

## 2 წლამდე ასაკის ბავშვის კვება

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „2  
წლამდე ასაკის ბავშვის კვება“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის  
ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის  
სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების  
და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2008 წლის 5 ნოემბრის №1 სხდომაზე  
და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და  
სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 14 აპრილის № 153/ო  
ბრძანებით.

## 2 წლამდე ასაკის ბავშვის კვება

### დეჰიდრაცია, სინონიმები, კლასიფიკაცია, ტერმინოლოგია

კვება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ბავშვის განვითარებაზე. აღრეულ ასაკში არაციონალური კვება და არასწორი პრაქტიკა იწვევს ისეთ დარღვევებს, რომლებიც აისახება ადამიანის ჯანმრთელობაზე, არა მხოლოდ ბავშვობის, არამედ მოზარდობისა და მოზრდილობის პერიოდშიც. კერძოდ, ფერხდება ზრდის პროცესი, გონებრივი, ინტელექტუალური და მოტორული განვითარება, იზრდება ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილობის რისკი, მოზრდილობის ასაკში კი – ქრონიკული დაავადებების განვითარების ალბათობა. შესაბამისად, 2 წლამდე ასაკში ბუნებრივი კვების პრინციპების დაცვა, ძუძუთი კვების ხელშეწყობა, დამატებითი საკვების დროული დაწყება და ასაკის შესაბამისი საკვები ინგრედიენტების გამოყენება ბავშვის ჯანმრთელობის ერთ ერთ მნიშვნელოვან საფუძველს წარმოადგენს.

- **ექსკლუზიური ძუძუთი კვება ანუ მხოლოდ ძუძუთი კვება** - ჩვილის კვება ქალის (დედა /დონორი) რძით, ხსენით, გამოწვევლილი რძით 6 თვემდე, სხვა საკვებისა და სითხეების (მათ შორის წყლის) შემატების გარეშე (გამონაკლისს წარმოადგენს მედიკამენტები, ORS, ვიტამინები, მინერალური დანამატები)
- **პრედომინანტული ძუძუთი კვება ანუ უპირატესად ძუძუთი კვება.** – დედის (დონორის) რძესთან ერთად მცირე რაოდენობის სითხეების მიღება (წყალი, ჩაი, წვენი)
- **კომპლემენტური კვება** - ქალის რძესთან ერთად ნახევრადმყარი ან მყარი დამატებითი საკვების მიღება.
- **ძუძუთი კვება** – კვების წესი, როდესაც ბავშვი იკვებება დედის რძით და იღებს ნებისმიერ სხვა სახის საკვებს, მათ შორის ქალის რძის შემცველებს.
- **პრელაქტაციური საკვები** – ქალის რძის შემცველი ან ნებისმიერი სითხე, რომელიც გამოიყენება ძუძუთი კვების დაწყებამდე
- **კანი კანთან კონტაქტი** – მშობიარობის შემდეგ ჯანმრთელი შიშველი ახალშობილის მოთავსება დედის სხეულზე.

### ბაიფლანინი ბანკუთჰნილია

- სამედიცინო პერსონალისათვის, რომელიც მუშაობს 2 წლამდე ასაკის ბავშვებთან სამშობიარო სახლში, სტაციონარში და ჯანდაცვის პირველად რგოლში – ნეონატოლოგების, მეან-გინეკოლოგების, პედიატრების, ოჯახის ექიმების, ბებია-ქალების, ახალშობილთა და პატრონაჟის მედლებისთვის.

### ბაიფლანინის სამიზნე ჯგუფი:

- 2 წლამდე ასაკის ბავშვები

### ბაიფლანინი არ მოიცავს:

- დღენაკლული და მცირე წონის ახალშობილის კვების პრინციპებს;
- ხელოვნური კვების პრინციპებს;
- 2 წელზე მეტი ასაკის ბავშვის კვებას;
- ავადმყოფი ბავშვის კვებას.

## ბამოყენებელი შემოკლებები:

**ILKA** – ლაქტაციის კონსულტანტთა საერთაშორისო ასოციაცია;

**IBFAN** – ბავშვთა კვების საერთაშორისო ქსელი;

**WABA** – ძუძუთი კვების მსოფლიო ალიანსი;

**Baby Milk Action** - ძუძუთი კვების ქსელი;

**WHO** – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო);

**UNICEF** – გაეროს ბავშვთა ფონდი;

**IQ** – ინტელექტუალური კოეფიციენტი;

**აივ/შიდსი** – ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი/შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი;

**HTLV** – ადამიანის T-ლიმფოტროპული ვირუსი.

## ეპიდემიოლოგია

2005 წლის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით სამშობიარო სახლებში ძუძუთი კვება მშობიარობიდან ერთ საათში იწყება - 64,1%-ში, 1-8 საათში – 23%-ში, სამშობიაროდან გამოწერილი ახალშობილების 90% იმყოფება ძუძუთი კვებაზე. სახელმწიფო სტატისტიკურ მონაცემების მიხედვით 3 თვემდე ასაკის ბავშვთა 52,11% იკვებება ძუძუთი, გაეროს ბავშვთა ფონდის და ACTS Georgia-ს მიერ 2005 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგებით ექსკლუზიური ძუძუთი კვების მაჩვენებელი 36%-ს შეადგენს.

## 2 წლამდე ასაკის ბავშვის კვების ძირითადი პრინციპები

### ძუძუთი კვება

ქალის რძე ცოცხალი ბიოლოგიური სუბსტანციაა, რომელიც მუდმივად იცვლება ბავშვის მოთხოვნილების შესაბამისად და იდეალური საკვებია ახალშობილი და ჩვილი ბავშვისთვის (მტკიცებულების დონე I, რეკომენდაციის ხარისხი B)<sup>1,12,25</sup>

B

### ძუძუთი კვების უპირატესობა

#### ძუძუთი კვების უპირატესობა ბავშვისთვის

- ქალის რძე სრულად აკმაყოფილებს ჩვილის ნუტრიციულ მოთხოვნილებას 6 თვის ასაკამდე (მტკიცებულების დონე II)<sup>1,28</sup>, იგი შეიცავს ბავშვის ოპტიმალური ზრდა-განვითარებისთვის საჭირო ყველა საკვებ ინგრედიენტს საუკეთესო თანაფარდობით: მაკრო- და მიკროელემენტებს (ცილა, ნახშირწყლები, ცხიმი, ვიტამინები, მინერალები, წყალი) (მტკიცებულების დონე I; II)<sup>1,2,3,4,5</sup>

II

I,II

• ქალის რძე

- ადვილად მოსანელებელია;
- სტერილურია;
- მუდმივად იცვლება ბავშვის მოთხოვნილების და ასაკის შესაბამისად, აგრეთვე ბავშვის ავადმყოფობის დროს<sup>31</sup>.
- ხასიათდება ტკივილდამაყუჩებელი ეფექტით (**მტკიცებულების დონე I**)<sup>6,7</sup>.

I

• ძუძუთი კვება ამცირებს შემდეგი დაავადებების განვითარების რისკს (**მტკიცებულების დონე I, II**):

I,II

- დიარეა<sup>6,11</sup>;
- რესპირაციული ინფექცია<sup>6,10</sup>;
- ოტიტი<sup>6,11</sup>;
- ბაქტერიული მენინგიტი<sup>11</sup>;
- მწვავე ნეკროზული ენტეროკოლიტი<sup>153</sup>;
- ჩვილის უეცარი სიკვდილის სინდრომი<sup>8,12</sup>;
- სიმსუქნე პუბერტატულ და მოზრდილ ასაკში<sup>15,143</sup>;
- ალერგიული დაავადებები, მათ შორის ასთმა და ატოპური დერმატიტი<sup>154,155</sup>;
- I და II ტიპის შაქრიანი დიაბეტი<sup>11,155,156</sup> - ძუძუთი კვების ხანგრძლივობასა და ინსულინდამოკიდებული დიაბეტის გამოვლინებას შორის აღინიშნება უკუპროპორციული დამოკიდებულება;
- არსებობს კვლევები, რომელიც მიუთითებს ძუძუთი კვების შემთხვევაში ბავშვთა ასაკში ლეიკოზის და ავთვისებიანი სიმსივნეების რისკის შემცირებაზე<sup>158,159</sup>.

• ბუნებრივი კვება ხელს უწყობს:

- ბავშვის ოპტიმალურ ფიზიკურ განვითარებას<sup>15</sup>;
- გონებრივ განვითარებას (ბუნებრივ კვებაზე გაზრდილი ბავშვების IQ ტესტი მოზრდილობის ასაკში უფრო მაღალია, ვიდრე ხელოვნურ კვებაზე მყოფი ბავშვების) (**მტკიცებულების დონე II**)<sup>11,18,19,48</sup>;
- მხედველობის სრულფასოვან განვითარებას;
- სახის ძვლების და კუნთოვანი სისტემის განვითარებასა და სწორი თანკბილვის ჩამოყალიბებას (**მტკიცებულების დონე I**)<sup>20</sup>;
- დედა-შვილს შორის მჭიდრო ფსიქომოციური კავშირის დამყარებას, ბავშვთან უსაფრთხოების გრძნობის და ნდობის ჩამოყალიბებას (**მტკიცებულების დონე II**)<sup>20,21,22,23,24</sup>.

II

I

II

ძუძუთი კვების უპირატესობა დედისთვის

ძუძუთი კვება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. კვების ადრეული დაწყება იწვევს საშვილოსნოს შეკუმშვას და იცავს ქალს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენისაგან, ძუძუთი კვება ხელს უწყობს საშვილოსნოს ინვოლუციას (**მტკიცებულების დონე II**)<sup>11,20,32</sup>.

II

ძუძუთი კვება ხელს უწყობს:

- სარძევე ჯირკვლისა და საკვერცხეების სიმსივნური დაავადებების განვითარების რისკის შემცირებას (**მტკიცებულების დონე II**);
- დედის ხელახალი დაორსულებისაგან დაცვას - ლაქტაციური ამენორეა (**მტკიცებულების დონე II**)<sup>33,44</sup>;
- ქალის წონაში კლებას (**მტკიცებულების დონე II**)<sup>34</sup>;
- ძვლის მინერალიზაციის პროცესის გაუმჯობესებას, რაც ამცირებს პოსტკლიმაქსურ პერიოდში მოტეხილობების სისშირეს<sup>160,161</sup>.

II

II

დადგენილია, რომ ძუძუთი კვების გაგრძელობა ბავშვის ან დედის ავადმყოფობის და ჰოსპიტალიზაციის დროს აუმჯობესებს, მათი ჯანმრთელობის ხარისხს (მტკიცებულების დონე II, III)<sup>35,36</sup>.

II, III

### ძუძუთი კვების უპირატესობა ოჯახისა და ქვეყნისათვის

ძუძუთი კვება ეკონომიურია ოჯახისა და ქვეყნისთვის – იცავს ოჯახს ხელოვნურ კვებასთან დაკავშირებული დანახარჯისაგან, ამცირებს ბავშვის მკურნალობისა და ჰოსპიტალიზაციის ხარჯებს. აშშ-ში ჩატარებული კვლევით დადგენილია, რომ იგი ამცირებს ჯანდაცვაზე მოხმარებულ ხარჯებს 3,6 ბილიონით<sup>11, 37,38</sup>.

### ხელოვნურ კვებასთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორები:

მრავალრიცხოვანი კვლევებით დადგენილია, რომ ხელოვნური კვება ზრდის მრავალი დაავადების განვითარების რისკს:

- დიარეა, მათ შორის პერსისტენტული დიარეა და რესპირაციული ინფექციები<sup>165</sup>;
- კვების უკმარისობა და ვიტამინ A-ს დეფიციტი<sup>78</sup>;
- ალერგია და რძის აუტანლობა<sup>78,165</sup>;
- ზოგიერთ ქრონიკული დაავადება, მათ შორის დიაბეტი<sup>163</sup>;
- სიმსუქნე<sup>15,143</sup>;
- ანემია<sup>163,164</sup>.

### ქალის რძის უმმაღბენლობა და მისი მნიშვნელობა

დედის რძე ახალშობილი და ჩვილი ბავშვის სრულფასოვანი საკვებია (მტკიცებულების დონე I; II), მასში საუკეთესო თანაფარდობით არის წარმოდგენილი ბავშვის ოპტიმალური ზრდა-განვითარებისთვის საჭირო ყველა საციცხლო ნივთიერება: წყალი, ცილა, ნახშირწყალი, ცხიმოვანი მჟავები, ვიტამინები და მინერალები. დედის რძე შეცავს ფერმენტებსა და დამცველობით ნივთიერებებს, რის გამოც იგი ადვილი მოსანელებელია და მნიშვნელოვანი დამცველობითი ფუნქციაც გააჩნია<sup>12,3,5,28,39,43,44</sup>.

I, II

## განსხვავება ხელოვნურ ნარევს, ქალისა და ცხოველურ რძეს შორის

	ქალის რძე	ცხოველური რძე	ხელოვნური ნარევი
ბაქტერიული დაბინძურება	არ არის	შესაძლებელია	შესაძლებელია
ინფექციის საწინააღმდეგო ფაქტორები	არსებობს	არ არსებობს	არ არსებობს
ზრდის ფაქტორები	არსებობს	არ არსებობს	არ არსებობს
ცილები	საჭირო რაოდენობა, იოლად ასათვისებელი	ჭარბი, ძნელად ასათვისებელი	ნაწილობრივ კორეგირებული
შრატის ცილები	65-80 %	20 %	ნაწილში – 40-60 %
კაზეინი	20-40 %	80 %	40-80 %
ცხიმები	საკმარისი რაოდენობა, ძირითადად – უჯერი ცხიმოვანი მჟავების შემცველობა, რომელიც იოლი მოსანელებელია	უჯერი ცხიმოვანი მჟავების დეფიციტი, მყარი, აქროლადი მჟავების სიჭარბე	უჯერი ცხიმოვანი მჟავების დეფიციტი, ზოგიერთ ნარევი შეიცავს უჯერ ცხიმებს
ომეგან /ომეგა3 ცხიმოვანი მჟავები	შეიცავს საკმარისი რაოდენობით	მცირე რაოდენობა	ზოგიერთ ნარევს დამატებული აქვს
ლიპაზა	შეიცავს	არ შეიცავს	არ შეიცავს
ლაქტოზა	საკმარისი რაოდენობა, β ლაქტოზა-უზრუნველყოფს ბიფიდუმ ბაქტერიის ზრდას ნაწლავში	არასაკმარისი რაოდენობა, α ლაქტოზა-უზრუნველყოფს Esherichia Coli-ს ზრდას ნაწლავში	კორეგირებული, უფრო ხშირად იწვევს Esherichia Coli-ს ზრდას ნაწლავში, თუმცა შესაძლებელია დამატებული ჰქონდეს ეუბიოტიკები
რკინა	მცირე რაოდენობა, კარგად შეიწოვება	მცირე რაოდენობა, ცუდად შეიწოვება	ხელოვნურად დამატებული, ცუდად შეიწოვება
ვიტამინები	საკმარისი რაოდენობით	A და C ვიტამინების დეფიციტი	ხელოვნურად დამატებული ვიტამინების ნაკრები
წყალი	საკმარისი რაოდენობით	თხოვლობს დამატებას	შეიძლება საჭირო გახდეს დამატება.

### **ცილა 1,2,3,5,28,39,43,44**

ცილის შემცველობა ქალის რძეში სრულად შეესაბამება ბავშვის კვებით მოთხოვნილებას. ცილა აუცილებელი კომპონენტია ბავშვის ფიზიკური და გონებრივი განვითარებისათვის.

- ქალის რძის ცილა ძირითადად წარმოდგენილია შრატის ცილებით ა ლაქტალბუმინითა და ლაქტოფერინით, რომლებიც ბავშვისთვის შეუცვლელი ამინომჟავების წყაროა. ქალის რძის 20 ამინომჟავიდან 8 შეუცვლელი ამინომჟავაა, რომლის სინთეზი ბავშვის ორგანიზმს არ შეუძლია. მაღალია ტაურინის რაოდენობა, რომელიც ორგანიზმში მხოლოდ მცირე რაოდენობით სინთეზირდება და აუცილებელია ნერვული ქსოვილის განვითარებისა და მომწიფებისთვის;
- ქალის რძის ცილა ადვილად იშლება და აითვისება. ქალის რძეში ნაკლებია კაზეინის შემცველობა. თანაფარდობა შრატის ცილებსა და კაზეინს შორის შეადგენს 60-70/40-30. ქალის რძის კაზეინი ძროხის რძის კაზეინისგან განსხვავდებით შედარებით ადვილად მოსანელებელია;
- ქალის რძის ცილების გარკვეული ნაწილი (იმუნოგლობულინები, ლაქტოფერინი, ლიზოციმი და სხვ.) დაუშლელად გადის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს და აქტიურად მონაწილეობს დამცველობითი ფუნქციის შესრულებაში.

### **ცხიმი 1,2,3,5,28,39,43,44**

ცხიმი ბავშვის ორგანიზმისთვის ენერჯის ერთ-ერთ ძირითად წყაროს წარმოადგენს.

- ცხიმზე მოდის ქალის რძის კალორიულობის დაახლოებით ნახევარი;
- ქალის რძის ცხიმი ადვილად იშლება და აითვისება ბავშვის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში. რძეში შემავალი ფერმენტი ლიპაზა ხელს უწყობს ცხიმის მონღების პროცესს;
- ქალის რძე გამოირჩევა უჯერი ცხიმოვანი მჟავების მაღალი შემცველობით. უჯერი ცხიმოვანი მჟავები, მათ შორის გრძელი და საშუალოჯაჭვოვანი ტრიგლიცერიდები (არაქიდონის და ლინოლენის, ომეგა-3) აუცილებელია ბავშვის ნერვული ქსოვილის, განსაკუთრებით კი ტვინის ქერქის განვითარებისა და მხედველობის ნორმალური ფუნქციის ჩამოყალიბებისთვის, რის გამოც მათ ხშირად ტვინის არქიტექტორებსაც უწოდებენ;
- ქალის რძე მდიდარია ქოლესტერინით;
- სიცოცხლის პირველი თვეების განმავლობაში ბავშვს არ შესწევს უნარი ნაჯერი ცხიმოვანი მჟავები გარდაქმნას უჯერ ცხიმოვან მჟავებად. ამ ნივთიერებების წყაროს მხოლოდ დედის ორგანიზმი წარმოადგენს, რომელიც ამარაგებს უჯერი ცხიმოვანი მჟავებით ნაყოფს ორსულობის პერიოდში, ახალშობილსა და ჩვილს ძუძუთი კვების დროს;
- ცხიმის შემცველობა ქალის რძეში იცვლება:
  - დღის განმავლობაში (დილით შედარებით ნაკლებია, საღამოს მეტი);
  - ბავშვის ასაკთან ერთად;
  - უშუალოდ კვების პროცესში (წინა რძე შეიცავს ნაკლებ, ხოლო უკანა რძე მეტი რაოდენობით ცხიმს).



## **ნახშირწყალი 1,2,3,5,28,39,43,44**

ნახშირწყლები ქალის რძეში ძირითადად ლაქტოზით (β) და ოლიგოსაქარიდებით არის წარმოდგენილი.

- ნახშირწყლებზე მოდის ქალის რძის კალორიულობის დაახლოებით 40%;
- ქალის რძის ნახშირწყლები ადვილად აითვისება, ქალის რძეში შემავალი ფერმენტი ლაქტაზა გარდაქმნის მათ მარტივ შაქრებად;
- ნახშირწყლები წარმოადგენს ენერჯის ერთ-ერთ ძირითად წყაროს ბავშვის ორგანიზმისთვის;
- ლაქტოზა თავის ტვინის უჯრედების ძირითადი ენერგეტიკული წყაროა და ხელს უწყობს ტვინის განვითარებას;
- β ლაქტოზა ხელს უწყობს ნაწლავის ნორმალური ფლორის ჩამოყალიბებას (კერძოდ, კი Bifidm Bacteriae-ს ზრდას) და შესაბამისად კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ნორმალურ ფუნქციონირებას.

## **ვიტამინები და მინერალები**

ქალის რძეში ვიტამინებისა და მიკროელემენტების შემცველობა მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია დედის კვებაზე<sup>28,43,44,45,46</sup>.

- თუ დედა მრავალფეროვანი საკვებით იკვებება, რძე საკმარისი რაოდენობით შეიცავს აღნიშნულ ნივთიერებებს და 6 თვის ასაკამდე ბავშვთან მიკროელემენტების დეფიციტის განვითარების რისკი დაბალია;
- ქალის რძეში არსებული ვიტამინები და მიკროელემენტები ადვილად აითვისება ბავშვის ორგანიზმის მიერ.

დედის რძეში არსებული მიკროელემენტები და ვიტამინები ორ ჯგუფად იყოფა<sup>78</sup>:

**I ჯგუფი** - მიკროელემენტები, რომელთა შემადგენლობა დედის რძეში დამოკიდებულია დედის კვებასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

**II ჯგუფი** - მიკროელემენტები, რომელთა შემადგენლობა დედის რძეში არ არის დამოკიდებული დედის კვებასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (იხ. ცხრილი 2.)

დედის რძეში არსებული მიკროელემენტები და ვიტამინები

I ჯგუფი	II-ჯგუფი
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ვიტ – B<sub>1</sub></li> <li>• ვიტ – B<sub>2</sub></li> <li>• ვიტ – B<sub>6</sub></li> <li>• ვიტ – B<sub>12</sub></li> <li>• ვიტ – D</li> <li>• ვიტ – A</li> <li>• იოდი</li> <li>• სელენიუმი</li> </ul> <p><b>დახასიათება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• დედის მიერ აღნიშნული მიკროელემენტების მოხმარების დაბალი დონე იწვევს მათი კონცენტრაციის დაქვეითებას რძეში, რაც აისახება ბავშვის განვითარებაზე</li> <li>• ბავშვს აქვს აღნიშნული მიკროელემენტების მცირე მარაგი. მათი საჭირო დონის შენარჩუნება დამოკიდებულია მიღებულ საკვებზე</li> <li>• დედის რაციონალური კვება ადვილად აღადგენს მიკროელემენტების კონცენტრაციას დედის რძეში.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• თუთია</li> <li>• რკინა</li> <li>• ფოლიუმის მჟავა</li> <li>• კალციუმი</li> </ul> <p><b>დახასიათება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• დედის მიერ ამ მიკროელემენტების მოხმარების დაბალი დონე, ან მათი დეფიციტი             <ul style="list-style-type: none"> <li>– ნაკლებად აისახება მათ შემცველობაზე რძეში, არ ახდენს გავლენას მიკროელემენტების კონცენტრაციაზე</li> <li>– ბავშვი რძით იღებს მათ საკმარის რაოდენობას</li> <li>– დედასთან მაღალია მოცემული მიკროელემენტების დეფიციტის განვითარების რისკი.</li> </ul> </li> </ul>

- **რკინა** - ქალის რძეში რკინა შედარებით დაბალი კონცენტრაციით არის წარმოდგენილი, თუმცა მისი ათვისების უნარი დაახლოებით ოთხჯერ უფრო მაღალია რკინით გამდიდრებულ ხელოვნურ საკვებთან შედარებით. დროულ ახალშობილს დაბადებისას რკინის საკმარისი მარაგი აქვს და ექსკლუზიური ძუძუთი კვების შემთხვევაში ქალის რძე სრულად აკმაყოფილებს ჩვილის მოთხოვნილებას რკინაზე 6 თვის ასაკამდე.
- **კალციუმი და ფოსფორი** - ქალის რძეში კალციუმისა და ფოსფორის თანაფარდობა საუკეთესოა მოცემული მიკროელემენტების სრულყოფილი შეწოვისათვის.
- **თუთია** - თუთიის შემცველობა ქალის რძეში დაბალია, თუმცა იგი უფრო კარგად ათვისება, ვიდრე ხელოვნური ნარევის ან სხვა საკვები პროდუქტის თუთია. ექსკლუზიური ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვებს 6 თვემდე პრაქტიკულად არ უვლინდებათ თუთიის დეფიციტი.

## ვიტამინებისა და მიკროელემენტების ფუნქციები

ვიტამინი მინერალი	წყარო	ფუნქცია	დეფიციტით გამოწვეული მდგომარეობა
ვიტ A	ღვიძლი, რძის პროდუქტები, თევზის ქონი, მწვანე და ნარინჯისფერი ბოსტნეული	ყველა ორგანოს (მათ შორის მხედველობის) ფუნქციონირებასა და ზრდის პროცესში მონაწილეობა	ზრდაში ჩამორჩენა, მხედველობის დაქვეითება, განსაკუთრებით ღამით ე.წ. "ქათმის სიბრმავე". ხშირი ავადობა იმუნიტეტის დაქვეითების გამო
ვიტ D	თევზი, თევზის ქონი, ღვიძლი, კვერცხის გული	ძვლების ფორმირება, ზრდაში მონაწილეობა	ძვლების დარბილება და დეფორმაცია – "რაქიტი"
ვიტ C	ციტრუსები, ბულგარული წიწაკა, ასკილი პომიდორი, კომბოსტო	ყველა სახის უჯრედის ფუნქციონირებაში მონაწილეობა.	სურავანდი, პიროვნული თვისებების ცვლილება, რეაქციის და აქტივობის დაქვეითება, დაღლილობა
ვიტ B <sub>2</sub>	მწვანე ფოთლოვანი ბოსტნეული, ხორცი, კვერცხი, რძე	ნერვული სისტემის მოქმედებასა და ზრდაში მონაწილეობა	პიროვნული თვისებების ცვლილება, რეაქციის უნარის და აქტივობის, დაქვეითება, დაღლილობა
ვიტ B <sub>1</sub>	მარცვლეული, პურ-ფუნთუშეული, ბარდა, სოიო, ლობიო, თხილი, ხორცი	ნახშირწყლების ათვისებაში მონაწილეობა	კონცენტრაციის და მეხსიერების დაქვეითება, გაღიზიანებადობა და დეპრესია. მოზარდებში აგრესიული ქცევა
ვიტ B <sub>12</sub>	ხორცი, თევზი, კვერცხი, რძე	სისხლის წარმოქმნასა და ნერვული სისტემის ფუნქციონირებაში მონაწილეობა	სისხლნაკლებობა - ანემია
ფოლის მჟავა	საფუარი, ფორთოხალი, თირკმელი, ღვიძლი, მწვანე ფოთლოვანი ბოსტნეული	სისხლის წარმოქმნაში მონაწილეობა	სისხლნაკლებობა - ანემია
რკინა	ღვიძლი, ხორცი, კვერცხის გული, თევზი, მარცვლეული, ლობიო, ბარდა, სოიო, ისპანახი, ვაშლი	სისხლის წარმოქმნა, გონებრივი განვითარების ხელშეწყობა	ანემია, ზრდაში ჩამორჩენა, გონებრივი განვითარების შეფერხება, შრომისუნარიანობის დაქვეითება
კალციუმი	რძის პროდუქტი, თევზი, მწვანე ფოთლოვანი ბოსტნეული	ძვლების და კბილების ჩამოყალიბება, ზრდის პროცესსა და კუნთების მუშაობაში მონაწილეობა	ძვლების დარბილება და დეფორმაცია, კრუნჩხვა, ზრდის შეფერხება

იოდი	იოდინი მარილი, ზღვის პროდუქტები	გონებრივი განვითარების ხელშეწყობა	ჩიყვი, გონებრივი განვითარების მკვეთრი შეფერხება (კრეტინიზმი)
თუთია	ხორცი, თევზი, კვერცხი, მარცვლეული, პარკოსნები	ფიზიკური განვითარება, სასქესო ორგანოების ფუნქციონირებაში მონაწილეობა, ჭრილობების შეხორცება	ზრდაში ჩამორჩენა, სქესობრივი განვითარების შეფერხება.
ფტორი	ფტორირებული წყალი, ჩაი, ზღვის პროდუქტი	ძვლებისა და კბილების ჩამოყალიბება	ძვლების დეფორმაცია და კბილების დაზიანება

### წყალი

ქალის რძე 80-90% წყალს შეიცავს და ხშირი კვების შემთხვევაში დედის რძე სრულად აკმაყოფილებს ბავშვის მოთხოვნილებას სითხეებზე. ამიტომ ექსკლუზიური ძუძუთი კვების დროს ბავშვი არ საჭიროებს დამატებით სითხეების მიღებას (მტკიცებულების დონე II)<sup>41</sup>.



### ფერმენტები<sup>28,43,44,47</sup>

ქალის რძე, დაახლოებით, 20 ფერმენტს შეიცავს (ლაქტაზა, ლიპაზა, ამილაზა, რიბონუკლეაზა, პეროქსიდაზა და სხვ), რომლებიც ხელს უწყობენ:

- ქალის რძეში შემავალი საკვები ინგრედიენტების მონელებას;
- მიკროელემენტების და ვიტამინების ათვისებას.

მოცემული ფერმენტების ნაწილი ხასითდება ბაქტერიოციდული თვისებებით.

### ზრდის ფაქტორები

ქალის რძე შეიცავს სხვადასხვა ზრდის ფაქტორს, მაგ. ეპიდერმული, ნერვული ქსოვილის და სხვ.

ეპიდერმული ზრდის ფაქტორი ხელს უწყობს:

- კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ქსოვილების მომწიფებასა და დიფერენციაციას;
- ნაწლავის ბარიერული ფუნქციის ჩამოყალიბებას, რაც თავის მხრივ ამცირებს ანტიგენების შეწოვას.

ნერვული ქსოვილის ზრდის ფაქტორი ხელს უწყობს:

- ნერვული ქსოვილების მომწიფებასა და დიფერენცირებას.

არსებობს მრავალი სხვა ზრდის ფაქტორი, რომელთა ფუნქციაც საკმარისად შესწავლილი არ არის.

### ჰორმონები

ქალის რძე შეიცავს თხუთმეტამდე ჰორმონს, რომლებიც ხელს უწყობენ ბავშვის ორგანოთა და სისტემების მომწიფებას.

**დამცველობითი ნივთიერებები**

ქალის რძე შეიცავს მრავალ ნივთიერებას, რომელიც ერთი მხრივ იცავს ბავშვს მრავალი ინფექციური, არაინფექციური და ალერგიული დაავადებისაგან, ხოლო მეორე მხრივ ხელს უწყობს ბავშვის იმუნური სისტემის მომწიფებას.

**ცხრილი 4**

**ქალის რძის ზოგიერთი დამცველობითი ნივთიერება და მისი ეფექტი**

ფაქტორი	ფუნქცია
სეკრეტორული იმუნოგლობულინი (SIg A)	იცავს ნაწლავის კედელს მის სანათურში არსებული ანტიგენების ზემოქმედებისაგან, ახდენს ახალშობილის იმუნური სისტემის სტიმულაციას
ლაქტოფერინი	კონკურენციას უწევს ბაქტერიებს რკინის ათვისებაში და, აქედან გამომდინარე, თრგუნავს მათ ზრდას
ლიზოციმი	ანტიბაქტერიული ფერმენტი: ახორციელებს მიკრობის გარსის ლიზისს
ბიფიდუმ-ფაქტორი	ხელს უწყობს ბიფიდუმ ბაქტერიების ზრდას
მაკროფაგი	შთანთქავს ბაქტერიებს
ლიმფოციტი	გამოიმუშავებს იმუნოგლობულინებს (ლიმფოციტები) და ლიმფოკინებს
კომპლემენტი	ხელს უწყობს ბაქტერიების ლიზისს
ინტერფერონი	ანტივირუსული ფაქტორი
ოლიგოსაქარიდი	აინჰიბირებს ბაქტერიის დაფიქსირებას ქსოვილის ეპითელზე
B <sub>12</sub> და ფოლიუმის დამაკავშირებელი ცილები	კონკურენციას უწევს ბაქტერიებს ამ ვიტამინების ათვისებაში და, აქედან გამომდინარე, თრგუნავს მათ ზრდას
ანტისტაფილოკოკური ფაქტორი	ანტისტაფილოკოკური მოქმედების ლიპიდი
ანტილამბლიური ფაქტორი	ანტილამბლიური მოქმედების ლიპიდი
ზრდის ფაქტორები	ნაწლავის მომწიფების ხელშეწყობა
ანტიოქსიდანტი	იცავს თავისუფალი რადიკალების ზემოქმედებისაგან
იმუნოგლობულინები	ანტიბაქტერიული და ანტივირუსული მოქმედება
α <sub>2</sub> - მაკროგლობულინი	ანტივირუსული მოქმედება
არაქიდონის მჟავა, ომეგა 3,6 ცხიმოვანი მჟავები	ნერვული ქსოვილის და თავის ტვინის უჯრედული მემბრანის შემადგენელი ნაწილი
ანტიოქსიდანტები	იცავენ ქსოვილებს თავისუფალი რადიკალებით გამოწვეული დაზიანებისაგან

**რძის პროდუქცია**

რძის პროდუქცია და გამოყოფა ძირითადად ჰიპოფიზის ჰორმონებით – პროლაქტინითა და ოქსიტოცინით რეგულირდება. ძუძუს წოვის პროცესი ასტიმულირებს ორივე ჰორმონის გამომუშავებას. შესაბამისად, რაც უფრო ხშირად წოვს ბავშვი, მით უფრო მაღალია ჰორმონების კონცენტრაცია დედის სისხლში და მით მეტია გამომუშავებული რძის რაოდენობა.

- პროლაქტინი ხელს უწყობს რძის წარმოქმნას. პროლაქტინის პროდუქცია განსაკუთრებით მაღალია ღამის სათებში ამდენად, ღამის კვება ერთერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია რძის გამომუშავების რეგულირებისთვის (მტკიცებულების დონე II)<sup>14,21</sup>. II
- ოქსიტოცინი განაპირობებს სარძევე ჯირკვლის კუნთოვანი უჯრედების შეკუმშვას, რასაც თან სდევს რძის გამოყოფა. ოქსიტოცინის დონე დამოკიდებულია ქალის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზეც: ბავშვთან სიახლოვე, დედის სურვილი ძუძუთი კვებოს ბავშვი, დადებითი ემოციური განწყობა, მშვიდი და მყუდრო გარემო ხელს უწყობს ოქსიტოცინის გამომუშავებას და პირიქით, სტრესული სიტუაცია, გაღიზიანება აფერხებს მას. ოქსიტოცინი მოქმედებს საშვილოსნოს კუნთოვან ქსოვილზეც, შესაბამისად მისი მაღალი დონე მნიშვნელოვანია საშვილოსნოს შეკუმშვისთვის (მტკიცებულების დონე II)<sup>11,14,21,33</sup>. II
- ინჰიბიტორები არეგულირებენ რძის სეკრეციის კონტროლს და იცავენ სარძევე ჯირკვალს ძლიერი გადავსებისაგან. აღნიშნული ნივთიერებები აქვეითებენ რძის გამომუშავების ინტენსივობას, იმ შემთხვევაში, თუ ძუძუში რძე დიდხანს რჩება. რძის პროდუქციისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა სარძევე ჯირკვლის ბოლომდე დაცლას ენიჭება (მტკიცებულების დონე II) <sup>51,52</sup> II
- დედის მიერ ჭარბი სითხის მიღება არ ახდენს გავლენას რძის პროდუქციაზე (მტკიცებულების დონე I) <sup>49</sup> I

რძის პროდუქციის ინტენსივობა და გამომუშავებული რძის რაოდენობა დამოკიდებულია სარძევე ჯირკვლის დაცლის სისწორეზე და არა მხოლოდ დედის ჰორმონების დონეზე (მტკიცებულების დონე II)<sup>44,45,51,52,54</sup>.

მიუხედავად იმისა, რომ ორგანიზმის ორივე სარძევე ჯირკვალი ერთი და იმავე ჰორმონების მოქმედებას ექვემდებარება, რძის რაოდენობა შესაძლებელია მათში განსხვავებული იყოს, რაც განპირობებულია ბავშვის მიერ თითოეული სარძევე ჯირკვლიდან გამოწვეული რძის რაოდენობით<sup>44,45,46,78</sup>.

**ოპტიმალური ძუძუთი კვების პრინციპები**

ჯანმრთელობით ოპტიმალური ძუძუთი კვების პრინციპებია<sup>44,45,46</sup>:

1. ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება და კანი კანთან კონტაქტი;
2. მოთხოვნილებითი, ხშირი ძუძუთი კვება (ღამით კვება, ორივე ძუძუდან კვება);
3. ექსკლუზიური ძუძუთი კვება 6 თვემდე;
4. ძუძუთი კვების გაგრძელება 2 წლამდე.

**1. ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება და კანი კანთან კონტაქტი**

ჯანმრთელი, დროული ახალშობილის კანი კანთან კონტაქტი დედასთან და ძუძუზე პირველი მოჭიდება უნდა განხორციელდეს დაბადებიდან პირველი 1 სთ-ის განმავლობაში. კანი კანთან კონტაქტის ხანგრძლივობა მინიმუმ 30 წუთი უნდა იყოს და სასურველია გაგრძელდეს 2 საათი<sup>168,169</sup>. კანი კანთან კონტაქტის პროცესში უნდა განხორციელდეს პირველი მოჭიდება, მას შემდეგ, რაც ბავშვი გამოხატავს კვებისთვის მზაობას (რეკომენდაცია - D)<sup>44</sup>. D საკეისრო კვეთის დროს

კანი კანთან კონტაქტი ტარდება დედის ნარკოზიდან სრული გამოფხიზლების შემდეგ<sup>5</sup>.

კანი კანთან კონტაქტი და ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება ხელს უწყობს:

- ეფექტური წოვითი რეფლექსების ჩამოყალიბებას (მტკიცებულების დონე II)<sup>58,59</sup>; II
- ახალშობილის სხეულის ნორმალური ტემპერატურის შენარჩუნებას (მტკიცებულების დონე I)<sup>56,60,61</sup>; I
- ლაქტაციის პროცესს (მტკიცებულების დონე II)<sup>14,24,55,62,64</sup>;
- ოქსიტოცინის გამომუშავებას, საშვილოსნოს შეკუმშვას და ქალის დაცვას მშობიარობის შემდგომი სისხლდენისაგან (მტკიცებულების დონე II)<sup>21</sup>; II
- დედასა და ბავშვს შორის მჭიდრო ფსიქოემოციური კავშირის დამყარებას (მტკიცებულების დონე II)<sup>22,23,24,32,63</sup>. II

ძუძუზე პირველი მოჭიდების დროს ახალშობილი იღებს პირველ რძეს – ხსენს, რომელიც მაღალკალორიული ნივთიერებაა. იგი მცირე რაოდენობით გამოიყოფა, საშუალოდ 30-100 მლ პირველ 24 სთ-ში, თუმცა ხშირი კვების შემთხვევაში მთლიანად აკმაყოფილებს ბავშვის მოთხოვნილებას საკვებსა და სითხეზე. ხსენის მოცულობა შეესაბამება ახალშობილის კუჭის მცირე ტევადობას (მტკიცებულების დონე II)<sup>70</sup>. იგი ადვილად მოსანელებელია, მდიდარია შრატის ცილების იდენტური წვრილდისპერსიული ცილებით, შეიცავს ნატრიუმისა და მაგნიუმის მარილებს რაც ხელს უწყობს ნაწლავების პერისტალტიკის გაძლიერებას და მეკონიუმის გამოძევებას. ხსენის მიღება ამცირებს ენტეროჰეპატულ ცირკულაციას და შესაბამისად აქვეითებს ახალშობილთა სიყვითლის განვითარების ალბათობას (მტკიცებულების დონე II)<sup>55,61,65,66</sup>. ხსენის მიღება ხელს უწყობს მეტაბოლურ აქტივობას (მტკიცებულების დონე I), არეგულირებს შაქრის დონეს (მტკიცებულების დონე II)<sup>56,61,68,69</sup>. II

ხსენში დიდი რაოდენობით არის ვიტამინები, განსაკუთრებით კი A ვიტამინი და კაროტინი, რაც ხელს უწყობს მხედველობის ფორმირებას. ხსენი მდიდარია ბუნებრივი ანტისხეულებით, იმუნოგლობულინებით. დამცველობითი ნივთიერებების მაღალი შემცველობის გამო ხსენის მიღებას პირველ იმუნიზაციასაც უწოდებენ.

### რეკომენდაცია:

დაბადებიდან პირველი ერთი საათის განმავლობაში ახალშობილისთვის აუცილებელია ხსენის მიღება (რეკომენდაცია B)<sup>71,72,73,74</sup>. B

არ არის მიზანშეწონილი პრელაქტაციური საკვების გამოყენება. პრელაქტაციური საკვები (ფორმულა, გლუკოზის ხსნარი, წყალი და სხვ.) ხელს უშლის ლაქტაციის ჩამოყალიბებას და ზრდის ახალშობილის ინფიცირების რისკს (რეკომენდაცია B)<sup>71,72,73,74</sup>. B

## 2. მოთხოვნილებითი, ხშირი ძუძუთი კვება

ძუძუთი კვება უნდა განხორციელდეს ბავშვის მოთხოვნილების მიხედვით, დედამ ბავშვს ძუძუ უნდა მიაწოდოს მაშინვე, როგორც კი იგი იწყებს შიმშილის ნიშნების გამოხატვას. შიმშილის ნიშნებია<sup>11, 43, 44, 45</sup>:

- სხვადასხვა სახის ბგერები,

- ტუჩების ცმაცუნი,
- წოვითი მოძრაობა,
- ტირილი და სხვ.

ტირილი ბავშვის მიერ შიმშილის გრძნობის გამოხატვის უკიდურესი საშუალებაა, სასურველია ბავშვს საკვები შესთავაზონ მანამ, სანამ ტირილს დაიწყებს (რეკომენდაცია - C)<sup>11, 43, 44, 45</sup>.

C

**კვების სიხშირე**

ახალშობილის კვების სიხშირე დღე-ღამის განმავლობაში საშუალოდ უნდა შეადგენდეს 8-12-ს (მტკიცებულების დონე I, II)<sup>50,53,54</sup>.

I, II

რძის გაზრდილი პროდუქცია და ბავშვის შეგუება წოვით პროცესებთან იწვევს კვების ჯერადობის შემცირებას. 1-1,5 თვის ასაკში ჩვილი გამოიმუშავებს კვების საკუთარ რუტინულ წესს და იკვებება დაახლოებით 7-10-ჯერ დღე-ღამეში. კვებათა შორის ინტერვალი ამ პერიოდში არ უნდა აღემატებოდეს 3 სთ-ს. თუ ბავშვი წონაში კარგად იმატებს და დედასთან არ არის გამოხატული ჰიპოგალაქტიის ნიშნები, ხანგამოშვებით, დასაშვებია მხოლოდ ერთი 6 სთ-იანი ინტერვალი (სასურველია ღამის პერიოდში).

ზოგიერთი ახალშობილი შიმშილის შემთხვევაში ახანგრძლივებს ძილის პერიოდებს, თუ ბავშვი თავად არ იღვიძებს 3 საათის შემდეგ, იგი უნდა გაადვიდონ და კვებონ ძუძუთი (მტკიცებულების დონე III)<sup>51,82,83</sup>. გაღვიძებისთვის შეიძლება შემდეგი ხერხების გამოყენება:

III

- ტანსაცმლის და საფენების გამოცვლა;
- ხელში აყვანა;
- ზურგის, მუცლის ან კიდურების მსუბუქი მასაჟი.

**კვების ხანგრძლივობა და მიღებული საკვების მოცულობა**

ჩვილი თავად არეგულირებს ერთ ჯერზე მისაღები საკვების რაოდენობას. დროული, ჯანმრთელი ახალშობილი და ჩვილი საშუალოდ წოვს 15-30 წთ. იშვიათ შემთხვევაში 40 წთ<sup>81</sup>. არ არის მიზანშეწონილი წოვის ხანგრძლივობის შეზღუდვა. კვების ხანგრძლივობა დამოკიდებულია თითოეული ბავშვის ინდივიდუალურ თვისებებზე და მის აქტივობაზე.

დადგენილია, რომ თუ ქალის რძე შეიცავს ნაკლები რაოდენობით ცხიმს ჩვილი მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად უფრო დიდხანს წოვს (მტკიცებულების დონე I, II)<sup>78,79</sup>.

I, II

კვების დროს ბავშვმა ბოლომდე უნდა დაცალოს ერთი სარძევე ჯირკვალი, რათა მან მიიღოს როგორც წინა, ისე უკანა რძე. თუ ბავშვი ვერ ცლის ბოლომდე ძუძუს, საჭიროა დარჩენილი რძის გამოწველა და მისი დამატება კოვზით.

თუ ბავშვი მთლიანად ცლის ერთ ძუძუს და არ კმაყოფილდება, კვება უნდა გაგრძელდეს მეორე სარძევე ჯირკვლიდან. შემდეგი კვება იწყება იმ ძუძუთი, რომლითაც დამთავრდა წინა კვება (მტკიცებულების დონე II)<sup>78,79</sup>.

II



**რეკომენდაცია:**

ასალშობილმა და ჩვილმა ძუძუ უნდა წოვოს, სანამ არ დაკმაყოფილდება ერთ კვებაზე ბავშვი უნდა იკვებებოდეს ორივე ძუძუდან.

D

დამის კვება ხელს უწყობს ლაქტაციის პროცესს (რეკომენდაცია D).

**3. ექსკლუზიური ძუძუთი კვება 6 თვემდე**

პირველი 6 თვის განმავლობაში ქალის რძე მთლიანად აკმაყოფილებს ბავშვის ნუტრიციულ მოთხოვნილებას<sup>30</sup>.

6 თვემდე ბავშვს არ სჭირდება საკვების, სითხის ან წყლის დამატება. დადგენილია, რომ მოთხოვნილებით ძუძუთი კვებაზე მყოფ ჩვილებს არ ესაჭიროებათ წყლის დამატება ცხელი კლიმატის პირობებშიც კი (მტკიცებულების დონე I, II)<sup>41,80</sup>.

I, II

6 თვის შემდეგ აუცილებელია კვების რაციონში დამატებითი საკვების შეტანა.

**რეკომენდაცია**

პირველი 6 თვის განმავლობაში ჩვილი უნდა იკვებებოდეს მხოლოდ ძუძუთი (რეკომენდაცია A)<sup>30,44,45,46</sup>.

A

- არ არის რეკომენდებული მიკროელემენტების დეფიციტის შევსების მიზნით 6 თვის ასაკამდე დამატებითი საკვების დაწყება. აუცილებელია, დედის დიეტის დარეგულირება და საჭიროების შემთხვევაში მიკროელემენტების მედიკამენტური ფორმით დანიშვნა<sup>28,82,86</sup>.

**4. ძუძუთი კვების გაგრძელება 2 წლამდე**

ბუნებრივი კვების გაგრძელება რეკომენდებულია 2 წლის ასაკამდე, 6 თვიდან დამატებით საკვებთან ერთად (რეკომენდაცია D)<sup>44,45,46</sup>;

D

ძუძუთი კვებაზე მყოფი ბავშვები 12-23 თვის ასაკში დედის რძიდან იღებენ მათთვის აუცილებელი ენერჯის 35-40%-ს<sup>27</sup>;

2 წლამდე ძუძუთი კვება ხელს უწყობს ბავშვის გონებრივ განვითარებას<sup>11,18,19,48</sup>, მოზრდილ ასაკში ქრონიკული დაავადებებისა და სიმსუქნის განვითარების რისკის შემცირებას<sup>15,45,46</sup>.

ძუძუთი კვების გადაჩვევა მიზანშეწონილია დაიწყოს 2 წლის ასაკისთვის, დედის რძის ჩანაცვლება წარმოებს თანდათანობით, ასაკის შესაბამისი სხვადასხვა საკვების გამოყენებით (რეკომენდაცია D).

D

**ძუძუთი კვების ტექნიკა**

ძუძუთი კვების ტექნიკის დაცვა უზრუნველყოფს ლაქტაციის ნორმალურ მიმდინარეობას და ზრდის მის ხანგრძლივობას (მტკიცებულების დონე II)<sup>87,88,89</sup>.

II

ძუძუთი კვება წოვისა და ყლაპვის მუდმივ კოორდინაციას მოითხოვს. კვების ეფექტურობა განისაზღვრება სწორი მოჭიდებითა და კვების პოზიციით (მტკიცებულების დონე III)<sup>89,90,91</sup>.

III

## სწორი და არასწორი მოჭიდებისა და პოზიციის ნიშნები

სწორი მოჭიდების და პოზიციის ნიშნები	არასწორი მოჭიდების და პოზიციის ნიშნები
ბავშვი მთელი სხეულით შეტრიალებულია დედისაკენ და ეხება მის სხეულს	ბავშვი შემოტრიალებულია დედისკენ, მაგრამ არ ეხება მის სხეულს
პირი ფართოდ არის გაღებული, ტუჩის ლორწოვანი ჩანს	პირი მოკუმულია ისე, თითქოს მოჭიდებულია საწოვარაზე, ტუჩის ლორწოვანი არ ჩანს
ლოყები გამობერილია და არ მონაწილეობს წოვის აქტში	ლოყები ჩავარდნილია და მონაწილეობს წოვის აქტში
ბავშვის ნიკაპი მიბჯენილია ძუძუზე	ნიკაპი არ არის ძუძუზე მიბჯენილი
ბავშვის პირის ღრუში დვრილთან ერთად მოთავსებულია არეოლას 2,5 სმ	ბავშვის პირის ღრუში მოთავსებულია მხოლოდ დვრილი
ბავშვის ზედა ტუჩთან არეოლას უფრო მეტი ნაწილი ჩანს, ვიდრე ქვედა ტუჩთან	არეოლა კარგად ჩანს ორივე ტუჩის გარეთ
1-2 წოვით აქტს მოყვება ყლაპვა	ისმის წკლაპუნი. ყლაპვა მოყვება 10-12 წოვით მოძრაობას
ბავშვი კმაყოფილია, და მშვიდი დედა არ განიცდის ტკივილს	ბავშვი უკმაყოფილოა, ტირის დედა გრძნობს დვრილის ტკივილს
დედის ხელით ფიქსირებულია ბავშვის კეფა და კისერი	დედის ხელით ფიქსირებულია თხემის მიდამო
ბავშვის თავი, კისერი და სხეული ერთ ხაზზეა	ბავშვის თავი და სხეული არ არის ერთ სწორ ხაზზე, დედისკენ მიტრიალებულია მხოლოდ თავი

**რეკომენდაცია:**

სამედიცინო პერსონალმა დედას უნდა ასწავლოს ძუძუზე სწორი მოჭიდებისა და სწორი პოზიციის ნიშნები: (რეკომენდაცია D, მტკიცებულების დონე I, II);

D

ძუძუზე სწორი მოჭიდება მკვეთრად ამცირებს ღვრილების დაზიანების რისკს (მტკიცებულების დონე I, II)<sup>88,91</sup>;

I, II

ძუძუთი კვების პოზა ისე უნდა შეირჩეს, რომ ქალიც და ბავშვიც თავს კომფორტულად გრძნობდნენ<sup>81</sup>.



აკვნის პოზიცია



რაგბის ბურთის პოზიცია

პირველ დღეებში დედა ძუძუს აწოვებს მწოლიარე მდგომარეობაში, „გვერდზე წოლის“ პოზიციას ხშირად მიმართავენ ეპიზოტომიების, საკეისრო კვეთის შემდეგ ან ჰიპერგალაქტიის დროს. ძუძუთი კვება შესაძლებელია მჯდომარე მდგომარეობაშიც – „აკვნის“ ან „რაგბის ბურთის“ პოზიცია, ასეთი პოზიციის დროს მოსახეხებელია ბალიშის გამოყენება. „დათვის“ პოზიციას იყენებენ იმ შემთხვევაში თუ ბავშვს ხშირად აღენიშნება წამოქაფება – კვების დროს დედას ბავშვი ვერტიკალურად უჭირავს, ასეთი მდგომარეობა ხელს უწყობს კუჭის ადვილად დაცლას და წამოქაფების სიხშირის შემცირებას.

კვების დროს ბავშვი მთელი სხეულით უნდა ეკვროდეს დედას, მიბრუნებული იყოს მისკენ, ისე რომ ხედავდეს დედის სახეს და თვლებს. კვების პროცესში დედა არ უნდა დაიღალოს, არ უნდა დაეძაბოს კუნთები, შესაბამისად ისეთი პოზიცია უნდა შეარჩიოს, რომელშიც მაქსიმალურად მოხერხებულად იგრძნობს თავს.



გვერდზე წოლის პოზიცია



ზურგზე წოლის პოზიცია

## საწოვარა და ბოთლი

ძუძუთი კვების დროს არ არის მიზანშეწონილი საწოვარას და ბოთლის გამოყენება, განსაკუთრებით საწყის ეტაპზე, ვიდრე ბავშვს კარგად არ ჩამოუყალიბდება სწორი მოჭიდების ჩვევა. ვინაიდან ბოთლიდან წოვის პროცესში ბავშვი განსხვავებულად ეჭიდება საწოვარას, მისი ხშირი გამოყენების შემთხვევაში კი ვეღარ ახერხებს ძუძუზე სწორი მოჭიდების განხორციელებას (პირის აპარატის შესაბამისი კუნთების განვითარების შეფერხების გამო), რაც სერიოზულად აფერხებს ძუძუთი კვების წარმატებით განხორციელებას (რეკომენდაცია D)<sup>44,45,46</sup>.

D

- ბოთლიდან კვების გამოყენება ზრდის ძუძუზე უარის თქმის რისკს (მტკიცებულების დონე I, II)<sup>89</sup>.
- საწოვარას და სატყუარას სისტემატური გამოყენება ზრდის ძუძუთი კვების პრობლემების რისკს (მტკიცებულების დონე I, რეკომენდაცია A)<sup>89</sup>.
- სატყუარას სისტემატური გამოყენება ზრდის ოტიტის განვითარების რისკს (მტკიცებულების დონე II)<sup>89</sup>.

I, II

A

II

## კვების კორექცია

ინტენსიური ზრდისა და განვითარების გამო ბავშვს შესაძლებელია დასჭირდეს ზოგიერთი ვიტამინისა და მინერალური ნივთიერების დამატება. მიუხედავად იმისა, რომ ქალის რძე საუკეთესო საკვებია, სხვა მიკროელემენტებსა და ვიტამინებთან შედარებით ხშირია **K**, **D** ვიტამინების, აგრეთვე რკინის და ფთორის დეფიციტი.

**K** ვიტამინის ფიზიოლოგიური დეფიციტი ვითარდება სიცოცხლის პირველ დღეებში, რაც განპირობებულია ქალის რძეში მისი დაბალი შემცველობით, ხსენის მცირე როდენობით და ბავშვის ორგანიზმის უუნარობით მოახდინოს მოცემული ვიტამინის სინთეზი. აქედან გამომდინარე, ყველა ახალშობილს სამშობიარო სახლში ენიშნება **K** ვიტამინი. (იხ. გაიდლაინი „ახალშობილის მოვლა სამშობიარო სახლში“), რაც ამცირებს ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადების განვითარების რისკს.

**D** ვიტამინის ათვისება ქალის რძიდან საკმაოდ მაღალია, ამიტომ ავტორთა უმრავლესობა, ბუნებრივი კვების დროს, **D** ვიტამინის დეფიციტის ძირითად მიზეზად თვლის ინსოლაციის ნაკლებობას.

- შედარებით ნაკლები ინსოლაციის პირობებში, რაქიტის პრევენციის მიზნით, მიზანშეწონილია 6 თვის ასაკამდე **D** ვიტამინის მედიკამენტური ფორმის საპროფილაქტიკო დოზის (200-400 სე) გამოყენება (მტკიცებულების დონე III)<sup>28,82,145</sup>.
- რკინის დეფიციტი ჩვილს შესაძლებელია გამოუვლინდეს წლამდე ასაკში. პირველი თვეების განმავლობაში ბავშვი მოიხმარს ორსულობის ბოლო პერიოდში მის ორგანიზმში დეპონირებული რკინის მარაგს. ჩვეულებრივ, აღნიშნული მარაგის უტილიზაცია ხდება 4-6 თვის, ხოლო პათოლოგიური ორსულობის და დღენაკლულობის შემთხვევაში 2-3 თვის ასაკისთვის, რაც განაპირობებს ე.წ. ფიზიოლოგიური ანემიის განვითარებას. თუ რკინადეფიციტური მდგომარეობა გამოიხატება 6 თვემდე, მისი კორექცია რეკომენდებულია რკინის პრეპარატებით და არა საკვები დანამატებით. 6 თვის შემდეგ მიზანშეწონილია რაციონში რკინით მდიდარი პროდუქტების გამოყენება<sup>145</sup>.

III

იოდდეფიციტის ენდემურ კერებში შესაძლებელია ბავშვის, ისევე, როგორც დედის საკვებს დასჭირდეს იოდის დამატება.

**ფთორის დეფიციტი** განსაკუთრებით ხშირია ისეთ ადგილებში, სადაც არ ხდება სასმელი წყლის ფთორირება. მრავალ ქვეყანაში რეკომენდებულია ფთორის მინიმალური დოზით (0,25 მგ/ დღე-ღამეში) დანიშვნა 6 თვის ასაკის შემდეგ, თუ სასმელი წყალი შეიცავს 0,3 მგ/ლ-ზე ნაკლებ ფთორს. ამავე დროს დაუშვებელია მისი დანიშვნა პროფილაქტიკის მიზნით, თუ არ არის ცნობილი სასმელ წყალში ფთორის შემცველობა.

**კალციუმის და ფოსფორის დეფიციტის** შემთხვევაში ინიშნება მათი შემცველი პრეპარატები.

### **ძუძუთი კვების ეფექტურობის შეფასება**

ძუძუთი კვების წარმატებით განხორციელების ერთერთ აუცილებელ პირობას წარმოადგენს კვების ეფექტურობის შეფასება, რაც აუცილებლად უნდა განხორციელდეს როგორც სამშობიარო სახლის, ისე პირველადი ჯანდაცვის რგოლის სამედიცინო პერსონალმა. შეფასების შედეგები უნდა აისახოს სამედიცინო ისტორიაში (**რეკომენდაცია D, მტკიცებულების დონე II, III**)<sup>92</sup>.

D

### **ძუძუთი კვების ეფექტურობის შეფასების მეთოდები**

- ანამნეზის შეგროვება (დიურეზი, დეფეკაცია);
- კვების ტექნიკის შეფასება;
- წონის ნამატის შეფასება;
- დედის სარძევე ჯირკვლისა და დვრილის მდგომარობის შეფასება.

**სამშობიარო სახლი** – ძუძუთი კვებაზე დაკვირვება მიზანშეწონილია წარმოებდეს დღის განმავლობაში 1-2-ჯერ. ფასდება კვების ტექნიკა, ბავშვის წონა, შარდვის სიხშირე, ნაწლავთა მოქმედება, დედის სარძევე ჯირკვლის მდგომარეობა.

**პირველადი ჯანდაცვის რგოლი** - შეფასება უნდა განხორციელდეს პატრონაჟის ვიზიტების დროს. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს პირველ ვიზიტს, რომლის დროსაც გამოიყენება შეფასების ყველა მეთოდი. კვებასთან დაკავშირებული პრობლემების გამოვლენის შემთხვევაში შეფასება გრძელდება შემდეგ ვიზიტებზეც. შეფასების შედეგები უნდა დაფიქსირდეს ბავშვის სამედიცინო ისტორიაში.

### **1. ანამნეზი**

ანამნეზის შეგროვებისას განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა შემდეგ მაჩვენებლებს:

- კვების სიხშირე (ახალშობილი უნდა იკვებებოდეს 8-12-ჯერ, 6 თვემდე ჩვილი მინიმუმ 7-ჯერ 24 საათში) (**მტკიცებულების დონე II**)<sup>1,150,53,54</sup>;
- დიურეზი – პირველ დღეებში შესაძლებელია გამოვლინდეს შარდვის სიხშირის უფრო დაბალი მაჩვენებელი ფიზიოლოგიური ანუროის გამო. სიცოცხლის მესამე-მეოთხე დღიდან კი 24 საათში მინიმუმ 6-ჯერ, რაც მითითებს იმაზე, რომ ბავშვი იღებს საკმარისი რაოდენობით რძეს. (თუ იყენებენ პამპერს, შარდვის სიხშირის განსაზღვრისთვის რეკომენდებულია ბავშვს გახადონ პამპერსი და 24 საათის განმავლობაში დაითვალოს სველი საფენების რაოდენობა)<sup>1,92</sup>;

II

- დეფეკაციის სიხშირე და განავლის კონსისტენცია – პირველი 48 საათის შემდეგ სიხშირე უნდა იყოს 1-3 დღე-ღამეში, მე-4-5 დღისთვის განავალი ხდება მოყვითალო ფერის ფაფისებრი კონსისტენციის<sup>192</sup>;
- ახალშობილის ქცევა – კმაყოფილი და მშვიდი ყველა კვების შემდეგ;
- კვების საშუალო ხანგრძლივობა ხშირად არ უნდა აღემატებოდეს 40 წთ-ს<sup>81</sup>.

## 2. კვების ტექნიკის შეფასება

კვების ტექნიკის შეფასება ხორციელდება კვებაზე უშუალო დაკვირვებით (მტკიცებულების დონე I, II).

I, II

### ფასდება:

- ძუძუზე მოჭიდება (სწორი მოჭიდების ნიშნები);
- პოზიცია კვების დროს;
- რძის გადმოდინების რეფლექსი (რძის ნაკადის ინტენსივობის შეფასება დედასთან და ბავშვთან).

### ძუძუზე მოჭიდება (სწორი მოჭიდების ნიშნები):

- ფართოდ გაღებული პირი;
- გადმობრუნებული ტუჩები, რომლის ლორწოვანი გარსი ჩანს;
- ნიკაპი ებჯინება ძუძუს;
- არეოლას მეტი წილი ჩანს ბავშვის ზედა ტუჩიდან.

### კვების დროს სწორი პოზიციის ნიშნები:

- ბავშვის თავი და სხეული ერთ სწორ ხაზზეა;
- ბავშვი მთელი სხეულით მიბრუნებულია დედისკენ და ეკვრის მის სხეულს;
- დედა თავს კომფორტულად გრძნობს.

### რძის გადმოდინების რეფლექსი (ფასდება რძის ნაკადის ინტენსივობა)

რძის ნაკადის ინტენსივობის შეფასება დედასთან (რეკომენდაცია D)<sup>92</sup>:

D

- რძის გადმოსვლის შეგრძნება, რომელიც არ არის მტკივნეული;
- მშობიარობის შემდეგ პირველი დღეების განმავლობაში მუცლის ტკივილი, რაც განპირობებულია საშვილოსნოს შეკუმშვით;
- კვების დროს რძის გადმოდინება მეორე ძუძუდან;
- დედის წყურვილის შეგრძნება ბავშვის კვების პროცესში;
- რელაქსაცია და ძილიანობა კვების შემდეგ;
- მკერდის დარბილება კვების შემდეგ (მტკიცებულების დონე II);

II

რძის ნაკადის ინტენსივობის შეფასება ბავშვთან (რეკომენდაცია D)<sup>92</sup>

D

- წოვისა და ყლაპვის ხმა;
- 1-2 წოვით მოძრაობას მოყვება ყლაპვა;
- სველი რძიანი პირი;
- წოვის დროს მოშვებული სხეული.

## 3. წონის შეფასება (რეკომენდაცია D)<sup>92</sup>:

D

- ახალშობილისა და ჩვილის ნორმალური წონის მაჩვენებლებია:
- სამშობიარო სახლში წონის დანაკარგი 7-10%-ზე ნაკლები <sup>25,94</sup>;
  - წონაში კლების შეჩერება სიცოცხლის მესამე დღიდან;
  - წონაში მატების დაწყება სიცოცხლის მეხუთე დღიდან;

- დაბადების წონის აღდგენა სიცოცხლის მე-10-14 დღეს;
- მე-10-14 დღის შემდეგ – წონის საშუალო ნამატი
  - მინიმუმ 500 გ პირველ თვეში;
  - შემდეგ 125-250გ კვირაში (დეტალური ინფორმაციისთვის იხ. გაიდლაინი ბავშვის ფიზიკური განვითარება).

**4. სარძევე ჯირკვლისა და ღვრილის მდგომარეობა (რეკომენდაცია D)<sup>92</sup>:**



ფასდება:

- ნახეთქების არსებობა ღვრილზე;
- ჰერპესული გამონაყარი ღვრილზე;
- ღვრილის კანდიდოზური ინფექცია;
- სარძევე ჯირკვლის გაჯირჯვება;
- გამკვრივებული უბნის არსებობა სარძევე ჯირკვალში;
- სარძევე ჯირკვლის ჰიპერემია.

კვების შეფასება შესაძლებლობას იძლევა დადგინდეს ძუძუთი კვების ეფექტურობა და დროულად მოხდეს ძუძუთი კვების პრობლემების იდენტიფიცირება.

თუ კვება ეფექტურია, უნდა გაგრძელდეს დინამიური დაკვირვება და ჩატარდეს შესაბამისი კონსულტირება გეგმური ვიზიტის დროს.

არაეფექტურ ძუძუთი კვებაზე მიუთითებს შემდეგი ნიშნების არსებობა (რეკომენდაცია D)<sup>92</sup>:



- სიცოცხლის პირველი 3-4 დღის შემდეგ შარდვის სისშირე ნაკლები 6-ზე 24 საათის განმავლობაში;
- არ ისმის ყლაპვის ხმა წოვის დროს;
- ბავშვი მუდმივად მშვიდია და ვერ კმაყოფილდება;
- ბავშვი იშვიათად ტირის, არ ითხოვს საკვებს 4-6 საათის განმავლობაში;
- ახლშობილებში კვებათა სისშირე ნაკლები 8-ზე, ჩვილებში-7-ზე;
- თითქმის ყველა კვება გრძელდება 45 წთ-ზე დიდხანს;
- გამოხატული ყაბზობა, მკვრივი კონსისტენციის, მუქი ფერის განავლით;
- წონის ნამატის შეჩერება ან ნორმაზე მცირე ნამატი (ნორმაზე მცირე ნამატი შეიძლება გამოწვეული იყოს ჯვების ტექნიკის დარღვევით, როდესაც ბავშვი არ ცლის ძუძუს ბოლომდე და იღებს მხოლოდ წინა რძეს).

არაეფექტური ძუძუთი კვების დროს, საჭიროა არსებული პრობლემის გამოვლენა, დედის კონსულტირება და განმეორებითი ვიზიტის დაგეგმვა (2-3 დღეში).

თუ ჩვილი საერთოდ ვერ წოვს ძუძუს ან აღენიშნება ხშირი ღებინება, აუცილებელია მისი დაუყოვნებლივ გადაგზავნა სტაციონარში.

**ძუძუთი კვების უკუჩვენებები და დაბრკოლებები**

ძუძუთი კვების უკუჩვენება – შეიძლება იყოს დედისმხრივი და ბავშვისმხრივი, აბსოლუტური და დროებითი.

## ძუძუთი კვების დედისმხრივი უკუჩვენება

### აბსოლუტური

- შიდსი - არსებობს შეძენილი იმუნოდეფიციტის ვირუსის რძით გადაცემის ალბათობა. შიდსით დაავადებულმა დედამ არ უნდა კვებოს ბავშვი ძუძუთი, თუ შესაძლებელია უსაფრთხო ალტერნატიული საკვების გამოყენება. თუ ასეთი შესაძლებლობა არ არსებობს შიდსით დაავადებული დედის რძის გამოყენება შეიძლება პასტერიზაციის შემდეგ (იხ. თავი ძუძუთი კვება და აივ/შიდსი (მტკიცებულების დონე I,II,III)<sup>95,96</sup>. I,II,
- ადამიანის T-ლიმფოტროპულ (TLV-1) ვირუსზე სეროპოზიტიური დედა - ასეთ შემთხვევაში დასაშვებია დედის რძის გამოყენება, მხოლოდ მისი გაყინვა-გაღვარების შემდეგ, ვინაიდან ამ პროცესით ხდება TLV-1 ვირუსის გაუვნებელყოფა (მტკიცებულების დონე II)<sup>97,98</sup>. II

### დროებითი

- ზოგიერთი მედიკამენტის მიღება - ციტოსტატიკებით, რადიაქტიური პრეპარატებით თერაპიის შემთხვევაში კვება წყდება მანამ, სანამ დედის სხეულიდან არ მოხდება მედიკამენტის ელიმინაცია (მტკიცებულების დონე III)<sup>1,100,101</sup>. III
- დვრილების ჰერპესული დაზიანება – დროებით უნდა შეწყდეს კვება დაზიანებული მკერდიდან.
- სარძევე ჯირკვლის აბსცესი - დროებით უნდა შეწყდეს კვება დაზიანებული მკერდიდან.
- ნარკომანი დედა (მტკიცებულების დონე III)<sup>104</sup>. III

ტუბერკულოზის ღია ფორმის დროს უკუნაჩვენებია კონტაქტი დედასა და ბავშვს შორის, ვიდრე დედას არ ჩაუტარდება მკურნალობის სრული კურსი. ახალშობილს უნდა ჩაუტარდეს იმუნიზაცია და პროფილაქტიკური მკურნალობა. ინფექცია არ გადადის რძით, ამიტომ ბავშვი უნდა იკვებებოდეს დედის გამოწვეული რძით (მტკიცებულების დონე III)<sup>99</sup>. III

დედის ზოგიერთი მდგომარეობა არასწორად ითვლება ძუძუთი კვების უკუჩვენებად. მათ შორის:

- დედის ცხელება;
- B და C ჰეპატიტი, ციტომეგალოვირუსული ინფექცია;
  - თუ დედა C ჰეპატიტითაა დაინფიცირებული, მიზანშეწონილია თავი შეიკავოს ძუძუთი კვებისაგან, თუ აღენიშნება დვრილის ნახეთქები და სისხლდენა<sup>108</sup>;
  - თუ დედა B ჰეპატიტითაა ინფიცირებული, ახალშობილს დაბადებიდან 12 საათში უკეთდება B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო იმუნოგლობულინი და იმუნიზაცია და დაცულია ინფექციისაგან და ჩვეულებრივად ხორციელდება ძუძუთი კვება.
- დედის ვირუსული ან ბაქტერიული ინფექცი;
- თამბაქოს მოხმარება
  - თამბაქო იწვევს ლაქტაციის შემცირებას. მწვეველი ქალი უნდა ეცადოს არ მოწიოს ან შეამციროს თამბაქოს მოხმარება ორსულობისა და ძუძუთი კვების პერიოდში. მაგრამ თუ ქალი აგრძელებს მოწევას, მისი რძე მაინც საუკეთესო საკვებია ბავშვისთვის. დედამ არ მოწიოს, როდესაც ბავშვი ხელში უჭირავს (მტკიცებულების დონე II)<sup>103,104</sup>; II



- ალკოჰოლის გამოყენება დასაშვებია იშვითად, მცირე რაოდენობით (მტკიცებულების დონე II)<sup>107</sup>.

II

**ძუძუთი კვების ბავშვისმხრივი უკუჩვენება**

ბავშვის მხრივ ძუძუთი კვების აბსოლუტურ უკუჩვენებას წარმოადგენს სხვადასხვა ტიპის ფერმენტოპათია (მტკიცებულების დონე II, III)<sup>109</sup>:

II, III

- ფენილკეტონურია
- გალაქტოზემია
- ლეიციურია (ნეკერჩხლის სიროფის დაავადება)

**რეკომენდაცია:**

სამედიცინო პერსონალმა უნდა მოახდინოს ძუძუთი კვების უკუჩვენებების იდენტიფიცირება, ურჩიოს მშობლებს არ განახორციელოს ძუძუთი კვება და შეურჩიოს ბავშვს ალტერნატიული, უსაფრთხო საკვები. (რეკომენდაციის ხარისხი - D)<sup>45</sup>

D

ძუძუთი კვების დაბრკოლებას წარმოადგენს ბავშვის ზოგიერთი მდგომარეობა (მტკიცებულების დონე II, III)<sup>25,110</sup>.

II

- ღრმა დღენაკლულობა (წოვისა და ყლაპვის რეფლექსების არარსებობა);
- ენის ლაგამი;
- ტუჩის დეფექტი – ე.წ. “კურდღლის ტუჩი”;
- სასის ნაპრალი – ე.წ. “მგლის ხახა”.

**ძუძუს წოვის უკუჩვენება:**

- მძიმე ნევროლოგიური დაზიანება (სამშობიარო ტრავმა, ქალასშიგა სისხლჩაქცევა);
- მკვეთრად გამოხატული რესპირაციული დისტრესი;
- გულის მძიმე თანდაყოლილი მანკი.

ამ დროს უკუჩვენებია წოვა და არა დედის რძე. ამიტომ მიზანშეწონილია ბავშვის კვება გამოწვეული რძით. კვება ჩვენების მიხედვით უნდა განხორციელდეს კოვზის ან ზონდის საშუალებით (არ შეიძლება ბოთლიდან კვება).

**ძუძუთი კვების მართვა პრობლემების დროს**

სამედიცინო პერსონალს უნდა შეეძლოს ძუძუთი კვების პრობლემების დროული გამოვლენა და ძუძუთი კვების სწორი მართვა.

მედიკოსონალის მიერ ძუძუთი კვების პრობლემების დაგვიანებული იდენტიფიცირება, დედის ინფორმირებულობის დაბალი დონე და პრობლემის მართვის არასწორი მეთოდების გამოყენება ხშირად ძუძუთი კვების შეწყვეტის მიზეზი ხდება (მტკიცებულების დონე I, II)<sup>111,112</sup>.

I, II

## ბრტყელი და ჩაბრუნებული დვრილები

### დეფინიცია

**ბრტყელი დვრილი** – გადასწორებულია და არ სცილდება არეოლას ზედაპირს.

**ჩაბრუნებული დვრილი** – ჩაზნექილია არეოლას ზედაპირიდან ქვემოთ. განარჩევენ არაჭეშმარიტად და ჭეშმარიტად ჩაბრუნებულ დვრილს.

- **არაჭეშმარიტად ჩაბრუნებული დვრილი** წვევადია, არეოლას გაღიზიანებით და დვრილის წვევადობის ვარჯიშით იგი ადვილად სწორდება და არეოლას ზემოთ ამოდის. თუ დვრილი წვევადია, იგი არ წარმოადგენს დაბრკოლებას ძუძუთი კვების განხორციელებისთვის;
- **ჭეშმარიტად ჩაბრუნებული დვრილი** არ არის წვევადი, არეოლას გაღიზიანებით და წვევადობის ვარჯიშით არ სწორდება, წარმოადგენს სერიოზულ დაბრკოლებას ძუძუთი კვების განხორციელებისთვის.

### მართვა:

#### ბრტყელი და არაჭეშმარიტად ჩაბრუნებული დვრილი

##### აუცილებელია

- დახმარების აღმოჩენა მშობიარობიდან 1 საათის განმავლობაში პირველი მოჭიდების დროს<sup>91</sup>;
- დედის დარწმუნება, რომ იგი შეძლებს ძუძუთი კვების ეფექტურად განხორციელებას, თუ ბავშვი სწორად მოეჭიდება ძუძუს. ბავშვი ეჭიდება არეოლას და არა დვრილს (**მტკიცებულების დონე I**)<sup>91</sup>;
- ძუძუზე მოჭიდების განხორციელებამდე დვრილის გაღიზიანება და წინ წამოწევა (დვრილის დამუშავება ორი ან სამი თითით). ამ მიზნით შესაძლებელია რძის გამოსაწველი საშუალებების გამოყენება (იხ. ნახ.1), ეფექტურია წოვის პროცესში სპეციალური დვრილის საფარის გამოყენება;
- ბავშვის ძუძუზე სწორი მოჭიდების უზრუნველყოფა (**მტკიცებულების დონე II**)<sup>111,112</sup>;
- დედისთვის კონსულტირების გაწევა და დვრილის წვევადობის ვარჯიშის სწავლება;
- დედისთვის ბავშვის კვების სხვადასხვა პოზიციის შერჩევა, მაგ. ”რაგბის ბურთის” პოზიცია<sup>102</sup>;
- საჭიროების შემთხვევაში ბავშვის კვება გამოწვევლილი რძით ფინჯანით ან კოვზით.



ნახ. 1

## ჭემმარიტად ჩაბრუნებული დვრილი

- ჭემმარიტად ჩაბრუნებული დვრილის არსებობის დროს აუცილებელია ბავშვის კვება გამოწვევლილი რძით, ვინაიდან ბავშვი ვერ ეჭიდება არეოლას და ვერ გამოწვავს რძის საჭირო რაოდენობას;
- თუ რძის გამოწველა ვერ ხერხდება ბავშვს უნდა შესთავაზონ ალტერნატიული საკვები;

ბრტყელი და ჩაბრუნებული დვრილების წინასწარ დამუშავება და დვრილის წვეადობის ვარჯიში ანტენატალურ პერიოდში არ არის რეკომენდებული. დვრილის გაღიზიანება იწვევს ოქსიტოცინის გამომუშავების გაძლიერებას და შესაძლოა ნაადრევი მშობიარობის მიზეზი გახდეს. (მტკიცებულების დონე II)<sup>25</sup>.

II

## დვრილის წვეადობის ვარჯიში

დვრილის წვეადობის ვარჯიშის რამდენიმე მარტივი მეთოდი არსებობს: ვარჯიშის დაწყებამდე თითების ნაზი მოძრაობით არეოლას გარშემო ხდება დვრილის გაღიზიანება. დედა დვრილს კიდებს ხელს საჩვენებელი, ცერა და შუა თითით და წინ გამოსწევს, შემდეგ უშვებს ხელს და დვრილი უბრუნდება საწყის მდგომარეობას. ასეთი მოძრაობა დაახლოებით 8-10-ჯერ მაინც უნდა შესრულდეს დღის განმავლობაში. იგივე სისწორით შესაძლებელია მეორე ვარჯიშის შესრულება. დედა თითებს შორის ათავსებს დვრილს, ოდნავ წინ გამოსწევს და ასრულებს ნახევრად ბრუნვით მოძრაობას მორიგეობით – მარჯვნივ და მარცხნივ, ისე თითქოს ფანქარს ატრიალებს ხელში. ვარჯიშის შესრულება შესაძლებელია ორივე სარძევე ჯირკვალზე ერთდროულად ან მორიგეობით.

## სარძევე ჯირკვლის ბამკვრივება

### დეფინიცია:

სარძევე ჯირკვლის გამკვრივება ძუძუს გაჯირჯვება და შეშუპებაა, რომელიც განპირობებულია სარძევე ჯირკვლის რძით გადავსებით, უხშირესად ვლინდება მშობიარობიდან პირველი კვირის განმავლობაში.

### მიზეზები:

- რძის ჭარბი პროდუქცია;
- ძუძუთი კვების დაგვიანებული დაწყება (მტკიცებულების დონე I)<sup>91</sup>;
- ბავშვის არასწორი მოჭიდება (მტკიცებულების დონე I)<sup>91</sup>;
- იშვიათი, საათობრივი კვება;
- ძუძუს არასრული დაცლა.

I

I

### კლინიკური სიმპტომები:

- ტკივილი, შეშუპება;
- გამკვრივება, სიმძიმის შეგრძნება;
- რძის ნაკადის ინტენსივობის შემცირება;
- იშვიათად ტემპერატურული რეაქცია.

## მართვა

### სამედიცინო პერსონალმა უნდა შეძლოს:

- დედისთვის ბავშვის კვების სწორი პოზიციის შერჩევა (მტკიცებულების დონე I)<sup>93</sup>. I
- ბავშვის ხშირი მოთხოვნილებითი კვების უზრუნველყოფა (მტკიცებულების დონე I)<sup>50,53,54,113</sup>. I
- კვების დაწყებამდე ძუძუდან რძის მცირე რაოდენობის გამოწველა, ბავშვის ძუძუზე უკეთ მოჭიდების უზრუნველსაყოფად (მტკიცებულების დონე II)<sup>114,217</sup>. II
- კვების დაწყებამდე სარძევე ჯირკვალზე თბილი საფენის დადება (10-15 წთ), კისრის მიდამოს და სარძევე ჯირკვლის მსუბუქი მასაჟი (ზემოდან ქვემო მიმართულებით, არ არის რეკომენდებული მასაჟის დროს არეოლას გაღიზიანება); კვების შემდეგ სარძევე ჯირკვალზე ცივი საფენის გამოყენება 10-15 წთ (მტკიცებულების დონე II)<sup>115,214</sup>. II
- შესაძლებელია დაზიანებულ სარძევე ჯირკვალზე კომბოსტოს საფენის გამოყენება (მტკიცებულების დონე I, II)<sup>115-117</sup>. I,II

## პროფილაქტიკა

სარძევე ჯირკვლის გამკვრივების პროფილაქტიკაა ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება, კვების თავისუფალი რეჟიმი, ძუძუს ბოლომდე დაცლა და სწორი მოჭიდების უზრუნველყოფა.

## მასტიტი

### დეფინიცია

მასტიტი – სარძევე ჯირკვალის ერთი ან რამდენიმე ალვეოლის და სადინარის ანთება.

### მიზეზები:

დადასტურებულია მასტიტის გამომწვევი 2 ძირითადი მიზეზი<sup>88,118</sup>:

- რძის შეგუბება
- და
- ინფიცირება

### რძის შეგუბებას განაპირობებს:

- სარძევე ჯირკვლის არასრული დაცლა;
- იშვიათი, საათობრივი კვება (მტკიცებულების დონე II)<sup>60,90,113</sup>. II
- ძუძუზე არასწორი მოჭიდება და კვების დროს არასწორი პოზიცია (მტკიცებულების დონე II)<sup>119</sup>. II
- კვების დროს ტანსაცმლის ან თითების ზეწოლით გამოწვეული სადინრის დახშობა;
- რძის ნაკადის ინტენსივობის შეფერხება სტრესის, გადაჭარბებული ფიზიკური და ფსიქოლოგიური დატვირთვის დროს.

## ინფიცირება

დვრილზე არსებული ნახეთქები ხშირად ხდება სარძევე ჯირკვალში ინფექციის შეჭრის მიზეზი<sup>60,63</sup>. მასტიტის გამომწვევ მიკროორგანიზმებს ძირითადად მიეკუთვნება (მტკიცებულების დონე - II)<sup>120</sup>

II

- Staphylococcus aureus<sup>88,122,123,124,126</sup>;
- Escherichia coli<sup>21</sup>;
- Streptococcus<sup>3,21,88,125,126</sup>.

## კლინიკური სიმპტომები

- სარძევე ჯირკვლის რომელიმე უბნის გამკვრივება;
- ტკივილი;
- შეწითლება;
- დაზიანებული უბნის კანის სიმსურვალი;
- ტემპერატურული რეაქცია;
- შემცივნება;
- ზოგადი სისუსტე;
- ჰიპოგალაქტია.

შემცივნება, ტემპერატურის მომატება, ზოგადი სისუსტე მიუთითებს ინფექციური მასტიტის არსებობაზე.

## მართვა

*მკურნალობის ძირითადი პრინციპებია:*

- სარძევე ჯირკვლის დაცლა;
- საჭიროების შემთხვევაში ანტიბიოტიკოთერაპია;
- სიმპტომური თერაპია.

## რძის შეგუბებით გამოწვეული მასტიტის მართვა

- ხშირი კვება, სარძევე ჯირკვლის ბოლომდე დაცლა (მტკიცებულების დონე I, II)<sup>50,113</sup>; I,II
- კვების სწორი პოზიციის შერჩევა - სხვადასხვა პოზიცია კვების ხელს უწყობს ძუძუს თანაბარზომიერ დაცლას<sup>32</sup>. მიზანშეწონილია შეირჩეს ისეთი პოზიცია, რომ ბავშვის ნიკაპი და ქვედა ყბა მოექცეს დაზიანებული უბნის მხარეს (მტკიცებულების დონე I, II)<sup>91,119</sup>; I,II
- კვების დაწყება ჯანმრთელი მკერდიდან, განსაკუთრებით ტკივილის შემთხვევაში;
- კვების დამთავრების შემდეგ ძუძუს გამოწველა (მტკიცებულების დონე I,III)<sup>58</sup>. I,III

## ინფექციური მასტიტის მართვა

ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყება რეკომენდებულია<sup>63,124,127,128</sup>, თუ გამოხატულია

- სარძევე ჯირკვლის მკვეთრი შეწითლება;
- ტკივილი (მტკიცებულების დონე II); II
- დვრილზე აღინიშნება ნახეთქები, საიდანაც შესაძლებელია ინფექციის შეჭრა;
- ტემპერატურული რეაქცია და შემცივნება;

- მიძიმე ზოგადი მდგომარეობა (მტკიცებულების დონე I, II, III)<sup>128,129</sup>.

I,II

ანტიბიოტიკის შერჩევა ეფუძნება ძირითადი გამომწვევების მგრძობელობას

ანტიბიოტიკი	დოზა
ერიტრომიცინი <sup>5,23,36,163,130,132</sup>	250-500 მგ 6 სთ-ში ერთხელ
ამოქსიცილინი <sup>94,131</sup>	250-500 მგ 8 სთ-ში ერთხელ
ცეფალექსინი <sup>5,23,36,50,122,163,130,132,136</sup>	250-500 მგ 6 სთ-ში ერთხელ

ანტიბიოტიკოთერაპიის კურსი გრძელდება 7-10 დღე, მიუხედავად იმისა, რომ ერთ ან ორ დღეში მდგომარეობა შეიძლება გაუმჯობესდეს. თუ ანტიბიოტიკოთერაპია ტარდება მოკლევადიანი კურსით მაღალია მასტიტის კლინიკური ნიშნების განმეორების რისკი<sup>32</sup>. თუ ანტიბიოტიკების მიღებიდან 2 დღეში მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, უნდა გამოირიცხოს აბსცესის არსებობა.

**სიმპტომური მკურნალობა**

- პარაცეტამოლი - ყოველ 6 სთ-ში ერთხელ მაღალი ტემპერატურისა და ტკივილის გაყუჩების მიზნით (მტკიცებულების დონე I, II)
- იბუპროფენი, როგორც ტკივილგამაყუჩებელი, ისე ანთების სააწინააღმდეგო საშუალება (დაუშვებელია სხვა ანთების სააწინააღმდეგო პრეპარატების გამოყენება)

I,II

**პრობლემის ეფექტური მართვის აუცილებელი კომპონენტებია:**

- დედის თავისუფალი ტანსაცმლის გამოყენება;
- კვების ან გამოწვევის წინ ძუძუს დაზიანებულ უბანზე თბილი საფენის დადება 10-15 წთ<sup>32,131,135</sup>. თბილი საფენის გამოყენება არ არის რეკომენდებული, თუ რძე თავისუფლად მოდის (მტკიცებულების დონე II)<sup>127</sup>;
- კვების დამთავრების შემდეგ გრილი საფენის გამოყენება ტკივილის შემცირების მიზნით. დაზიანებულ სარძევე ჯირკვალზე დასაშვებია კომბოსტოს საფენის დადება (მტკიცებულების დონე I, II)<sup>117,127</sup>;
- კვების დროს დაზიანებული უბნის მსუბუქი მასაჟი, ზემოდან ქვემო მიმართულებით. არ არის რეკომენდებული მასაჟის დროს არეოლას გაღიზიანება<sup>130,135</sup>.

II

I,II

**რეკომენდაცია<sup>32,131</sup>:**

აუცილებელია ინფექციური მასტიტის დიფერენცირება აბსცესისაგან, რომლის კლინიკური ნიშნები ინფექციური მასტიტის იდენტურია. აბსცესის დამადასტურებელ ინდიკატორად გამოიყენება ბამბის ან საშრობი ქაღალდის ზედაპირზე დარჩენილი ყვითელი ლაქა, გამოწვევლილი რძის დაწვეთების შემდეგ. აბსცესი წარმოადგენს ძუძუთი კვების დროებით უკუჩვენებას. აბსცესის შემთხვევაში აუცილებელია რეფერალი ქირურგთან აბსცესის დრენირება და ანტიბიოტიკოთერაპია.

## მასტიტის პროფილაქტიკა

- ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება;
- კვების თავისუფალი რეჟიმი;
- ძუძუს ბოლომდე დაცლა;
- სწორი მოჭიდების უზრუნველყოფა.

## ღვრილის ანთეზა, ნახეთქი

### დეფინიცია

**ღვრილის ნახეთქი** არეოლას და ღვრილის კანის ზედაპირის მთლიანობის დარღვევაა, რომელიც უსშირესად ვლინდება მშობიარობიდან პირველი კვირის განმავლობაში და სერიოზულ პრობლემას ქმნის ძუძუთი კვების განხორციელებისთვის.

ძუძუთი კვების დაწყების პირველ დღეებში დედების უმრავლესობას აღენიშნება ღვრილის სუსტი ტკივილი, რომელიც არ არის დაკავშირებული ნახეთქის არსებობასთან (**მტკიცებულების დონე II**)<sup>91</sup>.

II

### მიზეზები:

- ბავშვის ძუძუზე არასწორი მოჭიდება<sup>91</sup> (**მტკიცებულების დონე I**);
- დედის მჭიდრო ტანსაცმელი სარძევე ჯირკვლის მიდამოში;
- ანტიეპტიკური ხსნარების და მალამოების გამოყენება ღვრილისა და არეოლას დამუშავების მიზნით;
- საპნის ხშირი გამოყენება ღვრილისა და არეოლას დამუშავების მიზნით (ყველა კვების წინ);
- ღვრილისა და ბავშვის პირის ღრუს კანდიდოზური ინფექცია (**მტკიცებულების დონე II**)<sup>91,120</sup>.

I

II

### კლინიკური ნიშნები

- ღვრილისა და არეოლას ზედაპირის მთლიანობის დარღვევა;
- სიხლდენა ნახეთქიდან;
- ტკივილი.

### მართვა:

- ძუძუზე სწორი მოჭიდების უზრუნველყოფა (**მტკიცებულების დონე II**);
- ბავშვის სწორ პოზიციაში კვება (**მტკიცებულების დონე II**)<sup>119</sup>;
- ანტიეპტიკური ხსნარების, ლოსიონების და მალამოების გამოყენების შეზღუდვა (**მტკიცებულების დონე II**);
- საპნის გამოყენება მხოლოდ ზოგადი ჰიგიენური აბაზანის დროს (**მტკიცებულების დონე III**)<sup>137</sup>;
- გალაქტორეის შემთხვევაში რძის მიმღების (ხუფი) ხმარება (**მტკიცებულების დონე II**)<sup>137</sup>;
- კვების შემდეგ ღვრილსა და არეოლაზე გამოწვევლილი რძის წასმა და მისი ჰაერზე შეშრობა;
- თბილი წყლის ან ჩაის კომპრესის გამოყენება ღვრილზე ტკივილის შესამცირებლად (**მტკიცებულების დონე II**)<sup>137</sup>;

II

II

III

II

- პროფილაქტიკის ან მკურნალობის მიზნით არ არის რეკომენდებული სარძევე ჯირკვალზე მალამოების, საპნის, სპირტის და სხვა ანტისეპტიკური ხსნარების გამოყენება (რეკომენდაცია D)<sup>25</sup>.



## რძიანა და ღვრილის კანდიდოზური ინფექცია

### დეფინიცია

რძიანა და ღვრილის კანდიდოზური ინფექცია გამოწვეულია **candida-ს** მიკრობით და შერწყმულია ბავშვის პირის ლორწოვანის კანდიდოზურ ინფექციასთან (რძიანა).

### სიმპტომები<sup>120</sup>

#### დედასთან დაკავშირებული

- ღვრილისა და არეოლას კანის ზედაპირის შეწითლება, პრიალი, მთლიანობის დარღვევა;
- ღვრილის ქავილი, ტკივილი.

#### ბავშვთან დაკავშირებული

- თეთრი ფერის ნადები პირის, ლოყების, ენის ლორწოვან გარსებზე;
- ჭირვეულობა;
- ძუძუზე უარის თქმა.

### მართვა

#### დედის მკურნალობა

- ღვრილების დამუშავება გენციანვიოლეტის 0,5%-იანი ხსნარით, დღეში 2-ჯერ დაავადების ნიშნების გაქრობამდე;
- დაავადების სიმპტომების გაქრობის შემდეგ დღეგამოშვებით 6-7 დღის განმავლობაში;
- ღვრილის დამუშავება ნისტატინის მალამოთი 100.000/გ დღეში ოთხჯერ ძუძუთი კვების შემდეგ. მალამოს გამოყენება მიზანშეწონილია გაგრძელდეს დაავადების ნიშნების გაქრობიდან კიდევ 7 დღის განმავლობაში<sup>44,45,46</sup>.

#### ბავშვის მკურნალობა

- პირის დამუშავება 0,25%-იან გენციანვიოლეტის ხსნარით დღეში 2-ჯერ 5 დღის (არანაკლებ 3 დღის) განმავლობაში;
- 100.000/გ ნისტატინის სუსპენზიის პირში ჩაწვეთვა 1 მლ. ოდენობით ოთხჯერ დღეში ჭამის შემდეგ 7-10 დღე.

### რეკომენდაცია:

პროფილაქტიკის მიზნით აუცილებელია დედასთან და ბავშვთან ჰიგიენის წესების დაცვა, უნდა შეწყდეს სატყუარას, საწოვრების და ღვრილის ხუფების გამოყენება<sup>44,45,46</sup>.



## ჰიპოგალაქტია

### დეფინიცია

ჰიპოგალაქტია რძის ნაკლებობაა, განარჩევენ “ჭეშმარიტ” და “ცრუ” ჰიპოგალაქტიას.

- “ცრუ” ჰიპოგალაქტია უხშირესად ვლინდება სიცოცხლის მე-3-4 დღეს, მე-3-4 კვირას და მე-3-4 თვეს, ეგრეთწოდებულ “კრიტიკული პერიოდებში”, როდესაც ბავშვის მოთხოვნილება საკვებზე იზრდება, რაც განპირობებულია მისი ასაკისა და წონის მატებით. ამ პერიოდში ბავშვი იწყებს შედარებით ხშირ კვებას, რაც დედას უქმნის რძის ნაკლებობის შთაბეჭდილებას. კრიტიკულ პერიოდებში ბავშვის ხშირი კვება ძუძუთი კვების გახანგრძლივების აუცილებელი პირობაა (მტკიცებულების დონე II, III). ამ დროს არ არის რეკომენდებული საკვების შემატება.
- „ჭეშმარიტი” ჰიპოგალაქტია - გამოხატულია რძის ნაკლებობის სარწმუნო ნიშნები.

II,III

### ჭეშმარიტი ჰიპოგალაქტიის მიზეზები (მტკიცებულების დონე I)<sup>1</sup>:

- კვების დაგვიანებული დაწყება;
- იშვიათი, ხანმოკლე ან საათობრივი ძუძუთი კვება;
- ძუძუზე არასწორი მოჭიდება და არასწორი პოზიცია;
- ბოთლიდან კვება;
- ენის მოკლე ლაგამი;
- დედის ფსიქოლოგიური ფაქტორი - რწმენის უკმარისობა, სტრესი, გადაღლა;
- დედაზე ზოგიერთი მავნე ფაქტორის გავლენა – ალკოჰოლი, მოწევა, ჩასახვის საწინააღმდეგო აბები, დიურეტიკები, ძლიერი გამოფიტვა.

I

### კლინიკური ნიშნები

#### სარწმუნო ნიშნები

- მცირე რაოდენობით კონცენტრირებული შარდის გამოყოფა (შარდვა 6-ჯერ-ზე ნაკლები 24 სთ);
- წონის მცირე ნამატი (500 გ-ზე ნაკლები თვეში, ან 125 გ-ზე ნაკლები კვირაში) (მტკიცებულების დონე I, II)<sup>68,135</sup>;
- გაიშვიათებული ნაწლავთა მოქმედება, მუქი ფერის, მკვრივი კონსისტენციის განავლით (მტკიცებულების დონე I, II)<sup>32</sup>.

I,II

I,II

#### არასარწმუნო ნიშნები

- ბავშვი ვერ კმაყოფილდება კვების შემდეგ, ხშირად ითხოვს ძუძუს და ტირის;
- ბავშვი უარს ამბობს ძუძუზე;
- გამოწველისას რძე არ გამოდის.

### მართვა

სამედიცინო პერსონალმა პრობლემის მართვამდე უნდა დაადგინოს ჰიპოგალაქტია ჭეშმარიტია, თუ არაჭეშმარიტი. გაარკვიოს რძის ნაკლებობის შესაძლო მიზეზი. რეკომენდებულია კვების ეფექტურობის შეფასების მეთოდების გამოყენება (იხ. კვების ეფექტურობის შეფასება).

#### მართვის ძირითადი პრინციპები:

- ხშირი ძუძუთი კვების უზრუნველყოფა (8-12 ჯერ 24 სთ-ში),

(მტკიცებულების დონე III)<sup>29,32</sup>.

III

- სარძევე ჯირკვლის ბოლომდე დაცვა; სარძევე ჯირკვლის გამოწვეულა ყველა კვების შემდეგ, გამოწვევლილი რძით ბავშვის კვება კოვზით ან ჭიქით (მტკიცებულების დონე II, III)<sup>50</sup>; II,III
- პერიოდულად (დღეში რამდენჯერმე) კანი კანთან კონტაქტის განხორციელება (რეკომენდაცია B); B
- ღამით კვების ძუძუთი კვების უზრუნველყოფა (რეკომენდაცია B);
- კვების სწორი პოზიციის შერჩევა (მტკიცებულების დონე D)<sup>91</sup>;
- დედის რაციონალური კვების უზრუნველყოფა, სითხეების მიღება მოთხოვნილების შესაბამისად, გაძლიერებული წყურვილის გრძნობის დასაკმაყოფილებლად. სითხის მიღება დასაშვებია ბავშვის კვების პროცესშიც (მტკიცებულების დონე D)<sup>49</sup>; I
- დედისთვის სტრესული სიტუაციის თავის არიდება, ხშირი დასვენება.

რძის “მომყვანი” საშუალებების გამოყენებას არ აქვს გავლენა რძის პროდუქციაზე (რეკომენდაცია B). თუ დედა დარწმუნებულია “რძის მომყვანი” საშუალებების ეფექტურობაში და მოცემული საშუალება უსაფრთხოა, მიზანშეწონილია მისი გამოყენება დედის დადებითი ფსიქოლოგიური განწყობის ჩამოსაყალიბებლად. B

ჭეშმარიტი ჰიპოგალაქტიის შემთხვევაში, შესაძლებელია საჭირო გახდეს ალტერნატიული საკვების დროებით შემატება ლაქტაციის აღდგენამდე. თუ მართვის ყველა მეთოდის გამოყენების შედეგად ვერ ხერხდება ლაქტაციის აღდგენა, მიზანშეწონილია ბავშვის შერეულ კვებაზე გადაყვანა.

### შესამატებელი საკვები - დონორის რძე და ხელოვნური ფორმულა<sup>130,131</sup>

მტკიცებულებათა უმეტესობის მიხედვით არ არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავება დედის რძესა და დონორის რძეს შორის, შესაბამისად შესამატებელ საკვებად საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება დონორის რძის გამოყენება უსაფრთხოების ზომების გათვალისწინების შემდეგ (რეკომენდაცია B)<sup>130,131</sup>. B

### დონორის შერჩევასა საჭიროა შემდეგი პინციპების დაცვა<sup>130,131</sup>:

- დაავადებათა გადაცემის თავიდან აცილების მიზნით, დონორმა უნდა გაიაროს სისხლის ტესტირება აივ და HTLV I და II ვირუსებზე (რეკომენდაცია B); B
- რძის ჩაბარებისას დონორს არ უნდა ჰქონდეს მიღებული 150-200 მლ კოფეინის შემცველი სითხე დღის განმავლობაში სამ ჯერზე მეტად (რეკომენდაცია D); D
- თუ დონორის რძე არ არის შემოწმებული, მისი გამოყენება შეიძლება მხოლოდ პასტერიზაციის შემდეგ.

**ხელოვნური ფორმულა** – რეკომენდებულია ბავშვის ასაკის შესაბამისი ადაპტირებული ნარევის გამოყენება.

### საკვების შემატების ტექნიკა

- ყველა კვების დროს ბავშვმა უნდა დაცალოს ორივე სარძევე ჯირკვალი და მხოლოდ ამის შემდეგ უნდა მიიღოს შესამატებელი საკვები კოვზით ან ჭიქით. თავდაპირველად შესამატებელი საკვები ეძლევა მხოლოდ ერთ

კვებაზე მცირე რაოდენობით (30 მლ), შემდეგ თანდათანობით ხდება რაოდენობის გაზრდა და შემატება ყველა კვებაზე;

- შესამატებელი საკვების რაოდენობას განსაზღვრავს თავად ბავშვი;
- არ არის რეკომენდებული ერთი კვების მთლიანად შესამატებელი საკვებით ჩანაცვლება, რადგან ეს ამცირებს ძუძუთი კვების სიხშირესა და შესაბამისად ლაქტაციას.

## ძუძუთი თავის დანებება

ძუძუთი კვება უნდა გაგრძელდეს 2 წლამდე. ძუძუთი კვებაზე თავის დანებება შეიძლება იყოს<sup>103</sup>:

- ბუნებრივი – ბავშვი თავად ანებებს თავს ძუძუს წოვას, ძუძუთი კვების ჯერადობის თანდათან შემცირებით, დამატებითი საკვების მოცულობისა და კვების სიხშირის მატების პარალელურად (12-24 თვე) **A** (რეკომენდაცია A, მზიცივეზულების დონე III);
- დაგეგმილი – ძუძუთი კვების შეწყვეტა ხდება დედის გადაწყვეტილებით, ბავშვის სურვილისა და ძუძუზე თავის დანებების მზაობის გათვალისწინების გარეშე;
- უეცარი – განსაკუთრებული მიზეზის გამო, რომელიც არ არის დაკავშირებული დედის სურვილთან.

## ძუძუთი კვების უეცარი შეწყვეტა

ძუძუთი კვების უეცარმა შეწყვეტამ შეიძლება გამოიწვიოს გარკვეული პრობლემები და დისკომფორტი, როგორც დედასთან, ისე ბავშვთან. პრობლემების გამოვლენის აღბათობა მით უფრო მაღალია, რაც უფრო მცირე ასაკისაა ბავშვი და აქტიურია ლაქტაცია.

ძირითადი პრობლემებია:

- დედის სარძევე ჯირკვლის გამკვრივება
- დედის მასტიტი ან სარძევე ჯირკვლის აბსცესი
- დედის და ბავშვის ფსიქოლოგიური პრობლემები

## მართვა

### რეკომენდებულია<sup>103</sup>

- რძის გამოწველა სარძევე ჯირკვლის გადავსების შემთხვევაში;
- სარძევე ჯირკვალზე ცივი საფენის და კომბოსტოს ფურცლის დადება გამოწველის შემდეგ;
- სარძევე ჯირკვლის მასაჟი;
- ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების გამოყენება;
- თავისუფალი კონფორტული ტანსაცმლის გამოყენება.

არ არის რეკომენდებული სარძევე ჯირკვლის გაკვრა, ვინაიდან არსებობს სადინარის დახშობისა და მომავალში სარძევე ჯირკვლის პათოლოგიების განვითარების აღბათობა<sup>103</sup>.

## ძუძუთი კვების დაგეგმილი შეწყვეტა<sup>103</sup>

### რეკომენდებულია

- კვების დროს ბავშვთან ურთიერთობის მინიმუმამდე შემცირება;
- კვებათა შორის ბავშვის დამშვიდება და ხშირი მოფერება;
- ძუძუთი კვება ღრმა ძილის პერიოდში, ან როცა ბავშვი ახალი გაღვიძებულია;
- კვების პოზიციის ხშირი ცვლა და ბავშვის კვებისთვის სხვადასხვა ადგილის, მათ შორის სხვადასხვა ოთახის შერჩევა, კვებასთან დაკავშირებული რეფლექსების შესუსტებისათვის;
- ძუძუთი კვების ალტერნატიული საკვებით თანდათან ჩანაცვლება.

ძუძუზე თავის დანებების მიზნით არ არის რეკომენდებული ბავშვის „შიმშილი“ და დედის და ბავშვის ერთმანეთისგან დაშორება.

### რეკომენდაცია:

სამედიცინო პერსონალმა უნდა გამოარკვიოს ძუძუს შეწყვეტის მიზეზი, თუ არსებობს ძუძუთი კვების შენარჩუნების რეალური შესაძლებლობა დედას გაუწიოს შესაბამისი კონსულტაცია ძუძუთი კვების ორ წლამდე გახანგრძლივების და ძუძუთი კვების ბუნებრივი გზით შეწყვეტის თაობაზე (რეკომენდაცია A).

### ბამოწველილი რძის შენახვა

უსაფრთხოების მიზნით აუცილებელია გამოწველილი რძის შენახვის პრინციპების დაცვა:

- რძე ინახება 25 °C-ზე 3-4 საათის განმავლობაში.
- რძე ინახება 4 °C-ზე მაცივარში 48 საათის განმავლობაში.

რძის გათბობა შეიძლება თბილ წყლიან ჭურჭელში. დაუშვებელია რძის გათბობა მიკროტალღოვან ღუმელში ან მისი ადუღება (რეკომენდაცია D). დაუშვებელია ნარჩენი რძის კვლავ მაცივარში შენახვა და გამოყენება.

### მეძუძური დედის კვება

ბუნებრივი კვების ეფექტურობა დამოკიდებულია მეძუძური ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე და კვებით სტატუსზე. დედის კვება მნიშვნელოვან გავლენას არ ახდენს რძის ძირითადი ინგრედიენტების (ცილა, ცხიმი, ნახშირწყალი) შემცველობაზე, თუმცა მოქმედებს გარკვეული ვიტამინებისა და მიკროელემენტების კონცენტრაციაზე<sup>47</sup> (იხ. ცხრილი 2). დედის კვების დეფიციტი პირველ რიგში აისახება მის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

მეძუძური დედის დღიური ენერგეტიკული მოთხოვნილება 500 კკალ-ით მეტია (მაგ.: დამატებით 2 ჭიქა მაწონი) ორსულობამდელ პერიოდთან შედარებით.

მეძუძურმა ქალმა უნდა მიიღოს მრავალფეროვანი საკვები და სითხეები მოთხოვნილების მიხედვით (რეკომენდაცია A). დედის მიერ ჭარბი სითხის მიღება არ ახდენს გავლენას რძის პროდუქციაზე (მტკიცებულების დონე II)<sup>28,49</sup>;

დედამ ყოველდღიურად უნდა მიიღოს საკვების ერთი სახეობა მაინც საკვები პროდუქტის ყველა ჯგუფიდან<sup>43,44,45</sup>:

- ნახშირწყლებით მდიდარი - პური და მარცვლეული,

- ვიტამინებით მდიდარი - ხილი და ბოსტნეული,
- ცილით, რკინით და კალციუმით მდიდარი - ხორცი და რძის პროდუქტი,
- ცხიმები - მცენარეული და ცხოველური, უპირატესობა ენიჭება მცენარეულ ცხიმს.

იოდდეფიციტის ზონაში რეკომენდებულია საკვებში იოდის მარილის გამოყენება.

**მეძუპური დედისთვის არ არის რეკომენდებული:**

- ალკოჰოლური სასმელი (მათ შორის ღუღი) – ადვილად გადადის რძეში. არ არის საბოლოოდ განსაზღვრული მინიმალური რაოდენობა, რომელიც არ იწვევს ბავშვის ჯანმრთელობის პრობლემებს **(მტკიცებულების დონე III)**<sup>32,107</sup>;
- დიდი რაოდენობით კოფეინის შემცველი (მუქი ჩაი, ყავა, კოკა-კოლა) და გაზიანი სასმელები;
- ზედმეტად მლაშე და ცხარე საკვები, უმი ხახვი და ნიორი, სანელებლები – ცვლის რძის სუნს და გემოს, რაც ხშირ შემთხვევაში ძუძუზე უარის თქმის მიზეზია;
- თამბაქო – იწვევს ლაქტაციის შემცირებას<sup>103,104</sup>.
- შებოლილი საკვები.

იშვიათ შემთხვევაში საჭირო ხდება დედის კვების რაციონიდან იმ საკვების დროებით ამოღება, რომელიც ჩვილს პრობლემებს უქმნის (კოლიკა, ალერგია და სხვ) **(რეკომენდაცია B, მტკიცებულების დონე II, III)**. თუ ბავშვს უვლინდება ალერგია, მიზანშეწონილია დედამ თავი შეიკავოს შემდეგი პროდუქტის გამოყენებისაგან: თხილი, ნიგოზი, მიწის თხილი, კვერცხი, ძროხის რძე, თევზი, ციტრუსები<sup>11,12</sup>.

სამედიცინო პერსონალმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ იმ შემთხვევაშიც, კი როცა ქალის კვება არ არის რაციონალური, დედის რძის შემადგენლობა მნიშვნელოვნად არ იცვლება და იგი მაინც საუკეთესო საკვებია ბავშვისთვის. კვების დეფიციტის შემთხვევაში დედასთან რეკომენდებულია ვიტამინების და საკვები დანამატების გამოყენება.

**მედიკამენტური თერაპია და ლაქტაცია<sup>166,167</sup>**

ძუძუთი კვების დროს დედის მიერ მიღებული სამკურნალო პრეპარატების უმრავლესობა ხვდება ქალის რძეში და ზოგიერთმა მათგანმა შეიძლება გვერდითი მოვლენები გამოიწვიოს. შესაბამისად მედიკამენტის დანიშვნამდე აუცილებელია წამლის მოქმედების მექანიზმის გაცნობა. თუ მედიკამენტი უკუნაჩვენებია ლაქტაციის დროს, საჭიროა ალტერნატიული პრეპარატის შერჩევა. გამონაკლის შემთხვევებში შესაძლებელია საჭირო გახდეს ძუძუთი კვების შეწყვეტა. პრეპარატები ლაქტაციის პერიოდში გამოყენების მიხედვით შესაძლებელია დაიყოს 4 ჯგუფად: I - უსაფრთხო, II - შესაძლებელია გამოყენება, თუმცა იშვიათად აღინიშნება გვერდითი ეფექტი, III - პოტენციურად საშიში; IV - წინააღმდეგნაჩვენები.

ლაქტაციის პერიოდში მედიკამენტის გამოყენებისას აუცილებელია:

- მედიკამენტის უსაფრთხოებაში დარწმუნება;
- მისი დანიშვნა მხოლოდ აუცილებლობის შემთხვევაში;
- მედიკამენტის შეძლებისდაგვარად მცირე დოზით და ხანმოკლე კურსით გამოყენება;
- გახანგრძლივებული მოქმედების პრეპარატების გამოყენებისაგან თავის არიდება;

- მედიკამენტის მიღება ბავშვის კვებათა შორის ყველაზე ხანგრძლივი ინტერვალის, ან უშუალოდ კვების დროს;
- პრეპარატის შეცვლა, თუ იგი ბავშვთან იწვევს გვერდით ეფექტს;
- ძუძუთი კვების შეწყვეტა, თუ დედასთან აუცილებელია იმ პრეპარატის დანიშვნა, რომელიც უკუნაჩვენებია ლაქტაციის პერიოდში.

მინიმუმამდე უნდა იყოს დაყვანილი ისეთი მედიკამენტების დანიშვნა, რომლებიც ლაქტაციას ამცირებენ (მაგ.: ესტროგენების შემცველი კონტრაცეპტივები, თიაზიდის შემცველი დიურეტიკები).

## ცხრილი 6

### მედიკამენტები და ლაქტაცია

<b>IV ჯგუფი - ლაქტაციის პერიოდში წინააღმდეგაჩვენები მედიკამენტები – მოცემული მედიკამენტების გამოყენების აუცილებლობის შემთხვევაში საჭიროა ძუძუთი კვების შეწყვეტა</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ციტოსტატიკები</li> <li>• რადიოაქტიური ნივთიერებები</li> <li>• ბრომიდები</li> <li>• ქლორამფენიკოლი; ტეტრაციკლინი, ქინოლონის რიგის ანტიბიოტიკები (ციპროფლოქსაცინი)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ოქროს მარილები</li> <li>• სალიცილატები (მაღალი დოზით)</li> <li>• მეტრონიდაზოლი</li> <li>• იოდიდები (ტოპიკური მოხმარების ჩათვლით)</li> </ul>
<b>III ჯგუფი - პოტენციურად საშიში მედიკამენტები, რომელთა გამოყენების დროს შესაძლებელია გამოვლინდეს გვერდითი ეფექტი</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ანტიბისტამინურისა და დეკონგესტანტის კომბინაცია *</li> <li>• ატენოლოლი</li> <li>• ბენზოდიაზეპინები</li> <li>• კლინდამიცინი</li> <li>• რეზერპინი</li> <li>• ნიტროფურანები</li> <li>• სულფანილამიდები</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ესტროგენის შემცველი კონტრაცეპტივები *</li> <li>• ეტოსუქსიმიდი</li> <li>• ნარკოტიული საშუალებები</li> <li>• ნიკოტინი (მოწევა) *</li> <li>• თიაზიდის ჯგუფის დიურეტიკები (გახანგრძლივებული მოქმედების ან მაღალი დოზით) *</li> <li>• პიროქსიკამი</li> <li>• ფენობარბიტალი (ანტიკონვულსიური დოზა)</li> </ul>
<b>II ჯგუფი - მედიკამენტები, რომელთა გამოყენება შესაძლებელია, იშვიათად აღინიშნება გვერდითი ეფექტი</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ამინოგლიკოზიდები</li> <li>• ანტიქოლინერგული პრეპარატები</li> <li>• ანტიკონვულსანტები (ფენობარბიტალის და ეტოსუქსიმიდის გარდა)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ბუტიროფენონები (მაგ. ჰალოპერიდოლი)</li> <li>• ორალური დეკონგესტანტები*</li> <li>• ფლუკონაზოლი</li> <li>• H<sub>2</sub> ჰისტამინობლოკატორები</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ანტიჰისტამინები</li> <li>• ანტიტუბერკულოზური</li> <li>• აზათიოპრინი</li> <li>• ბარბიტურატები (ფენობარბიტალის გარდა)</li> <li>• ვერაპამილი</li> <li>• ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები</li> <li>• ტეტრაციკლინი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებები (უმჯობესია იბუპროფენი)</li> <li>• მეტოკლოპრამიდი</li> <li>• სალიცილატები</li> <li>• ტერფენადინი</li> <li>• სპირონოლაქტონი</li> <li>• თიაზიდური დიურეტიკები, ხანმოკლე მოქმედების (დაბალი დოზა)</li> </ul>
<b>I ჯგუფი - მედიკამენტები, რომელთა გამოყენება უსაფრთხოა ჩვეულებრივი დოზირებით</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• პარაცეტამოლი</li> <li>• ანტაციდები</li> <li>• ცეფალოსპორინები ერთრომიცინი</li> <li>• პენიცილინები</li> <li>• ვანკომიცინი</li> <li>• კორტიკოსტეროიდები</li> <li>• ნაზალური დეკონგესტანტები</li> <li>• ჰეპარინი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• საინჰალაციო სტეროიდები და ბრონქოდილატატორები</li> <li>• მაგნეზია</li> <li>• ლიდოკაინი</li> <li>• დიგოქსინი</li> <li>• თეოფილინი</li> <li>• პრპრანოლი</li> <li>• მიკონაზოლი, კლოტრიმაზოლი</li> </ul>
* ეს მედიკამენტები დამატებით იწვევს ლაქტაციის შემცირებას	

### ძუძუთი კვება და აივ/შიდსი

ბოლო 15 წლის განმავლობაში მთელ მსოფლიოში შიდსით დაინფიცირებულია 3 მილიონამდე ბავშვი, მათ შორის 90% შემთხვევაში დაინფიცირება აღინიშნება ვერტიკალური ტრანსმისით დედიდან ბავშვზე.

### ძუძუთი კვება და დედიდან ბავშვზე შიდსის გადაცემის რისკი

- ბავშვის შიდსით დაინფიცირება შესაძლებელია ორსულობის დროს, მშობიარობის პროცესში და ძუძუთი კვების დროს<sup>140</sup>.
- თუ ბავშვი იმყოფება ძუძუთი კვებაზე დედიდან ბავშვზე შიდსის ვირუსის ტრანსმისია შეადგენს დაახლოებით 5-20%-ს (მტკიცებულების დონე I, II)<sup>35,124,138,139</sup>; I, II
- დედიდან ბავშვზე შიდსის ვირუსის ტრანსმისის რისკი მცირდება დედასთან ანტირეტროვირუსული მკურნალობით, მშობიარობის საკეისრო კვეთის მეთოდის გამოყენებით და ძუძუთი კვებისგან თავის შეკავებით. (რეკომენდაცია - A)<sup>138,139</sup>; A
- დედის რძით ვირუსის ტრანსმისის რისკი უფრო მაღალია იმ შემთხვევაში, თუ დედის ინფიცირება ხდება ლაქტაციის პერიოდში.

## დედიდან ბავშვზე შიდის ვირუსის გადაცემის რისკის შემცირება

- სამედიცინო პერსონალმა უნდა ურჩიოს აივ დადებით დედებს არ კვებონ ბავშვი ძუძუთი (**რეკომენდაცია – A**), თუ შესაძლებელია უსაფრთხო ალტერნატიული საკვების მიწოდება. ძუძუთი კვება არ უნდა განხორციელდეს, მიუხედავად იმისა უტარდება დედას სპეციფიური მკურნალობა თუ არა (**მტკიცებულია II**)
- ავტორთა ნაწილი თვლის, რომ იმ შემთხვევაში თუ ადეკვატური და უსაფრთხო საკვები არ არის ხელმისაწვდომი, ბავშვი უნდა იკვებებოდეს მხოლოდ დედის რძით 4-6 თვე დამატებითი საკვების მიღებამდე. ინფიცირების რისკი ნაკლებია ექსკლუზიური ძუძუთი კვების დროს პრედომინანტულ და პარციალურ ძუძუთი კვებასთან შედარებით. განვითარებულ ქვეყნებში შიდის ითვლება ძუძუთი კვების აბსოლუტურ უკუჩვენებად.
- თუ დედა აივ ინფიცირებულია და არ აქვს უსაფრთხო და ადეკვატური ხელფონური საკვების გამოყენების შესაძლებლობა, რეკომენდებულია დედის რძის პასტერიზება<sup>141,142</sup>. სტაციონარის პირობებში პასტერიზაცია ტარდება 62,5°C 30 წუთის განმავლობაში. თუ არ არის პასტერიზაციის შესაძლებლობა, სახლის პირობებში მიზანშეწონილია დედის რძის წამოდულება, შემდეგ გაგრილება და ბავშვისთვის მიწოდება<sup>139</sup>.
- საჭიროა დედისგან ინფორმირებული თანხმობა ბავშვის კვების მეთოდზე, რისთვისაც მას უნდა მიეწოდოს სრულყოფილი ინფორმაცია, როგორც ძუძუთი კვების სარგებლიანობის, ასევე ბუნებრივი კვების დროს აივ ინფექციის გადაცემის შესაძლო რისკის თაობაზე.

## ღამატებითი კვება

პირველი 6 თვის განმავლობაში ქალის რძე მთლიანად აკმაყოფილებს ჩვილის მოთხოვნილებას საკვებასა და სითხეზე. ბავშვის ინტენსიურ ზრდასთან ერთად იზრდება მისი კვებითი და ენერგეტიკული მოთხოვნილება, რის გამოც აუცილებელი ხდება დედის რძესთან ერთად დამატებითი საკვების მიწოდება კვებითი რაციონის ცილით, ცხიმით, ნახშირწყლით, მიკროელემენტებითა და ვიტამინებით შესავსებად.

## დეფინიცია

**დამატებითი კვება** - 6 თვის შემდეგ დედის რძესთან (ხელფონურ ნარევთან) ერთად ნახევრადმყარი დამატებითი საკვების მიღება.

**დამატებითი საკვები** – პროდუქტი და სითხე, რომელიც გამოიყენება ჩვილი ბავშვის საკვებად 6 თვიდან.

## დამატებით საკვები იყოფა ორ ჯგუფად:

- **I ჯგუფი** – გარდამავალი პერიოდის საკვები, რომელიც გამოიყენება 6 თვიდან 1 წლამდე<sup>78,145</sup>. მისი საშუალებით ხდება ასაკობრივი კვებითი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება, ძუძუთი კვების თანდათანობით ჩანაცვლება და ბავშვის ოჯახის საკვებთან შეგუება.



- **II ჯგუფი** - საკვები საერთო (ოჯახის) მაგიდიდან, რომელიც გამოიყენება 1 წელზე მეტი ასაკის ბავშვის კვებითი მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად<sup>78,145</sup>.

**ღამატებითი კვების ვაღები**

ღამატებითი საკვების დაწევის ვადების განსაზღვრა ემყარება ბავშვის მზაობას მიიღოს ნახევრადმყარი საკვები, რაც თავის მხრივ დაკავშირებულია ნერვ-კუნთოვანი, საჭმლის მომნელებელი, შარდ-გამომყოფი სისტემების მომწიფებასთან.

**ნერვ-კუნთოვანი სიტემა<sup>47,78,145</sup>**

4-5 თვისთვის ვითარდება „ღეჭვის რეფლექსი“, ბავშვს შეუძლია ლუკმის ფორმირება, გადაადგილება და გადაყლაპვა, რაც განპირობებულია შემდეგი ასაკობივი თავისებურებებით (**რეკომენდაცია D**)<sup>78</sup>:



- ქრება საკვების გადმოგდების რეფლექსი;
- ჩნდება პირველი ღეჭვითი მოძრაობები, იზრდება წოვის ძალა;
- ბავშვს თავისუფლად უჭირავს თავი და ამოძრავებს კისერს;
- იწევს საკვებისკენ და აღებს პირს, როცა შია.

**ცხრილი 7**

**კვებასთან დაკავშირებული რეფლექსები**

ასაკი/თვე	რეფლექსები და უნარჩვევები
0-6	წოვა და ყლაპვა
4-7	პირველი ღეჭვითი მოძრაობის გაჩენა, წოვის ძალის გაზრდა.
7-12	ტუნებით კოვზის მოლოკვა, ღეჭვა, კბენა, ენის გვერდითი მოძრაობა და საკვების კბილებთან გადაადგილება
12-24	ბრუნვითი ღეჭვითი მოძრაობები

**საჭმლის მომნელებელი სისტემა<sup>78,145</sup>**

**სეკრეტორული ფუნქცია** – 4-5 თვიდან საჭმლის მომნელებელი ფერმენტების სეკრეციის სრულყოფა განაპირობებს ცილების, ცხიმების და ნახშირწყლების სრულფასოვან მონელებასა და შეწოვას.

**კუჭის ტევადობა** საკმაოდ მცირეა, დაახლოებით 30 მლ/კგ, რის გამოც არ არის მიზანშეწონილი დიდი მოცულობის და დაბალი ენერგეტიკული ღირებულების საკვების მიწოდება.

**კუჭ-ნაწლავის ბარიერული ფუნქცია** 6 თვის ასაკისთვის სრულყოფას განიცდის. კერძოდ იმატებს კუჭის მუავიანობა, იზრდება ლორწოვანი გარსის დამცველობითი უნარი, იწყება სეკრეტორული იმუნოგლობულინის (sIgA) გამომუშავება, ძლიერდება პერისტალტიკა, ყალიბდება ნაწილავის ფლორა. შესაბამისად ბავშვის კუჭ-ნაწლავის სისტემა მომწიფებულია და მზად არის ახალი საკვების მისაღებად

## შარდ-გამომყოფი სისტემა

6 თვისთვის ბავშვის თირკმელი მომწიფებულია, სრულფასოვნად შეუძლია წყლის შენარჩუნება და ნივთიერებათა ცვლის შედგად წარმოქმნილი ნარჩენების ექსკრეცია, ამიტომ 6 თვემდე არ არის მიზანშეწონილი დამატებითი კვების დაწყება. დამატებითი კვების ადრეული დაწყებისას ჩვილის მოუმწიფებელი თირკმელებით გაძნელებულია ჭარბი ცხოველური ცილის დაშლის პროდუქტების გამოყოფა.

ამრიგად, ბავშვის მზარდი კვებითი მოთხოვნილებებისა და განვითარების ფიზიოლოგიური თავისებურების გათვალისწინებით დამატებითი საკვების დანიშვნის საუკეთესო პერიოდად 6 თვის ასაკია მიჩნეული<sup>78,45,46,145</sup>.

- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით ბავშვები ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზე უნდა იმყოფებოდნენ 6 თვის ასაკამდე **I** (მტკიცებულების დონე I)<sup>78,145,155</sup>. მკაცრი სამედიცინო ჩვენებების არსებობისას, დამატებითი კვება ინდივიდუალურად შესაძლებელია დაიწინოს 4 თვიდან (არავითარ შემთხვევაში – 4 თვემდე). დამატებითი კვების ადრეული დაწყების ჩვენებაა: ჯანმრთელი ბავშვის მასის მატების შეჩერება, ბავშვის მუდმივი დაუკმაყოფილებლობა და შიმშილი ძუძუთი შეუზღუდავი კვების ფონზე.

დამატებითი საკვების ნაადრევი დაწყება ამცირებს ლაქტაციას და ზრდის დისპეფსიური მოვლენების, დიარეის, ალერგიული დაავადებების, შაქრიანი დიაბეტის განვითარების და დედის ხელახალი დაორსულების რისკს<sup>45,146, 155</sup>;

დამატებითი საკვების დაგვიანებული დაწყება ხელს უშლის საღებო კუნთების სრულფასოვან ჩამოყალიბებას და იწვევს: მაკრო და მიკრონუტრიენტების დეფიციტის განვითარებას, საკვების გემოს და სტრუქტურის აღქმის უნარის შეფერხებას (რემონდინაცია C)<sup>55, 78,145,148</sup>.

## დამატებითი კვების ეტაპები<sup>78,145</sup>

ძუძუთი კვებიდან ოჯახის საკვებზე გადასვლა ხორციელდება ეტაპობრივად. ბავშვის საკვების მოცულობა და ენერგეტიკული ღირებულება ყველა ეტაპზე უნდა შეესაბამებოდეს მის ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებას.

**I ეტაპი** - ბავშვი ეჩვევა საკვების კოვზიდან მიღებას და სწავლობს ტუჩების გამოყენებას, პირის ღრუში საკვების გადაადგილებას და გადაყლაპვას. პირველი დამატებითი საკვები უნდა იყოს რბილი კონსისტენციის და შეიცავდეს მხოლოდ ერთ ინგრედიენტს. დამატებითი საკვები ბავშვმა უნდა მიიღოს მცირე რაოდენობით ერთი-ორჯერ დღის განმავლობაში, ძუძუთი კვების დამთავრების შემდეგ. ამ პერიოდში არ არის რეკომენდებული ძუძუთი კვების მთლიანად ჩანაცვლება დამატებითი საკვებით. ბავშვმა აუცილებლად უნდა გააგრძელოს ძუძუთი კვება იგივე სიხშირით, როგორც ექსკლუზიური ძუძუთი კვების დროს.

**II ეტაპი** - მას შემდეგ, რაც ბავშვი მიეჩვევა კოვზიდან კვებას, ბავშვს უნდა შესთავაზონ მრავალფეროვანი შედარებით სქელი კონსისტენციის საკვები (სქელი პიურე და ფაფა). ძუძუთი კვება კვლავ გრძელდება მოთხოვნილების მიხედვით, მაგრამ მისი სიხშირე უფრო ნაკლებია, ვიდრე ექსკლუზიური ძუძუთი კვების დროს. ბავშვმა დამატებითი საკვები (ხილი, ბოსტნეული, პარკოსნები, ხორცი) უნდა მიიღოს 2-3-ჯერ დღეში.

**III ეტაპი** - ბავშვს შეუძლია მიიღოს უფრო სქელი კონსისტენციის დაკეპილი და დაჭყლეტილი საკვები, რაც ხელს უწყობს ღებვის განვითარებას. ძუძუთი კვება გრძელდება მოთხოვნილების მიხედვით, თუმცა იგი აღარ არის მაკრონუტრიენტების ძირითადი წყარო. 9 თვის შემდეგ ბავშვს უნდა მისცენ ჯერ დამატებითი საკვები, შემდეგ ძუძუ. უნდა შესთავაზონ ისეთი საკვები, რომელიც შეუძლია ხელით აიღოს. დამატებითი საკვები ეძლევა 2-3 ჯერ დღეში, კვებათა შორის მიზანშეწონილია წახემსება (ორცხობილა, ხილი და სხვა.).

**IV ეტაპი** - ერთი წლის შემდეგ ბავშვს შეუძლია მიიღოს საკვები საერთო მაგიდიდან. საკვები უნდა იყოს კარგად გაქნილი და დაკეპილი. მოზრდილმა ხელი უნდა შეუწყოს დამოუკიდებელი კვების ჩვევების ჩამოყალიბებას. თუმცა ბავშვი კვების დროს მარტო არ უნდა დარჩეს. ძუძუთი კვება უნდა გაგრძელდეს 2 წლამდე.

**ღამატებითი საკვების შემადგენლობა და კვების ტექნიკა<sup>145,146</sup>**

ბავშვი უნდა იკვებებოდეს მრავალფეროვანი საკვებით. ასაკის გათვალისწინებით მან ყოველდღე უნდა მიიღოს პროდუქტი საკვების ყველა ჯგუფიდან<sup>78,145</sup>

- ხილი და ბოსტნეული;
- ბურღულეული;
- ხორცი და რძის პროდუქტი;
- ცხიმები (მცენარეული და ცხოველური) .

კვებითი მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას განაპირობებს შემდეგი ფაქტორები:

- საკვების ენერგეტიკული ღირებულება - დამატებითი საკვების დანიშვნისას გათვალისწინებული უნდა იყოს მისი შემადგენლობა და კალორიულობა<sup>145</sup>. რეკომენდებულია საკვების გამდიდრება ცხიმით;
- საკვების კონსისტენცია;
- კვების სიხშირე.

**დამატებითი საკვების კონსისტენცია<sup>145,148</sup>**

- ასაკის მატებასთან ერთად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება შედარებით მკვრივი კონსისტენციის საკვების მიწოდებას სწორი არტიკულაციისა და მეტყველების ჩამოყალიბებისათვის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, საღებავი მუსკულატურის, ფერმენტული პროცესებისა და ნაწლავის მოტორიკის გააქტივებისა და სტიმულაციისთვის **(რეკომენდაცია D)**<sup>78</sup>. D
- 6 თვიდან 8 თვემდე ჩვილს შეუძლია მიიღოს პიურეს ტიპის, გატარებული საკვები. საკვები უნდა იყოს ჰომოგენური, 8 თვიდან ბავშვმა უნდა მიიღოს ნახევრად მყარი და მყარი საკვები, 12 თვის შემდეგ ბავშვი უკვე უნდა იკვებებოდეს ოჯახის საკვებით.
- თუ მყარი საკვების გამოყენება იწყება 10 თვის შემდეგ ან უფრო გვიან ეს ზრდის მოგვიანებით კვებითი პრობლემების განვითარების რისკს **(რეკომენდაცია C)**<sup>78,145,148</sup>. C
-

სხვადასხვა ტიპის საკვების დანიშვნის ვადები რეფლექსებსა და უნარ-ჩვევებთან მიმართებაში

ასაკი თვეებში	რეფლექსები-ჩვევები	პროდუქტის ტიპი
0-6	წოვა და ყლაპვა	სითხეები
4-7	პირველი ღებვითი მოძრაობის გამოჩენა, წოვის ძალის გაზრდა	სითხეები-6 თვემდე, პიურეს ტიპის საკვები - 6 თვიდან
7-12	ტუნებით კოვზის მოლოკვა, ღებვა, კბენა, ენის გვერდითი მოძრაობა და საკვების კბილებთან გადაადგილება	გახეხილი და დაკეპილი პროდუქტი, 8-9 თვიდან მყარი საკვები
12-24	ბრუნვითი ღებვითი მოძრაობები	საკვები საერთო მაგიდიდან

**დამატებითი კვების სიხშირე<sup>145</sup>**

ჯანმრთელმა ძუძუთი კვებაზე მყოფმა ბავშვმა დამატებითი საკვები უნდა მიიღოს დღეში საშუალოდ:

- 6-8 თვის ასაკში - 2-3 ჯერ;
- 9-11 თვის ასაკში - 3-4 ჯერ;
- 12-24 თვის ასაკში - 4 ჯერ.

დამატებით კვებათა შორის აუცილებელია საათობრივი რეჟიმის მკაცრი დაცვა, არანაკლებ 3,5-4 საათისა. კვებათა შორის დასაშვებია წახემსება (მაგ: ხილ-ფაფის მიწოდება) 1-2 ჯერ დღეში.

**დამატებითი საკვების დანიშვნის ვადები<sup>46,144,149</sup>**

პროდუქტი	ასაკი თვეებში			
	6	7	8	9-12
ხილფაფა				
ბოსტნეულის პიურე /სუფი				
მარცვლეულის ფაფა				
მაწონი				
კვერცხის გული				
ხორცის პიურე				
ყველი (უმარილო)				
ნადუღი				
პური, ორცხობილა				
მცენარეული ზეთი/ კარაქი				
თევზი				
ხაჭო				
ხორცის ნახარში				

წლამდე არ შეიძლება ცხიმის შეზღუდვა, რადგან ის ენერჯის ძირითად წყაროს წარმოადგენს (რეკომენდაცია A)<sup>168</sup>.



- დამატებითი კვების ტექნიკა<sup>47,162</sup>:
  - ბავშვისთვის საკვები უნდა მომზადდეს ყოველი კვების წინ;
  - საკვების მომზადებისას აუცილებელია ჰიგიენური ნორმების დაცვა;
  - ბავშვის შეგუება ახალ საკვებთან უნდა მოხდეს თანდათანობით. სასურველია ახალი საკვების პირველი ულუფა დღის განმავლობაში შეადგენდეს საშუალოდ 5-10გ (1-2 ჩაის კოვზი) და თანდათან გაიზარდოს. დამატებითი საკვების მინიმალურ რაოდენობად მიჩნეულია 4 სუფრის კოვზი (საშუალოდ 80-100გ) საკვები, რომელიც 9 თვემდე ასაკის ბავშვს ეძლევა ძუძუთი კვების შემდეგ, 9 თვის ასაკის შემდეგ კი ძუძუთი კვების წინ;
  - მარცვლეულის ფაფის დამატება იწყება უგლუტენო მარცვლეულით (წიწბურა, ბრინჯი, სიმინდი);
  - ხილფაფის და ბოსტნეულის პიურეს დაწყებისას თავდაპირველად იყენებენ ერთი სახეობის პროდუქტს, რომელსაც თანდათან ემატება განსხვავებული ხილი და ბოსტნეული 1-2 დღიანი ინტერვალით;
  - ბავშვის კვება უნდა განხორციელდეს კოვზით, რომელიც ხელს უწყობს ბავშვის საღებავი კუნთოვანი აპარატის განვითარებას.

### არ არის რეკომენდებული

- ბავშვისთვის ორი ან მეტი ახალი საკვების ერთდროულად მიცემა. შემდგომი ახალი პროდუქტის გამოყენება, უმჯობესია, რამდენიმე დღიანი ინტერვალის დაცვით, მას შემდეგ, რაც ბავშვი იღებს წინა დამატებით საკვების სრულ ულუფას;
- დამატებითი საკვების მიწოდება ბოთლით და საწოვარათი;
- ბავშვის საკვებისთვის მარილის ან შაქრის დამატება;
- 12 თვის ასაკამდე ძროხის რძის გამოყენება, რადგან იგი იწვევს რკინის შეწოვის შეფერხებას და ანემიას<sup>46,144,149</sup>;
- ციტრუსის და კვერცხის ცილის 12 თვის ასაკამდე მიწოდება ალერჯიის განვითარების რისკის შემცირების მიზნით<sup>145</sup>;
- თაფლის გამოყენება - წლამდე ასაკში ასოცირდება ალერჯიის, კონსერვირებული კი ბოტულიზმის განვითარების რისკთან<sup>92</sup>.
- ჩაი - შეიცავს დიდი რაოდენობით ტანინებს და ამცირებს რკინისა და სხვა მიკროელემენტების შეწოვას<sup>92,143</sup>.

### ერთიდან ორ წლამდე ასაკის ბავშვის კვება

1 წლის შემდეგ ბავშვი აგრძელებს ინტენსიურ ზრდა-განვითარებას, იწყებს აქტიურ მოძრაობას, სიარულს, თამაშს და შესაბამისად მეორე წლის განმავლობაში მისი მოთხოვნილება ენერჯიასა და ძირითად საკვებ ნივთიერებებზე უფრო მეტია, ვიდრე პირველი წლის ბოლოს<sup>47,162</sup>.

ჯანმოს რეკომენდაციით 2 წლის ასაკამდე ოჯახის საკვებთან ერთად ბავშვი უნდა იღებდეს დედის რძეს<sup>44,46,145</sup>. ქალის რძე ამ პერიოდში მნიშვნელოვანი კვებითი ღირებულებით აღარ გამოირჩევა, მაგრამ 1 წლის შემდეგ მის შემადგენლობაში იზრდება დამცველობითი ფაქტორების რაოდენობა. 1-დან 2 წლამდე პერიოდში

იზრდება ბავშვის გარემოსთან ურთიერთობის არეალი, პატარა აქტიურად დახობავს, ხშირად ეცემა სიარულის დროს, თამაშობს ქვიშაში, პირში იღებს სხვადასხვა საგნებს და სათამაშოებს, რაც ზრდის ბავშვის ინფიცირების რისკს. დედის რძის მიღება კი უზრუნველყოფს მას დამცველობითი ნივთიერებებით.

აუცილებელია ცილებზე ბავშვის ასაკობრივი მოთხოვნილების დაკმაყოფილება (რეკომენდაცია B)<sup>168</sup>. B

ნახშირწყლები უნდა შეადგენდეს საკვების კალორაჟის 40-50%-ს (რეკომენდაცია C)<sup>168</sup>. C

1-2 წლამდე ასაკის ბავშვის ენერგეტიკული და ნუტრიციული მოთხოვნილების უზრუნველსაყოფად მის დღიურ რაციონში უნდა შედიოდეს საკვები ქვემოთ მოყვანილი პროდუქტის ყველა ჯგუფიდან ისეთი თანაფარდობით, როგორც ამას ჯანმოს მიერ მოწოდებული „საკვების პირამიდა“ წარმოადგენს. მისაღები საკვების რაოდენობა რეგულირდება ულუფების მიხედვით.

**პური, მარცვლეული, ბრინჯი და მაკარონი – 6 ულუფა**  
ერთ ულუფას შეადგენს:

- 1 ნაჭერი პური (30-40 გრ)
- 4 პატარა კრეკერი
- 1/2 ჭიქა ფაფა (მარცვლეულის)
- 1/2 ჭიქა მოხარშული მაკარონი ან ბრინჯი



**ბოსტნეული – 3 ულუფა დღეში**  
ერთ ულუფას შეადგენს:

- 1/2 ჩაის ჭიქა მოხარშული ბოსტნეული
- 1/2 ჩაის ჭიქა უმი ბოსტნეული
- 1/2 ჩაის ჭიქა ბოსტნეულის წვენი

**ხილი – 2 ულუფა დღეში**  
ერთ ულუფას შეადგენს:

- 1/2 ცოცხალი ვაშლი ან ატამი
- 1 ცალი ქლიავი
- 1/2 ჩაის ჭიქა ხილის წვენი (არაკონსერვირებული)
- 1/2 ჩაის ჭიქა დაჭრილი ცოცხალი ხილი.

**რძე და რძის პროდუქტი – 4 ულუფა დღეში**  
ერთ ულუფას შეადგენს:

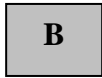
- 1/2 ჩაის ჭიქა რძე
- 1 ნაჭერი ყველი
- 1/2 ჩაის ჭიქა მაწონი
- 1/4-1/3 ჩაის ჭიქა ხაჭო, ნადუდი.

**ხორცი, კვერცხი და პარკოსნები – 2 ულუფა დღეში**  
ერთ ულუფას შეადგენს:

- 70 გ ხორცი (ქათამი, საქონელი, თევზი)

- 1/2 ჩაის ჭიქა მოხარშული პარკოსნები
- 1 კვერცხი.

### ცხიმები (კარაქი, ერბო, მცენარეული ზეთი), ტკბილეული და მარილი



2 წლამდე ბავშვებში არ შეიძლება ცხიმის რაოდენობის შეზღუდვა (რეკომენდაცია B)<sup>168</sup>. უმჯობესია ბავშვმა მეტი მცენარეული ცხიმი მიიღოს, ვიდრე ცხოველური. ტკბილეული და მარილი უნდა მიეწოდოს შეზღუდული რაოდენობით.

### სითხეები

- ძროხის რძის მიღებული რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 2 ჭიქას დღეში;
- ხილის წვენი – არ უნდა აღემატებოდეს 1/2 ჭიქას;
- წყალი – კვებათა შორის სურვილის მიხედვით.

1-დან 2 წლამდე ასაკის ბავშვის კვების სიხშირე საშუალოდ 4-5 ჯერადია, შეიძლება გამოყენებული იყოს სამჯერადი ძირითადი საკვები 2 წახემსებით. ძუძუთი კვება საკმარისია დღეში 1-2-ჯერ, ასეთი სიხშირე სრულად უზრუნველყოფს ბავშვს დამცველობითი ნითიერებების საჭირო რაოდენობით.

### 2 წლამდე არ არის რეკომენდებული შემდეგი საკვების გამოყენება:

- ტკბილი სითხეები და დიდი რაოდენობით ხილის წვენები მათი დაბალი ენერგეტიკული და ნუტრიციული ღირებულების გამო. ამავე დროს ისინი აქვეითებენ ბავშვის მადას<sup>142,143,145</sup>;
- ჩაი (ხშირი გამოყენება) - შეიცავს დიდი რაოდენობით ტანინებს და ამცირებს რკინისა და სხვა მიკროელემენტების შეწოვას<sup>92,143</sup>;
- ამ ასაკში ბავშვს არ უნდა მიაწოდონ ისეთი საკვები, რომელიც შეიძლება გადაცდეს (კენკრა, თხილი, ყურძნის მარცვალი და ა.შ.) <sup>78,145</sup>.

### ბავშვზე ზრუნვა კვების დროს

ბავშვზე ზრუნვა კვების დროს მიეკუთვნება ფსიქო-სოციალური ზრუნვის პრინციპებს<sup>145,151</sup>.

მეცნიერები მიიჩნევენ, რომ დამატებითი კვების ოპტიმალურობა განისაზღვრება არა მხოლოდ იმით, თუ რას ჭამს ბავშვი, არამედ იმითაც, თუ სად, როდის, როგორ და ვინ აჭმევს მას<sup>145</sup>.

- ბავშვის კვების დროს უფროსი უნდა იჯდეს მის პირისპირ;
- კვების დროს ბავშვის ყურადღება არ უნდა იყოს გაფანტული, ბავშვის კვება სასურველია მიმდინარეობდეს მშვიდად და აუჩქარებლად, არ არის მიზანშეწონილი საკვების დაძალება;
- წლის შემდეგ ბავშვს ესაჭიროება უფროსის დახმარება, როცა ის ცდილობს დამოუკიდებლად ჭამას;
- თუ ბავშვი ხშირად ამბობს უარს საკვებზე, რეკომენდებულია შესათავაზონ მას სხვადასხვა საკვები;

- ერთიდან ორ წლამდე ასაკში მიზანშეწონილია ბავშვი მიეჩვიოს სისუფთავის წესების დაცვას (ხელების დაბანა კვების წინ, კბილების გაწმენდა);
- კვების პროცესი არის ბავშვის სწავლის, მასთან თბილი ურთიერთობის და პირისპირ კონტაქტის დამყარების საუკეთესო პერიოდი.

### ავადმყოფი ბავშვის კვება

ბავშვის ავადმყოფობის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს რაციონალური კვების პრინციპების დაცვას, ავადმყოფი ბავშვის ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების გათვალისწინებით. უხშირესად ავადმყოფობის დროს ორგანიზმის მოთხოვნილება სითხეებზე უფრო მეტია. შესაბამისად, ამ პერიოდში რეკომენდებულია ბავშვის სითხეებით დატვირთვა, თუ ბავშვი ძუძუზეა, მას ძუძუ უფრო ხშირად უნდა შესთავაზონ **(რეკომენდაცია A)**.

ავადმყოფობის დროს ბავშვისთვის დამახასიათებელია მადის დაქვეითება. თუ ბავშვი ძუძუსთან ერთად დამატებით საკვებს იღებს ან ოჯახის საკვებით იკვებება, არ არის რეკომენდებული საკვების დაძალება, სასურველია დამატებითი საკვების ხშირად და მცირე ულუფებით შეთავაზება. მიზანშეწონილია ბავშვის კვების სიხშირე ერთი კვებით გაიზარდოს.

ბავშვმა უნდა მიიღოს მიკროელემენტების შემცველი, მრავალფეროვანი და ადვილად მოსანელებელი საკვები, რაც ხელს უწყობს გამოჯანმრთელების პროცესს. ავადმყოფობის დროს უფროსი უნდა შეეცადოს მოამზადოს ისეთი საკვები, რომელიც ბავშვს უყვარს, ან რომელსაც ის ხშირად ითხოვს<sup>27,145</sup>.

ავადმყოფობის შემდეგ აუცილებელია კვების სიხშირის გაზრდა, მიკროელემენტებითა და ენერგიით მდიდარი მრავალფეროვანი საკვების გამოყენება, იმისთვის, რომ ბავშვმა დროულად აღიდგინოს, როგორც წონის, ისე კვებითი (ნუტრიციული) დანაკარგი. შესაბამისად უფროსმა ხელი უნდა შეუწყოს გამოჯანმრთებულ ბავშვს, რომ 2 კვირის განმავლობაში მან დღეში ერთი კვებით მეტი მაინც მიიღოს, ვიდრე ავადმყოფობის პერიოდამდე იღებდა<sup>145</sup>.

### კვების შეფასება

კვების შეფასება უნდა განხორციელდეს ინდივიდუალურად **(რეკომენდაცია C)**<sup>169</sup>. ფასდება:

- კვებითი ანამნეზი;
- კვებითი უნარ-ჩვევები;
- დიეტა (კვების რაციონი);
- მედიკამენტების გამოყენება;
- ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლები - ანთროპომეტრია;
- ლაბორატორიულ კვლევის შედეგები.

კვების შეფასების სიხშირე განისაზღვრება ინდივიდუალურად და ეფუძნება პაციენტის მდგომარეობას, ნუტრიციული პრობლემის სიმძიმეს **(რეკომენდაცია C)**<sup>169</sup>

### კონსულტირება ბავშვის კვების დროს

ბავშვის რაციონალური კვების დანერგვისა და ფართოდ გავრცელებისათვის ყველაზე ეფექტურ საშუალებას კონსულტირება წარმოადგენს. მშობელთა კონსულტირება ადრეული ასაკის ბავშვის კვების შესახებ უნდა მოიცავდეს შემდეგ



საკითხებს: ძუძუთი კვების ძირითადი პრინციპები, დამატებითი კვების მნიშვნელობა და მისი დანიშვნის ვადები, ბავშვის კვება 1 წლის შემდეგ.

დადგენილია, რომ მშობელთა კონსულტირება ძუძუთი კვების საკითხებზე და კონსულტირებასთან ერთად მათი უზრუნველყოფა ნაბეჭდი საინფარმაციო მასალით, ხელს უწყობს ძუძუთი კვების სიხშირის 5-10%-ით ზრდას (მტკიცებულების დონე - I)<sup>92</sup>, ოჯახის სხვა წევრების ჩართვა განათლების პროცესში ხელს უწყობს ძუძუთი კვების ხანგრძლივობის გაზრდას (მტკიცებულების დონე - II)<sup>145</sup>. კონსულტირება ძუძუთი კვების საკითხებზე უნდა დაიწყო ანტენატალურ პერიოდში, გაგრძელდეს სამშობიარო სახლში და პატრონაჟის ვიზიტების დროს<sup>92</sup>.

I

II

პატრონაჟის ვიზიტების დროს დედას კონსულტირება უნდა გაეწიოს ასევე დამატებითი საკვების მნიშვნელობაზე და დანიშვნის ვადებზე.

**ანტენატალურ პერიოდში** კონსულტირების ძირითად მიზანს წარმოადგენს დედის მოტივირება, ბავშვის კვების შესახებ სწორი გადაწყვეტილების მისაღებად. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს შემდეგ საკითხებს:

- ძუძუთი კვების უპირატესობა დედისა და ბავშვისთვის;
- კანი კანთან კონტაქტი და ძუძუთი კვების ადრეული დაწყების მნიშვნელობა;
- სამშობიარო სახლში დედისა და ბავშვის ერთად ყოფნის მნიშვნელობა;
- დედის კვება ორსულობის პერიოდში.

#### **კონსულტაციის საკვანძო რეკომენდაციები:**

- ქალის რძე ჩვილის საუკეთესო საკვებია, რომელიც მუდმივად იცვლება ბავშვის მოთხოვნილების შესაბამისად და ხელს უწყობს მის სრულფასოვან განვითარებას;
- ძუძუთი კვება ამცირებს ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილობის რისკს;
- ძუძუთი კვება იცავს ბავშვს მრავალი ინფექციური თუ ალერგიული დაავადებისაგან;
- ძუძუთი კვება ამცირებს დედასთან სარძევე ჯირკვლისა და საკვერცხეების სიმსივნური დაავადებების განვითარების რისკს და იცავს ქალს ხელახალი დაორსულებისაგან;
- ჯანმრთელი, დროული ახალშობილის კანი კანთან კონტაქტი დედასთან და ძუძუზე პირველი მოჭიდება დაბადებიდან პირველი 1 სთ-ის განმავლობაში უნდა განხორციელდეს. კანი კანთან კონტაქტის ხანგრძლივობა მინიმუმ 30 წუთია, სასურველია 2 სთ გაგსძელდეს;
- ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება (სიცოცხლის პირველ საათში) ხელს უწყობს საშვილოსნოს შეკუმშვას და იცავს ქალს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენისაგან. ხსენის (პირველი რძე) მიღება იცავს ბავშვს მრავალი დაავადებისაგან. ხსენი ახალშობილის პირველ იმუნიზაციას წარმოადგენს;
- სამშობიარო სახლში დედისა და ბავშვის ერთად ყოფნა მნიშვნელოვნად ამცირებს დაავადებების განვითარების რისკს, ხელს უწყობს მოთხოვნილებითი კვების, მათ შორის დამის კვების განხორციელებას, დედისა და ბავშვის ფსიქოემოციურ კავშირს;
- დედის რაციონალურ კვებას ორსულობის პერიოდში დიდი მნიშვნელობა აქვს ნაყოფის განვითარების ხელშეწყობისთვის.

**სამშობიარო სახლში და პატრონაჟის ვიზიტების** დროს კონსულტირების ძირითადი მიზანია მეძუძური დედის დახმარება, რათა მან ეფექტურად განახორციელოს ახალშობილი და ჩვილი ბავშვის ძუძუთი კვება. ამ პერიოდში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს შემდეგ საკითხებს:

- რძის პროდუქცია;
- ოპტიმალური ძუძუთი კვების პრინციპები;
- ძუძუთი კვების ტექნიკა;
- ძუძუთი კვების პრობლემათა პრევენცია;
- მეძუძური დედის კვება;
- ბავშვზე ზრუნვა კვების დროს;
- კვების პრინციპები ბავშვის ავადმყოფობის დროს.

**კონსულტაციის საკვანძო რეკომენდაციები:**

- მოთხოვნებიტითი ხშირი ძუძუთი კვება 8-12-ჯერ დღე-ღამეში. რძის პროდუქცია დამოკიდებულია ძუძუს წოვის სიხშირეზე. რაც უფრო ხშირად წოვს ბავშვი და ცლის ძუძუს, მით მეტი რძე გამოიმუშავდება. ეს მოთხოვნისა და მიწოდების ერთიანი სისტემაა;
- ექსკლუზიური ძუძუთი კვება 6 თვემდე, 6 თვის შემდეგ დამატებითი საკვები;
- ძუძუთი კვების გაგრძელება 2 წლამდე;
- დამატებით საკვებად მრავალფეროვანი, ახალად მომზადებული ნახევრადმყარი საკვების გამოყენება. მნიშვნელოვანია კვების რაციონში რკინის და A ვიტამინის შემცველი საკვების დამატება. 1 წლის შემდეგ საჭიროა ოჯახის საკვების მიწოდება. საკვების მომზადებისას ჰიგიენის წესების დაცვა;
- კვების პროცესი არის ბავშვის სწავლის, მასთან თბილი ურთიერთობის და პირისპირ კონტაქტის დამყარების საუკეთესო პერიოდი;
- ძუძუთი კვების გაგრძელება და სიხშირის გაზრდა ბავშვის ავადმყოფობის დროს. თუ ბავშვი 6 თვეზე მეტი ასაკისაა ძუძუსთან ერთად საჭიროა დამატებითი სითხეების მიწოდება. ავადმყოფობის შემდეგ აუცილებელია 1 დამატებითი კვების გამოყენება 2 კვირის განმავლობაში.

## დანართი 1

### საქართველოს კანონი “ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ”

მეტად მნიშვნელოვანია, სამედიცინო პერსონალი იცნობდეს საქართველოს კანონს “ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ”, განსაკუთრებით კი მის იმ ნაწილს, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებების და პერსონალის უფლება მოვალეობებს ასახავს.

### თ ა ვ ი III

#### სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტები

##### მუხლი 17.

სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტი მოვალეა დაიცვას და ხელი შეუწყოს ჩვილი და ადრეული ასაკის ბავშვთა ბუნებრივ კვებას.

##### მუხლი 18.

ორსული და მეძუძური ქალების, ჩვილი და ადრეული ასაკის ბავშვების კვებასთან დაკავშირებული სამედიცინო საკითხების მოწესრიგების უფლება აქვს მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით რეგისტრირებულ, აკრედიტებულ და ლიცენზირებულ სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს.

##### მუხლი 19.

სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს ეკრძალება ბავშვთა ხელოვნური კვებისა და საკვების, საწოვრიანი ბოთლებისა და სატყუარების ნებისმიერი ფორმით რეკლამირება და პროპაგანდა ან ასეთი ქმედებისათვის ხელშეწყობა.

##### მუხლი 20.

სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს ბავშვთა ხელოვნური საკვები უფასოდ ან ფასდაკლებით სამედიცინო დაწესებულებაში გამოსაყენებლად ან გასაავრცელებლად შეიძლება გადაეცეს მხოლოდ ჯანმრთელობის სამინისტროს წერილობითი თხოვნით და წერილობითი ნებართვით, რომელშიც აღნიშნულია გადასაცემი პროდუქტის რაოდენობა. გამონაკლისი დაიშვება 21-ე მუხლში აღნიშნულ შემთხვევებში.

##### მუხლი 21.

ობოლი და მშობლების ზრუნვას მოკლებულ ბავშვების სამედიცინო დაწესებულებას ხელოვნური საკვები უფასოდ ან ფასდაკლებით შეიძლება გადაეცეს ნებისმიერი რაოდენობით ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს წერილობითი თხოვნისა და წერილობითი ნებართვის გარეშე.

##### მუხლი 22.

სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტი, რომელიც უფასოდ ან ფასდაკლებით გაავრცელებს ბავშვთა ხელოვნურ საკვებს მე-7 მუხლში აღნიშნული პირობის შესაბამისად, ვალდებულია უზრუნველყოს შერჩეული კონტინგენტისათვის იგივე პირობებით ხელოვნური საკვების მიწოდების უწყვეტობა ამ უკანასკნელის საჭიროების მთელი დროის განმავლობაში.

##### მუხლი 23.

სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს ეკრძალება:

1. ბავშვთა ხელოვნური საკვების მწარმოებლისაგან ან გასაღების აგენტისაგან ხელოვნური საკვების ნიმუშის, პარტიის, სხვა რაიმე ნებისმიერი საგნის, ნივთის ან თანხის საჩუქრად მიღება.
2. ბავშვთა ხელოვნური საკვების მწარმოებლის და/ან გასაღების აგენტისათვის ორსული ქალების და ჩვილი და ადრეული ასაკის ბავშვების დედების ვინაობისა და მისამართის გადაცემა.

**მუხლი 24.**

სამედიცინო დაწესებულებაში დაუშვებელია ბავშვთა ხელოვნური საკვების, საწოვრიანი ბოთლების, სატყუარების შესახებ სარეკლამო, საინფორმაციო, სასწავლო მასალების გამოკვრა, ხელოვნური საკვების მწარმოებლების ან გასაღების აგენტების საფირმო ან სხვა რაიმე ნიშნებით, მათი სახელწოდებით, გამოსახულებებით თანხლებული ნივთის ან საგნის ხმარება ან განთავსება.

**მუხლი 25.**

დაუშვებელია ბავშვთა ხელოვნური საკვების მწარმოებლების ან გასაღების აგენტების მიერ სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევების დაფინანსება, სამედიცინო პერსონალის სამეცნიერო და პრაქტიკული (ყრილობა, კონფერენცია, სესია, სიმპოზიუმი და სხვ.) ან ნებისმიერი სხვა სახის შეხვედრის, მივლინებების, სტაჟირების, უწყვეტი სამედიცინო განათლების, აგრეთვე სამედიცინო ასოციაციების საქმიანობის სპონსორობა.

**ბაიდლაინის ბადასინჯვისა და ბანახლების ვადა – 4 წელი**

**ბაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო**

*გაიდლაინის შემუშავების მეთოდოლოგია*

- 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა ბუნებრივი კვების შესახებ არსებობს სამეცნიერო მტკიცებულების საფუძველზე შექმნილ რეკომენდაციათა საკმარისი რაოდენობა. მოცემული გაიდლაინის შექმნის პროცესში სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილებით მოძიებული და შეფასებული იქნა უკვე არსებული პრაქტიკული რეკომენდაციები. მოხდა არსებული რეკომენდაციების ადაპტირებული ვარიანტის შემუშავება, რომელიც ერთის მხრივ პასუხებს საერთაშორისო მოთხოვნებს, ხოლო მეორე მხრივ ითვალისწინებს საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებათა როგორც ადამიანურ, ისე ტექნიკურ რესურსებს.
- რეკომენდაციათა მოძიება ხორციელდებოდა ელექტრონული მონაცემთა ბაზის გამოყენებით.

**ცხრილი 2**

ქვეყანა და რესურსის დასახელება	ინტერნეტ-მისამართი
აშშ	
US National Guideline Clearinghouse (NGC)	<a href="http://www.guideline.gov">http://www.guideline.gov</a>
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	<a href="http://www.phppo.cdc.gov/CDCRecommends/AdvSearchV.asp">http://www.phppo.cdc.gov/CDCRecommends/AdvSearchV.asp</a>
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	<a href="http://www.ahrq.gov/clinic/cpgsix.htm">http://www.ahrq.gov/clinic/cpgsix.htm</a>

Health Services Technology Assessment Text (HSTAT) and National Library of Medicine (NLM)	<a href="http://hstat.nlm.nih.gov">http://hstat.nlm.nih.gov</a>
Institute of Clinical Systems Improvement (ICSI)	<a href="http://www.icsi.org">http://www.icsi.org</a>
American Medical Association	<a href="http://www.ama-assn.org">http://www.ama-assn.org</a>
Canadian Medical Association (CMA)	<a href="http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp">http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp</a>
Health Canada – Population and Public Health Branch (PPHB)	<a href="http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/dpg_e.html">http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/dpg_e.html</a>
დიდი ბრიტანეთი	
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	<a href="http://www.nice.org.uk">http://www.nice.org.uk</a>
Sheffield Evidence for Effectiveness and Knowledge (SEEK)	<a href="http://www.shef.ac.uk/seek/guidelines.htm">http://www.shef.ac.uk/seek/guidelines.htm</a>
National electronic Library for Health (NeLH)	<a href="http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder">http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder</a>
PRODIGY Clinical Guidance	<a href="http://www.prodigy.nhs.uk/ClinicalGuidance">http://www.prodigy.nhs.uk/ClinicalGuidance</a>
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	<a href="http://www.sign.ac.uk">http://www.sign.ac.uk</a>
German Guideline Information Service (GERGIS)	<a href="http://www.leitlinien.de/english/english/view;">http://www.leitlinien.de/english/english/view;</a>
ავსტრალია	
Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC)	<a href="http://www.health.gov.au/hfs/nhmrc/publicat/cp-home.htm">http://www.health.gov.au/hfs/nhmrc/publicat/cp-home.htm</a>
ახალი ზელანდია	
New Zealand Guidelines Group (NZGG)	<a href="http://www.nzgg.org.nz/library.cfm">http://www.nzgg.org.nz/library.cfm</a>
მტკიცებითი მედიცინის სპეციალისტთა რეგიონთაშორისი საზოგადოება	<a href="http://www.osdm.org">http://www.osdm.org</a>

**კლინიკური რეკომენდაციების და მტკიცებულებების მოძიების დამატებითი წყაროები და მეთოდები**

- კოხრეინის ბიბლიოთეკა - *The Cochrane Library 2006, Issue 2*,
- ამერიკის სამედიცინო ბიბლიოთეკის მიერ შექმნილ ელექტრონულ ბიბლიოგრაფიულ მონაცემთა ბაზა - მედლაინი – *MEDLINE*

## პუბლიკაციების ჩართვის/გამორიცხვის კრიტერიუმები

- არჩეულ იქნა კვლევები შემდეგი დიზაინით: რანდომიზებული, კონტროლირებადი, სისტემური მიმოხილვები და მეტა-ანალიზი, ერთმომენტიანი, კოჰორტული კვლევები.
- რეკომენდაციის მომზადებისას ძირითადად დადგენილი იყო დროის 12 წლიანი შეზღუდვა. თუმცა ზოგჯერ გამოყენებული იყო უფრო ადრეული პუბლიკაციები, რომლებიც დღესაც აქტუალურია და საფუძვლად უდევს სხვა თანამედროვე მტკიცებულებებს.
- დადგენილი იყო ენობრივი შეზღუდვები, რადგანაც სამუშაო ჯგუფს შესაძლებლობა ჰქონდა ლიტერატურის წყაროები შეესწავლა მხოლოდ ინგლისურ და რუსულ ენებზე.

## მოძიებული კლინიკური რეკომენდაციებისა და მტკიცებულებების ანალიზი

- სამუშაო ჯგუფის მიერ ტარდებოდა მოძიებული წყაროების ანალიზი. ჩატარებული ძიების შედეგად მიღებული იყო რამდენიმე კლინიკური მეთოდური რეკომენდაცია ახალშობილთა ახალშობილთა ბუნებრივი კვების მართვის საკითხებზე, რომლებიც შეიცავდა ჯგუფის მიზნის შესაფერის საჭირო ინფორმაციას. ამ რეკომენდაციების შეფასებისას გამოყენებული იყო რეკომენდაციათა ატესტაციისა და ექსპერტიზის კითხვარი - AGREE (94,96-98). შეფასების შედეგად ამორჩეული იყო ქვემოთ ჩამოთვლილი ორგანიზაციების გაიდლაინები:
  - ⇒ ჯანმრთელობის მსოფლო ორგანიზაცია
  - ⇒ ამერიკის პედიატრთა აკადემია
  - ⇒ კანადის პედიატრთა საზოგადოება
  - ⇒ ლაქტაციის კონსულტანტთა საერთაშორისო ასოციაცია (ILKA)გათვალისწინებული იყო ბავშვთა კვების საერთაშორისო ქსელი (IBFAN) ძუძუთი კვების მსოფლიო ალიანსი (WABA), Baby Milk Action ძუძუთი კვების ქსელის მასალები სამუშაო ჯგუფი ხელმძღვანელობდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული ნაციონალური გაიდლაინების გზამკვლევით.
- რეკომენდაციების მტკიცებულებათა დონეების განსაზღვრისას გამოყენებული იყო საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული მტკიცებულებების დონისა და რეკომენდაციების ხარისხის სქემა.

**მტკიცებულებათა დონეებისა და რეკომენდაციების ხარისხის სქემა**

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray)	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი (Cook et al)
<b>I</b>	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევა	<b>A</b>	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
<b>II</b>	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთი სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევა	<b>B</b>	ეყრდნობა II დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
<b>III</b>	კლინიკური კვლევა რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები	<b>C</b>	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად
<b>IV</b>	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	<b>D</b>	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას საჭიროებს კონსესუსს
<b>Va</b>	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
<b>Vb</b>	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

**კლინიკური რეკომენდაციების პილოტური გამოცდა**

სამედიცინო პერსონალი, რომელიც უშუალოდ მუშაობს ახალშობილთან (შარაშიძის სამედიცინო ცენტრი, ახალშობილთა რეანიმაციის და გადაუდებელი დახმარების განყოფილებები, სამშობიარო სახლი „ბიბიდა“, საერთაშორისო ორგანიზაცია IBFAN-ის საქართველოს ჯგუფი არასამთავრობო ორგანიზაცია „კლარიტასი“) გაეცნო კლინიკურ გაიდლაინს. გაიდლაინის შემუშავების პროცესში გათვალისწინებული იყო მათი შენიშვნები და პრაქტიკული რეკომენდაციები.

ბუნებრივი კვების ხელშეწყობის პროგრამა საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ აღიარებულია სახელმწიფო პროგრამად და საერთაშორისო ორგანიზაციების - გაეროს ბავშვთა ფონდი „UNICEF“, „UMCOR“ WABA, ACTS Georgia ფინანსური ხელშეწყობით იწერება 1996 წლიდან. მოცემული პერიოდის განმავლობაში გაუმჯობესდა ძუძუთი კვების მაჩვენებლები: სამშობიაროდან გამოსწორილი ახალშობილთა 90 % იმყოფება ძუძუთი კვებაზე, დაინერგა ექსკლუზიური ძუძუთი კვების პრაქტიკა, რომლის მაჩვენებელმაც გაეროსა ბავშვთა ფონდის და ACTS ის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგებით 2005წ. შეადგინა 36 %. 1999 წელს საქართველოს პარლამენტის მიერ დამტკიცდა საქართველოს კანონი “ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ”.

## ალტერნატიული ბაიოლანდი არ არსებობს

### ბამოყმენებულ ღოტირატურა:

1. International Lactation consultant association (ILCA). Clinical Guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding June 2005 Overfield M.L.
2. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet JP, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 month of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78(2):291-5.
3. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol* 2004;554:63-77.
4. Marasco L, Marmet C, Shell E. Polycystic ovary syndrome: a connection to insufficient milk supply? *J Hum Lact* 2000;16(2):143-8.
5. van't Hof MA. The Influence of Breastfeeding and Complementary Foods on Growth Until Three Years of Age in the Euro-Growth Study. *Pediatrics* 2000;106(5):1281.
6. Canadian Paediatric Society Nutrition Committee, Dietitians of Canada, Health Canada. Nutrition for Healthy Term Infants; 1998.
7. Gray L, Miller LW, Philipp BL, Blass EM. Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatric* 2002; 109(4):590-3.
8. Fleming PJ, Blair PS, Pollard K, et al. Confidential Enquiry Canada into Stillbirths and Deaths in Infancy/Sudden Unexpected Deaths in Infancy Research Team. Pacifier use and sudden infant death syndrome: Results from the Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy/Sudden Unexpected Deaths in Infancy case control study. *Arch Dis Child* 1999;81:112-6.
9. L'Hoir MP, Engelberts AC, van Well GTJ, et al. Risk and preventive kanada factors for cot death in The Netherlands, a low incidence country. *Eur J Pediatr* 1998;157:681-8.
10. Canadian Paediatric Society Nutrition Committee, Canada Dietitians of Canada, Health Canada. Nutrition for Healthy Term Infants 07.23.2006
11. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506.
12. World Health Organization. (2002) *Infant and Young Child Nutrition: Global Strategy on Infant and Young Child Feeding*. WHO, Fifty-fifth World Health Assembly. April.
13. Chandra RK. Food allergy and nutrition in early life: implications for later health. *Proc Nutr Soc* 2000;59(2):273-7.
14. Ф.Сэведж Кинг. Помощь Матерям в кормлении Грудью 1995
15. Butte NF, Garza C, Smith EO, Nichols BL. Human milk intake and growth in exclusively breast-fed infants. *J Pediatr* 1984;104(2):187-95.
16. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001;131(11):
17. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lonnerdal B. Breast-fed infants are leaner than formula-fed infants at 1 y of age: the DARLING study. *Am J Clin Nutr* 1993;57(2):140-5.
18. Dewey KG, Peerson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA, et al. Growth of breastfed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. World Health Organization Working Group on Infant Growth. *Pediatrics* 1995;96(3 Pt 1):495-503.
19. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003;112(3 Pt 1):607-19.
20. Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2004; 113(4):858-65.
21. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, Uvnas-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001;28(1):13-9.
22. Prodromidis M, Field T, Arendt R, Singer L, Yando R, Bendell D. Mothers touching newborns: a comparison of rooming-in versus minimal contact. *Birth* 1995;22(4):196-200; discussion 201-3.
23. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000043.
24. Wiberg B, Humble K, de Chateau P. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. V. Follow-up at three years. *Scand J Soc Med* 1989;17(2):181-91.



25. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, 5th ed. St. Louis: Mosby, 1999.
26. Macdonald PD, Ross SR, Grant L, Young D. Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88(6):F472-76.
27. Brown KH. (2000) WHO/UNICEF Review on complementary feeding and suggestions for future research: WHO/UNICEF guidelines on complementary feeding. *Pediatrics* 106(5):1290
28. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. (2001) Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutrition* 131:262-267.
29. Kramer MS, Kakuma R. (2003) Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: *TheCochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update Software.
30. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E, Sevkovskaya, Z, Dzikovich I, Shapiro, S et al. (2001) Promotion of the breastfeeding intervention trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 285(4):413
31. Brown KH, et al. Effects of common illnesses on infants' energy intakes from breast milk and other foods during longitudinal community-based studies in Huascar (Lima), Peru. *Am J Clin Nutr* 1990;52:1005-13.
32. Metaj M, Laroia N, Lawrence RA, Ryan RM. Comparison of breast- and formula-fed normal newborns in time to first stool and urine. *J Perinatol* 2003;23(8):624-8.
33. Labbok MH, Hight-Laukaran V, Peterson AE, Fletcher V, von Hertzen H, Van Look PF. Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 1997;55(6):327-36.
34. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112(1 Pt 1):108-15.
35. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506.
36. Howard CR, Howard FM. Management of breastfeeding when the mother is ill. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):683-95.
37. Hall RT, Mercer AM, Teasley SL, McPherson DM, Simon SD, Santos SR, et al. A breast-feeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age. *J Pediatr* 2002;141(5):659-64.
38. Hamprecht K, Maschmann J, Muller D, Dietz K, Besenthal I, Goelz R, et al. Cytomegalovirus (CMV) inactivation in breast milk: reassessment of pasteurization and freeze-thawing. *Pediatr Res* 2004; 56(4):529-35.
39. Marques RF, Lopez FA, Braga JA. [Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life]. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80(2):99-105.
40. Gray L, Watt L, Blass EM. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2000; 105(1):e14.
41. Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, Lindblad BS. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. *Acta Paediatr Scand* 1993;82:1007-1011.
42. World Health Assembly. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: World Health Organization; 1981.
43. World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding, Revised Ed. In: WHO/CHD/98.9; 1998.
44. World Health Organization. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril* 1999;72(3):431-40.
45. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: 2003.
46. World Health Organization. Global strategy: breastfeeding critical for child survival—UNICEF and WHO call for increased commitment to appropriate feeding practices for all infants and young children. *Indian J Med Sci* 2004;58(3):138-9.
47. ნ. ხერხეულიძე “ბავშვთა დაავადებათა პროპედეგტიკა”
48. James W Anderson, Bryan M Johnstone, and Daniel T Remley breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis *Am. J Clin Nutr* 1999 70-525-35
49. Dusdieker LB, Stumbo PJ, Booth BM, Wilmoth RN. Prolonged maternal fluid supplementation in breastfeeding. *Pediatrics* 1990;86(5):737-40.
50. Cregan MD, Mitoulas LR, Hartmann PE. Milk prolactin, feed volume and duration between feeds in women breastfeeding their full-term infants over a 24 h period. *Exp Physiol* 2002;87(2):207-14.

51. Daly SE, Hartmann PE. Infant demand and milk supply. Part 2: The short-term control of milk synthesis in lactating women. *J Hum Lact* 1995;11(1):27-37.
52. Daly SE, Hartmann PE. Infant demand and milk supply. Part 1: Infant demand and milk production in lactating women. *J Hum Lact* 1995;11(1):21-6.
53. Daly SE, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE. Frequency and degree of milk removal and the short-term control of human milk synthesis. *Exp Physiol* 1996;81(5):861-75.
54. Peaker M, Wilde CJ. Feedback control of milk secretion from milk. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 1996;1(3):307-15.
55. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 1990;86(2):171-5.
56. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr* 2004;93(6):779-85.
57. Zetterstrom R. Breastfeeding and infant-mother interaction. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88(430):1-6.
58. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336(8723):1105-7.
59. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Welles-Nystrom B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr* 2003;92(3):320-6.
60. Inch S, Fisher C. Mastitis: infection or inflammation? *Practitioner.*, 1995, 239 (1553): 472-476
61. Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992;81(6-7):488-93.
62. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91(12):1301-6.
63. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplemental Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate; 2003.
64. de Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. III. Follow-up at one year. *Scand J. Soc Med* 1984;12(2):91-103.
65. Bertini G, Dani C, Tronchin M, Rubaltelli FF. Is breastfeeding really favoring early neonatal jaundice? *Pediatrics* 2001;107(3):E41.
66. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89(12):1106-10.
67. Semmekrot BA, de Vries MC, Gerrits GP, van Wieringen PM. [Optimal breastfeeding to prevent hyperbilirubinaemia in healthy, term newborns] *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148(41):2016-9.
68. Yamauchi Y. Hypoglycemia in healthy, full-term, breast-fed neonates during the early days of life: preliminary observation. *Acta Paediatr Jpn* 1997;39 Suppl 1:S44-7.
69. Williams A. Hypoglycemia of the newborn: Review of the literature. Geneva: World Health Organization;1997. p. 1-56.
70. Humenick S. The clinical significance of breastmilk maturation rates. *Birth* 1987;14(4):174-81.
71. Barros FC, Victora CG, Semer TC, et al. Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics* 1995;95:497-499.
72. Casiday RE, Wright CM, Panter-Brick C, Parkinson KN. Do early infant feeding patterns relate to breastfeeding continuation and weight gain? Data from a longitudinal cohort study. *Eur J Clin Nutr* 2004;58(9):1290-6.
73. Hill PD, Humenick SS, Brennan ML, Woolley D. Does early supplementation affect long-term breastfeeding? *Clin Pediatr (Phila)* 1997;36(6):345-50.
74. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr* 1994;83(11):1122-6.
75. Tyson J, Burchfield J, Sentance F, Mize C, Uauy R, Eastburn J. Adaptation of feeding to a low fat yield in breast milk. *Pediatrics* 1992;89(2):215-20.
76. Woolridge MW, Ingram JC, Baum JD. Do changes in pattern of breast usage alter the baby's nutrient intake? *Lancet* 1990;336(8712):395-7.
77. ВОЗ. Методические рекомендации для европейского региона. Кормление и питание грудных детей раннего возраста. Европейская серия № 87, 2003

78. Tison J, Burchfield J, Sentance F, Mize C, Uauy R, Eastburn J. Adaptation of feeding to a low fat yield in breast milk. *Pediatrics* 1992;89(2):215-20.
79. Sachdev HP, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991;337(8747):929-33.
80. Brandt KA, Andrews CM, Kvale J. Mother-infant interaction and breastfeeding outcome 6 weeks after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998;27(2):169-74.
81. Brazelton TB. Neonatal Behavioral Assessment Scale, 2nd ed. Philadelphia: JB Lippencott; 1984.
82. Cohen R, Mrtek MB. The impact of two corporate lactation programs on the incidence and duration of breast-feeding by employed mothers. *Am J Health Promot* 1994;8(6):436-41.
83. Dewey KG, Peerson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA, et al. Growth of breastfed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. World Health Organization Working Group on Infant Growth. *Pediatrics* 1995;96(3 Pt 1):495-503.
84. Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact* 2003;19(2):136-
85. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 2002;18(2):87-101.
86. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19(4): 185-9.
87. Morton JA. Ineffective suckling: a possible consequence of obstructive positioning. *J Hum Lact* 1992;8(2):83-5.
88. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 2001;
89. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19(4):1859.
90. Singapur Ministry of Health. Management of breastfeeding for healthy full term infants. 2002. ec1.89.p.97 (references)
91. American Dietetic Association. Breaking the barriers to breastfeeding - Position of ADA. *J Am Diet Assoc* 2001;101:1213.
92. Avoa A, Fischer PR. The influence of perinatal education about breast-feeding on neonatal weight loss. *Pediatrics* 1990;86(11):313-5.
93. Bertolli J, Hu DJ, Nieburg P, Macalalad A, Simonds RJ Decision analysis to guide choice of interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV. *Aids* 2003;17(14):2089-98.
94. Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Coovadia HM, Pembrey L, Newell ML. Morbidity in children born to women infected with human immunodeficiency
95. Carles G, Tortevoeye P, Tuppin P, Ureta-Vidal A, Peneau C, El Guindi W, et al. [HTLV1 infection and pregnancy]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004;33(1 Pt 1):14-20.
96. Ando Y, Ekuni Y, Matsumoto Y, Nakano S, Saito K, Kakimoto K, et al. Long-term serological outcome of infants who received frozen-thawed milk from human T-lymphotropic virus type-I positive mothers. *J Obstet Gynaecol Res* 2004;30(6):436-8.
97. Chaves RG, Lamounier JA. [Breastfeeding and maternal medications]. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80 (5 Suppl):S189-98.
98. Hale T. Medications and Mothers' Milk. ninth ed. Amarillo: Pharmasoft Publishing; 2004.
99. Eskott R. Positioning, attachment and infections. *Emergency Medical Cliniks of North Amerika*, 1985, 3(10): 87-115
100. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Barros FC. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. *Am J Epidemiol* 1997;146(2):128-33.
101. Community Paediatric Committee, Canadian paediatric Society ( CPS). Weaning from breast. *Paediatrics & Child health* 2004; 9(4), 249-253
102. Grandjean P, Budtz-Jorgensen E, Steuerwald U, Heinzow B, Needham LL, Jorgensen PJ, et al. Attenuated growth of breast-fed children exposed to increased concentrations of methylmercury and polychlorinated biphenyls. *Faseb J* 2003;17(6):699-701.de Araujo Burgos MG, Bion FM, Campos F. [Lactation and alcohol: clinical and nutritional effects]. *Arch Latinoam Nutr* 2004;54(1):25-35.
103. Yasuda A, Kimura H, Hayakawa M, Ohshiro M, Kato Y, Matsuura O, et al. Evaluation of cytomegalovirus infections transmitted via breast milk in preterm infants with a real-time polymerase chain reaction assay. *Pediatrics* 2003;111(6 Pt 1):1333-6.
104. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth* 2002; 29(4):278-84.

105. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact* 2004;20(1):30-8.
106. Giugliani ER. [Common problems during lactation and their management]. *J Pediatr* (Rio J) 2004;80 (5 Suppl):S147-54.
107. Hill PD, Humenick SS. The occurrence of breast engorgement. *J Hum Lact* 1994;10(2):79-86.
108. Stockle U, Hoffmann R, Schutz M, von Fournier C, Sudkamp NP, Haas N. Fastest reduction of posttraumatic edema: continuous cryotherapy or intermittent impulse compression? *Foot Ankle Int* 1997;18(7):432-8.
109. Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(2):CD000046.
110. Roberts KL, Reiter M, Schuster D. Effects of cabbage leaf extract on breast engorgement. *J Hum Lact* 1998;14(3):231-6.
111. Nikodem VC, Danziger D, Gebka N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Do cabbage leaves prevent breast engorgement? A randomized, controlled study. *Birth* 1993;20(2):61-4.
112. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Lonnerdal B. Adequacy of energy intake among breast-fed infants in the DARLING study: relationships to growth velocity, morbidity, and activity levels. *Davis Area Research on Lactation, Infant Nutrition and Growth. J Pediatr* 1991;119(4):538-47.
113. Ziemer MM, Pigeon JG. Skin changes and pain in the nipple during the 1st week of lactation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1993;22(3):247-56.
114. Morrill JF, Heinig MJ, Pappagianis D, Dewey KG. Risk factors for mammary candidosis among lactating women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(1):37-45.
115. Donnelly A, Renfrew MJ, Woolridge MW. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2001;Update Software(1).
116. Hanson LA, Korotkova M, Telemo E. Breast-feeding, infant formulas, and the immune system. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003;90(6 Suppl 3):59-63.
117. Hellings P, Howe C. Breastfeeding knowledge and practice of pediatric nurse practitioners. *J Pediatr Health Care* 2004;18(1):8-14.
118. Ferreira CS, Martinho PC, Amato Neto V, Cruz RR. Pasteurization of human milk to prevent transmission of Chagas disease. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2001;43(3):161-2.
119. Ingram J, Woolridge M, Greenwood R. Breastfeeding: it is worth trying with the second baby. *Lancet* 2001;358(9286):986-7.
120. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding Policy and Position Statement. Leawood, KS: American Academy of Family Physicians; 2001.
121. Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(2):CD000046.
122. Stockle U, Hoffmann R, Schutz M, von Fournier C, Sudkamp NP, Haas N. Fastest reduction of posttraumatic edema: continuous cryotherapy or intermittent impulse compression? *Foot Ankle Int* 1997;18(7):432-8.
123. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2003;1(2):70-8.
124. Bittencourt AL. Possible risk factors for vertical transmission of Chagas' disease. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1992;34(5):403-8.
125. Menzies D. Effect of treatment on contagiousness of patients with active pulmonary tuberculosis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997;18(8):582-6.
126. Menzies D. Effect of treatment on contagiousness of patients with active pulmonary tuberculosis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997;18(8):582-6.
127. Page T., Lokwood E., Guest K. NMMDC 1999 Institute of Medicine. Nutrition During Lactation. Washington, DC: National Academy Press; 1991.
128. HIV and infant feeding. Guidelines for decision-makers. WHO 2003
129. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Disease. Transmission of infectious agents via human milk. In: LK P, editor. Red Book 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2003.
130. Jeffery BS, Mercer KG. Pretoria pasteurisation: a potential method for the reduction of postnatal mother to child transmission of the human immunodeficiency virus. *J Trop Pediatr* 2000;46(4):219-23.
131. Jeffery BS, Soma-Pillay P, Makin J, Moolman G. The effect of Pretoria Pasteurization on bacterial contamination of hand-expressed human breastmilk. *J Trop Pediatr* 2003;49(4):240-4.

132. UNICEF. Breastfeeding and complementary feeding; 1990-2000.
133. Naylor AJ, Morrow AL. Developmental readiness of normal full term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods. Linkages/Wellstart International, 2001.
134. WHO/UNICEF. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization, WHO/NUT/98.1, 1998.
135. Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food Nutr Bull*, in press 2002
136. Cohen RJ, et al. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomized intervention study in Honduras. *Lancet* 1994;344:288-93.
137. Dewey KG, et al. Age of introduction of complementary food and growth of term, low birth weight breastfed infants: a randomized intervention study in Honduras. *Am J Clin Nutr* 1999;69: 679-86.
138. Allen LH, Ahluwalia N. Improving iron status through diet. John Snow, Inc./OMNI Project, 1997.
139. Gibson RS, Ferguson EL, Lehrfeld J. Complementary foods for infant feeding in developing countries: their nutrient adequacy and improvement. *Europ J Clin Nutr* 1998;52:764-70.
140. Skinner JD, Carruth BR, Moran J, Houck K, Coletta F. Fruit juice intake is not related to children's growth. *Pediatrics* 1999;103:58-64.
141. Dennison BA, Rockwell HL, Baker SL. Excess fruit juice consumption by preschool-aged children is associated with short stature and obesity. *Pediatrics* 1997;99:15-22.
142. Ziegler EE, Fomon SJ, Nelson SE, et al. Cow milk feeding in infancy: further observations on blood loss from the gastrointestinal tract. *J Pediatr* 1990;116:11-8.
143. Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. WHO Global Consultation on Complementary Feeding, December 10-13, 2001.
144. Huffman SL, Baker J, Shumann J, Zehner ER. The case for promoting multiple vitamin/mineral supplements for women of reproductive age in developing countries. LINKAGES Project, Academy for Educational Development, Washington DC, 1998.
145. Domellof M, Cohen RJ, Dewey KG, Hernell O, Landa Rivera L, Lonnerdal B. Iron supplementation of Honduras and Swedish breastfed infants from 4 to 9 months of age: effects on hemoglobin and other indices of iron status. *J Pediatr* 2001;138:679-87.
146. Northstone K, Emmett P, Nethersole F, and the ALSPAC Study Team. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet* 2001;14:43-54.
147. Griffin IJ, Abrams SA. Iron and breastfeeding. *Pediatr Clin N Amer* 2001;48:401-14.
148. Engle PL, Bentley M, Pelto G. The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. *Proc Nutr Soc* 2000;59:25-35.
149. Pelto G, Levitt E, Thairu L. Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food Nutr Bull*, in press.
150. Anderson P, Pochop S, Manoguerra A. Adverse drug reactions in breastfed infants: less than imagined. *Clin Pediatr (Phila)* 2003;42(4):325-40.
151. Lucas A & Cole TJ (1990). Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet* 336: 1519-1522.
152. Oddy WH et al. (1999) Association between breastfeeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. *BMJ* 319: 815-819
153. Oddy WH et al (2002). Maternal asthma, infant feeding, and the risk of asthma in childhood. *J Allergy Clin Immunol* 110: 65-7.
154. Paronen J et al (2000) Effect of cow's milk exposure and maternal type 1 diabetes on cellular and humoral immunization to dietary insulin in infants at genetic risk for type 1 diabetes. Finnish Trial to Reduce IDDM in the Genetically at Risk Study Group. *Diabetes* 49: 1657-65
155. Young TK et al (2002). Type 2 Diabetes Mellitus in Children: Prenatal and Early Infancy Risk Factors Among Native Canadians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 156: 651-655
156. Shu XO et al (1999) Breast-feeding and risk of childhood acute leukemia. *J Natl Cancer Inst* 91: 1765-72
157. Mathur GP et al (1993) Breastfeeding and childhood cancer. *Indian Pediatr* 30: 651-7
158. Paton LM et al (2003). Pregnancy and lactation have no long-term deleterious effect on measures of bone mineral in healthy women: a twin study. *Am J Clin Nut* 77: 707-14
159. Polatti F et al (1999). Bone mineral changes during and after lactation. *Obstet Gynecol* 94: 52-6
160. Infant Feeding Guideline – East Tennessee Children Hospital 2005

161. Working Group on Cow's Milk Protein and Diabetes Mellitus of the American Academy of Pediatrics. Infant feeding practices and their possible relationship to the etiology of diabetes mellitus. *Pediatrics* 1994;94:752-4
162. UNICEF UK statement on mother-infant bed sharing, 16 February 2004
163. World Health Organization (WHO), Food and Agriculture Organization (FAO), FAO/WHO workshop on E sakazakii and other micro-organisms, The Sesiion (2003) of the Codex committee on food Hygiene (CCFH), IBFAN-GIFA)
164. Sharon Gardiner, Drug Information Pharmacist, Christchurch Hospital and Evan Begg, Clinical Pharmacologist, Christchurch School of Medicine. Drug Safety in Lactation Website: May 2001 Prescriber Update No.21:10-23
165. Berlin CM, Briggs GG. Drugs and chemicals in human milk. *Semin Fetal Neonatal Med* 2005;10(2): 149-59.
166. Normal requirements - pediatrics. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2002 Jan-Feb;26(1 Suppl):25SA-32SA
167. Nutrition assessment - pediatrics. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2002 Jan-Feb;26(1 Suppl):13SA-17SA.
168. WHO - Integrated Management of Pregnancy and Childbirth Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. – 2006
169. WHO - Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses and midwives 2003

## ავტორთა ჯგუფი

### პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“

#### სამუშაო ჯგუფი:

- თამარ მანჯავიძე – მედიცინის დოქტორი, ბაკის ექსპერტი-გარე შემფასებელი, საქართველოს კანონი “ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ” – ავტორი. პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“-ს წევრი;
- მაია ხერხეულიძე – მედიცინის დოქტორი. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ზოგადი პედიატრიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი. პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“-ს წევრი;
- ნანი ყავლაშვილი - მედიცინის დოქტორი. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ზოგადი პედიატრიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი. პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“-ს წევრი;
- ეკა კანდელაკი –მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ზოგადი პედიატრიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი. პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“-ს წევრი.

#### ემსპერტი:

- ქეთევან ნემსაძე – მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ზოგადი პედიატრიის დეპარტამენტის უფროსი, საქართველოს კანონი “ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ” – ავტორი

- მედეა ბელეშაძე – მედიცინის დოქტორი, ბაკსის ექსპერტი-გარე შემფასებელი, საქართველოს კანონი “ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ” – ავტორი
- ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტი;
- თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტი.