პირველ დამატებით საკვებს ბოსტნეულის პიურე წარმოადგენს. იგი შეიძლება დაენიშნოს ბავშვს როგორც ქარხნული ასევე სახლის მომზადების. უმჯობესია სხვადასხვა ბოსტნეულის ერთდროული გამოყენება. ბავშვებისთვის ძლიერ სასარგებლოა სტაფილო, კომბოსტო, ჭარხალი, პამიდორი, ბულგარული წიწაკა. სტაფილო მდიდარია კაროტინითა და კალციუმის მარილებით, კომბოსტო - კალციუმისა და მაგნიუმის მარილებით, ასკორბინმჟავათი, პომიდორი-კაროტინით, ასკორბინმჟავათი, სპილენძის, კობალტის და მაგნიუმის მარილებით. ბოსტნეულის ერთდროული მომზადებისას კარტოფილი მთელი ულუფის 1/2 მეტს არ უნდა შეადგენდეს. პიურეს ამზადებენ მცენარეული ზეთით. შესაძლებელია პიურეს დაამატონ კვერცხის გული, მოგვიანებით კი ხორცი. კვერცხის გული მდიდარია კალციუმის ფოსფორისა და რკინის მარილებით, A, D, B1, B2, PP, ვიტამინებით. იგი ადვილად ასათვისებელი სრულფასოვანი ცილაა. კვერცხის გულს ბავშვს აძლევენ თავდაპირველად 1/4-ს შემდეგ კი 1/2-ს.

III საფეხური

მეორე დამატებითი საკვებია ფაფეული, რომელსაც ჩვეულებრივ, უნიშნავენ 6,5 თვიდან, თუმცა საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია მისი შედარებით ადრე დანიშვნაც. უფრო ხშირად ხმარობენ თავნაფქვი ბურღულის, დანაყილი ბრინჯის, მოხალული წიწიბურას, სიმინდის ფქვილის ან შვრიის ბურღულის ფაფას. ბურღული მდიდარია მცენარეული ზეთით, მინერალური ნივთიერებებით

და ჯგუფის ვიტამინებით. მიზანშეწონილია ფაფის მომზადება ერთდროულად სხვადასხვა ბურღულისაგან. შესაძლებელია ამ მიზნით გამოვიყენოთ ქარხნული დამზადების ფაფები. სახლში ფაფის მომზადების დროს რძის ცილის დენატურაციის თავიდან აცილების მიზნით ბურღულს ჯერ ხარშავან მცირე რაოდენობით წყალში, შემდეგ უმატებენ რძეს. ბავშვს თავდაპირველად უნიშნავენ **5 %**-იან, ხოლო შემდეგ კი **10 %** ფაფას.

IV საფეხური

6,5-7 თვიდან რაციონში ჩართავენ ხორცის პიურეს **5-30** გ-ს რაოდენობით. ჩვეულებრივ, ხორცის პიურე ერევა ბოსტნეულთან. ბავშვის კვებისათვის გამოიყენება როგორც ფრინველის ასევე საქონლის ხორცი.

V საფეხური

8 თვიდან ინიშნება მაწონი, კეფირი. ამავე პერიოდიდან შესაძლებელია კვების რაციონში თევზის გამოყენებაც.

VI საფეხური

პური, ორცხობილი, ნამცხვარი დამატებითი კვების **VI** საფეხურს შეადგენს და სტიმულაციას უწევს ღებვის განვითარებას.

ბალანსირებული კვების პრინციპები მოზრდილებსა და ხანდაზმულებში

მოზრდილები ორგანიზმისათვის აუცილებელ საკვებ ნივთიერებებს ჯანსაღი და მრავალფეროვანი საკვები პროდუქტების მოხმარების შედეგად ღებულობენ. ქვემოთ წარმოდგენილია მოზრდილებისათვის მოწოდებული სამი სხვადასხვა კვებითი გაიდლაინი.

DHSS -კვება ჯანმრთელობის დასაცავად (1) რეკომენდაციები:

- **D**-ვიტამინის დანამატები შესაძლოა საჭირო გახდეს ორსულების, მეძუძური დედებისა და ლოგინს მიჯაჭვული ადამიანებისათვის;
- იმისათვის, რომ საკვები ყველა საჭირო კომპონენტს მოიცავდეს, აუცილებელია კვების პროდუქტების შერჩევა შემდეგი ხუთი ჯგუფიდან **(1)** მარცვლეული, **(2)** რძე და რძის პროდუქტები **(3)** ხილი და ბოსტნეული, **(4)** ხორცი, თევზი და ა.შ. [ცხიმები და ზეთები]!
- სიმსუქნის თავიდან აცილების მიზნით დასაშვებია მხოლოდ იმ რაოდენობის საკვების მოხმარება, რამდენიც ენერჯის ხარჯის ასანაზღურებლადაა აუცილებელი.
- ადამიანების უმრავლესობამ უნდა შეზღუდოს საკვებში ხილული (კრემი, კარაქი, მარგარინი, ცხიმოვანი ხორცი, შემწვარი საკვები) და უხილავი (ნამცხვრებში, შოკოლადში, პუდინგში, ნაყინში) ცხიმების და შაქრის (ტკბილეული, შოკოლადი, პუდინგები, ლიქიორი და ა.შ.) მოხმარება.
- მიირთვიეთ მეტი პური, ახალი ხილი და ბოსტნეული მ.შ. კარტოფილიც.
- ადამიანების უმრავლესობისათვის არ იწვევს არავითარ ზიანს საკვებ რაციონში ცილის შედარებით ნაკლები პროპორციით მოხმარებამ.
- მიზანშეწონილია საკვებ რაციონში ნაკლები მარილის მოხმარება.
- ალკოჰოლი არ არის აუცილებელი საკვები ინგრედიენტი

აშშ-ის ნაციონალური კვლევის საბჭო 1989 (2) რეკომენდაციები

- საკვებში ცხიმის საერთო რაოდენობა კალორაჟის **30%**-ს ან ნაკლებს უნდა შეადგენდეს. აქედან ნაჯერი ცხიმების წილი არ უნდა აღემატებოდეს **10%**-ს, ხოლო ქოლესტერინისა **300**მგ/დღეში. ნახევრადუჯერი ცხიმოვანი მკვებების ოპტიმალური ოდენობაა საერთო კალორაჟის **7-**დან **8%**-მდე (მაგრამ არა **10%**-ზე მეტი). რეკომენდირებულია ომეგა **3** ნახევრადუჯერი ცხიმები. ამის უზრუნველყოფა შესაძლებელია თევზის რეგულარული მიღებით (თევზის ზეთის კონცენტრირებული დანამატების მოხმარება ზოგადად მთელი მოსახლეობისათვის რეკომენდებული არ არის).
- მიირთვიეთ ბოსტნეულისა და ხილის ხუთი ან მეტი პორცია დღეში, განსაკუთრებით სასარგებლოა მწვანე და ყვითელი ბოსტნეული და ციტრუსები. დღის განმავლობაში მოხმარებული პური, ბურღულეული და პარკოსნები სასურველია შეადგენდეს ექვს ან შვიდ პორციას.
- არ არის რეკომენდირებული ცილებს მიღება საშუალოზე მეტი რაოდენობით, დღეში არაუმეტეს ორი პორციისა.
- ეცადეთ შეინარჩუნოთ ბალანსი საკვების რაოდენობასა და ფიზიკურ აქტივობას შორის. ეს დაგეხმარებათ თავიდან აიცილოთ ჭარბი წონის პრობლემა.
- თუ თქვენ ალკოჰოლს მოიხმართ. ეცადეთ შეამციროთ მისი რაოდენობა, სულ მცირე, ორ ერთეულამდე დღეში. ჩასახვამდე პერიოდში და ორსულებში ალკოჰოლი საერთოდ უნდა აიკრძალოს.
- შეზღუდეთ საკვებში მარილის რაოდენობა **6**გრ-მდე დღეში.
- მიიღეთ ადეკვატური რაოდენობით კალციუმი.
- ნუ მიიღებთ კვებით დანამატებს (მ.შ. ვიტამინებსა და პოლივიტამინებს) რეკომენდებულ დოზაზე მეტი ოდენობით.
- უზრუნველყავით ფტორის მიღება ადეკვატური რაოდენობით. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კბილების ფორმირებისა და ზრდის პროცესში.

DHSS დიეტა და გულსისხლძარღვთა დაავადებები (3)
რეკომენდაციები:

- შეამცირეთ საკვებში საერთო ცხიმების წილი: საერთო კალორაჟის **41%** –დან **35%** –მდე;
- მიირთვით ნაკლები ნაჯერი ცხიმები: საერთო კალორაჟის არაუმეტეს **15%** –ისა.
- თანაფარდობა ნახევრადუჯერი : უჯერი ცხიმი შეიძლება გაიზარდოს **0,45**–მდე. ნახევრადუჯერი ცხიმების წილი კი საერთო კალორაჟის **5%** –დან **7%** –მდე.
- არ უნდა გაიზარდოს მარტივი შაქრების მოხმარება (უმჯობესია თუ შემცირდება).
- მამაკაცებში დღეში **80** გრ– მეტი ალკოჰოლის მიღება საზიანოა და უარყოფითად მოქმედებს გულ–სისხლძარღვთა სისტემაზე.
- მარილის მოხმარება ბრიტანეთში იმაზე მაღალია, ვიდრე ეს აუცილებელია: მიზანშეწონილია მისი შემცირება.
- ცხიმის შემცირებული რაოდენობის მიღების ფონზე კალორაჟის ნაკლებობის კომპენსირება რეკომენდებულია ბოჭკოთი მდიდარი კარბოჰიდრატებით. მაგ. პური, ბურღულეული, ხილი ან ბოსტნეული. არ არის საჭირო საკვებში მარილის ან მარტივი შაქრების რაოდენობის გაზრდა.
- სიმსუქნის თავიდან აცილება და მასთან ბრძოლა ბალანსირებული კვებითა და რეგულარული ვარჯიშით უნდა მოხდეს.

ვეგეტარიანიზმი

როგორ ზეგავლენას ახდენს ვეგეტარიანიზმი ჯანმრთელობაზე? ამ კითხვაზე პასუხის გაცემისას აუცილებელია ვეგეტარიანიზმის ხარისხის განსაზღვრა, ვინაიდან სხვადასხვა ტიპის ვეგეტარიანიზმის შემთხვევაში განსხვავებული გვერდითი მოვლენებია მოსალოდნელი. განარჩევენ ვეგეტარიანიზმის ხუთ ხარისხს (გრადაციას);

- (1) პიროვნება საკვებად არ იყენებს ზოგიერთი ცხოველის (მაგ. ცხენის) ხორცს ან ზოგიერთ ორგანს (მაგ. ტვინს).
- (2) პიროვნება არ მიირთმევს ხორცს, მაგრამ უარს არ ამბობს თევზსა და რძის პროდუქტებზე. ასეთ დროს ვეგეტარიანიზმთან დაკავშირებული კვებითი რისკი ძალიან დაბალია;
- (3) პიროვნება არ მიირთმევს ხორცს ან თევზს, მაგრამ ღებულობს რძესა და კვერცხს. ეს ე.წ. **ლაქტო-ოვო-ვეგეტარიანიზმია**. ეს ვეგეტარიანიზმის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. ერთადერთი კვებითი რისკი ამ შემთხვევაში რკინადეფიციტური ანემიის განვითარებაა;
- (4) პიროვნება უარს ამბობს ნებისმიერ ცხოველურ პროდუქტზე ე.წ. **ვეგანი**. მაღალია B₁₂-ვიტამინის დეფიციტის განვითარების რისკი, რაც განსაკუთრებით სახიფათოა ბავშვთა ასაკში. ცილების ადეკვატური დოზით მიღების უზრუნველსაყოფად საჭიროა საკვებ რაციონში საკმარისი რაოდენობით პარკოსნების და თხილის მოხმარება. აუცილებელია კონტროლი კალციუმის, რკინისა და თუთიის ადეკვატური დოზით მიღებაზე;
- (5) პიროვნება არ მიირთმევს არაფერს გარდა ხილისა–**ფრუტარიანი**. ზოგიერთი პრიმატისაგან განსხვავებით ადამიანს დიდხანს არ შეუძლია ასეთი დიეტით ნორმალური ფუნქციონირება. მხოლოდ ხილი ვერ უზრუნველყოფს ადამიანის ორგანიზმს ცილისა და თუნდაც ნატრიუმის

ადეკვატური ოდენობით, რომ აღარაფერი ვთქვათ სხვა აუცილებელ საკვებ ინგრედიენტებზე.

ვეგანს მაღალი აქვს **B₁₂-ვიტამინის დეფიციტის** განვითარების რისკი, რის გამოც ორსულებისათვის აუცილებელია ამ პრეპარატის დანამატის სახით მიღება, როგორც დედის ასევე ჩვილისათვისაც. საჭიროა გახსოვდეთ, რომ ეს ადამიანები უარს ამბობენ კალციუმის ძირითად წყაროზე, როგორცაა რძე და რძის პროდუქტები (ყველი, იოგურტი).

ლაქტო-ოვო ვეგეტარიანებს არა აქვთ კვებითი რისკი. მართალია ხორცის პროდუქტებზე უარის თქმის გამო ისინი კარგავენ შანსს მიიღონ ჰემთან შეკავშირებული რკინა, მაგრამ ღებულობენ თავისუფალ რკინას, რომლის აბსორბცია ასკორბინის მჟავას ზემოქმედებით ძლიერდება.

სხვადასხვა კვლევებით გამოვლინდა, რომ ვეგეტარიანელებში დაბალია სიმსუქნის, გულის კორონალური დაავადებების, ჰიპერტენზიის და მსხვილი ნაწლავის კიბოს რისკი, თუმცა აღსანიშნავია, რომ შესწავლილ პირების უმრავლესობა ზედმიწევნით ზუსტად იცავდა ჯანსაღი ცხოვრების წესს. ასე რომ, რისკის შემცირების კავშირი მხოლოდ კვებით თავისებურებებთან ბოლომდე დადგენილი არ არის.

ხანდაზმულები

ასაკის მატებასთან ერთად აღინიშნება შემდეგი მოვლენები:

- შუახნის შემდეგ სხეულის საშუალო წონა ქვეთდება (ვარაუდობენ, რომ ეს ნაწილობრივ სიმსუქნესთან დაკავშირებული სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებლითაა განპირობებული);
- სხეულის წონა (ძვალ-კუნთოვანი მასით განპირობებული) მამაკაცებში საშუალოდ **60კგ-**დან **50კგ-**მდე, ხოლო ქალებში **40-**დან **35კგ-**მდე ქვეითდება;
- ადგილი აქვს სიმაღლისა და ძვლოვანი მასის შემცირებას;
- კუნთოვანი მასა, დაახლოებით, **450გრ/კგ-**დან ქვეითდება **300გრ/კგ-**მდე;
- სხეულის ხვედრითი მასა მამაკაცებში **1,072-**დან **1,041-**მდე, ხოლო ქალებში **1,040-**დან **1,016-**მდე ქვეითდება;
- ცხიმის წილი (ისაზღვრება, როგორც % სხეულის წონაში) მამაკაცებში **20%** -დან **30%** -მდე იზრდება, ხოლო ქალებში **27-**დან **40%** -მდე. გაცხიმოვნება ცენტრალურ და ინტერვალურ ხასიათს იღებს;
- ღვიძლის მასა სხეულის კგ წონაზე **25 გრ-**დან **20 გრ-**მდე მცირდება;
- ძვალ-კუნთოვანი წონის შემცირების პროპორციულად ქვეითდება ბაზალური მეტაბოლური ცვლა;

ასაკობრივი ფიზიოლოგიური თავისებურებებით განპირობებულია ხანდაზმულებში კვებითი რეჟიმისა და ქცევის შეცვლის აუცილებლობა.

მსოფლიოს იმ ქვეყნებში სადაც სოციალური პრობლემები ნაკლებად თვალსაჩინოა ადამიანს **65** წლის შემდეგად ისეთივე შეუზღუდავი

შესაძლებლობები აქვს ენერგიული და აქტიური ცხოვრებისათვის, როგორც ახალგაზრდებს. აქ ნაკლებია ალბათობა იმისა, რომ ხანდაზმულის კვებითი დეფიციტი სოციალური დაუცველობით იყოს განპირობებული. ზოგადი კვებითი რეკომენდაციები თითქმის ისეთივეა, როგორც ახალგაზრდებისათვის, თუმცა საჭიროა გარკვეული მომენტების დაზუსტება:

- (1) ხანდაზმულებში მრავალფეროვანი საკვების მიღება კიდევ უფრო მეტად მნიშვნელოვანია, ვიდრე ახალგაზრდებში. მართალია, ხანდაზმულებში იკლებს ენერგეტიკული მოთხოვნილება, მაგრამ იგივე რჩება ამა თუ იმ კვებითი ინგრედიენტის მიღების აუცილებლობა.
- (2) ჭარბი წონის თავიდან აცილება ხანდაზმულებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ვინაიდან მსუბუქი სხეული იოლი სატარებელია ოსტეოართრიტული სახსრებისათვის, გული და ფილტვებიც უფრო წარმატებით ასრულებს თავის ფუნქციებს. ამასთან ნორმალური წონის მოხუცებში დაბალია დაცემის რისკიც. სიმსუქნესთან ბრძოლის საუკეთესო საშუალება რეგულარული ვარჯიშია. ეს ბევრად უფრო ეფექტურია, ვიდრე საკვების შეზღუდვა.
- (3) ხანდაზმულებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ცხიმების შეზღუდვა. აუხსენით პაციენტს, რომ დიდი აოდენობით ცხიმების შემცველი საკვები ზრდის ქოლესტერინის დონეს, იწვევს თრომბოზისა და ათეროსკლეროზის განვითარებას;
- (4) ხანდაზმულებში აუცილებელია საკმარისი რაოდენობით პურისა და ბურღულეულის მოხმარება. ეს შეკრულობის პრევენციის ერთ-ერთი საუკეთესო გზაა;
- (5) შეზღუდეთ ალკოჰოლი. ხანდაზმულების ღვიძლი ვერ უზრუნველყოფს დიდი რაოდენობით ალკოჰოლის მეტაბოლიზმს. თანაც, გასათვალისწინებელია, რომ ალკოჰოლის მოხმარების ფონზე ხანდაზმულებში მკვეთრად იზრდება დაცემისა და უბედური შემთხვევების რისკი;
- (6) შეზღუდეთ მარილი და მარილიანი საკვები. ეს საშუალებას მოგცემთ უკეთ აკონტროლოთ არტერიული წნევა და შედეგად თავიდან აიცილოთ ინსულტი.
- (7) ერიდეთ დიდი რაოდენობით შაქრების გამოყენებას.

შენიშვნა: ჯერ კიდევ სადავოა ხანდაზმულებში ქოლესტერინის დაბალი კონცენტრაციის და სხეულის ნორმალური წონის შენარჩუნების მნიშვნელობა. ვინაიდან არ არის დადგენილი, თუ რამდენად დადებითად მოქმედებენ ეს ფაქტორები ხანდაზმულთა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობაზე.

ზოგიერთი დამატებითი კვებითი რეკომენდაცია ხანდაზმული პაციენტებისათვის:

- (8) ქალებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კალციუმის მიღება ადეკვატური რაოდენობით (საკვებში უცხიმო რძისა და ყველის მოხმარება). ეს ხელს შეუშლის ოსტეოპოროზის განვითარებას;
- (9) საწოლს მიჯაჭვული ან უპირატესად ბინაზე მყოფი პაციენტებისათვის რეკომენდებულია **D** ვიტამინის დაბალი დოზების პროფილაქტიკური გამოყენება (5–10მკგრ/დღში);
- (10) ჯერ კიდევ ჰიპოკრატე, გალენი და ავიცენა იძლეოდნენ გვირგვინს, რომ ხანდაზმულებში არ არის სასურველი ერთდროულად დიდი რაოდენობით საკვების მიღება. საკვები უნდა განაწილდეს მცირე პორციებად, მაგრამ პაციენტმა არ უნდა გამოტოვოს არცერთი-სამი მთავარი კვებიდან.
- (11) საღამოს, ყავა ან ჩაი ხელს უწყობს უძილობას;
- (12) მიმდინარეობს კვლევები ხანდაზმულებში თევზის ქონის დანამატების გამოყენების მნიშვნელობის თაობაზე.

ხანდაზმულთა კვებითი დეფიციტი თითქმის ყოველთვის მეორადია და განპირობებულია სოციალური პრობლემებით ან დაავადებით. რისკ-ფაქტორები კვებითი დეფიციტისათვის შემდეგია:

სოციალური რისკ-ფაქტორები:

- მარტობა
- იზოლაცია
- უმოდრაობა (მობილურობის შეზღუდვა ტრანსპორტირების გართულების გამო)
- სიღარიბე
- იგნორირება (ქვრივი მამაკაცი, რომელსაც არ შეუძლია საკვების მომზადება)
- ჭირისფულობა
- ალკოჰოლიზმი
- დამოკიდებულება
- რეგრესია

სამედიცინო რისკ-ფაქტორები:

- | | | |
|----------------------------|--------------------|---------------------|
| ➤ სიმსივნე და რადიოთერაპია | ➤ გულის უკმარისობა | ➤ დემენცია |
| ➤ დეპრესია | ➤ სტენოკარდია | ➤ გასტრექტომია |
| ➤ ქრონიკული ბრონქიტი | ➤ უძილობა | ➤ შეგრენის სინდრომი |
| და ემფიზემა | ➤ სიმრმავე | ➤ დივერტიკულიტი |
| ➤ ანორექსია | ➤ სიყრუე | ➤ კბილების არქონა |
| | ➤ დამბლა | |
| | ➤ ართრიტი | |

ზოგიერთი მედიკამენტი, რომელმაც შესაძლია კვებითი დეფიციტი გამოიწვიოს

ასპირინი	და	არასტეროიდული	ანთების საწინააღმდეგო
მედიკამენტები	⇒	სისხლდენა	⇒ რკინის დეფიციტი
დიგოქსინი	⇒	მადის დაქვეითება	
საფადართო საშუალებები	⇒	კალიუმის დეფიციტი	
ქიმიოთერაპია	⇒	ანორექსია	
დიურეზული საშუალებების უმრავლესობა	⇒	კალიუმის დეფიციტი	
ფენფორმინი	}	⇒	B ₁₂ ვიტამინის მალაბსორბცია
მეთფორმინი			
კო-ტრიმოქსაზოლი	⇒	ფოლიუმის ანტაგონიზმი	

ნუტრიციული სტატუსის შეფასება ხანდაზმულებში საკმაოდ ძნელია. მეხსიერების გაუარესება სერიოზულად აბრკოლებს ანამნეზის შეკრებას. არსებული დეფორმაციების გამო შეუძლებელია სიმაღლის გაზომვაც. სხეულის წონისა და სიმაღლის შესაბამისობის სტანდარტები, რომლითაც ახალგარდა პაციენტების კვებითი სტატუსის შეფასებისას ვსარგებლობთ არ გამოდგება, რადგან ხანდაზმულებში იკლებს ძვალ-კუნთოვანი მასა. გარკვეული კლინიკური ნიშნებით მაინც შესაძლებელია ხანდაზმულის კვებით სტატუსზე მსჯელობა. კერძოდ:

- სიგამხდრე, გამოფიტული გარეგნობა ტოტალური ენერჯის დეფიციტზე მიუთითებს;
- კალიუმის დეფიციტი-ხშირად ვლინდება კონფუზიით, შეკრულობით, არითმიებით, კუნთოვანი სისუსტით;
- ფოლიუმმქავას დეფიციტი-ვლინდება ანემიით ან კონფუზიით;
- D ვიტამინის დეფიციტი- ძვლების მოტეხილობა ან ტკივილი ძვლებში (ოსტეომალაცია)
- წყლის დეფიციტი-საშარდე ტრაქტის ინფექციები ან დეჰიდრატაცია
- დიეტური ბოჭკოს დეფიციტი-იწვევს შეკრულობას
- C ვიტამინის დეფიციტი-ჰემორაგიები
- რკინის დეფიციტი-ანემია, კოილონიხია
- ცილის დეფიციტი-პლაზმაში ალბუმინის დაბალი კონცენტრაცია, შეშუპება
- კალციუმის დეფიციტი-კალციუმის დიეტური ნაკლებობა
- თუთიის დეფიციტი-პლაზმაში თუთიის დაბალი კონცენტრაცია
- თიამინის დეფიციტი-სახეზეა თიამინის დეფიციტის ბიოქიმიური მარკერები (ერიტროციტების ტრანსკეტოლიზი)
- მაგნიუმის დეფიციტი-დაბალი პლაზმაში მაგნიუმის კონცენტრაცია
- A ვიტამინის დეფიციტი-არ ხდება ადეკვატური რაოდენობით მისი მიღება
- პირიდოქსინის დეფიციტი-სახეზეა დეფიციტის ბიოქიმიური ნიშნები

სიმსუქნე

სხეულის მასის შეფასებისათვის გამოიყენება სპეციფიკური მაჩვენებელი-
სხეულის მასის ინდექსი (სმი).

$$\text{სმი} = \frac{\text{სხეულის წონა (კგ)}}{\text{სიმაღლე}^2 (\text{სმ}^2)}$$

სხეულის მასის კლასიფიკაცია:

სმი:

17,5–18,5–სხეულის მასა ნორმაზე დაბალია

18,5–24,9–სხეულის მასა ნორმალურია

25,0–29,9–სხეულის ჭარბი წონა

30,0–39,9–სიმსუქნე

40,0–მნიშვნელოვანი სიმსუქნე

ეს მაჩვენებლები უნივერსალურია და ორივე სქესისა და ყველა ასაკის პირებზე ვრცელდება.

გულ–სისხლძარღვთა ავადობის რისკის შეფასებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს წელის გარშემოწერილობას. წელის გარშემოწერილობას უზომავენ ფეხზე მდგომ პაციენტს, მედიალურ ილღისქვედა ხაზზე, ბოლო ნეკნსა და თეძოს ძვლის ფრთას შორის შუამდებარე წერტილებზე საზომის შემოტარებით. მონაცემების ინტერპრეტაცია შემდეგი გზით ხდება.

წელის გარშემოწერილობა და გულ–სისხლძარღვთა ავადობის რისკი

სქესი	რისკი	
	მომატებულია	მაღალია
მამაკაცები	>94 სმ	>102 სმ
ქალები	>80 სმ	>88 სმ

დიაგნოსტიკური მინიმუმი:

აუცილებელია ყვეა პაციენტს სამ წელიწადში ერთხელ დაუდგინდეს:

- წელის გარშემოწერილობა
- სხეულის მასის ინდექსი

პაციენტებს, რომელთა სხი>25-ს, ხოლო წელის გარშემოწერილობა მამაკაცებში>94სმ-ზე და ქალებში>80სმ-ზე უტარდებათ შემდეგი აუცილებელი გამოკვლევები:

- არტერიული წნევა
- შარდში გლუკოზა (დადებითი პასუხს შემთხვევაში გლუკოზა სისხლში უზმოზე)
- პლაზმის ტრიგლიცერიდები
- პლაზმის ქოლესტერინი (თუ>5,2 მმოლ/ლ-ზე, მაშინ ლიპიდური პროფილის შეფასება)

- მედიკამენტური ანამნეზის შესწავლა
- სხეულის წარბ წონასთან ასოცირებული დაავადებების შესწავლა

იშვიათად სიმსუქნე დაკავშირებულია ენდოკრინულ დაავადებებთან: კუშინგის სინდრომი, ჰიპოთირეოზი, ჰიპოთალამური დარღვევები. ასეთ პათოლოგიაზე ეჭვის შემთხვევაში აუცილებელია შესაფერისი დიაგნოსტიკური ტესტების ჩატარება.

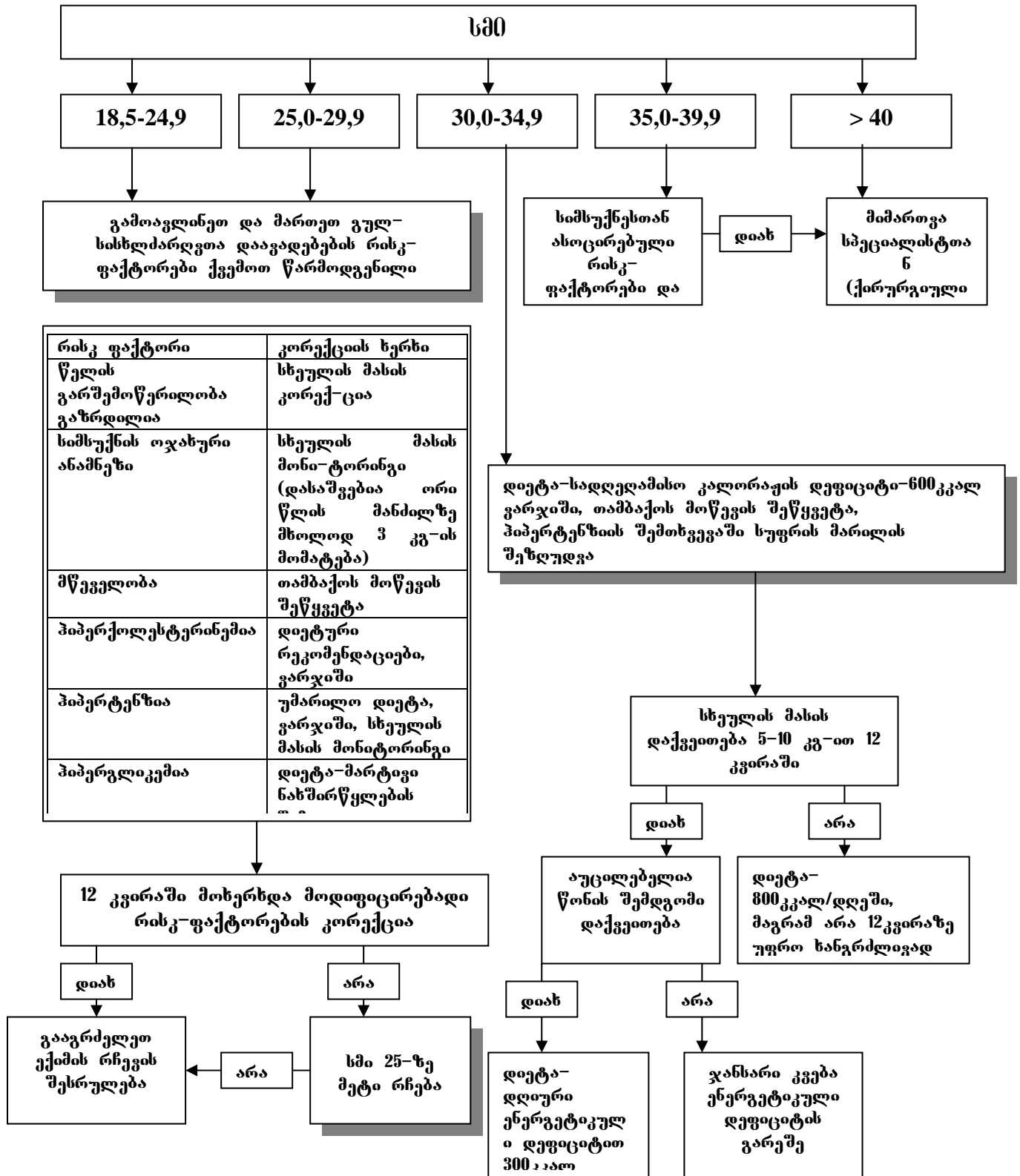
მედიკამენტები, რომლებიც სხეულის მასის მომატებას იწვევენ:

- ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები
- სულფალინმარდოვანას პრეპარატები
- სტეროიდული კონტრაცეპტული საშუალებები
- კორტიკოსტეროიდები
- ნატრიუმის ვალპროატი

სხეულის წარბ წონასთან ასოცირებული დაავადებები:

- გიდ
- ნაღველკენჭოვანი დაავადება (განსაკუთრებით ქალებში)
- ართრიტები, ართროზები, ოსტეოქონდროზი
- ინსულტი
- II ტიპის შაქრიანი დიაბეტი
- ჰიპერტონული დაავადება
- ჰიპერლიპიდემია
- ონკოლოგიური დაავადებები (სარძევე ჯირკვლის კიბო (პოსტმენოპაუზის პერიოდში), ენდომეტრიუმის, საკვერცხის, ნაღვლის ბუშტის, სწორი ნაწლავის კიბო
- ქვედა კიდურების ვენების ვარიკოზი
- პილში აპნოეს სინდრომი
- მენსტრუალური ციკლის დარღვევა
- ორსულობის პათოლოგია; გესტოზები
- მაღალია ნაყოფის თანდაყოლილი ანომალიის რისკი
- სტრესი

მდგომარეობის მართვა სიმსუქნის შემთხვევაში



მკურნალობის სქემა

- ექიმ-პაციენტის ერთობლივი ძალისხმევა წონის დაქვეითებისა და გულ-სისხლძარღვთა ავადობის რისკის შემცირებისაკენ უნდა იყოს მიმართული;
- ოპტიმალურად ითვლება სხეულის მასის კლება კვირაში **0,5კგ-ით**;
- არ არის აუცილებელი მიაღწიოთ სხეულის იდეალურ წონას, დაავადებების განვითარების რისკის მნიშველოვანი შემცირება აღინიშნება წონის **10%**-ის კლების შემთხვევაშიც. მხოლოდ, საჭიროა შემდეგ ამ წონის შენარჩუნება (ნამატი შეიძლება შეადგენდეს არაუმეტეს სამ კილოგრამს ორი წლის განმავლობაში);
- ითვლება, რომ შედეგი
 - წარმატებულია, თუ სხეულის მასა ხუთი კგ-ით მცირდება, ამასთან ხერხდება რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირება;
 - საკმაოდ წარმატებულია, თუკი სხეულის მასა **10კგ-ით** ქვეითდება;
 - ძალიან წარმატებულია თუკი სხეულის მასა **20კგ-ით** და მეტად ქვეითდება.

დიეტა 1

სადღეღამისო ენერგეტიკული დეფიციტი შეადგენს 600კკალ (სადღეღამისო ენერგეტიკული მოთხოვნილების გამოთვლა ხდება ინდივიდალურად).

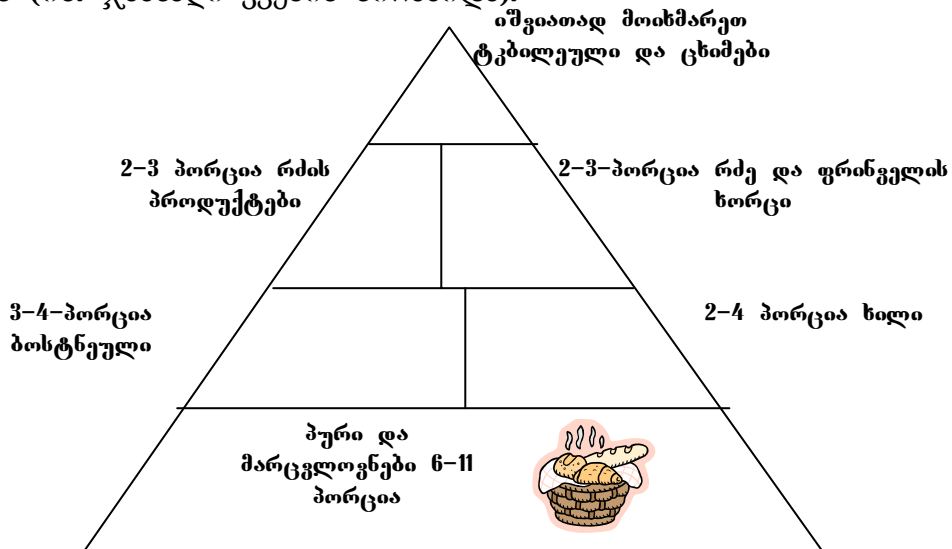
მოსალოდნელი შედეგი: იწვევს წონის დაკლებას 5კგ-ით პაციენტებში, რომელთა სმი 30-43-ია.

დიეტა 2

დაბალკალორიული კეტოგენური დიეტა, რომლის სადღეღამისო ენერგეტიკული ღირებულება 800 კკალ-ს შეადგენს.

მოსალოდნელი შედეგი: ადგილი აქვს წონის სწრაფ დაქვეითებას (დაახლოებით სამ თვეში), არ არის რეკომენდირებული ხანგრძლივი გამოყენებისათვის.

დიეტების თვისობრივი შემადგენლობა ემყარება რაციონალური კვების პრინციპებს (იხ. ჯანსაღი კვების პირამიდა).



ერთი პორცია გულისხმობს:

- ნახევარი ჭიქა ჩაშუშული ან წვრილად დაჭრილი ბოსტნეული;
- 1 ჭიქა ნედლი ფოთლოვანი ბოსტნეული;
- ერთი მთლიანი ხილი, მაგ. ვაშლი, ფორთოხალი ან ბანანი;
- 3/4 ჭიქა წვენი;
- 1/2 ჭიქა მარცვლოვანი ან კონსერვირებული ხილი
- 1/4 ჭიქა გამომშრალი ხილი
- 1 ნაჭერი პური
- ბუტერბროდისათვის განკუთვნილი ფუნთუშას ნახევარი
- 4 კრეკერი
- 1/2 ჭიქა ბრინჯი, წიწიბურა, მაკარონი ან სხვა ფხვიერი ფაფა
- 4 სუფრის კოვზი მზა ბურბუშელა
- 1 ჭიქა პოპ-კორნი (შაქრის გარეშე)
- 1 ჭიქა რძე, დაუმტკბარი იოგურტი, კეფირი, მაწონი
- 45 გრ მაგარი ყველი
- 65 გრ რბილი ყველი
- 1/2 ჭიქა ხაჭო
- 75-90გრ საქონლის ან ფრინველის ხორცი ან თევზი
- 2 კვერცხი
- 1 ჭიქა ჩაშუშული პარკოსნები
- 4 სუფრის კოვზი არაქისის ზეთი (ცილის შეცველობით უახლოვდება ხორცს და არ შეიცავს ქოლესტერინს)

დიეტის ენერგეტიკული ღირებულება, რომელიც პორციების მინიმალურ რაოდენობას შეიცავს 1600კკალ, ხოლო პორციების მაქსიმალური რაოდენობის შემთხვევაში 2800კკალ.

ფიზიკური დატვირთვა

დიეტა და ფიზიკური აქტივობა (ვარჯიში) ერთდროულად ბევრად უფრო ეფექტურია, ვიდრე თითოეული მათგანი ცალ-ცალკე.

ჭარბი წონის ყველა პაციენტისათვის რეკომენდებულია ყოველდღიური ვარჯიში:

- ფეხით სიარული-კარგი საშუალებაა ჭარბი წონის დაქვეითებისათვის. ურჩიეთ პაციენტს გამოიყენოს ფეხით სიარულისათვის ნებისმიერი შესაძლებლობა და დღეში სულ მცირე 30 წთ სწრაფ სიარულს დაუთმოს. ფეხით წავიდეს სამსახურში, ნუ ისარგებლებს ლიფტით ზედა სართულებზე ასვლისას.
- ურჩიეთ პაციენტს მოერიდოს დიდი ხნის მანძილზე ჯდომას ან წოლას. უთხარით იმოძრაოს ტელევიზორის ყურებისას რეკლამების შუალედებში.
- თუ პაციენტს ძალიან ჰყავს ურჩიეთ დიდხანს ისეირნოს მასთან ერთად.
- ურჩიეთ პაციენტს ფეხზე გაატაროს დღეში სულ მცირე ოთხი საათი.

საშუალო და მაღალი ინტენსივობის ფიზიკური დატვირთვა გულისხმობს კვირაში სამჯერ **45–60** წუთიან ვარჯიშებს. ასეთ ჩარევას ძალიან ეფექტურია, მაგრამ ძნელი განსახორციელებელია ჭარბი წონის პაციენტებისათვის. დატვირთვის ინტენსივობა თითოეული პაციენტისათვის ინდივიდუალურად უნდა განისაზღვროს.

ქცევის კორექცია

ესაუბრეთ პაციენტს ამ თემებზე:

ყოველდღიურად კვების დღიურის წარმოება	რატომ არის მნიშველოვანი დღის მენიუს წინასწარ შედგენა?
ცხოვრების სტილის შეცვლა	რამდენად მართებულია პროდუქტის გამოყენებამდე მისი ეტიკეტის წაკითხვა?
სხეულის მასის დაქვეითების მიზნით კვებითი ჩვევების შეცვლა	როგორ ზემოქმედებს სტრესი და უარყოფითი ემოციები მადაზე?
ფიზიკური აქტივობის როლი და დატვირთვის საფეხურებრივი გაზრდის მეთოდები	ჭამა შესაძლოა უარყოფით ემოციებთან ბრძოლის ხერხი იყოს, მოძებნეთ სტრესთან ბრძოლის ალტერნატიული გზა.
სიტუაციის ანალიზი-რატომ იღებს პაციენტი წარბ საკვებს? როგორ შეიძლება ამის თავიდან აცილება?	როგორ ვმართოთ ემოციები და გრძნობები