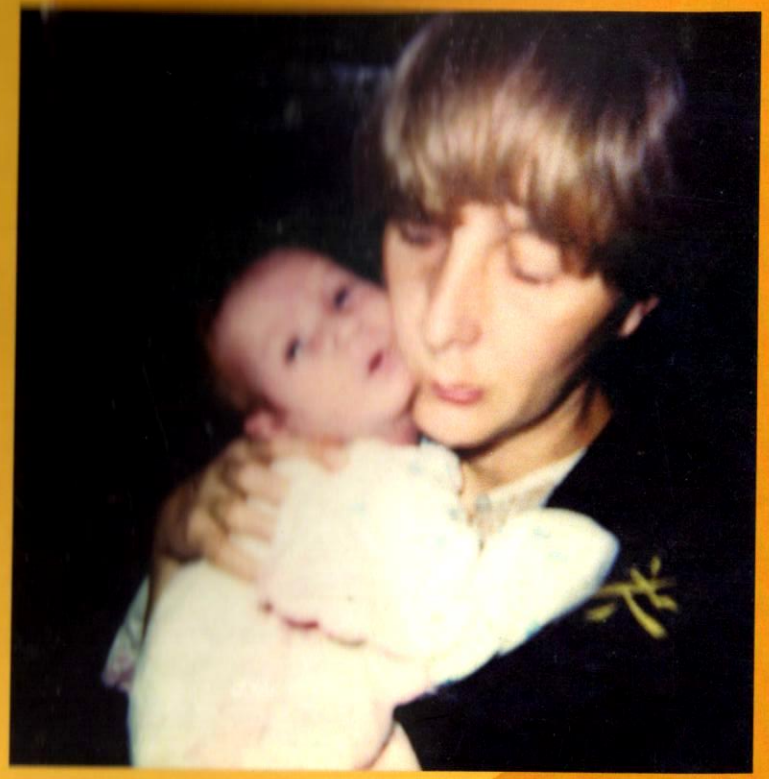
K-1838

რამაზ დულაძე

ბავშვი ჩვენს ოჯახში



სტოპდიარი®

ნიფუროქსაზიდი ტაბ. 100მგ. №24
კაფსულა 200მგ. №12

ჩვენებები

- ინფექციური გენეზის მწვავე და ქრონიკული დიარეა;
- დიარეის თანხლებით მიმდინარე სხვა დაავადებები, მაგ. მწვავე კვებითი ტოქსიკოინფექციები და სხვა.

დოზირება

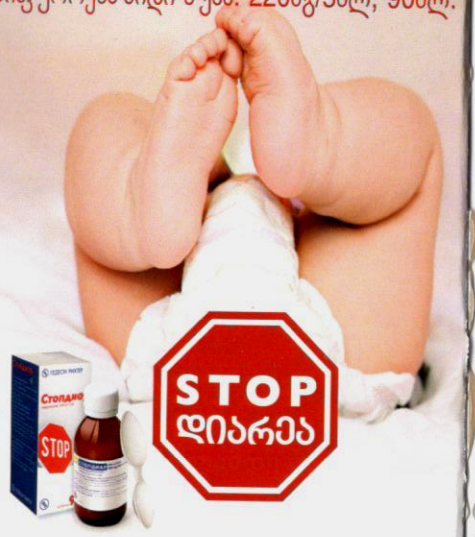
მოზრდილები და 7 წლის ზემოთ ბავშვები

- 200მგ-იანი 1 კაფს. ან 100მგ-იანი 2 ტაბ. 3 - 4 -ჯერ დღეში



სტოპდიარი®

ნიფუროქსაზიდი სუსპ. 220მგ/5მლ, 90მლ.



ჩვენებები

- ინფექციური გენეზის მწვავე და ქრონიკული დიარეა;
- დიარეის თანხლებით მიმდინარე სხვა დაავადებები, მაგ. მწვავე კვებითი ტოქსიკოინფექციები და სხვა.

დოზირება

2-6 თვის ბავშვები

110-220 მგ (2,5-5მლ) 2-ჯერ დღეში

7 თვიდან 6 წლამდე ბავშვები

220 მგ (5მლ) 3-ჯერ დღეში

მოზრდილები და 7 წლის ზემოთ ბავშვები

220 მგ (5მლ) 4-ჯერ დღეში

გედეონ რიხტერი

K1838

რამაზ ღულაძე

ბავშვი ჩვენს ოჯახში

ფსიქიკური და ფიზიკური განვითარება.
კვება.
მოვლა.
დაავადებები და მკურნალობის პრინციპები.

თბილისი 2016 წელი.

საქართველოს ბიზნესის აკადემია-SBA
BUSINESS ACADEMY OF GEORGIA-SBA LTD
LIBRARY
ბიბლიოთეკა

ვუძღვნი ჩემი პედაგოგების –

ქალბატონი თამარ ბურჯანაძის, აკადემიკოს ირაკლი ფალავას
და პროფესორ მიხეილ მჭედლიშვილის ხსოვნას.

613
ღ-95

ავტორი რამაზ ღულაძე

მედიცინის დოქტორი.
სპეციალობა: პედიატრია. ალერგოლოგია-იმუნოლოგია.
ტელ. 5 (93) 392-655.

სამუშაო ადგილი:
საოჯახო მედიცინის ქართულ-ამერიკული კლინიკა „Medical Hause“.
თბილისი. ბერბუკის 10. ტელ. 2-360-836

სამედიცინო კორპორაცია „ევექსი“. ირაკლი ციციშვილის სახელობის „ბავშვთა ახალი კლინიკა“.
თბილისი. ლუბლიანას 21. ტელ. 2-470-401.

ძირითადი გამოქვეყნებული შრომები:

1. იმუნოდეფიციტები ბავშვთა ასაკში. 1989 წ. (წიგნი). თბილისი.
2. ბავშვთა კვება. 1992 წ. (წიგნი). თბილისი.
3. ბავშვთა კვება. 1995 წ. (წიგნი). თბილისი.
4. ხველის მართვა. 2011 წ. (წიგნი). თბილისი.
5. ალერგია. 2012 (წიგნი). თბილისი.
6. იმუნოდეფიციტები და ხშირი ავადობა. 2015 წ. (წიგნი). თბილისი.

რეცენზენტი: ავთანდილ კვეზერელი-კოპაძე მმდ პროფესორი

სამედიცინო რედაქტორი: დავით მახათაძე

მხატვარ - დიზაინერი: თამაზ აბაშიძე

ISBN 978-9941-0 8702-8

ქვეყნის მომავლის ბედი მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული მომავალი თაობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. მხოლოდ ბავშვთა ჰარმონიული ფიზიკური და ფსიქოლოგიური განვითარების პირობებშია შესაძლებელი ძლიერი თანამედროვე საზოგადოების ჩამოყალიბება.

ბუნებრივია, ამ პროცესში უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭება ქვეყნის ჯან. დაცვის სისტემას. მაგრამ, ამავე დროს, უაღრესად მნიშვნელოვანია შობლების ზოგადი და თუნდაც მარტივი სამედიცინო განათლებაც.

სამწუხაროდ, ჩვენს პრაქტიკაში, იშვიათი არაა შემთხვევები, როდესაც ქალმა დღე-დღეზე უნდა იმშობიაროს და იგი სრულიად გაუთვიცნობიერებელია ბავშვის მოვლისა და აღზრდის ელემენტარულ საკითხებში.

ბავშვის დაბადების შემდეგ, მისი ჰარმონიული განვითარება დამოკიდებულია სწორი მოვლის, კვების, მასთან ურთიერთობის თავისებურებებზე.

სწორედ აღნიშნულ პროცესებზე ამახვილებს ყურადღებას წიგნის ავტორი და ხასგასმით მიუთითებს, რომ ბავშვის აღზრდის პროცესში არ არსებობს უმნიშვნელო და მეორეხარისხოვანი საკითხები და ერთი შეხედვით მცირე შეცდომამ შეიძლება მნიშვნელოვანი ზიანი მიაყენოს ბავშვის ფიზიკურ და ფსიქიკურ განვითარებას.

ავტორმა, წიგნში, წარმოადგინა არა მხოლოდ ქართველ და უცხოელ მეცნიერთა თეორიები და შეხედულებები, არამედ გაგვიზიარა საკუთარი, მრავალი წლის განმავლობაში დაგროვილი, გამოცდილებაც.

ვიმედოვნებ, რომ წარმოდგენილი წიგნი დიდ დახმარებას გაუწევს არა მხოლოდ მშობლებს, ბავშვის აღზრდის პროცესში წარმოქმნილი პრობლემების დაძლევაში, ასევე საინტერესო და სასარგებლო იქნება შესაბამისი პროფილის სტუდენტებისა და სამედიცინო პერსონალისათვის.

ავთანდილ კვეზერელი-კოპაძე. მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი. პროფესორი.

სარჩევი.

წინასიტყვაობა 11

თავი I. ბავშვის ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარება 19

- ნაყოფისა და ბავშვის ზრდა და განვითარება 20
- რა განსაზღვრავს ადამიანის ხასიათს 24
- ფსიქიკის თავისებურებათა ფორმირება და მისი გარეგნული გამოვლინება სხვადასხვა ასაკში 28
- ცნობიერი და ქვეცნობიერი. რას მალავს ფსიქიკის ღრმა შრეები და რა გავლენას ახდენს ადრეულ ასაკში განცდილი შთაბეჭდილებები ადამიანის ქცევის თავისებურებაზე 29
- როდის იწყება ხასიათის ფორმირება? რა ასაკიდან იწყებს თქვენი შვილი აზროვნებას? და როგორ იცვლება აზროვნების სტრუქტურა და ფიზიკური განვითარების თავისებურება ასაკის მატებასთან ერთად 37
- პიროვნების ფორმირების პროცესი და პირველი კონფლიქტის მიზეზები – გარდაუვალი კანონზომიერება თუ აღზრდის პრობლემა 53
- ფანტაზია და შემოქმედებითი აზროვნება 57

თავი II. ბავშვის კვება 71

- ბავშვის კვების წესები. რაოდენობა. კალორიულობა და სიხშირე სხვადასხვა ასაკში 75
- 0 – 1 წლამდე ასაკის ბავშვის კვება 75
- ბავშვთა კვების წესები 78
- ბავშვთა კვება 0 – 6 თვემდე ასაკში 81
- ბუნებრივი და ხელოვნური კვება 85
- ბუნებრივი კვების უპირატესობები 85
- ქალის მომზადება ძუძუთი კვებისათვის 90
- ლაქტაციაზე მოქმედი ფაქტორები 91
- მეძუძური დედის ჰიგიენა 93
- მეძუძური დედის კვების თავისებურება და ლაქტაციაზე მოქმედი სხვა ფაქტორები 94
- ბუნებრივი კვების ნიუანსები 95
- ადეკვატური კვების უზრუნველყოფა და შედეგების შეფასება 98
- ძუძუდან რძის გამოწურვა 105
- შემატებული კვება 105
- ძუძუს გაშვების პროცესი 106
- ძუძუთი კვების უკუჩვენებები 109

- ხელოვნური კვება 110
- ხელოვნური ნარევებით კვების ტექნიკა 112
- 6 თვეზე უფროსი ასაკის ბავშვის კვების თავისებურებები 117
- პრობლემები, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდეს 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების დროს 118
- არასრულფასოვანი კვება 118
- გადაჭარბებული კვება 120
- რეგურგიტაცია (ამოქაფება) და ღებინება 120
- თხიერი განავალი და დიარეა (ფაღარათი) 121
- ყაბზობა (შეკრულობა) 122
- კოლიკა (მუცლის შეტევითი ტკივილი) 123
- 1 დან 2 წლამდე ასაკის ბავშვის კვება 124
- კვების დარღვევებით გამოწვეული მდგომარეობები 126
- კვების დეფიციტი 127
- კვების დეფიციტის გარეგნული (კლინიკური) გამოვლინება 127
- სიმსუქნე 128
- სიმსუქნის შეფასება და დიაგნოზი 129
- კბილების ამოსვლის დრო და თანმიმდევრობა 132

თავი III. ბავშვის მოვლა 134

- საფენები, სახვევები. თეთრეული. ოთახი. საწოლი. ლოგინი 135
- როგორ გადავაჩვიოთ ბავშვი საფენებს და მივაჩვიოთ ღამის ქოთანს ... 137
- თეთრეული, საცვლები, ტანსაცმელი 139
- ბანაობა, დასუფთავება 143
- კანის, ჭიპის, თვალების, ცხვირის და ყურების მოვლა 144
- ბავშვთა უეცარი სიკვდილი და მისი თავიდან აცილების გზები 146
- ბოთლი და საწოვარა 147
- მატყუარა საწოვარა 149
- ბავშვის ეტლი 154
- ბავშვის მანეჟი 155
- ჭოჭინა 157
- სათამაშოები 159

თავი IV. პათოლოგიები.
(შეფერხება (ან ჩამორჩენა) ფსიქო-მოტორულ განვითარებაში 164

ფიზიკური განვითარება 164
- სხეულის მასის მატების პათოლოგია 164
- სხეულის სიგრძის მატების პათოლოგია 166

ჩამორჩენა და შეფერხება ფსიქიკურ განვითარებაში 168

ბავშვთა ავადობა. დაავადებათა გამოვლენის ნიშნები და მკურნალობის პრინციპები 170
- მკურნალობის ზოგადი პრინციპები და პრობლემები 170
- ავადობის ზოგადი სიმპტომები 175
- ჰიპერთერმია (ცხელება) 176
- ხველა 178
- იმუნოდეფიციტები და "ხშირად მოავადე ბავშვები" 181
- **კანის და ლორწოვანი გარსების პათოლოგიები** 185
- კანის მოვლა 187
- ახალშობილთა სიყვითლე 187
- რძიანა 188
- ტელეანგიექტაზია 188
- მილია 188
- ვიტილიგო 189
- თმის ცვენა 189
- ფრჩხილებისა და თმის მტვრევა 190
- ინფექციური გამონაყარი კანზე 190
- გამოყელვა 192
- გნეისი და ატოპიური დერმატიტი 192

ძვლებსა და სახსრების პათოლოგიები.
- რაქიტი 193

ნერვული სისტემის პათოლოგიები.
- გულყრა 195
- არაპროვოცირებული გულყრები 197
- თავის ტკივილი 199
- ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექციები 202

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიები 203
- გულის მანკები 205
- არითმიები 206
- კარდიტები 206
- ჰიპერტონია და ათეროსკლეროზი 208
- მწვავე სტრეპტოკოკული ინფექცია და რევმატიზმი 209

სუნთქვის სისტემის პათოლოგიები
ზედა სასუნთქი სისტემის პათოლოგიები 210
- ოტიტი (ყურის ანთება) 212
- ტონზილიტი და ადენოიდიტი 213
- სინუსიტი 216

- კრუპი (ხორხის დაავადება) 217

ქვედა სასუნთქი სისტემის პათოლოგიები 219
- ბრონქიტი 219
- ფილტვების ანთება 220
- ბრონქული ასთმა 223
- კისტოფიბროზი 223
- ტუბერკულოზი 223

საჭმლის მომნელებელი სისტემის პათოლოგიები
- უსიამოვნო სუნი პირიდან 224
- ნადები ენაზე და პირის ღრუში 225
- ამოქაფება 225
- ღებინება 226
- პილოროსპაზმი და პილოროსტენოზი 226
- აცეტონური ღებინება 227
- დიარეა (ნაწლავთა აშლილობა) 227
- ყაბზობა (შეკრულობა) 229
- მუცლის ტკივილი 231

შარდსასქესო სისტემის პათოლოგიები
- ფიმოზი (ჩუჩის გარეთა რგოლის შევიწროება) 232
- კრიპტორქიზმი (სათესლე ჯირკვლების შეკავება მუცლის ღრუში) ... 233
- საშარდე გზების ინფექციები 234

ალერგია და ალერგიული ბუნების დაავადებები
- ალერგია 236
- ატოპიური დერმატიტი 240
- ურტიკარია (ჭინჭრის ციება) და ანგიოშეშუპება 243
- ანაფილაქსიური შოკი 246
- ალერგიული რინიტი 249
- ალერგიული კონიუქტივიტი 250
- ბრონქული ასთმა 250

ენდოკრინული სისტემის პათოლოგიები 255
- ჰიპოთირეოზი 256
- ჩიყვი 258
- შაქრიანი დიაბეტი 260

ბავშვთა ასაკის ინფექციები.
- წითელა 266
- წითურა 270

- ჩუტყვავილა 272
- ინფექციური ერითემა ანუ მეხუთე დაავადება 274
- უეცარი ეგზანთემა ანუ მეექვსე დაავადება 276
- პაროტიტული ინფექცია (ყბაყურა) 276
- ყივანახველა 279
- პარაყივანახველა 283
- ინფექციურ დაავადებათა იმუნოპროფილაქტიკა (პროფილაქტიკური აცრები) 284

თავი V. მოზართა ასაკის პრობლემები 288
- დეპრესია 289
- სუიციდი (თვთმკვლელობა) 290
- ქრონიკული დაღლილობის სინდრომი 291
- მიდრეკილება ძალადობისაკენ 293
- ნევროზული ანორექსია (უმადობა) და ბულემია (გაძლიერებული მადა) 294
- ალკოჰოლის, ნარკოტიკისა და სხვადასხვა ტოქსიური ნივთიერებების მოხმარება 297
- მკერდთან დაკავშირებული პრობლემები 299
- მენსტრუაციასთან დაკავშირებული პრობლემები 301
- კონტრაცეპტივები და მათი გამოყენების წესები 303
- კონტრაცეპციის ბარიერული მეთოდი 305
- კონტრაცეპციის ჰორმონალური მეთოდები 306

სქესობრივი გზით გადამდები ინფეციები 307
- ურეთრიტი 308
- ეპიდიდიმიტი 308
- ვაგინიტები 309
- ცერვიციტი 309
- მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები 310
- გენიტალური წყლულის სინდრომი 310
- პაპილომა ვირუსით გამოწვეული დაზიანებები 310
- ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული იმუნოდეფიციტი და ვირუსული ჰეპატიტები 311

თავი VI. განსაკუთრებული მდგომარეობები
- ჰიპერაქტიული ბავშვები და ყურადღების დეფიციტი 313
- ბავშვთა აუტიზმი 316
- დაუნის დაავადება 318

წინასიტყვაობა

20 წლის წინ შვილი შემეძინა. მიუხედავად იმისა, რომ ამ დროს კარგა ხნის სტაჟიანი პედიატრიც ვიყავი, ბუნებრივია, ისიც ვიცოდი, რომ ბავშვები ყოველდღე იბადებიან და საერთოდაც, ბავშვის დაბადება ჩვეულებრივი მოვლენაა – ეს ამბავი მაინც სრულიად განსაკუთრებულად და შეიძლება ითქვას, რაღაც არაბუნებრივ და მისტიურ მოვლენად აღვიქვი და რეალურად, მხოლოდ მაშინ გავაცნობიერე, თუ რას ნიშნავს ახალი სიცოცხლის გაჩენა; სიცოცხლისა, რომელიც შენი ნაწილი და შენი გაგრძელებაა და რა პასუხისმგებლობა გაკისრია მის წინაშე.

ბავშვი გოგონა იყო. სრულიად უსუსური, ფერმკრთალი, ქერა, შეშუპებული თვალების ზედა ქუთუთოებზე მხოლოდ სამი გრძელი წამწამით. თვალების გახელა უჭირდა და მაინც, ტუჩებით, ჯიუტად, მთელი მონდომებით ეძებდა ძუძუს და ცდილობდა მჭიდროდ მიკვროდა დედის სხეულს.

ვუყურებდი ბავშვს და ახლაც კი, 20 წლის შემდეგ, ძალიან მიჭირს იმ გრძნობის სიტყვებით გადმოცემა, რასაც მაშინ განვიცდიდი. მაგრამ ის კი ძალიან კარგად მახსოვს, რომ როცა ხელში ავიყვანე, გულზე მივიხუტე და ყურთან მისი თბილი სუნთქვა ვიგრძენი, სამყარო შეიცვალა ჩემს ირგვლივ და ისეთი შეგრძნება დამეუფლა, რომ სრულიად ახალ განზომილებაში ამოვყავი თავი.

იდგა ძალიან რთული პერიოდი. ქვეყანა ნელ-ნელა და მძიმედ იშუშებდა სამოქალაქო ომით მიყენებულ იარებს, რაც ადეკვატურად აისახებოდა მოსახლეობის ცხოვრების წესსა, პირობებსა და განწყობაზე. ჰაერში ნავთისა და შეშის ნამწვის სუნი ტრიალებდა და კუპონებით, ტალონებითა და პურის უზარმაზარი რიგებით თავგაბეზრებული და დათრგუნული მოსახლეობა, რომელიც თითქოს, ერთიან, მონაცრისფერო მასად ქცეულიყო, სრული უიმედობით ელოდა მომავალს.

და მაინც, ცხოვრება გრძელდებოდა და დღეს, 20 წლის შემდეგ, როცა ამ რთულ დროს ვიხსენებ, პირველ რიგში მახსენდება არა ის ფიზიკური და მატერიალური სირთულეები, რაც ამ პერიოდს ახლდა თან და რაც დღეს ტკივილნარევი ირონიის გრძნობას მიჩენს, არამედ სულ სხვა – ძალიან თბილი, სასიამოვნო, თუმცა ზოგჯერ საკმაოდ რთული და მტკივნეულიც, რაც შვილის გაზრდასთან, აღზრდასთან, ურთიერთობასთან, იყო დაკავშირებული.

როგორც უკვე ვთქვი, პედიატრი ვარ. მეუღლეც ექიმია. ძალიან ბევრ ბავშვთან მქონია ურთიერთობა და თითქოს ყველაფერი უნდა მცოდნოდა მათზე და ამის მიუხედავად, პირველ ხანებში, საკმაოდ მძიმე მდგომარეობაში აღმოვჩნდი და ისეთი შეგრძნება მქონდა, რომ არასოდეს არაფერი გამეგო ახალშობილის მოვლის შესახებ.

მუდმივად ვიღებდი კონსულტაციებს მეგობრებისა და კოლეგებისაგან, ისინი კი ძალიან ხალისობდნენ ამის გამო. კარგად მახსოვს, 2 თუ 3 თვის ასაკის რომ იყო, ბავშვს ტემპერატურამ აუწია, ახველებდა, ცხვირი გაიჭედა და ძუძუს წოვა უჭირდა. ვერაფრით ვერ შევძელი ფილტვები მომესმინა – უბრალოდ ვერ დავადე ფონენდესკოპი. შემდეგ ჩემს უფროს კოლეგას, ძალიან ცნობილ პროფესორს, ვთხოვე მოესმინა და მან ეჭვი გამოთქვა, რომ შეიძლება ფილტვების ანთება ყოფილიყო. უნდა გადაგვეწყვიტა ანტიბიოტიკის ინექციის საკითხი და აქაც მძიმე მდგომარეობაში აღმოვჩნდი. ერთი მხრივ – არც ერთი არ ვიყავით დარწმუნებული ფილტვების ანთების დიაგნოზში და არ გვინდოდა ანტიბიოტიკის ზედმეტად გამოყენება და მეორე მხრივ, იყო მდგომარეობის გართულების შიში. გადავწყვიტეთ, ერთი დღეც დაგვეცადა. მადლობა ღმერთს, მეორე დღეს, მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა და ანტიბიოტიკის გამოყენება საჭირო არ გახდა. ალბათ მაშინ პირველად გავაცნობიერე, რა მძიმე მდგომარეობაში ვარდებიან მშობლები შვილების ავადმყოფობის დროს და რა ძნელია არჩევანის გაკეთება, როდესაც, სათანადო ცოდნა არ გაგაჩნია და გვერდით კომპენტენტური მრჩეველიც არ გყავს.

სწორედ ამ პერიოდში დავინტერესდი – არსებობდა თუ არა ქართულ ენაზე ლიტერატურა, რომელიც მშობლებს მარტივი და გასაგები ენით აუხსნიდა ბავშვთან ურთიერთობის, მოვლის, ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარების შეფასების, კვების წესებისა და თავისებურების, ავადობის მიზეზებისა და მისი თავიდან აცილების სხვადასხვა ნიუანსებს. ლიტერატურა ექიმებისათვის, რომელშიც ყველა ეს საკითხია განხილული, რა თქმა უნდა არსებობს. მაგრამ, მშობლებისათვის და, მით უმეტეს ქართულ ენაზე დაწერილი პოპულარული წიგნი, ვერ მოვიძიე.

დღეს, რაკი არსებობს ინტერნეტი, თითქოს, ნებისმიერ კითხვაზე შეიძლება პასუხის მიღება. სპეციალური საიტები გაგარკვევენ თუ, როგორ უნდა კვებო ბავშვი, როგორ უნდა მოუარო სხვადასხვა

სიტუაციაში, როგორი სათამაშო თუ სხვა აქსესუარია საჭირო ბავშვის განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე და ა.შ. მაგრამ, ჩემი აზრით, ეს არ არის პრობლემის ბოლომდე გადაჭრის გზა; რადგან, ერთი მხრივ, ასეთი ინფორმაციების წყარო, ძალიან ხშირად, სხვადასხვა სერვისის მომწოდებელი კომპანიის ინტერესებს და პრაქტიკულად, ამ სერვისების რეკლამირებას ემსახურება. მეორეც – ასეთი ინფორმაციები ფრაგმენტულია, უხშირესად ცალმხრივი და შედარებით სრულყოფილი ინფორმაცია იშვიათადაა ქართულ ენაზე. რაც მთავარია, ჩვენს ქვეყანაში, ჯერ-ჯერობით, მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი, კვლავ ვერ სარგებლობს ინტერნეტით და ამდენად, ხელი არ მიუწვდება, თუნდაც ამ გზით, საჭირო ინფორმაციის მოძიებაზე.

პედიატრად მუშაობის 30 წელზე მეტი ხნის განმავლობაში, ბუნებრივია, აუარებელ ბავშვთან და მათ მშობლებთამ მქონია ურთიერთობა, ყოფილა წარმატებები და ზოგჯერ ძალიან დასანანი მარცხიც და დღეს, თავისუფლად შემიძლია ვთქვა, რომ ექიმის (განსაკუთრებით კი პედიატრის) წარმატება დიდწილად, მშობლების თანამშრომლობის ხარისხზე, მათ ჩართულობაზე, მათ სურვილზე – **იცოდნენ ყველაფერი ბავშვის შესახებ,** მათ ზოგად კულტურასა და ინტელექტზეა დამოკიდებული. ბუნებრივია, ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ოჯახის (საერთოდ ქვეყნის) სოციალური ურთიერთობებისა და მატერიალური მდგომარეობის თავისებურებას.

დღევანდელ ჯანმრთელობის დაცის სისტემაში, სადაც ყველაფერი დათვლადია და მომსახურეობის ხარისხს განსაზღვრავს ეკონომიკური რესურსების რაციონალური გამოყენება, შემოღებულია ერთი ძალიან საინტერესო ტერმინი – „ხარჯეფექტური მედიცინა“. ეს იმას ნიშნავს, რომ პაციენტის მკურნალობისას, მაქსიმალური ეფექტი, მინიმალური ეკონომიკური დანახარჯების საშუალებით უნდა მივიღოთ. ამ მიზნით, შემუშავებულია მკურნალობის რაციონალური სქემები (“გაიდლაინები”), რომლებიც ექიმს საშუალებას აძლევს, სტანდარტულ სიტუაციაში, პაციეტისათვის, მაქსიმალურად ეფექტიანი დახმარების პირობებში, გამოიყენოს მინიმალური ეკონომიკური რესურსი. სწორედ ასეთი “გაიდლაინები” არეგულირებენ პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის (საავადმყოფოში მოთავსების) კრიტერიუმებს. კიდევ ერთხელ გავიმეორებ, რომ ამ პრინციპის დაცვისას, პრიორიტეტი ენიჭება პაციენტის ინტერესებს, ანუ ხარისხიან მკურნალობას. იმის გამო, რომ პაციენტის (ამ შემთხვევაში ბავშვის) მკურნალობა საავადმყოფოში გაცილებით მეტ ხარჯებთანაა დაკავშირებული,

ვიდრე ამბულატორიულად, ანუ – ბინაზე, ბუნებრივია, მკურნალობის დამფინანსებელი (სადაზღვეო კომპანია ან სახელმწიფო) დაინტერესებულია, მაქსიმალურად დაიცვას პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები და პრიორიტეტი ბინაზე მკურნალობას მიანიჭოს. ამ დროს, ისიცაა გათვალისწინებული, რომ ბინაზე მკურნალობა პაციენტისა და მისი მშობლისთვისაც უფრო კომფორტულია, ვიდრე საავადმყოფოში ყოფნა. მაგრამ, იმისათვის, რომ პაციენტის ბინაზე მკურნალობა შედეგიანი იყოს, საჭიროა ბავშვის მშობლებს (მომვლელს) ჰქონდეთ შესაბამისი განათლება და უნარჩვევები, რომ ექიმის მიერ მიღებული დავალების შესრულება შესძლონ. სწორედ ამიტომ, განვითარებულ ქვეყნებში, **როგორც სახელმწიფო, ისე სადაზღვეო კომპანიები, სოლიდურ თანხებს ხარჯავენ, მოსახლეობისათვის საჭირი სამედიცინო განათლების მისაწოდებლად.** ა.შ.შ.–ში, პედიატრიაში, დღეისათვის, გამოყენებულ ძრითად სახელმძღვანელოში (Nelson textbook of pediatrics) ხაზგასმითაა მითითებული, რომ ავადმყოფი ბავშვის ჰოსპიტალში მოთავსებისას აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული: ხომ არ არის ბავშვის დედა არასრულწლოვანი, და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური ფენიდან და რომ, ამ კრიტერიუმების გათვალისწინებით, უნდა მოხდეს ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია.

ყველაფერ ამას, იმიტომ ვწერ, რომ ხაზი გავუსვა, რამდენად დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ განვითარებულ ქვეყნებში მშობლების ზოგად და სამედიცინო განათლების დონეს, ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხში და გულწრფელად აღიარებენ, რომ იქაც კი, ეს პრობლემა გადაჭრილი არ არის.

სამედიცინო ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ სამუშაოდ ქალაქ ჭიათურის ერთ-ერთ სოფელში გამანაწილეს. ჭიათურა, სერიოზული სამრეწველო ქალაქი იყო; ტექნიკური და სამედიცინო ინტილიგენციით. სოფელი, სადაც მე ვმუშაობდი, სულ რამდენიმე კილომეტრით იყო დაცილებული ქალაქიდან. პრაქტიკულად, ებმოდა ქალაქს და, ბუნებრივია, ყველა ის კულტურული და ეკონომიკური თავისებურება, რაც ქალაქს ახასიათებდა, ამ სოფელზეც უნდა ასახულიყო. ვისაც ზემო იმერეთის სოფლები უნახავს და მით უმეტეს, იქ უცხოვრია, დამიდასტურებს, რომ იქ ხალხი უაღრესად თვაზიანი, მშვიდობიანი და სტუმართმოყვარეა და ექიმებისა და პედაგოგების მიმართ

ხაზგასმული პატივისცემით გამოირჩევა. მიუხედავად ამისა, მაინც ვერ გადავურჩი სერიოზულ კონფლიქტს. . .

ერთ დღეს, როდესაც სამსახურში (სოფლის ამბუატორიაში) მივედი, მითხრეს, რომ სოფელში რამდენიე ბავშვი წითელათი გახდა ავად და, რომ მდგომარეობა სერიოზული იყო. გადავწყვიტე ეს ბავშვები სახლებში მენახა და ექთანს ვთხოვე გამომყოლოდა. ვიგრძენი, რომ ექთანი ფეხს ითრევდა. ჩავთვალე, რომ უბრალოდ ეზარებოდა. ამიტომ, ამას ყურადღება არ მივაქციე და წავედით პაციენტების სანახავად. პირველი ბვშვის სახლთან რომ მვედით, ექთანმა ბავშვის დედას დაუძახა. სახლიდან ახალგაზრდა ქალი გამოვიდა და რომ დაგვინახა, სწრაფადვე შებრუნდა უკან. ცოტა ხნის შემდეგ სახლიდან ბავშვის მამა და ბებია გამოვიდნენ და აშკარად უკმაყოფილო სახეებით მოგვიახლოვდნენ. ბავშვის ბებიამ გვერდზე გაიხმო ექთანი და ჩუმად დაუწყო ლაპარაკი. მამა კი შორიახლოს იდგა და ხმას არ იღებდა. მე გაოცებული ვიყავი ასეთი დახვედრით, რაც ნამდვილად არ იყო დამახასიათებელი ამ ხალხისათვის. ამ დროს ექთანიც მოვიდა და მითხრა, რომ ბავშვის მშობლები კატეგორიული წინააღმდეგი იყვნენ ჩემი სახლში შესვლისა და პაციენტის გასინჯვის, რადგან მიაჩნდათ, რომ "ბატონები გაბრაზდებოდნენ და ბავშვს წაიყვანდნენ". (ანუ ბავშვი მოკვდებოდა). მათი მოთხოვნა კატეგორიული იყო და მზად იყვნენ ფიზიკური წინააღმდეგობა გაეწიათ ჩემთვის. იგივე განმეორდა კიდევ 2 ოჯახში. 5–დან, მხოლოდ 2 პაციენტის მონახულება შევძელი და ვგრძნობდი, რომ იქაც არ ვიყავი სასურველი სტუმარი. ეს იმდენად მოულოდნელი და გაუგებარი საქციელი იყო ჩემთვის, რომ ვერც კი მივხვდი რა უნდა გამეკეთებინა. შემდეგ ვეცადე ბავშვების მშობლებისათვის ამეხსნა, რას წარმოადგენდა დაავადება წითელა, რა გართულება შეიძლება მოჰყოლოდა მას და რატომ იყო აუცილებელი ექიმის კონსულტაცია. მაგრამ, სულ ტყუილად. ტრადიციები უფრო მნიშვნელოვანი და გადამწყვეტი აღმოჩნდა, ვიდრე ჩემი ახსნა-განმარტება და არგუმენტები. რა თქმა უნდა, შეიძლებოდა საქმეში სამართლდამცავები ჩამერია. მაგრამ კონფლიქტს მოვერიდე და იმით დავკმაყოფილდი, რომ ყოველდღიურ ინფორმაციას მაწვდიდნენ ბავშვების მდგომარეობის შესახებ. ამ შემთხვევაში, საბედნიეროდ, ყველაფერი კარგად დამთავრდა და ბავშვები დროზე გამოჯანმრთელდნენ. თუმცა, შეიძლება, ყველაფერი უფრო რთულად განვითარებულიყო. ეს ყველაფერი 1978 წელს მოხდა. მნიშვნელოვანი სამრეწველო ქალაქიდან ძალიან ახლოს მყოფ სოფელში, სადაც ძალიან

ამაყობდნენ იმ ფაქტით, რომ იქ დაბადებული რამდენიმე პიროვნება, იმ პერიოდში, ცნობილი პროფესორები იყვნენ დედაქალაქში.

შემდგომში, ასეთ კურიოზებს არსად წავწყდომივარ. მაგრამ იყო და აშკარაა, რომ დღემდე რჩება ამდაგვარი მნიშვნელოვანი პრობლემები, რომელიც, უმარტივეს სამედიცინო საკითხებში, მოსახლეობის გაუთვითცნობიერებულობასთან და საერთოდაც, ზოგადი განათლების დეფიციტთან და დაბალ კულტურასთანაა დაკავშირებული.

აქედან, რამდენიმე, თითქოს შედარებით მარტივ და გავრცელებულ პრობლემაზე მინდა ვთქვა ორიოდე სიტყვა:

საქართველოში, თითქმის, ეროვნული უბედურების რანგში შეიძლება იყოს განხილული ანტიბიოტიკების უსისტემო და ხშირი გამოყენების საკითხი. ანტიბიოტიკები, მოსახლეობის ფართო ფენებში, განიხილება, როგორც "სიცხის დამწევი საშუალება" და მას იყენებენ ჩვეულებრივი "გაციებისა და სურდოს" და ხველის შემთხვევაში და ცოტამ თუ იცის, რომ ანტიბიოტიკი მხოლოდ დადასტურებული მიკრობული ინფექციის წინააღმდეგ უნდა გამოვიყენოთ და ისიც, შერჩევითა და მკაცრად განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში. რომ ანტიბიოტიკის არასწორი გამოყენება ხელს უწყობს მათ მიმართ გამძლე მიკრობების ჩამოყალიბებას (გამოზრდას) და გარდა მისა, მძიმე ალერგიულ რეაქციებს ავითარებს.

ბოლო ხანებში, რეცეპტურის სისტემის დანერგვამ, ეს პრობლემა თითქოს უნდა გადაჭრას. მაგრამ ამას კიდევ ბევრი ძალისხმევა დასჭირდება.

რამდენიმე წელია, მოსახლეობაში გავრცელებულია აზრი, რომ ხველის დროს, საჭიროა წიწვოვანი მცენარეების გირჩების ნახარშის დალევა და საქმე იქამდეც კი მივიდა, რომ ერთ-ერთ რაიონში პაკეტებში დაფასოებული გირჩების ფხვნილი იყიდება და მას მოჰყვება ინსტრუქცია, რომ ხველის საწინააღმდეგოა არა მხოლოდ მისი ნახარში, არამედ იგი შეიძლება ინჰალაციური (შესასუნთქი) გზითაც მიეწოდოს პაციენტს. ვიცი რამდენიმე შემთხვევა, როცა ეს პროცედურა კინაღამ სავალალო შედეგით დასრულდა და ბავშვის გადასარჩენად სერიოზული რეანიმაციული ჩარევა გახდა საჭირო.

ერთ-ერთ მთიან რეგიონში, სადაც კარგადაა განვითარებული მესაქონლეობა და თითოეულ ოჯახს რამდენიმე მეწველი ძროხა ჰყავს, როგორი პარადოქსიც არ უნდა იყოს, ტრადიციულია ჩვილი ბავშვების კვება წყალში გახსნილი, მოხალული პურის ფქვილით, რომელსაც, რეალურად, არავითარი კვებითი ღირებულება არ გააჩნია და

შედეგად ვიღებთ კვების სერიოზული მოშლილობის შემთხვევებს.

ქვეყნის პერიფერიებზე, სამწუხაროდ, დღემდე, აკვანში ზრდიან, ბავშვებს რაც, ხშირად, ძვალ-სახსროვანი სისტემის დაზიანებას და რაქიტის განვითარების მიზეზი ხდება. როდესაც მშობლებს უხსნი, რა უარყოფითი შედეგი შეიძლება გამოიწვიოს აკვნის გამოყენებამ, იღებ პასუხს, რომ მათი მშობლები და ბებია-ბაბუები აკვანში გაიზარდნენ და მათ ძალიან კარგი აღნაგობა ჰქონდათ და კოჭლები არ ყოფილან. მაგრამ, ეს მხოლოდ პრობლემის დეტალებია: შეიძლება ითქვას – ტექნიკური დეტალები, რომელიც დაბეჯითებული ახსნა-განმარტებით შეიძლება მოგვარდეს და ამას არ სჭირდება ღრმა გააზრება, მდგომარეობის ანალიზი და მაღალი ინტელექტი. ამგვარი საკითხების გადაწყვეტა ადგილობრივი პედიატრის ან სულაც მედდის მონდომებასა და გამოცდილებაზეა დამოკიდებული.

გაცილებით უფრო მნიშვნელოვანია სხვა – ბავშვის მთლიანობაში აღქმა: აღქმა იმისა, რომ შენს წინ არის არა მხოლოდ ბიოლოგიური არსება, რომელსაც მხოლოდ ჭამა და ძილი ესაჭიროება, არამედ, იმის ღრმად შეგრძნება, რომ, ის, სულ მცირე ასაკიდან პიროვნებაა, სოციალური არსებაა, თავისი შინაგანი, გენეტიკური კოდითა და ხასიათით, საკუთარი მისწრაფებებით და სურვილებით, რომელიც ბუნებრივად ესწრაფვის სამყაროს შეცნობას და ამ გზაზე მას თქვენი თანადგომა, მფარველობა და გულწრფელი სიყვარული სჭირდება. და თუ გსურთ, რომ ბავშმა ღირსეულად გაიაროს ეს გზა და შესაბამისი შედეგი მიიღოთ, უაღრესად მომთმენი და კორექტული უნდა იყოთ მასთან ურთიერთობაში. აი, ამას კი, შესაბამისი ცოდნა, ინტელექტი, მოთმინება და დიდი სიყვარული სჭირდება.

და ბოლოს, მინდა დავამთავრო იმით, რითაც საუბარი დავიწყე – ემოცია, რომელიც ჩვენი შვილების ამ ქვეყნად მოვლინების შემდეგ გვიჩნდება, ძალიან ღრმა და შთამბეჭდავია. დროთა განმავლობაში ეს ემოცია სუსტდება და აქცენტი გადადის იმ პრობლემებზე, რომელიც ბავშვის აღზრდას, მასთან ურთიერთობას, მისი ჯანმრთელობისა და სხვა პრობლემებს ახლავს თან. ეს პრობლემები ზოგჯერ საკმაოდ მწვავეა და ართულებს ურთიერთობებს ოჯახის წევრებს შორისაც კი. და როდესაც ასეთი პრობლემების წინაშე აღმოვჩნდებით, რაც პრაქტიკულად გარდაუვალია, მოდით გავიხსენოთ ის შეგრძნებები და ემოციები, რომელიც მაშინ დაგეუფლათ, როცა პირველად შეხედეთ

ACADEMY OF SCIENCES LIBRARY

თქვენს შვილს და თუ ამას შესძლებთ, დამერწმუნეთ – ყველაფერი კარგად იქნება.

წიგნზე მუშაობის პერიოდში ბევრ ადამიანთან გავიარე კონსულტაცია. მივიღე ბევრი რჩევა და სურვილები. გულწრფელი მადლობა მათ, ამისათვის.

განსაკუთრებული მადლიერება მინდა გამოვხატო შესანიშნავი ჟურნალისტის, ლიტერატორის და ძალიან კარგი ადამიანის – ქალბატონი მანანა კარტოზიასა და ჩემი დიდი ხნის მეგობრის ფსიქოლოგიის პროფესორ თამარ გაგოშიძის მიმართ.

კვლავაც სიამოვნებით მივიღებ რჩევებს მათგან, ვისაც ამ წიგნის წაკითხვის შემდეგ, ამის სურვილი გაუჩნდება.

რამაზ ღულაძე

თავი I

ბავშვის ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარება.

თქვენ ბავშვს ელოდებით. ამის გამო, ბედნიერი და ამაყი ხართ. ის ჯერ არ დაბადებულა. მაგრამ თქვენ, მთელი თქვენი არსებით, შეიგრძნობთ მას, გიყვართ და მოუთმენლად ელოდებით მის მოვლინებას ამ ქვეყნად. თქენ, ჯერ არ იცით ის, გოგონაა თუ ვაჟი. არ იცით რა ფერის თვალები და თმა აქვს, თქვენ გგავთ, თუ თქვენს მეუღლეს. მით უმეტეს, არ იცით როგორი თვისებები და ხასიათი ექნება მას, როგორი იქნება მისი მისწრაფებები და სურვილები, როგორი იქნება თვენი ურთიერთობა და საერთოდაც – რა ელოდება მას ცხოვრების განმავლობაში, როგორი იქნება მისი ბედი. თქვენ ფიქრობთ ყველაფერ ამაზე. თქვენ ბედნიერი და ამაყი ხართ, რადგან, საფუძველს აძლევთ ახალ სიცოცხლეს, რომელიც თქვენი სიცოცხლის გაგრძელებაა. მაგრამ ამასთან ერთად, რაკი საგანმანათლებლო წიგნი მოგიმარჯვებიათ, როგორც ჩანს, სრულად გაქვთ გაცნობიერებული ის პასუხიმგებლობა, რასაც დედობა თუ მამობა ჰქვია.

დიახ, თქვენი შვილი ჯერ არ დაბადებულა. მაგრამ თქვენ უკვე ზრუნავთმასზე–ამზადებთმისთვისსაწოლს,ყიდულობთტანსაცმელსა თუ მოვლის სხვადასხვა აქსესუარს. თქვენ ძალიან გაინტერესებთ, როგორ ვითარდება ის დედის სხეულში, როგორ იზრდება, როგორ ყალიბდება და როგორ ემზადება თქვენთან შესახვედრად. ამ შეხვედრას, თქვენც მოუთმენლად ელოდებით, ღელავთ და ითვლით დღეებს. ითვლით დღეებს და გაინტერესებთ ყველაფერი, რაც მის არსებობას, მის განვითარებას და მის მომავალს ეხება. ელოდებით, გიხარიათ და ცოტა გეშინიაც კიდეც. გეშინიათ, რადგან არა გაქვთ ბავშვთან ურთიერთობის გამოცდილება. ან, შეიძლება, კიდეც გაქვთ ასეთი გამოცდილება, მაგრამ იცით, რომ ყველა ბავშვი თავისებური და უნიკალურია და ყველას ინდივიდუალური მიდგომა სჭირდება. თქვენ სვამთ კითხვებს და ცდილობთ პასუხი გასცეთ მათ. თუმცა, ხვდებით, რომ ეს არ არის მარტივი. ამასთან, ხვედებით, რომ ასეთი კითხვები მრავლად იქნება შემდგომშიც და რაც მაღალია თქვენში პასუხიმგებლობის გრძნობა, მით მეტია ასეთი კითხვები და მეტად

გაშფოთებთ ეს პრობლემა. . . . **შევეცდებით, ამ წიგნში, ბევრ კითხვაზე მიიღოთ პასუხი.**

მოთმინებითა და დაკვირვებით წაიკითხეთ ყველაფერი, რაც ქვემოთ წერია. მე ვიცი, რომ ეს, არ არის ადვილი. ამას, პედიატრები, დაალებით 10 წელი სწავლობენ და შემდეგ, თეორიულ ცოდნას, პრაქტიკით ამყარებენ. მაგრამ, ბუნებრივია, თქვენ არ მოგეთხოვებათ ყველაფრის საფუძვლიანი დამახსოვრება. უბრალოდ, შეგიძლიათ საჭირო დროს და საჭირო ადგილზე გადაშალოთ წიგნი და მიიღოთ შესაბამისი ინფორმაცია.



ნაყოფისა და ბავშვის ზრდა და განვითარება.

სპერმატოზოიდის მიერ კვერცხუჯრედის განაყოფიერების და საშვილოსნოს კედელზე, ამ, კვერცხუჯრედის მიმაგრების შემდეგ, იწყება მისი სწრაფი დაყოფა-განვითარება და საფუძველი ეძლევა ახალი სიცოცხლის დასაწყისს. განვითარების ეს პერიოდი, საშვილოსნოსშიდა განვითარების პერიოდის სახელითაა ცნობილი და თავის მხრივ იყოფა ემბრიონალური (3 თვემდე) და ფეტალური განვითარების პერიოდად, რომელიც ბავშვის დაბადებამდე გრძელდება.

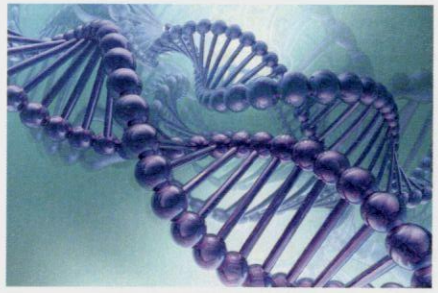
ემბრიონალური განვითარების პერიოდში საფუძველი ეყრება ნაყოფის ორგანოების ჩამოყალიბებას და ამიტომ, ეს პერიოდი, განსაკუთრებულ ყურადღებასა და სიფრთხილეს მოითხოვს.

ამ პერიოდში, მომავალი დედა, მაქსიმალურად უნდა მოერიდოს ინფექციასთან კონტაქტს. მაგ. ცნობილია, რომ ისეთი ინფექციური დაავადება, როგორიცაა **წითურა,** ნაყოფის გულის დაზიანებას იწვევს და თუ ორსული ქალი წითურათი დაავადდა, არის ალბათობაა, რომ ბავშვი გულის თანდაყოლილი მანკით დაიბადოს. ნაყოფის დაზიანებას იწვევს მრავალი მედიკამენტი, რის გამოც, ორსულობის პერიოდში, ყოველგვარი მედიკამენტის და ქიმიური ნაერთის მიღება მაქსიმალურად უნდა იყოს შეზრუდული და ა.შ.. თუმცა, ეს მხოლოდ ერთი მხარეა იმისა, რაც გავლენას ახდენს ნაყოფისა და შემდგომ, ბავშვის განვითარების თავისებურებაზე.

ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი კითხვა, რომელსაც შვილის მომლოდინე

მშობლები სვამენ, არის ის, თუ რომელი სქესის ბავშვი შეიძლება დაიბადოს და რა ფაქტორები განსაზღვრავენ მათი მომავალი პატარას ინდივიდუალურ თავისებურებებს ?

შეიძლება თამამად ითქვას, რომ კვერცხუჯრედის განაყოფიერების პერიოდიდან ადამიანის სიცოცხლის ბოლომდე, მისი ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარების, ფორმირების და ყველა ცვლილების საფუძველი, ერთი მხრივ, არის ის გენეტიკური კოდი, რომელიც მან მშობლებისაგან (წინაპრებისაგან) მიიღო და მეორე მხრივ – ის გარემო, სადაც მას არსებობა უხდება



ადამიანის ყველა დამახასიათებელ ნიშან-თვისებათა საფუძველი, მის უჯრედებში არსებული **გენებია.** გენები მოთავსებულია, ასევე უჯრედთა შემადგენლობაში არსებულ **ქრომოსომებში.** ადამიანს აქვს 21 წყვილი სომატური (არა სქესისათვის დამახასიათებელი ნიშნების განმსაზღვრელი) და 2 წყვილი ე.წ. სასქესო ქრომოსომა. ქრომოსომებში მოთავსებული ათასობით გენი განსაზღვრავს ადამიანის ისეთ ნიშნებსა და თვისებებს, როგორიცაა მაგ. სიმაღლე, თვალის ფერი, სახის ნაკვთების ფორმა, ნივთირებათა ცვლის მრავალი თავისებურება, მიდრეკილება სხვადასხვა დაავადებებისადმი და ხასიათისა და ტემპერამენტის თავისებურებასაც კი. ამ მხრივ, ქალისა და მამაკაცის ქრომოსომებს შორის რაიმე განსხვავება არ არსებობს. სასქესო ქრომოსომები ქალსა და მამაკაცში განსხვავებულია. ქალს აქვს წყვილი ე.წ. **X-ქრომოსომა** (XX). მამაკაცს – **X და Y ქრომოსომების წყვილი** (XY). კვერცხუჯრედის განაყოფიერების შემდეგ, ყოველი ახლად წარმოქმნილი უჯრედი, მემკვიდრეობით იღებს დედისა და მამის ქრომოსომების ნახევარს და თვითოეულ უჯრედში, შესაბამისად, განთავსებულია 23 წყვილი (სულ 46 ქრომოსომა). თუ ნაყოფმა დედიდან მემკვიდრეობით მიიღო X ქრომოსომა, ხოლო

მამიდან – Y, **(ანუ XY ნაკრები)** – ყალიბდება **მამრობითი სქესის ნაყოფი.** თუ ნაყოფი დედიდან იღებს X და მამიდანაც X- ქრომოსომას **(XX-ნაკრები) – ყალიბდება მდედრობითი სქესის ინდივიდი.**

ბავშვის სქესის წინასწარი დაგეგმვა შეუძლებელია. ბუნების სრულიად შეუცნობადი კანონების მიხედვით, მდედრობითი და მამრობითი სქესის ინდვიდები დედამიწაზე, დაახლოებით, ერთი და იგივე რაოდენობისანი არიან. ძალიან საინტერსო და საგულისხმოა ალბათ ის ფაქტი, რომ თავიდან ვაჟები იბადებიან უფრო მეტი რაოდენობით, ვიდრე გოგონები. თუმცა, იმის გამო, რომ მცირე ასაკიდანვე ვაჟების სიკვდილობა აჭარბებს გოგონების სიკვდილობას, ეს ბალანსი საბოლოოდ მაინც დაცულია. ასევე, ძალიან საინტერესოა ის ფაქტი, რომ ომიანობის შემდეგ, რომელსაც, როგორც წესი, უპირატესად მამაკაცების სიცოცხლე ეწირება, საგრძნობლად იმატებს ხოლმე ვაჟების შობადობა.

ამდენად, ბუნება თავად ზრუნავს იმაზე, რომ დედამიწაზე სქესთა ბალანსი არ დაირღვეს

როგორც ვთქვით, ადამიანის ძირითად ნიშან-თვისებებს განსაზღვრავენ მასში არსებული სპეციფიკური გენები, რომლებიც პიროვნებამ მშობლებისაგან მიიღო მემკვიდრეობით. მაგრამ ხშირია შემთხვევები, როდესაც ადამიანს აქვს რაიმე ნიშანი (მაგ. თვალის ფერი), რომელიც არც დედას და არც მამას არ აღენიშნება. საქმე იმაშია, რომ ადამიანის ორგანიზმში არსებული ყველა გენი არ არის აქტიური. თქვენ შეიძლება გქონდეთ შავი ფერის თვალები მაგრამ ატარებდეთ ცისფერი თვალების გენს და იგი არ იყოს აქტიური. შემდეგ ეს (ცისფერი თვალების) გენი თქვენ შეიძლება გადასცეთ თქვენს შვილს და ის იყოს აქტიური და თქვენს შვილს ექნება ცისფერი თვალები და არა შავი – ისე, როგორც ეს თქვენ და თქვენს მეუღლეს აქვს. ამ დროს კი ირკვევა, რომ ცისფერი თვალები ჰქონდა თქვენს მამას, ან ბაბუას, ან სულაც ბაბუის მამას და ეს გენი რამდენიმე თაობაში არ მჟღავნდებოდა და გააქტიურდა თქვენს შვილში. იგივე წესით შეიძლება მოხდეს სხა ნიშნებისა და ასევე სხვა და სხვა დაავდებისაკენ მიდრეკილების გადაცემა და ა.შ.

როგორც მახსოვს (ეს ამბავი ბატონი ირაკლი ფაღავას ლექციაზე მაქვს მოსმენილი), წინა საუკუნის 40-იან წლებში, ანაკლიასა

და მის მიმდებარე ტერიტორიაზე, რამდენიმე ქართულ ოჯახში, შავკანიანი ბავშვი დაიბადა. ბუნებრივია, ეს, ოჯახში, სერიოზული გაუგებრობის და კონფლიქტის მიზეზი გახდა. შემდეგ გამოირკვა, რომ მე-19 საუკუნის ბოლოს სამეგრელოს მთავრის ქალიშვილის, სალომე დადიანის, მეუღლეს – ნაპოლეონის მარშალის – იოახიმ მიურატის შვილს, აშილ მიურატს, საფრანგეთიდან რამდენიმე შავკანიანი მსახური ჰყავდა ჩამოყვანილი. დროთა განმავლობაში ეს ადამიანები გაქართველდნენ, დაქორწინდნენ ადგილობრივ მცხოვრებლებზე, ჰყავდათ თეთრკანიანი შთამომავლობა და მხოლოდ 150 წელზე მეტი ხნის შემდეგ, რამდენიმე ახალშობილში, კვლავ გამოვლინდა შავი კანის მაფორმირებელი გენების აქტივაცია. მსგავსი შემთხვევების ჩამოთვლა უსასრულოდაა შესაძლებელი.



გარდა გენეტიკური კოდისა, ადამიანის გარეგნულ თუ შინაგან (მაგ. ნივთიერებათა ცვლის თავისებურება და სხვა) ნიშნებზე დიდ გავლენას ახდენს ის **გარემო ფაქტორები,** რომელშიც ინდივიდს ცხოვრება და განვითარება უხდება. ამის მკაფიო მაგალითია, თუნდაც მუქი ფერის კანი სამხრეთის ქვეყნებში მცხოვრებ მოსახლეობაში, რაც ორგანიზმის ულტრაიისფერი სხივებისაგან დაცვის აუცილებლობისა და ამის გამო განვითარებული ადაპტაციური პროცესის შედეგია.

ხმელთაშუა და ნაწილობრივ, შავი ზღვის სანაპიროზე მცხოვრებ ადამიანებში, სადაც ჭაობიანი ნიადაგია და მალარიის გამავრცელებე-

ლი კოლოების გამრავლებისათვის კარგი პირობებია, სხვა რეგიონებში მცხოვრებ ადამიანებთან შედარებით, უფრო გავრცელებულია ისეთი დაავადება, როგორიცაა "ნამგლისებული ტიპის ანემია" ანუ თალასემია. ამ დაავადების მქონე ადამიანებს აქვთ სისხლის წითელი ბურთულების – ერითროციტების, განსხვავებული, "ნამგლისებური" ფორმა, რომელიც მდგრადია მალარიის პარაზიტისადმი. ამიტომ, ეს ადამიანები, მალარიით არ ავადდებიან. როგორც ჩანს, ასეულობით (შეიძლება ათასეული) წლების განმავლობაში, რისკის გარემოში მცხოვრებ ორგანიზმებში მოხდა იმ ტიპის ადაპტაცია, რომელიც მას მალარიისაგან დაიცავდა.



რა განსაზღვრავს ადამიანის ხასიათს ?

თქვენ, ბუნებრივია, იცით, რომ სხვადასხვა ბავშვი, მცირე ასაკიდანაც კი, სხვადასხვა ხასიათს ავლენს. ხვადასხვა ხასიათს ავლენენ ერთ ოჯახში გაზრდილი ბავშვებიც კი და ალბათ ხშირად დაგისვამთ კითხვა – თუ რა არის ამის მიზეზი?

გენების გავლენა ძალიან მნიშვნელოვანია (თუ გადამწყვეტი არა) ადამიანის **ფსიქოტიპის ფორმირებაზე. მისი ძირითადი ინსტიქტების, მისწრაფებების, ხასიათის თავისებურების და ინტელექტის ფორმირებაზე.**

ჩვენ, ყველამ კარგად ვიცით, რომ სხვადასხვა ადამიანი, ერთსა და იგივე მოვლენაზე სხვადასხვაგვარად რეაგირებს, ერთსა და იმავე საგანს განსხვავებულად აღიქვამს. აქვთ განსხვავებული მისწრაფებები და ქცევის განსხვავებული გამოვლინებები. ამასთან, ეს **"განსხვავებულობა", შეიძლება, სრულიად მცირე ასაკიდან (რამდენიმე თვის ასაკიდან) იყოს სრულიად შესამჩნევი.** მაგ. ზოგ მკვლევარს მიაჩნია, რომ ბავშვის ხასიათის თავისებურებაზე მსჯელობა, სამშობიაროშივე, მის ტირილის თავისებურების მიხედვითაც კი შეიძლება. ბავშვის ასაკის მატებასთან ერთად, ეს ინდივიდუალური თავისებურება თანდათან უფრო გამოკვეთილი და ნათელი ხდება და თქვენ ამჩნევენ, რომ თქვენი შვილი, ხასიათით, ძალიან ჰგავს დედას ან მამას, ან სხვა ახლო ნათესავს და ისეთ ნათესავსაც კი, რომელსაც მასთან არასოდეს შეხება არ ჰქონია (მაგ. დედის ან მამის ბაბუას და ა.შ.).

რა თქმა უნდა ყველა ამჩნევს, რომ ბავშვები, სულ მცირე ასაკიდანაც კი, მკაფიო ინდივიდუალიზმით ხასიათდებიან. მაგრამ ეს განსაკუთრებით თვალშისაცემია რომელიმე ორგანიზებულ დაწესებულებაში, სადაც ჩვენ, საშუალება გვაქვს ერთდროულად რამდენიმე ბავშვის ქცევას დავაკვირდეთ.

მოდით და გაიხსენეთ როგორ იქცეოდა თქვენი შვილი მაგ. საბავშო ბაღში და როგორ იქცეოდნენ იქ მისი მეგობრები. ძალიან ჩვეულებრივი სურათია: შედიხართ საბავშო ბაღში თქვენი შვილის წამოსაყვანად და ხედავთ: ვიღაც ზის და ჩუმად თამაშობს. მეორე – გიჟივთ დარბის და ყვირის. ვიღაც, სათამაშოს სთავაზობს მეგობარს. მეორეს სათამაშოების მთელი გროვა უჭირავს და ცდილობს არავის მისცეს მასთან მიახლოვების საშუალება. ერთი გაღიმებული გხვდებათ და ცდილობს რამე გითხრათ, მიიქციოს თქვენი ყურადღება. მეორე გიბღვერთ და თქვენს დანახვაზე კუთხეში იმალება და ა.შ..

მოკლედ – ხასიათების მთელი სპექტრია წარმოდგენილი.

ადამიანის ხასიათისა და ქცევის თავისებურების ახსნას მეცნიერები უხსოვარი დროიდან ცდილობენ. ერთ-ერთი პირველი, ვინც ადამიანის ფსიქოლოგიური ტიპების დახასიათება მოგვაწოდა, იყო ბერძენი ფილოსოფოსი, სწავლული და ექიმი –მედიცინის მამამთავარი, **ჰიპოკრატე**. ჰიპოკრატემ შემოიღო ცნებები – **"კონსტიტუცია" და "ტემპერამენტი".**

ადამიანის "კონსტიტუცია" გულისხმობს პიროვნების ფიზიკურ და ფსიქიურ, ინდივიდუალურ თავისებურებათა ერთობლიობას.

"ტემპერამენტი" – ქცევის დინამიკაა, რომლის საფუძველიც ინდივიდის ფსიქიკის თავისებურებებითაა განპირობებული.

ჰიპოკრატემ აღწერა ადამიანთა 4 ტიპი:

1. **სანგვინიკი.** კარგად განვითარებული კუნთოვანი სისტემით. თავის თავში დაჯერებულია. ენერგიულია, მოძრავია. ლაპარაკობს ხმამაღლა და ჟესტიკულაციებით. ფეთქებადი ხასიათისაა. აღიგზნება ადვილად და სწრაფად. მაგრამ ასვე სწრაფად მშვიდდება. გადაწყვეტილებას ადვილად და სწრაფად იღებს. ოპტიმისტია და მიდრეკილია დადებითი განცდებისადმი.

გარშემო ამჩნევს უფრო დადებით, ვიდრე უარყოფით მოვლენებს. ადამიანების მიმართ უფრო სიმპათიურადაა განწყობილი, ვიდრე ანტიპათიურად. მისთვის არ არის დამახასიათებელი გულჩათხრობილობა და პირიქით – მეტად დამახასიათებელია გულღიაობა. არც თუ ისე მაღალი აქვს პასუხისმგებლობის გრძნობა, თავის ქმედებაზე.

2. **ქოლერიკი.** ამ ტიპის ადამიანში, გრძნობები ადვილად და სწრაფად აღმოცენდება. მაგრამ, სანგვინიკისაგან განსხვავებით, მისი გრძნობები უფრო მყარია, მტკიცე და ხანგრძლივი. მისთვის დამახასიათებელია უარყოფითი გრძნობებისადმი მიდრეკილება. უფრო პესიმისტია, ვიდრე ოპტიმისტი. ადამიანებს ეჭვით უყურებს და უფრო ცუდ მხარეებს ამჩნევს მათში, ვიდრე კარგს. ქოლერიკის მოტორიკა აჩქარებული და ზოგჯერ იმპულსურია. მაგრამ ნაკლებ ენერგიულია ვიდრე სანგვინიკის.
3. **ფლეგმატიკი.** ამ ტიპის ადამიანს ახასიათებს გრძნობათა სისუსტე. იგი იშვიათად აღიგზნება ისე, როგორც სანგვინიკი ან ქოლერიკი. ეს არის მშვიდი, გულგრილი ადამიანი, რომლისთვისაც აფექტი არ არის დამახასიათებელი. მასში გრძნობების გამოწვევა ძნელია, ხოლო გრძნობათა აღმოცენების დინამიკა – ნელი. თუმცა, აღმოცენებული გრძნობები მტკიცე და ღრმაა და დროთა განმავლობაში შეიძლება უფრო გაღრმავდეს. ამ ტიპის ადამიანისათვის დამახასიათებელია დადებითი ემოციებისაკენ მიდრეკილება და უფრო დადებით მოვლენებს აქცევს ყურადღებას, ვიდრე უარყოფითს. მისი წონასწორობიდან გამოყვანა ძნელია. ის მშვიდი და აუღელვებელია. მისი მოძრაობა დინჯი და აუჩქარებელია. ფლეგმატიკს არ უყვარს თავისი გრძნობების გამომჟღავნება. ამიტომ, მაშინაც კი, გულგრილი და აუღელვებდელი ადამიანის შთაბეჭდილება სტოვებს, როცა რაიმეს ძლიერ განიცდის.
4. **მელანქოლიკი.** მელანქოლიკის გრძნობები სუსტია და მოდუნებული. უენერგიოა და უხალისო. დამახასიათებელია უარყოფითი გრძნობებისადმი მიდრეკილება. პესიმისტია და მუდმივად მოელის მოვლენათა არასასურველ განვითარებას. თავის ირგვლივ და ადამიანებშიც, უფრო ამჩნევს უარყოფით მოვლენებს და მხარეებს. უმეტესად ნაღვლიანია და ცუდ ხასიათზეა. მისი მოძრაობებიც, უპირატესად, ზანტი და ნელია.



მიუხედავად იმისა, რომ ამ კლასიფიკაციის შექმნიდან 2600 წელზე მეტია გასული, იგი მაინც ერთ-ერთი ყველაზე სრულყოფილია დღემდე შექმნილ ანალოგიურ კლასიფიკაციათა შორის და წარმატებით გამოიყენება ადამიანთა დასახასიათებლად.

ყოველდღიურ ცხოვრებაში, რა თქმა უნდა, შეიძლება მრავლად შეგხვდეს ზემოთ აღწერილი კონსტიტუცური ნიშნების მქონე კლასიკური მაგალითები. თუმცა, უმრავლეს შემთხვევაში, გვხდება შერეული კონსტიტუციის ტიპები, სადაც ინდივიდს, ტემპერამენტის სხვადასხვა ტიპის თვისებები ახასიათებს. თუმცა, რიგორც წესი, პრევალირებს ერთი, რომელიმე კონსტიტუციური ტიპის ნიშნები.

ადამიანის ქცევის თავისებურებათა ახსნის მცდელობები განსაკუთრებით აქტუალური გახდა მე-19 – მე-20 საუკუნეში. ამ მხრივ ძალიან საყურადღებოა გერმანელი ფსიქოლოგის – **იუნგის** ნაშრომები, რომელმაც აღწერა ადამიანის ორი ძირითადი ტიპი: **ინტრავერტი და ექსტრავერტი.**

ინტრავერტი ჩაკეტილია. არ ცდილობს კავშირი დაამყაროს გარემოსთან. მისი ნაცნობებისა და ახლობლების წრე ძალზედ შეზღუდულია და არც ცდილობს ამ წრის გაფართოებას. აქვს ღრმა განცდები და ფაქიზი შეგრძნებები.

ექსტრავერტი, გახსნილია და ცდილობს ინტენსიური კავშირი დაამყაროს გარემოსთან. ხალისიანია და მოძრავი. ჰყავს ახლობლების ფართო წრე და სიამოვნებას ანიჭებს საზოგადოებასთან ურთიერთობა.

მკვლევართა გარკვეული ნაწილი ფიქრობს, რომ ინტრავერტისა და ექსტრავერტისათვის დამახასიათებელი თვისებები, უკვე, რამდენიმე

თვის ასაკის ბავშისათვისაა დამახასიათებელი. თუმცა, ბუნებრივია, ამ ნიშნებით პიროვნების დახასიათება, უფრო მოზრდილი, 3 – 4 წლის, ასაკიდანაა შესაძლებელი.

ამიტომ გირჩევთ – ამ სტიქონების წაკითხვის შემდეგ, დააკვირდით თქვენს შვილს, მის ქცევას, შეაფასეთ მისი სურვილები და მისწრაფებები და ბევრი რამ გახდება თვენთვის ნათელი. და თუ დარწმუნდებით, რომ მისი რომელიმე ქცევა, რომლიმე თვისება, რომელიც აქამდე თქვენს გაკვირვებასა და იქნებ გაღიზიანებასაც იწვევდა, შეიძლება, სწორედ კონსტიტუციური თავისებურების შედეგია – ნუ შეეცდებით ძალდატანებით მის შეცვლას. თუ რატომ – ამაზე შემდეგ გვექნება საუბარი.



ფსიქიკურ თავისებურებათა ფორმირება და მისი გარეგნული გამოვლინება სხვადასხვა ასაკში

ამერიკელი მეცნიერი **ე. ერიქსონი** თვლის, რომ სიცოცხლისა და განვითარების სხვადასხვა ეტაპისათვის დამახასიათებელია ისეთ, ძირითად, ნიშანთვისებათა პრიორიტეტული გამოვლინება, როგორიცაა მაგ. **ენერგიადასიხარული, დამოუკიდებლობა, მიზანდასახულობა, ინტელექტუალურობა და ერთგულება.** ეს თვისებები აყალიბებენ პიროვნების ფსიქიკური თავისებურების საფუძვლებს და ამ თვისებათა ფორმირებაში, ასევე სიცოცხლის სხვადასხვა ეტაპზე, მონაწილეობას იღებენ სოციალურ ურთიერთობათა სხვდასხვა ტიპები და მემკვიდრული (გენეტიკური) ფაქტორები.

პიროვნების განვითარების სტადიები ე. ერიქსონის მიხედვით.

განვითარების სტადია	სოციალური ურთიერთობები	პიროვნული თვისებები (დიამეტრალურად განსხვავებული)	„პროგრესული განვითარების შედეგები“
ჩვილი 0 – 1 წლ.	დედა. მომვლელი.	• სამყაროსადმი მიმნდობლობა • უნდობლობა.	ენერგია. სიხარული.
ადრეული ბავშვობა (1 – 3 წლის).	მშობლები	• დამოუკიდელობა. • სირცხვილი და ორჭოფობა.	დამოუკიდებლობა.
ბავშვობა (3 – 6 წლის).	ოჯახის წევრები	• ინიციატივა. • პასიურობა, დანაშაულის შეგრძნება.	მიზანდასახულობა.
სასკოლო ასაკი (6 – 12 წლის).	სკოლა. თანატოლები. მეზობლები.	• კომპენტენტურობის გრძნობა.	ინტელექტუალური განვითარება.
ყრმობის პერიოდი (12 – 20 წლის).	თანატოლები	• თვითდამკვიდრების სურვილი და საკუთარი თავის რწმენა. • თვითგაურკვევლობა, ეჭვები (ცხოვრების მიზნისა და საკუთარი როლის გაუთვიცნობიერება)	ერთგულება.



ცნობიერი და ქვეცნობიერი. რას მალავს ფსიქიკის ღრმა შრეები და რა გავლენას ახდენს ადრეულ ასაკში განცდილი შთაბეჭდილებები ადამიანის ქცევის თავისებურებაზე?

ალბათ შეგიმჩნევიათ, რომ კრიტიკულ სიტუაციაში, ადამიანმა, შეიძლება ერთი შეხედვით, სრულიად ალოგიკური საქციელი ჩაიდინოს. ან, ჰქონდეს რაღაც განცდები, რომელთა მიზეზის ახსნა ვერ ხერხდება. თუ კარგად დაფიქრდებით, შეიძლება თქვენს საკუთარ ქცევაშიც კი აღმოაჩინოთ ამის მაგალითი, როდესაც გიჩნდებათ რაღაც სურვილი, ან რაიმე განცდა ან ჩაიდინეთ რაიმე საქციელი, რომელიც, ერთი შეხედვით, სრულიად ეწინააღმდეგება თქვებს პრინციპებს, თქვენს ყოველდღიურ ქცევას და ამით, თვითონვე ხართ გაოცებული. იგივე შეიძლება მოხდეს თქვენი შვილის შემთხვევაშიც და ბუნებრივია, თქვენ გსურთ ახსა მოუძებნოთ ამ მოვლენას.

ადამიანის ქცევის თავისებურებებსა და მის გამომწვევ მიზეზებზე საუბარი შეუძლებელია ავსტრიელი ფსიქოლოგის და ექიმის, **ზიგმუნდ ფროიდის** თეორიის თუნდაც ზედაპირული გაცნობის გარეშე.

ფროიდს მიაჩნდა, რომ ადამიანის ფსიქიკა ორი შრისაგან შედგება: ფსიქიკის **"ცნობიერი" და "ქვეცნობიერი" შრეები.** ფსიქიკის ცნობიერი სფერო აკონტროლებს ადამიანის ქცევას, რაც ადამიანს სოციალურ არსებად აქცევს. ქვეცნობიერ სფეროში ილექება ყველა ის განცდა და გამოცდილება, რასაც ადამიანი იღებს ცხოვრების მანძილზე. აქვეა აკუმულირებული ის სურვილები და მისწრაფებები, რაც ადამიანს მემკვიდრეობით გადაეცა მის ისტორიული განვითარების მანძილზე და რისი რეალიზაციაც, საზოგადოების განვითარების ამ ეტაპზე, აკრძალულია (მაგ. კანიბალიზმი. ინცესტი და სხვა). **ადამიანის, როგორც საზოგადოების ნაწილის და სოციალური არსების რეალიზაციისათვის, საჭიროა ფსიქიკის ამ ორ სფეროს შორის, ჰარმონიული თანაარსებობა.**



იმ შემთხვევაში, თუ ფსიქიკის ქვეცნობიერ სფეროში დალექილი ძლიერი განცდები **(კომპლექსები)** წინააღმდეგობაში მოდის ფსიქიკის ცნობიერ სფეროსთან – ყალიბდება სხვადასხვა სახის ნევროზული გამოვლინებები. ამასთან, ეს ნევროზები, თავს იჩენს არა კომპლექსების ჩამოყალიბების პროცესში, არამედ – მოგვიანებით, რამდენიმე წლის (შეიძლება 2 – 3 ათეულ წლის) შემდეგ. კომპლექსების ხასიათი, მისი ფიქსირების სიმყარე და ფსიქიკის ცნობიერი სფეროს მიერ მისი აღქმისა და კონტროლის შესაძლებლობა, ქმნის ადამიანის **ქცევის ტიპს – ქცევის შინაარსს და დინამიკას.**

ფროიდს მიაჩნდა, რომ ადამიანის ქცევის მოტივაციას ქვეცნობიერ

დონეზე, ძირითადად, განსაზღვრავს **სიკვდილის შიში** (და შესაბამისად თვითგადარჩენის ინსტიქტი) და **სექსუალური სიამოვნებისაკენ მისწრაფებები** (სიცოცხლის გაგრძელებისაკენ სწრაფვა). მას მიაჩნდა, რომ ჩვილობის პერიოდში, სექსუალური გრძნობების დაკმაყოფილების ქვეცნობიერი სურვილი რეალიზირებულია წოვის რეფლექსით.

ამ თეორიის მიხედვით, წოვა არის ახალშობილის სექსუალური დაკმაყოფილების ქვეცნობიერი სურვილი და ამავე პერიოდში ეყრება საფუძველი დედის მიმართ გაუთვითცნობიერებელ ლტოლვას. ამ მოვლენას, მან, **"ოიდიპოსის კომპლექსი"** უწოდა და მიაჩნდა, რომ იგი დამახასიათებელია მამრობითი სქესის ჩვილებისათვის.

გოგონებში ანალოგიური კომპლექსი **"ელექტრას კომპლექსის"** სახელწოდებითაა ცნობილი.

ზოგადად, ეს ორივე კომპლექსი მიჩნეულია ბავშვის, საწინააღმდეგო მშობლის მიმართ, გაუთვითცობიერებელი ლტოლვით და ამავე დროს, იდენტური მშობლის მიმართ, ასევე, გაუთვითცობიერებელი, მტრული დამოკიდებულებით (მეტოქეობა).

ამ თეორიის მიხედვით, მომდევნო ასაკში (2 – 4 წელი), სექსუალური სიამოვნების წყარო, წოვიდან გადადის დეფეკაციის პროცესზე და ამით ხსნიან ბავშვების სურვილს დიდხანს ისხდნენ ღამის ქოთანზე.

მომდევნო ასაკში, უკვე თანდათანობით იწყება ჭეშმარიტი სექსუალური შეგრძნებების ჩამოყალიბება.

ეს თეორიები ძალიან აქტუალური და მოდური იყო მე-20 საუკუნის 50 იან წლებამდე. თუმცა დღესაც არ ჰკარგავენ თავის აქტუალობას; **განსაკუთრებით ნევროზების მიზეზების ახსნისა და მკურნალობის პროცესში.**

თუ ზემოთ აღნიშნულ თეორიებში, მხოლოდ ადამიანის ზოგად მისწრაფებებს და თვისებებზეა საუბარი, ზოგიერთი მეცნიერი უფრო შორსაც მიდიოდა და ადამიანის შედარებით კონკრეტულ მისწრაფებებსაც თანდაყოლილ ფაქტორებთან აკავშირებდა. მაგ. ერთერთი კლასიფიკაციის მიხედვით არსებობს: **რელიგიური ადამიანი, ხელოვნების ადამიანი, სპორტის ადამიანი, პოლიტიკური ადამიანი, პატრიოტი ადამიანი და სხვა. ეს ჩამონათვალი საკმაოდ დიდია.**

ყველა აღნიშნული თეორია, რომელზეც ზემოთ გვქონდა საუბარი, ადამიანის ფსიქიკის და აქედან გამომდინარე მის სურვილების, მისწრაფებების და ქცევის თავისებურების ახსნაში პრიორიტეტს



თანდაყოლილ, გენეტიკურ, ფაქტორებს ანიჭებს. თუმცა არსებობს სრულიად საწინააღმდეგო შეხედულებებიც.

ასეთ თეორიას მიეკუთვნება ე.წ. **"დასწავლის" ანუ ბიხევიორიზმის** თეორია, რომელიც წარმოიშვა მე-20 საუკუნის პირველ ნახევარში და იმ დროს, საკმაოდ პოპულარული იყო მთელ მსოფლიოში.

ამ თეორიის თანახმად, სრულიად (ან თითქმის სრულიად) უარყოფილი იყო ადამიანის ფსიქიკის ფორმირებაზე გენეტიკური ფაქტორების როლი და ძირითადი აქცენტი, გარემო პირობებსა და აღზრდის მეთოდებზე იყო გადატანილი.

თეორიის ძირითადი პოსტულატი ასე გამოიყურებოდა: **"ერთი და იგივე ბავშვისაგან, აღზრდის მეთოდების მიხედვით, შეიძლება გამოვიდეს მეცნიერიც და ქურდიც"**.

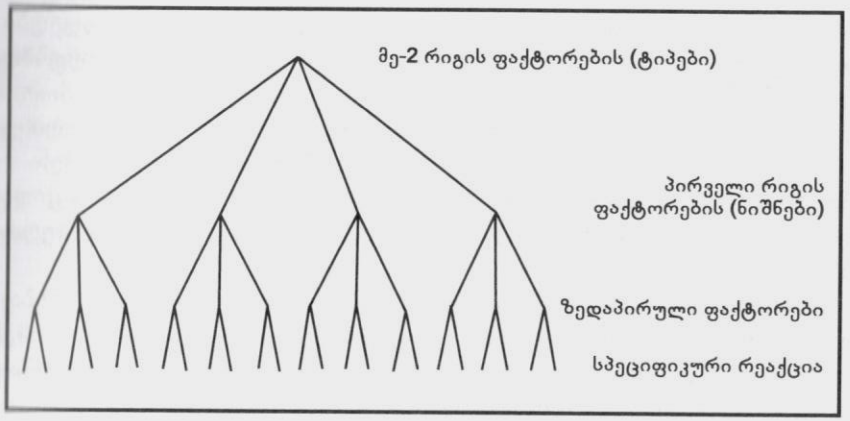
შეიძლება ეს განმარტება სრულად ვერ განსაზღვრავს თეორიის არსს. მაგრამ იგულისხმებოდა, რომ ადამიანის ყველა თვისება, ყველა მისწრაფება და ყველა ქმედება **"აღზრდადია"** და თანდაყოლილი მისწრაფებები ან არ არსებობს ან მათი როლი სუსტია და მათი განეიტრალება აღზრდითაა შესაძლებელი. ყველაზე საინტერესო, ჩემი აზრით, კი მაინც ისაა, რომ ეს თეორია გაჩნდა არა რომელიმე ტოტალიტარულ სახელმწიფოში, არამედ ა.შ.შ.-ში და გარკვეული დროის მანძილზე, საკმაო პოპულარობით სარგებლობდა იქ. დღეისათვის, ასეთ შეხედულებებს, პრაქტიკულად, არცერთი ფსიქოლოგიური სკოლა არ აღიარებს. თუმცა, ბუნებრივია, **გარემოსა და აღზრდის მნიშვნელოვანი როლის შესახებ ყველა თანხმდება.**



დღეისათვის მეცნიერთა ნაწილი თვლის რომ, ადამიანის ფსიქიკის ფორმირება ე.წ. "ფაქტორთა" და "ნიშანთა" ერთობლიობის შედეგია.

ითვლება, რომ რომ "ფაქტორთა" ანუ ღრმა ნიშანთა – "გენერალიზირებულ ნიშანთა" რამდენიმე რიგი არსებობს (დღეისათვის არჩევენ I და II რიგის "ფაქტორებს" და ვარაუდობენ III რიგის "ფაქტორთა" არსებობას). II რიგის "ფაქტორები", ღრმა, დეტერმინირებული ფაქტორებია და თავის მხრივ განსაზღვრავენ I რიგის, ნაკლებად დეტერმინირებული და გენერალიზირებული ფაქტორების თავისებურებას.

აღნიშნული მოვლენის უფრო თვალნათლივ წარმოდგენისათვის განვიხილოთ ამ ფაქტორთა ურთიერთკავშირის, ანუ პიროვნების იერარქიული ორგანიზაციის სქემა.



როგორც ვხედავთ, აღნიშნული სქემა, ითვალისწინებს II რიგის, გენერალიზებილი და დეტერმინებული "ფაქტორების", I რიგის – ნაკლებად გენერალიზებული და დეტერმინიებული "ფაქტორების", ე.წ. ზედაპირილი (პირველადი) "ნიშნებისა" და "სპეციფიური რეაქ-

ციების" (მხოლოდ გარემო პირობებთან შეგუებისა და აღზრდის შედეგად მიღებული ჩვევების) არსებობას.

მოცემული სქემა შეიძლება გაიშიფროს ორგვარად – დავიწყოთ მარტივიდან და ყოველი, იერარქიულად უფრო ზემოთ მდგომი ნიშანი მარტივ ნიშანთა კომბინაციად ჩავთვალოთ. ან პირიქით – მარტივ ნიშანთა ერთობლობა ჩავთვალოთ იერარქიულად უფრო ზემოთ მდგომ "ნიშნად" ან "ფაქტორად".

თავისი შინაარსობრივი ხასიათის მიხედვით, ფაქტორები იყოფიან ტემპერამენტისა და მოტივაციის ფაქტორებად. მაგალითისათვის შეიძლება განვიხილოთ ერთ-ერთი დახასიათება (კეტელი), რომლის მიხედვითაც ტემპერამენტის ზოგიერთი ფაქტორებია: "ემოციური ლაბილობა:, "მე", "ძალა", დინამიზმი", "მბრძანებლობა", "კონფორმიზმი", "პარანოიდალური ტენდენციები", "რადიკალიზმი", "კონსერვატიზმი", "სიმორცხვე", "თავდაჯერებულობა-არასრულფასოვნების შეგრძნება", "სერიოზულობა-უდარდელობა" და სხვა. აღნიშნული ფაქტორები არ არიან დამოუკიდებელნი, კაშირში არიან ერთმანეთთან და იმართებიან სხვა, მათზე იერარქიულად უფრო მაღლა მდგომი ფაქტირებით (II რიგის ფაქტორებით), როგორებიცაა – "ექსტრავერსია-ინტრავერსია", "შფოთვა-ინტეგრაცია–შეგუება", "ემოციური ლაბილილობა" და სხვა. ეს უკანასკნელი ფაქტორები მყარად არიან დეტერმინირებულნი და კონსტიტუციურ ფაქტორებად არიან ცნობილნი.

ფროიდი გამოყოფს 2 ფუნდამენტალურ ფაქტორს, რომლებიც ადამიანის სურვილებსა და მოთხოვნილებებს განსაზღვრავენ – ეროსსა და თანატოსს (სიცოცხლისა და სიკვდილის ინსტიქტი) და თვლის, რომ ყველა დანარჩენი ფაქტორი, ამ ორი, ფუნდამენტალური, ფაქტორითაა განსაზღვრული.

ტემპერამენტის ზოგიერთი ფაქტორი, როგორებიცაა "აგზნებადობა", "მბრძანებლობა", "რაფინირებულობა" – ატარებენ, როგორც თანდაყოლილ, ისე განვითარების პროცესში შეძენილი და ფორმირებული კომპონენტების თვისებებს.

კონკრეტული ქმედების ყველა ფორმა, ჩვევები და მოთხოვნილებები ყალიბდება გარემოსა და აღზრდის ზეგავლენით. მაგრამ ეს არ ნიშნავს იმას, რომ ისინი, მათზე იერარქიულად მაღლა მდგომი

ფაქტორებისაგან დამოუკიდებლად ვითარდებიან და არ ეფუძნებიან გენერალიზირებულ ფაქტორებს. **გამოცდილება და კულტურა ქმნის მხოლოდ ქცევის გარეგნულ ფორმას. გენერალიზირებული ფაქტორები კი ქმნიან ქცევის ძირითად ღერძს, ქცევის შინაარსს და დინამიზმის თავისებურებას.**

ყოველივე ზემოთ თქმულიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ პიროვნების ჩამოყალიბებაში, პიროვნების ფორმირებაში მონაწილეობას იღებენ, რამდენიმე რიგის "ნიშნები" და "ფაქტორები". გენერალიზირებული, ფუნდამენტლური, ანუ კონსტიტუციური ფაქტორები (როგორც კონსტიტუციის, ისე მოტივაციის) მუდმივია, თანდაყოლილია და პრაქტიკულად მთელი ცხოვრების მანძილზე უცვლელია. ისინი გენეტიკურადაა დეტერმინებული და არ ექვემდებარება გარემოს ზემოქმედებას. ეს ფაქტორები აღზრდადი არაა და მათი შეცვლის მცდელობა გარეგანი ზემოქმედებით (აღზრდა, წვრთნა, სწავლება) შედეგს ვერ გამოიღებს. აღნიშნულ ფაქტორთა გავლენის ქვეშ იმყოფებიან შედარებით დინამიური, გარემოს ზემოქმედების შედეგად, შედარებით, აღზრდადი ფაქტორები, რომელთაც, ამავდროულად, კარგადა აქვთ გამოხატული დეტერმინირების ელემენტებიც. ასეთ ფაქტორთა გაძლიერება ან შესუსტება, გარემოს ზეგავლენით, შესაძლებელია.

ზედაპირული, პირველადი ნიშნები და კონკრეტული ქმედების გამოვლინებების ყველა ფორმა (გარეგნული ფორმა) კი, გარემო პირობების, მიკრო თუ მაკრო სოციალური გარემოს გავლენით, აღზრდის პირობებისა და მეთოდების შესაბამისად ყალიბდება.

აღზრდა, გამოცდილება, კულტურული გარემო, რომელშიც, როგორც ისტორიულ, ისე სოციალურ თუ მიკროსოციალურ პირობებში უხდება განვითარება ინდივიდს, ქმნის ქცევის გარეგნულ ფორმას.

ამ შეხედულების მიხედვით, პიროვნება თავის განვითარების მანძილზე იცვლება ფენომენალურ ასპექტში – სტრუქტურულ ასპექტში კი, უცვლელი რჩება. ე.ი. იცვლება ქცევის გარეგნული ფორმა. ქცევის შინაარსი კი, უცვლელი რჩება.

მთლიანობაში, აღნიშნულ "ფაქტორთა" და "ნიშანთა" თავისებურება განსაზღვრავს ადამიანის მისწრაფებებს, სურვილებს, ქმედების სპეციფიურობას და მის ენერგეტიკასა და კინეტიკას.

როდესაც გენეტიკურად განპირობებული, დომინანტური ფაქტორების შესახებ ვლაპარაკობ, ყოველთვის მახსენდება ერთი მაგალითი, რომელიც პირადად ჩემთან, ჩემს განცდებთან და დაკვირვებასთანაა დაკავშირებული:

მე მყავს ბიძა, მამის ნახევარ ძმა. ისინი დედით არიან ერთნი, თუმცა არასოდეს ერთად არ უცხოვრიათ. ერთმანეთს არ გვანან არც გარეგნობითა და არც ხასიათით. ეს, ორი, სრულიად განსხვავებული ფსიქოტიპის და გარეგნობის პიროვნებაა, განსხვავებული ინტერესებით, განსვავებული მისწრაფებებით და საქმიანობით. ბიძაჩემი ჩემზე სულ 10-იოდე წლით არის უფროსი. ჩვენ ძალიან თბილი და მეგობრული დამოკიდებულება გვაქვს და ხშირადაც ვხვდებით ერთმანეთს. მე, არასოდეს არ შემიმჩნევია რაიმე მსგავსება მასსა და მამაჩემს შორის.

ერთ დღეს, როცა მასთან სტუმრად ვიყავი, სადილობის დროს, აივანზე გავედი სიგარეტის მოსაწევად. სიგარეტს ვეწეოდი და ოთახში მყოფებს ვუყურებდი. ბიძაჩემი ჩემგან ზურგით იჯდა და თავის შვილსა და ჩემს მეუღლეს ესაუბრებოდა. მე მის სახეს ვერ ვხედავდი. არ მესმოდა რაზე საუბრობდნენ. ვხედავდი მხოლოდ მოძრაობას. მან ხელში ღვინის ბოთლი აიღო და სასმელი ჭიქებში ჩამოასხა. შემდეგ ჭიქა აიღო და ღვინო მოსვა. ამ დროს, ჩემში რაღაც უცნაური და თბილი გრძნობა გაჩნდა. რაღაც ძალიან ახლობელება და თითქოს დიდი ხნის დავიწყებულმა გამახსენა თავი და მივხვდი, რომ ეს იყო ბიძაჩემის ხელის მოძრაობის ძალიან თავისებური მანერა, რომელიც სხვა დროს არასოდეს შემინიშნავს მასში და ასე დამახასიათებელი იყო მამაჩემისათვის, რომელიც თითქმის 20 წლის წინ გარდაიცვალა

ეს იყო ის ნიშანი, ის თავისებურება, რაც მათ გენეტიკურ ერთიანობას ადასტურებდა. ეს იყო დინამიზმის თავისებურება. ეს იყო დეტერმინირებული რიგის ფაქტორის ტიპური გამოვლინება, რაზეც გავლენას ვერ ახდენს აღზრდა, განათლება, საცხოვრებელი პირობები და დროც კი.



როდის იწყება ხასიათის ფორმირება? რა ასაკიდან იწყებს თქვენი შვილი აზროვნებას? როგორ იცვლება აზროვნების სტრუქტურა და ფიზიკური განვითარება ასაკის მატებასთან ერთად?

ადამიანის ნერვული სისტემის განვითარება, მისი მუცლად ყოფნის ადრეული პერიოდიდან იწყება. მაგრამ როდის იწყება ფსიქიკის ფორმირება, ანუ გარემოსთან შეგუებისა, გარემოს აღქმისა და ამ აღქმაზე მეტ-ნაკლებად ადეკვატური რეაქციის განვითარების პროცესი – ეს დღემდე კამათის საგანია. რადგან აბსოლუტურად სხვაა რეფლექსი (გაღიზიანებაზე საპასუხო ფიზიკური რეაქცია), რომლის უნარიც ყველა უმარტივეს ცოცხალ არსებას გააჩნია და სხვაა ფსიქიკის რეაქცია, რომელიც მხოლოდ ადამიანისა და ნაწილობრივ მასთან დაახლოებული პრიმატებისთვისაა დამახასიათებელი.

ასეთი შეკითხვების არსი, არა მხოლოდ ბიოლოგიურ, არამედ ფილოსოფიურ კატეგორიასაც მიეკუთვნება. რადგან თუ გავიხსენებთ ცნობილ გამოთქმას: "ვაზროვნებ, მაშასადამე ვარსებობ", **აზროვნება, საყოველთაოდ მიღებული შეხედულების მიხედვით, ფსიქიკის პროდუქტია და ამავე დროს, ზემოთ აღნიშნული ფილოსიფიური განსაზღვრებით, არსებობის (ყოველ შემთხვევაში – ადამიანის არსებობის) ძირითადი კრიტერიუმია.**

დღეს, პოპულარულ ლიტერეატურაში, ხშირად შეხვდებით **ადამიანის ნაყოფის აზროვნების დამადასტურებელი ფაქტების აღწერას.** რაც, რა თქმა უნდა, ყოველგვარ მეცნიერულ საფუძვლებსაა მოკლებული. თუმცა, არსებობს დადასტურებული ფაქტები, რომ ნაყოფი რეაგირებს გარემო ფაქტორთა ცვლილებაზე და ეს ცვლილება შეიძლება განსხვავებულიც იყოს ამ, გამაღიზიანებელ ფაქტორთა, თავისებურებიდან გამომდინარე. მაგალითად – ნაყოფის გულისცემის სიხშირე და მოძრაობის ინტენსიობა შეიძლება შეიცვალოს, როგორც დედისათვის სასიამოვნო გარემოს პირობებში (მაგ. სასიამოვნო მუსიკა) ისე სტრესის შემთხვევაში (მაგ. შიშის ფაქტორი). თუმცა გაურკვეველია – არის ეს უშუალოდ ნაყოფის რეაქცია თუ დედის ჰორმონული სპექტრის ცვლილების შედეგი (ენდორფინების ან ადრენალინის გამოყოფა). ამის გარკვევა, მეცნიერების განვითარების თანამედროვე დონეზე, შეუძლებელია. თუმცა, არც იმის გამორიცხვა შეიძლება, რომ მუცლადყოფნის პერიოდში **"განცდილი შეგრძნებები"** ადამიანის ფსიქიკის ქვეცნობიერი სფეროს განვითარებაზე არ ტოვებს

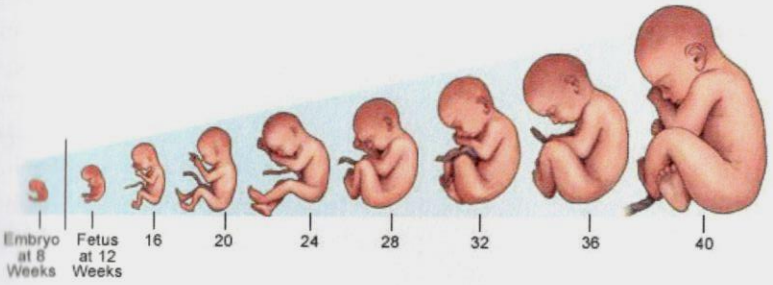
გარკვეულ კვალს.



ამ ფაქტებზე და მოსაზრებებზე დაყრდნობით, შეიძლება პრაქტიკული დასკვნაც გამოვიტანოთ: რომ ორსული ქალისათვის სასიამოვნო და კომფორტული გარემოს შექმნა, პოზიტიურად აისახება ნაყოფის განვითარებაზე ზოგადად და კონკრეტულად – ფსიქიკის ფორმირებაზეც.

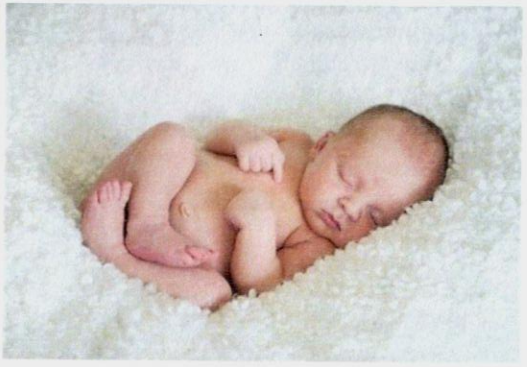
ბავშვის დაბადების შემდეგ, მისი ფსიქიკის განვითარება და ამის დამადასტურებელი ფაქტების გამოვლენა იწყება ძალიან სწრაფად და ვითარდება დრამატულად. ამ მოვლენას, ზოგიერთი მკვლევარი, ხატოვნად, **მარაოს გაშლასაც** ადარებს. რადგან ჩვენს თვალწინ, დროის საკმაოდ მცირე მონაკვეთში, გასაოცარი მეტამორფოზა ვითარდება და ახალშობილის ფიზიკური და ფსიქიკური პარამეტრები კალეიდოსკოპური სისწრაფით იცვლება – **"ბიოლოგიური არსებისაგან" ყალიბდება მოაზროვნე და სოციალური არსება.** (ტერმინი – "ბიოლოგიური არსება", რომელიც ამ შემთხვევაში ახალშობილის დასახასიათებლად გამოვიყენეთ, შემთხვევით არ ჩავსვით ე.წ. ბრჭყალებში. რადგან დღევანდელი ცოდნის დონე არ გვაძლევს იმის არც მტკიცებისა და არც უარყოფის საშუალებას, რომ ნაყოფისა და ახალშობილის შეგრძნებები, არ სცილდება რეფლექსის დონეს და არ შეიცავს ფსიქიკის ფუნქციონირების უფრო რთულ ელენენტებს).

ნაყოფის განვითარების სტადიები **8-40** კვირის პერიოდში



ქვემოთ, ვეცდებით, დეტალურად აღვწეროთ ის ფსიქიკური და ფიზიკური თავისებურებები და ამ მხრივ განვითარებული ცვლილებები, რომელიც დამახასიათებელია ბავშვისათვის, მისი განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე.

1 თვის ასაკი:



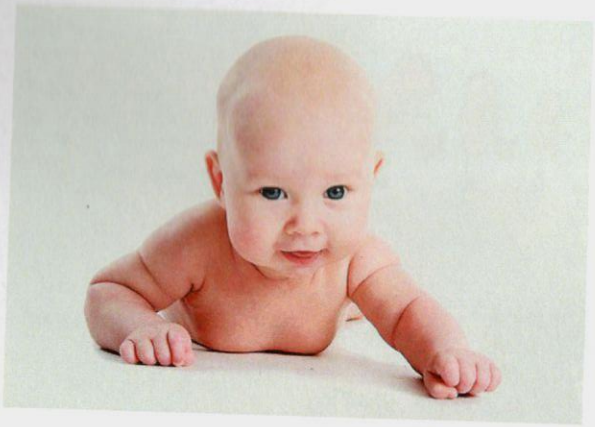
მუცელზე წოლისას ცდილობს თავის წამოწევას.

გამოხატულია ხანგრძლივი ტაცება (თუ ბავშვს ხელისგულზე თითს დავადებთ, იგი ცდილობს შებოჭოს ეს თითი თავისი ყველა თითებით ანუ "ხელი მოუჭიროს" ჩვენს თითს).

პირველი დღეების განმავლობაში, სავარაუდოდ ვერ ხედავს. შემდეგ, ახლო მანძილიდან (20 – 25 სმ) აფიქსირებს სილუეტებს. მე-3 კვირიდან აფიქსირებს მზერას სინათლეზე და მცირე ხნით – მოძრავ საგნებზეც. თვის ბოლოს – კვების დროს, "აკვირდება" დედის სახეს.

კრთება ხმაურზე და მკვეთრ ხმაურზე შეიძლება იტიროს კიდეც.

2 თვის ასაკი:



თავი უჭირავს სწორად. მუცელზე წოლისას გულმკერდს სწევს მაღლა.

გამოხატულია მჭიდრო და არა ხანგრძლივი „ტაცება“.

გამომეტყველება აქვს აზრიანი და თვალს აყოლებს მოძრავ საგნებს. იღიმება ლაპარაკის და გაღიმების საპასუხოდ. უსმენს ბგერებს და ხმაურს და აშკარად და მკვეთრად რეაგირებს ხმაურზე. სცნობს დედისა და მამის ხმას.

კვების დროს აკვირდება დედის სახეს.

3 თვის ასაკი.



მუცელზე წოლისას ეყრდნობა იდაყვებს. თავი უჭირავს თავისუფლად.

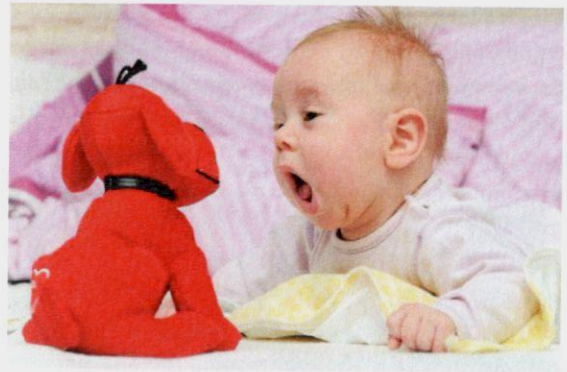
მოსვენებულ მდგომარეობაში, ხელის მტევანი თავისუფალია.

აფიქსირებს მზერას უძრავ საგნებზე.

ღუღუნებს. გულისყურით უსმენს ბგერებს და ამ დროს ეცვლება მიმიკა.

გამომეტყველება აქვს აზრიანი და ეცვლება სიტუაციის მიხედვით. ნაცნობი პირებისა და საგნების დანახვაზე ეცვლება მიმიკა და გამოხატავს სიხარულს კიდურების მოძრაობით და ბგერებით.

4 თვის ასაკი:



ბრუნდება ზურგიდან მუცელზე. ეყრდნობა ხელის მტევნებს.

კვების დროს ხელს აშველებს ძუძუს ან ბოთლს. იტაცებს სათამაშოს. ხმამაღლა იცინის. თავს ატრიალებს ხმაურის მიმართულებით.

იწყებს გარემოს დათვალიერებას და აშკარად ჩანს, რომ კარგად აღიქვამს გარემოს და ამჩნევს ამ გარემოს ცვლილებებს.

ამიტომ, აუცილებლად ეცადეთ, რომ ამ პერიოდიდან, გარემო იყოს მრავალფეროვანი და ბავშვისათვის საინტერესო. საწოლში და საწოლის თავზეც იყოს ფერადი სათამაშოები. ბავშვთან უნდა გქონდეს ხშირი კონტაქტი. უნდა ველაპარაკოთ მას და ამით შეუქმნათ სასიამოვნო ატმოსფერო. სასურველია, ხშირად ესმოდეს სასიამოვნო მუსიკის ხმა.

5 თვის ასაკი:



ბრუნდება ზურგიდან მუცელზე. იღლიაში ხელმოკიდებული ცდილობს ფეხზე წამოდგომას.

მშობლების (ან მომვლელის) ხელიდან იღებს სათამაშოებს.

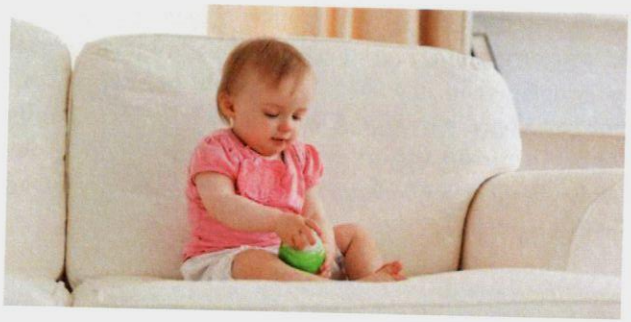
ხანგრძლივად ღუღუნებს. სცნობს დედის და მამის ხმას. სხვადასხვა გვარად რეაგირებს მოფერებასა და მკაცრ ტონზე. ხალისით შემოდის კონტაქტში და „ეძებს“ ამ კონტაქტს.

ანსხვავებს უცხოსა და ნაცნობებს და რეაგირებს განსხვავებულად.

იწევს სათამაშოებისაკენ და იღებს მათ. განსხავავებულად რეაგირებს სხვადასხვა ფერის სათამაშოებზე.

ანუ, როგორც ხედავთ, დღითი დღე ძლიერდება და დახვეწილი ხდება გარემოს აღქმა. საჭიროა ამისათვის ხელის შეწყობა – რისთვისაც აუცილებელია ემოციურად სასიამოვნო, მრავალფეროვან ხმოვან და ვიზუალურ ფაქტორებთან კონტაქტი. ძალიან მნიშვნელლვანია მშობლების და განსაკუთრებით დედის ალერსი, რომელიც სიამოვნებასთან ერთად, დაცულობის შეგრძნებასაც ბადებს.

6 თვის ასაკი:



ბრუნდება მუცლიდან ზურგზე. ჯდება უფროსების დახმარებით და ცდილობს ცოცვით მისწვდეს სათამაშოს.

იღებს სათამაშოს ნებისმიერი პოზიციიდან და შეუძლია გადაიტანოს იგი ერთი ხელიდან მეორეში.

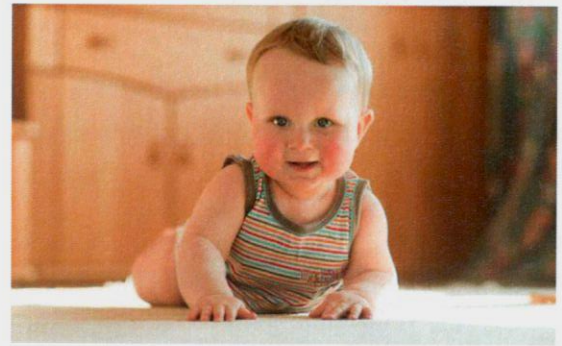
იწყებს მარცვლების წარმოთქმას („მა“, „ბა“, „და“ და სხვა.)

ანსხვავებს უცხო პირებს ნაცნობებისაგან და განსხვავებულად რეაგირებს მათ დანახვაზე.

6 – 7 თვის ასაკში იწყება ქვედა ყბის, ცენტრალური, საჭრელი კბილების ამოსვლა.

ამ პერიოდისათვის ძალაში რჩება ყველა, ზემოთ აღნიშნული რეკომენდაცია. კიდევ უფრო ინტენსიური უნდა გახდეს კონტაქტი და განსაკუთრებით ხშირი, ინტენსიური და მრავალმხრივი უნდა იყოს უშუალო ხმოვანი კონტაქტი. ბავშვს უნდა ელაპარაკოთ ბევრი და გამოხატოთ დაებითი ემოციები მასთან ურთიერთობისას.

7 თვის ასაკი.



იწყებს ცოცვას და ჯდება დამოუკიდებლად.

ათვალიერებს და ერთმანეთს ურტყამს სათამაშოებს. თამაშობს.

იმეორებს სხვადასხვა მარცვლებს და ამ პერიოდში ეცვლება გამომეტყველება.

კვების პროცესში ერთვება და ცდილობს აიღოს კოვზი.

რა თქმა უნდა ძალაში რჩება ზემოთ აღნიშნული რეკომენდაციები. ამ პერიოდიდან ბავშვი უკვე იღებს დამატებით საკვებს და უნდა ეცადოთ, რომ ამ სახის კვების პროცესი იყოს სასიამოვნო (როგორც გემოვნებითი ისე ვიზუალური თვალსაზრისით).

8 თვის ასაკი:



ცოცავს. საყრდენზე ხელისმოკიდებით ფეხზე დგება (ან ცდილობს დადგეს).

დიდხანს ერთობა სათამაშოებით. ბაძავს უფროსების ქცევას.

დიდი ხნის განმავლობაში იმეორებს სხვადასხვა მარცვლებს. თითქოს ცდილობს რაღაც თქვას.

კვების პროცესში ცდილობს დაიჭიროს კოვზი და თვითონ იჭერს პურის ნაჭერს ან ორცხობილას.

8 – 9 თვის ასაკში იწყება ზედა ყბის ცენტრალური, საჭრელი, კბილების ამოსვლა.

9 თვის ასაკი:



თუ ორივე ხელზე ხელს მოვკიდებთ – დადის (ან ცდილობს გაიაროს).

კარგად იჭერს სათამაშოებს. იღებს მათ ყუთიდან და ისვრის.

იცის თავისი სახელი და სწორად რეაგირებს დაძახებაზე. კითხვაზე – სად არის რაიმე ნივთი ? – მიუთითებს ამ საგანზე ან იღებს მას. არჩევს სათამაშოებს. თხოვნაზე – უკრავს ტაშს, გიქნევთ ხელს.

9 – 11 თვის ასაკში ამოდის ზედა ყბის გვერდითი საჭრელი კბილები.

10 – 11 თვის ასაკი:



შეუძლია დამოუკიდებლად აცოცდეს მცირე სიმაღლეზე. დგას დამოუკიდებლად, საყრდენის გარეშე და ზოგჯერ, ცდილობს გაიაროს.

სათამაშოს იჭერს ორი თითით, ისვრის, აგორავებს და ამოაქვს ყუთიდან. შეუძლია კუბების ერთმანეთზე დაწყობა. სათამაშო პირამიდაზე შეუძლია რგოლების ჩამოცმა.

წარმოთქვამს პირველ სიტყვებს – "დედა", "მამა". ესმის აკრძალვა. იმეორებს ახალ სიტყვებს. ბაძავს უფროსებს საუბარსა და ქცევაში.

გულისყურით იკვლევს გარემოს. თამაშობს მშობლებთან ერთად. დამოუკიდებლად იღებს ფინჯანს და სვამს მასში არსებულ სითხეს.

12 თვის ასაკი:

დგას დამოუკიდებლად. დადის (ან ცდილობს გაიაროს).

აღებს და ხურავს ყუთს. ფანქარს უსვამს ქაღალდზე. თამაშობს და ცდილობს მანქანის გაგორებას.



"დედისა" და "მამის" გარდა იცის რამდენიმე სიტყვა. მეტყველებს "თავის ენაზე".

ასრულებს მოზრდილთა მარტივ თხოვნას. ბაძავს მოზრდილებს.

11 – 13 თვის ასაკში ამოდის ქვედა ყბის, გვერდითი, საჭრელი კბილები.

ძალიან კარგად უნდა გქონდეს გათვიცნობიერებული, რომ სიცოცხლის პირველი წელი უმნიშვნელოვანესი პერიოდია ადამიანის განვითარებაში და უმეტესად გადამწყვეტიც შეიძლება იყოს სიცოცხლის მთელი მომდევნო პერიოდისათვის. ამ პერიოდში განვითარების სერიოზულმა შეფერხებამ და ჩამორჩენამ, შეიძლება გამოუსწორებელი კვალი დატოვოს სიცოცხლის მთელი მომდევნო პერიოდის მანძილზე. "მაუგლის ზღაპარი" არა რეალურია და სიცოცხლის ნაადრევ ეტაპზე შეფერხებული განვითარება, ან ძალიან ძნელადაა აღდგენადი ან შეუქცევადი ჩამორჩენით ხასიათდება. მაგალითად, ცნობილია, რომ ყრუ-მუნჯთა ოჯახში გაზრდილი ბავშვები, თუ მათ განსაკუთებული გარემო არა აქვთ შექმნილი, მეტ-ნაკლებად, ყოველთვის ჩამორჩებიან ფსიქიკურ განვითარებაში თავიანთ თანატოლებს. ამავე პერიოდშია შესაძლებელი ზოგიერთი ისეთი კომპლექსების (ფსიქიკის ქვეცნობიერი სფეროს კომპლექსები) ფორმირებაც, რომლებმაც შეიძლება სერიოზული პრობლემები (ნევროზი) შეუქმნას პიროვნებას უკვე ზრდასრულ ასაკში (შესანიშნავი მაგალითია ნ. ზოსჩენკოს "მზის ამოსვლის წინ").

ე. ერიქსონის მიხედვით, ამ პერიოდში, ბავშვის ფსიქოტიპის ფორმირებისათვის გადამწყვეტია ისეთი სოციალური ფაქტორები,

როგორიცაა დედა და მომვლელი. ხოლო გენეტიკურ ფაქტორებს მიეკუთვნება – "ნდობა სამყაროს მიმართ" და "უნდობლობა". ამ

ცნობილი უკრაინელი მწერალი მიხეილ ზოსჩენკო (გვარი ზოსჩენკო, როგორც ამას თავად ავტორი წერს, წარმოსდგება სიტყვა 'ზოდჩე"-საგან რაც მშენებელს, არქიტექტორს ნიშნავს. რადგან, მისი წინაპარი იტალიელი არქიტექტორი ყოფილა, რომელიც მე-17 საუკუნეში ჩასულა უკრაინაში და იქ დასახლებულა) ძალიან საინტერესო ბიოგრაფიის ადამიანია. მის მრავალფეროვან შემოქმედებაში, ერთ–ერთი უაღრესად საინტერესო ნაწარმოებია ავტობიოგრაფიული – "მზის ამოსვლის წინ". სადაც აღწერილია ასეთი ფაქტი:

დაახლოებით 30 წლის ასაკში, ზოსჩენკო მძიმე ნევროზით დაავადდა. მან პრაქტიკულად შეწყვიტა საკვების მიღება და დაეწყო წყალში დახრჩობის შიში. საკვების მიღებაზე უარის მიზეზი სრულიად გაურკვეველი იყო. მწერალი, ერთი მხრივ განიცდიდა გაურკვეველი მიზეზის ზიზღს საკვებისადმი და მეორე მხრივ – ჰქონდა მოწამვლის შიშიც. ამასთან, აწუხებდა იმის შიშიც, რომ საკვები აღარ იქნებოდა. წყალში დახრჩობის შიში კი იქამდე მივიდა, რომ მდინარესთან მიახლოებასაც ვერ ბედავდა. მკურნალობის ყოველგვარი მეთოდი უეფექტო აღმოჩნდა და მდგომარეობა თანდათან უარესდებოდა.

ერთ დღესაც, ზოსჩენკომ გადაწყვიტა თავისი მდგომარეობის მიზეზი ღრმა ბავშვობაში ეძებნა და დაიწყო ადრეული ბავშვობის მოგონებების გახსენება და ახლობლების გამოკითხვა. გამოირკვა, რომ ადრეულ ბავშვობაში, სახლში, აბაზანის მიღებისას, იგი კინაღამ დაიხრჩო. ასევე გამოირკვა, რომ ძუძუსათვის თავის დანებება ძალიან მტკივნეულად გადაიტანა და როცა ძუძუს არ აძლევდნენ, მაშინვე პანიკური შიში აწვალებდა, რომ საკვები საერთოდ არ ექნებოდა. თუმცა, სხვა საკვები საშინლად სძაგდა. დროთა ვითარებაში ეს განცდები დავიწყებას მიეცა. მაგრამ, როგორც ჩანს, იგი დარჩა ფსიქიკის ქვეცნობიერ სფეროში კომპლექსების სახით და გამოვლინდა 30 წლის ასაკში.

ბუნებრივია, რომ ასეთი "თავგადასავალი" ბავშობაში და ასეთი განცდები სხვა ბავშებსაც შეიძლება ჰქონოდათ. მაგრამ ამგვარი მწვავე და მძიმე კვალი ამ მდგომარეობამ მხოლოდ

ზოსჩენკოზე დატოვა, რაც ალბათ, მისი განსაკუთებულად ემოციური და შთამბეჭდავი ფსიქიკის თავისებურებით იყო გამოწვეული.

იმის შემდეგ, რაც ზოსჩენკომ გააანალიზა თავის მდგომარეობის მიზეზები, იგი სრულიად გამოჯანმრთელდა. ჩვეულებრივად დაიწყო საკვების მიღება და გაუქრა წყალში დახრჩობის შიშიც.

(მკითხველს მინდა ავუხსნა, რომ ნევროზების მკურნალობის ფროიდისეული მეთოდიც, სწორედ ქვეცნობიერ სფეროში შეღწევას და ნევროზის მიზეზის გაცნობიერებას უკავშირდება).

ვფიქრობ, მიხეილ ზოსჩენკოს მაგალითი, რომელიც მან ძალზედ ემოციურად და მაღალმხატვრულად აღწერა, შესანიშნავად გვიჩვენებს ადამიანის ფსიქიკის ფორმირების პროცესზე, ადრეულ ასაკში, გადატანილი განცდების ზეგავლენის მნიშვნელობაზე.

ფაქტორთა კომპლექსური მოქმედების "პროგრესული განვითარების შედეგია" – "ენერგია" და "სიხარული". ანუ, გარემო, რომელშიც ბავშვი იზრდება, დამოკიდებულება მის მიმართ, ყურადღების ხარისხი, პასუხისმგებლობის გამოვლენა, სიყვარულის გამოხატვა, ზრუნვა, ამ გრძნობების გამოვლენის ფორმა, ხასიათი, სიხშირე და ინტენსიობა მეტ-ნაკლებად არეგულირებს "სამყაროს მიმართ ნდობისა და უნდობლობის" კომპლექსის ფორმირებას, რომელიც შემდგომში პიროვნების ხასიათის ისეთ ნიშნებზე აირეკლება, როგორიცაა "ენერგია" და "სიხარული" (ანუ დამოკიდებულება გარემოს მიმართ, სიამოვნების განცდა ამ დამოკიდებულებით, კომუნიკაციის სურვილი და უნარი და ქცევის ენერგიულობა). ბუნებრივია, რომ გარემო ფაქტორები (დედა – მომვლელი და მათი დამოკიდებულება ბავშვის მიმართ) ვერ შეცვლიან II რიგის ფუნდამენტალურ ფაქტორთა ხასიათს, მაგრამ მათ შეუძლიათ გააძლიერონ ან შეასუსტონ მათი გავლენა და მნიშვნელობანი ზემოქმედება მოახდინონ I რიგის ფაქტორებზე და "ნიშნებზე" და ამდენად, პიროვნების ხასიათისა და მისი გამოვლენის ფორმაზეც.

ამ ინფორმაციის ძირითადი მიზანი არის ის, რომ ბავშვის

მშობლებს, ოჯახის წევრებს, ძიძას – კარგად უნდა ესმოდეთ, რა მნიშვნელობა აქვს მათ დამოკიდებულებას და ამ დამოკიდებულების გამოხატვის ფორმას ბავშვის ფსიქიკის (და არა მხოლოდ ფსიქიკი) განვითარებაზე. მათ კარგად უნდა ჰქონდეთ გაცნობიერებული, რომ ბავშვთან ემოციური კონტაქტი საჭიროა ძალიან ადრეული ასაკიდან – პრაქტიკულად დაბადების მომენტიდან, ბავშვს უნდა ელაპარაკოთ, ეთამაშოთ, ეალერსოთ. იგი უნდა გრძნობდეს თქვენს სიყვარულსა და მფარველობას. უნდა გახსოვდეთ, რომ იგი თქვენი საშუალებით შეიმეცნებს სამყაროს და ნდობა და დამოკიდებულება სამყაროს მიმართ, მხოლოდ თქვენი საშუალებით ყალიბდება. ძალიან საყურადღებოა ის ფაქტიც, რომ დადებითი ემოციური ფონი პოზიტიურ ზეგავლენას ახდენს არა მხოლოდ ბავშვის ფსიქიკის, არამედ ფიზიკურ განვითარებაზეც და ალერსის და ყურადღების დეფიციტის პირობებში გაზრდილი ბავშვები თავიანთ თანატოლებს ჩამორჩებიან არა მხოლოდ ფსიქო-ემოციური სფეროს, არამედ ფიზიკური განვითარებითაც.

15 თვის ასაკი:

დადის თავისუფლად. ადის საფეხურებზე. შეუძლია უკანსვლა. იხრება თავისუფლად. ხტუნაობს.

ფანქრით ჩხაპნის ქაღალდს. 2 კუბით აგებს კოშკს. თამაშობს ბურთით. თამაშობს თოჯინით – აჭმევს და აცმევს თოჯინას. არჩევს სხვადასხვა სიდიდის საგნებს.

იცის 4 – 8 სიტყვა. პასუხობს კითხვებზე და იყენებს ჟესტიკულაციას.



კოვზსა და ჭიქას იჭერს დამოუკიდებლად.

12 – 15 თვის ასაკში ამოდის ზედა და ქვედა ყბის მცირე, საღეჭი კბილები.

18 თვის ასაკი:



დარბის. შეუძლია ჯოხზე გადაბიჯება და წინაღობაზე გადასვლა.

ფანქრით ჩხაპნის ქაღალდზე. კუბებით აგებს კოშკს. წიგნის რამდენიმე ფურცელს ფურცლავს ერთად.

აგებს 2 სიტყვიან წინადადებებს.

თხოვნის მიხედვით პოულობს 2, ერთი და იგივე მნიშვნელობის, მაგრამ განსხვავებული სიდიდისა და ფერის საგნებს.

ბაძავს მშობლებს და ოჯახის სხვა წევრებს. თამაშობს ბავშვებთან.

16 - 20 თვის ასაკში ამოდის ზედა და ქვედა ყბის ეშვები.

21 თვის ასაკი:

თამაშობს ჩაცუცქული. კიბეზე ადის დამოუკიდებლად.

5 კუბით აშენებს კოშკს. იცის დაახლოებით 50 სიტყვა და 2 სიტყვიანი წინადადებები. სურათების დათვალიერებისას პასუხობს შესაბამის შეკითხვებზე.

ითხოვს კვებას და ტუალეტს.



24 თვის ასაკი:

შეუძლია წინააღმდეგობების გადალახვა ნაბიჯების მონაცვლეობით.

აშენებს კოშკს 7 კუბით. შეუძლია ლოგიკურად დაკავშირებული მოქმედების გამეორება. აბანავებს თოჯინას, ამშრალებს და აჭმევს.

ლაპარაკისას იყენებს ნაცვალსახელებს.

აქტიურად თამაშობს ბავშვებთან.

24 – 30 თვის ასაკში ამოდის ზედა და ქვედა ყბის, დიდი, საღეჭი კბილები.



30 თვის ასაკი:

ხტება, ბურთს ისვრის. შეუძლია გადალახოს რამდენიმე წინააღმდეგობა (ჯოხი, თოკი, კუბი).

ფანქარი უჭირავს სწორად (როგორც მოზრდილს). ფანქრით აკლებს ხაზებს. იხსნის ღილებს. ნიმუშის მიხედვით არჩევს 4 სხვადასხვა ფერის საგანს (წითელი, ყვითელი, ლურჯი, მწვანე).

ადგენს 3 სიტყვიან წინადადებებს. სვამს კითხვებს: "სად", "როდის", "რატომ", "რით" ?



იცის თავის სახელი და გვარი და პასუხობს კითხვაზე. წყლის დალევა შეუძლია დამოუკიდებლად.

30 თვის ასაკში ბავშვს უკვე აქვს 20 სარძევე კბილი.

3 წლის ასაკი:

მართავს 3 თვლიან ველოსიპედს.

ხატავს წრეებს. შეუძლია გაიხადოს. შეუძლია ხელების შემშრალება



თამაშობს სხვადასხვა როლს (დედის, მამის ან ექიმის). გამოკვეთილად თავს იჩენს მიბაძვის ელემენტები.

იყენებს 250-მადე სიტყვას, მრავლობით რიცხვებს და წარსულ დროს. ხმარობს რთულ წინადადებებს და მიზანმიმართულად და სწორად სვამს კითხვებს: "რატომ" ?

თამაშობს ბავშვების ჯგუფთან. თამაშის დროს უნაწილებს მეგობრებს სათამაშოებს. იცის თავისი ასაკი.

1 – 3 წლის ასაკში გრძელდება ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარების დიფერენცირება და დახვეწა. ბავშვი მეტი ინტენსივობით განაგრძობს სამყაროს შეცნობას. მისი აზროვნება, მეტყველება, მოძრაობა ხდება უფრო დახვეწილი და სრულყოფილი. სოციალური კონტაქტები – უფრო ძლიერი, რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ბავშვის განვითარებაზე.

სოციალური კონტაქტების მთავარ წყაროდ კვლავ რჩებიან მშობლები. თუმცა ამ პერიოდში ძლიერდება მამის როლი და თუ ეს როლი აქამდე ძირითადად დედას ეკუთვნოდა, ახლა პასუხისმგებლობა ორივე მშობელზე ნაწილდება. თუმცა, ამ ასაკიდან, ხშირად, თამაშში შემოდიან ოჯახის სხვა წევრები და თანატოლებიც. თუმცა მათი გავლენა, ამ დროისათვის, შედარებით მცირეა. თანდაყოლილი ფაქტორებიდან უმნიშვნელოვანესია „დამოუკიდებლობა" და „სირცხვილი და ორჭოფობა". ეს ფაქტორები II რიგის ფაქტორებია. თუმცა მათი გამოვლენის თავისებურებასა და ინტენსიობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სწორედ სოციალური ურთიერთობები და აღზრდის მეთოდები. ამ, მრავალრიცხოვან ფაქტორთა ერთობლივი შემოქმედებით ყალიბდება „პროგრესული განვითარების შედეგი" – „დამოუკიდებლობა." რაც ფუნდამენტალურ ხაზად გასდევს ადამიანის ხასიათს მთელი ცხოვრების განმავლობაში.

პიროვნებს ფორმირების პროცესი და პირველი კონფლიქტის მიზეზები. გარდაუვალი კანონზომიერება თუ აღზრდის პრობლემა?

ამას წინათ, ერთმა ჩემმა ნაცნობმა, მიამბო, რომ შეესწრო დედა-შვილის ურთიერთობის სცენას, რომელმაც იგი ძალიან დააბნია და გააოცა: ახალგაზრდა ქალს, ქუჩაში, 4-ოდე წლის, ძალიან სასიამოვნო გარეგნობის გოგონა მიჰყავდა. როგორჩ ჩანს, ბავშვს რაღაც სურვილი ჰქონდა და დედას არ ემორჩილებოდა. დედა შეჩერდა, დაიხარა, ბავშვს ნაზად აკოცა და ყურში რაღაც ჩასჩურჩულა. ბავშვი ხელიხად გაუსხლტა, რამდენიმე ნაბიჯით უკან დაიხია, ფეხები დააბაკუნა და კატეგორიული ხმით თქვა: „არა. როგორც ვთქვი ისე იქნება და მორჩა".

ალბათ თქვენც გინახავთ ანალოგიური შემთხვევები და საკუთარ თავზეც გამოგიცდიათ ის, საკამოდ არასასიამოვნო, განცდა, როდესაც თქვენი პატარა არ გემორჩილებათ, სრულიად უსაფუძვლოდ ჭირვეულობს და ცდილობს – რაც არ უნდა მოხდეს, თავისი გაიტანოს.

3 – 4 წლის ასაკი და შეიძლება მომდევნო მცირე პერიოდიც, ადამიანის ფსიქიკის განვითარების ერთ-ერთი კრიტიკული პერიოდია და მას „პიროვნების ფორმირების პერიოდს" უწოდებენ. ეს არის

პიროვნების, ანუ „მეს,“ ფორმირების პერიოდი. ამ პერიოდში ბავშვი განსაკუთრებით ცდილობს წარმოაჩინოს თავისი პიროვნება, გააძლიეროს თავის გავლენა, გამოცადოს თავის ძალები და რადგან ეს პროცესი არ ხდება გაცნობიერებულად და მისი მართვა ცნობიერი ფსიქიკის მიერ გაძნელებულია, იგი, ზოგჯერ საკმაოდ მტკივნეულად მიმდინარეობს. ბავშს მიაჩნია, რომ მისი სურვილები აუცილებლად უნდა შესრულდეს. იგი არ ემორჩილება შეზღუდვებს და უფრო მეტიც – ცდილობს წინააღმდეგობა გაუწიოს უფროსების ყველა მოთხოვნას და სურვილს. და იმ შემთხვევაშიც კი ამბობს „არას“, როცა ამისი არავითარი საჭიროება არ არსებობს.

ბავშვი კატეგორიულად ცდილობს იყოს დამოუკიდებელი – ჩაიცვას, რაც უნდა; საკვები მიიღოს მაშინ – როცა უნდა და რაც უნდა. როგორც წესი, დასჯისა და მკაცრი მოქცევის შედეგი, პრაქტიკულად, ნულოვანია და ამგვარმა ქმედებამ შეიძლება უკურეაქციაც გამოიწვიოს. მკაცრი მოქცევისა და დასჯის პირობებში, ბავშვი შეიძლება, ბოლოს და ბოლოს, დაემორჩილოს თქვენს მოთხოვნას. მაგრამ ეს იქნება ძალდატანებითი მორჩილება, რომელმაც შეიძლება კიდევ უფრო გააძლიეროს შინაგანი პროტესტი და უსაფუძვლო წინააღმდეგობის ფიქსირებული კომპლექსის ფორმირებას შეუწყოს ხელი, რომელიც, შემდგომ წლებში, მკვეთრად ასოციალური ქცევის საფუძველი გახდეს.



მკვეთრი წინააღმდეგობის გაწევით, დასჯითა და ბავშვის სურვილების დათრგუნვით, შეიძლება მისი წინააღმდეგობა გადავლახოთ. მაგრამ, ეს, შეიძლება, ბავშვის ნებისყოფის, დამოუკიდებლობის სურვილისა და უნარის დათრგუნვის მიზეზი გახდეს და სერიოზული

ბზარი გააჩინოს პიროვნების ხასიათში, სიცოცხლის მთელი მომდევნო პერიოდის მანძილზე. ამიტომ, ასეთ შემთხვევებში, მშობლებს მაქსიმალური თავშეკავებისა და მოთმინების გამოჩენა მართებთ. თუ მოფერებით, დაყვავებითა და დარიგებით შედეგს ვერ აღწევთ, უმჯობესია იგნორირება. ბავშვი არ უნდა გრძნობდეს, რომ მის საქციელს მოთმინებიდან გამოყავხართ. წინააღმდეგ შემთხვევებაში, იგი უფრო გააძლიერებს წინააღმდეგობას. უგულვებელყოფის შემთხვევაში კი, მას თანდათან ეკარგება წინააღმდეგობის სურვილი.

5 წლის ასაკის შემდეგ, ეს თვისებები მცირდება და შემდეგ, პრაქტიკულად, ქრება (თუმცა გარკვეულად ტრანსფორმირდება და კვლავ ძლიერდება სქესობრივი მომწიფების პერიოდში).. თუმცა, ეს თვისება ყველა ბავშში ერთნაირად არაა გამოხატული და აქაც, ძალიან მნიშვნელოვანია გენეტიკური ფაქტორები.

4 წლის ასაკი:

თავისუფლად ასრულებს ნებისმიერ მოძრაობას.

ხატავს კვადრატებს, წრეებს. იცვამს და იხდის დამოუკიდებლად. იკრავს ღილებს.

შეუძლია ფერების გარჩევა. მღერის. ლაპარაკობს კარგად. იმახსოვრებს ლექსებს. სვამს შეკითხვებს.

სიამოვნებით ისმენს ზღაპრებს. თამაშობს ბავშვების ჯგუფთან.

5 წლის ასაკი:

შეუძლია გადაახტეს მცირე ბარიერს.

ხატავს სამკუთხედს. იცვამს და იკრავს ფეხსაცმელს.

კითხულობს სიტყვების მნიშვნელობას. ცდილობს ასოების დაწერას.

ეხმარება მშობლებს დალაგებაში. თამაშობს შეჯიბრებითობით მიმდინარე თამაშებს.

6 წლის ასაკი:

მოძრაობები სრულიად კოორდინირებულია. დარბის და დახტის თავისუფლად. იცვამს და იხდის დამოუკიდებლად.

ლაპარაკობს გამართულად. იცის რიცხვების მნიშვნელობა და თვლა 10-ისა და ზოგჯერ 20-ის ფარგლებშიც. ცდილობს ისწავლოს ასოები და ახდენს კითხვის იმიტაციას. ცდილობს ასოების დაწერას და ზოგჯერ ახერხებს ამას. მოსწონს, როდესაც უკითხავენ წიგნს ან

უამბობენ ზღაპრებსა და სხვადასხვა ამბებს და ითხოვს ამას. იცის ლექსები.

მონაწილეობს საოჯახო საქმიანობაში. ცდილობს მიეხმაროს მშობლებს.

თამაშობს თანატოლებთან და თვითონაც იგონებს სხვადასხვა თამაშებს. იკვეთება ფანტაზიის უნარი.

6 – 7 წლის ასაკიდან იწყება სარძევე კბილების შეცვლა მუდმივი კბილებით.

ამ პერიოდში, ფსიქიკის განვითარებაზე, კვლავ ოჯახის წევრები მოქმედებენ დომინანტურად. თუმცა, უკვე, ნელ-ნელა ძლიერდება თანატოლებისა და სხვა პირთა გავლენაც. თანდაყოლილი ფაქტორებია "ინიციატივა" და მისი საპირისპირო – "პასიურობა და დანაშაულის შეგრძნება". მათი ზემოქმედების ხასიათისა და ინტენსიობიდან გამომდინარე, ყალიბდება "პროგრესული განვითარების შედეგი" – "მიზანდასახულობა".

ანუ, ადამიანში ჩადებულია "ინიციატივისა" და მისი საპირისპირო თვისების – "პასიურობისა და დანაშაულის შეგრძნების" კომპლექსები. ეს ფაქტორები, სხვადასხვა პიროვნებაში სხვადასხვა სიძლიერითაა გამოხატული და მათი შემდგომი განვითარება და გამოვლენის ძალა, ფორმა და ხასიათი, სოციალურ ფაქტორებზეა დამოკიდებული.



ხოლო აღნიშნულ ფაქტორთა გამოვლენის, განვითარების და ფიქსირების კრიტიკული პერიოდი, 3 – 6 წლის ასაკია. მიუხედავად იმისა, რომ ეს, აღნიშნული ფაქტორები დეტერმინირებულ ფაქტორთა რიგს განეკუთვნება, მათი შემდგომი განვითარება – გაძლიერება თუ შესუსტება, მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული გარემოზე. ამიტომ ამ პერიოდში, განსაკუთრებით უნდა ვეცადოთ **არ შევზღუდოთ ბავშვის ინიციატივა, შევაქოთ იგი კარგი საქციელისათვის, წავაქეზოთ პოზიტიური ქმედებისაკენ და შევამჩნიოთ და მოვუწონოთ კარგი საქციელი.** ამ პერიოდში, ბავშვს განსაკუთრებით სიამოვნებს ყურადღება და მხარდაჭერა. მას უმახვილდება სამართლიანობის შეგრძნება და მტკივნეულად განიცდის მისი უფლებების უსამართლოდ შელახვას. მისთვის მაგალითის მიმცემი, პირველ რიგში მშობლებია. თქვენი ავტორიტეტი კვლავ მაღალია და თქვენს მიერ, ბავშვის მიმართ, გამოვლენილი უყურადღებობა, გულგრილობა და უსამართლობა, განსაკუთრებით მტკივნეულად აისახება მისი ხასიათის ფორმირებაზე.

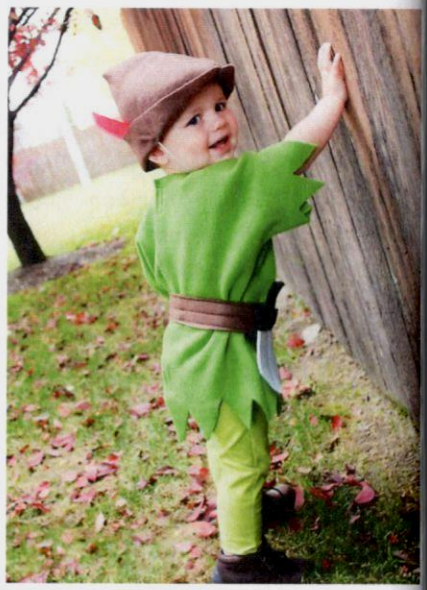


ფანტაზია და შემოქმედებითი აზროვნება.

3 დან 6 წლამდე ასაკი ძალიან მნიშვნელოვანი პერიოდია ფანტაზიისა და ინტელექტის განვითარებისათვი. ამ პროცესზე დიდ გავლენას ახდენს მიღებული ინფორმაციის ხასიათი და თამაშის ფორმა. ამ დროს მიღებული შთაბეჭდილებები შეიძლება მთელი ცხოვრების მანძილზე შენარჩუნდეს და გავლენას ახდენდეს ადამიანის ცნობიერებაზე.

ამ ასაკის ბავშმა შეიძლება თქვას ძალიან ბევრი ტყუილი და უნდა ვიცოდეთ, რომ ეს ყოველთვის არ არის "ტყუილი". ძალიან ხშირად, ეს, მისი ფანტაზიის ნაყოფია, მისთვის აბსოლუტური ჭეშმარიტებაა და ამის გამო – არ უნდა დავცინოთ, არ უნდა „ვამხილოთ" და მით უმეტეს, არ უნდა დავსაჯოთ. უმჯობესია ავყვეთ მას ამ თამაშში. თუმცა, უნდა ვეცადით, ავუხსნათ მას – რა არის რეალობა და რა - ფანტაზია.

დედაჩემი მიამბობდა, რომ ბავშვობაში, როცა ეზოში თამაშობდა, ყორეში (ყორე ქვის ღობეა) შეამჩნია ხვრელი და შეეცადა შიგ შეეხედა. პირველ ცდაზე ვერაფერი დაინახა. შემდეგ, ჯერ თითქოს



ბინდბუნდში და მერე, სრულიად ნათლად გაარჩია დიდი მწვანე, ყვავილებში ჩაფლული ეზო, მაღალი ხეების უკან ოქროსფრად მოელვარე სასახლე და სასახლის წინ, ხეზე ოქროს ჯაჭვით დაბმული, უზარმაზარი კეთილი დათვი, რომელიც ნაღვლიანი თვალებით იყურებოდა და სათამაშოდ იწვევდა. (ზღაპარი: "ალისა საოცრებათა ქვეყანაში" მაშინ ჩვენში ცნობილი არ იყო). როცა ამის შესახებ სხვა ბავშვებსაც ვუთხარი და მათაც შეიხედეს ხვრელში, თავიდან, უმეტესობამ, ვერაფერი დაინახა. შემდეგ კი, ნელ-ნელა, ყველამ აღიარა, რომ იქ ნამდვილად იყო ოქროს სასახლე და ეზოში დაბმული დათვი და რამდენიმე წლის განმავლობაში, თითქმის ყოველდღიურად მივდიოდით ამის სანახავადო და ახლაც, 80 წლის შემდეგ, არა ვარ დარწმუნებული, რომ ეს, მხოლოდ ბავშვური ფანტაზია იყოო – ამბობდა დედა. **მე კი, ამ ზღაპრულ სურათს დღესაც ვხედავ ხოლმე სიზმარში.**

ეს არის პერიოდი, როდესაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია თამაშის როლი. თამაშის პერიოდში ბავშვი ახდენს თავისი თავის იდენტიფიცირებას მშობლებთან, ნაცნობებთან (მაგ. ექიმთან ან ვთქვათ – ბაღის მასწავლებელთან) ან ზღაპრების გმირებთან. იგი თავის ფანტაზიის, გამოცდილების და ნანახი მაგალითების მიხედვით აყალიბებს და ცვლის თამაშის წესებს, ამყარებს ურთიერთობას თანატოლებთან და ამ პერიოდში და ამ პროცესში თავს იჩენს და შესამჩნევი ხდება, ის სოციალური ურთიერთობები და ის დეტერმინირებული ფაქტორები, რომელთა გავლენითაც ბავშვის ფსიქიკა ყალიბდება.

ანუ, თამაში, ერთი მხრივ, არის ხასიათის, ინტელექტის და ქცევის ფორმირების და მეორე მხრივ, ამ თვისებათა გამოვლენის საშუალება.

3 – 6 წლის ასაკში თანდათან ყალიბდება და მყარდება სქესის თვითშეგრძნება და სქესთა განსხვავებულობის აღქმა. ბავშვი ირჩევს მისი სქესისათვის შესაფერის ტანსაცმელსა და სათამაშოს. მაგ. გოგონები ძირითადად თამაშობენ თოჯინებით და თვითიდენტიფიკაციას ახდენენ დედებთან; ვაჟები თამაშობენ ბურთით, მანქანებით და იარაღით და თვითიდენტიფიკაციას ახდენენ მამებთან. **თამაშის პერიოდში, ერთი მხრივ, ვლინდება სქესისათვის დამახასიათებელი ხასიათი და მეორე მხრივ, თამაშის ტიპის მიხედვით, კიდეც ყალიბდება ეს ხასიათი.** ამიტომ, თამაშის თავისებურებას, თამაშის ხასიათს, სერიოზული მნიშვნელობა აქვს სქესის ფსიქოტიპის ფორმირების პროცესში. ამ პროცესებზე ყურადღების მიდევნება და ძალიან ფრთხილი კონტროლი, გარკვეული განმარტებები სქესთა განსხვავებულობის შესახებ და ზოგჯერ უხერხულ შეკითხვებზე მოზომილი და დაკვირვებული პასუხები, მნიშვნელოვანია ბუნებრივი მოვლენების სწორი წარმართვისათვის. ასეთ საკითხებზე ბავშვებთან საუბარი, ბუნებრივია, ვერ წარიმართება უნიფიცირებული სქემითა და მეთოდებით. ეს დამოკიდებულია ქვეყნის, ეთნიკურ, გეოგრაფიულ და ოჯახის კულტურის, განვითარებისა და ტრადიციების თავისებურებაზე და უმჯობესია ეს გზა, ყველამ ინდივიდუალურად გაიაროს. თუმცა, ალბათ, უნდა არსებობდეს რაღაც გარკვეული, საერთო პრინციპები და შეხედულებები ბავშვისათვის ამგვარი ინფორმაციის მისაწოდებლად.

ამავე პერიოდში, ბავშვის ფსიქიკაში ჩნდება (თუ იღვიძებს) ისეთი მნიშვნელოვანი ცნებები (ფაქტორები), როგორიცაა რელიგიურობა, პატრიოტიზმი და მასთან მჭიდროდ დაკავშირებული კატეგორია – მორალი. შესაბამისად, ყალიბდება, ამ პერიოდისათვის, მარტივ შეხედულებათა და ქმედებათა თავისებურებები. ეს შეხედულებები დროთა განმავლობაში იცვლება. მაგრამ პირველი შეგრძნება, პირველი გამოცდილება, პირველი "სწავლება"- ძალიან მნიშვნელოვანია.

გარკვეული თეორიებისა და შეხედულებების მიხედვით "რელიგიურობა", "პატრიოტიზმი" და 'მორალი" ფსიქიკის ფუნდამენტური, ფაქტორებია. ამ კატეგორიების ფლობა, ამ კატეგორიებით აზროვნება, დამახასიათებელია ყველა კულტურისათვის – იქნება ეს უმაღლესი ცივილიზაცია თუ პრიმიტიული განვითარების ტომები (თუნდაც

ის ფაქტი, რომ ბოლო ხანებში ამაზონის ჯუნგლებში აღმოჩენილ ტომები, რომელთაც არავითარი კავშირი არა აქვთ ცივილიზირებულ სამყაროსთან, აზროვნებენ ამგვარი კატეგორიებით, ადასტურებს ამ შეხედულებას). მაგრამ ამ ფაქტორთა გამოვლენის თავისებურება და გამოვლენის თავისებურების შედეგი შეიძლება, იყოს დიამეტრალურად განსხვავებული. ეს განპირობებულია ერთი მხრივ, ი ისტორიული მეხსიერებით, რომელიც ინდივიდს (თუ ინდივიდთა ორგანიზებულ ჯგუფს, საზოგადოებას) გააჩნია და მეორე მხრივ – იმ სოციალურ ფაქტორებით, რომლებიც გავლენას ახდენს ინდივიდის განვითარებაზე.

ყველა ეს ფაქტორი უაღრესად მნიშვნელოვანია პიროვნების ხასიათის, მისი ქცევის და ქცევის შედეგებისათვის და ამდენად მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ ინდივიდისათვის, არამედ ი გარემოსათვის, იმ საზოგადოებისათვის, სადაც პიროვნებას უხდება არსებობა. თუ ოჯახში (ან საზოგადოებაში) რელიგიურობის განცდა მაღალია, მაშინ ბავშვს, მისთვის გასაგებ ენაზე, ალბათ უნდა ავუხსნათ რას ნიშნავს ღმერთის ცნება, რას გვასწავლის და გვავალდებულებს რწმენა და ა.შ. თუმცა, ეს არ არის იოლი რადგან ამ პერიოდში მიწოდებულმა, ამ სახის, ინფორმაციამ მისი შინაარსისა და მიწოდების ფორმის მიხედვით, შეიძლება მნიშვნელოვნად განსაზღვროს ბავშვის შემდგომი ცხოვრება. ამიტომ, ალბათ, უმჯობესია, რომ შემოვისაზღვროთ ისეთი ზოგადი ცნებებით, რომ "ღმერთი არის სიყვარული" ან "ღმერთი არის კეთილი ძალა, რომელიც ბოროტებისაგან გვიცავს და არ გვაძლევს ცუდი საქციელის ჩადენის უფლებას". რომ ღმერთს ერთნაირად უყვარს ყველა. რომ "მკვლელობა, ქურდობა, სიცრუე არის ბოროტება" და ა.შ. ეს პოსტულატები საერთოა ყველა რელიგიისათვის და ნების მიერი რელიგიური სწავლების დროს, მას ალტერნატივა არ გააჩნია. შემდგომში, განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე, ბავშვი სხვა და სხვა წყაროდან იღებს ინფორმაციას რელიგიის შესახებ, რის შემდეგაც მას საბოლოოდ უყალიბდება თავისი დამოკიდებულება ამ საკითხის ირგვლივ. მაგრამ, როგორც აღვნიშნეთ, არის მოსაზრება, რომ ზოგადი დამოკიდებულება რელიგიის მიმართ განისაზღვრება II რიგის (ფუნდამენტალური) ფაქტორით. თუ, რამდენად ღრმაა ეს გრძნობა – ეს დეტერმინირებული ფაქტორის ზემოქმედებაზეა დამოკიდებული, რა სახით განვითარდება იგი და რა გამოხატულებას ჰპოვებს

პიროვნების ქცევაში – ეს დამოკიდებულია აღზრდად, გარემო ფაქტორებზე – ოჯახზე, საზოგადოებაზე და ა.შ. და დღეს, როდესაც საზოგადოებაში, ერთი მხრივ, სერიოზულად იგრძნობა მორალის დეფიციტი, ხოლო მეორე მხრივ, მთელ მსოფლიოში სერიოზულ საფრთხეს ქმნის რელიგიური ფუნდამენტალიზმი და ექსტრემიზმი, სწორი რელიგიური გრძნობების აღზრდა უაღრესად მნიშვნელოვანი ამოცანაა. ამასთან აუცილებლად უნდა გვახსოვდეს, რომ რელიგიურ თემებზე საუბარი და საერთოდ რელიგიური განათლება, დადებით შედეგს მხოლოდ იმ შემთხვევაში გამოიღებს, თუ ამ საკითხებზე ბავშვს თავადაც განათლებული ადამიანი ესაუბრება და შემდგომში, ბავშვიც, შესაბამის, ზოგად განათლებას იღებს. რადგან, როგორც იაკობ გოგებაშვილი წერდა: **"სარწმუნოება, მოკლებული განათლებას, ხშირად იქცევა ვიწრო ფანატიზმად, ან აღმერთებს გარეგანს, დროებით ფორმებს ეკლესიისას და ივიწყებს შინაგანს მხარეს, ცხოველმყოფელს, ზნეობრივ პრინციპებს, დედააზრებს სარწმუნოებისას".**

ამავე ასაკობრივი პერიოდან ბავშვის ცნობიერებაში ჩნდება ისეთი კატეგორია, როგორიც არის სამშობლო, პატრიოტიზმი და მასთან დაკავშირებული საკითხები – ეროვნულობა, ეთნიკური კუთვნილება და ამის შესაბამისად – თანამემამულე და უცხოელი. ბუნებრივია, რომ ამ პერიოდში ბავშვს კარგად არა აქვს გათვიცნობიერებული ამ ცნებებისა და კატეგორიების მნიშვნელობა. მაგრამ მათი ჩანასახები უდავოდ არსებობს და როგორ და რა მიმართულებით განვითარდება იგი, ეს ჩვენზეა დამოკიდებული. საკუთარ საცხოვრისთან, საკუთარ ქვეყანასთან და საკუთარ ეთნიკურ კუთვნილებასთან დამოკიდებულება, ზოგიერთი ფსიქოლოგიური სკოლის მოსაზრებით, ფსიქიკის ფუნდამენტური ფაქტორებითაა განპირობებული და ფართო დიაპაზონში შეიძლება მერყეობდეს – ღრმა კარჩაკეტილობიდან და შოვინიზმიდან, "მსოფლიო მოქალაქეობის" შეგრძნებამდე, რაც უკვე, "აღზრდადი ფაქტორების" თავისებურებასა და სიძლიერეზეცაა დამოკიდებული.

ცნება "პატრიოტიზმი" სხვადასხვა ეპოქაში და სხვადასხვა კულტურაში (როგორც სახელმწიფოსა და საზოგადოების ისე ოჯახის პირობებში), შეიძლება განსხვავებულად იყოს აღქმული და გამოიყენებოდეს, როგორც იდეოლოგიური მექანიზმი, ამ სიტყვის

საუკეთესო გაგებით, ისე ადამიანთა მანიპულირების მიზნით ამიტომ, პირველ რიგში, უნდა ვაცნობიერებდეთ – რას ვგულისხმობთ "პატრიოტიზმის" ცნებაში და რა მიზნით და რა ფორმით უნდა გავაძლიეროთ თუ შევასუსტოთ და "აღვზარდოთ" მისი ზემოქმედება ბავშვზე.

ზოგადად, სიტყვა "პატრიოტი" სამშობლოს მოყვარულს ნიშნავს, ამდენად, საზოგადოდ, შეუძებელია ამ გრძნობის მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულება არსებობდეს. თუმცა, რადგანაც, ზოგ შემთხვევაში, პატრიოტულ გრძნობებს იყენებენ "სხვების" ანუ, "უცხოთა" მიმართ მტრული დამოკიდებულების და საკუთარი უპირატესობის გამოსახატავად თუ მოსაპოვებლად, გარკვეულ შემთხვევებში, ამ სიტყვამ (და შესაბამისად ამ ცნებამ) დევალვაცია განიცადა და ნეგატიური შტრიხებიც შეიძინა. დღეს, ამის მაგალითები ბევრია და ალბათ ყველას მოგვისმენია, რომ სიტყვა "პატრიოტი" შეიძლება შეზღუდულობის, კარჩაკეტილობის, აგრესიულობის და "უცხოთა" მიმართ მტრული დამოკიდებულების კონტექსტშიც განიხილებოდეს. ეს პროცესი ახლა არ დაწყებულა, თუმცა დღევანდელ დღეს – გლობალიზაციის ეპოქაში, იგი უფრო გამძაფრებულია. ამიტომ, ამ საკითხის შესახებ მრავალი საპირისპირო მოსაზრება არსებობს, რომელთა განხილვა ძალიან დიდ დროს წაიღებდა. ამ მხრივ, მე გავიხსენებ მხოლოდ ვაჟა ფშაველას პუბლიცისტურ ნაშრომს "პატრიოტიზმი და კოსმოპოლიტიზმი", რომელიც, ჩემი აზრით, ამომწურავად პასუხობს ამ მიმართულებით დასმულ ყველა კითხვას.

ვაჟა ფშაველას მიაჩნია, რომ ადამიანი შეუძლებელია იყოს ჭეშმარიტი პატრიოტი, თუ იგი პატივს არ სცემს სხვის ("უცხოს") უფლებებს, კულტურას, გრძნობებს. მაგრამ ადამიანი ვერავითარ შემთხვევაში გულწრფელად ვერ შეიყვარებს და ვერ გაუგებს უცხო საზოგადოებას, კულტურას, გარემოს და პატივს ვერ სცემს მას, თუ არ უყვარს და პატივს არ სცემს თავის ქვეყანას, თავისი ქვეყნის კულტურას, თავის ისტორიას. ამიტომ, დაპირისპირება ჭეშმარიტ "პატრიოტიზმსა" და "ხვათა" უფლებების პატივისცემას შორის, ვაჟა ფშაველას ხელოვნურად შექმნილად მიაჩნია. ვფიქრობ, რომ გენიალური პოეტის ეს განმარტება ამომწურავად გამოხატავს მოვლენის არსს.

ამ საკითხზე ყურადღების განსაკუთრებული გამახვილება გამოწვეულია იმით, რომ ადამიანის დამოკიდებულება თავისი

სამშობლოს მიმართ ძალიან მჭიდროდ არის დაკავშირებული ოჯახთან, საზოგადოებასთან და საერთოდ გარე სამყაროსთან მის დამოკიდებულებაზე. ეს ურთიერთობები ასევე მჭიდროდ უკავშირდება სხვისი უფლებების პატივისცემას და ტოლერანტობას, რაც თანამედროვე საზოგადოების განვითარების ძირითადი ქვაკუთხედია.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ფიქრობენ, რომ პატრიოტიზმის შეგრძნება II რიგის, ფუნდამენტურ ფაქტორებს მიეკუთვნება. რა მიმართულებით განვითარდება ეს შეგრძნება და რა გამოხატულებას ჰპოვებს იგი პიროვნების ქცევაში – ეს "აღზრდად" ფაქტორებზეა დამოკიდებული. ამიტომ, ამ პროცესში განუზომლად დიდია ოჯახისა და შემდეგ მთელი საზოგადოების (განსაკუთრებით სკოლის) როლი. ბუნებრივია 6 წლამდე ასაკის ბავშვისათვის შეუძლებელია იმის სრულყოფილი ახსნა – რა არის სამშობლო, რატომ უნდა გვიყვარდეს ის და რა სახის მოვლა და დაცვა სჭირდება მას. მაგრამ ამ ასაკში სრულიად შესაძლებელია, მარტივი და გასაგები ფორმით გაუმბოთ ბავშვს საინტერესო ისტორიები ქვეყნის წარსულიდან; დავათვალიერებინოთ საინტერესო ისტორიული ადგილები, გავაცნოთ ისტორიულ პიროვნებათა საქმეები და ბიოგრაფიები. ამასთან, ეს ყველაფერი უნდა გაკეთდეს "სხვათა" პატივისცემისა და ხაზგასმული ტოლერანტობის კონტექსტში. ამ მიმართულებით საუბრის წარმოების საშუალებას, საქართველოს ისტორია და ქართული მხატვრული ლიტერატურა ნამდვილად იძლევა. მაგალითების ჩამოთვლა ალბათ საკმაოდ შორს წაგვიყვანს, თუმცა ერთ გამორჩეულ მაგალითად მაინც დავასახელებდი ილია ჭავჭავაძის "საახალწლო მოთხრობების" გმირს – ნიკოლოზ გოშტაშაბიშვილს: ბრძოლა თავისუფლებისათვის, თავგანწირვა საკუთარი ქვეყნისათვის და ამავე დროს – მოსისხლე მტრის პიროვნული თვისებების დაფასება და შემწყნარებლობა, ვფიქრობ ის მაგალითია, რომლის გაცნობა და ახსნა თუნდაც 6 წლის ასაკის ბავშვისათვის სირთულეს არ უნდა წარმოადგენდეს. არანაკლებ მნიშვნელოვანი ნაწარმოებია იაკობ გოგებაშვილის "იავნანამ რა ქნა", სადაც შესანიშნავადაა ნაჩვენები დედაშვილობის, დედა ენის, და მასთან დაკავშირებული ბავშვობის შთაბეჭდილებების – დედის სიმღერის – "იავნანას", როგორც საკუთარი ქვეყნის, საკუთარი ძირების და მასთან ერთიანობის შეგრძნების, მყარად ფიქსირებული განცდის, მნიშვნელობა.

2 – 3 წლის ასაკიდან ბავშვს უჩნდება "კარგისა და ცუდის (მორალურისა და ამორალურის) განცდისა და გარჩევის შეგრძნება. **უჩნდება ემპათიის – სხვისი ტკივილის განცდის შეგრძნება,** რა ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორია შემდგომში პიროვნების მორალური ხასიათის, მორალური ქცევის ჩამოყალიბებისათვის. ამ პროცესში, ოჯახის როლი განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია. მაგრამ, ალბათ, არც ერთი სხვა თვისების ფორმირებაში არ არის "აღზრდადი ფაქტორის" პირადი მაგალითით განმტკიცების როლი ისე მნიშვნელოვანი და ეფექტიანი, როგორც მორალური აზროვნების, მორალური პრინციპების ფიქსირების, მორალური ქცევის ჩამოყალიბებაში. თქვენ, ვერავითარ შემთხვევაში ვერ შესძლებთ დაარწმუნოთ ბავშვი, რომ არ იცრუოს, თუ ის ხედავს, რომ თავად ცრუობთ ხოლმე. ბავშვი ვერ იქნება გულისხმიერი და თქვენი ან სხვისი ტკივილის გამზიარებელი, თუ ის, ვერ ხედავს ასეთ თვისებებს თქვენში და ასეთი სახის ყველა შეგონება, ყველა თეორიული სწავლება უფასურდება თუ იგი პირადი მაგალითებით არ არის განმტკიცებული.

შემდგომი, ძალიან მნიშვნელოვანი ასაკი, ბავშვის განვითარებაში არის უმცროსი სასკოლო პერიოდი – 6 – 12 წლის ასაკი. ამ პერიოდში მნიშვნელოვნად იცვლება ბავშვის ირგვლივ არსებული სოციალური ფონი, რომელიც სკოლით (თანატოლები, პედაგოგები) და მეზობლებითაა წარმოდგენილი და მშობლებთან ერთად მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ მისი ფსიქიკის ფორმირებაზე. ფსიქიკაში იხსნება ახალი – ფაქტორი – "კომპეტენტურობის გრძნობა" და ჩნდება შედეგი – „ინტელექტუალური განვითარება". მნიშვნელოვნად იზრდება ინფორმაციის ნაკადი, რომელსაც ბავშვი სხვადასხვა წყაროდან იღებს. იწყება შეხედულებათა გადაფასება და ჩნდება ახალი ავტორიტეტები. თუ ამდენ ხანს, მშობლები, პრაქტიკულად ერთადერთი და უცვლელ ავტორიტეტებს წარმოადგენდნენ, ამ პერიოდში, ყოველ შემთხვევაში დასაწყისში მაინც, ამ მხრივ მნიშვნელოვან ადგილს იჭერს პედაგოგი. სერიოზული გავლენა აქვს თანატოლებსაც და მათი გავლენა თან და თან იზრდება. "ინტელექტუალური განვითარება" დამოკიდებულია, როგორც მიღებულ თეორიულ ცოდნაზე, ისე პრაქტიკულ გამოცდილებაზე, პრაქტიკულ მაგალითებზე. ორივე პროცესში ძალიან მნიშვნელოვანია სკოლისა და პედაგოგების როლი. მათი გავლენით ძლიერდება და უფრო მყარი ხდება წინა წლებში ფორმირებულ ისეთ ფაქტორთა ზეგავლენა, როგორიცაა "ნდობა

სამყაროს მიმართ", "დამოუკიდებლობა" და "ინიციატივა" და მათი გავლენით ფორმირებული "პროგრესული განვითარების შედეგები" – "ენერგია", "სიხარული", "დამოუკიდებლობა" და "მიზანდასახულობა" ან ხდება პირიქით და მიმდინარეობს ამ თვისებათა შესუსტება და ფიქსირდება საწინააღმდეგო განცდები. ყველა ის განცდები და შეგრძნებები, რომლებიც აქამდე ჩანასახოვანი ფორმით არსებობდა მაგ. ემპათიის განცდა, მორალურობის შეგრძნება, სამართლიანობა, რელიგიურობა, პატრიოტიზმი, გარე სამყაროს გავლენის შედეგად უფრო მყარდება და თანდათან სრულყოფილი ხდება ან პირიქით – სუსტდება და ფერმკრთალდება.

მიუხედავად იმისა, რომ ამ პერიოდში შეიძლება გარკვეულად შესუსტდეს ოჯახის ავტორიტეტი და გავლენა, მშობლების როლი მაინც ძალიან მნიშვნელოვანია. მე-20 საუკუნის მეორე ნახევარი და 21-ე საუკუნის დასაწყისი არნახული ტექნოლოგიური პროგრესითა და ურბანიზაციით ხასიათდება. ამ პროცესებს, დადებითის გარდა, უარყოფითი მხარეებიც ახასიათებს. ოჯახში შეიცვალა ქალის როლი და მას, ხშირ შემთხვევაში, გარდა ტრადიციული მოვალეობებისა, "ოჯახის მარჩენალის" ფუნქციაც დაეკისრა. ამიტომ დედა იძულებულია, სულ უფრო ნაკლები დრო გაატაროს შვილებთან. ადამიანები, უფრო მეტად არიან დაკავებულნი თავიანთი სამსახურებით და სულ უფრო და უფრო ნაკლები დრო რჩებათ ოჯახის წევრებთან და მათ შორის შვილებთან ურთიერთობისათვის. ახალგაზრდა (რეპროდუქციის ასაკში მყოფი) ოჯახები ირჩევენ მშობლების გარეშე ცხოვრებას. ამის გამო დაირღვა მრავალწევრიანი ოჯახებისა და სხვა და სხვა

გერმანიის ერთიანი სახელმწიფოს შემქმნელი, ფონ ოტო ბისმარკი ამბობდა: ომს იგებს არა გენერალი, არამედ სოფლის პედაგოგიო.

ანუ, მას მიაჩნდა, რომ ადამიანის ფსიქიკის და განსაკუთრებით იდეოლოგიის და პატრიოტული გრძნობების აღზრდაში გადამწყვეტი პერიოდი არის ბავშვობა და მასზე მნიშვნელოვანი ზეგავლენის მქონე სუბიექტი კი – პედაგოგი.

ობის ოჯახის წევრების თანაცხოვრების მრავალსაუკუნოვანი ტრადიციები, სადაც, როგორც წესი, ბავშვებზე, მშობლებთან ერთად, ბებიები და ბაბუებიც ზრუნავდნენ. ამიტომ, დედა, ხშირ შემთხვევაში,

ჩაანაცვლა ძიძამ, რომელიც შეიძლება ძალიან კარგად ასრულებდე
თავის ძირითად მოვალეობას – ბავშვის მოვლას. მაგრამ ვერავითარ
შემთხვევაში ვერ შეცვლის დედის როლსა და მნიშვნელობას, ბავშვი
მიმართ სიყვარულის, თანადგომისა და თანაგრძნობის გამოხატვი
პროცესში. გაჩნდა დედის სიახლოვისა და ალერსის დეფიციტი
რაც მნიშვნელოვან ბზარს აჩენს ბავშვის ფსიქიკის განვითარებაში
ხასიათის ფორმირებაში. ბავშვები მიჯაჭვულნი არიან კომპიუტერებს
ტელეფონებს, ტელევიზორებს და საბოლოოდ, თვითონაც უქრებად
მშობლებთან ურთიერთობის სურვილი. ეს კი გაუცხოების დ
ფსიქიკური ტრავმების განვითარების საფუძველი ხდება.

მე-20 საუკუნის 80-იან წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში
ჩაატარეს სასკოლო ასაკის ბავშვების გამოკითხვა და გამოირკვა
რომ მათი გარკვეული ნაწილისათვის ინტერესისა და სიყვარულის
ობიექტი, პირველ რიგში, კომპიუტერი იყო და დედა ამ რიგში, მე-4 თ
მე-5 ადგილს იკავებდა. ეს მდგომარეობა ამერიკელი ფსიქოლოგების
სერიოზული შეშფოთების მიზეზი გახდა. ცოტა ხნის წინ, სოციალურ
ქსელში წავიკითხე პოსტი, სადაც ავტორი ნახევრად ხუმრობით
წერდა, რომ კვირა დღეს, სახლში, არ ჰქონდა დენი, **ვერ ისარგებლ
ინტერნეტით** და ამის გამო, მთელი დღე ოჯახის წევრებთან
ურთიერთობაში გაატარა და **"არ ყოფილან ცუდი ხალხიო"** – ასკვნიდა
სამწუხაროდ ამ ხუმრობაში არის სიმართლის დიდი წილი და ფაქტია
რომ ჩვენც, ბევრი სხვა და სხვა და ხშირად, ჩვენგან დამოუკიდებელ
მიზეზების გამო, სულ უფრო და უფრო ნაკლებ დროს ვუთმობთ
შვილებთან და ზოგადად, ოჯახის წევრებთან ურთიერთობას. **არა დ
ყველა ასაკში, ბავშვისათვის, ეს ურთიერთობები უმნიშვნელოვანესია
და სწორედ ოჯახური სითბოს, თანადგომისა და სიყვარულის
დეფიციტი არის ის ფაქტორი, რომელიც შემდგომში ასოციალურ
ქცევის საფუძველი ხდება.**

12 – 20 წლის ასაკობრივი პერიოდი ცნობილია უფროსი სასკოლო
ასაკის (12 – 18 წელი) ან ყრმობის პერიოდის სახელწოდებით. ეს
პერიოდი მნიშვნელოვანი ფიზიკური და ფსიქიკური ცვლილებებით
ხასიათდება და ითვლება, რომ იგი მნიშვნელოვანი კრიტიკული
პერიოდია ადამიანის განვითარების პროცესში. ფიზიკურ ასპექტში,
ეს არის სწრაფი და ინტენსიური ზრდის პერიოდი. ინტენსიურ
ფუნქციონირებას იწყებენ შინაგანი სეკრეციის (განსაკუთრებით
სასქესო) ჯირკვლები, რასაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს

მოზარდის მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებისა და გარეგნობის
ფორმირებისათვის. ყველა ეს ბიოლოგიური პროცესი მნიშვნელოვან
გავლენას ახდენს ფსიქიკის განვითარებაზე, ხასიათის გამოვლენაზე,
სურვილებისა და მისწრაფებების გენერაციაზე და შესაბამისი
ქცევის ტიპზე. **ჩნდება ინტერესი და მიზიდულობის შეგრძნება
საპირისპირო სქესის მიმართ. ცვლილებები საკუთარ გარეგნობაში და**



**შინაგან სამყაროში, ზოგჯერ, იწვევს შიშს, გაურკვევლობის განცდას
და წარუმატებლობის შეგრძნებას.**

სოციალური ფაქტორებიდან, რომლებიც მნიშვნელოვანია პიროვ-
ნების ხასიათის ფორმირებისათვის, ამ პერიოდში პრიორიტეტულია
თანატოლების საზოგადოების როლი. უპირველესი ავტორიტეტი
მოზარდისათვის არის თანატოლების საზოგადოება. ბავშვი ეჭვით და
ზოგჯერ მტრულადაც კი უყურებს იმ ავტორიტეტებს, რომელთაც
აქამდე დიდი გავლენა ჰქონდათ მასზე (ოჯახის წევრები, პედაგოგები).
ხდება შეხედულებათა გადაფასება და ეჭვები ჩნდება ყველაფერი იმის
მიმართ, რაც ადრე, შეიძლება, ურყევ ჭეშმარიტებად მიაჩნდა. ძლიერ-
დება ისეთი "ფაქტორების" როლი ,, როგორიცაა "თვითდამკვიდრების
სურვილი და საკუთარი თავის რწმენა". "თვითგაურკვევლობა, ეჭვები".
ბავშვი ცდილობს, მიხვდეს – რა არის არსებობის აზრი ? როგორია
მისი როლი ოჯახში, საზოგადოებაში და საერთოდ სამყაროში ? იგი
დაბნეულია. ხედავს გარკვეულ შეუსაბამობას რეალობასა და აქამდე,
ოჯახში თუ სკოლაში შეთვისებულ ზოგიერთ ფასეულობას შორის და
ცდილობს დამოუკიდებლად გაერკვეს ვითარებაში. ხდება ეჭვიანი
და აგრესიული. ყველა მცდელობა – ურჩიო რაიმე, დაარწმუნო თავის
შეცდომაში – აღიქმება მტრულად და იშვიათად იძლევა შედეგს.

მეორე მხრივ, ეს არის პერიოდი, როდესაც ჩნდება და განსაკუთ
რებით მძაფრდება რომანტიკული გრძნობები და განცდები: მეგო
ბრობა, სიყვარული, და ჩნდება ერთგულების შეგრძნება და ა
გრძნობის მიმართ განსაკუთრებული პასუხისმგებლობა. ეს, "ერთგუ
ლების" შეგრძნება განსაკუთრებით მძაფრია სამეგობროს მიმართ
გამძაფრებულია თავმოყვარეობის განცდა და ამ გრძნობის შელახვი
შეგრძნებამ, შეიძლება არა ადეკვატურად მძაფრი რეაქცია
გამოიწვიოს.

ამავდროულად, ჩნდება და ძლიერდება ინტერესი ხელოვნების
სპორტის, ლიტერატურის, პოლიტიკის მიმართ და იწყება ინდივი
დუალურ შესაძლებლობათა გამოვლენის პროცესები ამ მიმართუ
ლებით. მოზარდი ცდილობს საკუთარი ადგილის დამკვიდრება
საზოგადოებაში და განსაკუთრებით თანატოლთა შორის, რისთვისაც
არ ზოგავს თავის, როგორც ფიზიკურ, ისე ინტელექტუალურ შე
საძლებლობებს. ეს მცდელობა, ზოგჯერ პირველობისათვის ბრძო
ლის ფორმას იღებს და ხშირად მძაფრი კონფლიქტების მიზეზ
ხდება. ამავდროულად, ხშირია კონფლიქტები ოჯახში – მშობლებ
თან, რომელთაც "არ ესმით მისი" და "ვერ სწვდებიან" მისი მისწრა
ფებებისა და სურვილების არსს. ამ პერიოდში იზრდება ფსიქიკურ
პათოლოგიების გამოვლენის და სუიციდის მცდელობების სიხშირე.

დიახ. ზოგადად, ეს არის ძალიან რთული პერიოდი. თუმცა იგ
სხვადასხვა სიმძაფრითა და თავისებურებითაა გამოხატული თითოეულ
ინდივიდში. ეს არის რთული პერიოდი, როგორც თავად ბავშვისთვის
ისე, შეიძლება უფრო მეტადაც კი, მისი მშობლებისთვის. და სწორედ
ამ დროს არის აუცილებელი მშობლების მაქსიმალური მობილიზება
და მოთმინებით აღჭურვა.

ამერიკელი ფსიქოლოგი ლე შანი, რომელსაც ყველა ამერიკელ
ბავშვის ბებიას ეძახიან, წერს: როდესაც ჩემი თინეიჯერი ქალიშვი
ლის ოთახში შევდიოდი და იქ უწესრიდოდ დაყრილ ტანსაცმელს
წიგნებსა და სხვადასხვა ნივთს ვხედავდი, როდესაც ვუყურებდი
როგორ იცვამდა ის, რა მუსიკას უსმენდა, როგორ მეტყველებდა, ვის
თან მეგობრობდა და საერთოდ, როგორ იქცეოდა, შიში მიპყრობდა
რომ მისგან კრიმინალი გამოვიდიდა. თუმცა, ის, დღეს, სერიოზულ
ადამიანი, პატივცემული და დაფასებული იურისტია და უკვე ღიმი
ლით ვიხსენებ იმ რთულ წლებსო.

ასე რომ, როგორც ვხედავთ, ბავშვის განვითარების სხვადასხვა
ეტაპი განსხვავებული თავისებურებითა და სირთულეებით ხასიათ
დება, და შესაბამისად, განსხვავებულ მიდგომას მოითხოვს. განვი
თარების სხვადასხვა ეტაპზე ბავშვს უნდა შევუქმნათ სწორედ ამ
პერიოდისათვის, ამ ეტაპისათვის საჭირო პირობები და გარემო,
რათა ფსიქო-ფიზიკური განვითარების მთელი ციკლი სწორად და
ჰარმონიულად წარიმართოს. ერთ მხრივ თანდაყოლილი, გენეტიკური
და მეორე მხრივ გარემო ("აღზრდადი") ფაქტორები არის იმ
მიზეზთა ერთობლიობა, რომელთა გავლენითაც ადამიანი, როგორც
ბიოლოგიური არსება, სოციალურ არსებად ყალიბდება. ამ პროცესის
რომელიმე რგოლის დარღვევა კი შეიძლება ასოციალური ქცევის
მქონე ინდივიდის ფორმირების მიზეზი გახდეს.

იმის საილუსტრაციოდ, რომ ბავშვის განვითარების რომელიმე ეტაპზე წარმოქმნილი სოციალურ ურთიერთობათა დეფიციტი (რაც გულისხმება ცხოვრების პირობები, ეკონომიკური მდგომარეობა,



ურთიერთობა თანატოლებთან, მშობლებთან, თამაშის, სწავლის და ინტელექტის განვითარების შესაძლებლობები), შეიძლება ასოციალური ქცევის (და შესაბამისად კრიმინალის) მიზეზი გახდეს, მე-20 საუკუნის 70-იან წლებში, ამერიკელმა ფსიქოლოგებმა ასეთი ცდა ჩაატარეს: ასოციალური ქცევის მქონე ახალგაზრდების ჯგუფი (რა თქმა უნდა ნებაყოფლობით) მოათავსეს კომფორტულ საცხოვრებელ პირობებში, სადაც ყველა პირობა იყო შექმნილი 1 დან 18 წლამდე ასაკის ბავშვების ცხოვრებისა და განვითარებისათვის.

დიდ დარბაზში იდგა პატარა საწოლებიც, ეწყო ახალშობილთა საფენები, საწოვარები, ბოთლები ჩვილ ბავშვთა საკვებით. აქვე იყო სხვადასხვა საქანელები და მრავალი სახის სათამაშო ყველა ასაკის ბავშვისათვის. დაკვირვების ქვეშ მყოფ ახალგაზრდებს შეეძლოთ

ეცხოვრათ აქ და მოქცეულიყვნენ ისე, როგორც მოეწონებოდათ
ბუნერივია, ეს ყველაფერი საკმაოდ უჩვეულო შთაბეჭდილება
ტოვებდა და ცდის ობიექტები გარკვეული ეჭვითა და მტრულ
დამოკიდებულებით შეხვდნენ ამგვარ გარემოს. თუმცა, ძალიან მალე
ისინი ჩაერთვნენ თამაშში და **ინტენსიურად დაიწყეს შეთავაზებულ**
ნივთების გამოყენება: წვებოდნენ პატარა საწოლებში, იყენებდნე
საწოვარებს და მიირთმევდნენ ჩვილ ბავშვთა საკვებს, თამაშობდნე
საქანელებით, ბურთებით, ფერადი კუბებით, ხატავდნენ და ა.შ. ანუ
ცდილობდნენ აენაზღაურებინათ ის დანაკლისი, რასაც ისინი ქვე
ცნობიერად განიცდიდნენ. დაკვირებიდან რამდენიმე კვირის შემდეგ
ფსიქოლოგებმა დაადგინეს, რომ ახალგაზრდებში მნიშვნელოვნად
შემცირდა დაძაბულობისა და აგრესიის დონე.

ეს ცდა და მის შედეგები, ძალიან მნიშვნელოვანი დასტური
იმისა, რომ ბავშვის განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე არსებულ
სოციალური გარემო, ურთიერთობების თავისებურება და განვითარე
ბისათვის საჭირო ფაქტორთა დეფიციტი, შემდგომში ასოციალურ
ქცევის მიზეზი შეიძლება გახდეს და შექმნას სერიოზული პრობლემ
საზოგადოების უსაფრთხოებისათვის.

იგივე შეიძლება ითქვს, ბავშვის ირგვლივ არსებული ცივი დ
უსიყვარულო გარემოს შესახებ. უსიყვარულო გარემოში გაზრდილ
ბავშვს, შემდგომში, თავდაც უჭირს სიყვარულის, თანაგრძნობის
და თანადგომის გამოვლენა. იგი უფრო იოლად ექცევა საზოგადო
ებისათვის სახიფათო ადამიანების გავლენების ქვეშ და თავადაც
უცხო და ზოგჯერ სახიფათო ხდება საზოგადოებისათვის.

სწორედ ამიტომ, თუნდაც მხოლოდ პრაგმატული მიზნით დ
საზოგადოების უსაფრთხოებისათვის, ჰუმანურ და მორალურ მოსა
ზრებებზეც რომ არაფერი ვთქვათ, არა მხოლოდ ოჯახის, არამედ
სახელმწიფოს ვალიცაა შექმნას ყველა პირობა ბავშვების სწორ
განვითარებისათვის, ნორმალურ პირობებში აღზრდისათვის.



თავი II

ბავშვის კვება.

კვება არის ის პროცესი, რომელზე ზრუნვაც ბავშვის დაბადებისთანავე იწყება და რომელიც გადამწყვეტია ბავშვის არა მხოლოფ ფიზიკური, არამედ ნორმალური ფსიქიკური განვითარებისთვისაც.

ამასთან, კვებასთან დაკავშირებული საკითხები არის ალბათ ერთ-ერთი ყველაზე აქტუალური თემა, რომლითაც, თქვენ ხშირად მიმართავთ ექიმს კონსულტაციისათვის. ხშირ შემთხვევაში, ამ პრობლემით გამოწვეული, თქვენი შეშფოთება საფუძვლიანია. თუმცა არც ისეთი შემთხვევებია იშვიათი, როდესაც მშობლების (და უფრო ხშირად ბებიების) წუხილი, ყოველგვარ საფუძველს მოკლებულია და შესანიშნავი ფიზიკური და გონებრივი განვითარების ბავშვის მიმართ ჩნდება ჩივილი, რომ იგი “მთელი დღის განმავლობაში ერთ ლუკმას არ იდებს პირში”.

სხვა თემაა ღორმუცელობა, ჭარბი წონა და მასთან დაკავშირებული პრობლემები. თუმცა, ეს, ბავშვთა ასაკში, უფრო იშვიათი მოვლენაა, ვიდრე უმადობა და ამაზე, მოგვიანებით გვექნება საუბარი.

ბუნებრივია, ბავშვის კვების პროცესზე ყურადღების გამახვილება, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ეს ბავშვი მცირე ასაკისაა, აუცილებელი და საჭიროა. მაგრამ, უნდა იცოდეთ, რომ კვების ეფექტის შესაფასებელი ყველაზე ობიექტური კრიტერიუმი არის არა ის – თუ რამდენი და რა სახის საკვები მიიღო ბავშვმა, არამედი ის – თუ როგორ ვითარდება იგი და როგორია მის ფიზიკური და გონებრივი განვითარების მაჩვენებლები.

> ბავშვის კვების ეფექტურობის ყველაზე ობიექტური მაჩვენებელი არის არა ის, თუ რამდენი და რა სახის საკვებს იღებს ის – არამედ, ის – თუ როგორია მისი ფიზიკური და გონებრივი განვითარება.

საკვების მიღების სურვილი (მადა), სხვა და სხვა საკვების მიმართ დამოკიდებულება (როგორი სახის საკვები მოსწონს) და საკვების მიღებით გამოწვეული გარეგნული ეფექტი (კუნთის განვითარება, ცხიმის დაგროვების თავისებურება), ფართო ფიზიოლოგიურ ფარგლებში მერყეობს. ეს თავისებურებები მკაფიოდ ინდივიდუალურია. საკვების მიმართ განსაკუთრებული მოთხოვნები შედარებით ნაკლებად მჟღავნდება 2 – 4 წლის ასაკამდე და მკაფიოდ იჩენს თავს მომდევნო ასაკობრივ პერიოდებში, როცა გამოკვეთილად ყალიბდება და მჟღავნდება ბავშვის პიროვნული, ინდივიდუალური ფსიქიკური თავისებურებები და შესაბამისი დამოკიდებულება საკვების საგემოვნო და გარეგნული თვისებების მიმართ.

კვებას უდაოდ ახასიათებს გენეტიკური, ეთნიკური, ისტორიული გეოგრაფიული და ოჯახური ტრადიციების გავლენები. ეს თავისებურებები კი, თავის მხრივ, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პიროვნების ფენოტიპის (გარეგნული ფსიქო-ფიზიკური თავისებურებათა) ფორმირებაზე. ამის შესანიშნავი მაგალითია აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოს მკვიდრთა შესამჩნევად გამოკვეთილი გარეგნული და სახასიათო ნიშნები.

დასავლეთ საქართველოში, რომელიც შედარებით ნაკლებად მოსავლიანი მიწებით ხასიათდება, საუკუნეების განმავლობაში ნაკლებად მოიხმარდნენ პურს, ცხიმს და ხორცს, ვიდრე აღმოსავლეთ საქართველოში. სამაგიეროდ, აქ უფრო მეტად მოიხმარებოდა ღომის და სიმინდის კულტურები, სხვა მარცვლოვნები, რძის ნაწარმი და სანელებლები. შედეგად – დასავლეთ საქართველოს ბარის მცხოვრებლები, მეტწილად, ხმელი, წელწვრილი გარეგნობით, ფიცხი დინამიკითა და ხასიათით არიან ცნობილნი. მაშინ, როცა აღმოსავლეთ საქართველოს მკვიდრთათვის ტანსრული გარეგნობა და დინჯი ქცევაა დამახასიათებელი.

საუკუნეების განმავლობაში ჩამოყალიბებულმა ამ ფენოტიპურმა თავისებურებამ, შემდგომში, გენეტიკური საფუძვლებიც შეიძინა. ეს სხვაობა განსაკუთებით თვალშისაცემი იყო მე-20 საუკუნის დასაწყისამდე, როდესაც ადამიანთა მიგრაცია და კონტაქტები შედარებით შეზღუდული იყო. თუმცა, გარკვეული შესამჩნევი სხვაობა დღესაც არსებობს.

საკვების მიმართ დამოკიდებულებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ბავშვის ფსიქიკისა და ნივთიერებათა ცვლის თავისებურება.

მაგ. არსებობენ ბავშთა გარკვეული ტიპები, რომლებიც ცოცხალი აზროვნებით, ათვისების კარგი უნარით, ემოციურობით, ფორმა განცდებით, სიმაღლეში ნორმალური ან ნორმაზე მეტი



მაჩვენებლით და წონაში გარკვეული ჩამორჩენით ხასიათდებიან და ასევე ხასიათდებიან უმადობით და საკვებისადმი გამორჩეული პრეტენზიულობით. მათ ახასიათებთ საკვების შერჩევისადმი გამოკვეთილად ფრთხილი დამოკიდებულება და ზოგადად უმადობა. თუმცა, ჯანმრთელები არიან და ნორმალურადაც ვითარდებიან. მათთვის საკვების დაძალებას, თხოვნას თუ მუქარას, არავითარი აზრი არა აქვს და ეს შეიძლება ანორექსიის (მკვეთრად გამოხატული უმადობის და საკვებზე უარის თქმის) მიზეზიც გახდეს. ამ დროს, მედიკამენტოზური ჩარევაც, პრაქტიკულად, უშედეგოა. ეს იციან გამოცდილმა ექიმებმა და მშობლების ჩივილზე ერთადერთი რჩევა არსებობს - „ნუ დააძალებთ, თვითონ აირჩიოს საკვები, კვების დრო და რაოდენობა. ეცადეთ – კვება მისთვის იყოს არა ვალდებულება და მით უმეტეს, სასჯელი, არამედ სასიამოვნო პროცესი". ასეთი მდგომარეობა, უპირატესად, მოზარდობის (სქესობრივი მომწიფების წინა და მომწიფების პერიოდი) პერიოდისთვისაა დამახასიათებელი. თუმცა შეიძლება გამოვლინდეს მანამდეც და შემდეგაც.

როდესაც ბავშვის უმადობის პრობლემებზე ვლაპარაკობ, ყოველთვის ღიმილით მახსენდება ჩემი პედაგოგის, შესანიშნავი მეცნიერისა და ექიმის, – პროფესორ, **ნოდარ ხერხეულიძის ნაამბობი.**

ბატონი ნოდარი, წლების განმავლობაში, ყოველ ზაფხულს, ოჯახთან ერთად, ბახმაროში ატარებდა. ცნობილი ექიმის ჩასვლა დიდი მოვლენა იყო ბავშვებიანი ადგილობრივი მცხოვრებლებისათვის და მის ეზოში ყოველთვის დედა-შვილების რიგი იდგა. ისიც, რა თქმა უნდა დაუზარებლად აძლევდა მათ შესაბამის რჩევებს.

ერთ ზაფხულსაც, ეზოში მოხუცი ქალი შევიდა ორ შვილიშვილთან ერთად. – ექიმო, შენი ჭირიმე, უნდა მიშველო. დაწყდნენ ეს ბავშვები შიმშილით. მთელი დღე ისე გაივლის, ერთ ლუკმას არ ჩაიდებინებ პირშიო – შეევერდა ქალი ბატონ ნოდარს.

მშვენიერი განვითარების ბავშვები იყვნენო, ცოცხალი, მოძავი, ჯანმრთელი გარეგნობისო, გასინჯვითაც ყველაფერი ნორმაში იყოო და ასეც ვუთხარი ბებიას, მაგრამ ის მაინც მთხოვდა – რამე "მადის მოსაყვანი წამალი" გამომეწერაო – ყვებოდა ბატონი ნოდარი.

მოკლედ, რომ აღარ მოეშვა ეს ქალი, ბატონმა ნოდარმა რაღაც უბრალო წამალი გამოუწერა – რომ არც ავნებს და არც რამე სარგებელს მოუტანს ისეთი, რათა ბებია დაემშვიდებინა და წავიდა თბილისში.

შემდეგ სეზონზე, ბახმაროში ჩასვლისთანავე, დილა ადრიან, ეზოში ის ქალი შესულა, ხელში კალათით და მოსაკითხით: თქვენს ხელებს ვენაცვალე ექიმო, როგორც კი თქვენი გამოწერილი წამალი მივეცი, მაშინვე დაიწყეს ჭამა ჩემმა შვილიშვილებმა და ველარ ვაჩერებდიო. ახლა ისევ მინდა დავალევინო ის წამალი, სახელი დამავიწყდა და იქნებ თავიდან გამომიწეროთო.

– რას ბრძანებთ ქალბატონოო – გადარეულა ბატონი ნოდარი – მაგის დავიწყება როგორ იქნება, ძალიან გთხოვთ გაიხსენოთ, დამტანჯა ჩემი შვილების უმადობამ და იქნებ რამე ვუშველოთო.

ამაზე ორივეს ბევრი უცინია და წასულა ის ქალი ურეცეპტოდ.



ბავშვის კვების წესები. რაოდენობა, კალორიულობა და სიხშირე სხვადასხვა ასაკში.

დაბადებიდან პირველი წლის განმავლობაში ბავშვის ფსიქო-ფიზიკური განვითარების მძაფრი ტემპი (სხეულის მასის 3 ჯერადი და სიმაღლის 2-ჯერადი მატება. ჯერ ჯდომა და შემდეგ ფეხზე დადგომა და ზოგჯერ სიარულის დაწყება. გარემოს აღქმის პროცესის დახვეწა და დანაწევრებული მეტყველების დასაწყისი) განუხრელად არის დაკავშირებული კვების თავისებურებაზე; მიღებული საკვების რაოდენობრივ და თვისობრივ მაჩვენებლებზე, კვების რეჟიმზე, იმ გარემოზე, სადაც ეს პროცესი (კვება) მიმდინარეობს და იმ ფსიქო-ემოციურ ფონზე, რაც ამ პროცესს (კვებას) ახლავს თან.

ამ ასაკში, მოზრდილებთან შედარებით, მეტაბოლიზმის (ნივთიერებათა ცვლის) მაღალი ინტენსიობა, კბილების არ ქონა და საჭმლის მომნელებელი სისტემის ანატომიური და ფუნქციური უმწიფრობა, თავისთავად აყენებს მაღალკალორიული და შესათვისებლად ადვილი საკვები ინგრედიენტების მიღების საჭიროებას.

ისეთი, არა სტანდარტული, მდგომარეობებისათვის, როგორიცაა მაგ. მცირე წონისა და დღენაკლი ბავშვები, რაიმე თანდაყოლილი თუ შეძენილი ქრონიკული ან მწვავედ განვითარებული პათოლოგიები, გარემოს მავნე ფაქტორთა ინტენსიური ზემოქმედება და ა.შ. – კვების ნორმები, ბუნებრივია, იცვლება მდგომარეობის შესაბამისად და კვების თავისებურებას, ასეთ შემთხვევებში, არეგულირებს სპეციალური წესები, რომელიც, აუცილებლად, ექიმის მიერ უნდა იყოს დადგენილი.

რაც უფრო მცირე ასაკისაა ბავშვი, მით მეტია კვებათა სიხშირე დღის განმავლობაში და მით მეტი კალორია უნდა მიიღოს მან, თავისი სხეულის წონასთან შეფარდებით.



0 – 1 წლამდე ასაკის ბავშვები.

ალბათ ყველას შეგიმჩნევიათ, რომ თქვენი შვილის (განსაკუთრებით 1 წლამდე ასაკის ბავშვის) გულისცემისა და სუნთქვის სიხშირე

თითქმის სამჯერ მეტია ზრდასრული ადამიანის ანალოგიურ მაჩვენებლებთან შედარებით. აღნიშნული მოვლენა გამოწვეულია მცირე ასაკის ბავშვებში ნივთიერებათა ცვლის უფრო მაღალ ინტენსიობით, ვიდრე ეს ზრდასრულ ადამიანებშია. ნივთიერებათა ცვლის ასეთი დინამიკა საჭიროა ამ ასაკის ბავშვის ნორმალური განვითარებისათვის და შესაბამისად, საჭიროა, რომ ბავშვმა თავისი სხეულის ზომების შესაბამისად, მიიღოს ბევრად უფრო მეტი ენერგია, ვიდრე ზრდასრულმა ადამიანმა, სხეულის მასის 1.0 კგ.-თა შეფარდებით.

ენერგიის ასეთი მაღალი დონე საჭიროა მიღებული საკვებ ნივთიერებების სწრაფი გარდაქმნისა და ბავშვის სხეულის ქსოვილე ბის უჯრედთა სწრაფი გამრავლებისათვის, რაც, ინტენსიური ზრდა განვითარების საფუძველია.

ბუნებრივია, ეს მდგომარეობა მოითხოვს საკვების განსაკუთრებულ თვისებებს, როგორც თვისობრივი, ისე რაოდენობრივ თვალსაზრისით **ამ მხრივ, საუკეთესო საკვებია დედის რძე, რომელი უნიკალურია თავისი ქიმიური, ბიოლოგიური და ენერგეტიკულ მახასიათებლებით.**

ჯანმრთელი ქალის რძეში ოპტიმალური რაოდენობითაა ცი ლების, ცხიმებისა და ნახშირწყლების ის რაოდენობა და ასევ ოპტიმალურია ამ ინგრედიენტების ურთიერთშეფარდება, რომელი აუცილებელია ახალშობილის საჭმლის მომნელებელი სისტემის მიერ ადვილად მიღების, შეწოვის გადამუშავების და ნივთიერებათა ცვლაში მონაწილეობისათვის. ქალის რძეში ასევე ოპტიმალური რა ოდენობითაა ვიტამინების, მინერალების და მიკროელემენტების ის რაოდენობა, რომელიც ბავშვის განვითარებისათვისაა საჭირო.

დედის რძე უნიკალური და შეუცვლელია ბავშთა კვებაში ფსიქო ლოგიური თვალსაზრისითაც – ანუ იმ ჰარმონიულ ურთიერთობათა დასამკვიდრებლად, რომელიც ძუძუს წოვის პროცესში ყალიბდება დედასა და შვილს შორის და რომელიც მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ადამიანის ფსიქო-ემოციური სფეროს განვითარებას სიცოცხლის მთელი პერიოდის მანძილზე.

მიუხედავად იმისა, რომ დღევანდელ პირობებში შექმნილია ხელოვნური საკვები ნარევები, როლებიც საკვები ინგრედიენტების (ცილა, ცხიმი, ნახშირწყლები, მინერალები და ვიტამინები) პრაქტი კულად დედის რძის ანალოგიურია, იმუნო-ბიოლოგიური და ფსიქო

დედის რძე შეაუცვლელი და უნიკალური საკვები პროდუქტია ჩვილისათვის, როგორც ბიოლოგიური, ისე ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით.

ლოგიური თვალსაზრისით მათი გაიგივება დედის რძესთან (ძუძუთი კვებასთან) მაინც შეუძლებელია.

როგორც ცნობილია, დაბადებისას, ბავშვის იმუნური სისტემა მოუმწიფებელი და სუსტია. ამიტომ, ახალშობილებში, ძალიან სახიფათოა სხვადასხვა სახის ინფექციური დაავადებების განვითარება, რომელთა მიმდინარეობაც ბევრად უფრო მძიმეა, ვიდრე მოზრდილებში. მუცლად ყოფნის პერიოდში, როცა ნაყოფისა და დედის სისხლის მიმოქცევა ერთიანია, დედის სისხლიდან ნაყოფის ორგანიზმში გადადის ანტიინფექციური იმუნიტეტის ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორი – სპეციფიკური ცილის მოლეკულები (IgG). ეს ფაქტორი, დაბადების შემდეგ, პირველი, რამდენიმე თვის განმავლობაში, იცავს ბავშვს სხვადასხვა ინფექციური დაავადებისაგან. იგივე ფაქტორი და ინფექციისაგან დაცვის სხვა კომპონენტები უხვად არის დედის რძეში, რომლების ასევე იცავენ ახალშობილს ინფექციისაგან ძუძუს წოვის მთელი პერიოდის განმავლობაში. ხელოვნური ნარევით კვების შემთხვევაში, ბავშმა შეიძლება მიიღოს საკების სრული მოცულობა, რაც ოპტიმალურია მისი ფიზიკური განვითარებისათვის. **მაგრამ, ამ დროს, იგი ვერ მიიღებს იმუნური დაცვის იმ ფაქტორებს, რომელზეც ზემოთ მოგახსენეთ და ინფექციისაგან დაცვის ხარისხი ვერ იქნება იმ დონის, რასაც ბუნებრივი კვება უზრუნველყოფს.**

უაღრესად მნიშვნელოვანია ის ფსიქო-ემოციური ფონი, რასაც ძუძუთი კვება ქმნის, როგორც დედის ისე ბავშვისათვის. ის ერთიანი სისტემა, რასაც „დედა–ნაყოფი" ეწოდება, 9 თვის განმავლობაში განსაზღვრავს ქალის დედობისათვის მზადების ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ საფუძვლებს, ხოლო ნაყოფისათვის ქმნის განვითარების ოპტიმალურად კომფორტულ პირობებს და ამზადებს მას „დამოუკიდებელი" ცხოვრებისათვის. მშობიარობის შემდეგ, ეს სისტემა, თითქოს, ერთბაშად ირღვევა, რაც სერიოზული სტრესი შეიძლება აღმოჩნდეს, როგორც დედის, ისე ბავშვისათვის. სწორედ ძუძუთი კვება არის ის ფაქტორი, რომელიც მეტ-ნაკლებად ანეიტრალებს ამ სტრესს და ინარჩუნებს დედისა და ნაყოფის

ერთიანობის შეგრძნებას, როგორც ქალში, ისე ახალშობილში. ე
განცდა, რომელიც ახალშობილისათვის ახალ გარემოსთან ადაპტა
ციის უმნიშვნელოვანესი საშუალებაა, საფუძვლად უდევს ადამიანი
ფსიქიკის განვითარებას მთელი მომავალი ცხოვრების მანძილზე
ამ პროცესის დარღვევა კი შესაძლებელია, მომავალში, სხვადასხვ
ნევროზული გამოვლინების საფუძველი გახდეს.

ძუძუთი კვება, არის დედისა და ნაყოფის ერთიანობის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური აღქმის შენარჩუნების და მშობიარობით გამოწვეული სტრესის დაძლევის საუკეთესო საშუალება, როგორც დედის, ისე ახალშობილისათვის.

ჯანმრთელი ჩვილი ბავშვი, 24 საათის განმავლობაში, უნდ
იღებდეს 75 – 100 მლ-ის რაოდენობის წყალს თავის წონის ყველ
კგ.-ზე. (ანუ, თუ მაგალითად ბავშვის წონა არის 4,0 კგ, მან, 2
საათის განმავლობაში უნდა მიიღოს დაახლოებით 300 – 400 მლ
წყალი). ნივთიერებათა ცვლის ინტენსიობის გამო, წყლის დანაკარგი
რომელიც კანის, თირკმლებისა და ფილტვების გზით ხორციელდება
ახალშობილობის და ჩვილობის პერიოდში, საკმაოდ დიდია. ამიტომ
ამ ასაკის ბავშვებში, ადვილად შეიძლება განვითარდეს გაუწყლო
ვანების პროცესი, რაც მნიშვნელოვან საფრთხეს წარმოადგენს
ბავშვის ჯანმრთელობისათვის. აღნიშნული მდგომარეობა (წყლის
კარგვა და გაუწყლოვანება) განსაკუთრებით ინტენსიური და საშიშ
ხდება ძლიერი ოფლიანობისა და დიარეის (ფაღარათი) შემთხვევაში
როდესაც წყალთან ერთად ელექტროლიტებიც (მარილები) იკარგება

ქალის რძესა და თანამედროვე საკვები ნარევების შემადგენლობაში
წყალი თითქმის 90%-ია, რაც სრულიად აკმაყოფილებს ახალშობილის
მოთხოვნილებას წყალზე და აღარ საჭიროებს მის დამატებით
მიწოდებას. ძროხის რძით ან მაწონით კვების შემთხვევაში, საჭირო
წყლის დამატებითი რაოდენობის მიწოდებაც.



ბავშვთა კვების წესები.

კვების პროცესი სასიამოვნო და კომფორტული უნდა იყოს
როგორც ბავშვის ასევე დედისათვის. ცნობილია, რომ პრობლემები
და განწყობა, რომელიც თქვენ გაგაჩნია ბავშვის კვების პროცესში

(იქნება ეს ბუნებრივი თუ საკვები ნარევით კვება) აუცილებლად
აისახება ბავშვზე. ქალებს, რომლებიც არამდგრადი ფსიქიკით გა-
მოირჩევიან, არიან გაღიზიანებული და აგზნებულები, ხშირად აქვთ
ბავშვის კვებასთან დაკავშირებული პრობლემა. ქალის ფსიქიკური
მდგომარეობა, მკაფიოდ აისახება ბუნებრივი კვების პროცესზე –
განსაკუთრებით ლაქტაციის (რძის გამოყოფის) ხარისხზე და რძის
შემადგენლობაზეც კი. ამ პროცესზე, ბუნებრივია, გავლენას ახდენს
ქალის კვებისა და საყოფაცხოვრებო პირობების თავისებურება. საერ-
თოდ, საყოველთაოდაა ცნობილი, რომ ორსულობის პროცესში და
მშობიარობის შემდეგ, ქალის ორგანიზმი მნიშვნელოვან ჰორმონულ
და ფსიქოლოგიურ ძვრებს განიცდის. ყველაფერი ეს, ბუნებრივია,
მოქმედებს მის გუნება-განწყობაზე, გარემოსთან და ოჯახის წევრებ
თან ურთიერთობაზე და ახალშობილთან ურთიერთობაზეც კი.
ამიტომ, მშობიარობის შემდეგ, განსაკუთრებით პირველ დღეებში,
მასთან განსაკუთრებული ურთიერთობაა საჭირო.

ქალი უნდა გრძნობდეს მხარდაჭერას და თანადგომას ოჯახის წევრებისა და განსაკუთრებით მეუღლის მხრიდან. ქალი უნდა გრძნობდეს, რომ იგი არ არის მარტო იმ პრობლემებთან, რომელიც ბავშვის გაზრდას ახლავს თან და რომ, მისი ოჯახის წევრები, და განსაკუთრებით მეუღლე, მის გვერდით არის და, რომ, ოჯახი ერთიანია და ერთადაა პასუხისმგებელი ყველა გადაწყვეტილების მიღებასა და ყველა მოვლენის განვითარებაზე.



განსაკუთრებული უნდა იყოს, ამ პერიოდში, ქალის ცხოვრების წესი, ძილისა და დასვენების რეჟიმი, საკვები რაციონი და ურთიერთობის ფორმები. ყველა ეს ფაქტორი, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს როგორც ლაქტაციაზე და ბავშვის კვების ხარისხზე, ასევე ბავშვთან დამოკიდებულებაზე საერთოდ. ამასთან, უნდა გახსოვდეთ, რომ სწორედ ფსიქოლოგიური ფაქტორები და თანადგომისა და **სიყვარულის განცდა და შეგრძნება, შეიძლება უფრო მნიშვნელოვანიც იყოს, ვიდრე მატერიალური კომფორტი.**

ცნობილი პედიატრი, აკადემკოსი ირაკლი ფაღავა, რომელმაც საბჭოთა პერიოდში, ერთ-ერთმა პირველმა (თუ ერთადერთმა არა) მიაქცია ყურადღება ფსიქიკის ქვეცნობიერი სფეროს მდგომარეობის კავშირს დაავადებათა განვითარების თავისებურებასთან და ამავე კონტექსტში განიხილავდა დედის განწყობასა და ბავშვის განვითარების თავისებურების კავშირებს, იხსენებდა ერთ შემთხვევას როდესაც იგი საკონსულტაციოდ მიიწვიეს ძალიან ცნობილ და მატერიალურად შეძლებულ ოჯახში, სადაც ახლად ნამშობიარებ ახალგაზრდა და ჯანმრთელ ქალს ლაქტაციისა და შესაბამისად ბავშვის კვების პრობლემა ჰქონდა. . .

ქალის საცხოვრებელი პირობები იდეალური იყოო, ქალიცა და ბავშვიც სრულიად ჯანმრთელები იყვნენ. დედამთილი და მამამთილი დედასა და ბავშვს თავს ევლებოდნენო. მაგრამ გვიანი საღამო იყო და ქალის ქმარი კი შინ არ იყოო. როცა ბავშვის გასინჯვა დავამთავრე, ქალს ვკითხე: სადაა გოგნა შენი ქმარი მეთქი? ქალს თვალები ცრემლებით აევსო და მიპასუხა: „აბა რა ვიცი ბატონო ირაკლი, ალბათ სადმე რესტორანში იქნებაო“. მერე, ის ახალგაზრდა კაცი ვნახე კარგად შევახურე და ლაქტაციის პრობლემაც მოიხსნაო – იხსენებდა ბატონი ირაკლი.

სხვათა შორის, ამ თანადგომისა და ოჯახის ერთიანობის გამოხატულებაა ის ტენდენცია, რომელიც, ბოლო პერიოდში, გავრცელდა ჩვენში და რომელიც, რეკომენდაციას აძლევს მამაკაცს – ცოლის მშობიარობას დაესწროს, ანუგეშოს მეუღლე ამ რთულ მდგომარეობაში და თავადაც მაქსიმალურად განიცადოს ის შეგრძნებები, რასაც ქალი განიცდის ამ პერიოდში.

ბავშვის კვება 0 – 6 თვემდე ასაკში.

დღევანდელი შეხედულებებით, ჯანმრთელი ახალშობილის კვება უნდა დავიწყოთ დაბადებიდან რაც შეიძლება სწრაფად **(ადრე მიაჩნდათ, რომ კვება უნდა დაწყებულიყო დაბადებიდან დაახლოებით 4–24 საათის შემდეგ),** რა თქმა უნდა, იმ მდგომარეობის გათვალისწინებით, თუ რამდენადაა ამისათვის მზად დედა და ახალშობილი. დაბადების შემდეგ, ძუძუთი კვების სრაფად დაწყება, სწორედ იმ ბიოლოგიური და ფსიქო-ემოციური ერთიანობის, გარკვეული დონით, შენარჩუნებას ემსახურება, რომელიც დედასა და ბაყოფს შორის 9 თვის განმავლობაში ყალიბდება და გრძელდება და რომელზეც ზემოთ მოგახსენებდით.

დღეისათვის მიღებულია, რომ ჯანმრთელი დედის ჯანმრთელი ახალშობილი ძუძუს მოსაწოვებლად უნდა მივიყვანოთ დაბადებიდან, რაც შეიძლება, ძალიან მალე და არა უგვიანეს 4 საათისა.

ხშირ შემთხვევაში, ბავშვი დედასთან მიჰყავთ მშობიარობის შემდეგ მაშინვე, სამშობიარო ბლოკშივე. იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვის ან დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რაიმე მიზეზის გამო, კითხვებს ბადებს, ძუძუზე მიყვანის საკითხი წყდება ინდივიდუალურად, ექიმის მიერ, შექმნილ მიზეზთა გათვალისწინებით. იმ შემთხვევაში, თუ დაბადებიდან რამდენიმე საათის განმავლობაში, ვერ ხერხდება ბავშვის კვბება, მას აუცილებლად უნდა მივცეთ სხვა სახის სითხე, გაუწყლოვანების თავიდან ასაცილებლად.

საკითხი, რამდენ საათში ერთხელ უნდა მიიღოს ბავშმა საკვები და როგორი უნდა იყოს კვების რეჟიმი – საკამათოა დღემდე. ეს საკითხი მნიშვნელოვნადაა დაკავშირებული ბავშვის ინდივიდუალურ თვისებებთან და საკვების თავისებურებასთან. მაგ. ცნობილია, რომ საკვების მოთხოვნილების შეგრძნების გაჩენა ახალშობილებში დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად სწრაფად მოხდა საკვები მასის გადასვლა კუჭიდან ნაწლავებში, და რა ტემპით ხდება მისი შემდგომი გადამუშავება. დაბადებიდან პირველი კვირეების განმავლობაში (და ნაწილობრივ შემდეგაც) ეს პერიოდი საკმაოდ ინდივიდუალურია და 1 – 4 საათს შორის მერყეობს. ამდენად, საკვების მოთხოვნილებაც და მისი გამოხატვაც ტირილითა და ჭირვეულობით, ინდივიდუალურია. საერთოდ, მიაჩნიათ, რომ უმეტეს შემთხვევაში, ახალშობილის

დედის რძით კვების დროს, კუჭის დაცლა საკვები მასისაგ
ხდება დაახლოებით 3 საათში, ხოლო ხელოვნური ნარევის მიღებ
შემთხვევაში – 4 საათში. ამიტომ, მკვლევართა დიდ ნაწილს მიაჩნ
რომ კვების რეჟიმი მკაცრად რეგლამენტირებული უნდა იყ
დაბადებიდანვე და ბუნებრივი კვების დროს, კვებათა შორის შუალე
უნდა შეადგენდეს 3 საათს დღის განმავლობაში და 6 საათს ღამი
ანუ ახალშობილი, 24 საათის განმავლოვაში, საკვებს უნდა იღებდ
7-ჯერ. ხელოვნური ნარევის მიღების შემთხვევაში, კვებათა შირ
ინტერვალი განისაზღვრებოდა 4 საათით, ხოლო ღამის ინტერვალი
საათით და შესაბამისად, ბავში იმყოფება 6 ჯერად კვებაზე.

ასეთი შეხედულება **ნაკლებად ითვალისწინებდა** ბავშვის ინდივ
დუალურ თავისებურებებს, ინდივიდუალურ მოთხოვნილებებს დ
ემყარებოდა ცნობილ ფსიქოლოგიურ მიმდინარეობას, რომელსა
ბიხევიორიზმი ეწოდება და რომლის შესახებაც წინა თავში გვქონდ
საუბარი. თუმცა აქ მოკლედ შეიძლება ითქვას, რომ ეს შეხედულე
უგულვებელყოფს პიროვნების ინდივიდუალიზმს, მისი განვითარებ
თავისებურებისა და ქცევის სპეციფიკის ჩამოყალიბების პროცესში დ
პრიორიტეტს ანიჭებს იმ გარემოს, რომელშიც ინდივიდი ყალიბდებ

დღეისათვის, ეს შეხედულება, კარდინალურად არის შეცვლილი დ
ახალშობილის კვებაში პრიორიტეტი სწორედ მის ინდივიდუალურ
თავისებურებებს და მოთხოვნილებებს ემყარება. ანუ, დღეისათვი
ითვლება, რომ ახალშობილის კვებისას, უმჯობესია გამოყენებულ
იყოს ე.წ. **„თავისუფალი რეჟიმი“**, ანუ საკვების მიღების საათებ
დაბადებიდან პირველი კვირეების განმავლობაში, არ იყო
რეგლამენტირებული და ბავშვს საკვები მივცეთ მაშინ, როდესაც იგ
მას მოითხოვს **(ანუ ტირის და ჩუმდება საკვების მიღების შემდეგ**
ამგვარი მიდგომით, პირველი 1 თვის განმავლობაში, ბავშვმა, 2
საათში, საკვები შეიძლება მიიღოს 6 – 9-ჯერ და მიღებული საკვები
მოცულობა, შეიძლება მერყეობდეს 70 – 90 მლ-ს შორის. ამ პერიოდში
კვებათა შორის შუალედი შეიძლება არ იყოს თანაბარი და 1 –
საათს შორის იცვლებოდეს. ხშირად, ბავშვი საკვებს ითხოვს ღამი
საათებშიც. შემდგომ პერიოდში, ბავშვი „თვითონვე დაარეგული
რებს“ საკვების მიღების დროსა და რაოდენობას და როგორც წეს
სიცოცხლის მე-2 – მე-3 თვიდან, ყალიბდება მყარი და რეგულარულ
რეჟიმი, რომელიც ოპტიმალურია ამ, კონკრეტული, ინდივიდისათვის

4 – 8 თვის ასაკში, ბავშვთა უმრავლესობა, კარგავს ინტერესს
ღამით კვების მიმართაც. თუმცა, არსებობენ ცალკეული ინდივიდები,
რომელთა კვების რეჟიმი დიდი ხნის განმავლობაში, ინდივიდუალური
რჩება. ამასთან, აუცილებერლია გავახსოვდეს, რომ, რა თქმა უნდა,
არსებობს საკვების რაოდენობისა და კვებათა სიხშირის მეტ-
ნაკლებად მიღებული სტანდარტები. **მაგრამ, ყველა შემთხვევაში,**
კვების ეფექტიანობის შეფასების კრიტერიუმი არის არა ის, თუ
რამდენი საკვები მიიღო ბავშმა და რამდენჯერ მიიღო მან ეს საკვები
24 საათის განმავლობაში, არამედ ის, თუ როგორ მიმდინარეობს ამ
ბავშვის ფიზიკური და ფსიქო-ემოციური განვითარება. ანუ, როგორია
სხეულის მასისა და სიგრძის ნამატი დროის გარკვეულ მონაკვეთში,
როგორ ფუნქციონირებს ორგანიზმის სხვადასხვა სისტემა და
როგორია ბავშვის გონებრივი განვითარება.

კვების “თავისუფალი და ინდივიდუალური რეჟიმისათვის” პრიო-
რიტეტის მინიჭება, ისევე, როგორც ბავშვის აღზრდის პროცესში
თანდაყოლილი, გენეტიკური თვისებების და მიდრეკილებების მაქსიმა-
ური გათვალისწინება, თანამედროვე მეცნიერების სერიოზული
მიღწევაა და იგი მრავალწლიან დაკვირვებებსა და ექსპერიმენტებს
ემყარება. აღნიშნული მიდგომა, პიროვნების თანდაყოლილი და
ინდივიდუალური თვისებების და მიდრეკილებების თავისუფალი
განვითარების საშუალებით, მიზნად ისახავს კომპლექსებისაგან
(და შესაბამისად, შემდგომში, ნევროზებისაგან) თავისუფალი და
ჰარმონიულად განვითარებული პიროვნების ჩამოყალიბებას. ამგვარი
მიდგომა უდევს დღეს საფუძვლად ბავშვთა აღზრდას დასავლეთის
განვითარებულ ქვეყნებში. მაგრამ აუცილებლად მიმაჩნია ავღნიშნო,
რომ ამ მიდგომებსა და შეხედულებებს ავითარებდნენ და იზიარ-
ებდნენ ქართული პედიატრიული სკოლის შემქმნელები, როგორებიც
იყვნენ პროფესორები – **სიმონ გოგიტიძე, მარიამ უგრელიძე, ირაკლი**
ფაღავა, ელენე გერი და სხვები. ეს მიმართულებები განსაკუთრებით
მკაფიოდ და ხაზგასმით არის დაფიქსირებული აკადემიკოს ირაკლი
ფაღავას ნაშრომებში. და ეს ხდებოდა მაშინ, როდესაც საბჭოთა
მედიცინა სრულიად საპირისპირი აზრებს ავითარებდა და
ამკვიდრებდა.

**დღეისათვის მიღებულია, რომ ახალშობილის ფიზიოლოგი-
ური განვითარებისათვის ოპტიმალურია კვების თავისუფალი**

რეჟიმი. თუმცა, ამგვარი მიდგომა აუცილებლად მოითხოვს დედის სრულ ინფორმირებულობას ამ მიდგომის შესახებ, ასევე – ბავშვის მოვლის უნარ-ჩვევების ცოდნასა და გამოცდილებას.

ბავშვის კვება საერთოდ და განსაკუთრებით ახალშობილის კვებ აუცილებლად მოითხოვს დედისაგან (და აღმზრდელისაგან) გარკვ ულ ცოდნას, უნარ-ჩვევებს და ინტელექტს. როდესაც ახალშობილ კვების თავისუფალ რეჟიმზე ვლაპარაკობთ და საკვების მიღებ მოთხოვნის კრიტერიუმად ბავშვის ტირილსა და ჭირვეულობ ვასახელებთ, აუცილებელია გვახსოვდეს, **რომ ბავშვის ტირილი ჭირვეულობა მხოლოდ საკვების მიღების სურვილით არ შეიძლე იყოს გამოწვეული.**

ტირილისა და ჭირვეულობის მიზეზი, გარდა შიმშილის გრძნობი შეიძლება იყოს მაგ. სახვევების და საფენების ან ტანსაცმლ არასწორი გამოყენებით შექმნილი დისკომფორტი, სისველე, გარემ ტემპერატურა, ნაწლავების სპაზმი (კოლიკა), წოვის დროს ჩაყლაპ ლი ჰაერით ან საკვების არასრული გადამუშავების გამო დაგროვილ გაზების არსებობა და სხვა. ყველა ამ მდგომარეობას შეფასებ სჭირდება და ბავშვს შესაბამისი დახმარება უნდა აღმოუჩინით, რა მომვლელისაგან ალღოს და საჭირო ცოდნას მოითხოვს. ამიტო როდესაც ბავშვი, საკვების მიღების შემდეგაც, განაგრძობს ტირილ – მიზეზი უნდა გამოვიკვლიოთ და დავადგინოთ.

აუცილებლად გასათვალისწინებელია ის მდგომარება, რომ, როდესაც ბავშვის ტირილი შიმშილით არ არის განპირობებული და მას ყველა ჭირვეულობის დროს საკვებს ვაძლებთ, ამან შეიძლება საჭმლის მომნელებელი სისტემის გადატვირთვა და მონელების პროცესის დარღვევა გამოიწვიოს, რაც თავის მხრივ გაზების დაგროვების, ნაწლავთა სპაზმის და მუცლის ტკივილის მიზეზი შეიძლება გახდეს და უფრო მეტად გააძლიეროს ჭირვეულობა.

ამიტომ, ბავშვის ჭირვეულობის შემთხვევაში, ყველა ცალკეული მიზეზი კარგად უნდა გავაანალიზოთ. ამ მხრივ, რა თქმა უნდა, ბავშვის დაბადების პირველი რამდენიმე კვირაა ყველაზე მნიშვნელოვანი და კრიტიკული.

ბუნებრივი (დედის ძუძუთი) და ხელოვნური (საკვები ნარევით) კვება.

ბუნებრივი კვება გულისხმობს ქალის რძით კვებას. ამ გაგებით, ბუნებრივი კვება გულისხმობს დედის ან დონორის რძით კვებას, ძუძუს ან საწოვარას საშუალებით. და მიუხერხავად იმისა, რომ:

ამ შემთხვევაში ბავშვი იღებს ოპტიმალურ საკვებ ინგრედიენტებს, რომელიც ასევე ოპტიმალურია იმუნო-ბიოლოგიური თვალსაზრისითაც, დონორის ძუძუთი ან ბოთლით მიღებული ქალის რძე, მაინც ვერ ჩაითვლება სრულფასოვან ბუნებრივ კვებათ, რადგან ამ შემთხვევაში სუსტდება ან იკარგება ის ფსიქოლოგიური კომპონენტი, რაც დედის ძუძუთი კვებას ახლავს თან.

ხელოვნური კვების დროს, ბავშვი იკვებება დედის რძის შემცვლელი საკვები ნარევით. თანამედროვე ხელოვნური საკვები ნარევები, რომლებიც ჯანმრთელი ბავშვების კვებისთვისაა განკუთვნილი, მზადდება ძროხის რძისაგან და **იმგვარადაა ადაპტირებული, რომ, თავისი ქიმიური შემადგენლობით, მაქსიმალურად უახლოვდება ქალის რძეს.** მაგრამ იმუნობიოლოგიური და მითუმეტეს ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით, რა თქმა უნდა, ვერ ცვლის მას.

არსებობს **დამატებითი და შერეული კვება,** როდესაც ბავშვი დედის რძის გარდა იღებს ხელოვნური საკვები ნარევების გარკვეულ რაოდენობას.

ბუნებრივი კვების უპირატესობები.

ქალის რძე, ჯანმრთელი ახალშობილისათვის, არის სრულყოფილი ბუნებრივი საკვები, სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში. მისი ტემპერატურა კვებისათვის ოპტიმალურია ყველა შემთხვევაში და განსხვავებით ხელოვნური ნარევისაგან, კვების წინ, საჭირო არ არის საკვების მომზადების პროცესი, რაც პრაქტიკულს და მოსახერხებელს ხდის მის გამოყენებას. ჯანმრთელი ქალის რძე (ძუძუს წოვების პროცესში) ყოველთვის ახალია და თავისუფალია ბაქტერიებისაგან, რასაც ყოველთვის ვერ გამოვრიცხავთ ხელოვნური საკვები ნარევის

მიღებისას. ეს კი ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორია ნაწლავურ ინფექციებისაგან თავდასაცავად.

დედის რძით კვება მაქსიმალურად ამცირებს ძროხის რძეზე განვითარებული ალერგიული რეაქციებისა და სხვა სახის ინტოლერანტულობის (აუტანლობის) განვითარების შესაძლებლობას.

ცნობილია, რომ ძროხის რძის მიმართ ალერგიული ან ინტო ლერანტული რეაქციები ვლინდება ალერგიული ეგზემით (კანის ალერ გიული ანთება), შეუწყვეტელი ფაღარათით, სისხლიანი განავლი ხშირი ღებინებით და პერიოდული კოლიკით (ნაწლავთა სპაზმის გამ განვითარებული ძლიერი ტკივილი). ასევე ცნობილია, რომ ბავშვებშ რომლებიც ქალის რძით იკვებებიან, მოგვიანებით ასაკშიც, უფრ იშვიათად ავადდებიან ალერგიული და ზოგადად, სხვა ქრონიკულ დაავადებებით, ვიდრე ხელოვნურ კვებაზე მყოფი ბავშვები.

არსებობს მოსაზრება, რომ მამაკაცებში, რომლებიც, შესაბამი ასაკში, ბუნებრივ კვებაზე იმყოფებოდნენ, იშვიათად ვითარდებ იმპოტენცია და სხვა სექსუალური დარღვევები.

ქალის რძე შეიცავს ბაქტერიებისა და ვირუსების საწინააღმდეგ ანტისხეულებს. ასეთი ანტისხეულების (ინფექციის გამომწვევ მიკროორგანიზმების წინააღმდეგ მიმართული ცილის მოლეკულები ძირითადად IgG-ს წარმოადგენენ, რომლებიც დედის სისხლიდა გადადიან რძეში. მაგრამ გარდა ამ სახის ანტისხეულებისა, რძეშ არის უნიკალური სტრუქტურის, ეწ. სეკრეტორული, იმუნოგლობუ ლინი A (sIgA), რომელიც პირის ღრუსა და ნაწლავის კედლებზ ანეიტრალებს ინფექციის გამომწვევ ბაქტერიებს და იცავს ბავშ მიკრობებით გამოწვეული დაავადებების განვითარებისაგან. გარდ ამისა, დედის რძეში არის მრავალი ხსნადი ნივთიერება და უჯრ დები, რომლებიც ასევე წარმატებით იცავენ ბავშვს სხვადასხვ ინფექციების განვითარებისაგან, რასაც სრულიად მოკლებული ხელოვნური ნარევით კვებაზე მყოფი ბავშვი.

ჯანმრთელი ქალის რძეში ოპტიმალური რაოდენობით არი ცილის, ცხიმისა და ნახშირწყლების ის რაოდენობა და თვისობრივ შემადგენლობა, რომელიც საჭიროა 1 წლამდე ასაკის, ჯანმრთელ

ბავშვის, სათანადოდ განვითარებისათვის. დედის სწორი კვების შემთხვევაში, მის რძეში, ასევე ოპტიმალური რაოდენობით არის მიკროელემენტებისა და ვიტამინების საჭირო რაოდენობა. ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ბავშვს, დედის სათანადოდ კვებისა და სხვა ჰიგიენური ნორმების დაცვის (ჰაერზე ყოფნა, მზიანი გარემო) შემთხვევაში, არ ესაჭიროება ვიტამინ "D"-ს ხელოვნურად მიწოდება. რძეში შედარებით მცირე რაოდენობით არის რკინა. მაგრამ რძეში მყოფი რკინა კარგად შეიწოვება ნაწლავებიდან და იცავს ახალშობილს ანემიის განვითარებისაგან. ამასთან, დროულ და ჯანმრთელ ახალშობილს, დაბადების მომენტში, უკვე გააჩნია რკინის გარკვეული მარაგი, რაც 4 – 6 თვემდე ასაკში საკმარისია ანემიისაგან დაცვისათვის. დღენაკლ ახალშობილებში ეს მარაგი მცირეა, რის გამოც, **ბუნებრივ კვებაზე მყოფ დღენაკლ და მცირე წონით დაბადებულ ბავშვებს, ანემიის განვითარებისაგან დაცვის მიზნით, საკვებთან ერთად, რკინის გარკვეული რაოდენობაც უნდა მივაწოდოთ.**

ბუნებრივი კვება, როგორც ბიოლოგიური, ისე იმუნოლოგიური, ფსიქოლოგიური და ეკონომიკური თვალსაზრისით, წარმოადგენს კვების სრულყოფილ სახეს და მისი შეცვლა, ხელოვნური ნარევით კვებით, შეუძლებელია.

აქვე ხაზგასმით უნდა აღვნიშნო, რომ მშობიარობის შემდეგ, პირველ დღეებში, სარძევე ჯირკვლის სეკრეტი არის არა მომწიფებული რძე, არამედ – ხსენი. ხსენი არის მნიშვნელოვნად უფრო ბლანტი და ცქითელი სითხე და ბევრად უფრო მცირე რაოდენობით გამოიყოფა სარძევე ჯირკვალში ვიდრე რძე, მომდევნო დღეებში. **მაგრამ, ხსენის კვებითი და იმუნო-ბიოლოგიური მახასიათებლები სრულიად უნიკალურია და მაქსიმალურად ოპტიმალურია ახალშობილთა კვებისათვის, სიცოცხლის პირველ დღეებში.**

თანამედროვე ხელოვნური საკვები ნარევები, თავიანთი ინგრედიენტების რაოდენობრივი და ქიმიური მახასიათებლებით, მაქსიმალურად არის მიახლოებული ქალის რძესთან. მათში ოპტიმალური რაოდენობით არის ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლების, მიკროელემენტებისა და ვიტამინების ის რაოდენობა, რაც ბავშვის განვითარებისათვის არის საჭირო. მაგრამ ამ იმგრედიენტების თვისობრივი შემადგენლობა მაინც ვერ აღწევს იმ ხარისხს, როგორც ეს ქალის

რძეშია, რაც კიდევ ერთხელ გვარწმუნებს დედის რძის უნიკალ
საკვებ თვისებებში.

სრულიად უნიკალურია ის თვისებები და შესაძლებლობები, რ
ძუძუთი კვებას გააჩნია ბავშვის ჰარმონიური ფიზიკური და ფსიქიკურ
განვითარებისათვის. ქალის უნიკალური ბიოლოგიური თვისე
და შესაძლებლობა – თავის სხეულში განავითაროს და გარკვეულ
პერიოდის მანძილზე ატაროს ახალი სიცოცხლე, ასევე უნიკალურს ხდ
მის ფსიქიკას, რომელიც ჯერ კიდევ მანამადე ემზადება დედობისათვი
ვიდრე მის წიაღში ახალი სიცოცხლე ჩაისახება.

**ორსულობის დასაწყის ეტაპზევე, ქალის ჰორმონალური სპექტრ
ცვლილება განაპირობებს ფსიქიკის იმგვარ განწყობას, რომელი
"დედა-ნაყოფის" კომპლექსის ერთიანობის განსაკუთრებულ აღქმ
და ყველა საშუალებით ამ ერთიანობის დაცვისაკენ არის მიმართულ**

ჰორმონალური ძვრებისა და ფსიქიკური განწყობის აღნიშნულ
თავისებურებები საფუძველს ქმნიან ქალის მთლიანი ორგანიზმი
იმდაგვარი ცვლილებებისათვის, რომელიც აუცილებელი და ოპტ
მალურია ნაყოფის ნორმალური ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარ
ბისათვის. შესაძლებელია, რომ ტერმინი "ნაყოფის ფსიქიკური განვ
თარება" ვინმეს ხელოვნური ეჩვენოს, მაგრამ, დღეისათვის დაგროვდ
საკმაოდ დიდი რაოდენობის მტკიცებულებები იმის შესახებ, რო
ნაყოფი, განსაკუთრებით თავისი განვითარების ბოლო თვეებზე, ა
წარმოადგენს მხოლოდ ბიოლოგიურ სუბიექტს და მას შერგძნებები
აღქმის, და მათზე ემოციური რეაგირების უნარი გააჩნია. დღეისათვი
მკვლევართა უმრავლესობას მიაჩნია, რომ დედის ფსიქიკური მდგომა
რეობა, განცდები და ემოციური განწყობა, მნიშვნელოვან გავლენა
ახდენს ნაყოფის ფიზიკურ და ფსიქიკურ განვითარებაზე და რომ ე
გავლენა შეიძლება შენარჩუნდეს და ზოგჯერ, გადამწყვეტიც იყო
დაბადების შემდეგ, სიცოცხლის მომდევნო ეტაპზეც.

მშობიარობის შემდეგ, დედა-შვილის ფიზიკური ერთიანობა ირღვე
ვა. ბავშვი სტოვებს დედის წიაღს, სადაც ის მაქსიმალურად კომფორ
ტულ გარემოში ვითარდებოდა და იწყებს განვითარებას, მისთვი
სრულიად ახალ და უცნობ გარემოში. **ეს არის პირველი და ძალია
სერიოზული სტრესი, რომელსაც ადამიანი განიცდის თავის სიცოცხლი
მანძილზე.** ახალშობილობის პერიოდში გადატანილი განცდები დ

სტრესები კი კვალს ტოვებს ადამიანის ქვეცნობიერ ფსიქიკაში და
მიზრდილ ასაკში, ხშირად, სრულიად გაურკვეველი წარმოშობის
ნევროზების სახით ვლინდება. **ძუძუთი კვება (განსაკუთრებით დედის
ძუძუთი კვება) კი არის ის მაშველი რგოლი, რომელიც ოპტიმალურად
ამცირებს ახალშობილში დედის წიაღის დატოვებით გამოწვეულ
სტრესს და საშუალებას აძლევს ბავშვს, შეეგუოს ახალ გარემოს.** თუმცა,
ძუძუთი კვება არ არის მხოლოდ გარემოსთან ბავშვის ადაპტაციისა
და ზრდა–განვითარებისთვის აუცილებელი მდგომარეობა. ეს
პროცესი, ასევე ძალიან მნიშვნელოვანია დედისათვისაც, რომელიც
(ქვეცნობიერად მაინც) ასევე განიცდის "დედა-ნაყოფის" ერთანი
კომპლექსის დარღვევას და უადვილებს მას ცხოვრების ახალ პირო-
ბებთან შეგუებას. ეს კი ძალიან მნიშვნელოვანია ქალის ფსიქიკის
ახალ გარემოებებთან ადაპტაციისათვის, რაც თავის მხრივ ასევე
მნიშვნელოვნად განაპირობებს მის დამოკიდებულებას ბავშვთან,
ოჯახის წევრებთან და ზოგადად გარემოსთან.

**მენსტრუალური ციკლის განახლება არ უნდა გახდეს ძუძუთი კვების
შემაფერხებელი მიზეზი. ამ დროს დედაში და ბავშში განვითარებული
ხასიათობრივი და ქცევის ცვლილებები შედარებით დროებითია და
ხელი არ უნდა შეუშალოს ძუძუთი კვებას.**

ძუძუთი კვების დროს, შიდსით დაავადებული დედიდან, შესაძლებე-
ლია ვირუსის გადაცემა ბავშზე. ამიტომ, ასეთი მდგომარეობა,
ბუნებრივ კვებაზე უარის თქმის მიზეზი უნდა გახდეს. თუმცა ეს წესი არ
ეხება იმ განვითარებად ქვეყნებს, სადაც მოსახლეობის ეკონომიკური
დონე ძალიან დაბალია, ხოლო შიდსის გავრცელების მაჩვენებელი –
ძალიან მაღალი. ამიტომ, ჯან. დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაცია
რეკომენდაციას იძლევა, ამ შემთხვევაშიც, გაგრძელდეს ბუნებრივი
კვება, სადაც ხელოვნური ნარევის მიღების საშუალება უბრალოდ
არ არსებობს.

დადგენილია, რომ ისეთი ვირუსები, როგორიცაა ციტომეგალოვი-
რუსი (CMV), წითურას ვირუსი, B-ჰეპატიტის და მარტივი ჰერპესის
ვირუსები, ქალის დაინფიცირების შემთხვევაში, ასევე შეიძლება მოხვ-
დნენ მის რძეში და შემდეგ გადაეცეს ბავშვს. აქედან, ყველაზე საშიში
CMV-ია. ინფექცია, დროულ ახალშობილებში, შეიძლება სრულიად
უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს და არ ახდენდეს მნიშვნელოვან

გავლენას ბავშვის ჯანმრთელობაზე. მაგრამ, დღენაკლებში, მდგომარეობა, ბავშვის ჯანმრთელობისათვის, მნიშვნელოვან რი კებს შეიცავს. ეს მდგომარეობა გასათვალისწინებელია, როგორ დედის ძუძუთი, ისე დონორის რძით კვების შემთხვევაში და დღ ნაკლთა კვება დონორის რძით, თუ იგი გამოკვლეული არ არი CMV-ის არსებობაზე, დაუშვებელია. დედის რძის საშულებით სხ ვისუსების გადაცემის შესაძლებლობა შედარებით მცირეა. თუმც აღნიშნულთაგან, შედარებით საყურადღებო მარტივი ჰერპეს ვირუსია. ეს ვირუსი ახალშობილს შეიძლება გადაეცეს, როგორც რძ ისე დასნებოვანებული დედის სამშობიარო გზებში გავლის ან დედის თუ სხვა მომვლელის დაზიანებული კანიდან, შეხების შემთხვევაში.

დედის რძითა და სამშობიარო გზებში გავლის შედეგად, ასევ შესაძლებლია დედიდან ბავშვზე B-ჰეპატიტის ვირუსის გადასვლ დაბადების პირველი 24 სა-ათის მანძილზე ახალშობილის იმუნიზაცი B-ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინით, იცავს ბავშვს ამ დაავადები განვითარებისაგან.



ქალის მომზადება ძუძუთი კვებისათვის.

ქალების უმეტესობა, თუ მათ კარგად ავუხსნით ძუძუთი კვები მნიშვნელობას, თავისებურებას და წესებს, რაც ნორმალური ლაქტ ციისა და ბავშვის კვებისათვისაა საჭირო, წარმატებით კვებავე შვილებს თავიანთი რძით. თუმცა აჯობებს, ქალის მომზადება ძუძუთ კვების პროცესისათვის ჯერ კიდევ მშობიარობამდე დავიწყოთ.

პირველ რიგში, ქალს უნდა განემარტოს, თუ რა უპირატესობან გააჩნია ძუძუთი კვებას და კარგად ავუხსნათ ის ბიოლოგიური, ფსი ქოლოგიური და თუნდაც ეკონომიკური მნიშვნელობა, რაც ძუძუთ კვებას მნიშვნელოვან უპირატესობას ანიჭებს ხელოვნურ კვებასთა შედარებით. ყოველივე ამის შესახებ უკვე ვისაუბრეთ ზემოთ დ ამიტომ ამ საკითხებზე არ შევჩერდებით.

ძუძუთი კვების შემაფერხებელი ფაქტორი შეიძლება იყოს მცირ ზომის ან "ჩაბრუნებული" ძუძუს დვრილი. ეს მდგომარეობა შეიძლებ ხელს უშლიდეს ძუძუთი კვებას (ბავშვს უჭირს ძუძუს დვრილის პირშ

ლაქტაციის ხარისხი და ძუძუთი კვების პროცესი, მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, სარძევე ჯირკვლების ანატომიურ და ფუნ-ქციური თავისებურებაზე, კვების ხასიათზე, ცხოვრებისა და შრომის პირობებზე, დასვენების რეჟიმსა და იმ სოციალური გარემოს თავისებურებაზე, რომელშიც მას ცხოვრება უხდება და რომელიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე.

ფიქსირება და წოვა), მაგრამ იგი არ არის ძუძუთი კვებაზე უარის თქმის საფუძველი. "ჩაბრუნებული' დვრილის" კორექცია, სპეციალური მასაჟების საშუალებით, უნდა დავიწყოთ ჯერ კიდევ ორსულობის ბოლო სტადიაზე – მე-3 – მე-4 თვიდან, რომ მშობიარობის შემდეგ, ძუძუს დვრილი მზად იყოს.

მეძუძური ქალის დიეტა უნდა იყოს ბალანსირებული, ცხიმების, ცილებისა და ნახშირწყლების ადეკვატური შემცველობით. ასევე, ხილისა და ბოსტნეულის საჭირო რაოდენობით. ამ პერიოდში ქალი მაქსიმალურად უნდა ერიდებოდეს ფიზიკურ და ემოციურ სტრესებს. მას უნდა ჰქონდეს დასვენების და სრულფასოვანი ძილის საშუალება. უაღრესად მნიშვნელოვანია მშვიდი გარემო და სასიამოვნო ემოცი-ური ფონი. ყოველივე ეს, ქალის ინდივიდუალურ ბიოლოგიურ თვისებებთან ერთად, ქმნის მაქსიმალურად კეთილსაიმედო ფონს ბავშვის ნორმალური კვებისა და განვითარებისათვის.



ლაქტაციაზე მოქმედი ფაქტორები.

უმნიშვნელოვანესი სტიმული, რომელიც ხელს უწყობს სარძევე ჯირკვალში რძის სეკრეციას, არის ამ სარძევე ჯირკვლის მთლიანად დაცლა, წოვის ან გამოწურვის საშუალებით. ეს, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მშობიარობის პირველ დღეებში, როდესაც ხსენი რძედ ფორმირდება და იმის გამო, რომ სარძევე ჯირკვლის სეკრეტი მცირე რაოდენობითაა, შეიძლება ქალმა არ მიიჩნიოს საჭიროდ ძუძუს მთლიანად დაცლა.

რაც უფრო სწრაფად ხდება სარძევე ჯირკვლის დაცლა წოვის ან გამოწურვის საშუალებით, მშობიარობის შემდეგ და ამ გზით რძის

სეკრეციის სტიმულაცია, მით მეტი შანსია ნორმალური ლაქტაცი ჩამოყალიბებისათვის.

სწორედ ამიტომ, მშობიარობის შემდეგ, თუ დედისა და ბავშვ ჯანმრთელობის მდგომარეობა ამის საშუალებას გვაძლევს, **ახა შობილი ძუძუს მოსაწოვებლად უნდა მივიყვანოთ რაც შეიძლე მალე.** თუ ბავშვს, რაიმე მიზეზის გამო, არ შეუძლია ძუძუს წოვა, მ უნდა მივცეთ დედის ჩამოწველილი რძე ყოველ 3 საათში – დღისით და ღამითაც. ამასთან, ყველა კვებისა ან გამოწველის დროს, უნ ვეცადოთ ძუძუ მთლიანად დაიცალოს და ყოველი მომდევნო კვება (ჩამოწველა) უნდა დავიწყოთ იმ ძუძუთი, **რომელიც ბოლოს დაიცალ**

ხშირ შემთხვევაში, ქალებს აქვთ მეტი რძე, ვიდრე ეს ერთი ბავშვ საკვებად არის საჭირო და ბავშვის კვების შემდეგ, რომელიმე ძუძ შეიძლება მთლიანად არ დაიცალოს. ასეთ შემთხვევაში, საჭირო ამ ძუძუს ხელოვნურად დაცლა (გამოწველა) რათა არ შეფერხდ ლაქტაციის პროცესი.

უნდა ვეცადოთ, რომ ბავშვის კვების პროცესში, ძუძუ დაიცალოს მთლიანად. ეს ხელს უწყობს ნორმალური ლაქტაციის პროცესს. თუ ბავშვი ძუძუს ვერ ცლის – რძე უნდა გამოვწველოთ. ყოველი მომდევნო კვება უნდა დავიწყოთ იმ ძუძუთი, რომელიც ბოლოს დაიცალა.

ძუძუთი კვების დაწყების პირველი დღეები ყოველთვის არ არის იოლი და მას ბევრი სირთულე შეიძლება ახლდეს თან. ა სირთულეებიდან, ალბათ, ყველაზე ხშირი არის **ძუძუს თავების ნახეთქების გაჩენა** და მისგან გამოწვეული ტკივილი, რაც სერიოზულ დისკომფორტს უქმნის დედასაც და ბავშვსაც. ასეთ შემთხვევებში ძუძუს თავები უნდა დამუშავდეს ლანოლინით (ქსოვილების დასარბი ლებლად). დასამუშავებლად არ უნდა გამოიყენოთ საპონი დ ალკოჰოლი. თუ ძუძუს თავებს საპნით დაიბანთ, შემდეგ აუცილებლად დაამუშავეთ დამარბილებელი საშუალებით (ლანოლინი ან ვაზელინი) თუ რძის გამოწოვა, ტკივილის გამო, შეუძლებელია, რძე უნდა გამოიწუროთ ხელით, ბოლომდე და ისე მისცეთ ახალშობილს.

ძუძუთი კვების დაწყების პირველი 2 კვირის განმავლობაში, რომელიც საკმაოდ რთული პერიოდია, საჭიროა **ბავშვის ყოველდღიური აწონვა.** განსაკუთრევით მაშინ, როდესაც ბავშვი თვითონ სწოვს ძუძუს. ეს, საშუალებას მოგცემთ გაარკვიოთ – რა რაოდენობის საკვებს

იღებს ბავშვი დღის განმავლობაში და როგორია წონის ნამატი.

იმ შემთხვევაში, როდესაც, რაიმე მიზეზის გამო, იძულებულნი ხდებით ბავშვს ჩამოწველილი რძე მისცეთ საწოვარას საშუალებით, უნდა გაითვალისწინოთ ის აუცილებლობა, რომ საწოვარადან რძის გადმოდინება, არ უნდა იყოს იმაზე მეტი, ვიდრე ეს ძუძუთი წოვის დროს ხდება. რადგან, საწოვარადან რძის ადვილად გადმოდინების შეთხვევაში, ბავშვი დროის მცირე მონაკვეთში, იღებს რძის შედარებით დიდ რაოდენობას, რამაც შეიძლება დაარღვიოს მონელების პროცესი. გარდა ამისა, ბავშვი ეჩვევა საკვების იოლად გამოწოვას და შემდეგში შეიძლება უარი თქვას ძუძუდან რძის გამოწოვაზე. ბავშვის კვებისათვის, ძუძუდან გამოწოვილი რძე, უმჯობესია გამოიყენოთ მაშინვე. თუმცა, თუ სხვა გამოსავალი არ არის, რძე შეიძლება შეინახოთ მაცივარში, 24 საათის განმავლობაში. თუმცა, გამოყენების წინ, იგი უნდა შეათბოთ სხეულის ტემპერატურამდე.



მეძუძური დედის ჰიგიენა.

სარძევე ჯირკვლების მოვლა და ჰიგიენური პირობების დაცვა საშუალებას იძლევა მაქსიმალურად აიცილოთ თავიდან ძუძუს ფერილების გაღიზიანება და დაინფიცირება. ამისთვის აუცილებელია, რომ ძუძუს თავები არ იყოს სველი, რაც ტანსაცმელთან შეხების შემდეგ კანის და დვრილების ლორწოვანის გაღიზიანებას და კანის ანთებად დაზიანებას იწვევს. დაზიანებული კანი კი ადვილად ინფიცირდება და მასზე ადვილად ვითარდება ნახეთქები.

მკერდი უნდა დაიბანოთ, მინიმუმ, დღეში 1-ჯერ. თუ შეამჩნევთ, რომ საპნით დაბანა ძუძუს თავების სიმშრალეს იწვევს – უნდა გამოიყენოთ სპეციალური, დამარბილებელი თვისების მქონე საპონი. დაბანის შემდეგ, ძუძუს კერტები კარგად უნდა გაამშრალოთ. თეთრეული და ტანსაცმელი, რომელიც სარძევე ჯირკვლებს ეხება უნდა იყოს რბილი და ნატურალური ქსოვილის, რომელიც კანს არ აღიზიანებს.

ყოველი კვების შემდეგ, ძუძუს კერტები უნდა გაიწმინდოთ თბილ წყალში დასველებული რბილი ქსოვილით და კარგად გაამშრალოთ. იმ შემთხვევაში, თუ ძუძუდან რძის თვითნებური გადმოდინების გამო, კერტები პერიოდულად სველდება, იგი უნდა გაასუფთაოთ ამავე წესით.



მეძუძური დედის კვების თავისებურება და ლაქტაციაზე მოქმედი სხვა ფაქტორები.

მეძუძური დედის კვების რაციონი უნდა იყოს საკმარისა კალორიული და უნდა შეიცავდეს საკმარისი რაოდენობის საკვ ინგრედიენტებს, რომლებიც აუცილებელია ნორმალური ქალ სარძევე ჯირკვლებში ბავშვის კვებისათვის სრულღირებულოვან და საკმარისი რაოდენობით რძის გამომუშავებისათვის. ამ მხრი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სრულფასოვანი ცილების, სითხი ვიტამინებისა და მინერალების შემცველი საკვების მიღება. საკვებ რომელიც იწვევს ქალის სხეულის მასის მატებას, შეზღუდული უნდ იყოს თუნდაც იმ დრომდე მაინც, სანამ ბავშვი მხოლოდ დედის რძი იკვებება. რძის პროდუქტები შეადგენს მეძუძური ქალის ერთ-ერ უმნიშვნელოვანეს საკვებ კომპონენტებს. მაგრამ, მათ მთლიანად ა უნდა ჩაანაცვლონ სხვა სახის საკვები. თუ ქალი ალერგიულია ძროხი რძის მიმართ, ან სხვა რაიმე მიზეზის გამო ვერ იღებს რძის პროდუქტ მაშინ მის საკვებ რაციონში აუცილებლად უნდა შეიტანოთ 1.0 გრამ კალციუმის დღიური ნორმა. მიღებული სითხის დღიური ნორმა უნდ შეადგენდეს დაახლოებით 3.0 ლიტრს.

ისეთი საკვები, როგორიც არის მაგ. პომიდორი, ხახვი, ნიორი, სხვადასხვა სანელებლები, შოკოლადი, ყავა და სხვადასხვ საკონდიტრო ნაწარმი – გემოს უცვლის რძეს და უსიამოვნოს ხდის მას ბავშვისათვის. გარდა ამისა, შეიძლება გამოიწვიოს ბავშვის ნაწლავთა დისფუნქცია, ალერგიული რეაქციები და ნერვული სისტემის დისფუნქცია. **მეძუძურმა დედამ მაქსიმალურად უნდა შეზღუდოს მდინარის თევზის მიღება, რადგან ეს პროდუქტი არ არის დაზღვეული დაინფიცირებისაგან. კვერცხი, რომელიც ასევე არ არის დაცული დაინფიცირებისაგან (მაგ. სალმონელოზი) უნდა მიიღოთ მხოლოდ საკმარისი თბური დამუშავების შემდეგ (მაგრად მოხარშული ან კარგად შემწვარი). ბუნებრივია, კატეგორიულად მიუღებელია, ალკოჰოლისა და ნიკოტინის გამოყენება.**

მეძუძური ქალი არ უნდა იღებდეს მედიკამენტებს, თუ ეს რაიმე განსაკუთრებული აუცილებლობით არ არის გამოწვეული. რადგან, დედის ორგანიზმიდან რძეში მოხვედრილი ბევრი პრეპარატი სერიოზულ საშიშროებას წარმოადგენს ბავშვის ჯანმრთელობისათვის. ასეთი პრეპარატებიდან განსაკუთრებით საყურადღებოა ანტი

ბირეოიდული მედიკამენტები, ლითიუმი, სიმსივნის საწინააღმდეგო საშუალებები. იზონიაზიდი და ნარკოტიკული საშუალებები მკაცრად შეუთავსებელია ძუძუთი კვებასთან. თუ, ამ რომელიმე აგენტის ან რადიოაქტიური სადიაგნოსტიკო საშუალების, ქლორამფენიკოლის, მეტრონიდაზოლის, სულფანილამიდების და ქინოლინის პრეპარატების მიღება აუცილებელია, ამ შემთხვევაში, ძუძუთი კვება უნდა შეწყდეს დროებით მაინც – სანამ ხდება აღნიშნული მედიკამენტების გამოყენება.

საერთოდ კი, ორსულმა და მეძუძურმა ქლებმა ყოველთვის მკაცრად უნდა დაიცვან ის ინსტრუქცია, რომელიც თან ახლავს ყველა მედიკამენტს და რომელიც გვიჩვენებს რამდენად შესაძლებელია მათი გამოყენება კონკრეტული, განსაზღვრული მგომარეობის შემთხვევაში.

> **მეძუძური ქალი არ უნდა იღებდეს მედიკამენტებს, თუ ეს რაიმე განსაკუთრებული აუცილებლობით არ არის გამოწვეული.**

მეძუძური დედა მაქსიმალურად უნდა მოერიდოს მძიმე ფიზიკურ შრომას, გადაღლას და ემოციურ და ფიზიკურ სტრესებს. მას უნდა ჰქონდეს დასვენების, ვარჯიშისა და სუფთა ჰაერზე სეირნობის საშუალება. გარემო, რომელშიც ის ცხოვრობს, შეძლებისდაგვარად, უნდა იყოს სასიამოვნო და დადებითი ემოციების მატარებელი.



ძუძუთი კვების ნიუანსები.

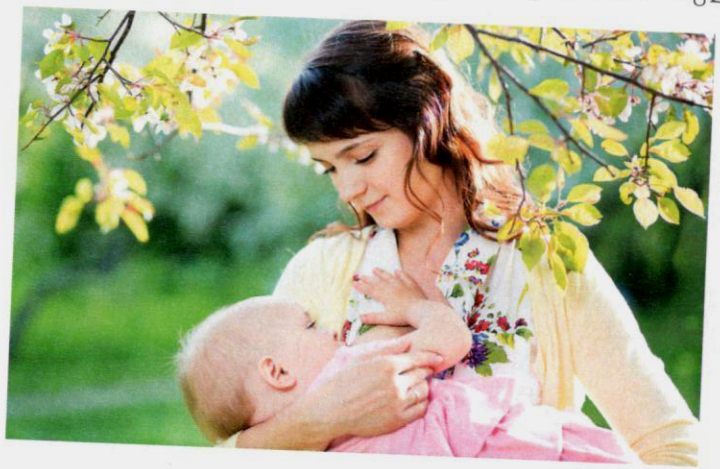
ძუძუთი კვება, ზოგჯერ, სრულიად შეუძლებელი ხდება მხოლოდ ტექნიკური მიზეზით, მეტწილად იმ ქალებში, რომელთაც, ძუძუთი კვების გამოცდილება არა აქვთ. ამიტომ, ძალიან მნიშვნელოვანია ქალს დავეხმაროთ ძუძუთი კვების ტექნიკის ათვისებაში.

ძუძუთი კვების დაწყებისას ბავშვი უნდა იყოს მშიერი. მისი საფენები თუ ტანსაცმელი – მშრალი. ხოლო გარემოს ტემპერატურა – ზომიერი (არც ცივი და არც ცხელი). ბავშვი თავს უნდა გრძნობდეს თავისუფლად, კომფორტულად. იგი ხელში უნდა გეჭიროთ ნახევრად ვერტიკალურ მდგომარეობაში (წამოწეული), რათა თავიდან აიცილოთ ღებინება და საკვების გადაცდომა სასუნთქ გზებში. თქვენც თავს

უნდა გრძნობდეთ კომფორტულად და თავისუფლად. სასურველი
რომ ძუძუთი კვების დროს, იჯდეთ ზომიერად დაბალ და საზურგი
სკამზე, რომელზეც იდაყვებით დაყრდნობა და ხელის ფიქსირება
შესაძლებელი. ამავე დროს, საშუალება უნდა გქონდეთ, რომ ფეხებ
დადოთ დაბალ სკამზე. ბავშვისათვის ძუძუს მიცემისას, ერთი ხელ
შემოხვიეთ ბავშვს, ისე, რომ იგი (ბავშვი) ნახევრად შემობრუნებულ
იყოს თქვენსკენ და სახით, მჭიდროდ ეხებოდეს თქვენს მკერდს. მეორ
ხელის საჩვენებელ და შუა თითებს შორის მოაქციეთ ძუძუს დვრილ
დააწექით ძუძუს ისე, რომ ძუძუს დვრილმა წინ წამოიწიოს დ
ჩაუდევით ბავშვს პირში, ისე, რომ ხელი არ შეუშალოს მას სუნთქვაში
ბავშვი ტუჩებში აქცევს ძუძუს დვრილს, ძლიერად ეჭიდება მას დ
იწყებს წოვას.

ძუძუთი კვების წარმატება, დიდ წილად, დამოკიდებულია კვების პირველ დღეებზე, ამ პერიოდში, დედის ზოგად მდგომარეობაზე განწყობაზე, სურვილზე – კვებოს ბავშვი ძუძუთი, მის მიერ გამოყ ლენილ და ათვისებულ უნარ-ჩვევებზე და, რა თქმა უნდა, ბავშვის ჯანმრთელობასა და მის სხვა, ინდივიდუალურ, თავისებურებებზე.

იმისათვის, რომ ბავშმა ნორმალურად მოწოვოს ძუძუ, საჭირო მრავალი რეფლექსი, რომელიც უკვე კარგად ვლინდება დაბადების თანავე. ესენია **მოჭიდების, წოვის, ყლაპვის და სიმაძღრის** რეფლექ სები. დედის მკერდთან მიახლოვების თანავე, როგორც კი ბავშვი იგრძნობს რძის სუნს, იგი აბრუნებს თავს ამ სუნის მიმართულებით



ფი ეძებს მის წყაროს. თუ ამ დროს ლოყა ეხება მკერდს (რძის სუნის წყაროს), ბავში აღებს პირს და ტუჩებით ეძებს ძუძუს დვრილს. თუ სიახლოვე ამის საშუალებას იძლევა, იქცევს მას პირში (ეჭიდება ტუჩებით ძუძუს დვრილს) და იწყებს წოვას.

ძუძუს წოვის პროცესი წარმოადგენს უმნიშვნელოვანეს სტიმულს, სარძევე ჯირკვალში რძის შემდგომი გამომუშავებისათვის. ამ დროს (ძუძუს წოვის დროს), აღმავალი რეფლექსის საშუალებით, ხდება ინფორმაციის გადაცემა ქალის ნერვული სისტემის სპეციალურ არეებში, რომლებიც განსაზღვრავენ რძის გამომუშავების პროცესს. და რაც უფრო ინტენსიურია წოვის პროცესი და რაც მეტად იცლება რძისაგან სარძევე ჯირკვალი, მით მეტად სტიმულირდება რძის შემდგომი გამომუშავება.

თქვენ უნდა იცოდეთ, რომ თუ ძუძუს მიცემის პროცესში ბავში მშიერი არ არის, იგი არ „ეძებს“ ძუძუს. ახალშობილთა უმრავლესობა, დაბადებიდან პირველი რამდენიმე დღის განმავლობაში, **ვერ ხედავს** და ძუძუს ეძებს და წოვს, მხოლოდ რძის სუნისა და შიმშილის გრძნობის გავლენით.

დაბადებიდან 3 დღის განმავლობაში, ახალშობილი გარკვეულად იკლებს წონაში. ამ პროცესს **„წონის ფიზიოლოგიური კარგვა“** ეწოდება. ეს, ზოგჯერ, გაუთვითცნობიერებელი დედის სერიოზულ შეშფოთებას და რძის გამომუშავების შეფერხებას იწვევს, რაც კიდევ უფრო ართულებს სწორი და დროული კვების პროცესს. ამიტომ, **მომავალი დედა დროულად უნდა იყოს ინფორმირებული „წონის ფიზიოლოგიური კარგვის“ შესახებ, უნდა იცოდეს, რომ ამაში საშიში არაფერია და რომ, ჯანმრთელი ახალშობილი ძალიან მალე აღიდგენს წონას.**

ასევე ინდივიდუალურია ძუძუს წოვის ხანგრძლიობა. ზოგიერთი ჩვილი ძუძუს აცარიელებს 5 წუთში, მაშინ, როდესაც სხვას ამისათვის 20 წუთზე მეტი სჭირდება. ძუძუდან რძის უმეტესი ნაწილის მიღება ხდება წოვის დასაწყისში (50% - პირველ 2 წუთში და 80% - 90% – პირველი 4 წუთის განმავლობაში). ამის შემდეგ, ბავშვი შედარებით ნაკლებ ენერგიულად წოვს და დაკმაყოფილების შემთხვევაში თვითონვე ანებებს თავს წოვას.

ერთ კვებაზე, ბავშმა ერთი ძუძუ მაინც უნდა დააცარიელოს, სხვა შემთხვევაში რძის სეკრეციის სტიმულირება ქვეითდება. საერთოდ,

ოპტიმალურია, თუ ყოველ კვებაზე ორივე ძუძუს გამოიყენებ
ეს წესი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კვების დასაწყისშ
პირველი, რამდენიმე კვირის განმავლობაში, როცა რძის სეკრეციი
მაქსიმალური სტიმულაციაა საჭირო. შესაძლებელია ყველ
კვებაზე ორივე ძუძუ მთლიანად არ დაიცალოს. ამიტომ, მომდევნ
კვება დაიწყეთ იმ ძუძუთი, რომლითაც დაამთავრეთ წინა კვებ
იმ შემთხვევაში, თუ ჭარბი რაოდენობით რძე გაქვთ და კვები
შემდეგ, ერთ-ერთი ძუძუ მუდმივად სავსე რჩება – ამ ძუძუდან რძ
უნდა გამოიწველოთ და ძუძუ მთლიანად დაცალოთ. წინააღმდეგ
შემთხვევაში, მოსალოდნელია რძის სეკრეციის სტიმულაციის შე
სუსტება და რძის შემცირება. გარდა ამისა, ხანგრძლივად სავს
სარძევე ჯირკვალში მოსალოდნელია ანთებადი პროცესის (მასტიტი
განვითარება, რაც სერიოზულ დისკომფორტს შეგიქმნით თქვენც დ
ბავშვსაც.



ადეკვატური კვების უზრუნველყოფა და შედეგის შეფასება.

თუ ბავშვი კარგად წოვს ძუძუს, წოვის ხანგრძლიობა არ აღემატება 20 წუთს, წოვას თავს ანებებს თვითონ, კვების შემდეგ წყნარად იძინებს და სძინავს 2 – 4 საათი. და რაც მთავარია, თუ წონაში იმატებს ნორმალურად – უნდა ჩაითვალოს, რომ ბავშვი იღებს საკმარისი რაოდენობის და ოპტიმალური ხარისხის საკვებს.

თუ, ზემოთ აღნიშნული კრიტერიუმებიდან რომელიმე დარღვეულია – თუ წოვის პროცესი სუსტია და ხანგრძლივი, ან თუ, ბავშვი კვების შემდეგ ვერ იძინებს და ჭირვეულობს, ან იღვიძებს მალევე, რაც მთავარია – თუ სხეულის მასის მატება, გარკვეულ დროში, არ ხდება განსაზღვრული სტანდარტის შესაბამისად, **ეს მიგვანიშნებს არასრულფასოვან კვებაზე და უნდა ეძებოთ ამ მდგომარეობის გამომწვევი მიზეზები.**

ადეკვატური კვების (როგორც საკმარისი საკვების მიღება, ისე მისი სრულფასოვნად გადამუშავება) შესაფასებელი უმნიშვნელოვანესი კრიტერიუმი, ბავშვის ფსიქო-მოტორული (ფსიქიკური სფერო და სხეულის მასა და სიგრძე) განვითარების მდგომარეობაა.

დაბადებიდან პირველი კვირეების განმავლობაში ბავშვი უნდა

აწონოთ ყოველდღიურად. თუმცა, ოპტიმალურია მდგომარეობა, როდესაც ბავშვს წონით ყოველი კვების დასაწყისში და კვების შემდეგ. პრაქტიკულად, ეს, ყოველთვის არ არის მოსახერხებელი და ამ მეთოდს უპირატესად იყენებენ მაშინ, როდესაც ეჭვი აქვთ, რომ ბავშვი ვერ იღებს საკვების იმ რაოდენობას, რომელიც მას ფიზიოლოგიური განვითარებისათვის სჭირდება. თუმცა, ყოველი კვების წინ და კვების შემდეგ აწონვა, მოგცემთ სრულ ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ რა რაოდენობის რძე მიიღო ბავშმა თითოეული კვებისა და 24 საათის განმავლობაშიც. კვების ეფექტიანობის შეფასებისათვის კი, ეს რა თქმა უნდა, ძალიან ღირებული ინფორმაციაა. ასეთ შემთხვევაში, თქვენს მიერ აღრიცხულ მონაცემებს შეადარებთ ცხრილებს, სადაც მოცემულია თუ საკვების (რძის) რა რაოდენობა უნდა მიიღოს ბავშმა განსაზღვრულ ასაკში, თითოეული კვების დროს, და 24 საათის განმავლობაში და გამოტანთ შესაბამის დასკვნებს.

ბუნებრივ კვებაძე მყოფი ბავშვებისათვის, სხვადასხვა ასაკში, თითოეულ კვებაზე და 24 საათის განმავლობაში, საჭირო საკვების რაოდენობა და სხეულის მასისა და სიგრძის ნამატის ამსახველი მონაცემები, მოცემულია შესაბამის ცხრილებში.

ცხრილი 1.

ბავშვის წონისა და სიგრძის ნამატი 0 – 12 თვის ასაკში.

ასაკი თვეებში	წონის თვიური ნამატი გრამებში	წონის ნამატი განვლილ პერიოდში გრამებში	სიგრძის თვიური ნამატი სანტიმეტრებში	სიგრძის ნამატი განვლილ პერიოდში სანტიმეტრებში.
1	600	600	3	3
2	800	1400	3	6
3	800	2200	2.5	8.5
4	750	2950	2	11
5	700	3650	2	13
6	650	4300	2	15
7	600	4900	2	17

8	550	5450	2	10
9	500	5950	1.5	20.5
10	450	6400	1.5	22
11	400	6800	1.5	23.5
12	350	7100	1.5	25
12-24		2500-3000		12-19
24-36		2000		5

ანუ, თუ გსურთ, რომ გამოთვალოთ, რამდენს უნდა იწონიდეს ა როგორი უნდა იყოს ბავშვის სიგრძე რომელიმე ასაკში – დაბადებისას არსებულ წონას (და სიგრძეს) უნდა მიუმატოთ ის ნამატი, რომელიც აღნიშნულ ცხრილშია მოცემული.

მაგ. თუ ბავშვი არის 7 თვის და ის დაიბადა 3500 გრამი – 3500 გრამს უნდა მიუმატოთ 4900 გრამი, ანუ წონის ის რაოდენობა, რომელიც ამ ხნის მანძილზე უნდა მოიმატოს ჯანმრთელმა, ბუნებრივ კვებაზე მყოფმა ბავშვმა და მიიღებთ, რომ ეს წონა არის – 8300 გრამი. ასევე ანგარიშობთ საჭირო სიგრძესაც.

აღნიშნული ცხრილების გარეშე, გარკვეულ ასაკში, ამ ასაკისათვის საჭირო წონა, მიახლოებით, შეიძლება შემდეგი ფორმულის საშუალებითაც გამოითვალოთ:

1. ბავშვის წონა 6 თვემდე = დაბადების წონა + (ასაკი თვეებში X 600).
2. ბავშვის წონა 6 თვის შემდეგ = დაბადების წონა + (ასაკი თვეებში X 700).

ბავშვის წონა ორმაგდება 6 თვისა და სამმაგდება 12 თვის ასაკში.

ცხრილ 2-ში მოცემულია, თუ, რა რაოდენობის საკვები უნდა მიიღოს სხვადასხვა ასაკის, ბუნებრივ კვებაზე მყოფმა ბავშმა, 24 საათის განმმავლობაში.

ცხრილი 2.

24 საათში საჭირო საკვების რაოდენობა სხვადასხვა ასაკის ბავშვებისათვის, ბუნებრივი კვების დროს.

1. 2 – 6 კვირის ასაკის ბუნებრივ კვებაზე მყოფმა ბავშმა, 24 საათის განმავლობაში, უნდა მიიღოს თავისი სხეულის მასის 1/5 –ის რაოდენობის მოცულობის საკვები
2. 6 კვ. – 4 თვემდე – 1/6.
3. 4 თვ. – 6 თვემდე – 1/7.
4. 6 თვ. – 9 თვემდე – 1/8.

კვებათა სიხშირე დღე-ღამის განმავლობაში, სხვადასხვა ასაკის ბავშვებში, ბუნებრივია, სხვადასხვაა და მცირდება ასაკის მატებასთან ერთად.

ცხრილ 3-ში მოცემულის 24 საათში კვების სიხშირე სხვადასხვა ასაკის, ბუნებ-რივ კვებაზე მყოფ ბავშვებში.

ცხრილი 3.

კვებათა სიხშირე 24 საათში, ბუნებრივ კვებაზე მყოფ სხვადასხვა ასაკის ბავშბებში.

1. ახალშობილობის პერიოდი (21 დღემდე ასაკი) 7 ჯერადი კვება.
2. 1 დან 5 თვემდე ასაკში – 6 ჯერადი კვება.
3. 5 დან 11 თვის ასაკში – 5 ჯერადი კვება.
4. 11 თვიდან – 4 – 5 ჯერადი კვება.

ანუ, თუ ბავშვი არის 7 თვის და მისი სხეულის მასა შეადგენს 8300 გრამს, 24 საათის განმავლობაში მან უნდა მიიღოს თავის სხეულის მასის 1/8 –ის რაოდენობის საკვები. რაც შეადგენს დააახლოებით 1000 მლ.-ს (1.0 ლიტრს). საკვების აღნიშნული რაოდენობა მან უნდა მიიღოს 5 –ჯერადად. ნუ თვითოეულ კვებაზე უნდა მიიღოს დაახლოებით 200 მლ. რაოდენობის საკვები.

ცხრილ 4-ში მოცემულის ბუნებრივ კვებაზე მყოფი 1 წლამდე ასაკის ბავშვის კვების დღიური რაციონის საორიენტაციო სქემა.

ცხრილი 4.

ბავშვის ასაკი თვეებში	კვებათა რაოდენობა	საკვების რაოდენობა და დასახელება	კვების სავარაუდო საათები
1	6	ქალის რძე – 110 მლ.	6
2	6	ქალის რძე – 135 მლ.	6
3	6	ქალის რძე – 150 მლ.	6
4	6	ქალის რძე – 160 მლ.	6
5	5	1. ქალის რძე – 200 მლ. 2. ქალის რძე – 200 მლ. 3. ფაფა – 200 მლ. + გახეხილი ვაშლი – 30,0 გრ. 4. ქალის რძე – 200 მლ. გახეხილი ვაშლი – 30,0 გრ. 5. ქალის რძე – 200 მლ.	7.00 11.00 15.00 19.00 23.30
6	5	1. ქალის რძე – 200 მლ. 2. ფაფა– 200 მლ. + გახეხილი ვაშლი 30.0 3. ფაფა 200-210 გრ. 4. ქალის რძე – 200 მლ. 5. ქალის რძე – 200 მლ.	7,00 11.00. 15.00 19.00 23.30
7	5	1. ქალის რძე – 200 მლ. 2. ფაფა– 200–220 მლ. 3. ფაფა– 200.0 გრ. + ხორცის ფარში – 30.0 + გახეხილი ვაშლი– 40. 4. ქალის რძე – 200 მლ. 5. ქალის რძე – 200 მლ.	7.00 11.00 15.00 19.00 23.30.
8	5	1. ქალის რძე – 210 მლ. 2. ფაფა– 220-230 გრ. + გახეხილი ვაშლი – 40 გ. 3. ფაფა220–230 გრ. ფარში – 30 გრ. + ნახმობი – 30 გრ. 4. ქალის რძე – 200 გრ.. 5. ქალის რძე – 200 მლ.	7.00 11.00 15.00 19.00 23.30.

9	5	1. ქალის რძე – 220 მლ. 2. ფაფა – 220-230 გრ. + გახეხილი ვაშლი – 50 გრ. 3. ფაფა – 220–240 გრ. + ხორცის ფარში –50 გრ. + ნახმობი – 30 გრ.+ გახეხილი ვაშლი 50 გრ. 4. მაწონი – 200 მლ. + ხაჭო – 15 გრ. 5. ქალის რძე – 200 მლ.	7.00 11.00 15.00 19.00 23.30.
10	5	1. ქალის რძე – 220 მლ.. 2. ფაფა– 230–240 მლ. + გახეხილი ვაშლი – 50 მლ 3. ფაფა– 230–240 გრ + ხორცის ფარში – 50 გრ. + ნახმობი – 50 გრ. + გახეხილი ვასლი – 50 გრ. 4. მაწონი – 200 მლ. + გახეხილი ვაშლი–50 გრ 5. ქალის რძე – 200 გრ.	7.00 11.00 15.00 19.00 23.30
11	5	1. ქალის რძე – 220 მლ. + ხაჭო – 15 გრ. 2. ფაფა – 250 მლ. + 1/2 კვერცხის გული+გახეხილი ვაშლი–50 მლ 3. ბოსტნეულის სუპ-პიურე – 180 გრ. (ხორცის ნახარშზე) + გუფთა – 70 გრ. + ნახმობი – 50 გრ. + გახეხილი ვაშლი – 50 გრ. 4. მაწონი – 200 მლ. + გახეხილი ვაშლი–50 გრ 5. ქალის რძე – 200 გრ	7.00 11.00 15.00 19.00 23.30
12	4	1. ქალის რძე – 250 მლ. 2. ფაფა – 250 მლ. + 1/2 კვერცხის გული + ხილი – 50 გრ 3. ბოსტნეულის სუპ-პიურე – 180 გრ.(ხორცის ნახარშ-ზე) + გუფთა – 70 გრ. + პური– 60 გრ. + ხილი – 50 გრ. 4. მაწონი – ან ქალის რძე 250 მლ.	8.00 12.00 16.00 21.00

შენიშვნა: დამატებითი საკვები ინგედიენტების დასახელება დ
რაოდენობა არის საორიენტაციო და დამოკიდებულია საკვებაც
გამოყენებული პროდუქტის სახეობასა და შემადგენლობაზე. ზოგ
ერთი, ქარხნული წესით დამზადებული, მზა საკვები პროდუქტი, მაგ
ფაფა, შეიძლება შეიცავდეს ხორცის, კვერცხის და ხილის ნარევსაც
კი, რაც გამორიცხავს მათი დამატებით მიღების საჭიროებას.

**მაგრამ, როგორც უკვე რამდენჯერმე ავღნიშნეთ, კვებათა რაო
დენობა 24 საათის განმავლობაში არის ინდივიდუალური და აქ
მოყვანილი წესები არის უფრო საორიენტაციო, და სასურველი და
არა მკაცრად განსაზღვრული.**

დაბადებიდან პირველი 1 თვის განმავლობაში, ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს არა 7 – ჯერადი, არამედ კვების უფრო ხშირი მოთხოვ
ნილება და საკვების არა მკაცრად რეგულარულად, არამედ დროის განსხვავებულ ინტერვალებში მიღების სურვილი. ამიტომ, არ
არის აუცილებელი მკაცრად დაიცვათ ზემოთ მოცემული ცხრილის მითითებები და ატიროთ და ანერვიულოთ ბავშვი იმ მიზნით, რომ მან აუცილელად ყოველ 3 საათში მიიღოს საკვები და არა მაგ. 2,5 საათში, როგორც ეს მას თავად სურს. დროთა განმავლობაში ბავშვი თავად დაარეგულირებს კვების რეჟიმს და როგორც წესი, ეს რეჟიმი მაქსიმალურად ემთხვევა იმ საათობრივ თუ რაოდენობრივ მოთხოვნებს, რომელზეც ზემოთ გვქონდა საუბარი. **თუმცა ინდივიდუა
ლური თავისებურებების გათვალისწიუნება სასურველია მთელი ცხოვრების მანძილზე.**

თუ ეჭვი გიჩნდებათ, რომ ბავშვის კვება არის არასრულფასოვანი და ამ მიზეზით შეფერხებულია მისი ფიზიოლოგიური განვითარება, უნდა ეძებოთ ამის მიზეზი და თუ ასეთ მიზეზს ვერ ნახულობთ – მიმართოთ ექიმს.

ზოგ შემთხვევაში, ასეთი მიზეზები შეიძლება იყოს რამდენიმე და კომბინირებულად მჟღავნდებოდეს. მაგ. თუ ბავშვი ხშირად ჭირვეუ
ლობს, არა იმიტომ, რომ საკვები არ ყოფნის, არამედ იმის გამო, რომ მასზე რაიმე გარე ფაქტორები მოქმედებს (ვთქვათ გარემოს ტემპერატურა), თქვენ კი, დასაწყნარებლად მას ხშირად აძლევთ ძუძუს (მაგ. ყოველ 1 საათში ან უფრო ხშირადაც) – ამ შემთხვევაში,

შეიძლება, ერთი მხრივ, დაირღვეს მონელების პროცესი და გაზების წარმოქმნის გამო, ბავშვმა კიდევ უფრო მეტად იჭირვეულოს და მეორე მხრივ, შეფერხდეს რძის სეკრეციის მასტიმულირებელი ჰორმონის – პროლაქტონის, გამომუშავება და შესაბამისად, შეფერხდეს რძის გამოყოფის პროცესი.

ამიტომ, კვების ეფექტიანობის შეფასებისას და ამ პროცესში რაიმე ხარვეზის აღმოფხვრის მცდელობისას, ძალიან უნდა იფრთხილოთ და კონსულტაცია მიიიღოთ სპეციალისტისაგან.



ძუძუდან რძის გამოწურვა.

ზოგ შემთხვევაში (მაგ. დაბადებიდან პირველ დღეებში, ბავშვი ვერ ახერხებს ძუძუს მთლიანად გამოწოვას ჭარბი რძის, ძუძუს დვრილის რაიმე პრობლემის ან სხვა მიზეზის გამო), საჭირო ხდება ძუძუდან რძის გამოწურვა. ეს პროცესი შეიძლება განხოციელდეს ხელით ან სპეციალური მექანიკური ან ელექტრო გამომწოვის საშუალებით. იმ შემთხვევაში, თუ წოვის შემდეგ, ძუძუ მთლიანად არ იცლება, ძუძუ
დან რძის გამოწურვა ასტიმულირებს რძის შემდგომ სეკრეციას. რძის გამოწურვის დროს ძუძუს თავები შედარების დაცულია ტრავმისაგან და მისი გაღიზიანების შემთხვევაში, ხელს უწყობს ნახეთქებისა და დაზიანებული კანის მოშუშების პროცესს. გამოწველილი რძე, თუ მის გამოყენებას აპირებთ, უნდა შეინახოთ მაცივარში. აღნიშნული პროცედურა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ შემთხვევში, თუ მუშაობთ ან სწავლობთ და საშუალება არა გაქვთ, ყველა კვება, ძუძუს საშუალებით მისცეთ ბავშვს. გამოყენების წინ, გამოწველილი რძე, უნდა შეათბოთ სხეულის ნორმალურ ტემპერატურამდე.



შემატებული კვება.

ზოგ შემთხვევაში (მაგ. სამსახურში ან სასწავლებელში სიარული, რძის არა საკმარისი რაოდენობა) ვერ ხერხდება ბავშვისათვის მთელი დღის განმავლობაში ძუძუს მიცემა ან საერთოდ ქალის რძით კვება ყველა ჯერზე და საჭირო ხდება ხელოვნური საკვები ნარევის გამოყენება კვების გარკვეულ სააათებში. თუ დედას საკმარისი რძე აქვს, მაგრამ იგი ვერ ატარებს დღის მთელ პერიოდს ბავშვთან, ამ

შემთხვევაში, ბავშვის საკვებად, სრულიად შესაძლებელია დედის გამოწველილი რძის გამოყენება, რომელიც ინახება მაცივარში და საკვებად გამოყენების წინ უნდა შეთბეს სხეულის ნორმალურ ტემპერატურამდე. თუ რაიმე მიზეზის გამო, რძის გამოწველა და მისი გამოყენება ვერ ხერხდება, ბავშვის საკვებად უნდა გამოვიყენოთ ის ხელოვნური საკვები ნარევი, რომელიც რეკომენდირებულია ამ ასაკის ბავშვისათვის.

ამ შემთხვევაში, ხელოვნური საკვები ნარევის რაოდენობა არის კვების ერთ ჯერზე განსაზღვრული, დედის რძის რაოდენობის იდენტური.

საკვები ნარევი უნდა დაამზადოთ ყოველი კვების წინ და საკვებად გამოიყენოთ დამზადებისთანავე. თუ გამოწველილ დედის რძეს ან ხელოვნურ საკვებ ნარევს ბავშვს აძლევთ საწოვარით, აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოთ, რომ საწოვარას ხვრელი არ უნდა იყოს იმდენად ფართე, რომ საკვები გადმოდიოდეს თავისუფლად. ბავშვს უნდა სჭირდებოდეს ენერგიული წოვითი მოძრაობები საკვების მოსაპოვებლად. წინააღმდეგ შემთხვევაში, პატარა შეიძლება "გაზარმაცდეს" და უარი თქვას ძუძუს წოვაზე. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია ის ფაქტორიც, რომ საწოვარადან სწრაფად გადმოდენილი რძე ასევე სწრაფად ავსებს კუჭს და ეს შეიძლება პრობლემა გახდეს საკვების მონელებისათვის.



ძუძუს გაშვების პროცესი.

ბავშვთა უმრავლესობა, 6 დან 12 თვის ასაკში, თანდათან ამცირებს ძუძუთი კვებას და გადადის სხვადასხვა დამატებით საკვებზე. საკითხი, თუ რამდენი ხანი შეიძლება ბავშმა მიიღოს დედის რძე, საკამათოა დღემდე და მასზე ერთიანი, ჩამოყალიბებული აზრი არ არსებობს. ეს ალბათ დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, როგორიცაა ქვეყნის ტრადიციები, ეკონომიკური და კულტურული განვითარების დონე, ქალის ადგილი საზოგადოებაში და ა.შ.

წინა საუკუნის 80-იან წლებამდე ითვლებოდა, რომ ოპტიმალური ასაკი, როდემდეც შეიძლება ბავშვს დედის რძე მიეღო იყო 12 თვე. ამ პერიოდის შემდეგ, ერთეული გამონაკლისის გარდა, პარაქტიკულად

ცელა ბავში, წყვეტდა ძუძუთი კვებას. ეს მიდგომა იმითი იყო გამოწვეული, რომ მეცნიერთა შეხედულებით, ამ პერიოდიდან, ქალის რძეს აღარ გააჩნდა მნიშვნელოვანი კვებითი ღირებულება. დღეისათვის ეს შეხედულება შეცვლილია და მეცნიერთა უმეტესობა მიიჩნევს, რომ **ძუძუთი კვება შეიძლება გაგრძელდეს 2 წლამდეც** და რომ, ძუძუდან მოცილება, ისევე, როგორც კვების რეჟიმი, ინდივიდუალური უნდა იყოს და ყველა ბავშვზე ერთნაირად არ უნდა ვრცელდებოდეს. გარდა ამისა, უფრო ცხადი გახდა ის იმუნო-ბიოლოგიური და ფსიქოლოგიური ფაქტორები, რაც დედის ძუძუთი კვებას ახლავს თან და რაც ძალიან მნიშვნელოვანია პიროვნების ფსიქო-ემოციური სტრქტურის ჩამოყალიბებისა და განვითრების პროცესში.

მაგრამ, ასეა თუ ისე, დღეისათვის ყველა თანხმდება, რომ 5 – 6 თვემდე ასაკის ბავშვისათვის ქალის რძე ოპტიმალური საკვებია და ამ პერიოდში, ჯანმრთელი დედის ჯანმრთელი ჩვილისათვის სხვა საკვები ინგრედიენტების დამატების არავითარი აუცილებლობა არ არსებობს. 6 – თვის ასაკიდან ბავშვს შეიძლება თანდათან მისცეთ ხელოვნური საკვები ნარევის, ხაჭოს, მაწონის, პურის, ხორცისა და ბოსტნეულის გარკვეული რაოდენობა და 10 – 12 თვის ასაკიდან კი მყარი საკვებიც.

1 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების საორიენტაციო რაციონი მოცემულია მე-4 ცხრილში.

დამატებით საკვებზე გადასვლა არ უნდა მოხდეს ერთბაშად. ხელოვნური საკვები ნარევი, დასაწყისში, ბავშმა უნდა მიიღოს მცირე ულუფებით და ძუძუს მიღებამდე. თავიდან, უმჯობესია ჩაანაცვლოთ ერთი კვება თანდათანობით – როდესაც ძუძუს მიღებამდე, ბავშვს ყოველდღიურად მისცემთ სხვა საკვების (ძირითადად ფაფის) მზარდ რაოდენობას, ვიდრე, ამ, ერთ ჯერზე, მთლიანად არ ჩანაცვლდება ძუძუ. საკვები, ბავშვს შეიძლება მისცეთ როგორც საწოვარათი, ისე კოვზით.

დამატებითი საკვების მიღება ყოველთვის არ ხდება უმტკივნეულოდ. ამ დრომდე ბავშვი შეჩვეულია ძუძთი კვებას. მისი გემოვნების რეცეპტორები ადაპტირებულია თქვენი რძის გემოსთან. ბავშვს მოსწონს ეს გემო. მოსწონს ძუძუს წოვის პროცესი და ამ დროს თქვენთან სიახლოვის შეგრძნება. ამიტომ, კვების პროცესი მისთვის დადებითი ემოციის საფუძველია. **ახალი გემოს აღქმა, ამ ასაკში,**

გარკვეული სტრესია და იგი შეგუებას მოითხოვს. ზოგი ბავშვისათვის ეს ადვილი დასაძლევია. ზოგისათვის – კი, ნაკლებად. ამიტომაა უმჯობესი, რომ ახალი საკვები ბავშმა მაშინ მიიღოს, როცა იგი მშიერია და შიმშილის რეფლექსი თრგუნავს ყველა სხვა რეფლექსს. ახალი საკვების მცირე რაოდენობით მიღების შემდეგ, ბავშვს უნდა მისცეთ ძუძუ, რათა მან კვლავ იგრძნოს ის სიამოვნება, რაც მის წარმოდგენაში კვებას ახლავს თან. ახალი საკვების რაოდენობა უნდა გაზარდოთ ყოველდღიურად და საბოლოოდ, ძუძუთი ერთ-ერთ კვებას, სრულიად ჩაანაცვლებთ სხვა საკვებით.

მაგრამ, თუ ძუძუთი კვების ნაწილობრივ ჩანაცვლება ახალი საკვებით, შედარებით უმტკივნეულო პროცესია, ამას ყოველთვის ვერ ვიტყვით ძუძუდან მთლიანად მოცილების პროცესზე.

როდესაც, წიგნის დასაწყისში, ძუძუთი კვების მნიშვნელობასა და უპირატესობაზე ვსაუბრობდით უკვე მოგახსენეთ, რომ დედის ძუძუთი კვება არის ის უმნიშვნელოვანესი ადაპტაციური ფაქტორი, რომელიც, როგორც ახალშობილს, ისე ქალს იმ სტრესის დაძლევაში ეხმარება, რაც "დედა-ნაყოფი" კომპლექსის დარღვევითაა გამოწვეული. დედის წიაღის დატოვებით გამოწვეული სტრესი, ბავშვის ზრდისა და განვითარების პროცესში თანდათან მცირდება, თუმცა ფსიქიკის ქვეცნობიერი სფეროს სტრუქტურებზე მის გავლენა მთელი ცხოვრების განმავლობაში შეიძლება იყოს შენარჩუნებული და მჟღავნდებოდეს ქცევის სხვადასხვა ასპექტში.

1 დან 2 წლამდე ასაკში, როდესაც ბავშვს აიძულებენ უარი თქვას ბუნებრივ კვებაზე, დედის ძუძუსაკენ ქვეცნობიერ ლტოლვას და ამ გზით დედასთან ერთიანობის შენარჩუნების სურვილს ემატება ის გაცნობიერებული სიამოვნებაც, რაც ამ ასაკში დედის რძის გემოს შეგრძნებას უკავშირდება. **ამიტომ, ძუძუსთან განშორება, მისთვის, დიდი ემოციური და ფიზიკური სტრესია და აბსოლუტურად უმეტეს შემთხვევაში, კატეგორიულად ეწინააღმდეგება მას.**

ამ მდგომარეობის შესანიშნავი ამსახველი მხატვრულ-დოკუმენტური ნაწარმოებია, ცნობილი უკრაინელი მწერლის, **მიხაილ ზოსჩენკოს „**მზის ამოსვლის წინ," სადაც მწერალი დოკუმენტურად აღწერს თავის ბიოგრაფიის იმ წლებს, როდესაც იგი, სრულიად ახალგაზრდა, თითქოსდა უმიზეზოდ, მძიმე ნევროზით დაავადდა

და მხოლოდ იმის შემდეგ განიკურნა, რაც გააცნობიერა, რომ ეს მდგომარეობა, მისი ჩვილობის პერიოდში, დედის ძუძუდან მოცილებით გამოწვეულ განცდებთან იყო დაკავშირებული.

ერთი ჩემი მეგობარი მიამბობდა, რომ, როგორც დედისაგან იცოდა, 1,5 წლის ასაკამდე სწოვდა ძუძუს. არაფრით არ ანებებდა თავს. დედა ყველა ღონეს ხმარობდა და ბოლოს ქინაქინაც კი წაუსვამს ძუძუზე (ქინა-ქინა მალარიის საწინააღმდეგო წამალი იყო და საშინლად მწარე გემო ჰქონდა) მაგრამ სრულიად უშედეგოდ. ბოლოს, ქალს კარაქი წაუსვამს ძუძუს თავებზე და როგორც კი ძუძუ პირში ჩავიდე, მაშინვე დებინება დამწყებიაო – ამბობდა ჩემი მეგობარი. საინტერესო კი ისაა, რომ ამის შემდეგ მას კარაქი აღარ უჭამია. იმდენად ეზიზღებოდა, რომ, ბავშვობაში იმ მაგიდასთანაც კი ვერ ჯდებოდა საჭმელად, სადაც კარაქი იდო და შემდეგაც, ვერაფრით ვერ შეძლო – კარაქისათვის, თუნდაც გემო გაესინჯა.



ძუძუთი კვების უკუჩვენებები.

ძუძუთი კვების უკუჩვენება შეიძლება გამომდინარეობდეს დედიდან ან ბავშვის მდგომარეობიდან. ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მიზეზი, როდესაც დედის რძის მიღება ბავშვისთის დაუშვებელია, **არის დედის აივ ინფექცია.** თუმცა, განვითარებად ქვეყნებში, სადაც, ზოგჯერ, შეუძლებელია ბავშვის ხელოვნური საკვები ნარევით კვება, ეს მიდგომა არარეალურია.

ალერგენები, რომელთა არსებობაც დადასტურებულია დედის რძეში და რომლებიც ბავშვში ალეგიულ გამოვლინებებს იწვევს, ვერ იქნება ძუძუზე უარის თქმის მიზეზი. ასეთ შემთხვევაში, დედის საკვები რაციონიდან, უნდა მოხდეს ამ ალერგიული საკვები პროდუქტის ამოღება და გაგრძელდეს ძუძუთი კვება. ძუძუს წოვას შეიძლება აძნელებდეს "ჩაბრუნებული" ან ძალიან მცირე ზომის ძუძუს თავები. თუმცა, მასაჟებითა და გულმოდგინე მცდელობებით, გარკვეული დროის განმავლობაში, ამ მდგომარეობის კორექცია შესაძლებელია. ეს ქმედება უნდა დავიწყოთ ბავშვის დაბადებამდე ბევრად ადრე.

ძუძუს წოვას ართულებს ძუძუს თავის ნახეთქები და კანისა და ლორწოვანი გარსის ანთებითი დაზიანება. ამ დროს, წოვით გამოწვეული ფიზიკური გაღიზიანება აუარესებს მდგომარეობას.

ამიტომ, უმჯობესია, გარკვეული პერიოდი, ბავშვი ვკვებოთ ჩამოწველილი რძით და ძუძუს წოვა განვაახლოთ, მხოლოდ თავების მოშუშების შემდეგ. ძუძუს წოვისათვის მნიშვნელოვან დაბრკოლებას ქმნის მასტიტიც და ამ დროსაც შეიძლება ბავშვი ვკვებოთ ჩამოწველილი რძით.

დედის მწვავე ინფექციები ძუძუს წოვის შეჩერებისაკენ გვიბიძგებს. ასეთ შემთხვევაში, ბავშვმა ძუძუ შეიძლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიიღოს, თუ მასაც იგივე ინფექცია აღენიშნება. თუ დედას აღენიშნება სეფსისი, მწვავე ტუბერკულოზი, ტიფოზური ცხელება, მალარია ან ძუძუს კიბო – ძუძუთი კვება უნდა შეწყდეს. ძუძუთი კვება ასევე უნდა შეწყდეს, თუ დედა მძიმე ნევროლოგიური და ფსიქიური პათოლოგიითაა დაავადებული.



ხელოვნური კვება (კვება ხელოვნური საკვები ნარევით).

დღეისათვის შემუშავებული და ბავშვის კვებისათვის გამოყენებული საკვები ნარევები, თავის ქიმიური შემადგენლობით, მაქსიმალურად არის მიახლოებული ქალის რძესთან, რაც, ასევე მაქსიმალურად უზრუნველყოფს ბავშვის ნორმალურ ფიზიკურ განვითარებას (სხეულის მასა, სიგრძე, სისხლის და სხვა ბიოქიმიური მაჩვენებლები, ნივთიერებათა ცვლის თავისებურება და სხვა).

თუმცა, აუცილებლად, კიდევ ერთხელ, უნდა ხაზგასმით ავღნიშნო, რომ ხელოვნური საკვები ნარევის იმუნო-ბიოლოგიური თვისებები ვერასოდეს ვერ იქნება ქალის რძის სრული ანალოგი, ხოლო ის, ემოციური სარგებელი, რასაც ბავშვი ძუძუთი კვების დროს იღებს, ვერასოდეს ვერ მიიღწევა საწოვარათი თუ კოვზით კვების შემთხვევაში. გარდა ამისა, ძუძუთი კვებას აქვს ძალიან მნიშვნელოვანი ეკონომიკური ეფექტი, რაც ანგარიშგასაწევი ფაქტორია განვითარებად ქვეყნებში მცხოვრები და საერთოდ, მცირე შემოსავლიანი ოჯახებისათვის.

დღეისათვის, მსოფლიო ბაზარზე, არსებობს ბავშვთა კვებისათვის საჭირო ხელოვნური ნარევის (ფორმულის) დიდი არჩევანი. ეს პროდუქტები ერთმანეთისაგან განსხვავდება თავიანთი შემადგენ-

ლობით. თუმცა, უმეტეს შემთხვევაში, ეს განსხვავება მნიშვნელოვანი არ არის.

საკვებ ნარევთა აბსოლუტური უმრავლესობა, რომელიც ჯანმრთელი ბავშვის კვებისათვის გამოიყენება, დამზადებულია ძროხის რძისაგან. თუმცა, ეს, არავითარ შემთხვევაში არ ნიშნავს იმას, რომ ძროხის რძისა და მისგან დამზადებული საკვები ნარევის შემადგენლობა იდენტურია და რომ, ძროხის რძე ისეთივე წარმატებით შეიძლება გამოვიყენოთ ბავშვის კვებისათვის, როგორც მის ბაზაზე შექმნილი ხელოვნური საკვები ნარევი.

ძროხის რძეში არსებული ცილების, ნახშირწყლებისა და ცხიმების შემადგენლობა და თვისებები, მნიშვნელოვნად განსხვავდება ქალის რძის ანალოგიური ინგრედიენტებისაგან და მათი შეწოვისა და თვისების ხარისხი ბევრად ჩამორჩება ქალის რძეში შემავალი ანალოგიური ნივთიერებების შეწოვისა და შეთვისების ხარისხს. იგივე შეიძლება ითქვას, ძროხისა და ქალის რძეში შემავალ მინერალებსა და მიკროელემენტებზე. ამიტომ, ხელოვნური საკვები ნარევის დასამზადებლად, ხდება ძროხის რძის შემადგენლობის მოდიფიცირება და მას, სხვა მრავალი ინგრედიენტიც ემატება, რათა საკვების თვისებები მაქსიმალურად უახლოვდებოდეს ქალის რძის თვისებებს.

საკვებ ნარევთა შემადგენლობა განსხვავებულია სხვადასხვა ასაკისათვის. გარდა ჯანმრთელი ბავშვის კვებისათვის საჭირო საკვები ნარევებისა, არსებობს სხვადასხვა მდგომარეობისა და დაავადების შესაფერი ნარევები (მაგ. ნარევი დღენაკლი ახალშობილისათვის. ნარევები ალერგიული ბავშვებისათვის. ნარევები რძის ცილის ან ნახშირწყლების მიმართ აუტანლობის, კუჭ-ნაწლავის სხვა და ხვა პათოლოგიის მქონე ბავშვებისათვის და სხვა).

როდესაც დედა იძულებულია, რაიმე მიზეზით, უარი თქვას ბავშვის ძუძუთი კვებაზე და მისცეს მას ხელოვნური ნარევი – აუცილებელია სპეციალისტის კონსულტაცია, რათა მან, ზუსტად შეარჩიოს იმ ტიპის საკვები, რომელიც იმ კონკრეტულ შემთხვევაში, იმ კონკრეტული ასაკისა ბავშვისათვისაა საჭირო, ყველა იმ თავისებურებების გათვალისწინებით, რაც ამ ინდივიდისთვისაა (ბავშვისთვისაა) დამახასიათებელი.

ხელოვნური საკვები ნარევით (ფორმულით) კვების ტექნიკა.

ხელოვნური ნარევით კვების ტექნიკა ბუნებრივი კვების ანალო-
გიურია. აქ განსხვავება მხოლოდ იმაშია, რომ ბავშვი საკვებს
იღებს არა ძუძუდან, არამედ – სპეციალური ბოთლიდან, საწოვარას
საშუალებით. კვების პროცესი მაქსიმალურად კომფორტული უნდა
იყოს, როგორც დედის (თუ ძიძის) ისე ბავშვისათვის. პირველ რიგში
უნდა განისაზღვროს, რა სახის და რა რაოდენობის საკვები ნარევის
საჭირო კონკრეტულ შემთხვევაში და რამდენჯერ უნდა მიიღოს
ბავშვმა ეს საკვები დღის განმავლობაში. ამისათვის საჭიროა ვიცოდეთ
ბავშვის ასაკი და ზუსტად განვსაზღვროთ მისი სხეულის მასა (წონა).

ამის შემდეგ, სპეციალურ ცხრილში ვპოულობთ თუ რა რაოდენობის
(მოცულობის) საკვები უნდა მიიღოს ამ ასაკის და წონის ბავშვმა
დღის განმავლობაში თვითოეულ კვებაზე. საკვების ნარევი უნდა
მომზადდეს ყველა კვების წინ, იმ სპეციალური ინსტრუქციის ზუსტი
დაცვით, რომელიც თან ახლავს საკვების პაკეტს (ან ქილას).

კვების დროს ბავშვი უნდა იყოს მშრალი, მშიერი და ფხიზელი.
ტანსაცმელი ან სახვევები არ უნდა უქმნიდეს მას დისკომფორტს.
გარემოს ტემპერატურა უნდა იყოს ოპტიმალური და ასევე არ უნდა
უქმნიდეს ბავშვსა და დედას (ან ძიძას) დისკომფორტს. საკვების
ტემპერატურა უნდა იყოს დაახლოებით, სხეულის ტემპერატურის
ტოლი. საკვების ტემპერატურის გაზომვა ხდება მარტივად – რამდე-
ნიმე წვეთის დაწვეთებით ხელის მაჯაზე. კვების დროს, ბავშვი უნდა
გეჭიროთ ნახევრად ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში. საწოვარას
ნახვრეტი არ უნდა იყოს დიდი ზომის, საიდანაც რძე თვითდინებით
გადმოდის დიდი რაოდენობით. ბოთლი უნდა დაიჭიროთ ისე, რომ
საწოვარაში არ მოხვდეს ჰაერი. საწოვარადან რძის დიდი რაოდე-
ნობით მოხვედრა ბავშვის პირის ღრუში, შეიძლება რძის სასუნთქ
სისტემაში მოხვედრის (ასპირაცია) მიზეზი გახდეს. ამ მიზეზით,
შემდგომში, შეიძლება შუა ყურის ანთებაც განვითარდეს. საწოვარაში
ჰაერის მოხვედრის შემთხვევაში, ბავშვი ყლაპავს ჰაერს, რაც მუცლის
შებერილობის, ბოყინის, წამოქაფების ან ღებინების მიზეზი შეიძლება
გახდეს.

საწოვარათი კვების დროს, ბავშვი სწოვს 5 – 25 წუთის განმავლო-
ბაში, რაც მის ასაკზე, მადაზე და ტემპერამენტზეა დამოკიდებული.
კვების დამთავრების შემდეგ, 6 – 7 წუთის განმავლობაში, ბავშვი

უნდა გეჭიროს ვერტიკალურ მდგომარეობაში, ზურგით თქვენს მკერდზე მიყდნობილი, რათა მოახერხოს გადაყლაპული ჰაერის კუჭიდან ამოსროლა (რეგურგიტაცია). ამ დროს, ჰაერთან ერთად შეიძლება ამოვიდეს მცირე რაოდენობით საკვები მასაც (წამოქაფება), რაც არ არის საშიში.

საკვები ნარევის საწოვარათი კვების შემთხვევაში, ადვილია განსაზღვროთ თვითოეულ კვებაზე და 24 საათში მიღებული საკვების რაოდენობა და შეადაროთ იგი თქვენს ხელთ არსებულ სტანდარტულ მაჩვენებლებს. რაც მნიშვნელოვანი საშუალებაა კვების შესაფასებლად. თუმცა, ისევე, როგოც ძუძუთი კვების დროს, **კვების ეფექტიანობის შესაფასებლად, უფრო მნიშვნელოვანია არა ის, თუ რა რაოდენობით და რა სახის საკვები მიიღო ბავშმა, არამედ ის, თუ როგორია მისი ფიზიკური და ფსიქიკური განმვითარება ამ კვების პირობებში.**

რაც შეეხება, კითხვას, რამდენჯერ უნდა კვებოთ ბავშვი დღის განმავლობაში საკვები ნარებით? ეს დამოკიდებულია ბავშვის ასაკზე და იმაზე, მხოლოდ ხელოვნურ საკვებ ნარევს იღებს ბავშვი თუ ეს საკვები პროდუქტი, მხოლოდ დამატებით გამოიყენება ბუნებრივი კვების პერიოდში.

როდესაც ბავშვი დაბადებიდანვე მხოლოდ საკვები ნარევით იკვებება, კვებათა შორის ინტერვალის საუკეთესო ვარიანტი, 3 – 4 საათია (უპირატესად 3,5 – 4 საათი) რადგან ქალის რძისაგან განსხვავებით, ხელოვნური საკვები ნარევის გადამუშავებას მეტი დრო ესაჭიროება და ახალშობილის კუჭი, 3 საათის განმავლობაში, ვერ ასწრებს ბოლომდე დაცარიელებას.

სხვა წესები და პრინციპები, ძუძუთი კვების ანალოგიურია. სიცოცხლის პირველ თვეს, ხელოვნური ნარევით კვების დროსაც, სასურველია დაცული იყოს „თავისუფალი კვების რეჟიმი“. საკვების რაოდენობის გაანგარიშებაც, როგორც 24 საათის, ისე კვების თვითოეული ჯერის მიხედვით, ხდება იგივე წესით, როგორც ამას ბუნებრივი (ძუძუთი) კვების შემთხვევაში აკეთებთ.

ცხრილ 4-ში მოცემულია კვების საორიენტაციო რეჟიმი ხელოვნური ნარევით კვებაზე მყოფი 1 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის.

ცხრილი 4.

ბავშვის ასაკი თვეებში	კვებათა რაოდენობა	საკვების რაოდენობა და დასახელება	კვების საათები
1 თვის	6	საკვები ნარევი. 110.0 მლ. (საორიენტაციო რაოდენობა).	6.00 9.30 13.00 16.30 20.00 23.00
2 თვის	6	საკვები ნარევი. 130.0 მლ. (საორიენტაციო რაოდენობა).	6.00 9.30 13.00 16.30 20.00 23.00
3 თვის.	6	საკვები ნარევი. 140.0 მლ. (საორიენტაციო რაოდენობა).	6.00 9.30. 13.00 16.30 20.00 23.00
4 თვის	6	საკვები ნარევი. 150.0 მლ. (საორიენტაციო რაოდენობა)	7.00 11.00 13.00 16.30 19.00 23.00
5 თვის	5	საკვები ნარევი. 200.0 მლ (საორეიენტაციო რაოდენობა)	7.00 11.00 13.00 16.30 19.00 23.00

6 თვის	5	1. საკვები ნარევი. 200.0 მლ (საორიენტაციო რაოდენობა). + ხაჭო 10.0 გრ. 2. ფაფა – 10%–იანი – 200.0 გრ. + კვერცხის გული. 3. ბოსტნეულის სუფ–პიურე. 200.0 მლ + ქათმის ღვიძლი 5.0 გრ. + გახეხილი ვაშლი 40.0 გრ. 4. საკვები ნარევი. 200.0 მლ. + ხაჭო 10.0 გრ. + გახეხილი ვაშლი 40.0 გრ. 5. საკვები ნარევი. 200.0 მლ.	7.00 11.00 15.00 19.00 21.00
7 თვის	5	1. საკვები ნარევი. 200.0 მლ. 2. ფაფა – 10%–იანი – 200.0 გრ. + კვერცხის გული. 3. ბოსტნეულის სუფ–პიურე ხორცის ბულიონზე 180.0 მლ. + ხორტცის ფარში 30.0 გრ. + ნახმობი 10.0 გრ. + ხილი – 40.0 გრ. 4. საკვები ნარევი. 200.0 მლ. + ხაჭო 30.0 გრ. + ხილი – 50.0 გრ. 5. საკვები ნარევი. 200.0 მლ.	7.00 11.00 15.00 19.00 21.00
8 თვის.	5	ყველაფერი იგივე. ნახმობის რაოდენობა იზრდება 30.0 გრამამდე. ხილის – 90.0 – 100.0 გრამამდე.	
9 თვის	5	ყველაფერი იგივე. ნახმობის რაოდენობა იზრდება 40.0 გრამამდე. ხორცის ფარში – 50.0 გრ.	

10 თვის	5	1. საკვები ნარევი 200.0 მლ. 2. 10%–იანი ფაფა. + კვერცხის გული. 3. ბოსტნეულის სუფ–პიურე ხორცის ნახარშზე. 180.0 მლ. + ხორცის ფარში 50.0 გრ. + ნახმობი – 50.0 გრ. + ხილი – 50.0 გრ. 4. საკვები ნარევი 200.0 მლ. + ხაჭო 10.0 გრ. + ხილი 50.0 გრ. 5. საკვები ნარევი. 200.0 მლ	7.00 11.00 15.00 19.00 23.00
11 თვის	5	ყველაფერი იგივე.	
12 თვის	4-5	1. საკვები ნარევი. 200.0 მლ. 2. 10.0 %–იანი ფაფა – 250.0 გრ. + კვერცხის გული. + ხილი – 50.0 გრ. 3. ბოსტნეულის სუფი ძვლის ბულიონზე. 200.0 მლ. + ხორცის ფარში ან გუფთა 70.– გრ. + პური – 100.0 გრ. + ხილი – 50.0 გრ. 4. საკვები ნარევი. 250.0 მლ.	8.00 12.00 16.00 20.00

შენიშვნა: დამატებითი საკვები ინგრედიენტების დასახელება და რაოდენობა არის საორიენტაციო და დამოკიდებულია საკვებად გამოყენებული პროდუქტის სახეობასა და შენადგენლობაზე. ზოგიერთი, ქარხნული წესით დამზადებული, მზა საკვები პროდუქტი, მაგ. ფაფა, შეიძლება შეიცავდეს ხორცის, კვერცხის და ხილის ნარევსაც კი, რაც ხსნის ამ ინგრედიენტების დამატებით მიღების საჭიროებას.

კიდევ ერთხელ ვიმეორებთ, რომ 5 – 6 თვემდე ასაკში გამოიყენება სხვა შემადგენლობის საკვები ნარევი, ვიდრე 6 თვის ასაკის შემდეგ.

სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობის დროს (მცირე წონის და დღენაკლი ახალშობილი, ძროხის რძის შემადგენლობაში არსებული ნახშირწყლების აუტანლობა ან ალერგია ძროხის რძეზე და სხვა) გამოიყენება საგანგებო ხელოვნური ნარევები.

6 თვეზე უფროსი ასაკის ბავშვთა კვების თავისებურებები.

6 თვის ასაკისათვის ბავშვი აორმაგებს თავისი სხეულის მასას. იგი მნიშვნელოვნად იზრდება სიგრძეშიც. იცვლება მისი ნივთიერებათა ცვლის თავისებურება და იგი, გარკვეულად, უახლოვდება მოზრდილთა ანალოგიურ მაჩვენებლებს. ამოჭრას იწყებენ კბილები. მნიშვნელოვნად იცვლება ბავშვის ფსიქო-ემოციური სფერო – ბავში იწყებს სამყაროს შეცნობას და ხდება უფრო აქტიური. კვების წესი და საკვების თავისებურება უფრო მეტ კავშირშია ბავშვის ემოციებთან.

გადაჭარბებული რაოდენობით მიღებული ნახშირწყლები, უკვე ამ პერიოდისათვის, შეიძლება კბილების კარიესის მიზეზი გახდეს. ამ პერიოდში მნიშვნელოვნად მცირდება ორგანიზმში არსებული რკინის მარაგი და თუ მისი შევსება ხელოვნურად არ მოხდა, მოსალოდნელია ანემიის (ჰემოგლობინისა და ერითროციტების რაოდენობის კლება) განვითარება. უნდა ითქვს, რომ ამ მხრივ, გარკვეული უპირატესობა ხელოვნურ საკვებ ნარევს გააჩნია, რადგან მასში ბალანსირებულადაა შეტანილი ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლებისა და მინერალების ოპტიმალური რაოდენობა. **ქალის რძით კვების შემთხვევაში კი, 6 თვის ასაკიდან, საჭირო ხდება კვების გარკვეული კორექცია, რათა თავიდან ავიცილოთ ზემოთ ნახსენები და ზოგიერთი სხვა უსიამოვნებანი.**

პირველი, რაც ამ ასაკში, საკვებში დამატებას მოითხოვს არის რკინა. რკინა წარმოადგენს ჰემოგლობილის შემადგენლობაში არსებულ უნიშვნელოვანეს კომპონენტს და მონაწილეობას იღებს მის სინთეზში. ამიტომ, რკინის დეფიციტი ორგანიზმში, განაპირობებს ანემიის განვითარებას. მუცლად ყოფნის პერიოდში, დედის ორგანიზმიდან ბავშვის ორგანიზმში გადასული რკინის მოლეკულები გროვდება ღვიძლში და ინახება იქ დაბადების შემდეგაც. 6 თვის ასაკისათვის ეს მარაგი მნიშვნელოვნად მცირდება და საჭირო ხდება ორგანიზმში რკინის ხელოვნურად (საკვების საშუალებით) შეტანა.

ბავშვები, რომლებიც ამ ასაკისათვის დედის რძესთან ერთად ხელოვნურ ნარევსაც იღებენ, ამ საკვების საშუალებით მარაგდებიან რკინის საჭირო რაოდენობით. რკინა შედის მარცვლოვნების, ბოსტნეულის, ხილის და ხორცის შემადგენლობაში. ამიტომ, სწორედ ამ ასაკიდან, შესაძლებელია და საჭიროა ბავშმა მიიღოს ხილის, ბოსტნეულის, პურის და მოგვიანებით – კვერცხის გარკვეული რაოდენობა.

საჭიროების შემთხვევაში, რკინის დეფიციტის თავიდან აცილების ან უკვე არსებული დეფიციტის შევსების მიზნით, ბავშმა შეიძლება მიიღოს რკინის პრეპარატები. **მაგრამ, ეს უნდა მოხდეს მხოლოდ ექიმის რეკომენდაციის და დანიშნულების მიხედვით და არავითარ შემთხვევაში თვითნებურად, მხოლოდ დედის (თუ მომვლელის) გადაწყვეტილებით.** კვერცხის მიღებისას აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული, ოჯახში (განსაკუთრებით დედის მხრიდან), კვერცხზე, ალერგიის ანამნეზის არსებობა. კვერცხი, ბავშმა უნდა მიიღოს კარგად მოხარშული. იმ შემთხვევაში, თუ ოჯახში ვინმეს (უპირატესად დედას) კვერცხზე აღენიშნება ალერგია, უნდა ვერიდოთ ბავშვისათვის, კვერცხის შემცველი პროდუქტების მიცემას. საერთოდ, ყველა ახალი პროდუქტი, თავიდან, ბავშმა უნდა მიიღოის მცირე რაოდენობით. არ არის სასურველი ერთდროულად რამდენიმე ახალი პროდუქტის მიღება. ახალი საკვები პროდუქტი ბავშვს უნდა მივცეთ მცირე პორციებით და რამდენიმე დღის განმავლობაში მზარდი რაოდენობით. თუ ვნახავთ, რომ ბავშმა ეს პროდუქტი კარგად აიტანა, მხოლოდ ამის შემდეგ შეგვიძლია ვიფიქროთ სხვა, ახალი პროდუქტის შეთავაზებაზე. საკვები, რომელსაც დამატებით ვაძლევთ ბავშვს, აუცილებლად უნდა იყოს სახლში დამზადებული და მაღალი ხარისხის.

7 – 8 თვის ასაკიდან ბავშვს შეიძლება მისცეთ სხვადასხვა ბოსტნეულისა და ხორცის სუპი და პიურე. ასევე, მოხარშული და გატარებული ხორცის ფარში. პუდინგი და სხვა და სხვა დესერტი.]

1 წლის ბოლოს, ბავშვი პრაქტიკულად იღებს იმავე საკვებს, (გარკვეული გამონაკლისის გარდა) რასაც მოზრდილები.



პრობლემები, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდეს 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა კვების დროს.

არასრულფასოვანი კვება.

წინა თავებშიც აღვნიშნე და აქაც გავიმეორებ, რომ არასრულფასოვან კვებას შეიძლება ჰქონდეს მრავალი განსხვავებული მიზეზი, როგორიცაა საკვების რაოდენობრივი დეფიციტი ან ხარისხობრივი არასრულფასოვნება, კვების პროცესის ტექნიკური ხარვეზი, დედის

ან ბავშვის გარკვეული დაავადებები, რაც ერთი მხრივ შეიძლება ხელს უშლიდეს რაოდენობრივად და ხარისხობრივად სრულყოფილი საკვების მიღებას და მეორე მხრივ – არ ხდებოდეს ამ საკვების სრულფასოვანი გადამუშავება.

დედის (ან მომვლელის) გამოუცდელობა, არასაკმარისი ცოდნა ან დაბალი ინტელექტი, არა სასურველი სოციალური ფონი, ოჯახის გარკვეული ტრადიციები და ა.შ. ქმნის ბავშვის არასრულფასოვანი კვების საშიშროებას.

განსაკუთრებით საყურადღებოა ფსიქოლოგიური პრობლებებით გამოწვეული კვების დეფიციტი, რომელიც მოზრდილ ბავშვებში გვხვდება და რომელიც, დაკავშირებული არ არის მიღებული საკვების რაოდენობრივ ან ხარისხობრივ თვისებებთან.

მაგრამ, ასეა თუ ისე, რა მიზეზითაც არ უნდა იყოს გამოწვეული არაეფექტიანი კვება, მას აქვს გარკვეული, კარგად გამოხატული გარეგნული ნიშნები, რაც ამ მდგომარეობის, დიაგნოსტიკის საშუალებას იძლევა:

პირველ რიგში, ეს არის ბავშვის თითქოსდა "უმიზეზო" ჭირვეულობა, მოუსვენრობა, ტირილი. კვების შემდეგ ბავშვი ვერ იძინებს, ან იძინებს ხანმოკლე დროით და შემდეგ ტირის. კანი ხდება მშრალი, კანის ხავერდოვნება (ტურგორი) დაქვეითებულია. შეფერხებულია ან შეჩერებულია წონის მატება. მცირდება კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის რაოდენობა. ვითარდება ყაბზობა (შეკრულობა) და შეიძლება შემცირდეს შარდის გამოყოფის რაოდენობა. რაც უფრო მეტია საკვების დეფიციტი, მით მკაფიოდაა გამოხატული ეს სიმპტომები. ვიტამინებისა და მინერალების დეფიციტის შემთხვევაში ვითარდება კიდევ უფრო მძიმე სურათი. D-ვიტამინის დეფიციტის შემთხვევაში ვითარდება რაქიტი. A-ვიტამინის დეფიციტი იწვევს ფრჩხილებისა და თმების მტვრევას და კანის დაავადებებს. რკინის დეფიციტი – ანემიას (სისხლნაკლულობა).

აღნიშნული მდგომარეობის მკურნალობა აუცილებლად მოითხოვს სპეციალისტის კონსულტაციას და კვების დეფექტების სასწრაფოდ კორექციას.



გადაჭარბებული კვება.

საკვების მნიშვნელოვანი რაოდენობის გადაჭარბებით მიღება 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში, ძალიან იშვიათი მოვლენაა. საკვების მცირე რაოდენობით გადაჭარბება შესაძლებელია როგორც ძუძუთი ისე ხელოვნური საკვები ნარევით კვებისას. ასეთ დროს, როგორც წესი, ვითარდება **წამოქაფება და ღებინება.** საკვების გადაჭარბებული რაოდენობით მიღებამ, ასევე, შეიძლება გამოიწვიოს მეტეორიზმი (გაზების დაგროვება), მუცლის შებერილობა, ნაწლავთა კოლიკა (სპაზმი) მონელების დარვევა, ფაღარათი და ამით გამოწვეული მუცლის ტკივილი. ამის შედეგად კი ჭირვეულობა, ტირილი, მოუსვენრობა და ძილის დარღვევა. საკვების გადაჭარბებული რაოდენობით მიღების გამო, შეიძლება სხეულის მასის ზედმეტი მატებაც განვითარდეს. თუმცა ეს მოვლენა იშვიათად ვითარდება ძუძუთი ან ხელოვნური საკვები ნარევით კვებისას. წონის ზედმეტი ნამატი უფრო დამახასიათებელია იმ ბავშვებისათვის, ვინც საკვები დანამატის სახით ნახშირწყლებით მდიდარ საკვებს იღებს (მაგ. მანის ფაფა).



რეგურგიტაცია (ამოქაფება) და ღებინება.

კვების შემეგ, მცირე რაოდენობით საკვების ამოქაფება ჩვეულებრივი მოვლენაა და უხშირესად, კვების დროს, ჰაერის ჩაყლაპვით არის გამოწვეული. ღებინება, უფრო სერიოზული მოვლენაა და შეიძლება, ასევე, უკავშირდებოდეს კვების დროს ჰაერის ჩაყლაპვას, საკვების გადაჭარბებული რაოდენობით მიღებას, კვების შემდეგ მკვეთრ და არასწორ მოძრაობებს, გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსის არსებობას, რომელიც ხშირია 4 თვემდე ასაკში და სხვა ისეთ სერიოზულ მდგომარეობებს, როგორიცაა მაგალითად – **პილოროსპაზმი, პილოროსტენოზი,** საკვების მონელების დარღვევა, ინფექციური დაავადებები და სხვა. ამიტომ, თუ ღებინება მეორდება და ინტენსიური ხასიათისაა, აუცილებელია შესაბამისი კონსულტაციები და გამოკვლევები.

წამოქაფებისა და ღებინების თავიდან ასაცილებლად (ყოველ შემთხვევაში, შესამცირებლად), კვების შემდეგ, 5 – 10 წუთის განმავლობაში, ბავშვი უნდა გეჭიროთ ვერტიკალურად, ზურგით თქვენს მკერდზე მიყრდნობილი ისე, რომ არ აწვებოდეთ მის მუცელს

და არ უზღუდავდეთ სუნთქვას. როდესაც ბავშვს საწოლში აწვენთ, იგი უნდა იწვეს ისე, რომ თავი ჰქონდეს ოდნავ მაღლა და გადაბრუნებული იყოს გვერდზე, რათა ძილში წამოქაფების ან ღებინების შემთხვევაში, ნაღებინები მასა არ მოხვდეს სასუნთქ გზებში



თხიერი განავალი და დიარეა (ფაღარათი).

ბავშვებს, რომლებიც ქალის რძით იკვებებიან, აქვთ უფრო რბილი კონსისტენციის განავალი, ვიდრე ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებს. ძუძუთი კვებაზე მყოფ ჯანმრთელ ბავშვებს დღე-ღამის განმავლობს, ნაწლავთა **მოქმედება აღენიშნებათ 4 - 6-ჯერ,** ღია ფერის მოყვითალო-მომწვანო, ლორწოს შემცველი, ნაწილობრივ გაფორმებული ან ფაფისებური განავლით. ანუ, როგორც მას უწოდებენ „რძის“ განავლით. შემდგომში, დედის მიერ ცხიმიანი საკვების მიღების შემთხვევაში, ახალშობილის განავალი შეიძლება კიდევ უფრო თხელი კონსისტენციის გახდეს და გაიზარდოს ნაწლავთა მოქმედების სიხშირეც. თხელი კონსისტენციის განავალი და ნაწლავთა გახშირებული მოქმედება, შეიძლება ახალშობილის მიერ რძის გადაჭარბებული რაოდენობის მიღების შემდეგაც განვითარდეს. თუმცა ამ დროს, სერიოზული დიარეის (ფაღარათის) განვითარების ალბათობა ძალიან მცირეა. ასეთი მდგომარეობა, უპირატესად, რაიმე ინფექციის არსებობის მაჩვენებელია.

ხელოვნური ნარევით კვების შემთხვევაში, ახალშობილის განავალი, უპირატესად გაფორმებულია და მოყვითალო ფერისაა. ამგვარ კვებაზე მყოფ ბავშვებში, თხიერი განავალი და ნაწლავთა გახშირებული მოქმედება, ხშირად საკვების დაინფიცირებით არის გამოწვეული. თხელი კონსისტენციის განავალი და ნაწლავთა მოქმედების გახშირება, ასევე შეიძლება ხელოვნური ნარევის გადაჭარბებული რაოდენობის მიღებით, ან ამ ნარევში შაქრის ზომაზე მეტი რაოდენობით იყოს გამოწვეული. ამასთან, უნდა ითქვას, რომ, ახალშობილებში, ფაღარათი, შეიძლება საკვების ისეთმა მინიმალურმა დაინფიცირებამაც გამოიწვიოს, რომელიც შედარებით მოზრდილ ბავშვთა მდგომარეობაზე არაფით არ აისახება. ასეთი დაინფიცირებით გამოწვეული მსუბუქი დიარეა, თუ მას სითხის ჭარბი რაოდენობის კარგვა არ ახლავს თან, როგორც წესი, არ წარმოადგენს

ბავშვისათვის რაიმე სერიოზულ საშიშროებას და კვების წესების სრული დაცვის შემთხვევაში, ჩვეულებრივ, გაივლის რამდენიმე დღეში.

თუ დიარეა 3 - 4 დღეზე მეტხანს გრძელდება, დიარეას თან ახლავს ღებინება, და სითხის კარგვა, კანი ხდება მშრალი, ბავშვის საერთო მდგომარეობა უარესდება და გაძნელებულია საკვების მიღება – ეს, ინფექციური პროცესის არსებობის მიმანიშნებელია და აუცილებლად უნდა მიმართოთ ექიმს.



ყაბზობა.

ყაბზობა (შეკრულობა) პრაქტიკულად არ აღენიშნებათ ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვებს, რომლებიც საკმარისი რაოდენობით საკვებს იღებენ. ეს მდგომარეობა, ასევე იშვიათია ხელოვნური საკვები ნარევით, ადეკვატური კვების შემთხვევაშიც. ყაბზობის ჩივილით, უფრო ხშირად, მშობლები ექიმს აკითხავენ იმ შემთხვევაში, როცა ჩვილ ბავშვს აღენიშნება შედარებით მკვრივი კონსისტენციის განავალი და ნაწლავთა მოქმედებებს შორის ინტერვალი, 24 – 48 საათზე მეტია.

ახალშობილობის პერიოდში, დაბადების შემდეგ, სწრაფად გამოვლენილი ყაბზობა, აუცილებლად მოითხოვს სწორი და მსხვილი ნაწლავის გამოკვლევას. ამ პერიოდში გამოვლენილი ყაბზობა, შესაძლებელია ანალური სპინქტერის პათოლოგიით (მაგ. სპასტიკით) იყოს გამოწვეული. ასეთ შემთხვევაში შესაძლებელია მისი თითით გაფართოება (რა თქმა უნდა სპეციალისტის მიერ), რის შემდეგაც, ხშირად, ყველაფერი ნორმას უბრუნდება. ასევე საჭიროა გამოკვლეული იყოს მსხვილი ნაწლავის მდგომარეობაც. რადგან, ნაწლავის ამ სეგმენტის ლორწოვანში განლაგებული ნერვული სტრუქტურების თანდაყოლილმა პათოლოგიამ შეიძლება გამოიწვიოს ისეთი სერიოზული დაავადება, როგორიცაა აგანგლიოზური მეგაკოლონი, რომლის დროსაც შეფერხებულია ნაწლავის ტალღისებური მოძრაობა, რაც აუცილებელია მასში განავლოვანი მასების გადაადგილებისათვის.

ყაბზობა შეიძლება გამოწვეული იყოს საკვების ან სითხის არასაკმარისი რაოდენობით მიღებით. ზოგ შემთხვევაში, ეს მგომარეობა ცხიმისა და ცილის გადაჭარბებული და ნახშირწყლების (უჯრედისი)

ჭარბი რაოდენობით მიღებითაა გამოწვეული. ამიტომ, სიცოცხლის პირველი, რამდენიმე თვის პერიოდში, ამ მიზეზით გამოწვეული ყაბზობა, იხსნება საკვებში მცირე რაოდენობით შაქრის დამატების შედეგადაც. უფრო მოზრდილ ასაკში, ამ მიზნით, ბოსტნეული და ხილი გამოიყენება. კარგი შედეგი აქვს ხმელი ხილის (ჩირი) მიღებას. თუმცა, ბუნებრივია, ამ ტიპის საკვებს, 7 - 8 თვის ასაკამდე ვერ გამოიყენებთ. მომდევნო ასაკში კი, ხმელი ხილი ბავშვს შეიძლება მისცეთ გატარებული (ან დაბლენდერებული) სახით. გლიცერინის სანთლების გამოყენება რეკომენდირებულია ხანმოკლე დროის განმავლობაში. ასევე, რეკომენდირებულია 1 – 2 ჩაის კოვზი მაგნეზიის ხსნარი. თუმცა, ეს საშუალება არ გამოიყენება (და უკუნაჩვენებიცაა) მძიმე და ხანგრძლივად მიმდინარე ყაბზობის შემთხვევაში.



კოლიკა.

კოლიკა არის ნაწლავების სპაზმის შედეგად განვითარებული პაროქსიზმული ტკივილისა და ამით გამოწვეული ტირილის ერთობლიობა. ეს მდგომარეობა შედარებით ხშირია 3 თვემდე ასაკის ბავშვებში. კოლიკა, ჩვეულებრივ, იწყება უეცრად და გამოიხატება ხმამაღალი, უფრო ხშირად, კივილისებური ტირილით. მავშვი მოძრაობს ინტენსიურად და იქნევს ფეხებს ან ფეხები უძრავადაა მოხრილი მუხლებში და მუხლები ებჯინება მუცელს. ფეხები ცივია. სახე წამოწითლებული ან ფერმკრთალია. მუცელი დაჭიმულია. ასეთი მდგომარეობა შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე წუთიდან, რამდენიმე საათამდე. ზოგჯერ, ნაწლავთა მოქმედება ან გაზების გაშვება, ამსუბუქებს მდგომარეობას.

კოლიკას განვითარების მიზეზები ცნობილი არაა. ფიქრობენ, რომ, ეს მდგომარეობა შეიძლება უკავშირდებოდეს შიმშილს ან ჭამის დროს გადაყლაპული ჰაერის ნაწლავებში გადასვლას. განიხილება გადაჭარბებული რაოდენობით საკვების მიღების როლიც. ასევე – ნახშირწყლებით მდიდარი საკვების მიღების მნიშვნელობაც.

ნაწლავთა სპაზმი, ტკივილი, ტირილი და მოუსვენრობა ახასიათებს საჭმლის მომნელებელი სისტემის ალერგიასაც. მაგრამ ამ დროს, ტკივილი და ამით გამოწვეული დისკომფორტი ისეთი ინტენსიური არ არის, როგორც ჭეშმარიტი კოლიკას შემთხვევაში.

კოლიკას შემთხვევაში, ბავშვის დაჭერა ვერტიკალურ მდგომა-

რეობაში, ჩასმა თბილ აბაზანაში, გაზგამყვანი მილის საშუალებით გაზებისა და განავლისაგან გათავისუფლება ან იგივე მიზნით სანთლების გამოყენება, ზოგჯერ იძლევა კარგ ეფექტს. დამაწყნარებელი და ანტისპაზმური მედიკამენტები გამოიყენება, თუ აღნიშნული ფიზიკური, საშუალებების გამოყენება უშედეგოა და კოლიკა გრძელდება. ზოგ შემთხვევაში, იშვიათად, საჭირო ხდება ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია. როგორც წესი, კოლიკა, 3 თვის ასაკის შემდეგ იშვიათად ვითარდება.

კოლიკას თავიდან ასაცილებლად (ყოველ შემთხვევაში შესამცირებლად) საჭიროა კვების რეჟიმის დაცვა (ბავშმა არ უნდა მიიღოს ზედმეტი ან ზომაზე მცირე მოცულობის, „ალერგიული“ და ზომაზე მეტი რაოდენობით ნახშირწყლების შემცველი, საკვები).



1 დან 2 წლამდე ასაკის ბავშვის კვება.

1 წლის ასაკის შემდეგ, ბავშმა, **ძირითადი საკვები,** დღის განმავლობაში, უნდა მიიღოს 3 ჯერადად და გარდა ამისა, დღის განმავლობაში, 2-ჯერ შეიძლება მიიღოს **მსუბუქი საუზმე**. კვების რაციონის შედგენისას გათვალისწინებული უნდა იყოს ოჯახში არსებული კვების თავისებურება და ის ინდივიდუალური დამოკიდებულება, რასაც ბავში ამჟღავნებს ზოგიერთი საკვები პროდუქტის მიმართ (მაგ. ზოგიერთი საკვების აუტანლობა – იდიოსინკრაზია).

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რაც 1 წლის ასაკის შემდეგ ბავშვთა კვების დროს არის გასათვალისწინებელი, იმაში მდგომარეობს, რომ ამ პერიოდიდან, წინა პერიოდთან შედარებით, ბავშვის ფიზიკური განვითარების ტემპი იკლებს. ასევე იკლებს ნივთიერებათა ცვლის ინტენსიობაც და შესაბამისად – კგ. წონაზე შეფარდებით, ბავშვს ესაჭიროება საკვების ნაკლები რაოდენობა. გარდა ამისა, ამ პერიოდიდან, მნიშვნელოვნად იცვლება ბავშვის ფსიქო-ემოციური მიდგომები და იგი საკვების კონსისტენციას და მისი მიწოდების ფორმასაც კი აქცევს სერიოზულ ყურადღებას. **ანუ, კვების პროცესი ხდება უფრო ინდივიდუალური და ბავშვის ხასიათზე და მოთხოვნილებებზე დამოკიდებული.**

ბავშვი არჩევს საკვებს სხვადასხვა მახასიათებლების მიხედვით და ამ პერიოდში მას უჩნდება მისთვის საყვარელი, მისაღები და ნაკლებად მისაღები ან სულაც მიუღებელი საკვები პროდუქტების

მიმართ დამოკიდებულება. ამ პერიოდში, დედის ან აღმზრდელის მიერ დაშვებული შეცდომების გამო, ბავშმა შეიძლება გამორჩეულად თქვას უარი რომელიმე საკვების მიღებაზე. რამაც, შემდგომში, გარკვეული ნეგატიური კვალი დატოვოს მისი კვებისა და შესაბამისად განვითარების პროცესზე. **ამიტომ, ამ ასაკში, განსაკუთრებით ფრთხილად უნდა მიუდგეთ ბავშვისათვის ყოველი ახალი საკვების მიცემას და მასზე უარის თქმის შემთხვევაში, არ შეეცადოთ ძალით მიაღებინოთ ბავშვს ეს საკვები.** რადგან ამგვარმა დამოკიდებულებამ, შეიძლება სერიოზული პროტესტის გრძობა და მადის მნიშვნელოვანი დაქვეითება გამოიწვიოს. უნდა ეცადოთ, რომ ბავშვს საკვები მიაწოდოთ სასიამონო ფორმით და მისთვის მისაღებ გარემოში, რათა ეს პროცესი იწვევდეს არა პროტესტს, არამედ აღძრავდეს სასიამოვნო ემოციებს.

ამ ასაკში ბავშვი იღებს სხვადასხვა სახის ხორცს (უპირატესად საქონლის და ფრინველის მოხარშული ხორცი. თევზი), ხორცისა და ბოსტნეულის სუპს, რძის ნაწარმს (ყველი, ხაჭო, ნადუღი, მაწონი, კარაქი), ბოსტნეულის სალათებს და ხილს. მშობლებმა უნდა იცოდნენ, რომ ხილი და ბოსტნეული მხოლოდ ვიტამინებისა და მიკროელემენტების წყარო კი არ არის, არამედ, მასში შემავალი უჯრედისის გამო, ძალიან მნიშვნელოვანია ნაწლავთა ნორმალური ფუნქციონირებისათვის.

ამ პერიოდიდანვე, ბავშვთა დიდი ნაწილი, უფრო აქტიურად მონაწილეობს კვების პროცესში და ბევრი მათგანი დამოუკიდებლადაც ცდილობს საკვების მიღებას. 6 თვის ასაკიდან, ზოგიერთი ბავშვი თავად იჭერს ბოთლს და ისე იღებს საკვებს. 8 – 9 თვის ასაკიდან შეუძლიათ ჭიქის დაჭერა. 7 – 8 თვის ასაკიდან ბავშმა შეიძლება ხელში დაიჭიროს მყარი საკვები (მაგ. პური, ნამცხვარი). 10 - 12 თვის ასაკიდან შესაძლებელია რომ, ბავშვი კოვზის გამოყენებასაც შეაჩვიოთ.

იმის გამო, რომ დამოუკიდებელი კვების პროცესი წარმოადგენს ბავშვის ფიზიკური და ფსიქო-ემოციური სფეროს განვითარების სერიოზულ სტიმულს და ამავე დროს, გამოხატავს ამ სფეროების განვითარების ხარისხსაც, დედა მუდმივად უნდა ცდილობდეს, განავითაროს ბავშში ეს თვისებები და უნარჩვევები.

2 წლის ასაკის ბოლოს, ბავშვს უნდა შეეძლოს სააკვების დამოუკიდებლად მიღება. თუმცა, ამ დროს, ჯერ კიდევ მაღალია კვების დროს განვითარებული ასპირაციის (საკვების გადაცდენა სასუნთქ გზებში) რისკი. რის გამოც, ბავშვი უნდა იკვებებოდეს დედის ან მომვლელის თანდასწრებით. 4 წლის ასაკისათვის, ბავშვი სრულად უნდა ფლობდეს დამოუკიდებელი კვების უნარჩვევებს. თუმცა, ამ დროისათვისაც უმჯობესია, რომ ბავშვი, კვლავ, უფროსების თანდასწრებით იკვებებოდეს. ასეთი მიდგომა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ისეთი საკვების მიმართ, რომლის ასპირაციის ალბათობა უფრო მაღალია (ხილი, თხილი, ნიგოზი, კამფეტი, ყველი, ხორცი და სხვა).

2 წლის ასაკის შემდეგ ბავშვის საკვები რაციონი, პრაქტიკულად, არ განსხვავდება მოზრდილი ადამიანის საკვები რაციონისაგან. თუმცა, ამ დროსაც, უნდა გახსოვდეთ, რომ კვების პროცესი მაშინ არის ოპტიმალურად სასარგებლო, თუ იგი პიროვნების ინდივიდუალურ თვისებებს, ინდივიდუალურ მოთხოვნილებებს და გენეტიკურ ფაქტორებს ითვალისწინებს. მაგალითად: **ისეთ ოჯახებში, სადაც აღინიშნება სისმსუქნის, ჰიპერტონიის ან ათეროსკლეროზის განვითარებისაკენ გენეტიკური მიდრეკილება, ცხიმებისა და განსაკუთრებით, ცხოველური ცხიმების რაოდემობა უნდა იყოს კონტროლირებადი და შეზღუდული. დიაბეტის განვითარების გენეტიკური რისკის არსებობის შემთხვევაში, კონტროლირებული უნდა იყოს ნახშირწყლებისა და ცხიმების მიღების პროცესი და ა.შ.**



კვების დარღვევით გამოწვეული მდგომარეობები.

კვების პროცესის დარღვევა შეიძლება გამოწვეული იყოს გარეგანი და შინაგანი მიზეზებით.

გარეგან მიზეზებს მიეკუთვნება საკვების რაოდენობრივი მიწოდების დარღვევა ან საკვების ხარისხობრივ – თვისობრივი თავისებურების არასრულფასოვნება. საკვების რაოდენობრივი მიწოდების დარღვევა შეიძლება გამოიხატებოდეს არასაკმარისი ან ზომაზე მეტი რაოდენობის საკვების მიწოდებით.

კვების პროცესის დარღვევის შინაგანი მიზეზია მიღებული საკვების გადამუშავებისა და შეთვისების პროცესების არასრულფასოვნება, რაც ადამიანის ორგანიზმის თავისებურებით არის გამოწვეული.



კვების დეფიციტი.

კვების დეფიციტის მიზეზია საკვების რაოდენობრივი ან ხარისხობრივი დეფიციტი, ან საკვების შეთვისების პროცესის დარღვევა. კვების რაოდენობრივი ან ხარისხობრივი დეფიციტი მნიშვნელონად არის დამოკიდებული ზოგადად ქვეყნის და კერძო შემთხვევაში, ოჯახის სოციალურ, ეკონომიკურ და კულტურულ თავისებურებებთან.

კვების დეფიციტი შეიძლება გამოწვეული იყოს ბავშვის საკვებ რაციონში ნახშირწყლების, ცილების, ცხიმენის, ვიტამინების, მინერალების ან/და მიკროელემენტების რაოდენობრივი ან ხარისხობრივი დეფიციტით ან მათი ბალანსის დარღვევაით. კვების დეფიციტი და მასთან დაკავშირებული საკმაოდ მძიმე შედეგები, ზოგჯერ, შეიძლება დაკავშირებული იყოს გარკვეულ ტრადიციებთან. მაგ. **საქართველოს ზოგიერთ რეგიონში არსებობდა (და არსებობს) ახალშობილის თხის რძით ცალმხრივი კვების ტრადიაცია, რაც ძალიან მძიმე ფორმის ანემიის და მასთან ასოცირებული მძიმე სპლენომეგალიის (ელენთის გადიდება) მიზეზი ხდება. ასევე, საქართველოს სხვა რეგიონში, სადაც მესაქონლეობა შედარებით კარგად არის განვითარებული და რძის დეფიციტი არ არის, არსებობს ჩვილი ბავშვების მოხალული პურის ფქვილისა და წყლის ნარევით დამზადებული ფაფით კვების ტრადიცია, რასაც ასევე კვების მძიმე დარღვევებამდე მივყავართ.**

ბუნებრივია, რომ კვების დეფიციტის მიზეზებში, პირველ რიგში, ეკონომიური და სოციალური ფაქტორები ფიგურირებენ. მაგრამ ასევე ძალიან მნიშვნელოვანია მშობლების ინტელექტისა და განათლების დონე და განსაკუთრებით დედის ინფორმირებულობა ამ საკითხის შესახებ.



კვების დეფიციტის გარეგნული (კლინიკური გამოვლინება.

რა მიზეზითაც არ უნდა იყოს გამოწვეული კვების დეფიციტი, იგი პირველ რიგში ბავშვის ფიზიკური და ფსიქიკური სფეროების განვითარების შეფერხებით და ჩამორჩენით ვლინდება. შეფერხებულია (და ზოგჯერ საერთოდ შეჩერებულია) ბავშვის წონაში მატება. ცუდად ვითარდება კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი. კანი კარგავს ელასტიურობას, ხავერდოვნებას და ხდება მშრალი და დანაოჭბული.

ბავშვი ადინამიურია, ნაკლებად მოძრავი და ნაკლებად ხალისიანი, ჩაწეულია ყიფლიბანდი. ამ პროცესს ხშირად ახლავს თან ანემია, რის გამოც კანი ფერმკრთალდება და ზოგჯერ მონაცრისფრო ტონალობაც დაჰკრავს. ვითარდება რაქიტი და ძვლების დეფორმაცია. რაქიტი, შეიძლება კრუნჩხვების მიზეზიც გახდეს. სხვა და სხვა მინერალებისა და მიკროელემენტების დეფიციტის დროს, შეიძლება განვითარეს თმის ცვენა და ფრჩხილებისა და თმების მტვრევადობა. იმის მიხედვით, თუ რით არის გამოწვეული კვების დეფიციტი, რომელი ინგრედიენტების და რა ხარისხის დეფიციტთან გვაქვს საქმე, ამ პროცესის გარეგნული გამოვლინებაც სხვადასხვა გვარია და მერყეობს წონის მსუბუქად გამოხატული დეფიციტიდან, მძიმე და ზოგჯერ სიცოცხლისათვის საშიშ დარღვევებამდე.

კვების დეფიციტის კორექცია პირველ რიგში მოითხოვს ამ მოვლენის მიზეზის დადგენას. ამიტომ, ასეთ შემთხვევებში, კატეგორიულად აუცილებელია შესაბამისი სპეციალისტის (პირველ რიგში პედიატრის) კონსულტაცია.



სიმსუქნე.

სხეულის გადაჭარბებული მასა (წონა) და სიმსუქვე ძირითადად განვითარებული ქვეყნების პრობლემაა. მაგრამ ეს, ისე არ უნდა გავიგოთ, რომ ეს მოვლენა მხოლოდ ეკონომიკური კეთილდღეობის შედეგია. სიმსუქნე შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც, ზოგადად, საკვების გადაჭარბებული რაოდენობით მიღებით, ისე ცალმხრივი კვებით (მაგ. ნახშირწყლების ან ცხიმის ცალმხრივი და გადაჭარბებული მიღება), რაც, სწორედ დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური დონის ოჯახებისთვის არის დამახასიათებელი.

სიმსუქნე, ხშირად, ადამიანის ორგანიზმის ნივთიერებათა ცვლის თავისებურებთაც არის გამოწვეული და ზოგიერთი დაავადების განვითარების (მაგ. დიაბეტი, ჰიპერტონია, ათეროსკლეროზი) არსებობაზე მიუთითებს. ამ შემთხვევაში, ძალიან მნიშვნელოვანია გენეტიკური ფაქტორები.

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება, თითქმის ყოველთვის, ასოცირდება ჭარბ წონასთან. ეს, განსაკუთრებით თვალში-

საცემია ადრეული და მცირე ასაკის ბავშვებში. ადრეული ასაკის ბავშვებში ადინამია (მოდუნება) და ჭარბი წონა, შეიძლება თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის ერთადერთი გამოვლენებაც იყოს. თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზი კი საკმაოდ მძიმე პათოლოგიაა და დროული **ჩაურევლობის შემთხვევაში, ფსიქიკური სფეროს შეუქცევადი დაზიანებით და ჭკუასუსტობით მთავრდება.**

ამიტომ, ადრეული ასაკის ჭარბწონიან ბავშვებში, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ჭარბ წონას მკაფიოდ გამოხატული ადინამიაც (სიზანტე) ახლავს თან, აუცილებელია, რაც შეიძლება დროულად, გამოვიკვლიოთ ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია.



სიმსუქნის შეფასება და დიაგნოზი.

სიმსუქნის დიაგნოზი და მისი ხარისხის შეფასება, ბუნებრივია, უნდა მოხდეს ექიმის მიერ. ისევე, როგორც ექიმის მიერ უნდა მოხდეს სიმსუქნის მიზეზების განსაზღვრა და შესაბამისი დიეტის, თუ სხვა სახის თერაპიის შერჩევა. **თუმცა მანადე, დედას უნდა შეეძლოს იმის განსაზღვრა, რამდენად შეესაბამება მისი შვილის სხეულის მასა (წონა) ნორმას, სცილდება თუ არა იგი დასაშვებ ფარგლებს და საჭიროა თუ არა სპეციალისტის კონსულტაცია ამ პრობლემის მოსაგვარებლად.**

ცხრილ 5-ში მოცემულია სხვადასხვა ასაკისა და სქესის ბავშვთა ფიზიკური განვითარების ნორმების მაჩვენებლები, რომელიც საშუალებას აძლევს დაინტერესებულ პირს განსაზღვროს კონკრეტული ბავშვის ფიზიკური განვითარების თავისებურება.

ცხრილი 5.

ფიზიკური განვითარება

სიმაღლე (ვაჟები) სმ.

ასაკი	დაბალი	საშუალოზე დაბალი	საშუალო	საშუალოზე მაღალი	მაღალი
1 წლის	69 – 71 სმ	72 – 75 სმ	76 – 88 სმ	88 – 90 სმ	88 – 90 სმ
2 წლის	77 – 80	81 – 84	85 – 92	93 – 96	97 – 99
3 წლის	85 – 87	88 – 91	92 – 99	100 – 103	104 – 107
4 წლის	88 – 92	93 – 97	98 – 108	108 – 112	113 – 117
5 წლის	95 – 99	100 – 104	105 – 116	117 – 121	122 – 126
6 წლის	101 – 105	106 – 110	111 – 121	122 – 126	127 – 131
7 წლის	108 – 112	113 – 117	118 – 129	130 – 135	136 – 140
8 წლის	112 – 117	118 – 123	124 – 135	136 – 141	142 – 147
9 წლის	116 – 121	122 – 128	129 – 141	142 – 147	148 – 153
10 წლის	123 – 128	129 – 134	135 – 147	148 – 153	154 – 158
11 წლის	126 – 131	132 – 137	138 – 149	150 – 155	156 – 161
12 წლის	128 – 135	136 – 142	143 – 158	159 – 165	166 – 172
13 წლის	133 – 140	141 – 148	149 – 165	166 – 173	174 – 181
14 წლის	141 – 147	148 – 154	155 – 170	171 – 177	178 – 185
15 წლის	142 – 150	151 – 158	159 – 175	176 – 182	186 – 191
16 წლის	157 – 162	163 – 167	168 – 179	180 – 185	186 – 191

სხეულის მასა (ვაჟები) კგ.

ასაკი	დაბალი	საშუალოზე დაბალი	საშუალო	საშუალოზე მაღალი	მაღალი
1 წლის	7,5 – 8	8 – 8,5	8,5 – 9	9 – 10	10 – 11
2 წლის	9,3 – 10,6	10,6 – 11,8	11,8 – 14,3	14,3 – 15,5	15,5 – 16,7
3 წლის	9,9 – 11,5	11,6 – 13,3	13,3 – 16,6	16,6 – 18,3	18,3 – 20
4 წლის	10,6 – 12,8	12,8 – 14,9	14,9 – 19	19 – 21,5	21,5 – 23,6
5 წლის	10,6 – 13,7	13,7 – 16,7	16,9 – 22,7	22,7 – 25,7	25,7 – 28,8
6 წლის	12,3 – 15,4	15,5 – 18,7	18,7 – 25	25 – 28	28 – 31,5
7 წლის	12,6 – 16	16 – 20,5	20,5 – 29	29 – 34	34 – 38
8 წლის	13,7 – 18,4	18,5 – 23	23 – 33	33 – 37	37 – 42
9 წლის	14 – 18,5	18,5 – 25	25 – 36,5	36,6 – 42,5	42.5 – 48
10 წლის	18 – 23	23 – 28	28 – 39	39 – 44	44 – 49
11 წლის	18 – 23	23 – 29	29 – 39	39 – 44	44,5 – 50
12 წლის	19 – 26	26 – 34	34 – 49	49 – 56	51 – 63

13 წლის	24 – 32	32 – 41	41 – 57	57 – 65	65,5 – 74
14 წლის	31 – 39	39 – 48	48 – 65	65 – 73	73 – 82
15 წლის	39 – 47	47 – 54	54,5 – 70	71 – 78	78 – 82
16 წლის	40,5 – 49	49 – 58	58 – 75	76 – 84	84 – 93

სიმაღლე (გოგონები) სმ.

ასაკი	დაბალი	საშუალოზე დაბალი	საშუალო	საშუალოზე მაღალი	მაღალი
1 წლის	68 – 70 სმ	71 – 73 სმ	74 – 80 სმ	81 – 83 სმ	84 – 85 სმ
2 წლის	75 – 77	78 – 81	82 – 90	91 – 94	95 – 98
3 წლის	84 – 87	88 – 90	91 – 99	100 – 103	104 – 107
4 წლის	83 – 88	89 – 94	95 – 106	107 – 112	113 – 118
5 წლის	95 – 99	100 – 103	104 – 114	115 – 118	119 – 123
6 წლის	103 – 106	107 – 110	111 – 120	121 – 124	125 – 130
7 წლის	107 – 112	113 – 117	118 – 129	130 – 135	136 – 141
8 წლის	113 – 117	118 – 123	124 – 134	135 – 140	141 – 146
9 წლის	115 – 121	122 – 127	128 – 140	141 – 146	147 – 152
10 წლის	121 – 127	128 – 133	134 – 147	148 – 153	154 – 159
11 წლის	123 – 130	131 – 137	138 – 152	153 – 159	160 – 166
12 წლის	132 – 138	139 – 145	146 – 160	161 – 167	168 – 175
13 წლის	138 – 143	144 – 150	151 – 163	164 – 169	170 – 176
14 წლის	142 – 147	148 – 153	154 – 167	168 – 174	175 – 180
15 წლის	145 – 150	151 – 155	156 – 167	168 – 174	175 – 179
16 წლის	147 – 151	152 – 156	157 – 167	168 – 174	175 – 179

სხეულის მასა (გოგონები) კგ.

ასაკი	დაბალი	საშუალოზე დაბალი	საშუალო	საშუალოზე მაღალი	მაღალი
1 წლის	6,6 – 7,4	7,4 – 8,5	8,6 – 10,8	11 – 12,5	12,6 – 14
2 წლის	8 – 9	9 – 11	11 – 14,4	14,4 – 16,1	16,1 – 18
3 წლის	10,2 – 11,8	11,9 – 13,3	13,3 – 16,4	16,4 – 18	18,1 - 19,5
4 წლის	10,3 – 11,4	11,4 – 13,8	13,9 – 18,4	18,5 – 20,7	20,7 – 23
5 წლის	11,2 – 13,6	13,7 – 16	16,1 – 21	21 – 24	24 – 26
6 წლის	12 – 15	15 – 18,2	18,2 – 24,5	24,7 – 28	28,2 – 31

7 წლის	12,4 – 16,4	16,5 – 20,5	20,6 – 28,7	28,8 – 32,8	32,8 – 37
8 წლის	12,7 – 17,5	17,6 – 22,5	22,6 – 32,4	32,5 – 37,3	37,4–42,2
9 წლის	13,3 – 19,2	19,3 – 25	25,1 – 37	37,1 – 43	43,1 – 49
10 წლის	15,1 – 21,4	21,5 – 27,8	27,9 – 40,7	40,8 – 47,1	47,2 – 54
11 წლის	16,2 – 23,2	23,3 – 30,2	30,3 – 44,5	44,6 – 51,5	51,6–58,7
12 წლის	21,5 – 29	29,1 – 36,5	36,6 – 51,5	51,5 – 59	59,1 – 67
13 წლის	24,2 – 32,3	32,4 – 40,4	40,5 – 56,8	56,9 – 65	65,1–73,2
14 წლის	29,4–36,6	36,7 – 44	44,1 – 58,6	58,7 – 66	66,1 – 73
15 წლის	31,7–39,3	39,4 – 46,9	47 – 62,3	62,4 – 70	70,1 – 78
16 წლის	35 – 42	42,1 – 49	49,1 – 63	63,1 – 69	69,1 – 75
17წლის	35 – 42	42,1 – 49	49,1 – 64	64,1 – 70,6	70,7–78

კბილების ამოსვლის დრო და თანმიმდევრობა.

კბილების დასახელება	ასაკი
ქვედა ყბის ცენტრალური საჭრელი კბილები	6 – 7 თვე.
ზედა ყბის ცენტრალური საჭრელი კბილები	8 – 9 თვე.
ზედა ყბის გვერდითი საჭრელი კბილები	9 – 11 თვე.
ქვედა ყბის გვერდითი საჭრელი კბილები	11 – 13 თვე.
ზედა და ქვედა ყბის მცირე საღეჭი კბილები	12 – 15 თვე.
ზედა ყბის ეშვები	16 – 18 თვე.
ქვედა ყბის ეშვები	18 – 20 თვე.
ზედა და ქვედა ყბის დიდი საღეჭი კბილები	24 – 30 თვე.

30 თვის ასაკში, ბავშვს უკვე აქვს 20 სარძევე კბილი.

6 – 7 წლის ასაკიდან იწყება სარძევე კბილების შეცვლა მუდმივი კბილებით.

კბილების ნაადრევი ამოსვლა ან დაგვიანება 1 – 2 თვისთ, პათოლოგიად არ ითვლება და ამან არ უნდა შეგაშფოთოთ.

ზოგადად, კბილების ამოსვლის ვადებზე გავლენას მრავალი მიზეზი ახდენს. როგორიცაა მაგალითად: გენეტიკური თავისებურება, გეოგრაფიული გარემო, სადაც ბავშვი იზრდება და ვითარდება, საკვების თავისებურება, ენდოკრინული სისტემის მდგომარეობა, გადატანილი

ინფექციები და სხვადასხვა დაავადებები, რომლებიც ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით მიმდინარეობენ და სხვა.

კბილების ამოსვლას, ზოგჯერ, თან ახლავს სხვადასხვა სახის დისკომფორტი და პრობლემები, როგორიცაა ნერწყვის დენის გაძლიერება, ღრძილების შეშუპება, მტკივნეულობა და ამით გამოწვეული მოუსვენრობა და ჭირვეულობა. კბილების ამოსვლა, ზოგჯერ, ასოცირებულია სხეულის ტემპერატურის მატებასთან და ნაწლავთა აშლილობასთან.

თუმცა უნდა ვიცოდეთ, რომ ბავშვებს, 4 თვის ასაკიდან, ეწყებათ გაძლიერებული ნერწყვდენა, რაც ფიზიოლოგიური (ბუნებრივი) პროცესია და არ არის აუცილებელი, იგი კბილების ამოჭრას ემთხვეოდეს. პირველი კბილი, შეიძლება, გაძლიერებული ნერწყვდენის დაწყებიდან 2 – 3 თვის შემდეგ ამოიჭრას.

კბილების ამოსვლის დაწყებისას, უმეტეს შემთხვევაში, ღრძილები შეშუპებული მტკივნეული და ქავანაა. ამის გამო, ბავშვები ცდილობენ ყველაფერი პირში ჩაიდონ, რაც ზოგჯერ, ნაწლავური ინფექციის განვითარების და ცხელების მიზეზიც ხდება. ამ დროს, ტკივილის, ქავილის და დისკომფორტის შესამცირებლად, შეგიძლიათ გამოიყენოით სპეციალური, ტკივილისა და ქავილის შესამცირებელი, გელი, რომელსაც ბავშვს ღრძილებზე წაუსვამთ. ბავშვს შეგიძლიათ მისცეთ სპეციალური რეზინის რგოლი, რომელსაც იგი პირში იდებს, ღეჭავს და ამით ამცირებს ქავილის შეგრძნებას. მაქსიმალურად უნდა დაიცვათ ყველა იმ ნივთის სისუფთავე, რომელსაც ბავშვი პირში იდებს, რომ არ მოხდეს პირის ღრუში სხვადასხვა დაავადების გამომწვევი მიკრობების შეტანა და ინფექციის განვითარება.

ზოგ შემთხვევაში, კბილების ამოსვლა, არავითარ პრობლემასთან არ არის დაკავშირებული და ეს პროცესი, სრულიად უმტკივნეულოდ მიმდინარეობას.

კბილების ამოსვლა, ზოგჯერ, გვიანდება. თუ კბილების ამოსვლა 3 – 4 თვის დაგვიანდა, ძალიან ნუ შეშფოთდებით. მაგრამ, თუ 1,5 – 2 წლის ასაკში, ბავშვს კბილები არ ამოსდის, სპეციალისტის დაუყოვნებელი კონსულტაციაა საჭირო.

თავი III

ბავშვის მოვლა

ბავშვის (და განსაკუთრებით ახალშობილის) სწორი მოვლა, საკმაოდ რთული და საპასუხისმგებლო პროცესია, რომელიც აუცილებლად მოითხოვს შესაბამის ინელექტს, საჭირო ცოდნასა და უნარჩვევებს.

შეხედულებები ბავშვის მოვლის თავისებურებებისა და წესის შესახებ, რა თქმა უნდა, იცვლება დროის ცვლასთან ერთად და კონკრეტულ პერიოდში ეფუძნება გამოცდილებას, ახალ, მეცნიერულად დადასტურებულ ფაქტებს, ტექნიკურ პროგრესს, ქვეყნისა თუ ოჯახის სოციალური და ეკონომიკური განვითარების დონესა და თავისებურებას. ამიტომ, ის შეხედულებები, რომლებიც ბავშვის მოვლის შესახებ არსებობდა გუშინ, კარდინალურად შეიძლება შეიცვალოს დღეს და კვლავ შეიცვალოს ხვალ, რაც აუცილებლად მოითხოვს მშობლებისათვის, ამ საკითხების შესახებ, ახალი ინფორმაციის დაუყოვნებელ მიწოდებას.

როგორც ნებისმიერი სხვა ტრადიციისა და ჩვევის, ისე ბავშვის მოვლის, ბავშვთან დამოკიდებულების ტრადიციების ცვლა, ადვილად და უმტკივნეულოდ არ მიმდინარეობს. შეხედულება – “ასე ცხოვრობდნენ და ასე იქცეოდნენ ჩვენი წინაპრები” – ადვილად დასაძლევი არ არის, რაც მნიშვნელოვნად უშლის ხელს პროგრესულ და მეცნიერულ საფუძველზე დამყარებული, ახალი შეხედულებების დამკვიდრებას. ამის შესანიშნავი მაგალითია ე.წ. “ქართული, ტრადიციული აკვანის” ისტორია, რომელიც, როგორც გაირკვა არც ქართულია და არც ტრადიციული და რომლის წინააღმდეგაც ქართული პედიატრიის პატრიარქები, არგუმენტირებულ და მეცნიერულ დასკვნებზე დაყრდნობით, რამდენიმე ათეული წლების განმავლობაში ილაშქრებდნენ და მხოლოდ ამის შემდეგ შესძლეს, მოსახლეობის ძირითად ნაწილამდე მიეტანათ ის არგუმენტები, თუ რა ზიანის მოტანა შეუძლია აკვანს ბავშვისათვის. იგივე შეიძლება იქვას ბავშვთა კვებისა და ბავშვთან ურთიერთობის ზოგიერთ სხვა ასპექტზეც.

საბედნიეროდ, ბოლო ხანებში (ბოლო 20 – 30 წლის განმავლობაში), ამ მხრივ, მნიშვნელოვანი პროგრესი შეიმჩნევა, რაც, ალბათ, ინფორმაციის გავრცელებისა და მოპოვების გაიოლებითაა გამოწვეული. დედები (საერთოდ მშობლები) ცდილობენ მიიღონ საჭირო ინფორმაცია არა მხოლოდ ოჯახის წევრების, ახლობლების ან თუნდაც ექიმებისაგან, არამედ სპეციალური ლიტერატურის საშუალებითაც. სამწუხაროდ, თუ არ ჩავთვლით ზოგიერთ ინტერნეტ გამოცემას, ასეთი ინფორმაციის მიღება ქართულ ენაზე, არც თუ ისე ადვილია. არა და ამის საჭიროება ნამდვილად არსებობს.

ჩვენ შევეცადეთ, ამ მიმართულებით, შევხებოდით ბევრ ისეთ ასპექტს, რაც ბავშვის სწორ, თანამედროვე შეხედულებებზე დაყრდნობით, მოვლასთან დაკავშირებით, არსებობს თანამედროვე ლიტერატურაში. ამ წესებისა და მასთან დაკავშირებული მრავალი საკითხის შესახებ, კითხვები და პასუხები, უფრო ვრცლად და აკადემიურად, წინა თავებშია განხილული. აქ კი, მოცემულია მხოლოდ კონკრეტული და პრაქტიკული საკითხები, რომელიც, როგორც ვფიქრობთ, ამ სახით, უფრო მისაღები და გასაგები იქნება მშობლებისათვის.



საფენები და გასახვევი თეთრეული. ტანსაცმელი. ოთახი. საწოლი. ლოგინი.

ბავშვის საფენი შეიძლება იყოს მრავალჯერადი (ბუნებრივი ქსოვილის. როგორც წესი – ბამბის) ან – ერთჯერადი, რომლის ზედაპირიც მხოლოდ ერთი მიმართულებით (შიგნიდან გარეთ) ატარებს სითხეს, ხოლო საფენის სპეციალური შიგთავსი შეიწოვს ამ სითხეს და აქცევს მას ჟელედ, რაც მაქსიმალურად იცავს ბავშვის კანს სისველისაგან და მისი თანმდევი დაზიანებისაგან.

24 საათის განმავლობაში, ბავშვი, მინიმუმ, 8 – 10 –ჯერ ასველებს საფენს და ამდენჯერვეა საჭირო მისი გამოცვლა. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მრავალჯერადი გამოყენების საფენის შემთხვევაში. რადგან, ამ დროს, უფრო სწრაფად ხდება კანის გაღიზიანება და დაზიანება.

დღემდე საკამათოა საკითხი – რომელი საფენია უკეთესი ბავშვისათვის? მრავალჯერადი თუ ერთჯერადი ? ამ კითხვაზე, ერთიანი და ჩამოყალიბებული პასუხი არ არსებობს. ორივე სახის საფენის გამოყენებას აქვს თავისი დადებითი და უარყოფითი მხარეები:

ბუნებრივი ქსოვილის საფენები ჰაერგამტარია და კანს აძლევს "სუნთქვის" საშუალებას. იმის გამო, რომ იგი მრავალჯერადი გამოყენებისაა – შესაბამისად უფრო იაფია და ხარჯეფექტური. თუმცა დასველების შემთხვევაში, შარდის ნაწილი და განავლის მასა რჩება მის შიდა ზედაპირზე და თუ საფენის გამოცვლა და კანის გასუფთავება დაგვიანდა კანი ღიზიანდება და ზიანდება. ამიტომ, აუცილებელია რომ, საფენის დასველების შენთხვევაში იგი სწრაფად გამოიცვალოს, რაც ძალიან რთულია. რადგან საფენის დასველების პროცესის მყისიერი შემჩნევა შეუძლებელია. გადა ამისა, ქსოვილის მრავალჯერადი საფენი სისტემატიურად მოითხოვს რეცხვას და დაუთოებას.

ერთჯერადი საფენები უკეთ იცავს კანს დასველებისა და ამით გამოწვეული დაზიანებისაგან. თუმცა, მათი გამოყენება ზღუდავს კანის აერაციას და ქმნის საშარდე და სასქესო ორგანოების "ჩახურების" საშიშროებას, რაც ზოგიერთი ექსპერტის მოსაზრებით (დაუდასტურებელი მოსაზრება), შეიძლება, შემდგომში, ვაჟებში, სპერმის გამომუშავების პროცესის რაიმე პათოლოგიით გამოვლინდეს. გარდა ამისა, ერჯერადი საფენების გამოყენება უფრო ძვირია ვიდრე მრავალჯერადის. ამასთან, ერთჯერადი საფენები გარემოს დაბინძურების რისკსაც შეიცავენ (არ იშლება დიდი ხნის განმავლობაში).

ბოლო პერიოდში აწარმოებენ ერთჯერად საფენებს, რომლებიც შედარებით, კარგი აერაციული უნარით ხასიათდება. ზოგიერთი სახის საფენს გააჩნია სისველის ინდიკატორი (დასველებისას იცვლის ფერს), რაც მისი დროული გამოცვლის შესაძლებლობას იძლევა. საერთოდ კი, კანის სისველის თავიდან ასაცილებლად, უმჯობესია, ნებისმიერი ტიპის საფენი 2 საათში ერთხელ მაინც შევამოწმოთ.

საფენის გამოცვლის წინ აუცილენლად უნდა დავიბანოთ ხელები საპნით და კარგად გავიმშრალოთ. ბავშვი უნდა დავაწვინოთ სუფთა ადგილზე (საწოლი ან სპეციალური მაგიდა), რომლის ზედაპირიც ზომიერად რბილია და დაფარულია ბუნებრივი ქსოვილით. გამოსაცვლელი ადგილი უნდა იყოს ისეთი სიმაღლის, რომ თქვენი მდგომარეობა (პოზიცია) იყოს კომფორტული და საფენის გამოცვლისას არ გტკიოდეთ ზურგი.

ერთჯერადი, გამოყენებული საფენი უნდა გაიხსნას და სამაგრები გადაიკეცოს, რომ მისი მწებავი ზედაპირი არ მიეკრას ბავშვის კანს.

გადმოიშალეთ საფენის წინა ნაწილი. შემდეგ გამოაცალეთ ბავშვს

საფენს და თუ კანი დასვრილია განავლით, იგი გაწმინდეთ საფენით ან სველი ხელსახოცით. შემდეგ, ბავშვი ჩაბანეთ თბილი წყლით და კარგად შეამშრალეთ რბილი პირსახოცით. თუ კანი დასვრილი არაა, იგი შეიძლება გაწმინდოთ თბილ წყალში დასველებული ბამბის ხელსახოცით და შემდეგ გაამშრალოთ. თუ ბავშვი გოგონაა, ჩაბანვაცა და გასუფთავებაც ხდება წინიდან უკან (სასქესო ორგანოებიდან საჯდომის მიმართულებით) რათა თავიდან აიცილოთ შარდ-სასქესო სისტემაში შარდისა და განავლის ნაწილაკების და შესაბამისად, ინფექციის მოხვედრა. როდესაც კანი კარგად გაშრება, იგი დაამუშავეთ სპეციალური, კანის დამატენიანებელ-დამარბილებელი კრემით ან გადადუღებული ზეთით.

ამის შემდეგ, ბვშვს, საჯდომის ქვეშ უნდა შეუცუროთ ახალი საფენი და ჩააცვათ იგი. ბიჭის სასქესო ორგანო უნდა იყოს ისეთ მდგომარეობაში, რომ მოშარდვის დროს, შარდი არ გადმოვიდეს საფენის ზემო კიდიდან. თუ ჭიპი მოუშუშებელია, საფენი მას არ უნდა ფარავდეს.

საფენი ბავშვის ტანზე კარგად უნდა იყოს მორგებული და მომდგარი. მაგრამ არ უნდა უჭერდეს მას. უნდა შეამოწმოთ საფენის სამაგრები.

საფენის გამოცვლის შემდეგ უნდა დაიბანოთ ხელები.

საფენი უნდა გადააგდოთ ისეთ ადგილზე, რომ მან გარემოს დაბინძურება არ გამოიწვიოს. გაითვალისწინეთ, რომ იგი არ იშლება დიდი ხნის განმავლობაში.



როგორ გადავაჩვიოთ ბავშვი საფენს და მივაჩვიოთ ღამის ქოთანს.

მიუხედავად იმისა, რომ ერთჯერადი საფენები ძალიან კომფორტულია, როგორც ბავშვისათვის, ისე მშობლებისათვის (მომვლელისათვის), მოდის დრო, როდესაც უნდა დაიწყოთ ფიქრი იმაზე, თუ როგორ გადააჩვიოთ ბავშვი საფენს და მიაჩვიოთ ღამის ქოთანს.

ბუნებრივია, ბავშვები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან ფსიქომოტორული განვითარებით. ზოგი მათგანი ადვილად ითვისებს ახალ ჩვევებს. ზოგი – უფრო რთულად. ასეა ამ შემთხვევაშიც და საფენებზე უარის თქმისა და ღამის ქოთანზე გადასვლის დროც, უნდა

შეირჩეს ინდივიდუალურად – ბავშვის ფსიქოტიპის თავისებურების გათვალისწინებით.

ბავშვთა უმრავლესობა ღამის ქოთანის გამოყენებას იწყებს 1 – 1.5 წლის ასაკში, თუმცა – ეს შეიძლება მოხდეს უფრო ადრეც (7 – 9 თვის ასაკიდან) ან უფრო გვიან (2 წლის ასაკიდან). უფრო მეტიც – ზოგიერთი პედიატრი ფიქრობს, რომ ბავშვთა უმეტესობას, უკვე, 6 თვის ასაკიდან შეუძლია ღამის ქოთამზე დაჯდომა.

როდესაც საფენებზე უარის თქმასა და ბავშვის ქოთანზე დასმას გადაწყვეტთ, აუცილებლად გაითვალისწინეთ შემდეგი ფაქტორები:

- რამდენად ადეკვატურად შემოდის ბავშვი კონტაქტში და როგორ ასრულებს იგი "დავალებებს".
- რამდენად მოწესრიგებული და რეგულარულია ნაწლავთა მოქმედება.
- ასველებს თუ არა საფენს ღამის განმავლობაში.

და თუ:

- ბავშვი კარგად შემოდის კონტაქტში და ხალისით ასრულებს "დავალებებს".
- ნაწლავთა მოქმედება მოწესრიგებული და რეგულარულია (წინასწარ, მიახლოებით მაინც, იცით ნაწლავთა მოქმედების სიხშირე და დრო).
- ღამის განმავლობაში ბავშვი არ ასველებს საფენს (ან იშვიათად ასველებს) –

შეიძლება ჩათვალოთ, რომ დროა ეცადოთ – უარი თქვათ საფენზე და დაიწყოთ ღამის ქოთანის გამოყენება.

გაითვალისწინეთ, რომ ამისათვის რამდენიმე დღეა (ზოგჯერ – რამდენიმე კვირა) საჭირო, როცა მუდმივად ბავშვის გვერდით უნდა იყოთ და განსაკუთრებული მოთმინება და ყურადღება გამოიჩინოთ.

- შეარჩიეთ ღამის ქოთანი, რომელიც ბავშვის ასაკს შეეფერება, აქვს დასაჯდომად მოსახერხებელი დიზაინი და არის მდგრადი (რომ ბავში არ გადმოვარდეს და მის მიმართ შიში არ გაუჩნდეს).
- თავიდან, ბავშვი ქოთანზე დასვით ჩაცმული, რომ მიეჩვიოს

მას და ეს მოქმედება თამაშადაც შეიძლება აღიქვას. ასე გააგრძელეთ რამდენიმე დღე, სანამ ბავშვი კარგად არ მიეჩვევა ქოთანს.
- თუ ბავშვი იმ ასაკისაა, რომ შეუძლია ამის გაგება – აუხსენით, რისთვისაა საჭირო ქოთანი.
- შეარჩიეთ ისეთი პერიოდი, როდესაც ბავშვს ნაწლავთა მოქმედების ან მოშარდვის დრო აქვს (მაგ. გაღვიძებისას ან საკვების მიღების შემდეგ), გახადეთ მას საფენი და დასვით ქოთანზე.
- თუ პირველ ცდაზე არ გაგიმართლებთ (რაც სრულიად მოსალოდნელი და ბუნებრივია) – გაიმეორეთ ეს დღეში რამდემჯერმე.
- როდესაც ასეთი ცდა წარმატებით დამთავრდება – შეაქეთ ბავშვი, მოეფერეთ და დააჯილდოეთ რაიმე გემრიელი საკვებით ან სათამაშოთი.
- ამ პერიოდიდან, ბავშვს შეიძლება ერთბაშად მოაცილოთ საფენი ან კვლავ ჩავაცვათ იგი მას პერიოდულად – სანამ კარგად არ მიეჩვევა ღამის ქოთანს, თავადვე არ მოითხოვს მასზე დაჯდომას და აღარ დაასველებს საფენს.
- მანამადე, სანამ ბავშვს მყარად არ ჩამოუყალიბდება ღამის ქოთანის მოხმარების ჩვევა და საბოლოოდა არ იტყვის უარს საფენზე – სახლიდან გაყვანის შემთხვევაში, მას საფენი უნდა გაუკეთოთ.



თეთრეული, საცვლები, ტანსაცმელი, ოთახი, საწოლი და ლოგინი.

დღეს, იშვიათობას აღარ წარმოადგენს ისეთი მდგომარეობა, როდესაც სამშობიაროდან გამოყვანის შემდეგ, ბავშვი სახვევებში კი არაა გახვეული, არამედ აცვია საცვლები და ტანსაცმელი (შარვალი, პერანგი, ქურთუკი და ა.შ.) და თავისუფლად წევს თავის საწოლში. ეს, ბავშვის სხეულს აძლევს თავისუფალი განვითარების საშუალებას და, როგორც სპეციალისტების დიდი ნაწილი ფიქრობს, უფრო სასარგებლო და პროგრესულია ბავშვისათვის, ვიდრე საფენებში და სახვევებში მჭიდროდ გამოკრა.

ალბათ ყველას გინახავთ სახვევებში გამოკრული ჩვილის რეაქცია

ამ სახვევების გახსნისა და მისი გათავისუფლების შემდეგ. ამ დროს ბავშვს აშკარად ეცვლება სახის გამომეტყველება. ჩანს, რომ იგი ნასიამოვნებია. ბავშვი იზმორება, შლის კიდურებს და თითქოს მთელი სხეულით სუნთქავს რაც, აშკარად ადასტურებს „თავისუფალი ჩაცმის“ უპირატესობას, სახვევებში გამოკვრასთან შედარებით.

თუმცა, არის მეორე შეხედულებაც, რომელიც, სიცოცხლის პირველ პერიოდში მაინც, მიუთითებს სახვევების უპირატესობაზე. დაბადების პირველი დღეების და რამდენიმე კვირის განმავლობაში, ბავშვს ახასიათებს კიდურების სპონტანური (თვითნებური, უკონტროლო) მოძრაობება, რომელიც ხშირად მისი გაღვიძებისა და ჭირვეულობის მიზეზი ხდება. ამიტომ, ზოგიერთი პედიატრი ფიქრობს, რომ სახვევებში გაკრული ბავშვი, მეტნაკლებად დაცულია ამგვარი, სპონტანური, მოძრაობისაგან, მისგან გამოწვეული გაღვიძებისაგან და სძინავს უფრო მშვიდად. თუმცა, ჩემი აზრით, ეს საკამათო საკითხია.

მაგრამ, როგორიც არ უნდა იყოს ამ საკითხის მიმართ მიდგომა, აუცილებელია ვიცოდეთ, რომ ახალშობილისა და საერთოდ ჩვილის საფენები, სახვევები, თეთრეული თუ ტანსაცმელი, აუცილებლად ბუნებრივი ქსოვილებისაგან უნდა იყოს დამზადებული. ამ მხრივ, საუკეთესი ვარიანტია ბამბისა და აბრეშუმის ქსოვილი. ამ ტიპის ქსოვილები კარგად ატარებს ჰაერს, სხეულს აძლევს „სუნთქვის„ საშუალებას, აქვს ნაზი ზედაპირი და არ აღიზიანებს კანს.

დღეს, კვლავ პოლემიკის საგანია – სად უნდა ეძინოს ახალშობილს ? მშობლებთან ერთად თუ საკუთარ საწოლში? და როგორი უნდა იყოს ეს საწოლი ?

ჯერ კიდევ 30 – 40 წლის წინ, საქართველოში, ბავშვის ტრადიციულ საწოლად აკვანი იყო მიჩნეული. ეს ტრადიცია ჯერ კიდევ შემორჩენილია საქართველოს ზოგიერთ მთიან და პერიფერიულ რეგიონებში. ამჟამად, სრულიად დადასტურებულად შეიძლება ითქვს, რომ ეს „ტრადიციული“ აკვანი არც ქართულია და არც ტრადიციული. იგი მომთაბარე მონგოლური ტომების საქართველოში შემოსვლის შემდეგაა გავრცელებული და მათ ტრადიციას წარმოადგენს. მასში მოთავსებული ბავშვი, სპეციალური არტახებით, მჭიდროდაა გაკრული ლოგინში, რაც მნიშვნელოვნად ზღუდავს არა მხოლოდ კიდურების მოძრაობას, არამედ გულმკერდის გაშლას და სუნთქვის პროცესსაც. ამ დროს, ქვედა კიდურები მჭიდროდაა ერთმანეთთან

მიკრული და განზიდულია მენჯ-ბარძაყის სახსრებში. ფეხებს შორის მოთავსებული შიბაქი კი, კიდევ უფრო ამძაფრებს ამ მდგომარეობას. ეს კი, თავის მხრივ, ბარძაყის ძვლების თავების მენჯბარძაყის სასახსრე ბუდეებიდან ამოწევის, სახსრების განუვითარებლობისა და სიკოჭლის მიზეზი ხდება.

აკვანის რწევა, რასაც ბავშვის დაძინების მიზნით მიმართავენ, იწვევს ვესტიბულარული აპარატის (სმენისა და წონასწორობის აპარატის) დატვირთვას, რაც არასასურველია ცენტრალური ნერვული სისტემის ნორმალური განვითრებისათვის. ასევე ცნობილი გახდა, რომ აკვანი ხელს უწყობს რაქიტის განვითარებას და ძვლების დეფორმაციას.

აკვანის ეს ტიპი, რომელიც დიდი ხნის განმავლობაში ქართულ, ტრადიციულ აკვნად იყო მიჩნეული, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მომთაბარე მონღოლური ტომების საკუთრებას წარმოადგენდა. იგი ძალიან მოსახერხებელია მუდმივად გადაადგილების პროცესში მყოფი მომთაბარე ხალხისათვის და არა მიწათმოქმედი, ერთ ადგილზე დამკვიდრებული მოსახლეობისათვის.

სხვათა შორის, სვანეთში დღემდეა შემორჩენილი ნამდვილი ქართული აკვანის ნიმუში, რომელიც, ჩვეულებრივ, პატარა ზომის სარწეველა საწოლს წარმოადგენს და რომელშიც ბავშვი, არტახებში მჭიდროდ გამოკვრის გარეშე, საკმაოდ თავისუფლად და კომფორტულად შეიძლება მოთავსდეს.

ბავშვის საწოლი, ეკოლოგიურად უსაფრთხო მასალისაგან (უმჯობესია ხის მასალა) უნდა იყოს დამზადებული. მისი კონსტრუქცია უნდა იყოს უსაფრთხო. საწოლის კიდეები უნდა იყოს მაღალი, რომ ბავშვი დაცული იყოს საწოლიდან გადმოვარდნისაგან და სხვადასხვა სახის ტრავმისაგან.

ლეიბი, საბანი და ბალიში, ბუნებრივი (ბამბა ან აბრეშუმი) ქსოვილისაგან უნდა იყოს შეკერილი. მათი შიგთავსი, უმჯობესია იყოს ბამბის. თუმცა ბოლო ხანებში, ამ მიზნით გამოიყენება სპეციალური სილიკონის მასალა, რომელიც უსაფრთხოა ეკოლოგიური თვალსაზრისით, არის მსუბუქი, კარგად ინახავს სითბოს და არის ანტიალერგიული. ლეიბი და ბალიში, ბუნებრივია, უნდა იყოს რბილი. მაგრამ არა იმდენად, რომ ბავშვი შიგ ღრმად ეფლობოდეს, რაც შეიძლება, სუნთქვის შეფერხებისა და შესაბამისი მიმე შედეგების მიზეზი გახდეს.

საწოლის თეთრეული, უმჯობესია იყოს ფერადი, რათა მიიქციოს ბავშვის ყურადრება და იწვევდეს სასიამოვნო ემოციას.

უკვე სიცოცხლის მე-2 თვიდან, როდესაც ბავშვი აფიქსირებს მოძრავ საგნებს, საწოლთან და მის ზემოთ დაკიდეთ ფერადი სათამაშოები, რომელიც ბავშვის ყურადღებას მიიპყრობს და დაეხმარება მას გრძნობათა ორგანოებისა და აღქმის განვითარების პროცესის სრულყოფაში.

ბავშვის საწოლი რაც შეიძლება ახლოს უნდა იდგას მშობლების საწოლთან.

3 - 4 თვემდე ასაკის ბავშვი, მუდმივ ყურადრებასა და მეთვალყურეობას საჭიროებს.

დღემდე საკამათოდ რჩება საკითხი – ახალშობილი (და საერთოდ ჩვილი ბავშვი) უნდა იწვეს ცალკე საწოლში, თუ დედასთან (ან მშობლებთან) ერთად. დღეისათვის პედიატრთა უმრავლესობას მიაჩნია რომ, ბავშვი თავიდანვე უნდა იწვეს ცალკე საწოლში. ეს მოსაზრება ემყარება რამდენიმე სერიოზულ არგუმენტს, როგორებიცაა – ჰიგიენური პირობების დაცვა, ბავშვის უსაფრთხოება (დაღლილი დედა, ძილის დროს, ყოველთვის ვერ აკონტროლებს თავისი სხეულის პოზიციას, რამაც შეიძლება ბავშვის ტრავმვა და მოგუდვაც კი გამოიწვიოს). ასევე ითვალისწინებენ იმ ფაქტს, რომ მშობიაროზის შემდეგ, დაღლილი დედა, ვერ დაიძინებს მშვიდად და ვერ დაისვენებს, როცა იცის, რომ მის საწოლში ბავშვი წევს და მისი უხერხული მოძრაობა ძილის დროს, შეიძლება ბავშვისათვის საზიანო აღმოჩნდეს.

თუმცა ექიმთა გარკვეულ ჯგუფს – მაგ. ფრანგი პედიატრების ნაწილს (და მე მათ აზრს ვეთანხმები), მიაჩნია, რომ სიცოცხლის პირველი თვეების განმავლობაში, თუ დედის ჯანმრთელობის მდომარეობა, მისი ფსიქოლოგიური განწყობა, ოჯახის კულტურული და ეკონომიური მდგომარეობა (საწოლის თავისებურება და ჰიგიენური მდგომარეობა), მამის სურვილი და სხვა, ამის საშუალებას იძლევა, უმჯობესია ბავშვი 3 – 4 თვის ასაკამდე მაინც, მშობლების საწოლში იმყოფებოდეს. ეს მდგომაეობა, ერთი მხრივ, ხელს უწყობს ჩვილის გარემოსთან ადაპტაციის პროცესს და მეორე მხრივ – სასარგებლოა მშობლების შესაბამისი ფსიქოლოგიური განწყობის ფორმირებისათვის და იმ მდგომარეობის სიღრმისეულად გაანალიზებისათვის, რაც ახალ პასუხისმგებლობას, ახალ მოვალეობებს და ახალ ურთიერთობებს ახლავს თან.



ბანაობა და დასუფთავება.

ახალშობილის კანი ნაზია, ჩახურების და ოფლის ან ექსკრემენტების (შარდი და განავალი) შეხების გამო ადვილად ზიანდება, რაც ინფექციის შეჭრისათვის ხელსაყრელ პირობებს ქმნის. ამის გამო, ჩვილის მოვლაში, კანის სისუფთავეს და ჰიგიენური პირობების დაცვას ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს.

სხეულის სისუფთავის შესანარჩუნებლად საჭიროა ხშირი ბანაობა. ბავშვის ბანაობის სიხშირე ინდივიდუალურია. იგი დამოკიდებულია მის ასაკზე, კანის თავისებურებაზე (მშრალი ან ცხიმიანი კანი), გარემოს ტემპერატურასა, ზოგადად გარემო პირობებზე და შეიძლება მერყეობდეს 2 – 3-დან კვირაში – ყოველდრიურ პროცედურებამდე.

სამშობიაროდან გამოსვლის შემდეგ, თუ ჭიპი სველია, ჯობია, რამდენიმე დღე, თავი შეიკაოთ ბავშვის ბანაობისაგან და დაკმაყოფილდეთ კანის სველი საფენით გაწმენდით.

ბანაობისას ოთახის ტემპერატურა უმდა იყოს 37 გრადუსამდე.

ბუნებრივია ბავშვს უნდა ჰქონდეს საკუთარი აბაზანა, რომელიც კარგად უნდა სუფთავდებოდეს და დაცული იყოს მიკრობებისაგან. ბანაობისას, აბაზანაში, წყლის ტემპერატურა უნდა იყოს 37 – 38 გრადუსი. სასურველია წყალში წინასწარ ჩაასხათ კალი-მანგანუმის ზეჟანგის („მარგანცოვკა“) ხსნარი, ისე, რომ წყალი ღია ვარდისფრად შეიღებოს. ეს პროცესი საჭიროა წყლის დეზინფექციისათვის და იცავს ბავშვის კანს ბაქტერიების ზემოქმედებისაგან (თუმცა, ბოლო ხანებში, ზოგიერთი პედიატრი, ამის საჭიროებას ვერ ხედავს).

ბავშვის ბანაობის დაწყებამდე წყლიან აბაზანაში ჩააფინეთ ბამბის ქსოვილის საფენი, რომ ბავშვი არ გასრიალდეს აბაზანის კედელზე ან ძირზე. პატარა, აბაზანაში უნდა ჩააწვინოთ ისე, რომ მარცხენა ხელი მის მხებსა და კისრის ქვეშ გქონდეთ ამოდებული და აფიქსირებდეთ ამ მიდამოს. ბუნებრივია – თავი უნდა იყოს წყლის ზემოთ. თვალები, ყურები და სახე გაასუფთავეთ ბამბის სველი ტამპონით. თვითოეული თვალისათვის გამოიყენეთ ცალკე ტამპონი. ამ პროცედურის ჩატარებისას სასურველი არ არის საპნის გამოყენება. შეიძლება გამოიყენოთ ბავშვის თმის შამპუნი. ამის შემდეგ, ბავშვს სახე ჩამობანეთ გამდინარე თბილი წყლით, რომელიც წინასწარ გექნებათ მომზადებული.

ბავშვს, ტანი დაბანეთ გასაპნული, რბილი, (ბამბის) ქსოვილით. აუცილებლად გამოიყენეთ ბავშვის სპეციალური საპონი. ამის შემდეგ,

ბავშვი ამოიყვანეთ წყლიდან და გადაავლეთ თბილი წყალი. შემდეგ დააწვინეთ საწოლზე ან სპეციალურ მაგიდაზე, შეახვიეთ რბილ პირსახოცში ან ბამბის ქსოვილში და კარგად შეამშრალეთ. იღლიებში, კისერზე, საზარდულის არეში და ნაოჭებში წაუსვით სპეციალური, კანის დამარბილებელი, კრემი ან გადადუღებული მცენარეული ზეთი. თუ ბავშვის კანს ახასიათებს მიდრეკილება სიმშრალისაკენ, ასეთი კრემი ან ზეთი შეიძლება წაუსვათ მთელ სხეულზე. ამის შედეგ, ბავშვს ჩააცვით ერთჯერადი ან მრავალჯერადი საფენი, ტანსაცმელი (ან შეახვიეთ სახვევებში) და მოათავსეთ **თბილ გარემოში.**



კანის, ჭიპის, თვალების, ცხვირისა და ყურების მოვლა.

ჩვილი ბავშვის კანი ნაზია და ადვილად ზიანდება გარემო ფაქტორების (ოფლი, შარდი, განავალი, უხეში საფენი ან საცვლები და ტანსაცმელი) ზემოქმედებით. დაბადების პირველ დღეებში, კანი შეიძლება იყოს გაღიზიანებული, აქერცლილი ან მშრალი, მოწითალო ან მონაცრისფრო ელფერის. შემდგომ დღეებში, ჯანმრთელი ახალშობილის კანი ვარდისფერი, ნაზი და ელასტიურია. კანი ადვილად რეაგირებს ორგანიზმში მიმდინარე სხვადასხვა ცვლილებებზე და ამიტომ, მისი მდგომარეობა, მნიშვნელოვანი ინდიკატორია ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფასებლად.

ახალშობლის კანი მუდმივად საჭიროებს ყურადღებას და მოვლას. ეს განსაკუთრებით ეხება სხეულის ისეთ არეებს, როგორიცაა სახე, ყელი, ყურების უკან არეები, იღლიები, საზარდულის არე, სახსრების შიდა ზედაპირები და ნაოჭების მიდამოები. ეს არეები ხშირად უნდა დაამუშაოთ სპეციალური კრემით ან გადადუღებული, მცენარეული ზეთით. თუ კანი მშრალია მთელ სხეულზე, მაშინ დამატენიანებელი საშუალებით მთელი სხეული უნდა დაამუშაოთ.

კანის ხანგრძლივი სისველე იწვევს მის გაღიზიანებას და ანთებადი პროცესის განვითარებას (დერმატიტი, გამოყელვა). ეს მდგომარეობა განსაკუთებით ხშირად ვითარდება ისეთ არეებში, სადაც გროვდება ოფლი და სადაც კანს შარდი და განავალი ეხება. ამიტომ, ეს არეები, განსაკუთრებით ხშირად უნდა გაასუფთაოთ თბილი წყლითა და საპნით (ან შამპუნით) და დაამუშაოთ კრემით ან ზეთით.

ბავშვს, სახე უნდა დაბანოთ თბილი, გამდინარე წყლით. სახის დასაბანად საპნის გამოყენება ნაკლებადაა რეკომენდირებული. ამ მიზნით, შეიძლება გამოიყენოთ ბავშვის თავის სპეციალური შამპუნი.

ცხვირის სიღრმისეული გასუფთავება, ჩვეულებრივ, არაა რეკომენდირებული. ცხვირის შესასვლელი უნდა გაასუფთაოთ სველი და გაწურული ბამბის ტამპონით და შემდეგ გაამშრალოთ. თუ ცხვირში ქერქებია, იგი უნდა დაარბილოთ ვაზელინით (ცხვირის ღრუ გაწმინდეთ ვაზელინის ტამპონით) და რამდენიმე წუთის შემდეგ, შიგთავსი მიაცილეთ მშრალი ტამპონით. ჭარბი ლორწოსაგან ცხვირის გათავისუფლება, შესაძლებელია სპეციალური ამწოვი მოწყობილობის საშუალებით.

თვალები უნდა გაწმინდოთ თბილ და გადადუღებულ წყალში დასველებული ბამბის ტამპონით. ტამპონი უნდა ამოძრაოთ გარეთა კუთხიდან შიდა კუთხისაკენ. თვითოეული თვალისათვის უნდა გამოიყენოთ ცალკე ტამპონი.

ყურები გაასუფთავეთ გარედან, თბილ წყალში დასველებული და გაწურული ბამბის ფთილით. ყურების ღრმად გაწმენდა ბამბიანი ჩხირით არაა რეკომენდირებული. ამან შეიძლება დაფის აპკისა დაზიანება და შუა ყურის ანთებადი პროცესი გამოიწვიოს.

ჭიპის სრული მოშუშებისათვის, ბავშვის დაბადების შემდეგ, დაახლოეით 3 კვირაა საჭირო. ჭიპიდან გამონადენის არსებობის შემთხვევაში, აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია. თუ ჭიპი მშრალია, მისი განსაკუთრებული დამუშავება საჭირო არაა. უნდა ეცადოთ, რომ ჭიპი შეიუნარჩუნოთ მშრალად და სუფთად.

ფრჩხილები, ბავშვს უნდა მოაჭრათ მოკლედ. ბავშვის ფრჩხილები ძალიან თხელი და ბასრია. ამიტომ, კიდურების უნებლიე მოძრაობისას, შეიძლება ბავშმა სახე ან სხეულის სხვა ადგილებზე კანი დაიზიანოს. ამის თავიდან ასაცილებლად, ბავშვს, ზოგჯერ, შეიძლება სპეციალურ პერანგი ჩააცვათ, რომლის მაჯებიც დახურულია და ხელთათმანს გავს.



ბავშვთა უეცარი სიკვდილი და მისი თვიდან აცილების გზები.

მცირე ასაკის (განსაკუთრებით 1 წლამდე) ბავშვები მუდმივად საჭიროებენ ყურადღებას. ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ ამ ასაკის ბავშვი, ძილის დროსაც კი, არ დატოვოთ მარტო დიდხანსა და ყურადღების გარეშე.

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საფრთხე, რომელიც მცირე ასაკის ბავშვს შეიძლება ემუქრებოდეს მარტო ყოფნისას, არის **„ბავშვთა უეცარი სიკვდილი“.**

ტერმინი – „ბავშვთა უეცარი სიკვდილი“ აღნიშნავს ისეთ მდგომარეობას, როდესაც 1 წლამდე ასაკის ჯანმრთელი ბავშვი კვდება ძილში და ამ მოვლენის ახსნა ვერ ხერხდება (ან ძალიან ძნელად ხერხდება) კლინკური და პათანატომიური (გაკვერთა) მონაცემების საფუძველზეც კი.

იმ ფაქტორთა შორის, რომელიც „ბავშვთა უეცარი სიკვდილის“ მიზეზადაა მიჩნეული, მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება საწოლში ბავშვის არასასურველ მდებარეობას, ამის გამო სასუნთქი გზების გადაკეტვას და დახრჩობას.

ა.შ.შ-ში, „ბავშვთა უეცვარი სიკვდილი“ წარმოადგენს 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მიზეზს. შემთხვევათა მეტი წილი მოდის 2 – 4 თვის ასაკის ბავშვებზე.

„ბავშვთა უეცარი სიკვდილის“ რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება:

- ორსულობის პერიოდში დედის მიერ ნიკოტინის, ალკოჰოლის და ნარკოტიკის მოხმაება.
- დედის ახალგაზრდა ასაკი.
- დედის სიმსუქნე.
- ხშირი მშობიარობა.
- ბავშვის მამრობითი სქესი.
- ბავშვის საწოლში ძალიან რბილი ლეიბისა და ბალიშის გამოყენება.
- ბავშვის გადახურება ან გადაციება.
- თამბაქოს სუნი ბავშვის საწოლ ოთახში.
- დღენაკლი და მცირე წონის ბავშვი.

- ხანგრძლივი ყოფნა (და ძილი) ავტომობილის სავარძელსა და სარწეველა საქანელაში).

ბავშვის ზურგზე წოლა ძილის დროს, ამცირებს უეცარი სიკვდილის შესაძლებლობას. ხოლო მუცელზე წოლა კი ზრდის ამ საშიშროებას.

ამერიკის პედიატრთა აკადემიის მონაცემებით, საწოვარას გამოყენება ძილის დროს, ამცირებს უეცარი სიკვდილის საშიშროებას. თუმცა, საჭიროა, რომ საწოვარა ბავშვს მისცეთ ჩაძინებამდე ან ჩაძინების პროცესში და არა ძილის დროს. ამასთან, საწოვარას გამოყენება, ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ბავშვებში, რეკომენდირებულია 1 თვის ასაკის შემდეგ, როდესაც კარგად ყალიბდება წოვის რეფლექსი.



ბოთლი და საწოვარა.

ბოთლი და საწოვარა ბავშვის მოვლის აუცილებელი ატრიბუტებია. ისინი საჭიროა არა მხოლოდ ხელოვნურ ან შერეულ კვებაზე მყოფი ბავშვებისათვის, არამედ ბუნებრივი კვების დროსაც, როცა დედა, რაიმე მიზეზის გამო (სწავლა, მუშაობა, ძუძუს დვრილების ნახეთქი ან სხვა პათოლოგია) იძულებულია, თუმდაც ნაწილობრივ, ჩამოწველილი რძით კვებოს ბავშვი. ბოთლისა და საწოვარას საშუალებით ბავშვები იღებენ არა მხოლოდ ბაზისურ საკვებ ნარევს, არამედ თხელი კონსისტენციის ფაფებს, ხილის წვენებს და წყალს. სასურველია, რომ თვითოეული ამ საკვებისათვის, მას ცალკე ბოთლი და საწოვარა ჰქონდეს.

გამოყენების წინ, ბოთლი და საწოვარა კარგად უნდა გარეცხოთ გამდინარე წყალში, მოათავსოთ მდუღარე წყალში 3 წუთის გავნავლობაში და შემდეგ გააგრილოთ.

გამოყენების შემდეგ, გაიმეორეთ იგივე პროცედურა და საწოვარა და ბოთლი შეინახეთ სუფთა ადგილზე.

როდესაც ბავშვის საკვები ბოთლისა და საწოვარას შეძენას დააპირებთ, გაითვალისწინეთ მათი რამდენიმე მახასიათებელი:

- რა ასაკისაა ბავშვი.
- რა მასალისაგანაა დამზადებული ბოთლი და საწოვარა.

- როგორი ფორმისაა ბოთლი და საწოვარა.

ბოთლი.

დღეს, ბოთლებს ამზადებენ გამჭვირვალე მინისაგან, პოლიპროპილენისაგან და პოლიკარბონატისაგან.

- მინა არის ეკოლოგიურად უსაფრთხო. გაცხელებით ან ქიმიური დამუშავებით, არ გამოჰყოფს მავნე ნივთიერებებს. ირეცხება კარგად და არის გამჭვირვალე, რაც მის შიგთავსზე დაკვირვების საშუალებას იძლევა. მისი ნეგატიური თვისებაა მსხვრევადობა. ამიტომ, როცა ბავშვი იმ ასაკის გახდება, როცა, ბოთლით, დამოუკიდებლად შეუძლია საკვების მიღება – იგი არ უნდა დავტოვოთ მარტო მინის ბოთლით ხელში ან მინის ბოთლი უნდა შევცვალოთ სხვა, ამ მხრივ, უსაფრთხო მასალის ბოთლით.
- ამჟამად, მინის ბოთლის ალტერნატივად მიჩნეულია პოლიპროპილენის ბოთლი. გაცხელებისა ან ქიმიური ნივთიერებებით დამუშავებისას იგი არ გამოჰყოფს მავნე ნივთიერებებს, არ არის მსხვრევადი და ადვილად ირეცხება. თუმცა, არ არის გამჭვირვალე და ზომიერად დაბინდულია, რაც გარკვეულად აბრკოლებს მის შიგთავსზე დაკვირვების შესაძლებლობას.
- პოლიკარბონატის ბოთლი არ არის მდგრადი ხშირი გაცხელების მიმართ. ამ დროს, მის კედლებში ჩნდება მიკრონაპრალები, სადაც მავნე ბაქტერიები მრავლდებიან. ამიტომ, ამ მასალისაგან დამზადებული ბოთლი ხშირად უნდა გამოიცვალოს.
- სხვადასხვა ფორმის საბავშვო ბოთლებს შორის, ჯობია უპირატესობა მიანიჭოთ მარტივი ფორმის (ჩვეულებრივი) ბოთლს, რომელიც ადვილადაც ირეცხება და ხელში დასაჭერადაც მოსახერხებელია.
- არსებობს ბავშთა კვების ფუნქციური ბოთლები, რომელთა ყელში არსებული სპეციალური მოწყობილობა, ბავშვის კვების დროს, ბოთლში ქმნის ვაკუუმს და იცავს ბავშვს, კვების დროს, ჰაერის ჩაყლაპვისაგან. ეს კი, თავის მხრივ, ამცირებს კოლიკას (ნაწლავთა სპაზმი და ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში) განვითარების შესაძლებლობას. ამ ტიპის ბოთლები, უპირატესად, რეკომენდებულია ხელოვნურ კვებაზე მყოფი, კოლიკისაკენ მიდრეკილი, ბავშვების კვებისათვის.

საწოვარა.

თანამედროვე საწოვარა მზადდება ლატექსის ან სილიკონისაგან. სხვადასხვა ასაკის ბავშვისათვის საჭიროა განსხვავებული ზომის საწოვარა. საწოვარა ყოველთვის უნდა შეინახოთ სუფთა ადგილზე.

- სილიკონის საწოვარა გამჭვირვალეა და ზომიერად მკვრივი კონსისტენცია აქვს. იგი ადვილად ირეცხება, კარგად უძლებს თბურ დამუშავებას (მდუღარე წყალში დამუშავება) და არ იწვევს ალერიულ რეაქციას. თუმცა, წოვის დროს, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ბავშვს კბილები აქვს, შეიძლება დაზიანდეს და მისი ნამცეცები ბავშვის სასუნთქ ან საჭმლის მომნელებელი სისტემაში მოხვდეს. ასევე, მიაჩნიათ, რომ მკვრივი კონსისტენციის გამო, მან შეიძლება ხელი შეუშალოს ნორმალური თანკბილვის ფორმირებას. სილიკონის საწოვარა 2 – 3 თვეში ერთხელ უნდა გამოცვალოთ.
- ლატექსის საწოვარა გაუმჭვირვალე, ელასტიური და რბილია, რის გამოც, ნეგატიურად არ მოქმედებს თანკბილვის ფორმირებაზე. თუმცა, მას ახასიათებს ალერგიული რეაქციები. ლატექსის საწოვარა ყოველთვიურად უნდა გამოცვალოთ.
- საწოვარას შეძენისას განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ ხვრელის ზომას და ფორმას, საიდანაც საკვები გადმოდის. ჩვეულებრივ საკვების (დედის რძე ან ადაპტირებული საკვები ნარევი) მიღებისას, ეს ხვრელი უნდა იყოს იმ ზომის, რომ საკვები არ გადმოდიოდეს თავისუფლად და თვითდინებით. რადგან, ამ დროს, ბავშვს, კვებისას, არ სჭირდება ენერგიული წოვითი მოძრაობების გაკეთება და იგი "ზარმაცდება". შედეგად – ბავშვი აღარ სწოვს ძუძუს (ეზარება ენერგიული წოვა). გარდა ამისა, საწოვარადან ადვილად გადმოსული საკვები სწრაფად ავსებს კუჭს და აძნელებს მონელების პროცესს.



მატყუარა საწოვარა.

მატყუარა საწოვარას გამოყენების მართებულობის შესახებ, ერთმანეთისაგან განსხვავებული მოსაზრებები არსებობს. თუმცა **ფაქტია, რომ მატყუარა საწოვარა ბავშვის მოვლის ერთ-ერთი ყველაზე პოლულარული საშუალებაა.**

მატყუარა საწოვარას გამოყენების მომხრეები ეყრდნობიან იმ ფაქტებსა და არგუმენტებს, რომ წოვა ბავშვის თანდაყოლილი რეფლექსია. ეს რეფლექსი, ჯერ კიდევ, მუცლად ყოფნის პერიოდში მყღავნდება და დაბადებამდე რამდენიმე თვით ადრე, ბავშვი თავისივე ცერა თითს სწოვს. დაბადების შემდეგ, სიცოცხლის პირველი 4 თვის განმავლობაში, წოვის მოთხოვნილება განსაკუთრებით ძლიერია. წოვის პროცესი ბავშვისათვის სასიამოვნოა. ამ დროს, იგი მშვიდდება და ადვილად იძინებს. გარდა ამისა, წოვის დროს, ვითარდება და ვარჯიშდება ყბის კუნთები. არსებობს მონაცემები, რომ ძილის პერიოდში, მატყუარა საწოვარას გამოყენება, ამცირებს "ბავშვთა უეცარი სიკვდილის" შემთხვევებს.

მატყუარა საწოვარას გამოყენების მოწინააღმდეგეებს მიაჩნიათ, რომ წოვის პროცესში ბავშვის გონება კონცენტრირებულია მხოლოდ საწოვარაზე და ეს ხელს უშლის მას, აღიქვას და შეიმეცნოს სამყარო. ლოგოპედთა ნაწილს მიაჩნია, რომ მატყუარა საწოვარა ხელს უშლის მეტყველების აპარატის სწორ ფორმირებას. ყველაზე კატეგორიულები კი სტომატოლოგები არიან: მათ მიაჩნიათ, რომ მატყუარა საწოვარა ხელს უშლის ყბების სწორ განვითარებას და ნორმალური თანკბილვის ფორმირებას. თუმცა, ბოლო ხანებში, მათი ეს არგუმენტი ნაწილობრივ შესუსტდა. რადგან, ამჟამად, შემუშავებულია მატყუარა საწოვარას სპეციალური მოდელი – ე.წ. "ორთოდონტული საწოვარა", რომლის დიზაინიც იმგვარადაა შექმნილი, რომ მინიმუმამდე დაიყვანოს, საწოვარას გამოყენებით გამოწვეული, თანკბილვის დარღვევა და როგორც ზოგიერთი ავტორი წერს – პირიქით, ხელი შეუწყოს ნორმალური თანკბილვის ფორმირებას. **მაგრამ, ასეა თუ ისე, ფაქტია, რომ მატყუარა საწოვარა ძალიან პოპულარული საშუალებაა და მას იყენებს, პრაქტიკულად, ყველა ბავშვი.**

ამიტომ, როდესაც მატყუარა საწოვარას გამოყენებას დააპირებთ, გაითვალისწინეთ მისი ყველა, აღნიშნული, პოზიტიური და ნეგატიური ეფექტი და ისე მიიღეთ ეს გადაწყვეტილება. გარდა ამისა დაუსვით კითხვა თქვენს თავს:

- რა ასაკიდან უნდა მისცეთ ბავშვს საწოვარა.
- რა ასაკამდე უნდა გამოიყენოს ბავშმა საწოვარა.
- როგორი მასალისაგან დამზადებულ და როგორი ზომის საწოვარას უნდა მიანიჭოთ უპირატესობა კონკრეტულ შემთხვევაში.
- როგორი ფორმის (დიაზაინის) საწოვარას გამოყებება ჯობია კონკრეტულ შემთხვევაში.

საწოვარას გამოყენების ასაკი და ხანგრძლიობა ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია როგორც მისი გამოყენების მიზანზე (და მიზეზზე), ისე ბავშვის ფსიქოტიპზე. დედები, რომლებსაც ნაკლები დრო აქვთ ბავშვთან ურთიერთობისათვის, მატყუარა საწოვარას გამოყენებას იწყებენ უფრო ადრე და აგრძელებენ ამას უფრო ხანგრძლივად, ვიდრე ის დედები, რომლებიც მეტ დროს ატარებენ ბავშვთან.

ზოგი ბავშვი ადვილად ანებებს თავს საწოვარას. ზოგი კი, იმდენად დამოკიდებული ხდება მასზე, რომ ვერ იძინებს საწოვარას გარეშე, ძილშიც აგრძელებს წოვას და 2 წელზე უფროს ასაკშიც კი უჭირს მასზე უარის თქმა.

ჩვეულებრივ ითვლება, რომ მატყუარა საწოვარა ბავშვს შეიძლება მივცეთ 1,5 თვის ასაკში და თანდათან შევამცირიროთ მისი გამოყენების ხანგრძლიობა 7 – 8 თვის ასაკიდან. 1 – 1,5 წლის ასაკის ბავშვი მატყუარა საწოვარას აღარ უნდა იყენებდეს. თუმცა, პრაქტიკულად, იშვიათი არ არის შემთხვევები, როცა ბავშვები მატყუარა საწოვარას იყენებენ 2 წლის ასაკის შემდეგაც კი.

თანამედროვე მატყუარა საწოვარა მზადდება სილიკონის ან ლატექსისაგან. ისინი ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან ფერით და კონსისტენციით.

ლატექსის საწოვარა ყვითელი ფერისაა, ჰგავს რეზინს და შედარებით რბილი კონსისტენციისაა.

სილიკონის საწოვარა თეთრია, გამჭვირვალეა და შედარებით მკვრივი კონსისტენციისაა.

სპეციალისტთა უმეტესობას მიაჩნია, რომ ბავშვის კბილების ამოჭრამდე, უფრო სასურველია სილიკონის საწოვარას გამოყენება. კბილების ამოჭრის შემდეგ კი, უპირატესობას ანიჭებენ ლატექსის საწოვარას.

რა თქმა უნდა, ძალიან მნიშვნელოვანია საწოვარას ზომა. რადგან, სხვადასხვა ასაკისა და წონის ბავშვს, სხვადასხვა ზომის საწოვარა

სჭირდება.

არჩევენ მატყუარა საწოვარას 3 ძირითად ზომას:

- საწოვარა, რომელიც გამოიყენება 6 თვის ასაკამდე.
- საწოვარა, რომელიც გამოიყენება 6 – 18 თვის ასაკში.
- საწოვარა, რომელიც გამოიყენება 18 თვის ასაკის შემდეგ.

თუმცა, გარდა ასაკისა, ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორია ბავშვის წონაც: რადგან, თუ 6 თვემდე ასაკის ბავშვის დაბადების წობა 4.0 კგ-ზე მეტია, მან შეიძლება უარი თქვას თავისი ასაკის შესაბამისი ზომის საწოვარას გამოყენებაზე და კარგად მოწოვოს შედარებით დიდი ზომის საწოვარა.

უსაფრთხოების თვალსაზრისით, ძალიან მნიშვნელოვანია საწოვარას ფორმა: აუცილებლად მიაქციეთ ყურადღება, რომ საწოვარას სატუჩზე ზედაპირის ფირფიტა არ იყოს მთლიანი და მასზე არსებობდეს ხვრელი (ან ნაპრალი). რადგან, თუ ეს პლასტიკური ფირფიტა ტუჩებს მჭიდროდ მიეკრა, მის ქვეშ შეიძლება დაგროვდეს ნერწყვი, რაც, ერთი მხრივ, გააღიზიანებს ბავშვის კანს და მეორე მხრივ, შეიძლება იგი მოხვდეს სასუნთქ გზებში და სუნთქვის პრობლემები გამოიწვიოს.

საწოვარას, რომელსაც ბავშვს წოლის (ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში) და ძილის დროს აძლევენ (განსაკუთრებით მაშინ, თუ ბავშვის გვერდით მეთვალყურე არ არის), არ უნდა ჰქონდეს სამაგრი თოკი (ან ზონარი და ძეწკვი), რადგან შეიძლება, მოძრაობის დროს, ბავშვი მასში გაიხლართოს და სერიოზული დაზიანება (მათ შორის სასუნთქი გზების გადაკეტვა) მიიღოს. სეირნობის დროს კი – პირიქით: ჯობია საწოვარა დამაგრებული იყოს ზონარზე, რომ პირიდან გადმოვარდნისას, ძირს არ დავარდეს და არ დაისვაროს.

საწოვარას გამოყენებისას აუცილებელია ჰიგიენური პირობების დაცვა: ახლად ნაყიდი საწოვარა, 2 – 3 წუთის განმავლობაში უნდა მოათავსოთ მდუღარე წყალში. ყოველი გამოყენების წინ კი, იგი გამდინარე წყლით უნდა გარეცხოთ და შემდეგ, მდუღარე წყალი გადაავლოთ.

ლატექსის საწოვარა ყოველთვიურად უნდა გამოცვალოთ. სილიკონისა კი – 6 თვეში ერთხელ.

დაზიანების შემთხვევაში, ბუნებრივია, საწოვარა უნდა გამოცვალოთ.

როგორ გადავაჩვიოთ ბავშვი მატყუარა საწოვარას ?

მატყუარა საწოვარას გადაჩვევა, უმეტეს შემთხვევაში, არაა მარტივი და ხანმოკლე პროცესი.

როდესაც ბავშვი 8 - 9 თვის ასაკის გახდება, ეცადეთ თანდათან შეამციროთ მატყუარა საწოვარას გამოყენების დრო.

- თუ ბავშვი საწოვარათი იძინებს, ეცადეთ, დაძინების შემდეგ, გამოაცალოთ მას საწოვარა. თუ პირველ ცდაზე ამას ვერ შესძლებთ და საწოვარას გამოცლის შემდეგ ბავშვი იღვიძებს და ჭირვეულობს – გაიმეორეთ იგივე ცდა მაშინ, როცა ბავშვს ღრმად ჩაეძინება. შეიძლება რამდენიმე ცდის შემდეგაც, სრულად, ვერ მიაღწიოთ სასურველ შედეგს და საწოვარას გამოცლიდან, გარკვეული პერიოდის გასვლის შემდეგ, ბავშვმა ისევ გაიღვიძოს და ჭირვეულობა დაიწყოს. მაგრამ ამის გამო ხელს ნუ აიღებთ გადაწყვეტილების შესრულებაზე და თანდათან გაზარდეთ ის დრო, როცა ბავშვს საწოვარას გარეშე ძინავს.
- როდესაც ბავშვი საწოვარას ითხოვს, ეცადეთ გადაიტანოთ მისი ყურადღება სხვა რამეზე – ელაპარაკეთ, ეთამაშეთ, მიეცით ახალი სათამაშო და ა.შ. და თუ ვერ მოახერხებთ, რომ საერთოდ ათქმევინოთ უარი საწოვარაზე – გაზარდეთ ის დრო, როცა ბავშვი მის გარეშე იქნება.
- თუ ბავშვი იმ ასაკისაა, რომ მასთან საუბარი და ამ გზით "შეთანხმება" შესაძლებელია – აუხსენით მას, რომ უკვე დიდია და დროა საწოვარა სხვას დაუთმოს. ან უთხარით, რომ საწოვარა გაფუჭდა და ცოტა უნდა მოითმინოს, სანამ ახალ საწოვარას იყიდით. ყველა საშუალებით ეცადეთ, რომ გადაიტანოთ მისი ყურადღება სხვა საკითხებზე და თანდათან გაზარდეთ ის დრო, როცა იგი საწოვარას არ იყენებს.
- თუ ბავშვი, საწოვარაზე უარის თქმის პერიოდში, თითის წოვას იწყებს (რაც გაცილებით არასასურველია ვიდრე საწოვარას გამოყენება), კვლავ გაზარდეთ საწოვარას გამოყენების დრო და მხოლოდ გარკვეული პერიოდის გასვლის შემდეგ, ძალიან ფრხილად, ისევ ეცადეთ გადააჩვიოთ იგი საწოვარას.



საბავშვო ეტლი.

დღეისათვის, საბავშვო ეტლი, ბავშვთა მოვლის განუყოფელ ატრიბუტად იქცა. იგი წარმოადგენს, როგორც ძილისა და დასვენების, ისე გადაადგილებისა და სეირნობის კომფორტულ საშუალებას. ბავშვის ეტლები ერთმანეთისაგან განსხვავდება თავიანთი დიზაინითა და კონსტრუქციით, რაც მათი, განსხვავებულ ფუნქციური დანიშნულებითაა გამოწვეული.

არჩევენ:

1. სარწეველა ეტლი. ეს არის საწოლი, რომელიც ბორბლებზე დგას. იგი, ძირითადად, კომფორტული ძილისა და გადაადგილებისთვისაა შექმნილი. აქ ბავშვი დაცულია ქარისა და მტვრისაგან. თუმცა ეტლის ეს ტიპი, მოუხერხებელია მასში ჯდომის დროს გადაადგილებისათვის.

2. სასეირნო ეტლი. ამ ტიპის ეტლი გათვალისწინებულია 6 – 8 თვიდან – 2 – 3 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის. მასში კომფორტულად შეიძლება ჯდომა და სეირნობა. ეტლს აქვს მზისგან დამცავი სახურავი. ბორბლების კონსტრუქცია კარგი მანევრირების საშუალებას იძლევა. თუმცა, ასეთი ტიპის ეტლი, მოუხერხებელია ძილისა და არასწორი ზედაპირის მქონე გზაზე გადაადგილებისათვის.

3. ტრანსფორმირებული ეტლი. ასეთ ეტლში შესაძლებელია, როგორც ჰორიზონტალურ (წოლით), ისე მჯდომარე მდგომარეობაში კომფორტულად მოთავსება და შესაბამისად - ძილიც და სეირნობაც. თუმცა, აქვს დიდი წონა და მანევრირების შეზრუდული უნარი.

4. სპორტული ეტლი. ეს არის მსუბუქი, ადვილად მანევრირებადი ეტლი, სამი ბორბლით. იგი ძალიან მოსახერხებელია სეირნობისათვის.

5. უნივერსალური ეტლი. ამგვარი ეტლის კონსტრუქცია იძლევა იმის საშუალებას, რომ მასზე დავაყენით, როგორც კალათა, ისე ჰამაკი. ეტლში შესაძლებელია, როგორც კომფორტულად წოლა და ძილი, ისე ჯდომა და სეირნობა. ეტლი გამოიყენება, როგორც ახალშობილებისათვის, ისე შედარებით მოზრდილი ბავშვებისათვის.

არსებობს 2 და 3 ადგილიანი საბავშვო ეტლებიც.

ეტლის არჩევისას აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოთ მისი, მახასიათებლები და ის მოთხოვნილებები, რომელსაც თქვენ აყენებთ, ეტლის შეძენის სურვილის შემთხვევაში.



საბავშვო მანეჟი.

მანეჟი, ბავშვის მოვლის მნიშვნელოვანი და ეფექტური საშუალებაა. იგი, ერთი მხრივ, უზრუნველყოფს ბავშვის მაქსიმალურად უსაფრთხო და თავისუფალ მოძრაობას და მეორე მხრივ – მნიშვნელოვნად ამსუბუქებს ბავშვის მომვლელის შრომას. მოსაზრება, რომ მანეჟმა შეიძლება შეზღუდოს ბავშვის ფიზიკური აქტივობა და ამით შეაფერხოს მისი ფიზიკური განვითარება – არა სწორია.

შესაფერისი მოცულობისა და კონსტრუქციის მანეჟში ბავშვს აქვს დამოუკიდებლად მოძრაობის მეტი შესაძლებლობა, ვიდრე იგი ამას დედის ან აღმზრდელის მიერ ხელით ტარების დროს მოახერხებდა. გარდა ამისა, მანეჟში მოძრაობისა და თამაშის დროს, ბავშვს უხდება რიგი ამოცანების დამოუკიდებლად გადაწყვეტა, რაც ბუნებრივია, დადებითად მოქმედებს მის ფსიქომოტორულ განვითარებაზე.

როდესაც თქვენ მანეჟის შეძენას გადაწყვეტთ, უნდა გაითვალისწინოთ რამდენიმე პირობა, რომელიც უზრუნველყოფს ბავშვისათვის მანეჟის უსაფრთხოებას, გამოყენების მოხერხებულობას და კომფორტულობას:

1. მანეჟი, დამზადებული უნდა იყოს ეკოლოგიურად უსაფრთხო მასალისაგან.
2. ლაქი ან საღებავი, რომლითაც დაფარულია მანეჟის ზედაპირი, ეკოლოგიურად უსაფრთხო უნდა იყოს და არ უნდა შეიცავდეს საღებავებისა და სხვა ქიმიური ნივთიერებების ისეთ სახეობებს, რომელთა ორგანიზმში მოხედრის შემთხვევაში, შეიძლება საფრთხე შეექმნას ბავშვის ჯანმთელობას.
3. მანეჟის კონსტრუქცია უნდა იძლეოდეს უსაფრთხოების მაქსიმალურ გარანტიას (მდგრადობა უნდა იყოს მყარი, რომ ბავშვმა ადვილად ვერ შესძლოს მისი გადაბრუნება; კიდეები – გლუვი, რბილი და არა კუთხური და მაგარი, რაც ამცირებს

ტრავმატიზმის საფრთხეს; მანეჟის სიმაღლე არ უნდა იყოს 80 სმ-ზე ნაკლები, რომ ბავშმა ვერ შესძლოს იქიდან ამოძვრომა; მანეჟს არ უნდა ჰქონდეს ისეთი დეტალები, რომელიც პატარამ შეიძლება მოაძროს და ჩაყლაპოს ან მოხვდეს სასუნთქ სისტემაში და ა.შ.).

4. მანეჟი – სასაურველია იყოს ფერადი. მაგრამ არა ძალიან ჭრელი და მხედველობის დამღლელი. არამედ ნაზი ფერების, რომელიც იწვევს დადებით ემოციას და ამშვიდებს მხედველობას და ნერვულ სისტემას.

არსებობს სხვადასხვა ფორმისა და კონსტრუქციის მანეჟი, რაც უნდა გაითვალისწინოთ მისი შეძენის პროცესში:

1. დასაკეცი მანეჟი. იგი მზადება მსუბუქი ლითონისაგად (უფრო ხშირად ალუმინისაგან) და დაფარულია ლაქის, საღებავის ან რეზინის ფენით. ამ ტიპის მანეჟის უპირატესობა, სიმსუბუქე და ერთი ადგილიდან მეორეზე გადატანის სიმარტივეა, რაც საშუალებას მოგცემთ, სურვილის და საჭიროების მიხედვით, ადვილად შეუცვალოთ მას მდებარეობა, მუდმივად იყოთ ბავშვის გვერდით და დააკვირდეთ მას. ასეთი მანეჟის კედლები რბილია (ბადე ან მთლიანი ქსოვილი) რაც მინიმუმამდე ამცირებს ტრავმის საშიშროებას. ამ კონსტრუქციის მანეჟი შეიძლება იყოს განსხვავებული ფორმისა (მრგვალი, ოვაური ან მართკუთხედი) და ფართის. ბუნებრივია, ბავშვისათვის ის მანეჟი ჯობია, რომელსაც მეტი ფართობი აქვს და ბავშვს, მასში ყოფნის დროს, მეტი მანევრირების საშუალებას იძლევა. თუმცა, მანეჟის მოცულობის შერჩევისას, უნდა გაითვალისწინოთ თქვენი ბინის ფართიც. ამ ტიპის მანეჟის ნაკლი ისაა, რომ იგი მსუბუქია და თუ ამასთან ერთად მოცულობაც მცირეა, ბავშვის ენერგიული მოძრაობის შემთხვევაში, იგი შეიძლებას გადაბრუნდეს.

2. მანეჟი-საწოლი. ასეთი მანეჟიც, ძირითადად, მსუბუქი ლითონისაა; დასაკეცია და მისი გადატანა ერთი ადგილიდან მეორეზე ადვილია. იგი ორი დონისაგან შედგება: ქვემო ნაწილი, მანეჟს წარმოადგენს: ზემო – საწოლს, რაც სპეციალური ლეიბის საშუალებით რეგულირდება. მანეჟის ეს ტიპი ძალიან მოსახერხებელია მცირე ფართის ბინაში გამოსაყენებლად.

3. სტაციონალური მანეჟი. ასეთი ტიპის მანეჟი მზადდება ეკოლოგიურად სუფთა ხისაგან. ის მასიურია და მძიმე. იგი მოუხერხებელია გადაადგილებისათვის და შედარებით დიდ ფართსაც იკავებს. ხის კონსტრუქცია, ბავშვის დაცემისა და მენეჟის კედელზე დაჯახებისას – ქმნის ტრავმის საშიშროებას. ამ კონსტრუქციის მანეჟის უპირატსობა, არის მდგრადობა.

4. უძირო მანეჟი. ასეთი მანეჟი, ძირითადად, მზადდება პლასტმასისაგან. იგი მსუბუქია და ადვილად გადასატანია. ამ ტიპის მანეჟი, ძირითადად გამოიყენება იმ ბავშვებისათვის, რომლებსაც თავისუფლად შეუძლიათ ფეხზე დგომა და სიარული. რეალურად, ეს არის, პლასტმასის ღობე, რომელიც ბავშვს უზღუდავს გადაადგილებას ამ ღობის გარეთ. ასეთი მანეჟის დამონტაჟება შეიძლება, როგორც ოთახში, ისე სახლის გარეთ - სასეირნო ადგილებში და პარკებში.

5. გასაბერი მანეჟი. გასაბერი მანეჟები მზადეება რეზინის მასალისაგან. იგი მსუბუქია და ადვილად გადასატანია ერეთი ადგილიდან მეორეზე. მათ შორის, ჰაერის გამოშვების შემთხვევაში – დიდ მანილზეც. ამ ტიპის მანეჟს აქვს სხვადასხვა ფორმა და კონსტრუქცია. იგი, შეიძლება შედგებოდეს მანეჟ-ბატუტისაგან ან მენეჟ-მატრასისაგან. ასეთი მანეჟები უძლებს 50 კილოგრამამდე დაწოლას. ადვილად ირეცხება და არის მაქსიმალურად ატრავმატული. თუმცა, დასველების შემთხვევაში, ხდება სრიალა და სიმსუბუქის გამო არამდგრადია.



ჭოჭინა.

ჭოჭინა წარმოადგენს ბავშვის გადაადგილების დამხმარე საშუალებას, იმ ასაკში, როდესაც, ის, ამას, დამოუკიდებლად ვერ ახერხებს.

ჭოჭინა, ბავშვის მოვლასთან დაკავშირებული ძალიან პოპულარული საგანია, თუმცა, მისი მოხმარების შესახებ სპეციალისტთა აზრი კარდინალურადაა განსხვავებული. ჭოჭინას გამოყენების დაწყების ასაკი ინდივიდუალურია და მერყეობს 7 - 8 თვიდან, როცა ბავშვს წარმატებით შეუძლია ჯდომა, გამართული დგომა და მთლიანად დგამს ფეხის ტერფს იატაკზე.

ჭოჭინას გამოყენების მომხრეებს მიაჩნიათ, რომ ამ დროს ბავშვი

ეჩვევა დამოუკიდებლად გადაადგილებას და იღებს შესაბამის გამოცდილებას, რაც პოზიტიურად მოქმედებს მის ფსიქო-მოტორულ განვითარებაზე. გარდა ამისა, ჭოჭინას გამოყენება აადვილებს მშობლის შრომას.

ჭოჭინას მოწინააღმდეგეებს მიაჩნიათ, რომ ამ დროს, მაღალია ტრავმის მიღების შესაძლებლობა, ბავშვები უფრო გვიან სწავლობენ დამოუკიდებლად სირულს და არსებობს ორთოპედიული პრობლემების (ძვლების, კუნთების, ხერხემლის განვითარების პათოლოგიები) წარმოშობის საშიშროება.

ზოგიერთ ავტორს მიაჩნია, რომ ჭოჭინას გამოყენება, არასრულწლოვანის მიერ ავტოტრანსპორტის დამოუკიდებლად მართვის ანალოგიურია და იგივე საფრთხეებს შეიცავს.

ორივე, ამ ტიპის, მოსაზრებას აქვს არსებობის უფლება და იგი აუცილებლად უნდა გაივალისწინოთ ჭოჭინა შეძენის სურვილის შემთხვევაში.

ამასთან, აუცილებლად გასათვალისწინებელია, რომ ჭოჭინით სარგებლობა ყველა ბავშვისათვის არაა სასურველი და მისი გამოყენებისაგან თავი უნდა შეიკაოთ, თუ ბავშვს აღენიშნება:

1. რაქიტი.
2. ფეხის კუნთების ტონუსის მატება ან დაქვეითება.
3. საყრდენ-მამოძრავებელი (ძვლები და სახსრები) აპარატის რაიმე პათოლოგია.
4. კანის დაზიანებები იმ არეებში, სადაც სხეულს შეიძლება შეეხოს ჭოჭინას ნაწილები.
5. თუ ბავშვს რაიმე პრობლემები აქვს ჯდომასთან დაკავშირებით.

მაგრამ, თუ მაინც გადაწყვეტთ ჭოჭინის ყიდვას და გამოყენებას, აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოთ, რომ :

1. ჭოჭინა დამზადებული უნდა იყოს ეკოლოგიურად უსაფრთხო მასალისაგან.
2. ჭოჭინას ზედაპირი დაფარული უნდა იყოს ისეთი ნივთიერებით (ლაქით ან საღებავით), რომელიც უსაფრთხოა ბავშვისათვის, მისი პირში მოხვედრის შემთხვევაშიც კი.

3. ჭოჭინას კიდეები, ჯობია იყოს ატრავმატული (მაგ, დაფარული რეზინით).
4. ჭოჭინას მაგიდა უნდა იყოს მყარი და განიერი, რათა ბავშმა, გადახრისას, ვერ შესძლოს ჭოჭინას გადატრიალება. ბავშვი ხელით ვერ უნდა სწვდებოდეს მაგიდის კიდეს, რათა, რაიმესთან შეჯახებისას არ მიიღოს ხელის თითების ტრავმა.
5. ჭიჭინა უნდა იყოს მდგრადი. მისი ძირი გაცილებით ფართო უნდა იყოს მაგიდაზე. რაც მეტია ბორბლების რაოდენობა – მით მდგრადია ჭოჭინა. ითვლება, რომ ჭოჭინას ბორბლების ოპტიმალური რაოდენობა 6 დან 10-ამდეა. ბორბლები, ჯობია იყოს სილიკონის. რადგან, ამ შემთხვევაში, ნაკლებია ხმაური და არ ზიანდება იატაკი.
6. ჭოჭინას სკამი უნდა იყოს ღრმა, რათა ბავშვი არ გადმოვარდეს. ჩასაჯდომს უნდა ჰქონდეს მკვრივი საზურგე, რომელიც უზრუნველყოფს ბავშვის ვერტიკალურ მდგომარეობაში ყოფნას.
7. ჭოჭინას სიმაღლე ბავშვის სიმაღლის შესაფერისი უნდა იყოს. საერთოდ, ჭოჭინა გათვლილია, საშუალოდ, 12 – 15 კგ. წონისა და 80 სმ. სიმაღლის ბავშვებზე. თუ ბავშვის ზომები არ შეესაბამება ამ პარამეტრებს, ჯობია თავი შეიკავოთ ჭოჭინას გამოყენებისაგან.



სათამაშოები.

წინა თავებში, სადაც ბავშვის ფსიქო-მოტორული განვითარების თავისებურებებზე ვსაუბრობდით, უკვე აღვნიშნეთ, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს სათამაშოებსა და თამაშს ბავშვისათვის და რომ, თამაში არის ბავშვის განვითარების, გარემოსა და საკუთარი თავის აღქმის, შემოქმედებითი აზროვნების, ქმედების და ფანტაზიის განვითარების უპირველესი საშუალება. სათამაშოსა და თამაშის თავისებურებას, ასევე ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს სექსუალური ორიენტაციის გამოხატვისა და სქესობრივი ფსიქოტიპის ფორმორების პროცესშიც.

ბუნებრივია, სხვადასხვა ასაკის ბავშვს, სხვადასხვა ტიპის სათამაშო ესაჭიროება. საერთო პრინციპი, რაც სათამაშოების შერჩევისას მკაცრად უნდა გაითვალისწინოთ, არის უსაფრთხოება, (რაც დაკავშირებულია როგორც სათამაშოს ფორმასთან და კონსტრუქციასთან,

ისე იმ მასალასთან, რისგანაც სათამაშოა დამზადებული) და ბავშვის ასაკთან შესაფერისობა.

ბავშვის დაბადებიდან პირველი თვის განმავლობაში, როცა მხედველობითი და სმენითი შეგრძნებები არაა დახვეწილი, სათამაშოს აღქმა ვერ მოხდება და იგი არ არის აუცილებელი.

სიცოცხლის მეორე თვიდან, როცა ბავშვი უკვე აფიქსირებს მოძრავ საგნებს, აქვს რეაგირება ფერებზე და ხმაურზე – მის საწოლთან აუცილებლად უნდა დაკიდოთ ფერადი სათამაშოები (უფრო, ფერადი ბურთების ფორმის სათამაშოები), რომლებიც მოძრაობისას, გარკვეულ, ხმაურსაც (ჩხარუნს) გამოსცემენ. თუმცა ხმოვანი სათამაშოების რეალური აღქმა, უფრო მე-3 თვიდან იწყება. ამ პერიოდიდან კი, ბავშვს შეიძლება წყნარი და მელოდიური მუსიკაც მოვასმენინოთ.

4 დან 6 თვის ბავშვის თვალსაწიერი მნიშვნელოვნად ფართოვდება და იხვეწება. ის ადვილად და ხალისით შემოდის კონტაქტში, თამაშობს, ჯდება და ხოხავს. ცდილობს გადაადგილდეს მიზანმიმართულად – მაგ. რაიმეს ასაღებად. ყურადღებას აქცევს და ადეკვატურად რეაგირებს საგნების ფერებსა, ფომებსა და სხვადასხვა ტიპის ხმოვან სიგნალებზე. ამ დროისათვის, ბავშვი ხელშიც იღებს საგნებს და იდებს მათ პირში. საგნების პირში ჩადების პროცესი, ღრძილების ქავილის გამო, განსაკუთრებით ინტენსიურია კბილების ამოჭრის პერიოდში. ამიტომ, ამ პერიოდში, ბავშვს უნდა მისცეთ ისეთი სათამაშოები, რომლებიც იოლი ასაღებია ხელში, მსუბუქია, აქვთ გლუვი ზედაპირი და არ იწვევენ ტრავმას, არიან ფერადი, მოძრაობისას გამოსცემენ ხმაურს (ჩხარუნს ან მუსიკალურ ხმიანობას), არა აქვთ წვრილი დეტალები, რომელიც ბავშვმა შეიძლება მოაძროს და ჩაყლაპოს ან მოხვდეს სასუნთქ სისტემაში. სათამაშოები და მისი ზედაპირის მფარავი საღებავი უნდა იყო ეკოლოგიურად უხიფათო და არ უნდა შეიცავდეს ისეთ ნივთიერებას, რომელიც საზიანოა ბავშვის ჯანმრთელობისათვის, როგორც საჭმლის მომნელებელ სისტემაში მოხვედრის, ისე შეხების შემთხვევაში.

ამ ასაკის ბავშვის სათამაშოები უნდა იყოს მრავალფეროვანი და იმ ზომისა და ფორმის, რომლის ხელში აღებაც ადვილია, არ არის ტრავმის გამომწვევი და შეიძლება პირში ჩადებაც. მაგ. ფერადი პლასტმასის ან რეზინის ბურთები, "საჩხაკუნოები", სხვადასხვა ფორმის ფიგურები. ასევე, ნაზ ზედაპირიანი, რბილი სათამაშოები.

8 – 12 თვის ასაკის ბავშვისათვის საჭიროა სათამაშოები, რომელთა გამოყენებაც აზროვნებას ანვითარებს და პატარას, ლოგიკური აზროვნებისა და ქმედების გამოცდილებას სძენს. მაგ. პლასტმასის ჭიქები, რომლებიც ერთმანეთში შეიძლება მოათავსოს. ან კუბები, როლებიც შეიძლება ერთმანეთზე დააწყოს. რგოლები, რომლებიც რაიმეს უნდა ჩამოაცვას და სხვა. რა თქმა უნდა ამ ასაკის ყველა ბავშვმა შეიძლება ერთნაირი წარმატებით ვერ შეასრულოს ლოგიკური ქმედებები. მაგრამ, ამგვარი ქცევის მცდელობა, თითქმის, ყველას აქვს.

1 – 2 წლის ასაკის ბავშვებს უძლიერდებათ მოთხოვნილება ისეთი სათამაშოების მიმათ, რომელთან დამოკიდებულებაც ლოგიკურ აზროვნებას და ქმედებას მოითხოვს. ამ დროს ჩნდება გამორჩეული სიყვარული კონკრეტული სათამაშოების მიმართ. ეს შეიძლება იყოს თოჯინა ან დათუნია ან ბაჭია და ა.შ. ეს, უფრო რბილი სათამაშოებია. ბავშვები განსაკუთრებით უფრთხილდებიან მათ, ეფერებიან, ემეგობრებიან და იძინებენ მათთან ერთად. ბავშვები თამაშობენ ბურთებით, საბავშვო ეტლით, მანქანებით, რომელთაც აგორავებენ და ა.შ. ამ ასაკის ბავშვებს მოსწონთ ხმოვანი სათამაშოები, ფერადი ნახატებიანი წიგნები და ცხოველთა ფიგურები. სწავლობენ ცხოველების სახელს და მათთვის დამახასიათებელ თვისებებს. ამ ასაკიდან შეიძლება დაიწყოს (და ამას ხელიც უნდა შეუწყოთ) სქესისათვის დამახასიათებელი თამაშებისა და სათამაშოებიაკენ მიდრეკილება: მაგ. ბიჭები ირჩევენ ავტომობილებს, ბურთებს, იარაღს და ა.შ. გოგონები – თოჯინებს და მისი მოვლის აქსესუარებს.

2 – 4 წლის ასაკის ბავშვების თამაში, უკვე იღებს დახვეწილ და შემოქმედებით ხასიათს და ამას მაქსიმალურად უნდა შეუწყოთ ხელი. ბავშვები ცდილობენ დახატონ ან გამოძერწონ მათთვის ცნობილი საგნები. თამაშის დროს ახდენენ თავიანთი თავისა და ქმედების იდენტიფკაციას მშობლებთან, მომვლელთან, ოჯახის სხვა წევრებთან, ექიმთან, ზღაპრებისა და მულტფილმების გმირებთან და ა.შ. .ამიტომ, მათ სჭირდებათ ისეთი სათამაშოები, რომლებიც შემოქმედებით აზროვნებას და ქმედებას წაახალისებს და განავითარებს. მაგ. ფერადი ფანქრები, სახატავი საღებავები, პლასტილინი, ფერადი ნახატებიანი და ხმოვანი წიგნები, თოჯინები, სხვადასხვა ცხოველების, დასაშლელი და ასაწყობი ფიგურები, მარტივი კონსტრუქტორები, სამზარეულოს

ინვენტარი, ექიმის ხელსაწყოები და ა.შ.

4 – 6 წლის ასაკის ბავშვებისათვის საჭიროა სათამაშოები, რომლებიც როგორც გონებრივი, ისე ფიზიკური განვითარების სტიმულირებას იწვევნ. ესენია სხვადასხვა სახის ბურთები, სახტუნაოები, ველოსიპედები, პედალიანი მანქანები, რომელშიც ბავშვი ჯდება და თავად მართავს, შედარებით რთული კონსტრუქტორები, სახატავი საშუალებები, ფერადი წიგნები და ა.შ.

მომდევნო ასაკში, ბუნებრივია, იცვლება ბავშვების მოთხოვნილება სათამაშოებისა და თამაშის ხასიათისა და შინაარსის მიმართ. ეს პროცესი ხდება უფრო დიფერენცირებული და ინტელექტუალური და მოითხოვს მეტ აზროვნებასა და მეტ ფიზიკურ დატვირთვასაც.

ყველა ასაკში და ყველა შემთხვევაში, სათამაშოების შეძენისას გაითვალისწინეთ რამდენიმე ძალიან მნიშვნელოვანი წესი და პრინციპი:

1. სათამაშო უნდა იყოს უსაფრთხო. ამიტომ, შეძენისას, კარგად გაეცანით მისი ხარისხისა და ჰიგიენის სერტიფიკატს.
2. სათამაშო, ხარისხიანად და სანდოდ შეიძლება ჩაითვალოს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მას გააჩნია სერტიფიკატი, სადაც აღნიშნულია მისი დასახელება, გამოყენების ასაკობრივი ზღვარი, მწარმოებელი ქვეყანა, ფირმა და მისი იურიდიული მისამართი, მასალის დასახელება – რისგანაც სათამაშოა დამზადებული, გამაფრთხილებელი წარწერა და ექსპლოატაციის ვადა.
3. სათამაშოზე ან მის შეფუთვაზე უნდა არსებობდეს შემდეგი სახის ნიშნები:
   - **CE** - გვიჩვენებს, რომ სათამაშო შეესაბამება ევროპულ სტანდარტს. თუ სათამაშოზე ეს ნიშანი არაა, მისი უსაფრთხოების გარანტია არ არსებობს.
   - თუ სათამაშოზე ან მის შეფუთვაზე არის ისრებით შემდგარი სამკუთხედი და მასში აღნიშნულია ციფრი **3** – ეს ნიშნავს, რომ სათამაშო დამზადებულია პოლივინილქლორიდისაგან, რაც საფრთხეს უქმნის ბავშვის ჯანმრთელობას და უარი უნდა თქვათ მის შეძენაზე.
4. შეიძინეთ მხოლოდ ბაშვის ასაკისათვის შესაფერისი სათამაშოები. ეს, აუცილებელია ბავშვის ფსიქიკის ნორმალური განვითარებისათვის.
5. შეიძინეთ ისეთი სათამაშოები, რომელთა გარეცხვაც შესაძლებელია (ეს განსაკუთრებით ეხება რბილ სათამაშოებს. პლასტმასის სათამაშოების გარეცხვა ყველა შემთხვევაში შესაძლებელია.)
6. **3 – 4** წლამდე ასაკის ბავშვების სათამაშოების შეძენისას მოერიდეთ წახნაგოვან და ბასრ კიდეებიან სათამაშოებს. უპირატსობა მიანიჭეთ ნატურალური საღებავით შეღებილ და არა მკვეთრი ფერების სათამაშოებს. ასევე მოერიდეთ ისეთ სათამაშოებს, რომლებიც წვრილი დეტალებისაგან შედგება და რომლებიც ბავშმა შეიძლება გადაყლაპოს.
7. სათამაშოების შეძენისას აუცლებლად მიაქციეთ ყურადრება მის ესთეტიკურ მხარეს. სათამაშო უნდა იყოს სასიამოვნო შესახედავი, არ უნდა იწვევდეს შიშს და უსიამოვნო შეგძნებას.

პათოლოგიები

შეფერხება (ან ჩამორჩენა) ფსიქო-მოტორულ განვითარებაში.



ფიზიკური განვითარება.

სხეულის მასის მატების პათოლოგია.

ბავშვის სხეულის მასის განვითარების დარღვევას **დისტროფია** ეწოდება. ჩვეულებრივ სასაუბრო ენით, ტერმინი – „დისტროფიით“ აღნიშნავენ სხეულის მასის დაქვეითებას. თუმცა, რეალურად, ეს ტერმინი სხეულის მასის პათოლოგიურ ცვლილებას აღნიშნავს. ბერძნულად – „დის“ – დარღვევა და „ტროფია“ – კვება). **წონის (მასის) კლებას ჰიპოტროფია ეწოდება. ზედმეტ წონას – ჰიპერტროფია.**

ჰიპოტროფია შეიძლება იყოს როგორც თანდაყოლილი, ისე შეძენილი. თანდაყოლილი ჰიპოტროფიის მიზეზი ორსულობის პერიოდში დედის არასრულფასოვანი კვება, ცუდი საყოფაცხოვრებო პირობები, დაავადებები და სხვა მიზეზები შეიძლება იყოს.

შეძენილი ჰიპოტროფიის მიზეზია, ბავშვზე მოქმედი, შინაგანი და გარეგანი ფაქტორები.

ამ ტიპის შინაგანი ფაქტორებია: განვითარების მანკები (გულის მანკი, ფილტვის კისტოფიბროზი და სხვა), ენდოკრინული დაავადებები, ანემია, რაქიტი, სხვა და სხვა სახის ინფექციები, ინტოქსიკაცია, არასწორი კვება, მოვლისა და აღზრდის დეფექტები და კონსტიტუციური (მემკვიდრული) თავისებურებები.

ჰიპოტროფია ვლინდება სხვადასხვა ხარისხით:

I ხარისხის (მსუბუქი) ჰიპოტროფიის დროს ბავშვის სხეულის მასა ნორმას ჩამორჩება 10% - 20%-ით. ამ დროს; ცხიმოვანი ქსოვილი განლეულია მხოლოდ მუცლის მიდამოში. ბავშვის საერთო

მდგომარეობა, უხშირეს შემთხვევაში, დამაკმაყოფილებელია და არ აღინიშნება ჩამორჩენა გონებრივ განვითარებაში. ზოგჯერ, შეიძლება გამოხატული იყოს მსუბუქი აგზნება და “უმიზეზო” ჭირვეულობა. კანის ელასტიურობა დაქვეითებულია.

II ხარისხის (საშუალო სიმძიმის) ჰიპოტროფიის დროს გამოხატულია სხეულის მასის 20% - 30%-იანი დეფიციტი. ცხიმოვანი ქსოვილი მთელ სხეულზე განლეულია და შენარჩუნებულია მხოლოდ სახეზე. მოძრაობა დუნეა, აქტივობა – დაქვეითებული. გამოხატულია ძილიანობა. კანი მკრთალია, მშრალია და ადვილად ნაოჭდება. ელასტიურობა დაქვეითებულია. გამოხატულია თმებისა და ფრჩხილების მტვრევადობა. ტუჩის კუთხეებში ჩნდება ნახეთქები. კუნთების ტონუსი დაქვეითებულია. ამის გამო, მუცელი მოშვებულია და დიდია (გამოხატულია ე.წ. “ბაყაყის მუცელი”).

III ხარისხის (მძიმე) ჰიპოტროფიის დროს, სხეულის მასის დეფიციტი აღწევს 60%-ს. ეს მძიმე და სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობაა. გამოხატულია მკვეთრი ადინამია, ძილიანობა, ზოგჯერ – აგზნება. გამომეტყველება განურჩეველი და ხშირად უაზროა. დამახასიათებელა “მოხუცის სახე”. (ძვალზე გადაკრული კანი და ამ ფონზე – დიდი თვალები, უსიცოცხლო მზერით). ცხიმოვანი ქსოვილი მთელ სხეულზე და მათ შორის სახეზეც, განლეულია. კანი ნაცრისფერი, მშრალი და დანაოჭებულია. დარღვეულია შინაგანი ორგანოების ფუნქციები.

ჰიპოტროფიის ყველა ფორმის (განსაკუთრებით II და III ხარისხი) შემთხვევაში აუცილებელად, სასწრაფოდ უნდა მიმართოთ ექიმს.

I ხარისხის ჰიპოტროფიის შემთხვევაში, თუ ბავშვის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია და დარწმუნებული ხართ რომ ამ მდგომარეობის მიზეზი კვებაში დაშვებული შეცდომებია, რომლის გამოსწორება თქვენ თავად შეგიძლიათ, პირველ რიგში, ეცადეთ, ამ შეცდომის გამოსწორება და თუ გარკვეული დროის შემდეგ (მაგ. 1 კვირაში) სათანადო შედეგს ვერ მიიღებთ, აუცილებლად მიმართეთ ექიმს.

ჰიპერტროფია. როცა სხეულია მასა ნორმაზე 10%-ით მეტია – ლაპარაკობენ **პარატროფიის** არსებობაზე. 1 წლის ასაკის შემდეგ, ასეთ შემთხვევაში, ლაპარაკობენ სიმსუქნეზე. 10 წლის ასაკის შემდეგ

სიმსუქნეზე ლაპარაკობენ, თუ ბავშვის სხეულის მასა ნორმის 120% და მეტია.

სიმსუქნის ძირითადი მიზეზი არის ჭარბი და არა ბალანსირებული (უპირატესად ნახშირწყლებით) კვება და ჰიპოდინამიზმი (მოძრაობის შეზღუდვა). თუმცა, სიმსუქნე, შეიძლება სხვადასხვა დაავადებებითაც (ძირითადად ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, ენდოკრინული და ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგიები) შეიძლება იყოს გამოწვეული. ასეთ დაავადებებს ხშირად მემკვიდრული ხასიათი აქვს. სიმსუქნე, გამოხატული პათოლოგიის გარეშე, შეიძლება კონსტიტუციური (მემკვიდრული) ხასიათისაც იყოს.

თუ სიმსუქნე გადაჭარბებული და არაბალანსირებული კვებითაა გამოწვეული (რაც ხშირად დედებისა და კიდევ უფრო მეტად – ბებიების გადამეტებული „გულმოდგინეობის" მიზეზია) და ოჯახის წევრებს შეუძლიათ ამ პრობლემასთან გამკლავება, საჭიროა ამ მიზეზების ადგილზე მოგვარება. თუ სიმსუქნის მიზეზი გაურკვეველია და იგი არ წარმოადგენს, არც ჰიპოდინამიზმისა და არც გადაჭარბებული კვების შედეგს, აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია. რადგან, მაშინაც კი, თუ სიმსუქნე არ არის რაიმე, გამოვლენილი, დაავადების გამოხატულება, იგი შეიძლება სერიოზული პათოლოგიისაკენ მიდრეკილების გამოხატულებას წარმოადგენდეს.



სხეულის სიგრძის (სიმაღლის) მატების პათოლოგია.

სიმაღლეში ზრდის მატების შფერხებას **მიკროსომია ანუ ნანიზმი** ეწოდება. სიმაღლეში ნორმაზე მეტ ზრდას კი – **მაკროსომია ანუ გიგანტიზმი.**

სიმაღლეში ზრდის დარღვევის პროცესი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი ან შეძენილი.

ამ ტიპის დარღვევების პროცესი, უხშირესად გენეტიკურია.

ნაყოფის სიგრძეში ზრდის შეფერხება, შეიძლება გამოწვეული იყოს ორსულობის პერიოდში დედის კვების დარღვევით, მისი დაავადებებით, ინტოქსიკაციით, მძიმე სოციალური ფონით ან ნაყოფის განვითარების ანომალიებით.

დაბადების შემდეგ, ბავშვის სიგრძეში მატების დარღვევა, უხშირესად, საკვების შეთვისების მიზეზითაა განპირობებული, რაც

თავის მხრივ, შეიძლება გამოწვეული იყოს უხარისხო და არაბალანსირებული საკვების მიღებით ან საკვების შეთვისების პროცესის დარღვევით. სიმაღლეში ზრდის შეფერხების მიზეზი შეიძლება იყოს ისეთი დაავადებები, როგორიცაა მაგ. ანემია, გულის თანდაყოლილი მანკი, ბრონქოექტაზია, ფილტვის (ან მისი რომელიმე წილის) განუვითარებლობა, ენდოკრინული ჯირკვლების დისფუნქცია და ფსიქო-სოციალური ფაქტორებიც კი (მიტოვებული ბავშვები).

სიმაღლეში ზრდის ჩამორჩენა უნდა განვასხვაოთ კონსტიტუციური (შთამომავლობითი) ტანმორჩილობისაგან. ასეთ შემთხვევაში, ჩვეულებრივ, ტანმორჩილები (დაბლები) არიან ბავშვის მშობლები. თუმცა, გამორიცხული არ არის, რომ სხეულის აგებულების ეს თვისება, უფრო შორეული წინაპარის მემკვიდრიული კოდის გადაცემის შედეგიც იყოს. ზოგჯერ, ადგილი აქვს სიმაღლეში ზრდის დროებით შეფერხებას და გარკვეული პერიოდის გავლის შემდეგ, ბავშვი სრულიად ინაზღაურებს ამ ტიპის დანაკლისს. სიმაღლეში ზრდა განსაკუთრებით ინტენსიურია სქესობრივი მომწიფების პერიოდში. საერთოდ, უნდა გახსოვდეთ, რომ ვაჟები იზრდებიან 20, ხოლო გოგონები 18 – 19 წლის ასაკამდე.

ამიტომ, როდესაც სიმაღლეში ზრდის ჩამოორჩენაზე ვსაუბრობთ და როდესაც ამ დიაგნოზს ვსვამთ, და განსაკუთრებით მაშინ, როცა ამ მიმართულებით რაიმე პროგნოზს ვაკეთებთ - უნდა გავითვალისწინოთ ყველა ის ფაქტორი, რომელიც ბავშვის სიმაღლეში ზრდაზე ახდენს გავლენას. უცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ მისი მშობლების და უახლოესი ნათესავების სიმაღლე, ბავშვის ასაკი, მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ოჯახის სოციალური-ეკონომიკური მდგომარეობა და ამის შემდეგ გავაკეთოთ ფრთხილი პროგნოზი.

დღეისათვის, გენური ინჟინერიის მიღწევები საშუალებას იძლევა ბავშვის სიმაღლეში ზრდის სარეგულაციოდ, გარკვეულ ასაკში, გამოვიყენით ამ ტექნოლოგიით დამზადებული ზრდის ჰორმონები. მაგრამ ეს უნდა გაკეთდეს მხოლოდ სპეციალისტის მიერ და წინასწარ ჩატარებული სერიოზული კვლევებისა და მდგომარეობის გაანალიზების შემდეგ.

სიმაღლეში პათოლოგიური ზრდა შედარებით იშვიათი მოვლენაა. ნაყოფის პათოლოგიური ზრდა, უფრო ხშირად დედის დიაბეტით

დაავადების შემთხვევაში ვითარდება. ბავშვის პათოლოგიური ზრდა, უფრო ხშირად, ენდოკრინული ჯირკვლების (მაგ. ჰიპოფიზი) პათოლოგიითაა გამოწვეული. არსებობს კონსტიტუციური გიგანტიზმიც – მაღალი ტანის მშობლების შვილებში, რაც პათოლოგია არაა.

ბავშვის ფიზიკური განვითარების ძირითადი საორიენტაციო პარამეტრების (სხეულის მასა და სიმაღლე) აღმნიშვნელი ცხრილები, ასაკისა და სქესის გათვალისწინებით და 1 წლამდე ასაკის ბავშვის სხეულის და წონისა და სიგრძის ყოველთვიური ნამატის გამოსათვლელი ფორმულები, მოცემულია I თავში (ბავშვის კვება). ამ მონაცემების მიხედვი, შეგიძლიათ ეჭვი მიიტანოთ შესაბამის დარღვევაზე და დროულად მიმართოთ ექიმს.



ჩამორჩენა ფსიქიკურ განვითარებაში.

იმისათვის, რომ ეჭვი მიიტანოთ ბავშვის ფსიქო-მოტურულ განვითარებაში ჩამორჩენაზე (ეს მდგომარეობა, მცირე ასაკში, ჩვეულებრივ, ფასდება კომპლექსურად. ხოლო შედარებით მოზრდილ ასაკში – ცალ-ცალკე), საჭიროა გულდასმით წაიკითხოთ ბავშვთა თვითოეული ასაკობრივი ჯგუფისათვის დამახასიათებელი, განვითარების პარამეტრების აღმნიშვნელი მონაცემები და შეადაროთ იგი თქვენი შვილის ანალოგიურ მონაცემებს. ბუნებრივია, რომ არსებობს ბავშვის განვითარების ინდივიდუალური თავისებურებები. მაგრამ მოცემული პარამეტრები, პრაქტიკულად, საერთოა პოპულაციისათვის და გამოხატავს ზოგად ტენდენციებს. ამიტომ, გადახრა ამ პარამეტრებიდან, აუცილებლად უნდა იყოს დაფიქრების და შემდგომი მოქმედების საფუძველი.

განვითარების შეფერხების ნიშნები.

მოტორული სფერო	ნატიფი მოტორიკა
3 თვემდე – ვერ იჭერს თავს	4 თვე – ტაცების რეფლექსი კვლავ გამოხატულია.
4 თვემდე – ხელის მოკიდებისა და წამოწევისას არ იწევს დასაჯდომად.	5 თვე – ვერ იჭერს სათამაშოს.

5 თვემდე – არ ბრუნდება ზურგიდან მუცელზე.	7 თვე – არ შეუძლია სათამაშოს თვითოეულ ხელში დაჭერა და გადატანა მეორე ხელში.
8 თვემდე – ვერ ჯდება დახმარების გარეშე.	10 თვე – არ შეუძლია სათამაშოს დაჭერა 2 თითით.
11 თვე – დახმარებითაც ვერ დგება ფეხზე.	15 თვე – არ შეუძლია საგნის აღება ან დაჭერა.
15 თვე – არ დადის.	

მეტყველება.	ინტელექტი და ემოცია
6 თვე – არ ღუღუნებს.	2 თვე – არ იღიმება.
9 თვე – არ ამბობს მარცვლებს „ბა“ ან „მა“.	3 თვე – არ რეაგირებს დედის გამოჩენაზე და არ იჩენს ინტერესს მისდამი.
12 თვე – არ ამბობს მარცვლებს „ბაბა“ ან „დედა“.	7 თვე – არ ეძებს დავარდნილ საგანს.
18 თვე – გაცნობიერებულად, იყენებს 3 სიტყვაზე ნაკლებს.	9 თვე – არ იჩენს ინტერესს თამაშზე – “ჭიტა”
	12 თვე – არ ეძებს დამალულ საგანს.

ფსიქო-სოციალური სფერო
6 თვის ასაკი – ოჯახის წევრებთან ურთიერთობისას არ იღიმება და არ იცინის.
8 თვის ასაკი – არ იცინის თამაშის დროს.
12 – 15 თვის ასაკი – არ თამაშობს. ჭირვეულობის დროს ძნელი დასაწყნარებელია. შეხებისას იძაბება, იჭიმება (ჭიმავს კიდურებს და საერთოდ სხეულს).

ფსიქო-მოტურულ განვითარებაში ჩამორჩენის, აღნიშნული ნიშნების, შემჩნევისთანავე, დაუყოვნებლივ, საჭიროა ექიმის კონსულტაცია.



ბავშვთა ავადობა, დაავადების გამოვლენის ნიშნები და მკურნალობის პრინციპები.

ბავშვები, სამწუხაროდ ავადმყოფობენ. ეს რეალობაა და ამისთვის მზად უნდა იყოთ. ავადობა, ზოგჯერ მსუბუქია, თვითგანკურნებადი და არც ექიმის სერიოზული ჩარევა და არც მედიკამენტოზური მკურნალობა არ არის საჭირო. ზოგ შემთხვევაში კი საქმე უფრო სერიოზულადაა და კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება ხდება აუცილებელი.

ბავშვის ავადმყოფობა ბუნებრივად იწვევს თქვენს შეშფოთებას. და რა თქმა უნდა, ამ დროს, საჭიროა ექიმის კონსულტაცია, რომელიც გადაწყვეტს, რა სახის დახმარება სჭირდება პაციენტს. მაგრამ, ამასთან ერთად, ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს თქვენს ინფორმირებულობას ბავშვთა სვადასხვა დაავადებების თავისებურების, მისი გამოვლინების ნიშნების და მკურნალობის პრინციპების შესახებ. ბუნებრივია, დაავადებათა დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ექიმის პრეროგატივაა, მაგრამ არსებობს დაავადებებთან დაკავშირებული საკითები, რაშიც აუცილებლად უნდა ერკვევოდნენ მშობლებიც. და რაც უფრო მაღალია თქვენი ინტელექტი, რაც უფრო კარგად ერკვევით ამ საკითხებში, მით უფრო ადრე შეამჩნებთ ცვლილებებს თქვენი პატარას ჯანმრთელობის მდგომარეობაში, უკეთ შეაფასებთ ამ მდგომარეობას, უკეთ განსაზღვრავთ ექიმის გამოძახების ან მასთან ვიზიტის საჭიროებას და უფრო კარგად შეასრულებთ მის რეკომენდაციებს, რაც ბუნებრივია, პოზიტიურად აისახება ბავშვის გამოჯანმრთელების პროცსზე.



მკურნალობის ზოგადი პრინციპები და პრობლემები.

პირველი და უმნიშვნელოვანესი, რაც ბავშვის ავადმყოფობის დროს უნდა გააკეთოთ, არის მისთვის კომფორტული და მშვიდი გარემოს შექმნა:

- ოთახი, სადაც ავადმყოფი ბავშვია მოთავსებული უნდა კარგად ნიავდებოდეს და უნდა იყოს ნათელი.
- ოთახის ტემპერატურა არ უნდა იყოს არც მაღალი და არც დაბალი და უმჯობესია მერყეობდეს 20 – 22 გრადუსს შორის.
- ოთახში დაცული უნდა იყოს საჭირო ტენიანობა; ამისათვის,

ოთახში, შეგიძლიათ დადგათ ფართე თავიანი, წყლით სავსე ჭურჭელი.

- ბავშვის საკვები უნდა იყოს კალორიული, ადვილად მოსანელებელი და გემრიელი, რომელიც მის გემოვნებასა და მოთხოვნილებას შეესაბამება.
- ბავშმა, სითხე უნდა მიიღოს ოპტიმალური რაოდენობით.
- თუ ბავშვი 1 წლამდე ასაკისაა, ყველა შემთხვევაში, ჯობია გამოიძახოთ ექიმი.
- თუ ბავშვი 1 წლის ასაკზე მეტისაა, საერთო მდგომარეობა არაა მძიმე, ბავში ხალისიანი და ადეკვატურია, საკვებს იღებს კარგად, არ აღინიშნება სხეულის ტემპერატურის მნიშვნელოვანი მატება (> 38 გრადუსზე), არა აქვს ღებინება და ძლიერი დიარეა (ფაღარათი), შეგიძლიათ ბავშვს, 1 – 2 დღის განმავლობაში, თავად აღმოუჩინოთ დახმარება (იმის მიხედვით დაავადების რა სიმპტომებია გამოხატული) და თუ მდგომარეობა არ უმჯობესდება – გამოიძახოთ ექიმი.

მედიცინის მამათავარი – ჰიპოკრატე, ჯერ კიდევ 2600 წლის წინ წერდა, რომ მედიცინის მთავრი პრინციპია – "არ ავნო", რაც იმას ნიშნავს, რომ მკურნალობა თავის თავში, გარდა დახმარებისა, შეიცავს პაციენტისათვის ვნების მიყენების რისკსაც.

პრინციპი – „არ ავნო" დღესაც ძალაშია და ყველაზე მთავარია პაციენტთან ურთიერთობის პროცესში.

სხვადასხვა დაავადების მკურნალობა, ბუნებრივია, განსხვავებულია და დამოკიდებულია ამ დაავადების გამომწვევ მიზეზებზე, განვითარების მექანიზმებსა და კლინიკურად გამოვლენილი სიმპტომების (ნიშნების) თავისებურებაზე.

ზოგადად, დაავადებათა მკურნალობისათვის, გამოიყენება 2 სახის მეთოდი (და მედიკამენტი)

ა. სიმპტომური, რომელიც მდგომარეობის შემსუბუქებს (მაგ. მაღალი ტემპერატურის დაკლება, ტკივილის შემცირება, აგზნების მოხსნა, სპაზმის შემსუბუქება და ა.შ.) ემსახურება.

ბ. ეტიოტროპული და პათოგენეზური, რომელიც დაავადების გამომწვევი მიზეზების ან მექანიზმების წინააღმდეგაა მიმართული (მაგ. ანტიბიოტიკი, რომელიც ინფექციური

დაავადების დროს გამოიყენება. კორტიკოსტეროიდი – გამოიყენება აუტოიმუნური და ალერგიული დაავადებების სამკურნალოდ და ა.შ.).

დაავადებათა მკურნალობის სქემები, დღეისათვის, საკმაოდ დახვეწილი და უნიფიცირებულია. თუმცა, უნდა ვიცოდეთ, რომ ყველაზე დახვეწილი მეთოდი არის ის მიდგომა, როდესაც მკურნალობენ არა დაავადებას, არამედ დაავადებულ პიროვნებას. რაც იმას ნიშნავს, რომ დაავადება, ყველა ადამიანში, გარკვეული თავისებურებით მიმდინარეობს და მკურნალობის პროცესში, გასათვალისწინებელია არა მხოლოდ დაავადების განვითარების მიზეზი და მექანიზმი, არამედ დაავადებილი პიროვნების ორგანიზმის იმუნო-ბიოლოგიური და ფსიქოლოგიური მახასიათებლები. ასეთი მიდგომა იძლევა მკურნალობის მაქსიმალური ეფექტის მიღწევის საშუალებას და **ამისი უნარი და ცოდნა კი, მხოლოდ გამოცდილ და კვალიფიციურ ექიმს გააჩნია.**

სამწუხაროდ, ეს უტყუარი ჭეშმარიტება ყველას კარგად არა აქვს გაცნობიერებული და დაავადებათა გართულებების და ამის გამო განვითარებული სერიოზული შედეგების მიზეზი ხშირადაა თვითმკურნალობა (ბავშვების შემთხვევაში – მკურნალობა მშობლების ან ოჯახის სხვა წევრების მიერ). საკითხისადმი ასეთი მიდგომა, განსაკუთრებით სახიფათოა სხვადასხვა მძიმე და ხანგრძლივად (ან ქრონიკულად) მიმდინარე დაავადებების დროს და მისი ძირითადი მიზეზები მშობლების განათლების დაბალი დონე და არასახარბიელო მატერიალური პირობებია.

პრობლემები, რომელსაც ბავშვთა მკურნალობის პროცესში ვაწყდებით რამდენიმე ჯგუფად შეიძლება დაიყოს:

1. თვითმკურნალობა, რომელზეც ზემოთ უკვე მოგახსენეთ. ასეთ შემთხვევებში, მშობლები, ადეკვატურად ვერ აფასებენ ბავშვის მგომარეობას და მკურნალობისათვის იყენებენ თავიანთ გამოცდილებას ან არაკვალიფიციური ახლობლის რჩევას. ასეთ შემთხვევებში, ძალიან ხშირია, ანტიბიოტიკების არასწორი გამოყენება, რაც შემდგომში, ბევრი გართულებებისა და უსიამოვნების მიზეზი შეიძლება გახდეს. ასევე, ძალიან ხშირია სხეულის ტემპერატურის

დამწევი პრეპარატების გამოყენება და იშვიათად ვინმემ თუ იცის, რომ ტემპერატურის მატება ორგანიზმის დაცვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მექანიზმია (ადაპტაციური პროცესია) და აუცილებელია ინფექციასთან ეფექტური ბრძოლისათვის. ამიტომ, თუ დაავადებული ბავშვის სხეულის ტემპერატურა არ აჭარბებს 38 – 38,5 გრადუსს და იგი სერიოზულ დისკომფორტს არ უქმნის ბავშვს, მისი ხელოვნური დაწევა მედიკამენტის გამოყენებით, საჭირო არ არის.

2. პოლიპრაგმაზია (ერთდროულად ბევრი მედიკამენტის დანიშვნა). ასეთ შემთხვევებში, უფრო ხშირად სცოდავენ ექიმები, ვიდრე პაციენტის ოჯახის წევრები. პაციენტს მედიკამენტი უნდა დაენიშნოს მხოლოდ მკაცრად განსაზღვრული აუცილებლობის შემთხვევაში და მკაცრად განსაზღვრული მიზნით. პრაქტიკულად, ყველა მედიკამენტს აქვს ძალიან ბევრი გვერდითი მოვლენების (გართულებების) განვითარების უნარი და მრავალი, განსხვავებული, მედიკამენტის ერთდროული მიღება, მნიშვნელოვნად ზრდის მათი ნეგატიური მოქმედების გამოვლენის საშიშროებას.

3. მედიკამენტების არამიზნობრივი გამოყენება. ჩემი სუბიექტური მოსაზრებით (თუმცა ამ აზრს ბევრი ჩემი კოლეგაც იზიარებს), ჩვენს ქვეყანაში სერიოზული პრობლემაა ანტიბიოტიკებისა და ინფუზიური თერაპიის (ინტრავენირად სითხეების შეყვანა) არამიზნობრივი გამოყენება. ანტიბიოტიკებზე, უკვე ბევრი ვისაუბრეთ. მაგრამ კიდევ ერთხელ გავიმეორებ, რომ ანტიბიოტიკი გამოიყენება მხოლოდ ბაქტერიული ინფექციების სამკურნალოდ და არავითარ შემთხვევაში ვირუსების წინააღმდეგ. ამდენად, მათი გამოყენება, გაურთულებელი ბრონქიტების, ან სხეულის ტემპერატურის მატების ან ბაქტერიული დაავადების განვითარების პროფილაქტიკის მიზნით („რამე არ გამოგვეპაროს“. ან – „რამე არ გართულდეს“) – კატეგორიულად მიუღებელია.

ინფუზიური თერაპია, გლუკოზის ან ელექტროლიტების ხსნარებით, გამოიყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ორგანიზმი დიდი რაოდენობით კარგავს სითხეს (ფაღარათი, ღებინება, მაღალი ტემპერატურის ან აჩქარებული სუნთქვის გამო სითხის აორთქლება და ა.შ.) ან ამის გამო, სხეულის წონა იკლებს > 10% და ბავშვი ვერ იღებს საკვებს და ვერ სვამს სითხეს. თუ ბავშვი სითხეს (მინერარული წყალი, სპეციალური ხსნარი) იღებს საკმარისი რაოდენობით – სითხის

ვენაში შეყვანა აუცილებელი არ არის. ამ პროცედურას (სითხის ვენაში შეუვანა) დადებითთან ერთად, მკვეთრად უარყოფითი ეფექტებიც შეიძლება ახლდეს თან: მაგ. ემოციური სტრესი, სისხლძარღვების ტრავმული დაზიანება და სისხლჩაქცევა, ვენების ანთება, სითხის გადაჭარბებული რაოდენობით შეყვანის შემდეგ განვითარებული შეშუპება და სხვა).

4. მკურნალობის ნაადრევი შეწყვეტა. ყველა დაავადებას აქვს მკურნალობის ხანგრძლიობის განსაზღვრული დრო. ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის ვადაზე ადრე შეწყვეტა, იწვევს ქრონიკული ინფექციის განვითარებას (მაგ. მწვავე სინუსიტის არასრული მკურნალობა, ხშირად ხდება ქრონიკული სინუსიტის განვითარებვის მიზეზი). მეორე მხრივ, ხდება გამოყენებული ანტიბიოტიკის მიმართ რეზისტენტული (გამძლე) მიკრობების გაჩენა, რაც ძალიან სახიფათოს ხდის დაავადების განვითარების პროცესს (ამის თვალსაჩინო მაგალითია ტუბერკულოზის მკურნალობის ნაადრევი შეწყვეტა, რის შემდეგაც ყალიბდება ე.წ. „რეზისტენტული მიკრობული შტამები“, რომლებზეც ჩვეულებრივი პრეპარატები აღარ მოქმედებენ. ამის გამო, სერიოზული საფრთხე ექმნება პაციენტის სიცოცხლეს).

5. კუსტარულად და არა სპეციალისტის მიერ დამზადებული მედიკამენტების გამოყენება (ექიმბაშის მიერ დამზადებული მედიკამენტები). მაგ. გირჩების ფხვნილი, სხვადასხვა სახის მცენარეული ნაყენები თუ მალამოები, თაფლის პრეპარატები და სხვა.

ფარმაკოლოგიური პრეპარატის შექმნა მძიმე და ხანგრძლივი შრომის შედეგია და უზარმაზარ ფინანსებს მოითხოვს. პრეპარატის ქიმიური ფორმულის დამუშავების შემდეგ, რაც რამდენიმე წელი გრძელდება, იწყება მის გამოცდა ლაბორატორიულ ცხოველებზე, რაც, ასევე, რამდენიმე წლიანი შრომაა. ამის შემდეგ კი, იწყება კლინიკური გამოცდა მოხალისეთა ჯგუფებზე და ამასაც, მინიმუმ 3 – 4 წელი მაინც სჭირდება. ასე, რომ ახალი მედიკამენტის შექმნისათვის, მინიმუმ 10 წლიანი მუშაობა და 1 მილიარდი დოლარი მაინცაა საჭირო. და მიუხედავად ამისა, საბოლოოდ, შეიძლება აღმოჩნდეს, რომ ამ მედიკამენტის ეფექტი ან მინიმალურია, ან საერთოდ ნულს უტოლდება და კიდევ უარესიც – შეიძლება იგი საზიანო იყოს ადამიანისათვის. ისიც ფაქტია, რომ ასეთი „უსარგებლო“ პრეპარატები, შეიძლება მრავლად მოიპოვებოდეს სააფთიაქო დახლებზე.

წინა საუკუნის 70 იან წლებში, ფარმაკოლოგიურ ბაზარზე გამოჩნდა ნევროლოგიური პროფილის დაავადებათა სამკურნალოდ გათვალისწინებული პრეპარატი, რომელმაც ძალიან მალე მოიპოვა პოპულარობა და დიდი რაოდენობით იყიდებოდა მთელ მსოფლიოში. ძალიან მალე კი გაირკვა, რომ ოსულ ქალებში, მისი გამოყენება, ნაყოფის მძიმე დაზიანებას იწვევდა და იბადებოდნენ მძიმე პათოლოგიის მქონე ბავშვები. არა და პრეპარატი, ამ მხრივაც გამოცდილი იყო ცხოველებზე და მათში, მსგავს მოვლენას ადგილი არ ჰქონია. შემდეგ გამოირკვა, რომ პრეპარატი აზიანებდა მხოლოდ ადამიანის და ვეშაპის ნაყოფს და იგი ამოიღეს წარმოებიდან.

აი, რამდენად რთულია ახალი, უსაფრთხო პრეპარატის შექმნა. ამიტომ, წარმოუდგენელია, ადამიანი საკუთარ სამზარეულოში ამზადებდეს პრეპარატს, რომელიც სასარგებლოცაა და უსაფრთხოც.

მე, კარგად მესმის, რომ ამ სახის ინფორმაციის სრულად აღქმა და გაანალიზება, საკმაოდ რთულია იმ ადამიანისათვის, რომელსაც სპეციალური (ბიოლოგიური პროფილის) განათლება არ გააჩნია. მაგრამ,გაითვალისწინეთ,რომესინფორმაციაძალიანმნიშვნელოვანია თქვენი შვილების ჯანმრთელობის უსაფრთხოებისათვის. ამიტომ, თუ აბსოლუტურად დარწმუნებული არა ხართ თქვენი მოქმედების მართებულობაში – ნუ მიმართავთ თვითმკურნალობას და ეს საქმე ანდეთ ექიმს. და მაშინაც კი, როცა მკურნალობას ექიმი ნიშნავს, თხოვეთ მას, აგიხსნათ თვითოეული მედიკამენტის, თვითოეული მანიპულაციის მნიშვნელობა და გაამახვილოს ყურადღება ამ პრეპარატების თუ მანიპულაციის გვერდით (მავნე) ეფექტებზე. თქვენ გაქვთ ამისი სამართლებრივი და მორალური უფლება.



ავადობის ზოგადი სიმპტომები.

ბუნებრივია, რომ ყველა დაავადებას თავისი, დამახასიათებელი ნიშნები (სიმპტომები) გააჩნია და თვითოეული დაავადების დიაგნოსტიკა, სიმძიმის შეფასება და მკურნალობა მხოლოდ ექიმის პრეროგატივაა. მაგრამ არსებობს დაავადებათა ნიშნები, რომლებიც, ძალიან ხშირად, საერთოა ბევრი სხვადასხვა დაავადებისათვის და რომლებიც ბავშვის ავადობის პირველივე საათებიდან იჩენს თავს და აჩვენებს დედას, რომ მისი შვილის ჯანმრთელობის მდგომარეობაში

პრობლემებია. თუ ადეკვატურად შეგიძლიათ შეაფასოთ ასეთი მდგომარეობა, ეს, დაავადების ადრეული გამოვლინების და სათანადო ჩარევის გარანტიაა, რაც, ბუნებრივია, დადებითად აისახება თქვენი შვილის გამოჯანმრთელების პროცესზე.

ასეთ ნიშნებს უხშირესად მიეკუთვნება: საკვებზე უარის თქმა, "უმიზეზო" ჭირვეულობა", აგზნება ან პირიქით – მოდუნება და ძილიანობა. ასევე – ოფლიანობა, სხეულის ტემპერატურის მატება, ხველა. ეს ნიშნები შეიძლება საერთო იყოს მრავალი ტიპის დაავადებისათვის და გამოიხატოს დაავადების ნაადრევ სტადიაზე. მათგან, ყველაზე ხშირი, მაინც სხეულის ტემპერატურის მატება **(ჰიპერთერმია),** რაც ძირითადად ინფექციური დაავადების არსებობის მიმანიშნებელია და **ხველაა,** რომელიც, უხშირესად, სასუნთქი სისტემის დაავადებისთვის არის დამახასიათებელი.



ჰიპერთერმია

ჰიპერთერმია. სხეულის ნორმალური ტემპერატურა მერყეობს ცელსიუსის 36 – 37 გრადუსს შორის. სხეულის ტემპერატურას, ჩვეულებრივ, ზომავენ იღლიის ფოსოში. თუმცა, 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში, ზოგჯერ, უფრო მოსახერხებლად მიაჩნიათ ტემპერატურის სწორ ნაწლავში გაზომვა. სწორი ნაწლავის ტემპერატურა დაახლოებით **0,5 გრადუსით უფრო მაღალია** იღლიის ტემპერატურაზე.

სხეულის ტემპერატურის მატება, შემთხვევათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში, რაიმე ინფექციური დაავადების არსებობაზე მიუთითებს. თუმცა, მცირე ასაკის ბავშვებში, ეს მდგომარეობა, შეიძლება **გადახურებითაც (ცხელი გარემო, ზედმეტად თბილი სახვევები და ტანსაცმელი) იყოს გამოწვეული.**

თუ ტემპერატურის მატებას თან ახლავს რაიმე დაავადებისათვის დამახასიათებელი სხვა ნიშნებიც (მაგ. ხველა, სუნთქვის გაძნელება, ნაწლავთა მოქმედების გახშირება, ღებინება, კრუნჩხვა და სხვა), ვვარაუდობთ, რომ ჰიპერთერმია ამ დაავადების მიზეზითაა გამოწვეული და ვიწყებთ ძირითადი დაავადების მკურნალობას. მაგრამ, იშვიათი არ არის ისეთი შემღხვევები, როცა ტემპერატურის მატება (პირველ ხანებში მაინც) იზოლირებულადაა გამოხატული და თითქოს, არაფერს არ უკავშირდება. ასეთი მდგომარეობა, ბუნებრივია, აბნევს დედას და ზოგჯერ – ექიმსაც.

ასეთ შემთხვევაში, რაც თქვენ აუცილებლად უნდა იცოდეთ, არის ის, რომ საშიშია არა თავისთავად, სხეულის ტემპერატურის მატება, არამედ ის მიზეზი, რამაც ეს მდგომარეობა გამოიწვია. ამიტომ, თუ ბავშვი 1 წლამდე ასაკისაა (და განსაკუთრებით – 6 თვემდე ასაკის) და სხეულის ტემპერატურე > 37,5 – 38 გრადუსზე, აუცილებლად და დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოთ ექიმს. თუ ბავშვი > 1 – 2 წლის ასაკზე, ზოგადად ჯანმრთელია, ტემპერატურის მატების პროცესში გამოხატული არ არის სხვა პათოლოგიის ნიშნები, ბავშვი საკვებს და სითხეს იღებს კარგად, ხალისიანია (ყოველ შემთხვევაში ტემპერატურის შემცირების პროცეში ხალისიანია და თამაშობს) შესაძლებელია რამდენიმე დღის განმავლობაში დაკვირვება ან ექიმთან სატელეფონო კონსულტაცია.

ასეთ დროს, არ შეიძლება ანტიბიოტიკის თვითნებური გამოყენება. ბავშვს უნდა შეუქმნათ მშვიდი და სასიამოვნო გარემო და უზრუნველყოთ ის საკვებისა და სითხის საკმარისი რაოდენობით. ოთახის ტემპერატურა, სადაც ბავშვია, არ უნდა იყოს მაღალი. ოთახი უნდა ნიავდებოდეს კარგად. არ არის საჭირო ბავშვის ჩაფუთვნა.

თუ სხეულის ტემპერატურე < 38 – 38,5 გრადუსზე და ეს მდგომარეობა ბავშვს სერიოზულ დისკომფორტს არ უქმნის, ჯობია, რომ არ ეცადოთ მის ხელოვნურად დაწევას. რადგან ეს მდგომარეობა (ტემპერატურის მატება) ორგანიზმის მიერ ინფექციასთან ბრძოლის შემადგენელი ელემენტია და საჭიროა ინფექციის გამომწვევი ვირუსის თუ მიკრობის გასანეიტრალებლად.

თუ სხეულის ტემპერატურა > 38 – 38,5 გრადუსზე და ეს მდგომარეობა ბავშვს დისკომფორტს უქმნის, საჭიროა ტემპერატურის დამწევი "ფიზიკური მეთოდების" ან ფარმაკოლოგიური პრეპარატების გამოყენება. ფარმაკოლოგიური პრეპარატებიდან უპირატესობა ენიჭება აცეტამინოფენს (პანადოლი, პარაცეტამოლო).

თუმცა, აუცილებელია იცოდეთ, რომ ანტიპირეტიკები (სხეულის ტემპერატურის დამწევი პრეპატარები), რომლებიც ურეცეპტოდაც იყიდება და ძალიან ხშირად, ტემპერატურის უმნიშვნელოდ მომატების შემთხვევაშიც კი, უკონტროლოდ გამოიყენება მოსახლეობის მიერ, სრულიად არა არიან უსაფრთხო საშუალებები და ზოგჯერ, მათ მიერ გამოწვეული გართულებები, ბევრად უფრო საშიშია ადამიანისათვის (განსაკუთრებით ბავშვისათვის) ვიდრე სხეულის ტემპერატურის ზომიერი (37,5 – 38,5 გრადუსი) მატება. ამიტომ, ბევრი პედიატრი

მიიჩნევს, რომ ტემპერატურის ზომიერი მატების შემთხვევაში, პირველ ხანებში მაინც, უმ-ჯობესია გამოიყენოთ ტემპერატურის დაწევის "ფიზიკური საშუალებები", როგორიცაა გაშიშვლება, გრილი აბაზანა ან თბილი წყლით ტანის დაზელვა. ისეთი პრეპარატი, როგორიცაა ასპირინი, 14 წლამდე ასაკის ბავშვებში, ტემპერატურის დასაკლებად, არ გამოიყენება. რადგან ამას, ძალიან სერიოზული გართულება შეიძლება მოჰყვეს.

თუ სხეულის ტემპერატურის მატება გრძელდება 4 – 5 დღეზე მეტი დროის განმავლობაში, თუნდაც ბავშვის დამაკმაყოფილებელი საერთო მდგომარეობის შემთხვევაში, აუცილებლად უნდა მიმართოთ ექიმს.



ხველა.

ხველა არის ბავშვის ექიმთან მიყვანის ყველაზე ხშირი მიზეზი. ხველა, ერთი მხრივ, გამოხატავს სასუნთქ სისტემაში (ძირითადად) რაიმე პრობლემის არსებობას და მეორე მხრივ, არის დამცავი რეაქცია, ამ სისტემაში გაჩენილი, ასეთი პრობლემის საპასუხოდ (მაგ. სასუნთქ სისტემაში მოხვედრილი უცხო სხეულის გამოსაძევებლად, ან ანთებადი პროცესის არსებობის გამო წარმოქმნილი ლორწოს, ნახველის, გამოსაძევებლად). ამიტომ, ხველა ბუნებრივი პროცესია და მისი არსებობა (ხველის ერთეული ეპიზოდები) აუცილებლად დაავადების გამოვლინებად არ უნდა მივიჩნიოთ. მაგ. ექიმების უმრავლესობას მიაჩნია, რომ თუ ბავშვს არა აქვს დაავადების სხვა რაიმე ნიშნები და გამოხატულია მხოლოდ ხველა, რომლის რაოდენობაც, 24 საათში არ აღემატება 24 (ზოგი წერს 48) ეპიზოდს, ეს მდგომარეობა საგანგაშოდ არ უნდა მიიჩნიოთ. უნდა დაელოდოთ, დავაკვირდეთ ბავშვის მდგომარეობას და მოგვიანებით გამოიტანოთ შესაბამისი დასკვნები. ამ შემთხვევაში, რა თქმა უნდა იგულისხმება, რომ საქმე არა გვაქვს ე.წ. "სპაზმურ" და "რეპრიზულ" ხველასთან, ბავშვი კონტაქტში არ ყოფილა ტუბერკულოზის მქონე პირთან და არ ხდება ნახველის დიდი რაოდენობით გამოყოფა. გარდა ამისა, აუცილებლად მიმაჩნია იცოდეთ, რომ ხველა, ზოგჯერ (და არც თუ იშვიათად) არის **შინაგანი პროტესტის ქვეცნობიერი გამოხატულება** და ამ მიზეზით, უპირატესად, ვითარდება ძალადობის მსხვერპლ და კონფლიქტურ გარემოში მცხოვრებ ბავშვებში.

თავისი ხასიათით, ხველა, ძირითადად, არის **მშრალი** და **სველი.** მშრალი ხველის დროს არ ხდება ნახველის გამოყოფა. სველი ხველის დროს კი პირიქით - გამოიყოფა ნახველი. მშრალი ხველა, უპირატესად, დამახასიათებელია ალერგიული დაავადებებისათვის (მაგ. ბრონქული ასთმა). სველი ხველა – ბრონქიტისა და ფილტვების ანთებისათვის. ხანგრძლიობის მიხედვით, ხველა იყოფა მწვავედ და ქრონიკულად. დაწყებიდან, 4 კვირის განმავლობაში, უწყვეტად მინდინარე ხველა – არის **მწვავე ხველა.** ხველა, რომელიც გრძელდება 4 კვირაზე მეტ ხანს – **ქრონიკული ხველაა** და გამომწვევი მიზეზის დადგენის მიზნით, აუცილებლად მოითხოვს სერიოზულ გამოკვლევებს.

ბავშვებში, მწვავე ხველის ყველაზე ხშირი მიზეზი არის სასუნთქი სისტემის მსუბუქად მიმდინარე ვირუსული ინფექციები: სურდო **(გაციება),** ვირუსული ფარინგიტი (ხახის ანთება) და ტონზილიტი (ნუშურა ჯირკვლების ანთება), ვირუსული ლარინგიტი (სასულის ანთება), ბრონქიტი (ბრონქების ანთება) და ოტიტიც (ყურის ანთება) კი.

ყველა ეს დაავადება ცალ-ცალკე იქნება განხილული შესაბამის თავში. მაგრამ აქაც ხაზგასმით მინდა დავაფიქსირო, რომ, გარდა განსაკუთრებული შემთხვევებისა (დღენაკლულობა, კვების მნიშვნელოვანი დაქვეითება, თანდაყოლილი იმუნოდეფიციტი ან სასუნთქი სისტემის თანდაყოლილი პათოლოგიები, გრიპის ვირუსით გამოწვეული მძიმე ინტოქსიკაცია მცირე ასაკის ბავშვებში), არც ერთი ამ დაავადების დროს, საჭირო არ არის ანტიბიოტიკის გამოყენება. და რომ, ასეთ შემთხვევაში, თვითნებურად (ექიმის გარეშე) გამოყენებულმა ანტიბიოტიკმა შეიძლება სერიოზული ზიანი მიაყენოს ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ ეს უბრალო ჭეშმარიტება თითქმის ყველასათვის ცნობილია, მსუბუქი ვირუსული ინფექციების დროს ანტიბიოტიკების გამოყენება მაინც ძალიან გავრცელებული მოვლენაა. ასეთ შეცდომებს უშვებენ არა მხოლოდ მშობლები, არამედ ექიმებიც, რითაც, გრძელვადიან პერსპექტივაში, სერიოზულ ზიანს აყენებენ ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობას. ამიტომ, სასურველია, კარგად გაითვიცობიეროთ ეს რეალობა და მაშინაც კი, როცა ანტიბიოტიკი ექიმის მიერ ინიშნება, მოითხოვოთ ამ დანიშნულების დასაბუთება. ის მოსაზრება, რომ "მოსალოდნელია გართულება და

ანტიბიოტიკი საჭიროა გართულების საპროფილაქტიკოდ" ხშირად არ არის მხედველობაში მისაღები და მოითხოვს მყარ არგუმენტაციას.

ქრონიკული ხვლა დამახასიათებელია ალერგიული დაავადებებისათვის (ასთმა, ალერგიული რინიტი, არა ასთმური ეოზინოფილური ბრონქიტი), ქრონიკული ტონზილიტისათის და სასუნთქი სისტემის ისეთი სერიოზული დაავდებებისათვის, როგორიცაა კისტოფიბროზი, ბრონქოექტაზია და ტუბერკულოზი. ამიტომ, ქრონიკული ხველის შემთხვევაში (თუ ხველა უწყვეტყად გრძელდება > 4 კვირაზე) საჭიროა ისეთი გამოკვლევების ჩატარება, როგორიცაა სისხლის საერთო ანალიზი, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, სპირომეტრია და ზოგჯერ, ნახველის გამოკვლევა ტუბერკულოზის გამომწვევ ბაქტერიაზე.

ამასთან, უნდა გახსოვდეთ, რომ ხველა შეიძლება იყოს არა მხოლოდ სასუნთქი სისტემის დაზიანების ნიშანი, არამედ, იგი შეიძლება გამოიხატოს ისეთი დაავადებების დროს, როგორიცაა საჭმლის მომნელებელი სისტემის პათოლოგია (გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი), გულის სხვადასხვა დაავადებები, ნერვული სისტემის პათოლოგიები და ფსიქიკური პრობლემები (სტრესი).

და მაინც რა ვქნათ ? როგორ ვუმკურნალოთ ხველას ? ეს კითხვა ძალიან ხშირია. ხოლო მასზე გაცემული პასუხი ყოველთვის არაა დამაჯერებელი და არ გამომდინარეობს მედიცინაში აღიარებული პრინციპებიდან.

"გამოუწერეთ ჩემს შვილს ხველის წამალი" – ეს ის ფრაზაა, რომელსაც ძალიან ხშირად გაიგონებთ პაციენტის მშობლებისაგან. მე იძულებული ვარ მათ იმედი გავუცრუო და ვუთხრა, რომ **ხველის კუპირების (შეწყვეტის) ეფექტური საშუალება არ არსებობს და უნდა ვუმკურნალოთ არა ხველას, არამედ იმ მიზეზს, რამაც ხველა გამოიწვია.**

ე.წ. "ხველის ცენტრალური და პერიფერიული სუპრესანტები", რომლებიც სხვადასხვა დონეზე აბლოკირებენ ხველის რეფლექსს, არ ხასიათდებიან მაღალი ეფექტურობით და ხშირ შემთხვევაში უკუნაჩვენებიცაა 2 წლმდე ასაკის ბავშვებში. "ნახველის გამათხელებელი და ამოსახველებელი" საშუალებები, ასევე ნაკლებ ეფექტურია და არ გამოიყენება 2 წლამდე ასაკში. ერთადერთი პრეპარატი, რომელიც ნამდვილად ამცირებს ხველის ინტენსიობას

– კოდეინია (ნარკოტიკი), რომელიც, ბუნებრივია, არ გამოიყენება ბავშვთა ასაკში.

დღეისათვის მეცნიერები თანხმდებიან იმ პრინციპის მართებულობაზე, რომ ხველის დროს, პირველ რიგში, უნდა ვუმკურნალოთ არა ხვრელას, არამედ – ხველის მიზეზს. მაგრამ, რადგან, ხველის დაწყების პირველ დღეებში, ზოგჯერ, ექიმსაც კი უჭირს ხველის მიზეზის დადგენა – **მიაჩნიათ, რომ მკურნალობა შეიძლება დავიწყოთ პირველი თაობის ანტიჰისტამინური პრეპარატებით, როგორიცაა მაგალითად სუპრასტინი და გავაგრძელოთ ეს მკურნალობა პირველი 4 – 5 დღის განმავლოვაში, სანამ ხველის გამომწვევი მიზეზი არ გამოიკვეთება. თუმცა, ისიც გასათვალისწინებელია, რომ ბრონქული ასთმით გამოწვეული ხველის შემთხვევაში, ამ ტიპის პრეპარატების მიღება დაუშვებელია.**



იმუნოდეფიციტები და "ხშირად მოავადე ბავშვები".

ბავშვთა **"ხშირი ავადობა"** მშობლების შეშფოთების ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მიზეზია. თუმცა, ეს ტერმინი ("ხშირი ავადობა") ძალიან ხშირად, არა მხოლოდ მშობლების, არამედ ექიმების მიერაც არასწორად გამოიყენება და საფუძველს მოკლებულია.

რადგანაც ბავშვთა "ხშირი ავადობის" პრობლემა, როგორც წესი სხვადასხვა ინფექციებით ავადობას უკავშირდება, ამიტომ იგი, ასევე მჭიდროდაა დაკაშირებული ორგანიზმის იმუნური სისტემის თავისებურებასთან და **"იმუნოდეფციტის"** ცნებასთან.

ის, რომ იმუნიტეტის დარღვევა ხშირი ავადობის მიზეზი შეიძლება იყოს, ეს იცის ყველა, მეტ-ნაკლებად განათლებულმა ადამიანმა და ალბათ, სწორედ ამის მიზეზია, რომ როდესაც მშობლები ბავშვის "ხშირი ავადობის" გამო მოდიან კონსულტაციაზე, თითქმის ყოველთვის დარწმუნებულნი არიან, რომ მათ შვილს **"იმუნოდეფიციტი"** აქვს და ითხოვენ **"იმუნიტეტის გამაძლიერებელი პრეპარატების"** დანიშვნას. მაგრამ, საბედნიეროდ, ჭეშმარიტი იმუნოდეფიციტი ძალიან იშვიათი (თუმცა, ძალიან მძიმე) მდგომარეობაა და ე.წ. "ხშირად მოავადე ბავშვთა" მშობლების აბსოლუტურ უმრავლესობას, ამ მხრივ, შეშფოთების მიზეზი არა აქვს.

ტერმინი – **"იმუნიტეტი"** იურიდიული ტერმინია და მიუღებლობას,

შეუვალობას, ნიშნავს. მედიცინაში, ამ ტერმინით აღნიშნავენ ორგანიზმის უნარს – წინააღმდეგობა გაუწიოს ორგანიზმში შეჭრილ (მაგ. ინფექსია, ალერგენები) ან მასში აღმოცენებულ (სიმსივნური უჯრედები, თავად ორგანიზმის სახეშეცვლილი უჯრედები) ე.წ. ანტიგენებს. მთელ ამ პროცესს ემსახურება იმუნიტეტის მრავალკომპონენტიანი სისტემა, რომელიც სხვა და სხვა ორგანოებისა (თიმუსი, ელენთა, ძვლის ტვინი, ლიმფური ჯირკვლები და მისი ერთ-ერთი სახეობა –**ნუშურა ჯირკვლები ანუ ტონზილები**) და მრავალრიცხოვანი უჯრედებისაგან (ლიმფოციტები, ნეიტროფილები, ეოზინიფილები, მაკროფაგები, დენდრიტული უჯრედები და სხვა) შედგება. იმუნური დაცვის უმნიშვნელოვანესი ფაქტორებია ასევე, სისხლში არსებული, ცილოვანი ბუნების ფაქტორები, რომელთაც იმუნოგლობულინები ეწოდება. სულ არჩევენ იმუნოგლობულინების 5 ძირითად კლასს – IgM., IgA., IgG., IgE და IgD.

ეს არის უაღრესად მოწესრიგებული და მკაცრ იერარქიულ ურთიერთობებზე დაფუძნებული სისტემა, რომლის ფუნქციონირებაც, ერთი მხრივ, გენეტიკურ კონტროლს ექვემდებარება, ხოლო მეორე მხრივ – გარემო ფაქტორების ზემოქმედების ხასიათსა და ინტენსივობაზეა დამოკიდებული.

იმუნური სისტემის ფუნქციის დარღვევამ **(იმუნოდეფიციტმა),** ერთი მხრივ, შეიძლება გამოიწვიოს ძალიან მძიმე ინფექციური და მეორე მხრივ – ალერგიული და აუტოიმუნური (როცა იმუნური სისტემა თვითონვე ებრძვის საკუთარ ორგანიზმს) დაავადებების და სიმსივნეების განვითარება.

ბავშვის დაბადების მომენტში, იმუნური სისტემა სუსტი და მოუმწიფებელია. იგი სრულყოფილად ვერ ფუნქციონირებს და ვერ ასრულებს თავის მოვალეობას. ამიტომ, სიცოცხლის პირველი თვეები საკმაოდ სარისკოა მძიმე ინფეციური დაავადებების განვითარებისათვის. საბედნიეროდ, ბუნებამ გაითვალისწინა ეს საფრთხე და შექმნა ბავშვის ინფექციებისაგან **დაცვის სხვა მექანიზმები:** ორსულობის ბოლო თვეებში და მშობიარობის პროცესში დედის ორგანიზმიდან, ჭიპლარის საშუალებით, ბავშვის ორგანიზმში გადადის G-იმუნოგლობულინის დიდი რაოდენობა, რომელიც პირველი 6 თვის განმავლობაში იცავს ბავშვს ინფექციების განვითარებისაგან. გარდა ამისა, **ქალის რძეში არსებული IgG და IgA** ფაქტორები და სხვადასხვა ტიპის **იმუნური უჯრედებიც,** მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ბავშვის

იმუნურ დაცვაში. სწორედ ამიტომ მიაჩნიათ მეცნიერებს, რომ **დედის რძე შეუცვლელი საკვებია ბავშვისათვის და ვერც ერთი ხელოვნური ნარევი ვერ შეცვლის მას იმუნოლოგიური დაცვის თვალსაზრისით.** ამიტომ, რაც უფრო დიდხანს იკვებება ბავშვი დედის რძით, მით გარანტირებულია მისი იმუნური დაცვა.

დაბადების შემდეგ სწრაფად იწყება ბავშვის იმუნური სისტემის მომწიფება და დაახლოებით 7 - 8 წლის ასაკისათვის იგი პრაქტიკულად სრულყოფილი ფუნქციითაა წარმოდგენილი. ზოგ შემთხვევაში, იმუნური სისტემის მომწიფების პროცესი უფრო ადრეც ან ცოტა დაგვიანებით ხდება. თუმცა, ძირითადად, იმუნური სისტემა, 7 წლამდე ასაკში, არაა სრულად მომწიფებული და ამ ასაკის ბავშვები გაცილებით ხშირად ავადმყოფობენ ინფექციური პათოლოგიებით, ვიდრე შემდგომ ასაკში. აქ, გასათვალისწინებელია კიდევ ერთი ფაქტორი: 4 წლამდე ასაკის ბავშვები უფრო მეტად არიან იზოლირებულნი გარე სამყაროსაგან. ამ ასაკში ნაკლებია სოციალური კონტაქტები, რაც ინფექციასთან კონტაქტის ძირითადი მიზეზია. 4 წლის ასაკის შემდეგ, როცა ბავშვები მიყავთ საბავშვო ბაღში და შემდეგ სკოლაში, იზრდება ინფექციებთან კონტაქტის საშიშროება და ბავშვთა **ეს კონტინგენტი თითქმის 2-ჯერ უფრო ხშირად ავადმყოფობს ინფექციური დაავადებებით,** ვიდრე ის ბავშვები, რომლებიც ორგანიზებულ დაწესებულებებში (მაგ. საბავშვო ბაღში) არ დადიან.

დღეისათვის, ამ სფეროს ექსპერტთა მონაცემებით, 4 წლამდე ასაკის პრაქტიკულად ჯანმრთელი ბავშვები, სასუნთქი სისტემის ვირუსული ინფექციებით, წლის განმავლობაში ავადობენ 5 – 8-ჯერ; 4 – 10 წლამდე ასაკში – 3 – 6-ჯერ; 10 – 14 წლის ასაკში – 2 – 5-ჯერ და 14 – 20 წლის ასაკში – 1 – 2-ჯერ. ინტენსიური სოციალური კონტაქტების შემთხვევაში, ეს მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად იზრდება. **ამასთან, ხაზგასმით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ბავშვთა ავადობაზე ძალიან დიდ გავლენას ახდენს ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური და კულტურული თავისებრება.** რაც უფრო კარგია ოჯახის ეკონომიკური დონე და შესაბამისად ბავშვის საცხოვრებელი პირობები, რაც უფრო ინფორმირებულები არიან მშობლები ბავშვის სწორი მოვლის, კვების და აღზრდის შესახებ, მით ნაკლები შანსი არსებობს ბავშვის ავადობისათვის და პირიქით.

ამიტომ, როდესაც 7 წლამდე ასაკის ბავში მსუბუქად მიმდინარე ინფექციებით (გაციება, ცხვირიდან გამონადენი, ხველა, ყელის ტკივილი - რაც გრძელდება არა უმეტეს 2 კვირისა) წლის განმავლობაში ავადმყოფობს 4 – 8 ჯერ, ეს არაა იმუნოდეფიციტის დამადასტურებელი ნიშნები და დედას, უხშირეს შემთხვევაში, შეშფოთების საფუძველი არ გააჩნია. თუ ასეთი მდგომარეობა გრძელდება 7 - 8 წლის ასაკის შემდეგაც – აუცილებელია სპეციფიური გამოკვლევები და ავადობის მიზეზების დადგენა.

ასევე ხაზგასმით მინდა აღვნიშნო, რომ ზემოთ განხილული მდგომარეობების დროს, საჭირო არ არის რაიმე სპეციფიური ჩარევა და ე.წ. "იმუნოსტიმულატორებისა" და "იმუნომოდულატორების" გამოყენება, რომელთა აბსოლუტური უმრავლესობა ან სრულიად უეფექტოა ან, გარკვეულ ეფექტს იძლევა მხოლოდ ზოგიერთი კონკრეტული დაავადების პროფილაქტიკისათვის და აუცილებლად სპეციალისტის მიერ უნდა იყოს გამოყენებული.

რაც შეეხება იმუნოდეფიციტურ მდგომარეობებს, ეს ძალიან მძიმე პათოლოგიის გამომწვევი მიზეზებია.

იმუნოდეფიციტი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი (პირველადი) რომელიც გენეტიკური პათოლოგიაა, წარმოადგენს საკმაოდ იშვიათ და ძალიან მძიმე ინფექციური დაავადებების გამომწვევ მიზეზს და სამწუხაროდ, უხშირესად, არ ექვემდებარება მკურნალობას და **მეორადი,** რომელიც იმუნურ სისტემაზე გარე, მავნე ფაქტორების მოქმედებითაა გამოწვეული (მაგ. რადიაცია, საკვების დეფიციტი, გადაღლა, გადაციება, გადახურება, რაიმე მძიმე და ხანგრძლივი დაავადებები, ზოგიერთი მედიკამენტის ხანგრძლივი გამოყენება და სხვა) და აღდგება ამ ფაქტორთა დროულად მოშორების შემთხვევაში.

ჭეშმარიტი პირველადი იმუნოდეფიციტების გამოვლენა, უხშირეს შემთხვევაში, იწყება ბავშვის დაბადებიდან ძალიან მალე. ზოგიერთი იმუნოდეფიციტი ვლინდება დაბადებიდან რამდენიმე კვირაში ან თვეში. ძუძუზე მყოფ ბავშვებში, ზოგიერთი იმუნოდეფიციტი, შეიძლება გამოვლინდეს 2 წლის ასაკის შემდეგაც. **პირველადი იმუნოდეფიციტების ძირითადი ნიშანია** მძიმედ მიმდინარე, ისეთი **"სერიოზული ინფექციების"** ხშირი და ხანგრძლივი არსებობა, როგორიცაა: კანის ჩირქოვანი ინფექციები, სეფსისი, ფილტვების ანთება, თავის

ტვინის გარსების (მენინგიტი) და ტვინის ნივთიერების ანთება (ენცეფალიტი), ჩირქოვანი პიელონეფრიტი (თირკმლის მენჯის ჩირქოვანი ანთება), ძვლებისა (ოსტეომიელიტი) და სახსრების (ართრიტი) ჩირქოვანი ანთება. გარდა ამისა, ამ მდგომარეობას ხშირად ახლავს თან სიმსივნური დაავადებები და ალერგიული გამოვლინებები.

ამიტომ, თუ თქვენმა შვილმა 1 წლის განმავლობაში 2-ჯერ და მეტად იავადმყოფა ისეთი სერიოზული დაავადებით, როგორიცა მაგ. ფილტვების ანთება, აუცილებლად უნდა მიმართოთ შესაბამისი სპეციალობის ექიმს (იმუნულოგს) და მოითხოვოთ სპეციფიური, იმუნური სისტემის შესაფასებელი, კვლევების ჩატარება.



კანისა და ლორწოვანი გარსების პათოლოგიები.

კანი და ლორწოვანი გარსები ორგანიზმის გარკვეულ საფარს წარმოადგენს. თუ კანი გარეგანი საფარია, ლორწოვანი გარსები სხეულს იცავენ გარედან (ტუჩები, თვალის სკლერები) და შიგნიდანაც (პირის ღრუ, საყლაპავი და შემდეგ საჭმლის მომნელებელი სისტემა. ცხვირის ღრუ და მისი გაგრძელება – სასუნთქი სისტემა და ა.შ.). თავდაცვის ეს ფუნქცია არ არის მხოლოდ მექანიკური თავდაცვა. კანსა და ლორწოვანს აქვს იმუნური დაცვის უნარიც. ისინი პირველი ბარიერებია ორგანიზმში ინფექციის შეღწევის გზაზე. კანი და ლორწოვანი გარსები მონაწილეობენ ნივთიერებათა ცვლის (საკვების შეწოვა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან), სუნთქვის (ჟანგბადის გადასვლა ფილტვიდან სისხლში) და სხეულის ტემპერატურის რეგულირების პროცესში (კანის სისხლძარღვების გაფართოება, ოფლის გამოყოფა და აორთქლება ცხელ გარემოში და სისხლძარღვთა შევიწროება და სითბოს გაცემის შესუსტება – ცივ გარემოში).

კანისა და ხილული ლორწოვანი გარსების უმნიშვნელოვანესი ფუნქციაა გარემოს აღქმაში მონაწილეობა, რაც სპეციფიური, შეხების შეგრძნების, რეცეპტორების საშუალებით ხორციელდება. აღნიშნულის გამო, კანისა და ლორწოვანი გარსების მდგომარეობას, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის ყველა ფუნქციის განხორციელების პროცესში და ზოგადად – ჯანმრთელობისათვის.

ჯანმრთელი ბავშვის კანი, მოვარდისფრო ფერისაა. თუ კანს ხელით შეეხებით – შეიგრძნობთ, რომ იგი – თბილია (36 – 37 გრადუსი), რბილი, ხავერდოვანი და ელასტიურია (კანის ხავერდოვნებას აღნიშნავენ სიტყვა "ტურგორით". როცა კანის ხავერდოვნება სახეზეა – ამბობენ, რომ "ტურგორი შენარჩუნებულია". როცა ხავერდოვნება დაქვეითებულია – "ტურგორი დაქვეითებულია").

კანის ტურგორი და ელასტიურობა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული ბავშვის კვების ხასიათზე, ორგანიზმში წყლისა და მინერალების შემცველობაზე, ცხიმის გადანაწილებაზე ქსოვილებში და საერთოდ – ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ისეთი დაავადებების დროს, როდესაც ორგანიზმი სითხეს კარგავს (ღებინებით, ნაწლავთა აშლილობით, ძლიერი ოფლიანობით, გაძლირებული შარდვით, ხანგრძლივი ქოშინით, სხეულის მაღალი ტემპერატურით, კვების დარღვევით მიმდინარე დაავადებები), კანი პირველი რეაგირებს და იგი ხდება მშრალი, უხეში, დანაოჭებული და სუსტდება ან იკარგება მისი ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ფუნქცია, რაც უარყოფითად მოქმედებს ბავშვის ჯანმრთელბაზე და კიდევ უფრო ართულებს მდგომარეობას.

ამიტომ, კანის მდგომარეობა გარკვეული სადიაგნოსტიკო ტესტიცაა ზიგიერთი დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმის შეფასებისათვის.

კანის ფერს ქმნის მასში განლაგებული პიგმენტი – მელანინი. რაც უდრო მეტია პიგმენტის რაოდენობა, მით მუქია კანი. ამ პიგმენტის არ არსებობის შემთხვევაში (გენეტიკური პათოლოგია) ვითარდება **ე.წ. ალბინიზმი – როცა კანი, თმები, წარბები, წამწამები და თვალის სკლერები თეთრია.**

კანის ვარდისფერს და ტემპერატურას ქმნის მასში გამავალ წვრილი სისხლძარღვების (კაპილარების) მდგომარეობა, მათში გამავალი სისხლის რაოდენობა და სისხლში არსებული წითელი ბურთულაკების – ჰემოგლობინის რაოდენობა და შეფერილობა. ამიტომ, ისეთი დაავადებების დროს, როგორიცაა მაგ. ანემია (ერითროციტებისა და ჰემოგლობინის ნაკლებობა), გულის მანკი (სისხლის მიმოქცევის დარღვევა) და სასუნთქი სისტემის დაავადებები (სისხლი არ მარაგდება საკმარისი რაოდენობის ჟანგბადით), კანი ხდება ფერმკრთალი, მონაცრისფრო და ცივი, რაც ზოგჯერ, ამ ტიპის დაავადებათა განვითარების პირველი ნიშანია.

ძალიან ხშირად, კანი პირველი რეაგირებს მრავალი სხვადასხვა დაავადების დასაწყისზე და შეიძლება დაავადების პირველი ნიშნები არც იყოს გამოვლენილი, რომ კანზე ეს საშიშროება უკვე სხვადასხვა ფორმით აისახება (სიმშრალე, ფერის შეცვლა, გამონაყარი, ქავილის შეგრძნება, მგრძნობელობის გაძლიერება ან დაქვეითება და სხვა).

ყოველივე აღნიშნულის გამო, კანის მდგომარეობას, მის სწორ მოვლას, კანზე არსებული ცვლილებების დროულ შემჩნევას და სწორ შეფასებას, ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ბავშვის (განსაკთრებით მცირე ასაკის ბავშვის) ნომალური განვითარებისათვის.

კანის მოვლა. კანის მოვლის უმნიშვნელოვანესი პრინციპებია სისუფთავის, ტენიანობის და ელასტიურობის დაცვა. ამისათვის აუცილებელია სისტემატური ბანაობა სპეციალური საპნით (ან შამპუნით) და თბილი წყლით, და დამუშავება კანის დამარბილებელი კრემით. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოთ კანის ნაკეცების და ნაოჭების დამუშავებას და იმ არეებს, სადაც ოფლის დაგროვების და შარდისა და განავლის მოხვედრის მეტი ალბათობაა (ამ საკითხებზე დაწვრილებითაა საუბარი ბავშვის მოვლს შესახებ არსებულ სპეცილურ თავში).

ახალშობილთა სიყვითლე. ბავშვის დაბადების შემდეგ, ხდება ნაყოფის ერითროციტების ინტენსიური დაშლა და ახალი ერითროციტების წარმოქმნა. დაშლილი ერითროციტების პროდუქტები გარდაიქმნებიან ე.წ. ნაღვლის პიგმენტებად – ბილირუბინად, რომელთა ნაწილიც გადადის ქსოვილებში და ყვითლად ღებავს კანსა და ლორწოვან გარსებს (განსაკუთრებით მკაფიოდ ჩანს თვალის სკლერების სიყვითლე). ეს, ფიზიოლოგიური პროცესია და ვნება არ მოაქვს ბავშვისათვის. ამიტომ, ამ მოვლენას, "ფიზიოლოგიური სიყვითლე" ეწოდება. ფიზიოლოგიური სიყვითლე ვლინდება ბავშვის დაბადებიდან 2 – 4 დღეში და გრძელდება 10 – 14 დღის განმავლობაში. თუ სიყვითლე ამაზე უფრო დიდხანს გაგრძელდა – უნდა ეძებოთ მისი მიზეზი. დღენაკლ ახალშობილებში, ამ ტიპის სიყვითლე, შეიძლება უფრო ინტენსიურად იყოს გამოხატული.

"რეზუს უარყოფითი" დედების, "რეზუს დადებით" ახალშობილებში, შეიძლება გამოიხატოს ე.წ. "რეზუს კონფლიქტით გამოწვეული ჰემოლიზური სიყვითლე", რომელიც საშიშროებას წარმოადგენს

ახალშობილის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის და მოითხოვს დროულ და სერიოზულ ჩარევას.

რძიანა. ზოგჯერ, ახალშობილების პირის ღრუს ლორწოვან გარსებზე ჩნდება მოთეთრო ნადები. მას რძიანა ეწოდება. რძიანას გამომწვევი მიზეზი არის სოკოს გარკვეული სახეობა –*Candida albicans.* კანდიდა ფიზიოლოგიურ პირობებშიც არსებობს ადამიანის კანზე და მისი გააქტიურება იმუნური სისტემის სისუსტის მაჩვენებელია. უმრავლეს შემთხვევაში, რძიანას არსებობა საფრთხეს არ უქმნის ახალშობილის ჯანმრთელობის მდგომარეობას და სოდიანი წყლით კანის პეიოდული დამუშავება საკმარისია მის მოსაშორებლად. თუ რძიანა ვრცელდება დიდ ფართობზე, გამოხატულია ხანგრძლივად და სოდიანი წყლის პროცედურებს შედეგი არა აქვს, საჭიროა ექიმის კონსულტაცია და იმუნური სტატუსის შესწავლა.

ტელეანგიექტაზია. მოწითალო ან მოვარდისფრო-მოყავისფერო, კანიდან ამოწეული, სხვადასხვა ზომისა და ლოკალიზაციის წარმონაქმნი, რომელიც სისხლძარღვოვან კეთილთვისებიან სიმსივნეს წარმოადგენს, **ცნობილია ტელეანგიექტაზიის სახელით.** ტელეანგიექტაზია, უფრო ხშირად, თანდაყოლილია. თუმცა შეიძლება მოგვიანებითაც გამოვლინდეს. ტელეანგიექტაზია შეიძლება გამოვლინდეს კანზე და ლორწოვან გარსებზე (მათ შორის, თვალის სკლერაზეც). მას, უფრო ხშირად, ახასიათებს ზრდა. თუმცა, შეიძლება უკუგანვითარებაც განიცადოს. კანისა და ლორწოვანის არეში განვითარებული ტელეანგიექტაზია არ არის საშიში ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობისათვის და უფრო კოსმეტიკურ პრობლემებს ქმნის. თვალის სკლერებზე განვითარებულმა ტელეანგიექტაზიამ, შეიძლება პრობლემა შეუქმნას მხედველობას. ტელეანგიექტაზია არ ექვემდებარება მედიკამენტებით მკურნალობას და მის მოსაშორებლად ქირურგიული ჩარევაა საჭირო.

მილია. ზოგიერთ ახალშობილს, ცხვირისა და მის მიმდებარე არეში, კანზე, შეიძლება თეთრი ფერის წვრილი, კანიდან ამოწეული გამონაყარი გაუჩდეს და დაგვრჩეს ისეთი შთაბეჭდილება, რომ ეს, ჩირქოვანი გამონაყარია. ამ ტიპის გამონაყარს მილია ეწოდება. იგი არ წარმოადგენს პათოლოგიას და მალე გაივლის ყოველგვარი ჩარევის გარეშე.

ვიტილიგო. კანის შემფერავი პიგმენტის – მელანინის კარგვის გამო, კანზე ჩნდება ე.წ. "დეპიგმენტირებული" (მოთეთრო), კანის ზედაპირის დონეზე არსებული, სხვადასხვა ფორმისა და ზომის ლაქები, რომელსაც **ვიტილიგო** ეწოდება. ვიტილიგო შეიძლება განვითარდეს სიცოცხლის ნებისმიერ ასაკში და სხეულის ნებისმიერ არეში. თუმცა, უფრო ხშირად, ზიანდება სახისა და ზემო კიდერების კანი. მელანინის კარგვისა და ვიტილიგოს წარმოშობის მიზეზი ბოლომდე დადგენილი არაა. თუმცა ფიქრობენ, რომ მიზეზი შეიძლება აუტოიმუნური ბუნების იყოს. ვიტილიგო არ წარმოადგენს ჯანმრთელობისათვის საშიშროებას. მაგრამ ქმნის კოსმეტიკურ პრობლემებს. ვიტილიგოს მკურნალობის ეფექტური საშუალება არ არსებობს. ვიტილიგოს მქონე ადამიანები უნდა მოერიდნონ ულტრაიიფერი სხივების (მზის სხივები. სოლარიუმი) ზემოქმედებას, რადგან ასეთი კანის უბნის ინტენსიური დასხივების შემდეგ, შესაძლებელია კანის სიმსივნის განვითარება.

თმის ცვენა. თმის ცვენა (ალოპეცია) არის ორი სახის: **ტოტალური,** როცა თმა ერთნაირად ცვივა თავის ყველა არიდან და ამ დროს შეიძლება განვითარდეს წარბებისა და წამწამების ცვენაც და **ბუდობრივი,** როდესაც თმის ცვენა ხდება თავის სხვადასხვა არეში (უფრო ხშირად ჩნდება მრგვალი ფორმის გამელოტებული არეები).

ტოტალური ალოპეცია ძალიან იშვიათი მოვლენაა ბავშვებში და იგი უფრო ხშირად, რაიმე მძიმე დაავადებების არსებობას უკავშირდება.

ზრდასრულ ასაკში, ტოტალური ალოპეცია, ძირითადად, ჰორმონული ცვლის თავისებურებებსა და დარღვევებთანაა დაკავშირებული. თუმცა, ისევე, შეიძლება სხვადასხვა მძიმე დაავადებების მიზეზითაც იყოს გამოწვეული. ტოტალური ალოპეციის დროს აუცილებელია ამ მდგომარეობის მიზეზის დადგენა და შესაბამისი მკურნალობა. ზოგ შემთხვევასი, ტოტალური ალოპეცია სპონტანურად (თავისთავად) წყდება და მდგომარეობა უმჯობესდება.

ბუდობრივი ალოპეციის ბუნება დადგენილი არაა. ფიქრობენ, რომ მისი მიზეზი აუტოიმუნური პათოლოგიაა. სამკურნალოდ რეკომენდირებულია ე.წ. ფტორირებული კორტიკოსტეროიდების მალამოების (ან კრემი) ხანგრძლივი (9 – 10 თვე) გამოყენება (მგ. ლატიკორტის მალამო). ხშირად, ალოპეციის გამოვლენიდან 1 წლის განმავლობაში, აღინიშნება სპონტანური გამოჯანმრთელება. ყველა შემთხვევში საჭიროა ექიმის კონსულტაცია.

ფრჩხილებისა და თმების მტვრევა. ტუჩის კუთხის ნაპრალი. ფრჩხილებისა და თმების მტვრევის და ტუჩის კუთხეებში ნახეთქის (ნაპრალის) გაჩენის ძირითადი მიზეზი ნივთიერებათა ცვლის რაიმე დეფექტი და ვიტამინების დეფიციტია. უფრო ხშირია "A" ვიტამინის დეფიციტი, რაც საკვებში მისი ნაკლებობის ან კუჭ-ნაწლავის რაიმე პათოლოგიის გამო, შეთვისების დარღვევით შეიძლებ იყოს გამოწვეული. თუმცა, არსებობს სხვა ზეზებიც (მაგ. სოკოვანი დაავადებები), რაც გულმოდგინე კვლევი შედეგად უნდა დადგინდეს.

ინფექციური გამონაყარი კანზე. კანზე გამონაყარი შეიძება იყოს სხვადასხვა ფორმის და გამოწვეული იყოს სხვადასხვა მიზეზით. კანზე გამონაყარი, ძირითადად, არის ინფექციური ან ალერგიული ხასიათის. ინფექციური ხასიათს გამონაყარი არის ბაქტერიული, ვირუსული ან სოკოვანი წარმოშობის.

მუცლადყოფნის პერიოდში, ნორმალურ მდგომარეობაში მყოფი ნაყოფის კანი თავისუფალია მიკრობებისაგან. დაბადების პროცესში და განსაკუთრებით დაბადების შემდეგ, ბავშვის კანზე, ჩნდება ბაქტერიების და სოკოების გარკვეული რაოდენობა. რაც, ნორმალური მდგომარეობაა. ეს, საშიში არ არის ბავშვის ჯანმრთელობისათვის. მაგრამ, არის სიტუაციები, როდესაც, ეს ბაქტერიები თუ სოკოები აქტიურდებიან. ძლიერდება მათი გამრავლებისა და ზრდის პროცესი და ისინი უკვე საშიშნი ხდებიან ბავშვისათვის. ამ მოვლენის ხელისშემწყობი ფაქტორებია; **უსუფთაო გარემო, პირადი ჰიგიენის ნორმების დარღვევა, ოფლის, შარდისა და განავლის ზემოქმედება კანზე, ჩახურება, გადაციება, შეხება ისეთ საგნებთან თუ პიროვნებებთან, რომელთაგანაც ბავშვზე შეიძლება გადავიდეს ინფექცია და სხვა.** ამას ემატება ის ფაქტი, რომ ბავშვის კანი ძალიან ნაზია, ადვილად ზიანდება. ხოლო, დაზიანებულ კანში ადვილად იჭრება მიკრობი. იმუნური დაცვის მექანიზმები სუსტია და ვერ აფერხებს გააქტივებული მიკრობების შეჩერებას. ყველა, ამ მდგომარეობის შემთხვევაში, კანზე შეიძლება განვითარდეს ინფექცია და გაჩნდეს გამონაყარი. კანზე გაჩენილ ჩირქოვან ინფექციას **პიოდერმია** ეწოდება.

პიოდერმია კრებითი ცნებაა და კანზე სხვადასხვა ფორმისა და გავრცელების ინტენსიობის მქონე ჩირქოვანი გამონაყარის არსებობას აღნიშნავს. ჩირქონავი გამონაყარი შეიძლება იყოს, როგორც პაპულარული (წვრილი - < 0,5 სმ. დიამეტრის) და ერთეული ან მრავლობითი, ისე მსხვილი, ერთეული ან მრავლობითი და გაერთიანებული (ფურუნკული და კარბუნკული).

პიოდერმიის დროს, კანის სხვადასხვა არეში, უხშირესად, ჩნდება წვრილი თეთრი ან მოყვითალო თავების მქონე (ჩირქი) გამონაყარი, რომელიც ადვილად ვრცელდება ერთი ადგილიდან მეორეზე. ჩვეულებრივ, პიოდერმია არაა სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა და მოზრდილ ბავშვებში მას არ ესაჭიროება სისტემური (დასალევი ან საინექცო) ანტიბიოტიკებით მკურნალობა. საკმარისია კანის დამუშავება ანტისეპტიკური საშუალებებით (მაგ. ბრილიანტის მწვანე) და ანტიბიოტიკის მალამოს გამოყენება. **1 წლამდე ასაკის ბავშვებსა და განსაკუთრებით ახალშობილებში კი, კანის ჩირქოვანმა გამონაყარმა შეიძლება სერიოზული გართულება გამოიწვიოს.** ეს მდგომარეობა განსაკუთრებით სახიფათოა დღენაკლ ახალშობილებსა და რაიმე იმუნური დეფექტის მქონე ბავშვებში. ამ დროს, დროული ჩარევის დაგვიანების შემთხვევაში, შესაძლებელია ინფექციის გავრცელება და სეფსისის განვითარება.

კანზე ჩირქოვანი გამონაყარი (ძირითადად სტაფილოკოკური წარმოშობისაა) გადამდებია და ხშირად, ოჯახში არსებულ ბაქტერიომტარებლობას უკავშირდება.

ანუ, შეიძლება ოჯახის რომელიმე წევრი იყოს ბაქტერიის მტარებელი ისე, რომ რიმე კლინიკურ გამოვლინებას ადგილი არ ჰქონდეს. სამაგიეროდ, მისი ორგანიზმიდან (კანი, ხახა) გამოყოფილი ბაქტერიები ოჯახის სხვა წევრებში იწვევს კლინიკურად გამოხატულ დაავადებას.

ამიტომ, როდესაც ბავშვს (ან ოჯახის სხვა წევრებს) ხშირად აღენიშნებათ კანის ბაქტერიული ინფექციები (წვრილი ჩირქოვანი გამონაყარი, ფოლიკულიტი ან ფურუნკულოზი), საჭიროა ოჯახის წევრების გამოკვლევა ბაქტერიომტარებლობაზე და შესაბამისი მკურნალობა. მკურნალობა ითვალსწინებს ამოქსიცილინის (უმჯობესია ამოქსიცილინი + კლავულანტის მჟავის კომბინაცია. მაგ. ამოქსიკლავი) 10 – 15 დღიან კურსს და გამონაყარის კერის და ცხვირის ღრუს დამუშავებას სპეციალური ანტისტაფილოკოკური მალამოთი **(მუპიროცინის მალამო).** საჭიროა ხელების სისტემატიური დაბანა ანტისეპტიური საპნით და ფრჩხილების ქვეშა არის გახეხვა სპეციალური ჯაგრისით.

გამოყენება. მცირე ასაკის (განსაკუთრებით 1 წლამდე) ბავშვებში, კანის დაზიანების ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული მიზეზი არის **გამოყენება. გამოყენება** არის კანის ზედაპირული ანთება, რომელიც, ძირითადად, ვითარდება კანის ნაოჭებში (საზარდულის არე, კისრის ნაოჭები და სხვა) სადაც ოფლის, შარდის, განავლის მოხვედრის, შედარებით მაღალი ტემპერატურის და სინოტივის გამო აქტიურდება მანამდე კანზე არსებული, უვნებელი სოკოს ერთ-ერთი სახეობა –*Candida albicans*, რის შედეგადაც კანზე ანთებითი პროცესი ვითარდება.

ამ დროს კანი არის წითელი, ანთებითი, ზოგჯერ აშრევებულიც კი და ჩნდება ლიმფის გამონაჟონი. პროცესში შეიძლება ჩაერთოს ბაქტერიული ინფექციაც, რაც კიდევ უფრო ართულებს მდგომარეობას.

გამოყენების პროფილაქტიკის ყველაზე ეფექტური საშუალება ჰიგიენური ნორმების დაცვაა. საჭიროა ბავშვის ხშირი ბანაობა. ხშირი ჩაბანვა და ჩახურებისაგან დასაცავად – ხშირი განიავება. მაქსიმალურად უნდა ვეცადოთ, რომ კანი დავიცვათ ოფლის, შარდის და განავლის ზემოქმედებისაგან. ნაოჭების არეებში უნდა შევინარჩუნოთ სისუფთავე და სიმშრალე. გამოყენების განვითარების შენთხვევაში, უნდა გავაძლიეროთ ის ღონისძიებები, რაც პროფილაქტიკისათვის გამოიყენაება და დამატებით გამოვიყენოთ ჰიდროკორტიზონის 1%-იანი მალამო, 2 – 3-ჯერ დღეში; მოკლე პერიოდის (5 – 7 დღის) განმავლობაში. გამოყენების რთული ფორმების შემთხვევაში, აუცლებელია ექიმის კონსულტაცია.

გნეისი და ატოპიური დერმატიტი. გნეისი არის მოყვითალო-მოყავისფრო ქერქი, რომელიც თავზე, ძირითადად თხემის არეში, ჩნდება სიცოცხლის პირველი თვეების განმავლობაში. **ატოპიური დერმატიტი** არის კანის ალერგიული ანთება, რომელიც ბავშთა დაახლოებით 35%-ს აღენიშნება. ამ დაავადების პირველი გამოვლინება, უხშირესად, სიცოცხლის პირველი 3 თვის განმავლობაში ხდება. კანის დაზიანება გამოხატულია, უპირატესად, სახის და შემდეგ გულმკერდის, მუცლის და ზურგის არეში და ხასიათდება ქავილით. გნეისისა და ატოპიური დერმატიტის გამოვლინებას **ექსუდაციურ დიათეზსაც** უწოდებენ.

მსუბუქად გამოხატული გნეისი არ მოითხოვს განსაკუთრებულ ჩარევას. არავითარ შემთხვევაში არ უნდა ეცადოთ გნეისის ძალით აცლას. გნეისით დაფარული კანი უნდა დამუშავდეს გადადულებული ზეთით ან კანის დამარბილებელი კრემით, რის შემდეგაც, გნეისი თვითონვე სცილდება კანს. ბოლო ხანებში ფიქრობენ, რომ გნეისის განვითარებაში გარგკვეული როლი, როგორც ალერგიას და გაძლიერებულ ექსუდაციურ პროცესებს (სისხლის კაპილარარებიდან კანის ზედაპირზე გადმოდის სისხლის პლაზმა), ისე სოკოს - *Candida albicans*-აც გააჩნია, რის გამოც, გნეისის სამკურნალოდ, შესაძლებლად თვლიან ჰიდროკორტიზონის 1%-იანი მალამოს გამოყენებას. აუცილებელია ჰიგიენური პროცედურების სისტემატიური გამოყენება. **გნეისი, როგორც წესი, თავისთავადაც გაივლის 1 – 2 წლის ასაკის შემდეგ.**

ატოიური დერმატიტი, არის კანის ალერგიული ანთება (დერმატიტი – კანის ანთებას ნიშნავს), რომელიც ამ ასაკში (1 წლამდე ასაკი), როგორც წესი, რძის ცილის ან კვერცხის ცილის მიმართ ალერგიული განწყობის მიზეზითაა გამოწვეული. **ატოპიური დერმატიტის შესახებ უფრო დაწვრილებითი ინფორმაცია მოცემულია ალერგიულ დაავადებათა აღწერაში.**



ძვლებისა და სახსრების პათოლოგიები.

რაქიტი. რაქიტი არის ჩვილ ბავშვთა ასაკის პათოლოგია. რაქიტის დროს ზიანდება ბავშვის ორგანიზმის თითქმის ყველა სისტემა. მაგრამ განსაკუთრებით ზიანდება ნერვული სისტემა და ძვლები. რაქიტი სოციალური ბუნების დაავადებაა და გავრცელებულია სოციალურად დაუცველ, დაბალი ეკონომიური დონისა და კულტურის დონის ოჯახებში. ასევე, იმ გეოგრაფიულ გარემოში, სადაც ულტრაიისფერი სხივების (მზის სხივების) დეფიციტია.

როგორც ცნობილია, ძვლის ძირითადი შემადგენელი ნაწილი, მინერალი კალციუმია. იმისათვის, რომ ძვალში კალციუმი დალაგდეს ბავშმა უნდა მიიღოს ეს მინერალი, რომელიც, შემდეგ, ორგანიზმში არსებული "D" ვიტამინის საშუალებით, სისხლიდან გადადის ძვლებში, ლაგდება იქ და ქმნის ძვლის სტრუქტურას. ამ ვიტამინის არსებობისათვის საჭიროა, რომ მის საწყის სტრუქტურაზე იმოქმედონ ულტრაიისფერმა სხივებმა, რის შემდეგაც ე.წ. პროვიტამინი აქტიურ ვიტამინად გარდაიქმნება და აიძულებს კალციუმს, სისხლიდან

ძვლებში გადავიდეს. **თუ ამ პროცესიდან რომელიმე დაირღვა, ძვლებში კალციუმის ჩალაგება აღარ მოხდება და სვადასხვა ძვლების დეფორმაცია განვითარდება. იშლება ნივთიერებათა ცვლა, ირღვევა ორგანიზმში არსებული სხვადასხვა მინერალების ურთიერთშეფარდების ბალანსი. ზიანდება ნერვული სისტემა და ორგანიზმის სხვადასხვა სასიცოცხლო ფუნქცია.**

დაბადების შემდეგ, სიცოცხლის განვითარების ადრეულ ეტაპზე, ბავშვი უზრუნველყოფილია კალციუმის გარკვეული მარაგით, რომელიც მან, მუცლადყოფნის პერიოდში, დედიდან მიიღო. ძუძუთი კვების შემთხვევაში, ბავშვი, დედის რძის საშუალებით, იღებს "D" ვიტამინის სინთეზისათვს საჭირო მასალას და მზის სხივების დახმარებით გარდაქმნის მას აქტიურ ვიტამინათ, რაც უზრუნველყობს მისი ძვლების მინერალიზაციას. თუ ბავშვი ხელოვნურ კვებაზეა და ადაპტირებულ ნარევს იღებს, რომელშიც "D" ვიტამინი და კალციუმიც შედის, მაშინ რაქიტის განვითარების საშიშროება ნაკლებია. მაგრამ, თუ ბავშვი ძროხის რძით ან მაწონით იკვებება – დგება **რაქიტის განვითარების საფრთხე. რაქიტის განვითარების საფრთხე არსებობს მაშინაც, როცა ბავშვი ვერ იღებს ულტრაიისფერ სხივებს და მაშინაც, როცა დაახლოებით 4 თვის ასაკიდან, მის ორგანიზმში მცირდება კალციუმის მარაგი და იგი გარედან, საკვების სახით ვერ იღებს ამ მინერალს.**

რაქიტის პირველი ნიშანი მჟღავნდება ოფლიანობითა და მოუსვენრობით. ოფლიანობა განსაკუთბით შესამჩნევია თავის მიდამოში. ბალიში, სადაც ბავშვს თავი უდევს სველია ოფლით. ბავშვს უჭირს დაძინება; ის აგზნებული და ჭირვეულია. შემდეგ ვლინდება ძვლების დეფორმაციის ნიშნები – ე.წ. "შუბლის ბორცვები" (შუბლი არის დიდი და მისი ორივე წილი წინაა წამოწეული, ისე, რომ ტოვებენ ბორცვების შთაბეჭდილებას) და ნეკნების "კრიალოსანი" (ნეკნებზე ჩნდება მცირე ბორცვები, რაც ერთმანეთის მიყოლებით განლაგების შემთხვევაში კრიალოსანის შთაბეჭდილებ ქმნის).

მძიმე შემთხვევაში ვითარდება თავის ქალას ძვლების დარბილება (ხელის დაჭერით ძვლები იზნიქება), რასაც კრანიოტაბესი ეწოდება. დიდია ყოფლიბანდი. დეფორმირდება კიდურების ძვლები. ხდება გულმკერდის დეფორმაცია და იზღუდება ფილტვების ფუნქცია. დარღვეულია კუნთთა ტონუსი. კუნთების მოდუნების გამო, მუცელი

დიდი და მოდუნებულია. დარღვეულია ნაწლავთა პერისტალტიკა და მონელების პროცესი. იშლება ღვიძლის, გულისა და ფილტვების ქსოვილების ნივთიერებათა ცვლის პროცესი და ფუნქცია. ფერხდება ბავშვის ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარება.

ასე, რომ რაქიტი საკმაოდ მძიმე დაავადებაა და მის გადატანის კვალი ადამიანს მთელი ცხოვრების მანძილზე მიჰყვება.

რაქიტის პროფილაქტიკისათვის საჭიროა:

1. ბავშვის კვება დედის რძით.
2. არაადაპტირებული საკვები ნარევით კვების შემთხვევაში, ბავშვისათვის "D" ვიტამინის შესაბამისი დოზის მიწოდება.
3. 6 თვის ასაკიდან, ბავშისათვის კალციუმის შემცველი საკვები პროდუქტის (მაგ. ხაჭო) მიწოდება.
4. ბვშვის საცხოვრებელი გარემო უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ულტრაიისფერი სხივებით (მზის სივებით) და სუფთა ჰაერით.
5. რაქიტის პირველივე ნიშნების გამოვლენისთანავე, საჭიროა ექიმის გადაუდებელი კონსულტაცია.



ნერვული სისტემის პათოლოგიები.

გულყრა.

გულყრები ანუ კონვულსიები, არის ტვინის ელექტრული აქტივობის დარღვევით გამოწვეული, კუნთთა, დროებითი პაროქსიზმული (შეტევითი) აქტივობა ან ქცევის ცვალებადობა. სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული და სხვადასხვა გვარად გამოხატული გულყრები აღენიშნება ბავშვთა მისახლეობის დაახლოებით 10%-ს. თუმცა, ეს მოვლენა, უფრო მცირე ასაკის ბავშვებისათვისაა დამახასაიათებელი. **გულყრების უმეტესობა,** გამოწვეულია რაიმე სხვა დაავადების არსებობით, რომელიც თავის ტვინის ელექტრული აქტივობის ცვლილების პროვოცირებას ახდენს და არა აქვს კავშირი ტვინის პირველად და ორგანულ დაზიანებასთან. ასეთ ფაქტორებს, ყველაზე ხშირად მიეკუთვნება: **ცხელება, ინფექცია, სინკოპე (გულის გაჩერება), გულის არითმია, თავის ტრავმა, ჰიპოქსია (ჟანგბადის უკმარისობა), ტოქსინების ზემოქმედება**.

გულყრების პროვოცირება ასევე შეიძლება მოხდეს სხვადასხვა მიზეზით განვითარებული აპნოესა (სუნთქვის შეჩერება ან დაყოვნება) და გასტროეზოფაგური რეფლუქსის (საყლაპავ-კუჭის სპინქტერის უკმარისობა) არსებობის შემთხვევაში. გულყრების მიზეზი, შეიძლება იყოს ბავშვის ფსიქოლოგიური ან ფსიქიატრიული პრობლემები, ორგანიზმში მინერალური ცვლის დარღვევა (რაქიტი, ფარისებრახლო ჯირკვლის პათოლოგია) და სხვა.

შემთხვევათა დაახლოებით 1/3-ში, გულყრის მიზეზი არის ეპილეპსია, რაც თავის ტვინში, რაიმე მიზეზით არსებული, ელექტრული აქტივობის, განმეორებადი ცვლილებებითაა გამოწვეული. ეპილეპსიის დიაგნოზი ისმება მაშინ, თუ 24 საათის განმავლობაში ვითარდება 2 ან მეტი გულყრა, რომელიც, რაიმე სხვა ფაქტორით არ არის პროვოცირებული.

ფებრილური გულყრა (ცხელებით პროვოცირებული გულყრა). ამ ტიპის გულყრები უმეტესად ვითარდება მცირე ასაკის ბავშვებში და ხასიათდება კეთილსაიმედო პროგნოზით. თუმცა, გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ეს მოვლენა შეიძლება რაიმე სხვა, სერიოზული პათოლოგიის გამოვლინებას წარმოადგენდეს (მაგ. სეფსისი, ან ინფექციური მენინგიტის და სხვა). **ამიტომ, ფებრილური გულყრის განვითარების შემთხვევაში, გულდასმით უნდა იყოს გამოკვლეული ცხელების მიზეზები.**

ფებრილური გულყრები, ასაკდამოკიდებული მოვლენაა და იშვიათად აღინიშნება 9 თვემდე და 5 წლის ასაკის შემდგომ პერიოდში. უფრო ხშირად გვხვდება 14 – 18 თვის ასაკში. ამ ტიპის გულყრების განვითარებაში სერიოზული მნიშვნელობა აქვს მემკვიდრულ ფაქტორებს.

ფებრილური გულყრა, უხშირესად, ვითარდება სხეულის ტემპერატურის 39 გრადუსამდე და მეტად აწევის შემთხვევაში. გულყრა, უპირატესად, გენერალიზირებულია (ვრცელდება მთელ სხეულზე). გამოხატულია მთელი სხეულის დაჭიმულობა და ცალკეული კუნთების თრთოლვა (ტონური და კლონური გულყრა), რაც რამდენიმე წამიდან 10 წუთამდე შეიძლება გაგრძელდეს. ამის შემდეგ, ბავში დუნდება და უფრო ხშირად, იძინებს. თუ გულყრა გრძელდება 15 წუთამდე და მეტი,

ან მცირე კონვულსიები გრძელდება რამდენიმე დღეც, ეს სცილდება ფებრილური გულყრის საზღვრებს და უნდა ვეძებოთ სხვა მიზეზები.

ბავშვთა 30% – 50%-ში, ფებრილური გულყრები განმეორებადია. თუმცა, ეს არ ქმნის სერიოზულ რისკს ეპილეპსიის განვითარებისათვის.

ფებრილური გულყრის თავიდან აცილების და მკურნალობის საუკეთესო საშუალებად ცხელების კონტროლია მიჩნეული (ცხელების საწინააღმდეგო პრეპარატები – პარაცეტამოლი, იბუპროფენი). ანტიკონვულსიური (გულყრის საწინააღმდეგო) საშუალებები ინიშნება იშვიათ შემთხვევაში, სხვადასხვა ფაქტორის გათვალისწინებით და ამ საკითხის გადაწყვეტა – **მხოლოდ ბავშვთა ნევროლოგის პრეროგატივაა.**



არაპროვოცირებული გულყრები.

გულყრები, რომლებიც პროვოცირებული არ რის რაიმე ფაქტორით, როგორიცაა მაგალითად მაღალი ცხელება, განიხილება როგორც გულყრებით მიმდინარე ქრონიკული დაავადებების ან ეპილეპსიის განვითარების რეალური წინაპირობა. ასეთი ბავშვების ანამნეზის (დაავადების ისტორიის) გულდასმით შესაწავლისას, თითქმის ყოველთვის ვლინდება ოჯახში ეპილეპსიის ან სხვა სახის გულყრების მქონე პირთა არსებობა ან ბავშვის მუცლადყოფნის, ან მშობიარობის პერიოდის პათოლოგიის არსებობა; ან ფებრილური გულყრის ისტორია. ამ ბავშვებში, ასევე ხშირია რაქიტის ფონზე განვითარებული მინერალური ცვლის დარღვევის ან სხვა ტიპის ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის შემთხვევები. **ამიტომ, ყველა ასეთი შემთხვევა ინდივიდუალურ და ღრმა ანალიზს მოითხოვს და საბოლოო დიაგნოზი მხოლოდ სრულყოფილი კვლევის შემდეგაა შესაძლებელი.**

პარციალური (ნაწილობრივი) გულყრა. ბავშვებში გულყრათა თითქმის 40% პარციალური ხასიათისაა. **პარციალური გულყრისათვის** დამახასიათებელია მოტორული აქტივობა. ვითარდება სახის მიმიკური კუნთების, კისრის და კიდურების ცალკეული ან ყველა კუნთის დაჭიმულობა და თრთოლვა. ასეთი მდგომარეობა შეიძლება გაგრძელდეს 10 – 20 წამის განმავლობაში. ბავშვები არ ჰკარგავენ გონებას და არ ეცემიან. ზოგიერთ ბავშს, გულყრის დაწყებამდე,

აღენიშნება აურა (წინასწარი შეგრძნება), რომელიც გულმკერდის არეში დისკომფორტის ან თავის ტკივილის შეგრძნებით შეიძლება გამოიხატოს.

გენერალიზებული გულყრა. გენერალიზირებული გულყრის ერთერთი ფორმაა – **გულყრა ხანმოკლე გათიშვით.** ამ დროს, მოულოდნელად და სრულიად, წყდება მოტორული აქტივობა და მეტყველების პროცესი. სახის გამომეტყველება ხდება უაზრო და თვალის კაკლები წინაა გადმოწეული. გულყრის ეს სახე იშვიათია 5 წლამდე ასაკში და უფრო დამახასიათებელია გოგონებისათვის. ამ მდგომარეობისათვის დამახასიათებელი არ არის აურა და გულყრა გრძელდება დაახლოებით 30 წამი. ბავშვები არ ჰკარგავენ წონასწორობას და არ ეცემიან. თუმცა, შეიძლება "ჩამოუვარდეთ თავი". ასეთი მდგომარეობა შეიძლება დღეში რამდენჯერმეც განმეორდეს. ამ მდგომარეობის პროვოცირება შესაძლებელია 3 – 4 წუთიანი ღრმა და ჩქარი სუნთქვით, რაც სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმსაც წარმოადგენს.

გენერალიზებული ტონურ-კლონური გულყრა. ამ ტიპის გულყრები ძალიან ხშირია. მას ხშირად უსწრებს წინ აურა, რაც ეჭვს ბადებს ეპილეპსიის არსებობაზე. ამგვარი გულყრის დროს, ბავშვი ერთბაშად ჰკაგავს გონებას. ზოგ შემთხვევაში, პაციენტები გამოსცემენ მკვეთრ, წამოკივლებისებურ ხმას. თვალის კაკლები გადააქვთ უკა, ისე, რომ ჩანს მხოლოდ თეთრი გარსი. კანი ხდება ციანოზური (მოთეთრო-მონაცრისფრო), სხეული მთლიანად დაჭიმულია და გამოხატულია ცალკეული კუნთების თრთოლვა. ვითარდება აპნოე (სუნთქვის შეჩერება). ასე გრძელდება რამდენიმე წუთი, რის შემდეგაც დაჭიმული კუნთები დუნდება და შემდეგ, შეიძლება ყველაფერი თავიდან დაიწყოს. გულყრის დროს ხშირია ენაზე კბენა, უნებლიე შარდვა და ზოგჯერ – დეფეკაციაც. გულყრის დამთავრების შემდეგ პაციენტი ღრმად იძინებს, რაც 30 წუთიდან 2 საათამდე გრძელდება. როდესაც გენერალიზებული გულყრის მიზეზი გაურკვეველია, ამბობენ, რომ **საქმე გვაქვს გულყრის იდიოპათიურ (ანუ გაურკვეველი მიზეზის) ფორმასთან.** მიუთითებენ სხვადასხვა ფაქტორებზე, რომლებიც ასოცირებულია ამ ტიპის გენერალიზებულ გულყრებთან: მაგ. ინფექცია, რომელიც დაბალი ან ზომიერი ჰიპერთერმიით მიმდინარეობს, ძლიერი გადაღლა, ემოციური სტრესი, სხვადასხვა ფსიქოტროპული მედიკამენტები, თეოფილინი.

ახალშობილთა გულყრები. ახალშობილობის პერიოდი წარმოადგენს სერიოზულ რისკ-ფაქტორს ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის, ტოქსიკოზის, ინფექციური დაავადებების და ტვინში განვითარებული სტრუქტურული ცვლილებების (მაგ. სამშობიარო ტრავმის შემდგომი სისხლჩაქცევა) ფონზე გულყრის განვითარებისათვის. ამ ტიპის გულყრების დროს, უპირატესად გამოხატულია სახისა და კიდურების ცალკეული კუნთების რითმული თრთოლვა ან შეკუმშვა. თუმცა, შესაძლებელია განვითარდეს ე.წ. გენერალიზებული გულყრები, როდესაც პროცესში თითქმის ყველა კუნთი მონაწილეობს. **ახალშობილთა გულყრები რთული შესამჩნევია და ხშირად, მხოლოდ, გამოცდილი თავლისთვისაა აღსაქმელი. ამიტომ, ასეთ მდგომარეობაზე უმცირესი ეჭვის მიტანის შემთხვევაშიც კი ბავშვთა ნევროლოგის კონსულტაციაა აუცილებელი.**



თავის ტკივილი.

თავის ტკივილი საკმაოდ ხშირი პრობლემაა ბავშვთა ასაკში. ეს მდგომარეობა სერიოზულ გავლენას ახდენს ბავშვის აკადემიური მოსწრების ხარისხზე, მეხსიერებაზე, გარშემომყოფებთან ურთიერთობაზე და სკოლის გაცდენაზე. ეს ყველაფერი, რა თქმა უნდა, დაკავშირებულია ტკივილის მიზეზთან, გამოვლენის სიხშირესთან და ინტენსიობასთან.

თვის ტკივილი შეიძლება დაკავშირებული იყოს ისეთ მძიმე დაავადებასთან, როგორიცაა მაგალითად თავის **ტვინის სიმსივნე,** რის გამოც, თავის ტკივილის ყველა სერიოზული და განმეორებადი შემთხვევის მიზეზი კარგად უნდა იყოს გამოკვლეული. მცირე ასაკის ბავშვები ვერ ახდენენ თავის ტკივილის ლოკალიზაციისა და ინტენსიობის ადეკვატურ აღქმას. ამიტომ, შეიძლება ვერც მიგვანიშნონ თავის ტკივილის არსებობაზე და არიან ზოგადად, ერთი შეხედვით, უმიზეზოდ გაღიზიანებულები და ჭირვეულები. ამ დროს, ხშირადაა გამოხატული ღებინება და ფოტოფობია (სინათლის შიში).

თავის ტკივილის ყველაზე ხშირი მიზეზი ბავშვებში არის **შაკიკი, ქალასშიდა წნევის მატება და ფსიქოგენური სტრესი.**

შაკიკი. შაკიკის დიაგნოზი ისმება მაშინ, თუ სახეზეა თავის ტკივილის განმეორებადი ეპიზოდები, ტკივილებს შორის პერიოდში მდგომარეობა სრულიად დამაკმაყოფილებელია და ტკივილს თან ახლავს ჩამოთვლილ სომპტომთაგან მინიმუმ 3: მუცლის ტკივილი, გულისრევა ან ღებინება, ტკივილის ცალმხრივობა, აურა (ტკივილის დასაწყისის წინასწარი შეგრძნება) და ტკივილის შემცირება ძილის პერიოდში. შაკიკის დიაგნოზის დასმისას, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მემკვიდრულ ფაქტორს (ხშირად, ოჯახის რომელიმე წევრს აღენიშნება შაკიკი).

ტკივილის ინტენსიობის, ხასიათისა და თანმხლები სიმპტომების მიხედვით არჩევენ შაკიკის სხვადასხვა ფორმას:

ჩვეულებრივი შაკიკის დროს ტკივილი არაა ძალიან ინტენსიური და ჩვეულებრივ გრძელდება 1 - 3 საათის განმავლობაში. თუმცა, შეიძლება 24 საათიც გაგრძელდეს. შედარებით რთული ფორმაა კლასტერული თავისტკივილი, რომელსაც ტკივილის ინტენსიური გამოვლინება ახასიათებს. ბავშვთა ასაკის შაკიკისათვის დამახასიათებელია ინტენსიური გულისრევა და ღებინება, რომელიც, ზოგჯერ, უფრო შემაწუხებელია, ვიდრე თვით თავის სტკივილი. ღებინება შეიძლება ასოცირებული იყოს მუცლის ტკივილთან და ცხელებასთან, რაც, ზოგჯერ, აპენდიციტისა და სხვადასხვა სისტემური ინფექციის არსებობის შთაბეჭდილებას ტოვებს. ძირითადი ნიშნები, რომლებიც ამ დროს, შაკიკის არსებობას ადასტურებენ, გამოხატულია ფოტოფობიით (სინათლის შიში), ოსმოფობიით (მკაფიო სუნის მიმართ ანტიპათია), კიდურების პარესთეზიით (მომატებული მგრძნობელობა) და შაკიკისადმი მემკვიდრული მიდრეკილებით, რომელიც შემთხვევათა 90%-ია გამოხატული.

მკრნალობა. შაკიკის მკურნალობა, პირველ რიგში, გულისხმობს იმ ფაქტორებისაგან თავის არიდებას, რომლების პროვოცირებას უწევენ ტკივილს. ზოგ შემთხვევაში, ასეთი ფაქტორები აშკარად გამოკვეთილია და ამიტომ, მათი არიდებაც სავსებით შესაძებელია. ასეთ ფაქტორებს მიეკუთვნება: ფიზიკური და ფსიქოლოგიური სტრესი, გადაღლა, აგზნება, ზოგიერთი საკვები (მაგ. შოკოლადი, თხილი, კოკა-კოლა, ჰოთ-დოგი და ჩინური სამზარეულოს პროდუქტები) და სხვა. ბავშვებში, შაკიკის განმეორებადი შეტევები, შეიძლება

გამოწვეული იყოს სწავლის პროცესში არსებული სირთულებით ან თანატოლებთან დაძაბული ურთიერთობით. ამიტომ, სკოლის ასაკის ბავშვთა შაკიკის შემთხვევაში, გულდასმით უნდა იყოს გამოკვლეული აღნიშნული ფაქტორები. ასეთი მიდგომა საშუალებას იძლება 50%-ით მაინც შევამციროთ შაკიკის შეტევათა სიხშირე.

შაკიკის მწვავე შეტევის დროს გამოიყენება ტკივილდამაყუჩებელი და ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებები. ბავშვთა ასაკში, განსაკუთრებით მსუბუქად მიმდინარე შაკიკის შემთხვევაში, ტკივილდამაყუჩებლებიდან, უპირატესობას ანიჭებენ **აცეტამინოფენს (პარაცეტამოლი) და იბუპროფენს. თუმცა, ყველა შემთხვევაში, მკურნალობის პროგრამა და ყველა დანიშნულება ექიმთან უნდა იყოს შეთანხმებული. ზოგჯერ განიხილავენ ჰიპნოზოთერაპიის შესაძლებლობას. ხშირ შემთხვევაში, განსაკუთრებით მძიმე და ხშირი შეტევების მქონე პაციენტებში, საჭიროა ფსიქოთერაპია.**

თავის ტკივილის ორგანული (ფიზიკური ცვლილებებით გამოწვეული) მიზეზები.

თავის ტკივილი შეიძლება ქალასშიდა წნევის მატების ადრეული გამოვლინებაც იყოს. თავის ტკივილი, რომელიც თავის ტვინის სისხლძარღვებში წნევის მატების ან სისხლძარღვთა სპაზმის შედეგია, ძირითადად ვლინდება ადრე დილით და გამოხატულია ხანმოკლე დროის განმავლობაში, დილით გაღვიძებისა და ფეხზე ადგომის შემდეგ. ტკივილი დიფუზიურია (მოიცავს მთელ თავს) თუმცა უფრო მეტადაა გამოხატული შუბლისა და კეფის არეებში. ტკივილის დასაწყისი შეიძლება დაემთხვეს ფიზიკურ აქტივობას (მაგ. ხველა, ცხვირცემინება ან გაჭინთვა), რაც არტერიული წნევის მატებასთან არის დაკავშირებული. ბავშვებში, რომელთაც ქალაშიდა წნევის მატება აღენიშნებათ, გარდა ტკივილისა, გამოხატულია ძილიანობა ან აჟიტირება და "უმიზეზო ჭირვეულობა". ადრეული დილის გულისრევა და ღებინება, უხშირესად ქალას შიდა წნევის მატებასთანაა დაკავშირებული.

ორგანული ცვლილებებით გამოწვეული თავისტკივილების მიზეზი შეიძლება იყოს თავის ტვინის **სიმსივნე, ჰიდროცეფალია (თავის ტვინის წყალმანკი), მენინგიტი (ტვინის გარსების ანთება),**

ენცეფალიტი (ტვინის ნივთიერების ანთება), ჰემატომა (სისხლჩაქცევა), ქრონიკული ინტოქსიკაცია და სხვა. ყველა ამ მდგომარეობას თავისი დამახასიათებელი სპეციფიური ნიშნები ახასიათებს და ასეთი დიაგნოსის დასმა და მკურნალობა **მხოლოდ ექიმის პრეროგატივაა.**



ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექციები.

ცენტრალური ნერვული სისტემის მწვავე ინფექციები წარმოადგენენ ბავშვთა ნერვული სისტემის დაავადებების უხშირეს მიზეზებს. ამ ტიპის დაავადებები მრავალი სხვადასხვა მიკროორგანიზმით (ბაქტერიების, ვირუსების, სოკოების და პარაზიტების სხვადასხვა სახეობა) შეიძლება იყოს გამოწვეული, რაც დამოკიდებულია ბავშვის ასაკსა, მისი იმუნური სისტემის და ინფექციის წყაროს თავისებურებაზე. **ზოგადად, უფრო ხშირია ვირუსული, ვიდრე ბაქრეტიული, სოკოვანი ან პატაზიტული ინფექციები.**

მიუხედავად გამომწვევი ფაქტორისა, უმეტეს შემთხვევაში, ბავშვებში, ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექციებისათვის დამახასიათებელია რიგი საერთო ნიშნები, როგორიცაა: თავის ტკივილი, გულისრევა, ღებინება, უმადობა, მოდუნება ან აგზნება და გაღიზიანებულობა, ცხელება. ამ სიმპტომთა უმეტესობა არასპეციფიურია და შეიძლება სხვადასხვა ინფექციური და არაინფექციური დაავადებებისათვისაც იყოს დამახასიათებელი. ნერვული სისტემის დაზიანებისთვის, შედარებით სპეციფიური ნიშნებია: სინათლის შიში, კისრის კუნთების ტკივილი და რიგიდობა (დაჭიმულობა), ძლიერი მოდუნება ან აგზნება, გონების სრული დაკარგვაც კი და კრუნჩხვები.

ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექციური დაზიანება შეიძლება იყოს დიფუზური **(გავრცელებული)** და ლოკალური **(შემოსაზღვრული)**. მენინგიტის (თავის ტვინის გარსების ანთება) და ენცეფალიტი (თავის ტვინის ქსოვილების ანთება) დიფუზური ანთებითი პროცესებია. ამასთან, ზოგჯერ, ვერ ხერხდება ანთების მხოლოდ გარსებით ან ტვინის ქსოვილით შემოფარგვლა, გამოხატულია ორივე სტრუქტურის დაზიანების ნიშნები და მაშინ ამბობენ, რომ საქმე გვაქვს მენინგო-ენცეფალიტთან. ცენტრალური ნერვული სისტემის ლოკალური ანთებადი დაზიანების მაგალითია **ტვინის აბსცესი** (ჩირქგროვა თავის ტვინის ქსოვილში).

თავის ტვინის ინფექციურ დაავადებათა სადიაგნოსტიკოდ, გარდა ანამნეზური (დაავადების განვითარების ისტორია), ეპიდემიოლოგიური (ინფექციის კერის არსებობა რომელიმე არეალში და პაციენტის კონტაქტი სხვა დაავადებულებთან) და კლინიკური მონაცემებისა (დაავადების გამოხატული ნიშნები), უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ისეთ კვლევებს, როგოროცაა თავის ტვინის **კომპიუტერული ტომოგრაფია** (ან ვიზუალიზაციის სხვა, ადექვატური მეთოდი) და **ზურგის ტვინის სითხის ლაბორატორიულ კვლევას.**

დაავადების მკურნალობა დამოკიდებულია გამომწვევის თავისებურებასა და ბავშვის ასაკზე. ბაქტერიული ინფექციების დროს, აუცილებლად გამოიყენება **ანტიბიოტიკები.**

ამ ტიპიის დაავადებათა თავიდან აცილების ერთ-ერთი ეფექტური საშუალება პროფილაქტიკური ვაქცინაციაა. ბოლო ათწლეულის განმავლობაში, დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებში, პნევმოკოკისა და ჰემოფილუს ინფლუენსას სავალდებულო პროფილაქტიკური ვაქცინაციის შემოღებამ, მნიშვნელოვნად შეამცირა მცირე ასაკის ბავშვებში ამ მიკროორგანიზმებით გამოწვეული, ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექციათა სიხშირე. ასეთივე მნიშვნელობა ენიჭება გრიპის საწინააღმდეგო სეზონურ ვაქცინაციას.

მკურნალობის ეფექტურობისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს დროულ დიაგნოსტიკას და ადეკვატურ სამედიცინო ჩარევას. ამიტომ, აუცილებლად უნდა იცოდეთ, რომ ნერვული სისტემის დაზიანების აღწერილი ნიშნების შემჩნევის თანავე, საჭიროა ექიმის დაუყოვნებელი კონსულტაცია.



გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიები.

ბავშვის გულის ცემის სიხშირე უფრო მაღალია ვიდრე ზრდასრული ადამიანის. ახალშობილის გულისცემის სიხშირე 160 – 180-ს აღწევს. შემდეგ თანდათანობით ნელდება, 1 წლის ასაკისათვის 100 – 120-ია და ხოლოდ 7 – 8 წლის ასაკში აღწევს მოზრდილი ადამიანის ნორმას. ეს მოვლენა იმითაა გამოწვეული, რომ, როგორც უკვე ვიცით, ბავშვის

ნივთიერებათა ცვლა უფრო ინტენსიურია ვიდრე მოზრდილის და შესაბამისად, საჭიროა, რომ ქსოვილებს უფრო ინტენსიურად მიეწოდებოდეს სისხლი და ჟანგბადი.

ადამიანის გული 4 კამერიანია (ორი წინაგული და 2 პარკუჭი). გულში ჩადიან და გამოდიან მსხვილი სისხლძარღვები, რომელთაც არტერიები და ვენები ეწოდება. არტერიული სისხლი მდიდარია ჟანგბადით და ქსოვილების კვებას ემსახურება. ქსოვილებში, ჟანგბადის გაცემის შემდეგ, სისხლი მდიდარია ნახშირორჟანგით. ეს ვენური სისხლია და იგი მიემართება ფილტვებში, სადაც კვლავ მდიდრდება ჟანგბადოთ და მიემართება გულისაკენ, რათა იქიდან კვლავ განაწილდეს ქსოვილებში. გულიდან გამომავალი ყველაზე მსხვილ არტერიას **აორტა ეწოდება.**

ორგანიზმში სისხლის მიმოქცევას უზრუნველყოფს წინაგულებისა და პარკუჭების თანმიმდევრული და რითმული შეკუმშვა და მოდუნება. აღნიშნული პროცესი რეგულირდება გულის კუნთში აღმოცენებული ელექტული იმპულსების და ამ იმპულსების გამტარი გზების საშუალებით.

წინაგულებიდან პარკუჭებში და პარკუჭებიდან არტერიებში სისხლი გადადის სპეციალური სარქველების საშუალებით, რომლებიც მხოლოდ ერთი მიმართულებით უნდა იყოს გამტარი და არ უნდა აძლევდეს სიხლს უკან დაბრუნების საშუალებას. როგორც წინაგულებს (მარჯვენა და მარცხენა წინაგულები), ისე პარკუჭებს შორის (მარჯვენა და მარცხენა პარკუჭი) არსებული ტიხრები (ძგიდეები) კი ხელს უშლიან ვენური და არტერიული სისხლის შერევას. აღწერილი ანატომიური სტრუქტურა და მის მიერ განხორციელებული ფუნქცია, უზრუნველყოფს ორგანიზმის სიხლით მომარაგებას. თუ აღნიშნული სისტემის ანატომიური ან ფუნქციური დაზიანება მოხდა – დაირღვევა ორგანიზმის სისხლით მომარაგება და განვითარდება შესაბამისი პათოლოგია.

გულისა და სიხლძარღვების პათოლოგიები შეიძლება დავყოთ სამ ჯგუფად:

1. გულისა და სისხლძარღვების თანდაყოლილი ან შეძენილი, ანატომიურ-სტუქტურული პათოლოგიები (გულის მანკები).
2. გულის გამტარი გზების პათოლოგიები (არითმიები).
3. გულისა და სისხლძარღვების ქსოვილების ანთებითი დაავადებები .



გულის მანკები.

გულის **მანკი** შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. გულის თანდაყოლილი მანკი ვითარდება მუცლადყოფნის პერიოდში, ბავშვის ორგანიზმზე, რაიმე მავნე ფაქტორის ზემოქმედებით (მაგ. ორსულობის პირველ ტრიმესტრში დედის მიერ გადატანილი წითურა) ან გენეტიკური პათოლოგიის გამო. გულის შეძენილი მანკების ძირითადი მიზეზი სტრეპტოკოკული (რევმატიული) ინფექციაა.

გულის თანდაყოლილი მანკებიდან ყველაზე ხშირია **წინაგულთა** ან **პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი.** ამ დროს, მარჯვენა და მარცხენა წინაგულებს ან მარჯვენა და მარცხრენა პარკუჭებს შორის დარღვეულია ტიხრის (ძგიდის) მთლიანობა და არტერიული და ვენური სისხლი ერთმანეთს ერევა. ეს კი ხელს უშლის ორგანიზმის ქსოვილების ჟანგბადით მომარაგებას. რაც უფრო დიდია დეფექტი – მით მეტად ირღვევა ქსოვილების ჟანგბადით მომარაგების პროცესი. ზოგ შემთხვევაში, დეფექტი იმდენად პატარაა, რომ ვერავითარ გავლენას ვერ ახდენს ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ხშირია შემთხვევა, როდესაც მსგავსი დეფექტი არსებობს ბავშვის დაბადების დროს, მაგრამ რამდენიმე თვის განმავლობაში იგი თავისით იხურება და არავითარ კვალს არ ტოვებს. დიდი მოცულობის დეფექტის შემთხვევაში, როდესაც მკვეთრადაა დარღვეული სისხლის მიმოქცევის პროცესი, საჭირო ხდება ოპერაციული მკურნალობა.

გულის თანდაყოლილი მანკი, ასევე, შეიძლება გამოხატული იყოს გულის სარქველების პათოლოგიით (სარქველი ვერ ხურავს შესაბამის ხვრელს და ხდება სისხლის უკუდინება) ან გულში ჩამავალი ან გამომავალი სისხლძარღვების ანატომიური დეფეტებით (მაგ. სისხძარღვის შევიწროება) და ა.შ.

იმის მიხედვით, თუ სად ლოკალიზდება დეფექტი, როგორი ხარისხითაა გამოხატული დეფექტი და რამდენად ზიანდება სისხლის

მიმოქცევის პროცესი – განისაზღვრება მკურნალობის ტაქტიკა. უმნიშვნელო დეფექტის შემთხვევაში, როდესაც სისხლის მიმოქცევა ნორმალურია (კომპენსირებული მანკი), შეიძლება მკურნალობა საერთოდ არ იყოს საჭირო. სერიოზული დეფექტების შემთხვევაში, საჭირო ხდება ქირურგიული მკურნალობა.

გულის შეძენილი მანკები ძირითადად სხვადასხვა ინფექციის შედეგია. პირველ რიგში საყურადღებოა სტრეპტოკოკული ინფექციები, რომელთა გადატანის შემდეგ, · პირველ რიგში ზიანდება ე.წ. მიტრალური (2 კარიანი სარქველი წინაგულსა და პარკუჭს შორის) სარქველი.



არითმიები.

არითმია არის გულის მუშაობის რითმის დარღვევა. გულის მუშაობის ნორმაზე მეტად აჩქარებას **ტაქიკარდია** ეწოდება. შენელებას – **ბრადიკარდია.** არითმიას, რომელიც გულის მუშაობის აჩქარებასთან ერთადაა გამოხატული **ტაქიარითმია** ეწოდება. თუ არითმია გულის მუშაობის შენელებასთან ერთად ვლინდება, ეს **ბრადიარითმიაა.** არითმია მრავალი სახის არსებობს და მისი გამომწვევი მიზეზებიც მრავალია – დაწყებული თანდაყოლილი გენეტიკური დარღვევებიდან და დამთავრებული ინფექციური პროცესებით თუ ენდოკრინული პათოლოგიებით.

არითმია სერიოზული პათოლოგიაა და მას აუცილებლად სჭირდება ზუსტი დიაგნოსტიკა, მიზეზების დადგენა, შესაბამისი მკურნალობა და ექიმის მეთვალყურეობა.



კარდიტები.

გულის ქსოვილების ანთებით პროცესს კარდიტი ეწოდება. გულის გარე გარსის ანთება – პერიკარდიტია. კუნთის ანთება – **მიოკარდიტი** და გულის შიდა გარსის ანთება – **ენდოკარდიტი.** შეიძლება ერთდროულად განვითარდეს გულის, ამ სამივე სტრუქტურის ანთება და მას **პანკარდიტი** ეწოდება. კარდიტების ძირითადი მიზეზი სხვადასხვა ინფექციაა. თუმცა იგი ყველაზე ხშირად რევმატიული

(სტრეპტოკოკული) ინფექციის შედეგად ვითარდება. სწორედ ამიტომაა აუცილებელი **სტრეპტოკოკული ტონზილიტის** ზუსტი დიაგნოსტიკა და სწორი მკურნალობა. რადგან, ამ სახის ინფექციის არასწორად მკურნალობის შემთხვევაში ვითარდება, პირველ რიგში, კარდიტი. სტრეპტოკოკული კარდიტის დროს ზიანდება გულის სხვადასხვა სტრუქტურა და პირველ რიგში **გულის სარქველები, რაც, შემდგომში, გულის შეძენილი მანკის განვითარების მიზეზი ხდება.**

გულის სხვადასხვა სტრუქტურის დაზიანების შემთხვევაში, ბუნებრივია, კლინიკური გამოვლინება სხვადასხვაა. თუმცა არსებობს საერთო ნიშნებიც, რომელთა გამოვლენის შემთხვევაშიც, მშობლებს შეუძლიათ ეჭვი მიიტანონ ბავშვის გულსისხლძარღვთა სისტემაში არსებულ პრობლემებზე.

გულის თანდაყოლილი მანკის არსებობის შემთხვევაში, თუ დეფექტი სერიოზულია და სისხლის მიმოქცევა დარღვეული, შესაბამისი სიმპტომები ბავშვის დაბადების შემდეგ სწრაფად იჩენს თავს.

ეს სიმპტომებია: კანის სიფერმკრთალე. ცხვირ-ტუჩის არეში კანი ციანოზურია (მოლურჯოა), რაც უფრო შესამჩნევი ხდება ფიზიკური დატვირთვის (ტირილი. ძუძუს წოვა) შემდეგ. ამასთან – გარდა ციანოზურისა, კანი ცივია, რაც განსაკუთრებით შესამჩნევია კიდურების არეებში. ფერხდება ბავშვის ფიზიკური და გონებრივი განვითარება. ბავშვი ხშირად ავადმყოფობს. მძიმე შემთხვევებში ვითარდება გულმკერდის დეფორმაცია (კასრისებური გულმკერდი) და ე.წ. დოლის თითები (თითების დაბოლოებები გამსხვილებულია და მოგვაგონებს დოლზე დასატყამ ჯოხებს), მკვეთრად ციანოზური ფრჩხილებით.

არითმიები და კარდიტები, (გულის მუშაობის რითმის დარღვევა და გულის კუნთის ანთება) უპირატესად, ვითარდება შედარებით მოზრდილ ასაკში. ამ დროს ბავშვები თავად აღნიშნავენ ისეთი სიმპტომების არსებობას, როგოროცაა: უსიამოვნო შეგრძნება გულის არეში, გულის აჩქარება და "ბუდიდან ამოვარდნის" შეგრძნება, ადვილად დაღლა, საერთო სისუსტე, "ცივი ოფლი", გულის წასვლის ეპიზოდები და სხვა.

ყველა ამ სიმპტომის გამოვლენის შემთხვევაში, დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოთ ექიმს.



ჰიპერტონია და ათეროსკლეროზი.

ჰიპერტონია არტერიული წნევის ზომაზე მეტად მატებაა. ათეროსკლეროზი – არტერიების კედლების სკლეროზული გადაგვარება, რაც ჰიპერტონიის ყველაზე ხშირი მიზეზია. თუმცა ჰიპერტონია სხვა მიზეზებითაც (მაგ. თირკმლის ან ენდოკრინული პათოლოგიები) შეიძლება იყოს გამოწვეული.

ჰიპერტონია და ათეროსკლეროზი, დღეისათვის, მთელ მსოფლიოში, ყველაზე გავრცელებული პათოლოგიებია და ასევე ინვალიდიზაციისა და სიკვდილობის ყველაზე ხშირი მიზეზია. ეს, საყოველთაოდ ცნობილია და ასევე ცნობილია, რომ ეს, ძირითადად, შუა ხნის ასაკს გადაცილებულ ადამიანთა პრობლემაა. თუმცა ალბათ ძალიან ცოტა ადამიანმა იცის, რომ ამ **დაავადებების განვითარებას საფუძველი, ბავშვობის ასაკში ეყრება.**

დღევანდელი არსებული ცოდნის საფუძველზე მეცნიერები მიიჩნევენ, რომ ათეროსკლეროზის განვითარების საფუძველი, ადამიანის ორგანიზმში ცხიმოვანი ნივთიერებების ცვლის დარღვევაა. ეს, ერთი მხრივ, გამოწვეულია გენეტიკური თავისებურებით და მეორე მხრივ – პიროვნების კვების სპეციფიკით. დაავადების საფუძველს ქმნის ცხიმის ფრაქცია – **ქოლესტერინი,** რომელიც არტერიების შიდა გარსზე ილექება, ქმნის აქ ღილების მაგვარ წარმონაქნებს და არღვევს სისხლძარღვთა კედლის ელასტიურობას. ამას მოჰყვება არტერიული წნევის მატება და ქსოვილების სისხლითა და ჟანგბადით მომარაგების პროცესის დარღვევა.

როგორც აღვნიშნეთ, ჰიპერტონია და ათეროსკლეროზი შუა ხნის ასაკს გადაცილებულ ადამიანთა დაავადებაა. მაგრამ, ბოლო ხანებში აშკარად გამოიკვეთა ამ დაავაების "გაახალგაზრდავების" ტენდენცია და იგი, იშვიათ შემთხვევაში, ბავშვებშიც კი გვხვდება. **თუმცა, რაც ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანია, ეს პათოლოგია იწყება ბავშვობის ასაკში – გაცილებით უფრო ადრე, სანამ მისი პირველი კლინიკური სიმპტომები გამოვლინება.**

ამიტომ: თუ თქვენ ან თქვენს მეუღლეს (ან უახლოეს სისხლით ნათესავებს) გაწუხებთ ჰიპერტონული დაავადება და ათეროსკლეროზი ან მიდრეკილნი ხართ სიმსუქნისაკენ ან თქვენი შვილი ავლენს

სიმსუქნისაკენ მიდრეკილებას – სავალდებულოა ბავშვის სისტემატიური სამედიცინო მეთვალყურეობა, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მონიტორინგი და კვების რეჟიმის და სხეულის წონის კორექცია (საკვებ რაციონში უნდა შემცირდეს ცხოველური ცხიმების და გაიზარდოს ცილის, ბოსტნეულის, ხილისა და ვიტამინების რაოდენობა).



მწვავე სტრეპტოკოკული ინფექცია და რევმატიზმი (რევმატიული ცხელება).

რევმატიზმი ინფექციური დაავადებაა. იგი გამოწვეულია მიკრობით, რომელსაც სტრეპტოკოკი ეწოდება. სტრეპტოკოკები იბუდებენ ადამიანის ნუშურა ჯირკვლებში და იწვევენ აქ ანთებით ცვლილებებს. თუმცა სტრეპტოკოკების წყარო შეიძლება იყოს კარიესული კბილებიც და სხვა ორგანოებიც (მაგ. ნაღვლის ბუშტი). სტრეპტოკოკული ინფექცია შეიძლება ერთი ადამიანიდან მეორეზე გადავიდეს. **მწვავე სტრეპტოკოკული ინფექცია შეიძლება გამოვლინდეს ისეთი ინფექციური დაავადების სახით, როგორიცაა ქუნთრუშა. ამასთან, ქუნთრუშა შეიძლება სიციცხლის განმავლობაში გამოვლინდეს 3-ჯერ.**

მწვავე სტრეპტოკოკული ინფექცია ვლინდება მაღალი ცხელებით, ანგინით, ჟოლოსფრად შეფერილი ენით, ყბისქვეშა ლიმფური ჯირკვლების გადიდებით და მტკივნეულობით, თავის და მუცლის ტკივილით, ზოგჯერ ღებინებით და ნაწლავთა აშლილობით. ეს მდგომარეობა მკურნალობის გარეშეც გაივლის დაახლოებით 6 – 10 დღეში. მაგრამ, მწვავე სტრეპტოკოკული ინფექციის გადატანიდან 2 კვირის შემდეგ, შეიძლება განვითარდეს რევმატიზმი ან ნეფრიტი (თირკმლის ანთება).

რევმატიზმის დროს, ვითარდება გულის კუნთის ანთება. ზიანდება გულის სარქველები და თუ მკურნალობა დროზე არ ჩატარდა, ვითარდება გულის მანკი. რევმატიზმის დროს, ასევე ზიანდება სახსრებიც.

სტრეპტოკოკული ინფექციის დროს, დროულად ჩატარებული ანტიბიოტიკოთერაპია (პენიცილინის პრეპარატების 10 – 15 დღი-

ანი კურსი) პრაქტიკულად გამორიცხავს რევმატიზმისა და ნეფრიტის განვითარებას. უკვე განვითარებული რევმატიზმის თერაპია ხანგრძლივი პროცესია და გულისხმობს გახანგრძლივებული მოქმედების პენიცილინის პრეპარატებით (მაგ. რეტარპენი) ყოველთვიურ და მრავალწლიან მკურნალობას.

რევმატიზმის განვითარებაში ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს მემკვიდრულ ფაქტორსაც. ამიტომ ბავშვები, რომელთა მშობლებიც რევმატიზმით არიან დაავადებული, განსაკუთრებული მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იყვნენ და მკაცრად უნდა ვაკონტროლოთ მათში სტრეპტოკოკული ინფექციის კერის შესაძლო არსებობა (ტონზილები, კარიესული კბილები სა სხვა).



სასუნთქი სისტემის პათოლოგიები.

ზედა სასუნთქი სისტემა და მის პათოლოგიები.

რინიტი (ცხვირის ლორწოვანის ანთება). რინოსინუსიტი (ცხვირის ლორწოვანისა და ქალას დანამატი ღრუების ანთება). გაციება.

„გაციება“ არის ზემო სასუნთქვი სისტემის, მსუბუქად მიმდინარე ვირუსული ინფექციების კრებითი სახელი. ასეთი ვირუსების აქტივაციის პროცესი ძირითადად წლის ცივ თვეებში მიმდინარეობს და შესაბამისად, გაციებაც, ამ პერიოდს ემთხვევა.

„გაციების“ დროს, მსუბუქი ანთებადი პროცესი ვითარდება ცხვირის და მისი დანამატი ღრუების, ხახის, ტონზილების, ხორხის და ზოგჯერ – ყურების ლორწოვან გარსებზე და შესაბამისად იმისა, უპირატესად სად და რა ინტენსიობით ვითარდება ეს ანთება – გამოხატულია დაავადების კლინიკური სურათიც.

დაავადება, უხშირესად, იწყება ავადმყოფ პიროვნებასთან კონტაქტიდან 2 - 4 დღის შემდეგ. გამოხატულია ტემპერატურის ზომიერი მატება (37,5 -38,5), თუმცა შეიძლება ნორმალური ტემპერატურის ფონზეც მიმდინარეობდეს. ვითარდება ცხვირცემინება, ცხვირიდან გამონადენი, რომელიც თავიდან გამჭვირვალე და თხელი კონსისტენციისაა და შემდეგ შეიძლება გახდეს მოყვითალო და ბლანტი; ყელის ტკივილი, ხველა, თვალების წვა, თავის ტკივილი და ზოგადი ინტოქსიკაცია (სახსრებისა და კუნთების ტკივილი და საერთო სისუსტე).

ეს სიმპტომები, შეიძლება გამოიხატოს ძალიან მსუბუქად და მხოლოდ ერთ ან რამდენიმე სისტემაში (მაგ. ცხვირი ან ცხვირი და თვალები) ან შედარებით სერიოზულად და მკაფიოდ (მაგ. სპაზმური და ძალიან შემაწუხებელი ხველა) და ყველა აღნიშნული ორგანოს მონაწილეობით.

სიმპტომები, მეტ-ნაკლები ინტენსიობით, გრძელდება 7 – 14 დღე და ჩვეულებრივ, გაივლის უკვალოდ.

სპეციფიური მკურნალობა (და განსაკუთრებით ანტიბიოტიკი) საჭირო არ არის. პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს მშვიდ გარემოში. საჭიროა, რომ გარემოს ტემპერატურა არ იყოს < 20 და > 25 გრადუსზე. ჰაერი არ უნდა იყოს მშრალი. ჰაერის შესაბამისი ტენიანობის შესაქმნელად (რაც საჭიროა იმისთვის, რომ არ მოხდეს სასუნთქი სისტემის ლორწოვანი გარსის გამოშრობა) ოთახში უნდა დაიდგას, ფართო ზედაპირის, წყლიანი ჭურჭელი. თუ ტემპერატურა და კუნთების ტკივილი პაციენტს დისკომფორტს უქმნის, სასურველია სიცხის დამწევი და ტკივილდამაყუჩებელი პრეპარატის (მაგ. აცეტამინოფრენი. იბუპროფენი) გამოყენება. ცხვირის ლორწოვანის გასუფთავებისათვის შეიძლება გამოიყენოთ ნატრიუმის ქლორიდის 0.9%-იანი (ფიზიოლოგიური) ხსნარი (აღნიშნული ხსნარის რამდენიმე წვეთი პიპეტის საშუალებით უნდა ჩააწვეთოთ პაციენტს ორივე ნესტოში) დღეში 4 – 6 ჯერ. ეს პროცედურა ხელს უწყობს ცხვირიდან ანთებადი ლორწოსა და იქ გამრავლებული ვირუსების გამოტანას. ზოგჯერ, ცხვირის ლორწოვანი გარსის ძლიერი შეშუპების შემთხვევაში, შესაძლებელია ე.წ. დეკონგენსანტების (მაგ. ნაზოლი ბეიბი, ნაზოლი და ა,შ.) გამოყენება. თუმცა ამ ტიპის პრეპარატები არ უნდა გამოვიყენოთ 4 – 5 დღეზე მეტი ხნით. ამ მიზნით, ასევე შესაძლებელია პირველი თაობის ანტიჰისტამინური პრეპარატების (მაგ. სუპრასტინი) გამოყენება. ისინი ამცირებენ ცხვირის ლორწოვანი გარსების შეშუპებას და ახასიათებთ მსუბუქი სედაციური ეფექტი, რაც ამცირებს ცხვირის გაჭედვას, გამონადენს და ზოგადი დისკომფორტის შეგრძნებას. შედარებით მოზრდილ ბავშვებში, ამავე მიზნით, შესაძლებელია ანტიჰისტამინური პრეპარატებისა და დეკონგენსანტების კომბინაციის (მაგ. აქტიფედი) გამოყენება. ყველა ეს ჩამოთვლილი პრეპარატი, ზომიერად ამსუბუქებს დაავადების სიმპტომებს. თუმცა არ მოქმედებს დაავადების ხანგრძლიობაზე.

გაციების მკურნალობის ეფექტის შესახებ არსებობს გავრცელებული ხატოვანი გამოთქმა, რომ: „გაციება, მკურნალობის

შემთხვევაში, ინკურნება 1 კვირაში, ხოლო მკურნალობის გარეშე – 7 დღეში“. რაც კარგად ასახავს მდგომარეობს არსს.

ზოგჯერ „გაციება“ (ვირისული ინფექცია), შეიძლება გართულდეს ბაქტერიული ინფექციით. ეს მოვლენა, ძირითადად, მცირე ასაკის ბავშვებისათვის (ასევე იმუნოდეფიციტების მქონე პირებისათვის) არის დამახასიათებელი. მაგ. შუა ყურის ვირუსული ანთება, მცირე ასაკის ბანვშვებში, შეიძლება ჩირქოვანი ანთებით გართულდეს. ასეთ შემთხვევაში, ბუნებრივია, საჭირო ხდება ანტიბიოტიკის გამოყენება.



ოტიტი (ყურის ანთება).

შუა ყურის მწვავე ანთება, მცირე ასაკის ბავშვთა საკმაოდ ხშირი დაავადებაა. შუა ყურის ანთება შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული მიმდინარეობის.

ზემო სასუნთქი სისტემის მწვავე ვირუსული ინფექცია, მცირე ასაკის ბავშვებში, შემთხვევათა დაახლოებით 37%-ში, რთულდება შუა ყურის მწვავე ანთებით. ჩვეულებრივ შემთხვევაში, ეს არ არის მძიმე დაავადება და უფრო ხშირად თვითგანკურნებით მთავრდება.

დაავადება, უხშირესად, იწყება სასუნთქი სისტემის მწვავე ვირუსული ინფექციის დაწყებიდან რამდენიმე დღეში ან ძირითადი დაავადების ჩამთავრების პერიოდში. ბავშვი იწყებს ჭირვეულობას. ზოგჯერ ძლიერ შფოთავს და ტირის. ხელი მიაქვს ყურისკენ. უფრო მოზრდილები აღნიშნავენ ტკივილს ყურის მიდამოში. მომდევნო პერიოდში, ყურის ტკივილი შეიძლება გაძლიერდეს. დაავადებას შეიძლება თან ახლდეს ყურიდან მოყვითალო, გამჭვირვალე გამონადენი. რამდენადაც, შუა ყურის ანთება, უმეტეს შემთხვევაში, ვირუსული დაავადებაა – ანთებადი პროცესი არაა ჩირქოვანი. ბაქტერიული ბუნების დაავადების განვითარების (უფრო სწორად – თანდართვის) შემთხვევაში, გამონადენი ჩირქოვანია.

დაავადების სიმპტომების გამოვლენის პირველ დღეებში, მით უფრო, თუ გამონადენი არ აღინიშნება (ან, ყოველ შემთხვევაში, არ აღინიშნება ჩირქოვანი გამონადენი), საერთო მდგომარეობა არაა დარღვეული, ტემპერატურა არაა მაღალი – ანტიბიოტიკი საჭირო არ არის და ასევე არ არის საჭირო, რაიმე, სპეციფიური კვლევა. ამ დროს, სრულიად საკმარისია სხეულის ტემპერატურის (თუ მომატებულია,

რა თქმა უნდა) მარეგულირებელი და ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებები (მაგ აცეტამინოფენი. ან ადგილობრივად – სხვადასხვა ტკივილგამაყუჩებელი წვეთები).

დაავადების გახანგრძლივება 4 – 5 დღეზე მეტად ან ჩირქოვანი გამონადენის გაჩენა, აყენებს სპეციალისტის (ოტოლარინგოლოგი) კონსულტაციის საჭიროებას და ასევე საჭირო ხდება ანტიბიოტიკის გამოყენების საკითხის განხილვა.



ტონზილიტი და ადენოიდიტი (ტონზილებისა და ადენოიდების ანთება).

ტონზილები (ანუ ნუშურა ჯირკვლები) წარმოადგენენ ხახის ორივე მხარეს განლაგებულ წყვილ ლიმფურ ჯირკვლებს. **ადენოიდები** არიან ცხვირის უკანა გასასვლელთან განლაგებული ლიმფური ჯირკვლები.

როგორც ლიმფური სისტემის შემადგენელი ნაწილები, ტონზილებიცა და ადენოიდებიც მონაწილეობას იღებენ იმუნური დაცვის პროცესში. ტონზილები ქმნიან ბარიერს და ხელს უშლიან ზემო სასუნთქი სისტემიდან ქვემო სასუნთქ სისტემაში ინფექციის გავრცელებას.

ზოგჯერ, სხვა და სხვა მიზეზის გამო, ტონზილები თავადვე ხდებიან ინფექციის წყარო ან იმატებენ ზომაში ისე, რომ ფარავენ სასულის შესასვლელს და აფერხებენ ბრონქებში და ფილტვებში ჰაერის გადასვლას. ადენოიდებსაც, ზოგ შემთხვევაში, ახასიათებთ მკვეთრი ზრდა, რაც მნიშვნელოვნად აფერხებს ცხვირით სუნთქვას.

ზემო სასუნთქი გზების მწვავე ვირუსული ინფექციების დროს, უხშირეს შემთხვევაში, ვირუსით გამოწვეული ანთებითი რეაქცია ვრცელდება ზემო სასუნთქი სისტემის ყველა ნაწილის ლორწოვან გარსებზე და მათ შორის ტონზილებზეც. ასეთ შემთხვევაში ლაპარაკია მწვავე ვირუსულ ტონზილიტზე და ამ დროს მკურნალობის მეთოდი არის ზუსტად ისეთი, როგორც “გაციების” დროს. ასეთი ტონზილიტი არ მოითხოვს სპეციფიურ მკურნალობას და მით უმეტეს არ დგება ტონზილექტომიის (ტონზილების ოპერაციული გზით მოშორების) საკითხი.

მაგრამ, ზოგ შემთხვევაში, ტონზილებზე ვითარდება ბაქტერიული ინფექცია და კიდევ უფრო მეტიც – ტონზილები ხდება ქრონიკული ბაქტერიული ინფექციის კერა და პერიოდულად ხდება ამ კერის გამწვავება. **ამ შემთხვევაში ლაპარაკია ბაქტერიულ ტონზილიტზე.**

ბაქტერიული ტონზილიტი, უხშირესად, სტრეპტოკოკული ინფექციითაა გამოწვეული. მწვავე სტრეპტოკოკული ტონზილიტი იწყება მაღალი ცხელებით (38.5 – 39.5 გრადუსი), ყელის ტკივილით, ძლიერი ინტოქსიკაციით (თავისა და კუნთების ტკივილი, ზოგჯერ მუცლის ტკივილი და ფაღარათი), კისრისა და ყბისქვეშა ლიმფური ჯირკვლების გადიდებით და ტკივილით. ხახა არის მკვეთრად ჰიპერემიული (წითელი) და შეშუპებული. ტონზილები მკვეთრად გადიდებული, წითელი, შეშუპებული და ანთებითია. მის ზედაპირზე გამოხატულია მოთეთრო ნადები. ზოგჯერ, ტონზილების სიღრმეში, მის ჩაღრმავებულ სტრუქტურებში (ლაკუნებში), ჩანს ჩირქის საცობები.

სტრეპტოკოკული ტონზილიტი 7 – 10 დღის განმავლობაში, ყოველგვარი მკურნალობის გარეშეც, თავისთავად რჩება. მაგრამ აქ თავს იჩენს სხვა, ძალიან **მნიშვნელოვანი პრობლემა:** მწვავე ტონზილიტის ჩამთავრებიდან 2 კვირის შემდეგ, შეიძლება განვითარდეს თირკმლებისა (ნეფრიტი) ან გულის (კარდიტი) და სახსრების (ართრიტი) სტრეპტოკოკული ინფექცია და მწვავე რევმატიზმი – რევმატიული ცხელება.

მწვავე სტრეპტოკოკული ტონზილიტის ანტიბიოტიკებით დროული და სწორი მკურნალობის შემთხვევაში, ასეთი გართულებების რისკი ნულს უტოლდება.

მწვავე სტრეპტოკოკული ტონზილიტის სამკურნალოდ ყველაზე ეფექტურ საშუალებად მიჩნეულია პენიცილინი და პენიცილინის ჯგუფის სხვა პრეპარატები. ძალიან ეფექტურია პენიცილლინის ინექციის 10 დღიანი კურსი. ბავშვებში უპირატესობას ანიჭებენ ამოქსიცილინის 10 დღიან კურსს. ასევე, ამოქსიცილინ+კლავულანტის მჟავას კომბინაციას (მაგ. ამოქსიკალავი). თუ პაციენტი ალერგიულია ამ ჯგუფის ანტიბიოტიკების მიმართ, რეკომენდირებულია მაკროლიდების ჯგუფის ანტიბიოტიკების (მაგ. ერითრომიცინი, კლარითრომიცინი, როქსითრომიცინი) გამოყენება.

ერთ-ერთი სერიოზული პრობლემა, რომელიც ტონზილების და ადენოიდების არსებობას ახლავს თან, არის გადაწყვეტილების მიღება – როდის უნდა ჩატარდეს ტონზილექტომია ან ადენექტომია (ტონზილების და ადენოიდების ოპერაციული გზით მოშორება).

როდესაც საკითხს ამგვარად ვაყენებთ, კარგად უნდა გავაანალიზოთ რა გვსურს და რა შეიძლება მოჰყვეს ჩვენს მოქმედებას:

ტონზილექტომიის მიზანს, ჩვეულებრივ, წარმოადგენს: 1. ქრონიკული ინფექციური კერის მოშორება. 2. სუნთქვის პროცესის გაუმჯობესება. მაგრამ, აუცილებელია გავითვალისწინოთ, რომ: 1. უხშირეს შემთხვევაში, ტონზილექტომიიდან 2 წლის შემდეგ, ხახაში მაინც სახლდებიან სტრეპტოკოკები. 2. მოზრდილ ასაკში, ტონზილები, ძალიან ხშირად, უკუგანვითარებას განიცდიან და ზომაში მცირდებიან. 3. ტონზილექტომია წარმოადგენს სრულფასოვან ქირურგიულ ოპერაციას და მას თან ახლავს ყველა ის რისკი, რაც, ზოგადად ნებისმიერ ოპერაციულ ჩარევას ახასიათებს. 4. ტონზილექტომიის შემდეგ, სუსტდება სასუნთქი სისტემის იმუნური დაცვა და 5. ხშირად ვითარდება ყელის სიმშრალე.

ამიტომ, განვითარებულ ქვეყნებში, დღეისათვის, ტონზილექტომიის ჩვენებები საკმაოდ შეზღუდულია.

ტონზილექტომიის ჩვენებად მიჩნეულია:

1. ტონზილები უნდა იყოს იმდენად დიდი ზომის, რომ ფარავდეს სასულის შესასვლელს, აფერხებდეს სუნთქვის პროცესს და იწვევდეს ე.წ. "ძილის ობსტრუქციული აპნოეს" (ბავშვი ძილში აჩერებს სუნთქვას და ახანგრძლივევს ამოსუნთქვის პერიოდს. (იქმნება შთაბეჭდილება, რომ იხრჩობა).

2. ექიმის მიერ დადასტურებული, მწვავე სტრეპტოკოკული ტონზილიტის 6 ეპიზოდის არსებობა მიმდინარე წლის განმავლობაში, 3 ეპიზოდი წინა წლის განმავლობაში და 2 ეპიზოდი – იმის წინა წლის განმავლობაში.

თუმცა, ჩვეულებრივ, ამ პრინციპების დაცვა ძალიან ჭირს და ტონზილექტომია ტარდება ბევრდად უფრო მცირე სიმპტომების შემთხვევაში. ამას ხელს უწყობს, ამ საკითხის შესახებ, მშობლების ნაკლები ინფორმირებულობა და სადაზღვეო კომპანიების პოზიცია, რომლებიც ტონზილექტომიას უფრო ხარჯეფექტურ პროცედულად თვლიან, ვიდრე ხანგრძლივ და მრავალჯერად კონსერვატიულ თერაპიას.

ადენოიდების ჰიპერტროფიის დროს ბავშვი ხშირად "ცივდება", ხშირია რინიტის გამოვლინება, უჭირს ცხვირით სუნთქვა და

ხვრინავს ღამით. საბოლოოდ, რამდენიმე წელში, ყალიბდება ე.წ. "ადენოიდური სახე" (ბავშვს პირი აქვს ღია, ნიკაპი დაწეულია ძირს, ცხვირით სუნთქვა გაძნელებულია, გამომეტყველება უაზროა). სუნთქვის ქრონიკული გართულების გამო, ფერხდება თავის ტვინის მომარაგება ჟანგბადით და ეს კი, თავის მხრივ, აფერხებს ბავშვის გონებრივ განვითარებას. ამის გამო, ადენოიდების ოპერაციული გზით მოშორების საკითხი, შედარებით, ადვილად გადასაწყვეტია. ზოგ შემთხვევაში, პირველ ხანებში მაინც, შესაძლებლად მიიჩნევენ ცხვირში კორტიკოსტეროიდების სპრეის შესხურებით, ადენოიდების ზომის შემცირების მცდელობას.



სინუსიტი.

სინუსიტი არის თავის ქალას დანამატი ღრუების ანთება. სულ არჩევენ ასეთ 5 ღრუს. მათგან, ყველაზე ხშირად, ანთება ვითარდება შუბლის (ფრონტალურ) და ზედა ყბის წყვილ (ჰაიმორის) ღრუებში. ეს ღრუები ამოფენილია ლორწოვანი გარსით და უკავშირდება ცხვირის ღრუს ვიწრო სადინარების საშუალებით. ცხვირის ღრუდან სინუსებში მუდმივად შედის მიკრობთა გარკვეული რაოდენობა. მაგრამ, სინუსების ლორწოვანი გარსის მიერ გამოყოფილ სეკრეტთან ერთად, ეს მიკრობები, ისევ უკან გამოდიან ცხვირის ღრუში და ნორმალურ პირობებში, სინუსების დაინფიცირება და იქ ანთების განვითარება არ ხდება.

ზემო სასუნთქი სისტემის ვირუსული ინფექციების დროს, ვირუსული ანთებადი პროცესი ვითარდება სინუსებშიც და ეს პროცესი, რომელიც **ვირუსული რინოსინუსიტის** სახელითაა ცნობილი, არ მოითხოვს დამატებით მკურნალობას. მაგრამ, ამ დროს, შეიძლება მოხდეს სინუსიდან ცხვირში გამომავალი ხვრელის ლორწოვანის შეშუპება, სინუსებიდან დაინფიცირებული ლორწოს, ცხვირის ღრუში გადმოსვლის შეფერხება, სინუსებში ბაქტერიების გამრავლება და **ბაქტერიული სინუსიტის (ჰაიმორიტი ან ფრონტიტი) განვითარება.** იგივე მოვლენა შეიძლება განვითარდეს **ალერგიული რინიტის** შემთხვევაშიც, როცა სინუსებიდან გამომავალი ხვრელის ლორწოვანში ალერგიული ანთება და შეშუპება ვითარდება.

სინუსების ბაქტერიული ანთების განმეორების შემთხვევაში, ან იმ შემთხვევაში, როცა სინუსებიდან გამომავალი ხვრელების ხშირი

შევიწროება ხდება (მაგ. ალერგიული რინიტის ხშირი ეპიზოდები), **დიდი ალბათობით, შეიძლება ქრონიკული ბაქტერიული სინუსიტი ჩამოყალიბდეს.**

როგორც უკვე ვთქვით, მწვავე ვირუსული რინო-სინუსიტები არ მოითხოვს სპეციფიურ მკურნალობას და იგი გაივლის ვირუსული ინფექციის ჩამთავრებისთანავე.

მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის დიაგნოზი შეიძლება დაისვას, თუ სახეზეა ჰიპერთერმია, სახის ძვლების ტკივილი, ჩირქოვანი გამონადები ცხვირიდან (თუმცა, დასაწყისში, შეიძლება გამონადენი არც იყოს და აღინიშნებოდეს მხოლოდ ცხვირის გაჭედვა). დიაგნოზის დასაზუსტებლად სასურველია გაკეთდეს სინუსების **რენტგენოგრამა ან კომპიუტერული ტომოგრაფია.**

მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის დროს, შერჩევის პრეპარატია **ამოქსიცილინი.** მკურნალობის კურსი გრძელდება კლინიკური სურათის გაქრობის შემდეგ კიდევ ერთი კვირის განმავლობაში. თუ პაციენტი, მოკლე დროის განმავლობაში, ნამკურნალევია ამოქსიცილინით – მაშინ უნჯობესია **ამოქსიცილინი+კლავულანტის** მჟავის პრეპარატის **(მაგ. ამოქსიკლავი)** გამოყენება. პენიცილინის ჯგუფის ანტიბიოტიკებზე ალერგიის არსებობის შემთხვევაში, რეკომენდებულია ერითრომიცინის (ან ამავე ჯგუფის სხვა პრეპარატის) გამოყენება. მძიმე შემთხვევაში და ქრონიკული ფორმების გამწვავებისას ნაჩვენებია ანტიბიოტიკის (ცეფალოსპორინი) ინტრავენური ინექციაც. თუმცა, ეს აუცილებლად ექიმის გადასაწყვეტია.



კრუპი (ხორხის შეშუპება)

ინფექციური ბუნების კრუპი არის ორი სახის:

1. **"ჭეშმარიტი კრუპი", რომელიც ვითარდება ისეთი მძიმე და სერიოზული ბაქტერიული ინფექციის შედეგად, როგორიცაა დიფთერია.**
2. **"ცრუ კრუპი" – ვითარდება, როგორც სასუნთქი სისტემის მწვავე ვირუსული (უხშირესად პარაგრიპის ვირუსით გამოწვეული) დაავადების გართულება.**

ორივე შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა. თუმცა დიფთერიული კრუპი ბევრად უფრო

საშიში და მძიმე დაავადებაა და ხშირ შემთხვევაში ფატალურად მთავრდება. ამ მხრივ, სანუგეშო მხოლოდ ისაა, რომ მასიური პროფილაქტიკური ვაქცინაციის პირობებში, დიფთერია თითქმის მთლიანად ლიკვიდირებულია და გვხვდება მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში. ამდენად, ჭეშმარიტი კრუპის განვითარების შემთხვევებიც მინიმალურია. თუმცა, ყველა შემთხვევაში, როცა ანგინა მიმდინარეობს ხახასა და ტონზილებზე, მორუხო ნადებით, რომელიც ძნელად სცილდება ლორწოვანის ზედაპირს და მოცილების შემდეგ იწვევს თუნდაც მცირეოდენ სისისხლდენას, აუცილებელია დიფთერიის არსებობის შესაძლებლობის გათვალისწინება და სპეციალისტის (ინფექციონისტის) კონსულტაცია.

ე.წ. **"ცრუ კრუპი"** ვირუსული ბუნების პათოლოგიაა. უპიტარესად ვითარდება 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში და ზოგჯერ, რეციდიულად (განმეორებებით) მიმდინარეობს. დაავადება, უფრო ხშირია გაზაფხულის, გვიანი შემოდგომისა და ზამთრის თვეებში. ამ დაავადების დროს, ზემო სასუნთქი სისტემის ლორწოვანი ზიანდება ვირუსის მიერ. ხდება ზემო სასუნთქი გზებისა და განსაკუთრებით ხორხის ლორწოვანის შეშუპება. ხორხი ვიწროვდება, ველარ ატარებს საჭირო რაოდენობით ჰაერს და ვითარდება ხმაურიანი სუნთქვა და მყეფარე ხმიანობის ხველა. ეს მოვლენები ვითარდება ძირითადად ღამით. ბავშვი იღვიძებს მოხრჩობის შეგრძნებით, აგზნებულია, შფოთავს, ადგილს ვერ პოულობს, შეშინებულია, ჭირვეულობს, თვალები ფართოდა აქვს გახელილი, პირი ღია აქვს და ცდილობს ჩაისუნთქოს ("ჩაყლაპოს") ჰაერი. რადგან დაავადება ვირუსული ინფექციის ფონზე მიმდინარეობს, უხშირესად მომატებულია სხეულის ტემპერატურა. როგორც აღვნიშნეთ, გამოხატულია ხმაურიანი სუნთქვა და მყეფავი ხმიანობის ხველა. დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე ხორხის შეშუპებისა და შევიწროების ხარისხზეა დამოკიდებული და შეიძლება მიმდინარეობდეს, როგორც მსუბუქდ, ისე საშუალო სიმძიმით ან ძალიან მძიმედაც – მკვეთრად გამოხატული სუნთქვის უკმარისობით.

იმის გამო, რომ ცრუ კრუპის განვითარების თავისებურებისა და სიმძიმის წინასწარი პროგნოზირება პრაქტიკულად შეუძლებელია და დასაწყისში, მსუბუქად მიმდინარე კრუპი, ძალიან მოკლე ხანში, შეიძლება მძიმე მიმდინარეობაში გადაიზარდოს, ყველა შემთხვევაში, საჭიროა ბავშვის გადაყვანა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში ან უკიდურეს შემთხვევაში სპეციალისტის კონსულტაცია ბინაზე.

ექიმის მოსვლამდე (ან პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მიყვანამდე) ბავშვი უნდა გაიყვანოთ სუფთა ჰაერზე და ეცადოთ ასუნთქოთ გრილი ჰაერი (და არა ორთქლი, როგორც ამას ზოგი მშობელი აკეთებს). თუ შესაძლებლობა გაქვთ – მიეცით პრედნიზოლონი (1.0 მგ. წონის ყოველ კილოგრამზე. ერთჯერადად) და ჩაუტარეთ ინჰალაცია ეპინეფრინით (ადრენალინი). თუმცა ყველა შემთხვევაში აუცილებელია სპეციალისტის დროული კონსულტაცია.



ქვედა სასუნთქი სისტემა და მისი პათოლოგიები.

ბრონქიტი.

ბრონქიტი, ბრონქების ლორწოვანი გარსის ანთებაა. არჩევენ ბრონქიტის 2 სახეს: მწვავე და ქრონიკული ბრონქიტი. პირველადი ქრონიკული ბრონქიტი ბავშვებში თითქმის არ გვხვდევა და იგი ყოველთვის რაიმე პათოლოგიის გართულებაა (მაგ. ბრონქოექტაზია ან კისტოფიბროზი) ქრონიკული ბრონქიტი ბაქტერიული ბუნების დაავადებაა და ხანგრძლივ და განმეორებით ანტიბიოტიკოთერაპიას მოითხოვს.

მწვავე ბრონქიტი არაა იშვიათი ბავშვთა ასაკში. იგი, შემთხვევათა 80% - 85%-ში ვირუსული ბუნებისაა და უფრო ხშირად, ზემო სასუნთქი გზების მწვავე ვირუსული დაავადების გართულებას წარმოადგენს. თუმცა, რა თქმა უნდა შეიძლება პირველადად და დამოუკიდებლადაც განვითარდეს.

მწვავე ბრონქიტისათვის დამახასიათებელია ხველა ნახველის გამოყოფით ან მის გარეშე. სხეულის ტემპერატურა შეიძლება იყოს სუბფებრილური (37,5 – 38), ფებრილური > 38 ან ნორმალურიც კი. ფილტვების მოსმენით შეიძლება გამოხატული იყოს მშრალი და „მსხვილბუშტუკოვანი სველი ხიხი: **- სიმეტრიულად, ორივეე მხარეს. სწორედ ეს სიმეტრიულობა და ორმხრივობაა დამახასიათებელი ბრონქიტისათვის და გამოარჩევს მას ფილტვების ანთებისაგან.**

მწვავე ვირუსული ბრონქიტი არაა მძიმე დაავადება. ამ დროს არ აღინიშნება სერიოზული ინტოქსიკაცია და სუნთქვის უკმარისობა. თუმცა, ხველა, ზოგჯერ, ინტენსიური და საკმაოდ შემაწუხებელია.

იმის გამო, რომ მწვავე ბრონქიტი, უმეტესწილად, ვირუსული ბუნების დაავადებაა, **მის სამკურნალოდ ანტიბიოტიკის გამოყენება საჭირო არაა.** ასევე არაა საჭირო რენტგენოგრამა და სისხლის საერთო ანალიზი. მკურნალობა სიმპტომურია და დაახლოებით ისეთივეა, როგორც „გაციების“ დროს. ამოსახველებლები ვერ იძლევა სათანადო ეფექტს და ამიტომ არაა რეკომენდირებული. ამოსახველებელი და ნახველის გამათხიერებელი პრეპარატები უკუნაჩვენებია 2 (ზოგი ავტორი წერს 3 წლამდე) წლამდე ასაკის ბავშვებში. ინტენსიური ხველის შემთხვევაში, ხანმოკლე დროით, შეიძლება ხველის დამთრგუნველი (ხველის სუპრესანტი) საშუალებების გამოყენება (მაგ. დექსტრომეტარფანი ან ნაპროქსანი). საჭიროა სითხის ადეკვატური რაოდენობით მიღება, სხეულის ტემპერატურის რეგულირება და პაციენტის ოთახში ჰაერის სათანადო ტენიანობის შენარჩუნება (შექმნა).

მწვავე ბრონქიტი შეიძლება გაგრძელდეს 20 – 21 დღის განმავლობაში. თუ ბრონქიტი ამაზე დიდხანს გაგრძელდა უნდა ვეძებოთ სხვა დიაგნოზი. ალერგიული განწყობის მქონე პაციენტებში, ხველა შეიძლება გაგრძელდეს 21 დღეზე დიდხანს.

თუ ბრონქიტი მიმდინარეობს მძიმედ, მაღალი ტემპერატურით, ინტოქსიკაციით (საერთო სისუსტე, სახსრების ტკივილი, დისკომფორტის შეგრძნება) და გამოიკვეთა სუნთქვის გაძნელება, უნდა ვივარაუდოთ ფილტვების ანთებით გართულების შესაძლებლობა და ჩავატაროთ შესაბამისი გამოკვლევები.

ფილტვების ანთებით გართულების თავიდან ასაცილებლად (პრევენციისათვის), ბრონქიტის მქონე პაციენტებში, ანტიბიოტიკის გამოყენების შესაძლებელობა განიხილება იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვი არის 3 თვემდე ასაკის, თუ ოჯახის სოციალ-ეკონომიკური და კულტურული დონე დაბალია და ვერ ხერხდება ადეკვატური კვება და მოვლა, თუ გამოხატულია კვების დაქვეითება, იმუნოდეფიციტი, სასუნთქი სისტემის თანდაყოლილი ანომალიები ან სხვა ქრონიკული დაავადებები. ეს საკითხი, აუცილებლად უნდა გადაწყვიტოს ექიმმა და არავითარ შემთხვევაში მხოლოდ მშობლებმა.



ფილტვების ანთება.

ფილტვების ანთება არის ფილტვის ქსოვილის ანთებადი დაზიანებით გამოწვეული მდგომარეობა. ფილტვების ანთება **„სერიოზულ დაავადებათა“ რიგს მიეკუთვნება, არის სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა და ძალიან სერიოზულ მკურნალობას მოითხოვს.**

რაც უფრო მცირეა ბავშვის ასაკი, მით უფრო მძიმედ შეიძლება განვითარდეს დაავადება და მით უფრო სერიოზული შეიძლება იყოს შედეგი.

ფილტვების ანთება, უმეტეს შემთხვევაში, ბაქტერიული ბუნების დაავადებაა და ამიტომ ანტიბიოტიკებით მკურნალობას მოითხოვს.

ფილტვების ანთების დროს, ფილტვის ქსოვილის დაზიანებოს გამო, დარღვეულია ჟანგბადის შეთვისება, რასაც მოსდევს ორგანიზმის ჟანგბადით მომარაგების შეფერხება და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა. ამის საკომპენსაციოდ, ხდება სუნთქვის და გულის მუშაობის აჩქარება (რომ ორგანიზმმა მიიღოს მეტი რაოდენობის ჟანგბადი) და ვითარდება ქოშინი, რაც პირველი და ყველაზე დამახასიათებელი სიმპტომია სასუნთქი სისტემის დაავადებებისათვის. ინფექციით გამოწვეული ანთებითი პროცესის არსებობის გამო, მომატებულია სხეულის ტემპერატურა, გამოხატულია ზოგადი ინტოქსიკაცია – ბავშვი მოდუნებულია ან აგზნებული, ტირის, ვერ იძინებს, უარს ამბობს საკვების მიღებაზე, კანი ფერმკრთალია, სუნთქვა აჩქარებულია და ზოგჯერ ხმაურიანი, ბერავს ცხვირის ნესტოებს და გულმკერდს, სუნთქვის აქტში მონაწილეობას იღებს გულმკერდისა და მუცლის კუნთებიც კი (თითქოს მთელი ორგანიზმი ცდილობს მიიღოს ჰაერი). ეს სიმპტომები მეტნაკლები ინტენსიობით ვლინდება დაავადების სხვადასხვა ფორმის დროს და გამოხატავს დაავადების სიმძიმეს.

დღენაკლ და კვებადაქვეითებულ ბავშვებში, ფილტვების ანთება შეიძლება ნაკლები გარეგნული ნიშნებით გამოიხატოს. თუმცა, ასეთ ბავშვებში, ეს დაავადება, გაცილებით მძიმედ მიმდინარეობს და შედეგიც გაცილებით უფრო სახიფათოა.

ფილტვების ანთება შეიძლება იყოს ცალმხრივი (ერთ ფილტვში) და ორმხრივი.

მიუხერდავად იმისა, რომ ტიპიურ შემთხვევაში, ფილტვების ანთების დიაგნოზის დასმა დიდ სირთულეს არ წარმოადგენს, საბოლოო დიაგნოზისათვის მაინც საჭირია გულმკერდის რენტგენოგრამა, სადაც ზუსტად ფიქსირდება ანთების ლოკალიზაცია და ანთებადი კერის გავრცელების თავისებურება. ანთებადი პროცესის თავისებურების და ინტოქსიკაციის შესაფასებლად, საჭიროა სისხლის საერთო ანალიზის ჩატარება.

ბაქტერიული ბუნების პნევმონიის (ფილტვების ანთების) მკუნა-

ლობის უპირველესი საშუალება ანტიბიოტიკია. დღეისათვის, ცდილობენ უარი თქვან ანტიბიოტიკების ინტრამუსკულარულ (კუნთებში) ინექციაზე, რაც მტკივნეულია და სერიოზულ დისკომფორტს უქმნის ბავშვს. ამჟამად არსებული ანტიბიოტიკების ხარისხი საშუალებას იძლება ფილტვების ანთების მსუბუქი და საშუალო სიმძიმით მიმდინარეობის დროს, მედიკამენტის პერორალური (დასალევი) ფორმები გამოვიყენოთ. მძიმე ფორმების დროს, უპირატესობა ენიჭება ინტრავენურ პრეპარატებს.

ფილტვების ანთების დიაგნოსტიკის დროს საკმაოდ ხშირია ერთი პრობლემა, რომლის შესახებაც, ვფიქრობ, აუცილებლად უნდა იყვნენ ინფორმირებული პაციენტების მშობლები. კერძოდ – ზოგჯერ, ადგილი აქვს ფილტვების ანთების ჰიპერდიაგნოსტიკას (დიაგნოსტიკური შეცდომა და მდგომარეობის გაზვიადება), რაც განსაკუთრებით ხშირია მცირე ასაკის ბავშვებში მწვავე ბრონქიტისა და ასთმის დროს. თუმცა, ეს მდგომარეობა, არც მოზრდილი ასაკის ბავშვებშია იშვიათი.

ამის გამო, ანტიბიოტიკი ინიშნება იქ, სადაც ამის არავითარი აუცილებლობა არ არსებობს.

ალერგიულ ბავშვებში, სადაც სუნთქვის გაძნელების სიმპტომები წელიწადში რამდენჯერმეც შეიძლება განმეორდეს, ასეთი დიაგნოსტიკური შეცდომა ანტიბიოტიკების ძალიან ხშირი გამოყენების საფუძველი ხდება, ყველა თავისი უარყოფითი შედეგით.

ზოგ შემთხვევაში, ანტიბიოტიკის გამოყენება ხდება პრინციპით – „არაფერი გაგვეპაროს“, ან – „მგონი ფილტვების ანთების დასაწყისია“, რაც კატეგორიულად მიუღებელია.

ფილტვების ანთებას აქვს დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები და ეს დაავადება ან არის ან არ არის. და თუ არ არის, არც ანტიბიოტიკის დანიშვნაა საჭირო.

ამ მხრივ, გამონაკლისს წარმოადგენენ 3 თვემდე ასაკის, კვებადაქვეითებული, განსაკუთრებით მძიმე სოციალურ გარემოში მცხოვრები და იმუნოდეფიციტის ან სასუნთქი და გულსისხლძარღვთა სისტემების მძიმე ანომალიების მქონე ბავშვები, სადაც შესაძლებელია ანტიბიოტიკის პროფილაქტიკური გამოყენება.



ბრონქული ასთმა.

ბრონქული ასთმა სასუნთქი სისტემის (ბრონქების) **ქრონიკული დავადებაა,** რომელიც ბრონქების შექცევადი სპაზმით და ამ პერიოდში, სუნთქვის გაძნელებით ხასიათდება. გამოხატულია ამოსუნთქვის გაძნელება, ხველა და ქოშინი. ბრონქული ასთმა შეიძლება განვითარდეს ყველა ასაკში. ბრონქული ასთმა, უმრავლეს შემთხვევაში, ალერგიული ბუნების დაავადებაა და **მას დაწვრილებით განვიხილავთ ალერგიული დაავადებების ამსახველ თავში.**



კისტოფიბროზი.

კისტოფიბროზი წარმოადგენს სასუნთქი და საჭმლის მომნელებელი სისტემების მძიმე, თანდაყოლილ დაავადებას. ამ დროს, პანკრეასის (კუჭქვესა ჯირკვალი) თანდაყოლილი დაზიანების გამო (კისტოზური გადაგვარება) მოშლილია მისი ფუნქცია, რაც, ერთი მხრივ, იწვევს საკვების გადამუშავებისა და მონელების პროცესების დარღვევას და მეორე მხრივ – ბრონქებში სქელი, მწებავი ლორწოს გამოყოფას და სასუნთქი სისტემის (ფილტვები) მორეციდივე (განმეორებადი) ანთების განვითარებას.

კისტოფიბროზის პირველი კლინიკური ნიშნები, ხშირად, დაბადებიდან მოკლე ხანში მჟღავნდება. ეს არის გახანგრძლივებული ფაღარათი, განმეორებითი ბრონქიტი და ფილტვების ანთება, რომელსაც მწებავი ნახველის გამოყოფა და ხანგრძლივი ხველა ახასიათებს.



ტუბერკულოზი.

ტუბერკულოზი, მძიმე ინფექციური დაავადებაა. მისი გამომწვევია სპეციფიური მიკობაქტერია – ე.წ. „ტუბერკულოზის ჩხირი“, რომლის გავცელების წყაროც, ამ ინფექციით დაავადებული ადამიანია. ტუბერკულოზი სოციალური დაავადებაა და ძირითადად გავრცელებულია დაბალი ეკონომიკური და კულტურული დონის სოციალურ ფენაში.

მე-20 საუკუნის 50-იან წლებამდე, ტუბერკულოზის მკურნალობის ეფექტური საშუალებები არ არსებობდა და დაავადებული ადამიანი

თითქმის განწირული იყო. ანტიბიოტიკ სტრეპტომიცინის შექმნის შემდეგ, შესაძლებელი გახდა ტუბერკულოზის ეფექტური მკურნალობა და ზოგიერთ მაღალგანვითარებულ ქვეყანაში, ეს დაავადება, პრაქტიკულად ლიკვიდირებულია. დაავადების შემცირებასა და ზოგიერთ ქვეყანაში, მის ლიკვიდაციაში, გადამწყვეტი როლი ითამაშა ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო სავალდებულო ვაქცინაციამ (ე.წ. BCG-ვაქცინაცია), რომელიც სამშობიაროშივე უტარდებთ ახალშობილებს.

ტუბერკულოზით შეიძლება დაავადდეს ყველა ორგანო. თუმცა უპირატესად ზინდება ფილტვი. ასევე შეიძლება განვითარდეს ტუბერკულოზური მენინგიტი (თავის ტვინის გარსების ანთება) და ტუბერკულოზური ოსტეომიელიტი (ძლების ანთება) ან ართრიტი (სახსრების ანთება).

დღეისათვის, ტუბერკულოზი განკურნებად დაავადებას წარმოადგენს და დროული და სწორი მკურნალობის შემთხვევაში, შესაძლებელია პაციენტის სრული გამოჯანმრთელება.

ტუბერკულოზის პირველადი კლინიკური ნიშნები, ტემპერატურის მატება, ოფლიანობა და ხველაა. თუ აღნიშნული სიმპტომები 2 კვირაზე მეტ ხანს მიმდინარეობს, მისი გამომწვევი მიზეზი დადგენილი არაა და განსაკუთრებით მაშინ, თუ პაციენტს კონტაქტი ჰქონდა ტუბერკულოზით დაავადებულ პირთან – აუცილებელია გულმკერდის რენტგენოგრამა და შესაბამისი ცვლილებების შემთხვევაში, ნახველში ტუბერკულოზის გამომწვევი მიკრობის ძებნა.

ტუბერკულოზზე მინიმალური ეჭვის მიტანის შემთხვევაშიც კი, აუცილებელია ექიმის გადაუდებელი კონსულტაცია. მკურნალობა ხანგრძლივია და მისი ნაადრევი შეწყვეტა იწვევს მკურნალობის მიმართ მდგრადი (გამძლე) ბაქტერიების გაჩენას, რის შემდეგაც ყალიბდება ძალიან მძიმე ფორმის ტუბერკულოზი.

ამიტომ, ტუბერკულოზით დაავადებული ადამიანი, სრულ გამოჯანმრთელებამდე, მუდმივად უნდა იყოს ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ და ზედმიწევნით ზუსტად ასრულებდეს მის ყველა მითითებას.



საჭმლის მომნელებელი სისტემის პათოლოგიები.

უსიამოვნო სუნი პირიდან.

უსიამოვნო სუნი პირიდან შეიძლება გამოწვეული იყოს, როგორც

პირის ღრუში (სტომატიტი, კარიესული კბილები, პარადონტოზი ან პირის ღრუს სხვადასხვა დაავადებები), ისე ხახის (ჩირქოვანი ტონზილიტი) ან საჭმლის მომნელებელი სისტემის სხვადასხვა ორგანოში არსებული პათოლოგიური პროცესებით. პირიდან უსიამოვნო სუნს, ხშირად ახლავს თავ **არასასიამოვნო გემოს** შეგრძნებაც. მაგ. პირში მჟავე გემოს შეგრძნება, ძირითადად, აღინიშნება კუჭის წვენის სიმჟავიანობის მატების; მწარე გემო – ნაღვლის ბუშტის პათოლოგიების; და ზოგადად, უსიამოვნო გემო – კოლიტისა და ენტერიტის (მსვილი და წვრილი ნაწლავების ანთების) შემთხვევაში.



ნადები ენაზე და პირის ღრუში.

ნადები ენაზე, შეიძლება იყოს სხვადასხვა ფერის. ძირითადად გამოხატულია თეთრი ფერის ნადები, რაც, უფრო ხშირად, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სხვადასხვა სასტემის დაზიანების მაჩვენებელია. ახალშობილებში, ზოგჯერ, ენაზე და პირის ღრუს ლორწოვანზე ჩნდება თეთრი ფერის ნადები, რომელსაც **რძიანა ეწოდება.** რძიანა სოკოს გარკვეული სახეობის (candida albicanc) გააქტიურების შედეგია. ლოკალურად განვითარებული რძიანა არ ქმნის სერიოზულ საშიშროებას და მის მოსაშორებლად საკმარისია სოდიანი წყლის აპლიკაციები და ნისტატინის ფხვნილი. რძიანას დიდ ფართობზე გავრცელების შემთხვევაში, შესაძლებელია საქმე იმუნოდეფიციტთან გვქონდეს და საჭიროა სპეციალური გამოკვლევები.



ამოქაფება.

ჭამის შემდეგ, თითქმის მაშინვე ან რამდენიმე წუთის შემდეგ, ახალშობილებსა და ჩვილი ასაკის ბავშვებს, ხშირად აღენიშნებათ კუჭის შიგთასის მცირე რაოდენობით გადმოსვლა პირის ღრუში და შემდეგ – პირის ღრუდან გარეთ, **რასაც ამოქაფება ეწოდება.**

ამოქაფების მიზეზი, უმრავლეს შემთხვევაში, გადაჭარბებული კვება ან კვების ტექნიკის დარღვევაა (კვების დროს არასწორი პოზა, საკვებთან ერთად კუჭში ჰაერის მოხვედრა. კვების შემდეგ – ბავშვის ვერტიკალური მდგომარეობიდან ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში სწრაფად გადაყვანა და სხვა). ამოქაფება, თუ იგი სისტემატურ

ხასიათს არ ატარებს და დიდი რაოდენობით საკვების დანაკარგს არ იწვევს, არ მოქმედებს ბავშვის ფიზიკურ განვითარებაზე. მიზეზის გარკვევის და მოცილების შემთხვევაში, ეს მდგომარეობა ადვილად სწორდება.



ღებინება.

ღებინება, საყლაპავის გავლით, კუჭის შიგთავსის უნებლიე, ბიძგისებული ამოთხევაა. ღებინება მრავალი მიზეზით შეიძლება იყოს გამოწვეული, მნიშვნელოვან მინიშნებას წარმოადგენს სხვადასხვა დაავადების არსებობისათვის და არასოდეს არ უნდა დარჩეს სათანადო ყურადღების გარეშე.

ღებინება, როგორც ამოქაფება, შეიძლება გადაჭარბებული კვებით ან კვების ტექნიკის დარღვევითაც იყოს გამოწვეული. მაგრამ, ასეთ შემთხვევებში იგი ერთეული ხასიათისაა და გავლენას ვერ ახდენს ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

ღებინების ერთ-ერთი სერიოზული მიზეზი ახალშობილებში არის **პილოროსპაზმი და პილოროსტენოზი.**

პილოროსპაზმი არის კუჭის გასავალი სპინქტერის სპაზმი, რაც ყოველი კვების შემდეგ იწვევს ღებინებას. პილოროსპაზმი ვლინდება სიცოცხლის პირველივე დღეებიდან. ღებინება ვითარდება ყოველი კვების შემდეგ. ნაღებინები მასა შეიძლება იყოს სხვადასხვა მოცულობის. მაგრამ, იგი არასოდეს არ აღემატება მიღებული საკვების რაოდენობას. თუ ნაღებინები მასის რაოდენობა დიდი არაა, ბავშვის ფიზიკური განვითარება შეიძლება ნორმალურადაც მიმდინარეობდეს ან გამოიხატოს მცირე ჩამორჩენა. მაგრამ, თუ ნაღებინები მასა დიდია – ბუნებრივია, ფიზიკურ განვითარებაში ჩამორჩენა ვითარდება. პილოროსპაზმი ემორჩილება მედიკამენტოზურ მკურნალობას და როგორც წესი, წყდება რამდენიმე თვის ასაკში.

პილოროსტენოზი, წარმოადგენს კუჭის გასავლის შევიწროებას. ეს მდგომარეობა მჟღავნდება სიცოცხლის მე-2 – 3 კვირას. ღებინება არ ვითარდება ყველა კვების შემდეგ, აქვს შადრევანისებური ხასიათი და ნაღებინები მასა ჭარბობს კვებისას მიღებული საკვების რაოდენობას. დროთა განმავლობაში მდგომარეობა მძიმდება და ვითარდება ჰიპოტროფია. პილოროსტენოზი, ხშირ შემთხვევაში ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს.

როგორც პილოროსპაზმის, ისე პილოროსტენოზის სიმპტომების გამოვლენის შემთხვევაში, აუცილებელია ექიმის გადაუდებელი კონსულტაცია.

აცეტონური ღებინება. აცეტონური ღებინება არის ნივთიერებათა ცვლის თავისებურებით გამოწვეული მდგომარეობა, როდესაც, რაიმე მიზეზის გამო, არ ხდება საკვები ნივთიერებების (ცილები და ცხიმები) სრულყოფილი გადამუშავება და ორგანიზმში გროვდება ამ ნივთიერებების შუალედური გადამუშავების პროდუქტები – კეტოსხეულები. ღებინების ეს ტიპი უფრო დამახასიათებელია ე.წ. "ნერვულ-ართრიტული დიათეზის" მქონე, 4 – 8 წლის ასაკის ბავშვებში. ღებინება ხშირად უკავშირდება გადაღლას, ემოციურ სტრესს, ცხიმიანი საკვების მიღებას და ა.შ.

ღებინება არის შეუპოვარი, იკარგება დიდი რაოდენობით სითხე და ხდება გაუწყლოვნება. ამ დროს საჭიროა დიდი რაოდენობით სითხის მიღება. უმჯობესია შაქრის შემცველი სითხეები (კომპოტი, ტკბილი ჩაი, ხილის წვენი). ზოგჯერ აუცილებელი ხდება ინფუზიური თერაპია (სითხეების გადასხმა ვენაში).

ღებინება შეიძლება იყოს როგორც საჭმლის მომნელებელი სისტემის (უხშირესად) ისე ორგანიზმის სხვა სისტემების (ცენტრალური ნერვული სისტემა) და სხვადასხვა პათოლოგიების (ინტოქსიკაცია, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა) გამოვლინება. ამიტომ, განმეორებადი და ძლიერი ღებინების შემთხვევაში და განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ბავშვი მცირე ასაკისაა და ღებინებასთან ერთად გამოხატულია ავადობის სხვა ნიშებიც – აუცილებელია ექიმის დაუყოვნებელი კონსულტაცია.



დიარეა (ნაწლავთა აშლილობა).

ნაწლავთა აშლილობაზე საუბარი შეიძლება მაშინ, როდესაც 3 წელზე მეტი ასაკის ბავშვის ნაწლავთა მოქმედება 24 საათში 3 და მეტია და განავალი არის თხიერი კონსისტენციის.

იმის გამო, რომ 3 წლამდე ასაკის პაციენტებში, ნაწლავთა მოქმედების სიხშირე 24 საათში ჩვეულებრივ, 2 – 3 –ჯერ უფრო ხშირია, ბუნებრივია, ამ ასაკში, ნაწლავთა აშლილობაზე საუბარი შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, როცა დეფეკაციის სიხშირე 2 –

3-ჯერ აღემატება ნორმას და განავალი თხიერი კონსისტენციისა და მოუნელებელია.

ძუძუზე მყოფი ბავშვების ნაწლავთა მოქმედება უფრო ხშირია და განავალშიც უფროხშირად შეინიშნებალორწოდა ცხიმის ნაწილაკები, ვიდრე ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებში. ამიტომ, განავალის დახასიათებისა და დეფეკაციის თავისებურების შეფასებისას, ეს მდგომარეორება აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული.

ნაწლავთა აშლილობა მრავალი მიზეზით შეიძლება იყოს გამოწვეული და სხვადასხვა სიმძიმით გამოვლენილი. ნაწლავთა აშლილობა, რომელიც სითხის დიდი რაოდენობის კარგვით მიმდინარეობს, მცირე ასაკის ბავშვებში, შეიძლება სიცოცხლისათვის საშიშიც აღმოჩნდეს და ამიტომ აუცილებლად მოითხოვს ექიმის გადაუდებელ კონსულტაციას და ხშირად – ჰოსპიტალიზაციასაც კი.

არსებობს დიარეის სხვადასხვა ხარისხი, რაც დამოკიდებულია, ამ დროს, სითხისა და მინერალების კარგვის თავისებურებაზე, გამომწვევ მიზეზზე, განვითარებული ინტოქსიკაციის სიმძიმეზე და აქედან გამომდინარე, მოითხოვს განსხვავებულ სამკურნალო ჩარევას.

მსუბუქი ხარისხის დიარეის დროს, როდესაც სითხის დანაკარგი არ აღემატება სხეულის მასის 10%-ს, შესაძლებელია პაციენტის მკურნალობა ბინაზე ელექტროლიტების შემცველი სითხის (მაგ. ჰუმანას ელექტროლიტების ხსნარი, მინერალური წყალი) მაქსიმალური რაოდენობით მიწოდების საშუალებით. **მცირე ასაკის ბავშვებს, სითხე შეიძლება მივაწოდოთ კოვზის საშუალებით. უფრო მოზრდილები კი სითხეს იღებენ ჭიქიდან. ამ პერიოდში, არ უნდა მოხდეს საკვების რაოდენობის შეზღუდვა და ბავშმა აუცილებლად უნდა მიიღოს ცილებისა და ცხიმების საჭირო რაოდენობა. თუ ბავშვი ძუძუზეა, უნდა გახშირდეს კვების სიხშირე**

თუ განავალში არ შეიმჩნევა სისხლი (რაც დიზენტერიის არსებობის მაჩვენებელია) – ამ ეტაპზე, ანტიბიოტიკის გამოყენება საჭირო არაა. თუ ნაწლავთა აშლილობისა და ღებინების გამო სხეულის მასის დანაკარგი > 10% - 15%-ზე – აუცილებელია ექიმის გადაუდებელი კონსულტაცია.

ზოგჯერ, დიარეა ძალიან მწვავედ ვითარდება. განავლოვანი მასის ნაცვლად, ნაწლავების გზით, იკარგება სითხის დიდი რაოდენობა

და ორგანიზმის სითხის დეფიციტი და წონის კარგვა მნიშვნელობან მაჩვენებელს აღწევს დროის მოკლე მონაკვეთში. სწრაფად მძიმდება ბავშვის საერთო მდგომარეობა და საფრთხე ექმნება მის სიცოცხლეს.

ამიტომ, სითხის დიდი რაოდენობით შემცველი განავლის არსებობის შემთხვევაში, განსაკუთრებით მაშინ თუ ბავშვის ასაკი < 3 წელზე, დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოთ ექიმს.



ყაბზობა (შეკრულობა).

ყაბზობა არის მდგომარეობა, როდესაც ხდება დეფეკაციის (ნაწლავთა მოქმედების) შეფერხება 48 საათზე მეტი ხნის განმავლობაში, 2 კვირის ან მეტი დროის მანძილზე. ამ პერიოდში, ბავშვს ნაწლავთა მოქმედება შეიძლება ჰქონდეს 2 – 3 დღეში ერთხელ ან უფრო იშვიათადაც კი. ყაბზობა არაა იშვიათი მოვლენა და ბავშვების ექიმთან ვიზიტის დაახლოებით 3% – 5% გამოწვეულია ამ მდგომარეობით. ყაბზობა სერიოზულ პრობლემას უქმნის, როგორც პაციენტს, ისე მის მომვლელს.

6 დან 12 წლამდე ასაკის ბავშვთა დაახლოებით 1/3-ს, სიცოცხლის ამ პერიოდში, ერთხელ მაინც აღენიშნებათ ყაბზობა.

ყაბზობის მქონე გოგონათა 35%-ს და ვაჟების 55%-ს აღენიშნებათ **ენკოპრეზიც (უნებლიე დედკაცია).**

ნაწლავთა მოქმედების სიხშირე ჯანმრთელ ბავშვებში.

ასაკი	ნაწლავთა მოქმედების მინიმალური სიხშირე კვირის განმავლობაში	ნაწლავთა მოქმედების მინიმალური სიხშირე დღის განმავლობაში
0 – 3 თვის. ძუძუთი კვებს დოს.	5 - 40	2.9
0 - 3 თვის. ხელოვნური კვების დროს	5 - 28	2.0
6 -12 თვის.	5 - 28	1.8
1 - 3 წლის.	4 - 21	1.4
> 3 წლის	3 - 14	1.0

ყაბზობა არის ორი სახის: ფუნქციური (როდესაც ყაბზობა არაა გამოწვეული ნაწლავთა ორგანული დაზიანებით) და ორგანული (როდესაც იგი გამოწვეულია რაიმე ანატომიური ან სხვა ორგანული მიზეზით. მაგ. ნაწლავთა ნერვული რეგულაციის მოშლა).

დეფეკაციისა და შეკავების აქტი რეგულირდება მსხვილი და სწორი ნაწლავის ნებელობითი და უნებლიე შეკუმშვებით. შიდა ანალური სპინქტერი ჩვეულებრივ (არა ნებელობით) იმყოფება ტონუსის მდგომარეობაში და ეს ტონუსი მცირდება (იხსნება), როცა განავლოვანი მასა შედის სწორ ნაწლავში. გარეთა ანალური სპინქტერის ტონუსი ნებელობით კონტროლს ექვემდებარება. დეფეკაციის პროცესი იწყება (დეფეკაციის სურვილი ჩნდება), როდესაც განავლის მასა სწორი ნაწლავის ქვემო ნაწილის ლორწოვანს ეხება.

როდესაც ბავშვს, რაიმე მიზეზის გამო, არ სურს დეფეკაციის აქტის ჩატარება, იგი კეტავს გარეთა ანალურ სპინქტერს და უჭერს დუნდულა კუნთებს. ეს მოქმედება ამუხრუჭებს სწორ ნაწლავში განავლის გადაადგილებას და ამცირებს დეფეკაციის სურვილს. როდესაც ბავშვი ხშირად მიმართავს ამ მოქმედებას ჩნდება მუდმივი იმპულსი, რომელიც აიძულებს სპინქტერებს, იყვნენ მუდმივი ტონუსის მდგომარეობაში, რაც ხელს უშლის განავლის გადაადგილებას სწორ ნაწლავში და რის გამოც ვითარდება ყაბზობა.

როდესაც რაიმე მიზეზით (მაგ. ძალიან მკვრივი განავლოვანი მასა ან სწორი ნაწლავის ნახეთქი) დეფეკაცია მტკივნეულია, ბავშვი ცდილობს გადაავადოს დეფეკაციის აქტი და ვითარდება ზემოთ აღწერილი მექანიზმი. ასეთ შემთხვევაში ვითარდება ე.წ. **„ფუნქციური ყაბზობა“**, რაც ყაბზობის ძირითადი მიზეზია.

ორგანული მიზეზით გამოწვეული ყაბზობის მაგალითია ე.წ. „ჰირშპრუნგის დაავადება“, როდესაც მოშლილია მსხვილი ნაწლავის ნერვული რეგულაცია და შემცირებულია პერისტალტიკის (ნაწლავის ტალღისებური მოძრაობა, რომელიც საჭიროა მასში შიგთავსის გადაადგილებისათვის) პროცესი.

ფუნქციური ყაბზობის მიზეზია არასწორი კვება, პრობლემები საკვების გადამუშავებაში, ნერვული სისტემის თავისებურება, ბავშვის მოვლაში დაშვებული შეცდომები (ქოთანზე დაჯდომის წესის თავისებურება, ჰიგიენური პროცედურების დარღვევა, რამაც შეიძლება სწორი ნაწლავის დაზიანება გამოიწვიოს და სხვა).

ყაბზობის პირველივე ნიშნების გაჩენისთანავე მშობლები უნდა დაფიქრდნენ – რა შეიძლება იყოს ამის მიზეზი. პირველ ხანებში საჭიროა საკვები რაციონში ცხიმის შეზღუდვა, ხილისა და ბოსტნეულის რაოდენობის გაზრდა და სითხის ადეკვატური რაოდენობის მიწოდება. ეფექტურია ხმელი ხილის (ჩირი) მიწოდება, რომელიც განსაკუთრებით მდიდარია უჯრედისით და ხელს უწყობს განავლოვანი მასის შექმნას და გადაადგილებას ნაწლავებში. **ნაჩვენებია გლიცერინის სანთლების ან მიკროყნების გამოყენება**. რა თქმა უნდა, აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია.

ფუნქციური ყაბზობა, სწორი კვებისა და მედიკამენტოზური ჩარევის შემთხვევაში, ემორჩილება მკურნალობას.

ორგანული მიზეზებით გამოწვეული ყაბზობის დროს (მაგ. ჰირშპრუნგის დაავადება) საჭირო ხდება ქირურგიული ჩარევა.

ყაბზობის დროს, რომელიც დისკომფორტს უქმნის ბავშვს და არ ემორჩილება შესაბამის დიეტას, აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია, ყაბზობის მიზეზების დადგენა და ადეკვატური მკურნალობა.



მუცლის ტკივილი.

მუცლის ტკივილი, ბავშვთა ასაკში, საკმაოდ ხშირი მოვლენაა. მუცლის ტკივილი შეიძლება იყოს ე.წ. **„ფუნქციური“** ხასიათის, როდესაც იგი არ არის გამოწვეული რომელიმე ორგანოს დაავადებით ან დაზიანებით (მაგ. „კოლიკა“, რომელიც სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული ნაწლავთა სპაზმის შედეგია) და **ორგანული,** რომელიც საჭმლის მომნელებელი სისტემის რომელიმე ორგანოს ან ორგანოთა სისტემის დაზიანებითაა გამოწვეული.

მუცლის ტკივილი შეიძლება იყოს **ლოკალური** (ტკივილი რომელიმე განსაზღვრულ არეში, რომელიმე ორგანოს ლოკალიზაციის არეში) და **გაფანტული,** როდესაც ტკივიული არ ფიქსირდება ერთ, კონკრეტულ, არეში. მცირე ასაკის ბავშვები, უპირატესად, ვერ ახერხებენ ტკივილის ლოკალიზაციის დაფიქსირებას.

მუცლის ტკივილი შეიძლება გამოწვეული იყოს მსუბუქი და ფუნქციური პათოლოგიებით, როგორიცაა მუცლის კუნთების ტკივილი,

მეტეორიზმი (გაზების დაგროვება), ნაწლავის სპაზმი, ჰელმინთოზი (ჭიები) და სხვა და ისეთი მძიმე პათოლოგიებით, როგორიცაა რომელიმე ორგანოს ანთება ან სხვა სახის დაზიანება (აპენდიციტი, ქოლეცისტიტი, პერიტონიტი, სიმსივნე, ნაწლავთა ინფექციები და სხვა).

მუცლის ტკლივილს, ზოგჯერ, თან ახლავს ღებინება, დიარეა ან მეტეორიზმი და გაუვალობა, რაც ძალიან საყურადღებო სიმპტომებია, მიგვანიშნებს მუცლის ღრუს ორგანოების (უხშირესად ნაწლავთა) დაზიანებაზე და აუცილებლად მოითხოვს სასწრაფო სამედიცინო ჩარევას.

იმის გამო, **რომ მუცლის ტკივილი ხშირად შეიცავს ქირურგიული ხასიათის პათოლოგიის არსებობის ალბათობას** (ყველაზე გავრცელებულია ჭია ნაწლავის დანამატის ანთება – ე.წ. აპენდიციტი), გახანგრძლივებული (რამდენიმე საათზე მეტი) ტკივილი, განსაკუთრებით მაშინ – თუ მას თან ახლავს ღებინება, სხეულის ტემპერატურის მატება და პირის სიმშრალე – აუცილებლად მოითხოვს ექიმის გადაუდებელ კონსულტაციას.

მუცლის ტკივილის პირველ ეტაპზე, თუ იგი არ არის ძალიან მწვავე, მას არ ახლავს ღებინება და გაუვალობა, გამოხატული არ არის საერთო ინტოქსიკაცია, ჰიპერთერმია და ენის სიმშრლე – შეგიძლიათ ტკივილდამაყუჩებელი (პარაცეტამოლი, ანალგინი და სხვა) და ანტისპაზმური (მაგ. ნოშპა. დიუსპატალინი და სხვა) პრეპარატების გამოყენება. თუ ამ ტიპის პრეპარატების მიღების შემდეგ ტკივილი არ ქრება (ან სუსტდება) და პაციენტის საერთო მდგომარეობა მკაფიოდ არ უმჯობესდება, საჭიროა ექიმის დაუყოვნებელი კონსულტაცია.



შარდ-სასქესო სისტემის პათოლოგიები.

ფიმოზი (ჩუჩის გარეთა რგოლის შევიწროება).

ჩუჩა, დაბადებისთანავე, ძალიან ცოტა ბავშვს გადასდის რაც, ამ ასაკში, პათოლოგიათ არ ითვლება. დედას თვითონვე შეუძლია შეამოწმოს, გადადის თუ არა ჩუჩა ასოს თავზე. თუმცა, თუ ჩუჩა არ გადადის, ძალდატანება არ შეიძლება, რადგან ამან, ჩუჩის დაზიანება და ამ არეში ინფექციის განვითარება შეიძლება გამოიწვიოს. გარდა ამისა, ჩუჩის ძალით გადაწევის შემთხვევაში, შეიძლება ვეღარ

მოხდეს მისი გასწორება და ჩუჩის რგოლი ასოს თავზე გაიჭედოს. ამ მდგომარეობას **პარაფიმოზი** ეწოდება. ასეთმა მდგომარეობამ ასოს სისხლით მომარაგების დარღვევა შეიძლება გამოიწვიოს, რაც აუცილებლად მოითხოვს სასწრაფო სამედიცინო ჩარევას.

ფიმოზის ერთ-ერთი გართულება, ჩუჩის ინფიცირებაა. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს ე.წ. **ბალანიტი** (ასოს თავის საფარველის ანთება) ან **ბალანოპოსტიტი** (ჩუჩის გარეთა ფურცლის ანთება). ასეთი მდგომარეობის განვითარების საფრთხე მნიშვნელოვნად იზრდება ჰიგიენური პროცედურების არასწორად ჩატარებისა და განსაკუთრებით, ჩუჩის გადაწევის მცდელობის დროს. ჩუჩაზე განვითარებული ანთებითი პროცესის დროს ვითარდება ჩუჩის შეშუპება, სიწითლე და მტკივნეულობა. შეიძლება გამოიხატოს ჩირქოვანი გამონადენი.

მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ჰიგიენური პროცედურებით – თბილი აბაზანებით (სასურველია გვირილის აბაზანები). ჩუჩას ფრთხილად უნდა მოსცილდეს მარილები და ჩირქოვანი გამონადენი. შემდეგ მშრალ ქსოვიზე უნდა წავუსვათ ანტიბიოტიკის მალამო (მაგ. სინტომიცინის მალამო). კალიუმის პერმანგანატის ხსნარის აბაზანები (განსაკუთრებით მაშინ, თუ ხსნარი კონცენტრულია) არაა ნაჩვენები, რადგამ ამან, შეიძლება ქსოვილების გაღიზიანება გამოიწვიოს. მწვავე ანთებადი პროცესის ჩაცხრომამდე, რაიმე მანიპულაციის ჩატარება არაა სასურველი.

ანთებადი პროცესის ჩაცხრობის შემდეგ დაიწყეთ ჩუჩის დარბილების პროცედურებს: თბილი წყლის აბაზანების შემდეგ ჩუჩას კარგად გაამშრალეთ და წაუსვით კორტიკოსტეროიდის დაბალი კონცენტრაციის (მაგ. ჰიდროკორტიზონის 1%-იანი მალამო) მალამო. ერთი კვირის შემდეგ დაიწყეთ ჩუჩის ძალიან ფრთხილად და მცირე გადაწევა. ასე გააგრძელეთ ყოველდღიურად, დაახლოებით ერთი თვის განმავლობაში (ჩუჩის გადაწევის პროცედურა ყოველთვის ხდება წინასწარი ჰიგიენური აბაზანისა და დარბილების ფონზე). თუ ამ პერიოდში შედეგი მიღებული არ არის, აუცილებელია ექიმის განმეორებითი კონსულტაცია.



კრიპტორქიზმი (სათესლე ჯირკვლის შეკავება მუცლის ღრუში).

ბავშვის დაბადებამდე პერიოდში, მისი სათესლე ჯირკვლები მუცლის ღრუში ვითარდება და დაბადების პერიოდის მოახლოებასთან

ერთად ჩამოდის სათესლე პარკებში. ზოგჯერ, ეს პროცესი ფერხდება და ბავშვის დაბადების მომენტისათვის სათესლე ჯირკვლები ისევ მუცლის ღრუში რჩება. ხშირად, 7 – 8 თვის ასაკამდე, სათესლე ჯირკვლები, თავისთავად ჩამოდის სათესლე პარკებში. თუმცა, იშვიათი არაა შემთხვევებიც, როცა ეს პროცესი ფერხდება და კონსერვატიული ან ქირურგიული დახმარება ხდება საჭირო. თუ 1 წლის ასაკისათვის სათესლე ჯირკვლები სათესლე პარკებში არაა ჩამოსული, მის სპონტანურად (თავისთ) ჩამოსვლას აღარ უნდა ველოდოთ და აუცილებლად მკურნალობაა საჭირო. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება ჯირკვლების დაზიანება და **გადაგვარება** მოხდეს.

თუ კრიპტორქიზმთან ერთად გამოხატული არ არის თიაქარი ან წყალმანკი, იწყებენ **ჰორმონალურ** თერაპიას. თუ ადგილი აქვს თიაქარის ან წყალმანკის არსებობას ან ჰორმონალური მკურნალობის შემდეგ, 14 – 16 თვის ასაკისათვის, ჯირკვლები არ ჩამოდის სათერსლე პარკებში – **საჭიროა ქირურგიული მკურნალობა.**



საშარდე გზების ინფექციები.

ბავშვთა ასაკში, საშარდე გზების ინფექციები საკმაოდ ხშირია და მას, სასუნთქი სისტემის ინფექციების შემდეგ, ბავშვთა ავადობის მიზეზებში, მეორე ადგილი უჭირავს. თუმცა, მისი გავრცელების სიხშირე გოგონებსა და ვაჟებში, განსხვავებულია სხვადასხვა ასაკში.

2 – 3 წლის ასაკამდე, ამ ტიპის ინფექცია უფრო ხშირია ვაჟებში, შემდეგ – 8 – 10 –ჯერ უფრო ხშირია გოგონებში (განსაკუთრებით სქესობრივი ცხოვრების დაწყების შემდეგ) და მხოლოდ 50 წლის ასაკის შემდეგ, ისევ უფრო ხშირია მამაკაცებში (პროსტატიტები).

საშარდე სისტემის ინფექცია, თითქმის 95% შემთხვევაში, ნაწლავის ჩხირითაა გამოწვეული, რომელიც აღმავალი გზით ხვდება საშარდე სისტემაში. ამიტომ, ამ ტიპის ინფექციის პროფილაქტიკისათვის, პირველ რიგში, ჰიგიენური ნორმების დაცვაა საჭირო.

ტერმინი – **"საშარდე გზების ინფეცია"** კრებითი ცნებაა და გულისხმობს ინფექციის არსებობას საშარდე სისტემის ქვემო სეგმენტში, როგორიცაა **ურეთრიტი** (საშარდე მილის ანთება) ან **ცისტიტი (შარდის ბუშტის ანთება).** ან ზემო სეგმენტში – თირკმელში (თირკმლის მენჯში), რასაც **პიელონეფრიტი** ეწოდება.

საშარდე გზების ინფექცია შეიძლება განვითარდეს ყველა ასაკში.

ამასთან, **მცირე ასაკის ბავშვებში და განსაკუთრებით ახალშობილებსა და ჩვილებში, საშარდე გზების ინფექცვიას არავითარი სპეციფიური ნიშნები არ ახასიათებს.** ამიტომ, თუ ამ ასაკის ბავშვს აქვს ცხელება, იკლებს წონაში, არის მოუსვენარი, გამოხატულია ინტოქსიკაცია – აუცილებლად უნდა გაკეთდეს შარდის ანალიზი და სხვა კვლევები, რომელიც დაადასტურებს ან უარყოფს საშარდე გზების ინფექციის არსებობას.

2 – 3 წლის ასაკიდან, საშარდე გზების ინფექციის კლინიკური სურათი მკაფიოდაა გამოხატული, რაც შედარებით იოლს ხდის ამ დაავადების დიაგნოსტიკას. ყველაზე ხშირად გამოხატულია შარდვის გახშირება, წვა და ტკივილი შარდვისას. თუ ამას დაერთო ჰიპერთერმია (> 38.5), ტკივილი წელის არეში, გულისრევა, ღებინება და ზოგადი ინტოქსიკაცია – უნდა ვიფიქროთ, რომ ანთებადი პროცესი თირკმელშია.

ყველა ასეთ შემთხვევაში, აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია და დიაგნოზის დაზუსტება. დაგვიანებული და არასწორი მკურნალობის შემთხვევაში მოსალოდნელია ქრონიკული ანთებადი პროცესის განვითარება და თირკმლის ქსოვილების დაზიანება.

საშარდე გზების ინფექციური ანთების დადასტურების შემთხვევაში ტარდება შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპია.

საშარდე გზების ინფექციისაგან თავის არიდებისათვის ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ჰიგიენური ნორმების სწორ დაცვას. ასევე, ნაწლავთა მოქმედების რეგულირებას.

ყაბზობის (შეკრულობის) შემთხვევაში, შარდის ბუშტის უკან არსებული განავლოვანი მასები ხელს უშლის შარდის ბუშტის დაცლას. ხოლო ნარჩენი შარდის არსებობა, იწვევს ინფექციის განვითარებას საშარდე გზებში.

დიდი მნიშვნელობა აქვს **ბავშვის ჩაბანვის ტექნიკას.** ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გოგონებში, სადაც ანატომიური თავისებურებიდან გამომდინარე, ადვილად შეიძლება განავალთან ერთად გამოყოფილი მიკრობების მოხვედრა შარდსასქესო სისტემაში. ამის თავიდან ასაცილებლად, გოგონები უნდა ჩავბანოთ საპნით, რომელიც ძალიან არ ქაფდება. რადგან საპნის ბუშტუკებმა შეიძლება გარეთა სასქესო მიდამოდან მიკრობები საშარდე სიისტემაში შეიტანონ. ჩაბანვისას ხელი უნდა ვამოძრაოთ წინიდან უკან და არა პირიქით, რომ

სწორი ნაწლავის მიდამოდან მიკრობები არ გადავიტანოთ საშარდე სისტემისკენ. საცვალი უნდა იყოს ბამბის და არავითარ შენთხვევაში სინთეზური ქსოვილის, რომ თავისუფლად ხდებოდეს აერაცია. ჰიგიენური პროცედულები უნდა ტარდებოდეს სისტემატურად.



ალერგია და ალერგიული ბუნების დაავადებები.

ტერმინი – ალერგია, პირველად 1915 წელს გამოიყენა ავსტიელმა პედიატრმა **კლემენს ფონ პირკეტმა,** როგორც არა ჩვეულებრივი, იშვიათი, გამონაკლისი მოვლენის სინონიმი. ამ შემთხვევაში, საქმე ეხებოდა ზღვის გოჭებში უცხო ცილის შეყვანის შემდეგ, კანზე განვითარებულ გამონაყარს. თუმცა, მსგავსი მოვლენა, ამ დროისათვის, ადამიანებშიც იყო შემჩნეული.

ალერგიის შესახებ (თუმცა, რა თქმა უნდა არა ამ დასახელებით) ძველ ეგვიპტურ პაპირუსებშიც შეიძლება ამოვიკითხოთ, სადაც აღწერილია კრაზანას ნაკბენის შემდეგ განვითარებული შოკის სურათი. ასე, რომ, ალერგიის ფენომენის არსებობის შესახებ, ჯერ კიდევ, რამდენიმე ათასი წლის წინათაც იყო ცნობილი., მაგრამ საინტერესო ისაა, რომ მე-20 საუკუნის შუა ხანებამდე, ამ მდგომარეობის გამოვლინება იყო ძალიან იშვიათი – გამონაკლისი, რაზეც **პირკეტის** მიერ შემოღებული ტერმინის შინაარსიც მიუთითებს.დღეს კი, **პლანეტის თითქმის ნახევარი მოსახლეობა ალერგიულია.**

ალერგიის გამომწვევ მიზეზებზე, განვითარების მექანიზმებზე და გამოვლენის მრავალრიცხოვან თავისებურებებზე დაუსრულებლად შეიძლება საუბარი. მაგრამ როდესაც ამ საკითხებზე პოპულარული ენით მიხდება განმარტებების გაკეთება, პირველ რიგში და ხაზგასმით აღვნიშნავ ხოლმე, რომ ალერგია არის იმუნური რეაქციის ერთ-ერთი გამოვლინება და გამოხატავს მაღალგანვითარებული (პირველ რიგში ადამიანის) იმუნური სისტემის ფუნქციონირების თავისებირებას.

მშობლები, რომელთაც, რაიმე ალერგიული დაავადების გამო, საკონსულტაციოდ მოჰყავთ თავიანთი შვილები, როგორც წესი სვამენ კითხვას: **„ალერგიაა? ესე იგი იმუნური სისტემის ფუნქციაა დაქვეითებული? იმუნოდეფიციტია?. ესე იგი იმუნიტეტის გაძლიერებაა საჭირო?“**

მიუხედავად იმისა, რომ ალერგია იმუნური სისტემის არასწორი ფუნქციონირების შედეგია, ეს მაინც არაა კლასიკური იმუნოდეფიციტი და მე მათ ვუხსნი, რომ ალერგია არის არა იმუნური სისტემის სისუსტის, არამედ **ამ სისტემის არასწორი მიმართულებით გაძლიერებული ფუნქციონირების შედეგი.**

მე, ამ მდგომარეობას, მოკლე ჩართვის პრინციპს ვადარებ – როდესაც, ელექტრო სადენების არასწორი შეერთების გამო, ელექტრო ენერგიის ჭარბი მიწოდება ხდება გარკვეულ წერტილში და აფეთქება ვითარდება.

ასეა ალერგიის დროსაც: ორგანიზმში შეჭრილი ანტიგენების (ეს შეიძლება იყოს სრულიად განსხვავებული ნივთიერებები, როგორიცაა მაგ. საკვები, მედიკამენტი, სხვადასხვა სახის მცენარეული, „ოთახის“ თუ სამშენებლო მტვერი), წინააღმდეგ, ჩვეულებრივ, გარკვეული რაოდენობის ანტისხეულები ან იმუნური უჯრედები უნდა გამომუშავდეს. მაგრამ, გამომუშავდება არა იმდენი, რაც ნორმაში მათი განეიტრალებისთვისაა საჭირო, არამედ – საკმარისზე 100 ჯერ და 1000-ჯერ მეტი რაოდენობით, რაც ალერგიის, სხვა და სხვა ფორმის, რეაქციით მჟღავნდება.

ამიტომ, ალერგიის დროს საჭირო არ არის იმუნიტეტის გააქტიურებაზე ზრუნვა და შეიძლება ითქვს – პირიქით: უნდა ვეცადოთ, შევაფერხოთ იმუნური სისტემის აქტივობა.

ეს პროცესები ალერგიის გენეტიკურ კონტროლსაა დაქვემდებარებული და უხშირესად, მემკვიდრულ ხასიათს ატარებს.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მე-20 საუკუნის დასაწყისში, ალერგიულ დაავადებათა გამოვლინება დიდ იშვიათობას წარმოადგენდა. დღეისათვის კი ალერგიულია დედამიწის მოსახლეობის დაახლოებით 30% - 40%. არის ქვეყნები, სადაც მოსახლეობის ალერგიზაცია 60%-ს აჭარბებს. ბუნებრივია, ეს მდგომარეობა მეცნიერების დიდ შეშფოთებას და ინტერესს იწვევს. **ეს, არ შეიძლება იყოს მხოლოდ გენეტიკური ფაქტორებით განპირობებული.**

თავიდან ფიქრობდნენ, რომ ეს მოვლენა შეიძლება გარემოს დაბინძურებას უკავშირდებოდეს. მაგრამ შემდეგ გამოირკვა, რომ ალერგიის გავრცელების მაღალი დონე სწორედ იმ ქვეყნებისთვის არის დამახასიათებელი, სადაც ეკოლოგიური პრობლემები შედარებით წარმატებითაა გადაწყვეტილი და პირიქით – დაბალია ე.წ. „მესამე

სამყაროს ქვეყნებში“, სადაც დაბალია მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური და კულტურული დონე და გარემოს დაბინძურებაც სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს.

მე-20 საუკუნის დასასრულს და 21-ე საუკუნის დასაწყისში ჩატარებული მრავალრიცხოვანი კვლევების მემდეგ გაირკვა, **რომ ალერგიული დაავადებები უპირატესად გავრცელებულია ეკონომიკურად და კულტურულად დაწინაურებულ ქვეყნებში, გეოგრაფიულ გარემოში და ოჯახებშიც კი. და პირიქით – დაბალია ეკონომიკურად და კულტურულად ჩამორჩენილ მოსახლეობაში. ალერგია, ასევე ხშირია ქალაქის მცხოვრებლებში და ნაკლებად გვხვდება სოფლებში – ფერმებში მცხოვრებ მოსახლეობაში.**

რამდენიმე წლიანი სერიოზული კვლევების შემდეგ, მეცნიერებმა შეიმუშავეს ჰიპოთეზა, რომელსაც **„ჰიგიენის ჰიპოთეზა“** ეწოდება და ასე გამოიყურება:

1, ალერგიული რეაქციის განვითარება, უხშირესად, დამოკიდებულია იმუნური სისტემის ერთ-ერთ კომპონენტზე, რომელსაც იმუნოგლობულინი E (IgE) ეწოდება. ამ ფაქტორის გამომუშავება ორგანიზმში, თავის მხრივ დამოკიდებულია გენეტიკურ კონტროლზე და მარეგულირებელი იმუნური უჯრედების – Th1 და Th2-ის მდგომარეობასა და ურთიერთ შეფარდებაზე (Th1 აფერხებს IgE-ს პროდუქციას და შესაბამისად – ალერგიულ რეაქციას. Th2 – პირიქით – აძლიერებa IgE-ს პროდუქციას და ალერგიულ რეაქციას).

2. ალერგიულ ადამიანებში გაძლიერებულია Th2 –უჯრედების ფუნქცია და მაღალია IgE-ს დონე.

3. ადამიანის განვითარების ადრეულ ეტაპზე, რამდენიმე 1000 წლის წინ, IgE-ს ფუნქცია იყო ჰელმინთებთან (ჭიებთან) და პარაზიტებთან ბრძოლა. ცივილიზაციის განვითარებასთან ერთად, როდესაც გაჩნდა კანალიზაცია, დაინერგა ჰიგიენური ნორმები, ადამიანები ბანაობენ ყოველდღიურად, მკვეთრად შემცირდა ჰელმინთებითა და პარაზიტებით დაინფიცირების შემთხვევები – IgE-მ დაკარგა თავისი წინანდელი ფუნქცია და ჩაერთო გაუკუღმართებულ იმუნურ რეაქციებში – ალერგიაში.

4. Th1-იმუნური უჯრედების გამომუშავება სტიმულირდება სხვადასხვა ნაწლავური ინფექციების გამომწვევი მიკრობებით (მაგ.

სალმონელოზი, ვირუსული A-ჰეპატიტი, ზოგიერთი რესპირატორული ვირუსი), კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში არსებული ე.წ. “სასარგებლო მიკრობებით”, ნიადაგში არსებული ატიპიური მიკობაქტერიებით და მსხვილფეხა რქიანი პირუტყვის ქერტლში არსებული ცილოვანი ფაქტორით.

ანუ, ყველა ის ჩამოთვლილი ფაქტორი, რომელიც ხელს უწყობს Th1-უჯრედების პროდუქციას და სტიმულაციას და ამდენად – აფერხებს IgE-ს პროდუქციას, დეფიციტურია დიდ ქალაქებში და დაწინაურებულ ეკონომიკურ და კულტურულ სივცეებში და პირიქით – უხვად მოიპოვება განუვითარებელი ეკონომიკის და დაბალი კულტურის ქვეყნებში და სოფლად მცხოვრებ მოსახლეობაში. ამას ემატება ის ფაქტი, რომ ანტიბიოტიკები, რომელიც ჭარბად გამოიყენება სწორედ დიდ ქალაქებში და ეკონომიკურად დაწინაურებულ ქვეყნებში, ანადგურებენ ადამიანის ნაწლავთა „მეგობარ მიკროფლორას“, რითაც სერიოზულ ბიძგს აძლევენ ალერგიის განვითარებას.

ფიქრობენ, რომ ზემოთ განხილული პროცესები და ჩამოთვლილი ფაქტორები ადამიანის ორგანიზმზე გავლენას ახდენენ დაბადებიდან 18 თვის ასკამდე. ამ პერიოდში ყალიბდება “ალერგიული ან არა ალერგიული ფენოტიპი”. ამიტომ, ამ პერიოდში, ხელოვნურადაა შესაძლებელი პროცესებში ჩართვა და ადამიანის დაცვა, შემდგომში ალერგიული დაავადებების განვითარებისაგან. ამ პერიოდის (18 თვემდე ასაკი) შემდეგ – რაიმე ზემოქმედების მოხდენა შეუძლებელია.

მაგრამ როგორ და რა საშუალებებით უნდა ვასტიმულიროთ Th1 უჯრედები და შესაბამისად დავაბლოკიროთ IgE-ს პროდუქცია, ამაზე დამაჯერებელი პასუხი ჯერ-ჯერობით არა გვაქვს. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ამ პროცესის სტიმულაცია შესაძლებელია სხვა და სხვა ნაწლავური და რესპირატორული ინფექციის გამომწვევი მიკრობებით და ვირუსებით, ნიადაგში არსებული მიკობაქტერიებით, ჰელმინთებით და მსხვილფეხა რქიანი პირუტყვის ქერტლის შემადგენლობაში არსებული ცილოვანი კომპონენტით. მაგრამ, ბუნებრივია, 21-ე საუკუნეში ადამიანები ხელოვნურად ვერ დაიინფიცირებენ თავს ვთქვათ – სალმო-ნელებით, ჰეპატიტის ვირუსით თუ ასკარიდებით; უარს ვერ იტყვიან კანალიზაციასა და ბანაობაზე და ყველა ვერ იცხოვრებს ფერმაში ცხოველებთან ერთად. ამიტომ, დაიწყო მუშაობა ისეთი ხელოვნური ანტიგენების შესაქმნელად, რომლებიც შერჩევითად (ალერგიის სახეობის მიხედვით) მოახდენენ Th1-უჯრედების სტიმულაციას. დღეისათვის ეს სამუშაო დამთავრებული არ არის. მეორე

გზა, ამ მიმართულებით, არის ზოგიერთი "სასარგებლო მიკრობული სახეობის გამოყენება". ასეთი გახლავთ მაგალითად ლაქტობაქტერიები. **ლაქტობაქტერიები შედის სხვა და სხვა რძემჟავა პროდუქტების შემადგენლობაში, რომელთაგან ჩვენთვის ყველაზე ცნობილი და მისაღები მაწონია. გარდა ამისა, ლაქტობაქტერიები შედის მრავალი ფარმაკოლოგიური პროდუქტის შემადგენლობაში, რომლებსაც ნაწლავთა მიკროფლორის დარღვეული ბალანსის ("დისბაქტერტიოზი") კორექციისათვის იყენებენ (მაგ. ლაქტო G და მრავალი მსგავსი პრეპარატი).**

დღეისათვის ლიტერატირაში გამოჩნდა შრომები, რომელთა მიხედვითაც, ამ ტიპის პრეპარატების გამოყენება ალერგიული ანამნეზის ორსულ ქალებში, ბოლო ტრიმესტრის განმავლობაში და მათ შვილებში, სიცოცხლის პირველი სამი თვის მანძილზე, გარკვეულად იცავს ამ ბავშვებს ატოპიური დერმატიტის (კანის ალერგიული ანთება) განვითარებისაგან. **ალბათ უნდა ვივარაუდოთ, რომ იგივე (და შეიძლება უკეთესიც) ეფექტი უნდა ჰქონდეს მაწონს. თუმცა, ალბათ, ასეთ შემთხვევაში საჭირო გახდება რძის ცილის ალერგიულობის განეიტრალება, რადგან ძროხის რძის ცილა თავისთავად, მძლავრ ალერგენს წარმოადგენს და ალერგიის გამოვლინება 1 წლამდე ასაკში, უმეტეს შემთხვევაში, სწორედ მას უკავშირდება.** სამწუხაროდ, ამ მიმართულებით, რამდენადაც ჩემთვის ცნობილია, კვლევები არ ჩატარებულა.



ატოპიური დერმატიტი.

სიტყვა – "ატოპია" გენეტიკურად, მემკვიდრულად განპირობებულ ალერგიას ნიშნავს და იყენებენ ისეთი დაავადებების დასახასიათებლად, რომელთა განვითარების მექანიზმი IgE-ს უკავშირდება. ტერმინი "დერმატიტი" აღნიშნავს კანის ანთებას. ანუ – "ატოპიური დერმატიტის" ნიშნავს კანის ალერგიულ ანთებას.

ატოპიური დერმატიტი, უხშირეს შემთხვევაში, არის ალერგიის ყველაზე ნაადრევი გამოვლინება ბავშვებში. შემთხვევათა თითქმის 93%-ში, იგი ვლინდება 1 წლამდე ასაკში და აქედან > 60%-ზე – 3 თვემდე ასაკში.

ატოპიური დერმატიტის კლინიკური, სურათი სხვადასხვა ასაკში, განსხვავდება ერთმანეთისაგან. მაგ. 3 წლამდე ასაკში უპირატესად ზიანდება სახის, გულმკერდის, მუცლის და ზურგის არეები (სხეულის ფართე არეები). გამოხატულია კანის სიმშრალე, აქერცვლა, ერითემატიზაცია (სიწითლე). ზოგჯერ კანი ზიანდება და გამოხატულია სისველე (რასაც ექსუდაციური ანთება ეწოდება). ამ პროცესებს თან ახლავს ქავილი, რომელიც ზოგჯერ ინტენსიურია და სერიოზულ დისკომფორტს უქმნის პაციენტს. ბუნებრივია, დაზიანების არე ყოველთვის არ მოიცავს ყველა აღწერილ უბანს და ის შეიძლება მხოლოდ სახის არით (უფრო ხშირად) შემოიფარგლოს. 3 წლის ასაკიდან, უხშირეს შემთხვევაში, ატოპიური დერმატიტის გამოვლინება სუსტდება და ზოგჯერ ქრება კიდეც. მაგრამ ასევე ხშირად მწვავდება 10 – 12 წლის ასაკიდან. ოღონდ ამ დროს, კანის დაზიანების ლოკალიზაცია იცვლება და დერმატიტი გამოხატულია უფრო სახსრების მომხრელ და გამშლელ ზედაპირებზე და სხეულის, სხვა, შეზღუდულ არეებზე.

ატოპიური დერმატიტის განვითარების მიზეზი (ალერგენი) სიცოცხლის სხვადასხვა ეტაპზე სხვა და სხვაა. სიცოცხლის პირველ (და ზოგჯერ 3 წლამდე) წელს, ატოპიური დერმატიტის განვითარების ძირითადი მიზეზი, უხშირე შემთხვევაში, არის ძროხის რძე (უფრო სწორად – ძროხის რძის ცილა) და კვერცხი (კვერცხის ცილა). მოგვიანებით (დაახლოებით 3 წლიდან) რძესა და კვერცხზე ალერგიული გამოვლინება, უმეტესწილად, ქრება (ან სუსტდება) და წინა პლანზე გადმოდის სხვა საკვები და მტვრის ალერგენები. სამაგიეროდ, მცირე ასაკში, თევზზე გამოვლენილი ალერგია რჩება თითქმის მთელი სიცოცხლის მანძილზე.

იშვიათ შემთხვევაში, ატოპიური დერმატიტი შეიძლება დედის რძის მიღებას უკავშირდებოდეს. ამ შემთხვევაში, ალერგია ვითარდება ორი მიზეზით: პირველი, როცა დედის რძეში, ქალის კვების თავისებურებიდან გამომდინარე, ხვდებიან სხვა და სხვა ალერგენები. და მეორე – როდესაც ალერგია ვითარდება თავად დედის რძის შემადგენელ კომპონენტებზე (როგორც წესი – ცილაზე).

ატოპიური დერმატიტის დიაგნოსტიკა რთული არაა და ძირითადად ემყარება სამ ნიშანს:

1. დერმატიტი (კანის ანთება) და მისი გავრცელების თავისებურება (მცირე ასაკში – კანის ფართე არეები) და მოზრდილ ასაკში (შეზღუდული უბნები).
2. ქავილი, რომელიც ზოგჯერ ძალიან მკვეთრია და სერიოზულ დისკომფორტს უქმნის ბავშვს.

3. სისხლის შრატში IgE-ს მაღალი დონე. (ბოლო ხანებში აღწერენ ატოპიური დერმატიტის ისეთ ფორმებს, სადაც სისხლის შრატში IgE ნორმაშია. ასეთ ფორმებს, ზოგიერთი მკვლევარი "ატოპიფორმულ' დერმატიტსაც უწოდებს).

ატოპიური დერმატიტის მკურნალობა შემდეგ პრინციპებს ეფუძნება:

1. **პირველ რიგში, მაქსიმალურად უნდა ეცადოთ, მოაშოროთ ბავშვს ის ალერგენი, რომელიც პასუხისმგებელია ატოპიური დერმატიტის განვითარებაზე (თუმცა, უნდა ვაღიარით, რომ ყოველთვის არაა ადვილი გავარკვიოთ რა იწვევს ალერგიას. დედის რძეზე უარი უნდა თქვათ განსაკუთრებულ შემთხვევაში: როცა უტყუარადაა დადასტურებული, რომ დაავადება დედის რძითაა გამოწვეული და დერმატიტი მიმდინარეობს იმდენად მძიმედ, რომ სამკურნალო საშუალებების ეფექტი არაა საკმარისი მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად).**

2. კანის დარბილება (გამოიყენება სხვადასხვა დამარბილერბელი-დამატენიანებელი კრემები. კრემი უმჯობესია იყოს ინდიფერენტული – არომატიზატორების და სხვა მინარევების გარეშე).
3. ქავილის მოხსნა ან შემცირება (უპირატესობას ანიჭებენ ატარაქსის ასაკობრივი დოზის 3-ჯერად მიღებას).
4. დერმატიტის მკურნალობა კორტიკოსტეროიდების მალამოებით (უპირატესობას ანიჭებენ საშუალო აქტივობის პრეპარატებს. მცირე ასაკში, სახის და ნაოჭების არეში, უნდა გამოიყენოთ ჰიდროკორტიზონის 1%-იან მალამო). ამ დროს, გასათვალისწინებელია ის გვერდითი ეფექტები, რაც კორტიკოსტეროიდების ხანგრძლივ გამოყენებას ახლავს თან. ამიტომ, რეკომენდირებულია ამ ტიპის მალამოების წყვეტილი პერიოდულობით გამოყენება.
5. ბოლო ხანებში გამოჩნდა მონაცემები ე.წ. ლეიკოტრიენების რეცეპტორთა ან ამ ნივთიერებების სინთეზის მაბლოკირებელი პრეპარატების პოზიტიური ეფექტების შესახებ (მონტელუკასტი).
6. გამოიყენება ანტიჰისტამინური პრეპარატებიც. თუმცა მათი ეფექტი ბოლომდე დადასტურებული არაა.

ატოპიური დერმატიტი, ისევე როგორც ყველა სხვა დაავადება, სხვადასხვა ინდივიდში, სხვადასხვა კლინიკური სურათითა და სიმძიმით შეიძლება იყოს გამოხატული. შეიძლება დაზიანებული იყოს კანის მცირე მონაკვეთი ან თითქმის მთელი სხეული. ქავილი, რომელიც სერიოზული დისკომფორტის მიზეზია, შეიძლება იყოს სუსტი ან მკვეთრად ინტენსიური, რაც ბუნებრივია განსაზღვრავს პაციენტის საერთო მდგომარეობას და მკურნალობის მეთოდების შერჩევის პრინციპებს. მაგრამ, ასეა თუ ისე, ყველა აღიარებს, რომ ატოპიური დერმატიტი სერიოზული პრობლემაა, როგორც პაციენტისათვის, ისე მთელი ოჯახისათვის. მაგალითად ცნობილია, რომ ა.შ.შ.-ში, საშუალო სიმძიმის ატოპიური დერმატითით დაავადებულ ბავშვზე, ოჯახი წელიწადში ხარჯავს > 1500 დოლარს. მძიმე ფორმის შემთხვევაში კი – ორჯერ მეტს - 3000 დოლარს. ოჯახი იძულებულია შეცვალოს ცხოვრების სტილი (მაგ. რომელიმე საკვები ალერგენის გამოვლენის შემთხვევაში, იცვლება ოჯახის საკვები რაციონი). ვერ ატარებენ შვებულებას თავისი სურვილის მიხედვით, (გარკვეულ გეოგრაფიულ გარემოში შეიძლება დაავადება მწვავდებოდეს). ხშირად ირღვევა ძილის რეჟიმი (ძლიერი ქავილის გამო ბავშვი იღვიძებს ღამე და მშობლებიც იძულებულნი არიან გაიღვიძონ), რაც იწვევს სკოლისა და სამსახურის გაცდენას, შრომის უნარის დაქვეითებას და ა.შ.

ასე, რომ ატოპიური დერმატიტი (განსაკუთრებით მისი მძიმე ფორმა) სერიოზული პათოლოგიაა და მისი მკურნალობა აუცილებლად მოითხოვს ექიმთან რეგულარულ კონსულტაციას. მკურნალობის გრძელვადიანი გეგმის შედგენას და მკურნალობის პროცესში მშობლებისა და ექიმის მჭიდრო თანამშრომლობას.



ურტიკარია (ჭინჭრის ციება) და ანგიოშეშუპება.

ჭინჭრის ციება არის კანის ზედაპირზე განვითარებული ჭინჭრის ნასუსხის მსგავსი, შემოსაზღვრული, კანის ზედაპირიდან ამოწეული, მოვარდისფროდან მკვეთრად წითელ ფერამდე ან თეთრი ფერის, სხვადასხვა ზომისა და ფორმის წარმონაქმნები, რომლებიც დროის მცირე მონაკვეთში იცვლიან ზომას, ფორმას და ლოკალიზაციას; ჩნდებიან და ქრებიან კანის ზედაპირზე სხეულის სხვადასხვა არეში და ახასიათებთ სხვადასხვა ინტენსიობის ქავილი.

ანგიოშეშუპება არის მკვეთრად შეშუპებული უბნები, რაც,

უფრო ხშირად, თან ახლავს ჭინჭრის ციებას. თუმცა შეიძლება იზოლირებულადაც განვითარდეს.

ჭინჭრის ციება და ანგიოშეშუპება, შეიძლება იყოს, როგორც **ალერგიული** (იმუნური), ისე **არა ალერგიული** (ფსევდოალერგიული) მიზეზით გამოწვეული პათოლოგია. მცირე ასაკის ბავშვებში, იგი ხშირადაა ვირუსული ინფექციით გამოწვეულიც. ალერგიულ მიზეზთა შორის, რომელიც ურტიკარიასა და ანგიოშეშუპებას იწვევს არჩევენ, ალიმენტარულ (კვებით), მედიკამენტოზურ და აერო (სხვა და სხვა მტვერი) მიზეზებს. ურტიკარიის და ანგიოშეშუპების არა **ალერგიული მიზეზებია:** სხეულზე ფიზიკური ზემოქმედება (ფიზიკური ტრავმა, სითბო, სიცივე, წყალი, ფიზიკური აქტივობა და ვიბრაციაც კი) და ისეთი ფაქტორები, რომელიც ალერგიის გარეშე, თავისთავად ათავისუფლებენ ჰისტამინს (მაგ. ნარკოტიკები და ისეთი ფაქტორები, რომლებიც, მხოლოდ განსაკუთრებულ პირობებში იწვევენ ურტიკარიას – მაგ. ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ, ისპანახის მიღება, ზოგიერთ ინდივიდში იწვევს ჭინჭრის ციებას და შოკის განვითარებასაც კი).

მიმდინარეობის ხანგრძლიობის მიხედვით არჩევენ მწვავე და ქრონიკულ ურტიკარიას. ურტიკარია ითვლება მწვავედ, თუ იგი უწყვეტად მიმდინარეობს 8 კვირამდე. თუ ურტიკარია გამოხატულია > 8 კვირაზე, ითვლება, რომ იგი ქრონიკულია.

ურტიკარია, ზოგჯერ, **თვითგანკურნებადი** დაავადებაა და შეიძლება ყოველგვარი ჩარების გარეშე ალაგდეს რამდენიმე დღის განმავლობაში. სხვა შემთხვევაში, მას საკმაოდ მძიმე და სერიოზული კლინიკური გამოვლინებებიც ახასიათებს, როგორიცაა, მაგალითად, მასიური გამონაყარი და ინტენსიური ქავილი, მძიმედ გამოხატული ანგიოშეშუპება და შეშუპება ზუმო სასუნთქი გზების ლოწოვანზე. თუმცა. ასეთი მდგომარეობა იშვიათია და იგი უფრო მაშინაა გამოხატული, როცა ურტიკარია ანაფილაქსიური შოკის ერთ-ერთ გამოვლინებას წარმოადგენს.

ურტიკარიის განვითარების ძირითადი მექანიზმი, ორგანიზმში, ე.წ. ბიოაქტიური ნივთიერების – **ჰისტამინის** დიდი რაოდენობით გამოყოფაა და შესაბამისად – მკურნალობაც ამ პროცესის წინააღმდეგ არის მიმართული. ამასთან, უნდა მოიხსნას ქავილის შეგრძნებაც,

რაც ხშირად ინტენსიურია და სერიოზულ დისკომფორტს უქმნის პაციენტს.

ურტიკარიის მკურნალობისას, პირველ რიგში, თუ ამის საშუალება არსებობს – პაციენტს უნდა მოვაცილოთ ის ფაქტორი, რამაც ურტიკარია გამოიწვია. თუმცა, უნდა ითქვას, რომ ამის დადგენა ყოველთვის არაა შესაძლებელი. მწვავე ურტიკარიის დროს, ლაბორატორიული კვლევა, როგორც წესი, არ ტარდება. ქრონიკული ურტიკარიის დროს, როცა აუცილებელი ხდება დაავადების განვითარების მიზეზების დადგენა, საჭიროა ჩატარდეს საკმაოდ ძვირადღირებული ლაბორატორიული კვლევები. თუმცა ამ დროსაც, ურტიკარიის გამომწვევი მიზეზის დადგება, მხოლოდ 20%-ამდე შემთხვევაშია შესაძლებელი.

პირველი რიგის საშუალებები ურტიკარიი.ს მკურნალობისას, არიან **ანტიჰისტამინური პრეპარატები** – პირველ რიგში ე.წ. H1-ბლოკერები. ზოგ შემთხვევაში, ურტიკარიის გახანგრძლივებული და ქრონიკული ფორმების დროს – H2 ბლოკერებიც.

(H1 ბლოკერების პირველ თაობას მიეკუთვნება – დიმედროლი, სუპრასტინი, პიპოლფენი, ტავეგილი. გარდა ანტიალერგიულისა, მათ გააჩნიათ სედაციური ეფექტიც. იწვევენ ლორწოვანი გარსების გამოშრობას და ყაბზობას, რის გამოც, დღეისათვის, ნაკლებად გამოიყენებიან. ამ ჯგუფის პრეპარატების II და III თაობას მიეკუთვნება ცეტირიზინი, ლევოცეტირიზინი, ლორატადინი, დიზლორატადინი, ფექსოფენადინი და სხვა. მათი აქტივობა მნიშვნელოვნად აღემატება I თაობის პრეპარატების აქტივობას, ხოლო სედაციური ეფექტი ან არ არის ან მინიმალურია. გარდა ამისა, მათი მოქმედების ხანგრძლიობა გრძელდება 24 საათი, რის გამოც ინიშნებიან 24 საათში 1-ჯერ.

H2-ბლოკერებს მიეკუთვნება რანიტიდინი და ქვამეტელი. მათი მოქმედების არეალი შეზღუდულია. თუმცა, ზოგჯერ, ურტიკარიის გახანგრძლივებული და ქრონიკული ფორმების დროს, შესამჩნევი პოზიტიური ეფექტითაც ხასიათდებიან.

ქავილის საწინააღმდეგოდ გამოიყენება ატარაქსი.

ბოლო ხანებში, ურტიკარიის სამკურნალოდ, სულ უფრო და უფრო ხშირად მიუთითებენ ე.წ. **ლეიკოტრიენების** რეცეპტორთა ბლოკერების ან მათი სინთეზის ინჰიბიტორთა გამოყენებაზე (მაგ. მონტელუკასტი) .

ურტიკარიის მძიმე და ქრონიკული ფორმების და ანგიოშეშუპების შემთხვევაში გამოიყენება **კორტიკოსტეროიდების** პერორალური (დასალევი) და საინექციო (უპირატესად ინტრავენური ინექცია ანგიოშეშუპოების დროს) ფორმები.

მძიმე ანგიოშეშუპების შემთხვევაში შესაძლებელია (და ძალიან ეფექტურია) **ადრენალინის (ეპინეფრინი)** კანქვეშა ინექცია.

როგორც აღვნიშნეთ, ხშირ შემთხვევაში, ურტიკარია თვითგანკურნებადი დაავადებაა და მედიკამენტოზური ჩარევაც კი არ ესაჭიროება. მაგრამ არის შემთხვევები, როცა საჭიროა ექიმის გადაუდებელი ჩარევა და გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში ჰოსპიტალიზაციაც კი.



ანაფილაქსიური შოკი.

ანაფილაქსიური შოკი, არის სწრაფად განვითარებადი, სიცოცხლისათვის ძალიან საშიში მდგომარეობა, რომლის დროსაც ალერგენთან შეხვედრის შემდეგ, რამდენიმე წუთში, შეიძლება განვითარდეს სიცოცხლისათვის საშიში ისეთი მდგომარეობა, როგორიცაა არტერიული წნევის დაცემა, სასუნთქი გზების შეშუპება, ორგანიზმის ჰაერით მომარაგების დარღვევა და გულის გაჩერება.

ანაფილაქსიური შოკის **გამომწვევი მიზეზები** შეიძლება იყოს, როგორც კვებითი ალერგენები (ა.შ.შ.-ში ანაფილაქსიური შოკის განვითარების ერთ-ერთი ხშირი მიზეზი არის არაქისი) ისე მედიკამენტები (უფრო ხშირად პენიცილინის და ცეფალოსპორინების ჯგუფის ანტიბიოტიკები), სხვადასხვა აეროალერგენები (ერთ ჩემს კოლეგას ანაფიკლაქსიურო შოკი უვითარდება სუნამოს ერთ-ერთ სახეობის შესუნთქვისას), ლოკალური ანესტეტიკები (უპირატესად ნოვოკანის ჯგუფის) და მწერის (უხშირესად კრაზანა) შხამი. ასევე ბევრი სხვა ფაქტორი (მაგ. კოსმეტიკური საშუალებები, სხვადასხვა საღებავები, ლატექსი და სხვა). სამედიცინო დაწესებულებებში, ანაფილაქსიის ყველაზე ხშირი მიზეზები არის ანტიბიოტიკები და ლატექსი (რეზინა, რომლითაც მაგალითად, სამედიცინო ხელთათმანი მზადდება).

ანაფილაქსიურ შოკს, ხშირად ახლავს თან და უხშირესად წინ უსწრებს, ისეთი გამოვლინებები, როგორიცაა – კანის მხრივ – ურტიკარია და ნერვული სისტემის მხრივ - აგზნება და აჟიტირება.

როგორც აღვნიშნეთ, ანაფილაქსიური შოკი ვითარდება ალერგენთან შეხების შემდეგ ძალიან სწრაფად. პირველი, რაც ამ დროს შეიძლება განვითრდეს არის სხვადასხვა ინტენსიობის ურტიკარიული გამონაყარი. პაციენტი გრძნობს შინაგან შფოთვას, გაურკვეველ შეგრძნებებს, ზოგჯერ ვითარდება აგზნება, ზოგჯერ კი პირიქით – მოდუნება, შეიძლება განვითარდეს ბრონქოსპაზმი და სუნთქვის გაძნელება, ხველა, სტვენისებური სუნთქვა. სწრაფად ეცემა არტერიული წნევა და ადამიანი ჰკარგავს გონებას. თუ დროზე არ მოხდა ჩარევა – შეიძლება გულიც გაჩერდეს და განვითარდეს სიკვდილი.

ანაფილაქსიურ **შოკზე ეჭვის მიტანის** შემთხვევაში, დაუყოვნებლად უნდა გამოიძახოთ სასწრაფო დახარების ბრიგადა. სამედიცინო დახმარების მოსვლამდე, პაციენტი უნდა მოათავსოთ ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში (რა თქმა უნდა, თუ იცით მიზეზი და თუ შეგიძლიათ – სასწრაფოს უნდა მოაშოროთ პაციენტს ის ფაქტორი, რამაც შოკი გამოიწვია). პაციენტი უნდა მოათავსოთ ისეთ პოზაში, რომ მაქსიმალურად გაუადვილდეს სუნთვა და ამავე დროს, ღებინების შემთხვევაში, ნაღებინები მასა არ მოხვდეს სასუნთქ გზებში (ღებინების შემთხვევაში, თავი გადააწევინოთ გვერდზე). ფეხები – ჯობია ააწევინოთ მაღლა, რათა გაუმჯობესდეს თავის ტვინის სისხლით მომარაგება.

ყველაზე ეფექტური პრეპარატი, რომელიც ანაფილაქსიური შოკის შემთხვევაში შეიძლება გამოიყენოთ, არის **ეპინეფრინი (ადრენალინი)** რომელიც კეთდება კანქვეშ, კუნთებში ან ვენაშიც კი (0.2 – 0.5 მლ-ის რაოდენობით). უპირატესობა ენიჭება ბარძაყის წინა ზედაპირის ან მხრის არის კანქვეშა ინექციას. ასევე ეფექტურია პირის ღრუს ლორწოვანისშიდა ინექცია. ეპინეფრინის ინექციები შეიძლება განმეორდეს ყოველ 20 წუთში – სანამ არტერიული წნევა არ აღდგება. ამავე პერიოდში, სასურველია ჩატარდეს ინტრავენური ინფუზიური თერაპია ნატრიუმისმის ქლორიდის 0.9%-იანი ხსნარით (ფიზიოლოგიური ხსნარი) და კორტიკოსტეროიდის (დექსამეტაზონი. პრედნიზოლონი) ინტრავენური ან კუნთშიდა ინექციები. მომდევნო ეტაპზე ინიშნება ანტიჰისტამინური პრეპარატები. აუცილებლად უნდა გახსოვდეთ, რომ ანაფილაქსიური შოკი შეიძლება იყოს 2 ფაზიანი და სხვადასხვა სიმპტომებით, გაგრძელდეს რამდენიმე დღეც კი. ამიტომ, არ შეიძლება ყურადღების მოდუნება და მკურნალობის შეწყვეტა.

ანაფილაქსიური შოკის თავიდან აცილება შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, თუ ვიცით, რა ფაქტორი იწვევს მას კონკრეტული პიროვნების შემთხვევაში. ასეთ დროს, ადამიანი მაქსიმალურად უნდა მოერიდოს ამ ფაქტორთან სიახლოვეს. თუმცა არსებობს მწერის ნაკბენის საწინააღმდეგო ე.წ. „სპეციფიკურიო დესენსიბილიზაციის“ ჩასატარებელი პრეპარატები, რომელთა საშუალებითაც სპეციალური სამკურნალო კურსის ჩატარების შემთხვევაში, ადამიანი დაცულია, ამ ტიპის ალერგენების მიერ, გამოწვეული ანაფილაქსიისაგან.

ამასთან დაკავშირებვით მაგონდება ორი ძალიან საინტერესო და თავისთავად ანეგდოტური შემთხვევაც:

მოიყვანეს ამერიკელი ტურისტი ბიჭი, 10 წლის, რომელსაც ფუტკრის ნაკბენზე განუვითარდა ანაფილაქსიური შოკი. დროული ჩარევის შემდეგ ყველაფერი კარგად დამთავრდა. წასვლისას კი მამამ გვითხრა, რომ ეს იყო უკვე მე-5 შემთხვევა და სადაც არ უნდა იყოს ბავშვი, საიდანღაც აუცილებლად ჩნდება ფუტკარიო. ერთხელ, ალპებში მოგზაურობისას, იმ სიმაღლეზე, სადაც წესით ფუტკარი არ უნდა ყოფილიყო, საიდანღაც მოფრინდა და თოვლზე, გვერდით დაუჯდაო.

მეორე შემთხვევა იყო ახალგაზრდა კაცი, რომელიც თავისი ფეხით შემოვარდა ჩემს კაბინეტში და თითქმის უგონოდ დაეცა სამედიცინო ტახტზე. გამოხატული იყო ურტიკარია და არტერიული წნევის მკვეთრი დაქვეითება. დროული ჩარევის შემდეგ სასიცოცხლო ფუნქციები აღდგა და პაციენტი გონს მოვიდა. გამოირკვა, რომ მას, ანაფილაქსიური შოკი უკვე მესამედ განუვითარდა ალკოჰოლის მიღების შემდეგ. დღესაც, აქვე, ახლოს დავლიეო – თქვა. თუ იცი, რომ ალკოჰოლზე შოკი გემართება – რატომ სვამ ? ხომ იცი, რომ ეს სიცოცხლისთვის საშიშია მეთქი ? – ვკითხე. ყველაფერი ვიცი. მაგრა, **ძალიან მთხოვეს და უარი ვერ ვუთხარიო** – იყო პასუხი.

ადამიანები, რომელთაც უკვე რამდენჯერმე ჰქონდა ანაფილაქსიური შოკი, აუცილებლად უნდა ატარებდნენ თან ეპინეფრინს და ინსულინის შპრიცს (არსებობს სპეციალური, მზა იჟექტორები ეპინეფრინით) და მარკერს, სადაც აღნიშნული იქნება, რომ იგი მიდრეკილია ანაფილაქსიური შოკისადმი.



ალერგიული რინიტი.

ალერგიული რინიტი შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული. მწვავე ალერგიული რინიტი უფრო სეზონური ხასიათისაა, უპირატესად ვითარდება გაზაფხულსა და შემოდგომის პერიოდებში და მისი გამწვავება ემთხვევა გარკვეულ მცენარეთა ყვავილობის პერიოდს. ქრონიკული (ანუ – უფრო, მთელი წლის განმავლობაში მიმდინარე) ალერგიული რინიტი გამოწვეულია ან სხვადსხვა მცენარეთა ყვავილის მტვრით (ყვავილობა სხვადასხვა სეზონზე) ან, უფრო ხშირად – ე.წ. „ოთახის მტვერით“.

რინიტის კლინიკური სურათი, გამოხატულია ცხვირიდან თხელი, გამჭვირვალე, დიდი რაოდენობით გამონადენით (თუმცა, ზოგჯერ, პროცესში ერთვება ინფექცია და გამონადენი შეიძლება სქელი და ყვითლად შეფერილიც იყოს) ან პერიოდული გაჭედვით, როდესაც, ცხვირის ლორწოვანი გარსის შეშუპების გამო, მკვეთრად გაძნელებულია სუნთქვა, თუმცა – გამონადენი არაა. ზოგჯერ, შეიძლება, გამონადენი და გაჭედვა ერთმანეთს ცვლიდეს.

გარდა ამისა, გამოხატულია ცხვირის ქავილი, ცხვირცემინების პაროქსიზმები, რომელიც, უხშირესად, ინტენსიურია დილით – გაღვიძებისას. ალერგიული რინიტის მქონე ადამიანებს ახასიათებთ ხელის დამახასიათებელი მოძრაობა – საჩვენებელი თითის გასმა ცხვირის წვერსა და ნესტოებზე, რასაც „ალერგიული სალუტს „ უწოდებენ.

ალერგიული რინიტის **სამკურნალოდ** გამოიყენება ანტიჰისტამინური პრეპარატები (უპირატესობა ენიჭება II და III თაობის პრეპარატებს), როგორიცაა მაგალითად ცეტირიზინი, ლევოცეტირიზინი, ლორატადინი, დეზლორატადინი, ფექსოფენადიდი და სხვა. ლეიკოტრიენების რეცეპტორთა ბლოკერები ან სინთეზის ინჰიბიტორები (მაგ. მონტელუკასტი). ძალიან ეფექტურია კორტიკოსტეროიდების სპრეი. მიუთითებენ ფიზიოლოგიური ხსნარით ცხვირის გამორეცხვის ეფექტურობაზე (ხდება ცხვირის ღრუს გათავისუფლება ანთებითი ლორწოსა და შესუნთქული ალერგენებისაგან).

სეზონური ალერგიული რინიტის დროს, მკურნალობა უმჯობესია დავიწყოთ, სეზონის დაწყებამდე 1 კვირით ადრე (თითქმის ყველა პაციენტმა იცის, რა დროს იწყება დაავადების გამოვლინება). ეს, უფრო ეფექტურსა და ადვილად მართვადს ხდის დაავადებას.



ალერგიული კონიუქტივიტი.

ალერგიული კონიუქტივიტი არის თვალების ლორწოვანი გარსის ალერგილი ანთება. ისევე, როგორც ალერგიული რინიტი, კონიუქტივიტიც შეიძლება იყოს (უფრო ხშირად) მწვავე და ქრონიკული. უხშირესად გამოხატულია მწვავე, სეზონური კონიუქტივიტი, რომელიც ხშირადაა ასოცირებული ალერგიულ რინიტთან და ვითარდება **ალერგიული რინო-კონიუქტივიტი.**

ალერგიული კონიუქტივიტის დროს გამოხატულია თვალის სკლერების სიწითლე და ქავილი. პაციენტს აწუხებს „თვალებში სილის ჩაყრის“ შეგრძნება. დილით პაციენტი ხშირად იღვიძებს ე.წ. „ამოკერილი თვალებით“. ზოგჯერ პროცესში ჩართულია ქუთუთოებიც და ვითარდება ალერგიული **ბლეფარო-კონიუქტივიტი.**

სეზონური ალერგიული კონიუქტივიტის დროს, სიმპტომების განვითარება ემთხვევა რომელიმე მცენარის ყვავილობის პროცესს და გაივლის ამ მცენარის დაყვავილების შემდეგ.

ალერგიული კონიუქტივიტის მკურნალობის პრინციპი ისეთივეა, როგორც ალერ-გიული რინიტის – (II და III თაობის H1-ბლოკერები. მწვავე შემთხვევაში რეკომენდირებულია თვალში ჩასაწვეთებელი კორტიკოსტეროიდები (მაგ. დექსამეტა-ზონის თვალის წვეთები). ასევე რეკომენდირებულია ე.წ. „პრეზერვატივები“, (მაგ. ქრომოგლიკანების პრეპარატების თვალის წვეთები), რომლებიც თვალში მოხვედრის შემდე, თხელ ფენად გადაეკვრება სკლერას და იცავს მას ალერგენის შეჭრისაგან).



ბრონქული ასთმა.

ბრონქული ასთმა არის ბრონქების ლორწოვანი გარსის ქრონიკული ანთებითი დაავადება, რომელიც შექცევადი (დროებითი) ბრონქოსპაზმით და ამ დროს განვითარებული სუნთქვის უკმარისობით, ამოსუნთქვის გაძნელებით, ექსპირატორული (ამოსუნთქვითი) ხმიანობის ქოშინით და ხველით მიმდინარეობს. ბრონქოსპაზმი შეიძლება მოიხსნას მედიკამენტოზური ჩარევით ან სპონტანურად (თავისთავად). ბრონქული ასთმა, შემთხვევათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში, ალერგიული ბუნების დაავადებაა და მის განვითარებაში, გადამწყვეტი როლი IgE-ს ეკუთვნის. ბრონქული ასთმის გამწვავება, ხშირად ემთხვევა სხვადასხვა მცენარეების ყვავილობას და ვითარდება გაზაფხულისა და შემოდგომის პერიოდებში. თუმცა, რა თქმა უნდა, შეიძლება გამოვლინდეს წლის ნებისმიერ დროს, სხვადასხვა ალერგენების ზემოქმედების შედეგად. ბრონქული ასთმის გამწვავებაში, მნიშვნელობანი როლი მიეკუთვნება სასუნთქი სისტემის ვირუსულ ინფექციებს.

ბრონქული ასთმა შეიძლება განვითარდეს ყველა ასაკში. თუმცა 5 წლამდე ასაკში, იგი უფრო იშვიათად ვითარდება და დიაგნოსტიკაც უფრო რთულია. ამიტომ, თუ 5 წლამდე ასაკის ბავშში განვითარდა ბრონქოსპაზმი (ამოსუნთქვის გაძნელება და ხმაურიანი სუნთქვა), რომელიც მიმდინარეობს ნორმალური ტემპერატურის ფონაზე (ანუ, არაა დაკავშირებული ვირუსულ ინფექციასთან), გრძელდება > 24 საათზე და მეორდება წელიწადში 3-ჯერ და მეტად – შეიძლება დაისვას ასთმის დიაგნოზი და უნდა ჩატარდეს ასთმის სრულფასოვანი მკურნალობა.

ბრონქული ასთმა, სხვადასხვა სიმძიმით გამოხატული ნიშნებით მიმდინარეობს – დაწყებული მხოლოდ პერიოდული ხველიდან და „ხშირი გაციებიდან“ – დამთავრებული უმძიმეს სულისხუთვამდე. **ზოგ შემთხვევაში ეს დაავადება შეიძლება იმდენად მსუბუქად მდინარეობდეს, რომ პაციენტი ვერც კი გრძნობდეს მის არსებობას მრავალი წლის განმავლობაში.**

თუმცა, კლასიკურ შემთხვევაში, ბრონქული ასთმის შეტევა იწყება ხმაურიანი (მსტვინავი) სუნთქვით და მოხრჩობის (ჰაერის უკმარისობის) შეგრძნებით. სუნთქვა ხმაურიანია, ამოსუნთქვის ფაზაში ისმის სტვენის ხმა. სუნთქვის ხმიანობა შეიძლება ისმოდეს რამდენიმე მეტრის მანძილზეც კი. ამ მდგომარეობას შეიძლება წინ უსწრებდეს ან თან ახლდეს ხველის პაროქსიზმები (შეტევითი ხველა).

ფილტვების მოსმენით, ორივე მხარეს, სიმეტრიულად, გამოხატულია მშრალი, მსტვინავი ხასიათის ხიხინი. ძალიან მძიმე შემთხვევაში, როცა ბრონქოსპაზმი ძლიერია, ფილტვების მოსმენით, მხოლოდ შესუსტებული სუნთქვა შეიძლება ისმოდეს (ვითარდება ე.წ. „მუნჯი ფილტვის“ სინდრომი).

ბრონქული ასთმის შეტევის ტიპიური სურათი იმდენად სპეციფიურია, რომ ამ დაავადების დიაგნოსის დასმა, თვით გამოუცდელი ექიმისთვისაც კი, დიდ სიძნელეს არ უნდა წარმოადგენდეს.თუმცა.

მსუბუქად და ატიპიურად მიმდინარე ბრონქული ასთმის დროს, **არც თუ იშვიათია დიაგნოსტიკური შეცდომები და ასთმის ნაცვლად, ხშირად ისმება „გაციების“, ბრონქიტის ან ფილტვების ანთების დიაგნოზი და ტარდება სრულიად არა ადეკვატური მკურნალობა.**

ამიტომ:

- თუ ადამიანი „ხშირად ცივდება“ და გამოჯანმრთელების პროცესი 2 კვირაზე დიდხანს გრძელდება.
- თუ ხშირად აღენიშნება მშრალი ხველა, რომელიც 4 კვირაზე მეტხანს გრძელდება.
- თუ „გაციების“ ნიშნები თანდათან „ჩადის ქვემოთ“ (ზემო სასუნთქი სისტემიდამ – ქვემო სასუნთქ სისტემაში). გრძნობს „მოჭერას გულმკერდის არეში“ და გაურკვეველ დისკომფორტს სუნთქვისას.
- თუ ზემოთაღწერილი სიმპტომები (ნაწილი მაინც) მწვავდება მხოლოდ გარკვეულ გეოგრაფიულ გარემოში ან გარკვეულ სეზონზე (უფრო ხშირად გაზაფხულზე და შემოდგომაზე) ან გარკვეულ ფაქტორებთან ურთიერთობისას (მაგ. ძაღლთან, კატასთან, ქიმიურ ნივთიერებებთან, საღებავებთან და სხვა).
- თუ ამასთან ერთად, პიროვნებას აღენიშნება რაიმე ალერგიული გამოვლინება ან მის ოჯახის წევრებს და სისხლით ახლო ნათესავებს აღენიშნებათ ალერგიული დაავადებები და განსაკუთრებით ასთმა:
- **უნდა ვივარაუდოთ, რომ ამ ადამიანს აქვს ასთმა და საჭიროა სპეციალური გამოკვლევები.**

ბრონქული ასთმის საბოლოო დიაგნოზისათვის, გარდა ანამნეზური (დაავადების განვითარების ისტორია. სისხლისთ ნათესავებში ალერგიის არსებობის დადასტურება ან უარყოფა) და კლინიკური მონაცემებისა, გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ისეთ კვლევებს, როგორიცაა:

1. **სპიროგრაფია (იკვლევს ბრონქებში ჰაერის ნაკადის მოძრაობის თავისებურებას) ან, უკიდურეს შემთხვევაში “პიკ-ფლოუ მეტრი”, რაც სპიროგრაფიის გამარტივებული ვარიანტია. (პიკ-ფლოუმეტრი,** წარმოადგენს ძალიან მარტივ და იაფ სადიაგნოსტიკო ხელსაწყოს, რომელიც სასურველია ჰქონდეს

ასთმით დაავადებულ ყველა პირს და თავადვე ახდენდეს საკუთარი ბრონქების მდგომარეობის პერიოდულ კონტროლს)

2. **IgE-შემცველობა სისხლის შრატში (ადგენს I ტიპის ალერგიული რექციის განვითარებისაკენ ორგანიზმის მემკვიდრულ მიდრეკილებას).**

ბრონქული ასთმის მკურნალობა დღეისათვის რეგულირდება შესაბამისი პროტოკოლებითა და გაიდლაინების საშუალებით. ბოლო 20-30 წლის განმავლობაში, ამ მხრივ, სერიოზული მიღწევებია, რამაც მკვეთრად შეამცირა ასთმის მძიმე ფორმების განვითარებისა და ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები.

ბრონქული ასთმის სამკურნალოდ, ძირითადად, გამოიყენება 2 ტიპის პრეპარატები:

1. პრეპარატები, რომლებიც რეკომენდირებულია ასთმის შეტევის მოსახსნელად და მდგომარეობის შესამსუბუქებლა (ე.წ. ბრონქოდილატატორები).
2. პრეპარატები, რომლებიც მოწოდებულია ასთმის სამკურნალოდ (ე.წ. საბაზისო პრეპარატები).

პრეპარატთა პირველი ჯგუფიდან, პირველ რიგში, გამოიყენება ე.წ. **ß2** (ბეტა 2) აგონისტები, როგოროცაა ვენტოლინი. ვენტოლინის შესაბამისი დოზის ინჰალაცია ამცირებს ბრონქოსპაზმს და აუმჯობესებს ფილტვებში ჰაერის შეღწევდოდობას. ვენტოლინი პაციენტს მიეწოდება სპეციალური საინჰალაციო კანისტრით. პირველი ერთი საათის განმავლობაში შესაძლებელია ვენტოლინის შესაბამისი დოზის 3 ჯერადი (ყოველ 20 წუთში) ინჰალაცია. შემდეგ, ინჰალაციები უნდა ჩატარდეს ყოველ 4 – 6 საათში. ვენტოლონი, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, არის მხოლოდ სიმპტომთა შემამსუბუქებელი საშუალება და მისი სისტემატური და ხანგრძლივი გამოყენება დაუშვებელია. რადგან, ასეთ შემთხვევებში, ხდება ბრონქების ლორწოვან გარსში არსებული შესაბამისი რეცეპტორების გამოფიტვა და ყალიბდება მძიმე ფორმის ასთმა. **ვენტოლინის მოქმედების ხანგრძლიობა არ აღემატება 6 – 8 საათს და ამ პერიოდის გასვლის შემდეგ, მისი განმეორებითი გამოყენებაა საჭირო. ამიტომ, მას, ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორი ეწოდება.**

ამ ტიპის პრეპარატები გამოიყენება მხოლოდ ასთმის გამწვავების

(ბრონქოსპაზმის) პერიოდში, ხანმოლე დროით (2 – 4 დღე) და არავითარ შემთხვევაში სისტემატურად.

პრეპარატების მეორე ჯგუფი, ძირითადად, წარმოდგენილია საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებით (ან საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებისა და ხანგრძლივი მოქმედების ბრონქოდილატარორების კომბინაციით). ეს პრეპარატები ასთმის საბაზისო მკურნალობისათვის გამოიყენება და მათი მოხმარებისს ხანგრძლიობა, ასთმის სიმძიმის მიხედვით, გრძელდება თვეების და წლების განმავლობაში. ეს პრეპარატები ამცირებენ ბრონქების ლორწოვანში განვითარებულ ალერგიულ ანთებას და აღადგენენ ბრონქებში ჰაერის განვლადობის ნორმალურ პროცესს. **საინჰალაციო კ.ს.-ების ახალი ფორმების შექმნა და კლინიკაში გამოყენება არის გარდამტეხი მოვლენა ასთმის მართვის (მკურნალობის) პროცესში.**

როგორც ß2-აგონისტები, ისე კ.ს. პაციენტს მიეწოდება **ინჰალაციის** (ჩასუნთქვის) გზით (თუმცა არსებობს ტაბლეტიზირებული ფორმებიც), რაც უზრუნველყოფს მათ მაქსიმალურ ეფექტურობას.

6 – 7 წლის ასაკის შემდეგ, ასეთი პრეპარატების ინჰალაცია ხდება მათი სტანდარტული ფორმების (ინჰალერი, დისკი და ა.შ) საშუალებით.

6 წლამდე ასაკის ბავშვებში უპირატესობა ენიჭება ე.წ. **სპეისერებს ან ელექტრო ნებულაიზერებს.** განსაკუთრებით მოსახერხებელია **სპეისერი,** რომელიც, ამავე დროს, გადასატანადაც ადვილია, არ ესაჭიროება ელექტრო ენერგია, რის გამოც შეგვიძლია გამოვიყენოთ ყველგან და იაფიცაა.

სპეისერი წარმოადგენს გამჭვირვალე პლასტ-მასის მილს, სპეციალური მემბრანით, რომელიც ჰაერს და მასში გაფრქვეულ მედიკამენტს ატარებს მხოლოდ ერთი მიმართულებით. სპეისერს ერთ ბოლოში უმაგრდება ნიღაბი. მეორე ბოლოში კი – ინჰალერი საჭირო მედიკამენტით. პაციენტს ნიღაბს ვადებთ სახეზე, ხელს ვაჭერთ ინჰალერის კანისტრის ძირს და პრეპარატი იფრქვევა სპეისერში. ბავშვი სუნთქავს ჰაერს სპეისერიდან დაახლოებით 1 – 2 წუთის განმავლობაში და მედიკამენტი გადადის მის სასუნთქ გზებში.

ბოლო ხანებში მნიშვნელოვანი ყურადღება ეთმობა ე.წ. **"ლეიკოტრიენების რეცეპტორთა ბლოკერებისა და ლეიკოტრიენების სინთეზის ინჰიბიტორთა"** გამოყენებას ბრონქული ასთმის ბაზისურ

მკურნალობაში. მაგრამ, ეს, უფრო დამხმარე მეთოდია. თუმცა გამოიყენება იზოლირებულადაც – ასთმის მსუბუქი ფორმების დროს.

ალბათ ცალკე განხილვის საგანია ე.წ. **"სპეციფიური დესენსიბილიზაციის"** მეთოდი. აღნიშნული მეთოდი გულისხმობს ასთმის გამომწვევი ალერგენების სპეციალური პრეპარატების რეგულარულ შეყვანას დაავადებული ადამიანის ორგანიზმში, კანქვეშა ინექციების ან პირის ღრუს ლურწოვანზე დაწვეთების მეთოდით; ხანგრძლივად – 2 – 3 წლის განმავლობაში. სპეციფიური დესენსიბილიზაციის შემთხვევაში:

1. ზუსტად უნდა დადგინდეს ასთმის გამომწვევი ალერგენის (ალერგენების) სპეციფიკა.
2. პაციენტი (პაციენტის მშობლები) კარგად უნდა იყვნენ ინფორმირებული მეთოდის არსის, მნიშვნელობის, გართულებების და ეფექტურობის შესაძლებლობების შესახებ. ზოგ შემთხვევაში, აღნიშნული მეთოდი ეფექტურია და ვითარდება ასთმის ხანგრძლივი რემისია. თუმცა, მკურნალობა, შეიძლება ნაკლებად ეფექტურიც იყოს.

ასთმით დაავადებული ბავშვების მშობლებმა უნდა იცოდნენ, რომ:

1. **ასთმა არის სასუნთქი სისტემის ქრონიკული დაავადება. იგი მუდმივად, სრული რემისიის პერიოდშიც კი, მოითხოვს ექიმის მეთვალყურეობას და კონტროლს.**
2. **ასთმის დროული და სწორი მკურნალობის შემთხვევაში, ადამიანი ცხოვრობს სრულფასოვანი ცხოვრებით (ცნობილია, რომ რამდენიმე ოლიმპიური ჩემპიონი და მსოფლიო მნიშვნელობის საოპერო მომღერალი დაავადებულია ბრონქული ასთმით, რაც მათ კარიერას ხელს არ უშლის).**



ენდოკრინული სისტემის პათოლოგიები.

ენდოკრინული სისტემა (შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების სისტემა) არის ძალიან რთული და მრავალკომპონენტიანი სისტემა, რომელიც უაღრესად მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ორგანიზმში მიმდინარე ნივთიერებათა ცვლის მრავალრიცხოვან პროცესებზე და ორგანოთა ფუნქციონირებაზე. ენდოკრინული სისტემის შემადგენლობაში არსე-

ბული ჯირკვლები გამოჰყოფენ ნივთიერებებს, რომელთაც ჰორმონები ეწოდებათ და მათი საშუალებით ანხორციელებენ თავიანთ ფუნქციას.



ფარისებრი ჯირკვალი

ფარისებრი ჯირკვალი მოთავსებულია მკერდის ძვლის ზემოთ – ხორხის ორივე მხარეს. შედგება ორი – მარჯვენა და მარცხენა წილებისაგან. ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითებას **ჰიპოთირეოზი,** ხოლო ფუნქციის გაძლიერებას – **ჰიპერთირეოზი** ეწოდება.



ჰიპოთირეოზი

ჰიპოთირეოზი შეიძლება იყოს **თანდაყოლილი** ან **შეძენილი. თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზი** შეიძლება დაბადებისთანავე იყოს გამოვლენილი. თუმცა, ამ პერიოდში, დაავადების კლინიკური გამოვლინება, შეიძლება შეუმჩნეველიც იყოს. თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზი აღენიშნება **4000 ახალშობილიდან 1-ს.** ამ მდგომარეობის უხშირესი მიზეზი ფარისებრი ჯირკვლის განუვითარებლობაა (სრული არარსებობა ან განვითარების შეფერხება). გარკვეული მნიშვნელობა აქვს გენეტიკურ განწყობას.

დღეისათვის, სამშობიარო სახლებში ტარდება სავალდებულო სკრინინგი, რომელიც ამ მდგომარეობის დროული დიაგნოსტიკის საშუალებას იძლევა.

დაავადების კლინიკური გამოვლინება იწყება მოგვიანებით და სრულადაა წარმოდგენილი 3 – 6 თვის ასაკისათვის. ჰიპოთირეოზის კლინიკური გამოხატულება დამოკიდებულია ფარისებური ჯირკვლის დეფექტის ხარისხზე. თუ ჯირკვალი ნაწილობრივ მაინც არის განვითარებული და საჭირო ჰორმონების გარკვეულ რაოდენობას გამოიმუშავებს, მაშინ, კლინიკური სურათი სუსტადაა გამოხატული. თუ ამასთან ერთად, ბავშვი ბუნებრივ კვებაზეა და დედის რძის საშუალებითაც იღებს ჰორმონების მცირე რაოდენობას – ჰიპოთირეოზის კლინიკური გამოვლინება კიდევ უფრო დაგვიანებული და სუსტია. ფარისებრი ჯირკვლის სრული განუვითარებლობის შემთხვევაში კი, დაავადების კლინიკური სურათი ნაადრევად და მკაფიოდ ვლინდება.

კლინიკური გამოვლინება. შეფერხებულია ფიზიკური და გონებრივი განვითარება. გამომეტყველება უაზროა. რეფლესები და რეაქცია დაქვეითებულია. გამოხატულია მიდრეკილება ძილიანობისაკენ. კიდურები და თითები მოკლეა. თავის ზომა შეიძლება იყოს ნორმაზე მეტი. ორივე ყიფლიბანდი საგრძნობლად ღიაა. პირი არის ღია და ჩანს დიდი და თითქოს შეშუპებული ენა. ცხვირის ძგიდე არის შესამჩნევად დაბალი. კისერი მოკლე და სქელია. გვიანდება კბილების ამოჭრა. კანი მშრალია. მძიმე ფორმის დროს, ვითარდება შეშუპება, რომელიც უპირატესად სახის არეშია გამოხატული. ზოგჯერ, კანს დაჰკრავს მოყვითალო ელფერი. თუმცა ამ დროს, სკლერები თეთრია. თმები თხელია და მტვრევადი. თუ შესაბამისი მკურნალობა დროულად არ ჩატარდა, ფსიქომოტორული განვითარების შეფერხება, ასაკის მატებასთან ერთად ღრმავდება და შეუქცევადი ხდება. ფერხდება სქესობრივი მომწიფების პროცერსი. **აღწერილ მდგომარეობას კრეტინიზმი ეწოდება.**

დღეისათვის, სამშობიაროებში მიმდინარე სავალდებულო სკრინინგულმა კვლევამ, მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ჰიპოთირეოზის დროული დიაგნოსტიკის და შესაბამისად – დროული მკურნალობის პროცესი.

ჰიპოთირეოზის მკურნალობა გულისხმობს დეფიციტური ჰორმონის შესაბამისი დოზის გარედან მიწოდებას. სწორი და დროული მკურნალობის შემთხვევაში, ბავშვები ნორმალურად ვითარდებიან.

დაგვიანებული მკურნალობის შემთხვევაში, ხშირია შეუქცევადი ცვლილებების განვითარება.

შეძენილი ჰიპოთირეოზი. შეძენილი ჰიპოთირეოზი სხვადასხვა მიზეზითაა გამოწვეული და აღენიშნება სკოლის ასაკის ბავშვთა დაახლოებით 0.08%-ს. შეძენილი ჰიპოთირეოზის განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება აუტოიმუნურ პროცესებს და **საკვებში იოდის ნაკლებობას.**

კლინიკური გამოვლინება. შეძენილი ჰიპოთირეოზის კლინიკა დაახლოებით ისეთივეა, როგორც თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის დროს. თუმცა, გარეგნული ნიშნები უფრო სუსტადაა გამოხატული. სახეზეა შეფერხება ფსიქომოტორულ განვითარებაში – ძილიანობა, მოდუნება, კანის შეშუპება, ყაბზობა (შეკრულობა). ფერხდება სქესობრივი მომ-

წიფების პროცესი. ზოგჯერ გამოხატულია თავის ტკივილის ეპიზოდები და მხედველობის პრობლემები.

მკურნალობა ტარდება იგივე პრინციპით, როგორც თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის დროს. მდგომარეობა უმჯობესდება მკურნალობის დაწყებიდან ძალიან მალე.



ჩიყვი.

ჩიყვი არის ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება. ზომაში მომატებული ფარისებრი ჯირკვლის დროს, მისი ფუნქცია შეიძლება იყოს ნორმალური, დაქვეითებული ან გაძლიერებული. ჩიყვი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი ან შეძენილი, სპორადული (ერთეული შემთხვევები გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალში) ან ენდემური (გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალში შემთხვევები მეტია, ვიდრე ზოგადად, ადამიანთა პოპულაციაში).

თანდაყოლილი ჩიყვი. თანდაყოლილი ჩიყვი ვითარდება იმ შემთხვევაში, თუ დედის თირეოტოქსიკოზის (ტოქსიური ჩიყვი) მკურნალობის შედეგად ან სხვა რაიმე მიზეზით, ხდება ნაყოფის ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების ბლოკირება. თუ ბავშში დაბადებისთანავე შეინიშნება **ფარისებრი ჯირკვლის ზომის მატება,** ამ დროს, დედას, ძალიან ხშირად აღენიშნება ჩიყვი, რომელიც ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის გაძლიერებით მიმდინარეობს.

ენდემური (გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალში გავრცელებული) ჩიყვი და კრეტინიზმი.

გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალებში ჩიყვის გავრცელება, უხშირესად, საკვებში იოდის ნაკლებობას უკავშირდება. საქართველოში ასეთ არეალს მიეკუთვნებოდა სვანეთი, სადაც, იოდიზირებული მარილის დეფიციტის გამო, მაღალი იყო ჩიყვის გავრცელება და ამ მიზეზით გამოწვეული გართულებები. იგივე მდგომარეობა შეიმჩნეოდა სხვა მთიან რეგიონებში.

იმის გამო, რომ ზღვის პროდუქტები და თევზი დიდი რაოდენობით შეიცავს იოდს, ზღვის სანაპირო ზოლში მცხოვრებ მოსახლეობაში, ეს პრობლემები ნაკლებადაა გამოხატული.

იოდდეფიციტის გამო განვითარებული ჩიყვის **კლინიკური სურათი** დამოკიდებულია ორგანიზმში იოდის ნაკლებობის დონეზე. თუ ეს დეფიციტი მცირეა, ფარისებრი ჯირკვლის ზომის მატება შეიძლება არც იყოს გამოხატული და იგი გამოვლინდეს მხოლოდ ბავშვის ინტენსიური ზრდის პროცესში (სქესობრივი მომწიფების პერიოდი) ან ორსულობის დროს. იოდის შედარებით მნიშვნელოვანი დეფიციტის შემთხვევაში, სახეზეა ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება, რომელიც ვიზუალურადაც შესამჩნევია, მოდუნება, ძილიანობა, საერთო სისუსტე, ბრადიკარდია (გულისცემისა და პულსის სიხშირის შემცირება). მძიმე შემთხვევებში ვითარდება ე.წ. კრეტინიზმი – კანის შეშუპებით და მოყვითალო-ბრინჯაოსფერი შეფერვით, გონებრივი ჩამორჩენის ნიშნებით. გამოხატულია სხვადასხვა ტიპის ნევროლოგიური დარღვევები. ფერხდება სქესობრივი მომწიფების პროცესი.

ამ ტიპის ჩიყვი, უფრო გოგონებშია გავრცელებული ვიდრე ვაჟებში.

იოდდეფიციტური მდგომარეობის თავიდან აცილების მიზნით, საჭიროა საკვებში იოდის დონის კონტროლი (იოდიზირებული მარილისა და ზღვის პროდუქტების გამოყენება).

დაავადების გამოვლენის შემთხვევაში, აუცილებელია ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია.

მარტივი ჩიყვი. მარტივი ჩიყვის გამომწვევი მიზეზი უცნობია. იგი, უფრო ხშირად, ვითარდება გოგონებში ვიდრე ვაჟებში. ამ დროს, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია შეიძლება იყოს ზომიერად გაძლიერებული ან დაქვეითებული. პაციენტთა ნახევარში, გარდა ფარისებური ჯირკვლის ზომიერი გადიდებისა, სხვა კლინიკური ნიშნები არაა გამოხატული.

ტოქსიური ჩიყვი (ჰიპერთირეოზი).

თოქსიური ჩიყვი, ანუ ჰიპერთირეოზი, ვიარდება ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების მკვეთრად გაძლიერებული გამოყოფის შედეგად.

დიფუზური (გავრცელებული, ტოტალურად გადიდებული) ტოქსიური ჩიყვი აღენიშნება ბავშთა მოსახლეობის 0, 0.2%-ს (1 : 5000). გამოვლენის პიკი არის 11 – 15 წლის ასაკი. გოგონებში 5-ჯერ უფრო ხშირად ვითარდება ვიდრე ვაჟებში. პაციენტთა უმრავლესობის ოჯახში, აღინიშნება ფარისებრი ჯირკვლის აუტოიმუნური დაავადებების

ანამნეზი.

დაავადების კლინიკური გამოვლინება ხდება თანდათანობით და პირველი სიმპტომების გამოჩენიდან დიაგნოზის დასმამდე შეიძლება 6 – 12 თვე გავიდეს. პირველი კლინიკური ნიშნები, შეიძლება, ემოციური ლაბილობით და მოტორული აქტივობით იყოს გამოხატული. ყურადღების გაფანტვის გამო, ბავშვებს უძნელდებათ სწავლა. ძოგჯერ შეინიშნება თითების კანკალი. შეიძლება, გაძლიერებული მადის ფონზე გამოიხატოს წონის კლება. ამ პერიოდში, ფარისებრი ჯირკვლის ფორმა, შეიძლება, გარეგნულად, არც იყოს შეცვლილი. შეიძლება გამოვლინდეს მსუბუქი ეგზოფტალმი (თვალის კააკლების წინ გამოწევა). შეიძლება გამოიხატოს კანის შეშუპება, სიწითლე და მნიშვნელოვანი ოფლიანობა. ვითარდება ტაქიკარდია (გულის ცემის აჩქარება) და სისტოლური წნევის მატება. დროთა განმავლობაში, ეს ნიშნები უფრო და უფრო მძაფრდება.

დაავადების საბოლოო დიაგნოზი დასტურდება სისხლში ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების კვლევის შედეგად.

დაავადების მკურნალობა, მისი ფორმიდან გამომდინარე, შეიძლება იყოს მედიკამენტოზური და ქირურგიული. ქირურგიული მკურნალობა გულისხმობს ფარისებრი ჯირკვლის ნაწილობრივ ამოკვეთას.



შაქრიანი დიაბეტი.

შაქრიანი დიაბეტი არის ქრონიკული, მეტაბოლური (ნივთიერებათა ცვლის) დაავადება, რომლის ძირითადი მახასიათებელი, სისხლში შაქრის რაოდენობის მატებაა.

საკვების საშუალებით ორგანიზმში მოხვედრილი ნახშირწყლები და ცხიმების ნაწილი, ფერმენტული გადამუშავების შემდეგ, გლუკოზად (შაქრად) გარდაიქმნება. მისი ნაწილი მაშინვე ერთვება ნივთიერებათა ცვლაში და ენერგეტიკული მიზნებისათვის გამოიყენება. ნაწილი კი გადადის ქსოვილებში და გროვდება გლიკოგენის სახით, როგორც რეზერვი, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში ისევ ერთვება ნივთიერებათა ცვლაში. იმისათვის, რომ გლუკოზა ქსოვილებში გადავიდეს და გლიკოგენის სამარაგო სახით ჩალაგდეს, საჭიროა **კუჭქვეშა ჯირკვლის ჰორმონი – ინსულინი. ინსულინის ნაკლებობის**

შემთხვევაში, გლუკოზა არ გადადის ქსოვილებში და სისხლში იმატებს მისი კონცენტრაცია. იშლება ნივთიერებათა ცვლის პროცესები. აღარ ხდება ნივთიერებების „ჟანგვა“ (ფერმეტული გარდაქმნის პროცესი) და ორგანიზმში გროვდება „დაუჟანგავი“ (ნივთიერებათა ცვლის შუალედური) პროდუქტები. მეორე მხრივ, იმისათვის, რომ ინსულინმა სრულად განახორციელოს თავის ფუნქცია, საჭიროა ქსოვილებს ჰქონდეთ სპეციფიური რეცეპტორები ინსულინის შესაცნობად. თუ ასეთი რეცეპტორები არ არის ან გამოხატულია მათი ნაკლებობა ან დაზიანება, ასევე ირღვევა გლუკოზის ცვლა და მიუხედავად იმისა, რომ კუჭქვეშა ჯირკვალი ინსულინის საკმარის რაოდენობას გამოიმუშავებს, შაქრის შეთვისება მაინც ირღვევა. **ორივე შემთხვევაში იშლება ნივთიერებათა ცვლის პროცესი და ირღვევა სხვადასხვა ორგანოთა ფუნქცია.**

არჩევენ შაქრიანი დიაბეტის ორ ფორმას: უხშირესად გამოხატულია შაქრიანი დიაბეტის ისეთი ფორმა, როდესაც პანკრეასის (კუჭქვეშა ჯირკვალი) β-უჯრედები ვერ გამოიმუშავებენ საჭირო რაოდენობით ინსულინს (ჰორმონი, რომელიც შაქრის ცვლას არეგულირებს). **დიაბეტის ამ ფორმას, 1-ტიპის დიაბეტი ეწოდება. და მეორე** – როდესაც β-უჯრედების პათოლოგიასთან ერთად, ორგანოთა ქსოვილების რეცეპტორები (მგრძნობიარე სტრუქტურები, რომელთა საშუალებითაც ხდება ქსოვილზე ამ ჰორმონის ზემოქმედება), ვერ აღიქვავენ ინსულინს და არ რეაგირებენ მის ზემოქმედებაზე, რაც ასევე იწვევს შაქრის ცვლის დარღვევას.

I ტიპის შაქრიანი დიაბეტის განვითარებაში მნიშვნელოვანია გენეტიკური ფაქტორები და აუტოიმუნური რეაქციები. თუმცა, გარდა ამისა, მისი განვითარება დამოკიდებულია მრავალ სხვადასხვა ფაქტორზეც, როგორიცაა მაგ. კვების ხასიათი, ინფექციები და სხვა. **I ტიპის შაქრიანი დიაბეტის დროს ადამიანი იძულებულია მთლიანად შეცვალოს თავისი ცხოვრების წესი, დაცვას დიეტა, მუდმივად აკონტროლოს სისხლში გლუკოზის დონე და გარედან მიიღოს ინსულინი.**

დიაბეტისათვის დამახასიათებელია ისეთი სერიოზული მოგვიანებითი გართულებები, როგორიცაა წვრილი და მსხვილი სისხლძარღვების დაზიანება, მხედველობის პრობლემები, თირკმლის და ნერვული სისტემის დაზიანება, გულის მკვებავი არტერიების დაზიანების გამო განვითარებული გულის პათოლოგიები და კიდურების

სისხლძარღვთა შევიწროების შედეგად განვითარებული განგრენა. ამ დაავადების მქონე პირებში, ინსულინის ნაკლებობის შემთხვევაში, ხშირად ირღვევა ნივთიერებათა ცვლა, აღარ ხდება ცხიმების ბოლომდე დაჟანგვა, ორგანიზმში გროვდება არასრული ჟანგვის პროდუქტები – კეტოსხეულები და ვითარდება ე.წ. **კეტოაციდოზი,** რაც ტოქსიკოზით, ძლიერი ღებინებით და ნერვული სისტემის დაზიანებით მიმდინარეობს.

II ტიპის შაქრიანი დიაბეტის მქონე მოზარდებში და ახალგაზრდა პირებში, ჩვეულებრივ, გამოხატულია სხეულის ჭარბი მასა (წონა). მაგრამ ისინი არ არიან ინსულინდამოკიდებულნი (ანუ ინსულინის გარედან შეყვანა არ აუმჯობესებს მდგომარეობას) და ნაკლებად არიან მიდრეკილნი კეტოაციდოზისადმი. დიაბეტის ეს ფორმა, უფრო მოზრდილი ადამიანებისათვის არის დამახასიათებელი.

შაქრიანი დიაბეტის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს გენეტიკურ ფაქტორებს – კერძოდ, ინსულინის გამომუშავების თავისებურებას და ნივთიერებათა ცვლის სპეციფიკას.

ცნობილია, რომ **შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული დედების ახალშობილები ხასიათდებიან დიდი წონით და მოგვიანებით, მათშიც, ხშირია დიაბეტის განვითარების შემთხვევები. სხეულის ჭარბი მასა,** მომდევნო ასაკშიც, სერიოზულ რისკფაქტორს წარმოადგენს შაქრიანი დიაბეტის განვითარებისათვის.

შაქრიანი დიაბეტის კლინიკური გამოვლინება. შაქრიანი დიაბეტის მქონე პაციენტებში, ინსულინის დეფიციტის ან შესაბამისი რეცეპტორების დაზიანების გამო, ქსოვილები ვერ ითვისებენ შაქარს (გლუკოზას) და იზრდება სისხლში მისი დონე. ხდება სისხლის შესქელება და ძლიერდება პირის სიმშრალე და წყურვილის შეგრძნება. ბავშვი სვამს დიდი რაოდენობით წყალს და მკვეთრად იმატებს შარდვის სიხშირე. შარდი არის გამჭვირვალე და უსუნო. ასევე, გამოხატულია ღამის შარდვაც.

პირის სიმშრალე, წყლის გაძლიერებული მოთხოვნილება და გაძლიერებული შარდვა, არის შაქრიანი დიაბეტის პირველი და უმნიშვნელოვანესი ნიშნები. დიაგნოზის დადასტურება ხდება სისხლში გლუკოზის რაოდენობის განსაზღვრით. გამოკვლევა ტარდება უზმოზე და საკვების მიღებიდან 2 საათის შემდეგ.

შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობა და დიეტა ინიშნება მხოლოდ ენდოკრინოლოგის მიერ.

დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა ქცევისა და ურთიერთობათა თავისებურებების ასპექტები.

დიაბეტი ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც მთელი სიცოცხლის განმავლობაში მოითხოვს მკურნალობას, დიეტას და ცხოვრების განსხვავებული წესის დაცვას. ყოველივე ეს კი, დიაბეტით დაავადებულის ირგვლივ ქმნის განსხვავებულ გარემოს, რაც, ხშირ შემთხვევაში, ნეგატიურად აისახება როგორც ბავშვის, ისე მისი ოჯახის წევრების ფსიქიკაზე და იწვევს მათ შფოთვას. თუმცა, ეს მდგომარეობა არ არის დამახასიათებელი მხოლოდ დიაბეტისათვის და იგი მეტნაკლები სიმწვავით გამოხატულია ყველა ოჯახში, სადაც ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვია.

ამის გამო, დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა ოჯახების აბსოლუტური უმრავლესობა საჭიროებს ფსიქოლოგიურ დახმარებას და განმარტებას, რომ: **დიაბეტი უფრო ცხოვრების განსაკუთრებული წესია, ვიდრე დაავადება და რომ, სწორი მკურნალობისა და დიეტის შემთხვევაში, დიაბეტით დაავადებულს შეუძლია სრულფასოვანი და სისხლსავსე ცხოვრება და რომ იგი, გარდა ცხოვრების გარკვეული წესისა, არაფრით არ განსხვავდება სხვა ბავშვებისაგან.**

დიაბეტის მკურნალობა (მართვა) აუცილებლად მოითხოვს თვითკონტროლისა და თვითმონიტორინგის პროცესს და ამის შესაბამისი უნარ-ჩვევების აღზრდასა და განვითარებას ამ დაავადების მქონე ბავშვში. გარკვეული ასაკის შემდეგ, ბავშვს უნდა შეეძლოს სისხლში შაქრის დონის კონტროლი (რა თქმა უნდა სპეციალური პორტარტული აპარატის საშუალებით, რომელსაც გლუკომეტრი ეწოდება) და შაქრის დონის ცვლილების შემთხვევაში – შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღება.

ოჯახური კონფლიქტები, დაძაბული გარემო, ბავშვის სურვილების იგნორირება და ამის ფონზე განვითარებული შფოთვა, სერიოზულად უშლის ხელს დაავადების მონიტორინგს, თვითმონიტორინგს და შესაბამისად – დიეტისა და ინსულინოთერაპიის ეფექტურ განხორციელებას.

იშვიათი არ არის შემთხვევები, როდესაც პაციენტი **არღვევს დიეტას** და იღებს საკვების გადაჭარბებულ რაოდენობას. ეს კი, ერთი მხრივ, შეიძლება კეტოაციდოზის და მეორე მხრივ – ინსულინის მომატებული დოზის საჭიროების გამო, ჰიპოგლიკემიის (სისხლში შაქრის დონის დაცემა) მიზეზი გახდეს. ასეთ პირებში **აუცილებელია ფსიქოლოგიური დახმარების** საჭიროების განხილვა. საყურადღებოა ის ფაქტიც, რომ პირები, რომლებიც ხშირად ხვდებიან ჰოსპიტალში კეტოაციდოზის ან ჰიპოგლიკემიის დიაგნოზით, გამოირჩევიან ლაბილური ფსიქიკით და **მათში სუიციდისაკენ მიდრეკილებაცაა დამახასიათებელი.**

დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა ფსიქიკაზე მტკივნეულად მოქმედებს როგორც მშობელთა უყურადღებობა ისე გადაჭარბებული ყურადღება და მისი თანმდევი შეზღუდვები. ამასთან, ბავშვი, თავისი ასაკის შესაფერისად, კარგად უნდა იყოს ინფორმირებული დიაბეტის არსისა და მისი გართულებების შესახებ, რაც საფუძვლად უნდა დაედოს ამ დაავადების მქონე პირის მიერ განხორციელებული თვითმონიტორინგის პროცესს. ეს, აბსოლუტურად აუცილებელია დიაბეტის სრულფასოვანი მართვისათვის.

შფოთვა და დეპრესია. დადგენილია, რომ არსებობს პირდაპირი კავშირი სისხლში შაქრის დონის ადექვატურ კონტროლსა (რაც ორგანიზმში ნივთიერებათა ცვლის კონტროლის ადეკვატური მაჩვენერბელია) და პაციენტში განვითარებულ დეპრესიასა და შფოთვით მდგომარეობას შორის. რაც უფრო ადეკვატურია შაქრის კონტროლი, მით ნაკლებია შანსი დეპრესიისა და შფოთვის განვითარებისათვის და პირიქით – თუ პიროვნება მიდრეკილია დეპრესიისა და შფოთვისაკენ, იგი ძნელად ახერხებს შაქრის დონის ადეკვატურ კონტროლს. ცნობილია, რომ დიაბეტით დაავადებულ მოზარდთა 20% – 26%-ს აღენიშნება დეპრესიის სხვადასხვა გამოვლინება, რაც ძალზედ ნეგატიურად მოქმედებს სკოლაში მათი სწავლის ხარისხზე და მეგობრებთან ურთიერთობაზე. ამ დროს, ასევე გართულებულია ურთიერთობა ოჯახის წევრებთანაც.

შიში ინსულინის თვითინექციისა და შაქრის დონის თვითკონტროლის მიმართ. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში (და განსაკუთრებით ბავშვებში) ხშირია შიში, ინსულინის თვითინექციისა და სისხლში გლუკოზის დონის თვითკონტროლის

მიზნით, საჭირო ჩხვლეტის მიმართ. ზოგჯერ პაციენტი უარს ამბობს შეცვალოს ინექციის ლოკალიზაცია და მუდმივად ერთ არეში იკეთებს ინსულინის ინექციას. ეს გამოწვეულია იმ მიზეზით, რომ ერთსა და იგივე არეში ხშირი ინექციის შემდეგ, ამ არეალში, მცირდება ტკივილის შეგრძნება. თუმცა, ამავე არეალში, შემცირებულია ინსულინის შეწოვის ხარისხიც და შესაბამისი დოზის ინსულინის ინექციის შემთხვევაშიც კი, ორგანიზმს მედიკამენტის საჭირო დოზა არ მიეწოდება. ასეთი მდგომარეობა, ბუნებრივია, ხელს უშლის დაავადების მართვას და შეიძლება ჰიპო ან ჰიპერგლიკემიური მდგომარეობის განვითარების მიზეზი გახდეს. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა ფსიქოლოგის კონსულტაცია.

დიეტასთან დაკავშირებული პრობლემები. I ტიპის შაქრიანი დიაბეტის მართვა, გულისხმობს მიღებული საკვების რაოდენობისა და ინგრედიენტების ხარისხობრივ და რაოდენობრივ კონტროლს.

დიეტის თავისებურება პირდაპირ კავშირშია სხეულის წონასთან. აღნიშნული ფაქტი ხშირად ქმნის პრობლემას შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ მოზარდი გოგონების მკურნალობის პროცესში. ისინი, ზოგჯერ, კატეგორიულად ეწინააღმდეგებიან წონის მატებას. ამის გამო არღვევენ დიეტას, რაც შეუძლებელს ხდის სისხლში შაქრის ნორმალური დონის შენარჩუნებას და საფრთხის ქვეშ აყენებს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

ძალზედ საყურადღებო ფაქტია, რომ დიეტის მიმართ განსაკუთრებული და ზოგჯერ პათოლოგიური ნეგატიური დამოკიდებულება უფრო ხშირია სწორედ შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებში, ვიდრე სხვა ქრონიკული პათოლოგიების დროს ან ჯანმრთელ პირებში.

I ტიპის შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ გოგონათა 1 – 9%-ს აღენიშნება მიდრეკილება ანორექსიის (უმადობა) ან ბულემიისაკენ (გაძლიერებული მადა). დიაბეტიან მოზარდ გოგონათა 11%, წონის მატების შიშით, იღებს (ან ცდილობს მიიღოს) ინსულინის იმაზე ნაკლებ დოზას, რაც მის ორგანიზმში შაქრის ნორმალური ცვლის შენარჩუნებისთვისაა საჭირო. ეს მონაცემები აუცილებლადაა გასათვალისწინებელი მშობლებისა და ექიმის მიერ და მსგავს გადახრებზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში, აუცილებელია, ბავშვის ქცევაზე, ძალიან ფრთხილი დაკვირვება და კონტროლი.



ბავშვთა ასაკის ინფექციები.

წითელა

წითელა მწვავე ვირუსული დაავადებაა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ზოგადი ინტოქსიკაცია, ჰიპერთერმია, თვალების, ყელის, სასუნთქი გზების დაზიანება, ლაქოვან-პაპულარული (წითელი ლაქები და კანიდან ამოწეული 0,5 სმ-ზე მცირე დიამეტრის წითელი ფერის გამონაყარი) გამონაყარი და სასუნთქი და ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებით მიმდინარე გართულებები.

ინფექციის წყაროს წარმოადგენს დაავადებული ადამიანი. ვირუსი ორგანიზმიდან გამოიყოფა და ადამიანი ინფექციას ავრცელებს, დაავადების გამოვლენამდე 1-2 დღე, დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენის და გამონაყარის პერიოდში. დაავადების დაწყების მე-5 დღიდან ვირუსის გამოყოფა წყდება.

ინფექცია გადადის ჰაერ-წვეთოვანი გზით. ლაპარაკის, ხველისა და ცხვირცემინების დროს ვირუსები გაიფრქვევა ჰაერში. ჰაერის ნაკადის საშუალებით, ვირუსი, დახურულ შენობებში, ვრცელდება დიდ მანძილზე. დერეფნისა და სავენტილაციო სისტემების საშუალებით, შესაძლოა, ვირუსი გავრცელდეს მეზობელ სადარბაზოებსა და შენობის სხვა სართულებზეც კი. მესამე პირით ინფექციის გადატანა იშვიათია, რადგან ადამიანის ორგანიზმის გარეშე ვირუსი სწრაფად იღუპება.

ვირუსის მიღების შემთხვევაში დაავადების განვითარების ალბათობა, თითქმის, 100%.

თუ დედას გადატანილი აქვს წითელა, დედიდან მიღებული პასიური იმუნიტეტის გამო, ბავშვები, დაბადებიდან 4 - 6 თვემდე არ ავადდებიან. ძუძუზე მყოფი ბავშვები უფრო დიდი ხნის განმავლობაშიც არიან დაცულნი წითელასაგან. 9 თვის ასაკიდან, პასიური იმუნიტეტი იკარგება.

უპირატესად ავადდებიან 1-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვები, თუმცა დაავადება (თუ ბავშვი აცრილი არაა) შეიძლება განვითარდეს ყველა ასაკში.

წითელას ახასიათებს სეზონურობა: ზამთარ-გაზაფხული (დეკემბერი - მაისი).

წითელას ვირუსი განსაკუთრებით აზიანებს ცენტრალურ ნერვულ,

სასუნთქ და საჭმლის მომნელებელი სისტემებს.

დადგენილია, რომ წითელას ვირუსი ხანგრძლივად რჩება თავის ტვინში და შეიძლება გამოიწვიოს ქრონიკული ან ქვემწვავე ინფექცია, რის შედეგადაც ვითარდება ქვემწვავე მასკლეროზებელი ენცეფალიტი (ტვინის ნივთიერების ანთება).

კლინიკა.

დაინფიცირებიდან, დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენამდე პერიოდი, საშუალოდ, 6 - 12 დღეა და იშვიათად გრძელდება 17 დღემდე. ბავშვებს, რომლებმაც ამ პერიოდში, პროფილაქტიკის მიზნით მიიღეს იმუნოგლობულინი, ან ჩაუტარდათ სისხლის ან პლაზმის გადასხმები, ეს პერიოდი უგრძელდებათ 21 დღემდე.

კლინიკურ მიმდინარეობაში არჩევენ გამონაყარის გარეშე (კატარულ), გამონაყარის და პიგმენტაციის პერიოდებს.

კატარალური პერიოდი გრძელდება 3-5 დღე. დაავადება იწყება ტემპერატურის მომატებით 38,5 – 39,0 გარადუსამდე, ზემო სასუნთქი გზების კატარით, კონიუქტივიტით, მშრალი ხასიათის შემაწუხებელი ხველით, გულმკერდის არეში ფხაჭნის შეგრძნებით, ცხვირცემინებით, ცხვირიდან გამონადენით. ეს მოვლენები თანდათან მძაფრდება და გამონაყარის დაწყებისას აღწევს პიკს.

ავადმყოფები უჩივიან საერთო სისუსტეს, მადის დაქვეითებას, უძილობას, ცრემლდენას. ზოგჯერ, ეს პერიოდი მიმდინარეობს ძალიან მძიმედ: ტემპერატურის უეცარი მომატებით, კრუნჩხვით, ფილტვების ანთებით, კრუპის სინდრომით. კანზე, გამოყარის გაჩენამდე 1-2 დღით ადრე, რბილ და მაგარ სასაზე ჩნდება წითელი, არასწორი ფორმის ლაქები. ეს არის წითელას სადიაგნოსტიკო მნიშვნელოვანი ნიშანი. ეს ლაქები, 1-2 დღის შემდეგ ერთმანეთს ერწყმის და პირის ღრუსა და ხახის ლორწოვანი გარსის ზოგადი სიწითლის ფონზე იკარგება. თითქმის ამავდროულად, ან ზოგჯერ უფრო ადრე, ჩნდება წითელასთვის დამახასიათებელი ნიშანი: ტუჩებისა და ღრძილების ლორწოვანზე მონაცრისფრო-მოთეთრო ფერის წარმონაქმნები. ისინი დაახლოებით ცერცვის მარცვლის ზომისაა, შემოფარგლულია ანთებადი წითელი ზოლით და ბამბის ან მარლის ტამპონით ლორწოვანიდან მათი

მოცილება ვერ ხერხდება. მკაფიოდ შემოფარგლული კონიუქტივიტი (თვალის სკლერების ანთება) შეიძლება ჩაითვალოს დამატებით სადიაგნოსტიკო სიმპტომად.

გამონაყარის პერიოდი იწყება დაავადების მე-4 -5 დღეს, ტემპერატურის ხელახალი მომატებით და საერთო ინტოქსიკაციის გაძლიერებით, კონიუქტივიტისა და ზემო სასუნთქი გზების კატარის მაქსიმალური გამოვლინებით.

პირველი ელემენტები აღინიშნება ყურის უკან, ცხვირის ზურგზე და ლოყებზე. 24 საათის განმავლობაში, გამონაყარი სწრაფად ვრცელდება მთელ სახეზე (ცხვირ-ტუჩის სამკუთხედის ჩათვლით), კისერზე, გულმკერდის ზემო ნაწილზე და ხელებზე. ამ დროს, გამონაყარი უკვე ღებულობს ლაქოვან-პაპულურ ხასიათს.

შემდეგი 24სთ-ის განმავლობაში გამონაყარი ჩნდება ზურგზე, მუცელსა და კიდურებზე. მე-3 დღეს – ტერფებზე; ამავე დროს იწყება მათი გაფერმკრთალება სახეზე.

გამონაყარი ფერმკრთალდება და ქრება იმავე თანმიმდევრობით, როგორც დაიწყო.

რაც უფრო მძიმედ მიმდინარეობს დაავადება, გამონაყარი მით უფრო ხშირი და შერწყმული ხასიათისაა. მსუბუქი ფორმების დროს გამონაყარი ერთმანეთთან არ არის შერწყმული და ერთეულების სახითაა წარმოდგენილი. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს პეტექიურ გამონაყარს (სისხლჩაქცევები). ამ დროს სისხლდენა შეიძლება განვითარდეს პირის ღრუდან, ცხვირიდან და ნაწლავებიდან.

წითელას გამონაყარი ხასიათდება მცირე ქავილით. პიგმენტაციის (გამონაყარის გაქრობის შემდეგ დატოვებული კვალი) პერიოდი გრძელდება 1-2 კვირა. იგი იწყება გამოყრიდან მე-3 დღეს. ელემენტები კარგავენ მკაფიობას, ბრტყელდებიან, ხდებიან მოლურჯო ფერის, ბოლოს ღებულობენ მოლურჯო ფერის ლაქების სახეს და 1 კვირის მანძილზე განიცდიან ქატოსებურ აქერცვლას.

ტემპერატურა, კატარულ პერიოდში, არ არის ძალიან მაღალი. გამოყრამდე 1-2 დღით ადრე უფრო დაბლა იწევს და მაღალ ციფრებზე ადის გამოყრის პირველსავე დღეს. ტემპერატურა მაღალ ციფრებზეა გამონაყარის პერიოდში და თუ დაავადება წარიმართა გართულების გარეშე, 3 - 4 დღეში ხდება ნორმალური. გამოყრის დროს ინტოქსიკაციის საერთო მოვლენები უფრო მკაფიოდაა გამოხატული.

წითელას სერიოზულ გართულებას წარმოადგენს ენცეფალიტი, რომლის სიხშირე, 1000 ავადმყოფზე, შეადგენს 1-2 შემთხვევას.

წითელას დიაგნოზის დადგენა მთლიანად ეყრდნობა კლინიკურ და ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს (ანუ, იყო თუ არა კონტაქტში ადამიანი წითელათი დაავადებულთან. ან ახლომახლო აღინიშნა თუ არა წითელას შემთხვევები).

მკურნალობა.

სპეციფიური მკურნალობა არ არსებობს.

ოთახი, სადაც პაციენტი იმყოფება, ხშირად უნდა გაანიავოთ, დაცული უნდა იყოს ტენიანობა და განათება, თუმცა ავადმყოფს თვალებზე მკაფიო სინათლე არ უნდა ეცემოდეს. მეორადი ინფექციების თავიდან აცილების მიზნით, პაციენტთან კონტაქტის მქონე პირთა რაოდენობა უნდა შეიზღუდოს. ეს, განსაკუთრებით ეხება მცირე ასაკის ბავშვებს.

სერიოზული ყურადღება მიაქციეთ პირადი ჰიგიენის დაცვას: კანის და ლორწოვანი გარსების ტუალეტს და ხელ-პირის დაბანას. თვალებიდან ჩირქი და ფუფხი მოაცილეთ თბილი წყალში ან 2% სოდიან წყალში დასველებული ბამბით. შემდეგ, თვალში ჩააწვეთეთ ანტიბიოტიკის ან ალბუციდის 1-2 წვეთი, 3-4-ჯერ დღეში. ცხვირიდან ფუფხი მოაცილეთ ფიზიოლოგიური ხსნარში დასველებული ბამბით. თუ ფუფხი არ სცილდება ლორწოვან გარსს, ცხირში ჩააწვეთეთ რამდენიმე წვეთი ვაზელინი, რაც ხელს შეუწყობს ფუფხის დარბილებას და მოცილებას. დამსკდარ ტუჩებზე წაუსვით ვაზელინი ან სხვა მალამო. ინტოქსიკაციის საწინააღმდეგოდ და პირის ღრუს გასუფთავების მიზნით, ბავშვს მიეცით დიდი რაოდენობით სითხე. საჭიროებისას გამოიყენეთ ტემპერატურის დამწევი, დამამშვიდებელი და ტკივილდამაყუჩებელი პრეპარატები (უპირატესად – პარაცეტამოლი).

დიეტა. საკვები უნდა იყოს ვიტამინებით მდიდარი, სრულფასოვანი და ადვილად ასათვისებელი. უმთავრესად ინიშნება რძისა და მცენარეული ნაწარმი თხიერ და ნახევრად თხიერ მდგომარეობაში. ავადმყოფმა ყოველდღიურად უნდა მიიღოს 300-500 მგ „C“ ვიტამინი.

პროფილაქტიკა. წითელას საწინააღმდეგო აქტიური პროფილაქტიკა ტარდება ვაქცინაციით, რის შედეგადაც ორგანიზმი გამოი-

მუშავებს აქტიურ იმუნიტეტს.

იშვიათად, დაახლოებით 2-5%-ში ვაქცინაციის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს მსუბუქად მიმდინარე წითელა.

ვაქცინა კეთდება კანქვეშ 9-12 თვის ასაკიდან, (ზოგიერთ ქვეყნებში მეორადი რევაქცინაციით – 4- 6 წლის ასაკში).

ვაქცინაციის ეფექტურობა 90-95% -ს აღწევს.



წითურა

წითურა მწვავე ვირუსული დაავადებაა, რომელიც მიმდინარეობს ორგანიზმის მსუბუქი ინტოქსიკაციით, ზემო სასუნთქი გზების მსუბუქად გამოხატული კატარით (ანთებით), კონიუქტივიტით, წითელას მსგავსი გამონაყარით, პერიფერიული ლიმფური კვანძების გადიდებითა და მტკივნეულობით, რაც განსაკუთრების კარგადაა გამოხატული კეფის არეში.

ინფექციის წყაროა ავადმყოფი ან ვირუსმტარებელი ადამიანი. ვირუსი გადაეცემა ჰაერწვეთოვანი გზით. ვირუსის გამოყოფა ცხვირხახიდან იწყება გამოყრამდე 7-10 დღით ადრე და გრძელდება, გამონაყარის გაჩენიდან 7 დღე და მეტი.

თანდაყოლილი წითურას დროს, ნაყოფის დაინფიცირება ხდება ტრანსპლაცენცენტურად. ბავშვის დაბადების შემდეგ, ვირუსის გამოყოფა გრძელდება 1,5 – 2 თვემდე.

დაავადებულთან კონტაქტისას, დაავადების გადადების ალბათობა, მჭიდრო კოლექტივებში (საბავშვო ბაღი, სკოლა), შეადგენს 100%-ს, ოჯახის პირობებში – 50-60%-ს.

დედისაგან მიღებული იმუნიტეტი 6 თვის მანძილზე იცავს ბავშვს დაავადებისაგან. ძირითადად ავადდებიან 5-დან 14 წლამდე ასაკის ბავშვები. დაავადებას ახასიათებს სეზონურობა და უფრო ხშირად, გაზაფხულზე გვხვდება.

დაავადების მექანიზმი: ვირუსი იჭრება ზემო სასუნთქი გზების ლორწოვან გარსებში, გადადის ლიმფურ კვანძებში, სადაც მრავლდება და გამოყრამდე 7-9 დღით ადრე გადადის სისხლში (ვირუსემია).

კლინიკა.

წითურას გამოვლენა ხდება დაინფიცირებიდან 15 - 24 დღის შემდეგ

(უფრო ხშირად 16 - 18 დღეში). გამონაყარის გაჩენამდე, ზოგჯერ, აღინიშნება ზემო სასუნთქი გზების სუსტად გამოხატული ანთება – სურდო, ხველა, სკლერების სიწითლე. აღნიშნული მოვლენები ქრება რამდენიმე საათიდან – 2 დღეში. სხეულის ტემპერატურა ნორმალურია ან მცირედ მომატებული – 37,3-37,5 გრადუსამდე, იშვიათად აღწევს 38-ს და რჩება 2-3 დღე. შეიძლება გამოვლინდეს თავის ტკივილი.

გამონაყარი პირველად ჩნდება სახეზე, კისერზე და რამდენიმე საათში ვრცელდება მთელ სხეულზე; უმთავრესად გვხვდება ზემო კიდურების გამშლელ ზედაპირებზე, დუნდულებზე, ზურგზე. გულმკერდზე, მუცელზე და სახეზე გამონაყარი ნაკლებადაა გამოხატული.

გამონაყარი ლაქოვან-პაპულარულია, მკრთალი მოწითალო ფერისაა და წითელას გამონაყარისაგან განსხვავებით, არ ახასიათებს შერწყმა.

წითურას ტიპიურ სიმპტომად ითვლება კეფის, კისრის უკანა და სხვა ლიმფური კვანძების გადიდება, რომელსაც ადგილი აქვს გამოყრამდე 1-3 დღით ადრე და რჩება 10-14 დღე გამოყრის შემდეგაც. ოგონებსა და ქალებში ხშირად გვხვდება სახსრების ტკივილი, შეშუპება და გადიდება, მაგრამ აღნიშნული მოვლენები ქრება 10-14 დღის განმავლობაში.

თანდაყოლილი წითურა.

არა იშვიათად, ნაყოფში, წითურა ფარულად მიმდინარეობს. დაბადების შემდეგ, ასეთი ბავშვები, ინფექციის წყაროს წარმოადგენენ. ზოგიერთ მათგანს, შემდგომ თვეებში, უნვითარდება მძიმე მდგომარეობა, რომელიც ვლინდება ფილტვების ანთებით, გამონაყარით, იმუნიტეტის ფუნქციის დარღვევით, სხვადასხვა ნევროლოგიური სიმპტომატიკით და მთავრდება სიკვდილით.

თანდაყოლილი წითურას დროს, ხშირია განვითარების მანკების არსებობა (მაგ. გულის თანდაყოლილი მანკი).

დიაგნოზი. დიაგნოზი ემყარება კლინიკურ ნიშნებს: დამახასიათებელ გამონაყარს, რომელიც თითქმის ერთდროულად ვრცელდება მთელ ტანზე, ზემო სასუნთქი გზების სუსტად გამოვლენილ კატარსა და კონიუქტივიტს, კეფისა და კისრის უკანა ლიმფური კვანძების ადრეულ გადიდებას (გამონაყრის გამოჩენამდე).

გართულებები და პროგნოზი. წითურას ფონზე შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა ნევროლოგიური გართულებები. მათ შორის ენცეფალიტი (თავის ტვინის ნივთიერების ანთება).

პროგნოზი მოზრდილ ბავშვებში კეთილსაიმედოა თანდაყოლილი წითურას დროს, პროგნოზი, ხშირად, არასაიმერდოა.

მკურნალობა. გამონაყარის პერიოდში რეკომენდებულია წოლითი რეჟიმი. ჩვეულებრივ შემთხვევებში, მედიკამენტური თერაპია საჭირო არაა. საჭიროების შემთხვევაში ტარდება სიმპტომური თერაპია (სიცხის დამწევი და ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებები). გართულების შემთხვევაში (მაგ. ფილტვების ანთება) ტარდება შესაბამისი მკურნალობა.

თანდაყოლილი წითურას პროფილაქტიკა. იმის გამო, რომ ორსულობის პირველ ტრიმესტრში, წითურათი დაავადებული ოსრულის ნაყოფის დაზიანებისა და გულის მანკის განვითარების შანსი მაღალია, თუ ორსულობის შეწყვეტა შეუძლებელია, დედას უკეთდება იმუნოგლობულინი. თუმცა, ეს გარანტიას არ იძლევა, რომ ნაყოფს თანდაყოლილი წითურა არ განუვითარდება. სხვა შემთხვევაში იმუნოგლობულინის გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის.

დაავადების თავიდან აცილება შესაძლებელია პროფილაქტიკური ვაქცინაციით. აცრას ექვემდებარება ყველა ბავშვი 15 თვის ასაკიდან და პრეპუბერტული ასაკის გოგონები.



ჩუტყვავილა.

ჩუტყვავილა მწვავე ვირუსული ინფექციაა, რომელიც მიმდინარეობს სუსტად გამოხატული ინტოქსიკაციით, ზომიერი ცხელებით და კანსა და ლორწოვანზე წვრილი ლაქოვან-ბუშტუკოვანი გამონაყარით.

ინფექციის წყაროს წარმოადგენს ჩუტყვავილით დაავადებული ადამიანი. ინფექცია გადაეცემა ჰაერწვეთოვანი და კონტაქტური გზით. დაინფიცირების შემთხვევაში, დაავადების განვითარების შანსი 90%-ს აღწევს. ძირითადად ავადდებიან 10 წლამდე ასაკის ბავშვები. დედიდან მიღებული პასიური იმუნიტეტის გამო, 4 თვემდე

ასაკის ბავშვები, ჩუტყვავილათი იშვიათად ხდებიან ავად. თუ ორსული ქალი ჩუტყვავილათი დაავადდა, ნაყოფის დაინფიცირება ხდება ტრანსპლაცენტური გზით.

ჩუტყვავილას ახასიათებს სეზონურობა – უფრო შემოდგომა-ზამთრის პერიოდში.

დაავადების მასიური გავრცელება ხშირია ბავშვთა კოლექტივებში (საბავშვო ბაღი და სკოლა).

გადატანილი ინფექცია ტოვებს მყარ იმუნიტეტს. განმეორებით დაავადების ალბათობა არ აღემატება 2-3%-ს.

დაავადება გადამდებია გამოყრამდე 1-2 დღეით ადრე და 3-7 დღე, მის შემდეგ.

ვირუსი ორგანიზმში იჭრება ზემო სასუნთქი გზების ლორწოვანიდან, სადაც მრავლდება და ლიმფური გზით გადადის კანში, ლორწოვან გარსებზე, შინაგან ორგანოებში და ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში.

დაავადების ძირითადი ნიშანი, კანსა და ლორწოვანზე წარმოქმნილი ბუშტუკოვანი გამონაყარია.

დაავადების მძიმე მინდინარეობისას ადგილი აქვს არა მხოლოდ კანის და პირის ღრუს ლორწოვანის, არამედ შინაგანი ორგანოების დაზიანებასაც. გამონაყარი და წყლულები წარმოიქმნება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში, ტრაქეაზე, სასუნთქ და საშარდე ორგანოებში, ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში.

კლინიკა.

დაინფიცირებიდან დაავადების კლინიკურ გამოვლინებამდე პერიოდი, შეადგენს 10-21 დღეს. 1-2 დღე, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს უმნიშვნელო საერთო სისუსტეს, უხასიათობას, თავის ტკივილს. ამის შემდეგ ჩნდება ერთეული ლაქოვანი ან მცირე პაპულის მსგავსი გამონაყარი, რომელიც რამდენიმე საათში გარდაიქმნება მრგვალ ან ოვალურო ფორმის, გამჭვირვალე სითხის შემცველ ბუშტუკად. ბუშტუკების შიგთავსი, პირველსავე დღეებში, ხდება მღვრიე, ადვილად სკდება და იფარება ფუფხით. ჩვეულებრივ, გამონაყარი უხვია და გამოყრა გრძელდება 3-4 დღე. ამონაყარი პირველად ჩნდება ტანზე, შემდეგ სახეზე, თავის თმიან ადგილებში და კიდურებზე.

ლორწოვან გარსებზე (პირის ღრუში, თვალის ლორწოვანზე, ხორხში, სასქესო ორგანოებზე) ბუშტუკების გაწოვის შემდეგ ვითა-

რდება წყლულები, რომლებიც 5 – 7 დღეში ქრება და იფარება აღდგენილი უჯრედებით.

დაავადების მსუბუქი ფორმისას, გამონაყარი ერთეულია. ყოველი ახალი გამოყრა მიმდინარეობს ტემპერატურის აწევით. გამონაყარის მაქსიმალური გამოვლინებისას ბავშვები უჩივიან საერთო სისუსტეს, მადის დაქვეითებას, ძილის დარღვევას, კანის ქავილსა და ინტოქსიკაციის სხვა გამოვლინებებს.

ზოგ შემთხვევაში, განსაკუთრებით ჩვილ ბავშვებში, კვების მოშლისა და იმუნოდეფიციტის არსებობის შემთხვევებში, ჩუტყვავილა მიმდინარეობს მძიმედ, სხვადასხვა ორგანოებისა და განსაკუთრებით ცენტრალური ნერვული სისტემის სერიოზული და სიცოცხლისათვის საშიში დაზიანებით.

პროგნოზი. ტიპიურ შემთხვევებში გამოსავალი კეთილსაიმედოა. შინაგანი ორგანოების დაზიანებისას და რისკის ჯგუფებში – პროგნოზი სერიოზულია.

მკურნალობა. აუცილებელია ჰიგიენური პირობების დაცვა, რათა თავიდან აიცილოთ მეორადი ინფექციის დართვის საშიშროება. საჭიროა ტანსაცმლისა და თეთრეულის ყველდღიური გამოცვლა და აბაზანის მიღება. ყოველი ჭამის შემდეგ, ბავშვს პირის ღრუში გამოავლეთ წყალი. კანი და ლორწოვანი გარსები დაამუშავეთ ანტისეპტიური საშუალებებით (მაგ. ბრილიანტის მწვანე). ქავილის დასაწყნარებლად გამოიყენეთ დამამშვიდებელი მედიკამენტები. პატარა ბავშვებს ჩააცვით ხელთათმანები და დააჭერით ფრჩხილები, რათა ქავილის გამო არ დაიზიანონ კანი და არ მოხდეს მეორადი დაინფიცირება. ბაქტერიული ინფექციის დართვისას, ინიშნება ანტიბიოტიკები.



ინფექციური ერითემა ანუ მეხუთე დაავადება.

დაავადებას იწვევს ვირუსი. უპირატესად ავადდებიან 5 – 15 წლის ასაკის ბავშვები. დაავადება მიმდინარეობს ინტოქსიკაციის გარეშე, დამახასიათებელია ბადისებური გამონაყარი.

დაავადება განსაკუთრებით გადამდებია გამონაყარის წინა პერიოდში. და რადგან, ამ დროს, ბაშვის საერთო მდგომარეობა სრულიად

დამაკმაყოფილებელია, იგი კონტაქტშია სხვა ბავშვებთან და დაავადება ვრცელდება მათზეც.

კლინიკა.

დაინფიცირებიდან დაავადების გამოვლენამდე პერიოდი, მერყეობს 7-21 დღემდე.

დაავადება იწყება ერთბაშად, ნორმალური ან სუბფებრილური ტემპერატურის ფონზე. დამახასიათებელი გამონაყარი ჩნდება სამ ეტაპად: დასაწყისში ვლინდება მკაფიო სიწითლე ლოყებზე, რასაც - „ალიყურის“ ან „სილის გაწვნის“ სინდრომს უწოდებენ. ამის შემდეგ, მოწითალო, ლაქოვანპაპულოზური გამონაყარი ჩნდება ტანზე და კიდურებზე. შემდეგ გამონაყარის ცალკეული ელემენტები ერთიანდებიან. ზოგჯერ გამონაყარი ჩნდება ჯერ ტანზე და შემდეგ – სახეზე.

ცხვირის წვერისა და ტუჩების ირგვლივ, კანი რჩება ფერმკრთალი. ცხვირის ზურგისა და ლოყების სიწითლე ქმნის „პეპელას ფრთების“ სურათს. პირველ ან მეორე დღეს გამონაყარი გადადის მთელ ტანსა და კიდურებზე.

გამონაყარი გაფერმკრთალებას იწყებს ცენტრიდან და იღებს ბადისებურ ფორმას. დამახასიათებელია ზომიერი ქავილი.

გამონაყარის ხანგრძლივობა მერყეობს 2-დან 39 დღემდე. გამონაყარის ალაგების შემდეგ არ ჩნდება კვალი და არ ახასიათებს აქერცვლა. პერიოდულად, შესაძლოა აღინიშნოს განმეორებითი გამონაყარი, რაც უკავშირდება ორგანიზმის გადაღლას, სტრესულ მდგომარეობას, ცხელი აბაზანის მიღებას და სხვა.

დაავადება, მოზრდილებში, მიმდინარეობს უფრო მძიმედ ვიდრე მცირე ასაკის ბავშვებში და შეიძლება გამოვლინდეს ზოგადი ინტოქსიკაცია, თავის ტკივილი, ცხვირისა და ხახის ლორწოვანის ანთება და კუჭ-ნაწლავის პრობლემები.

მკურნალობა. სპეციალურ მკურნალობა საჭირო არ არის. საჭიროების შემთხვევაში, გამოიყენეთ ტემპერატურის დამწევი და ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებები. ცალკეული პათოლოგიური სიმპტომის გამოვლენის შემთხვევაში, ექიმის მიერ, ინიშნება შესაბამისი მკურნალობა.



უეცარი ეგზანთემა ანუ მეექვსე დაავადება.

დაავადების გამომწვევი არის ვირუსი, რომელიც ადამიანის ჰერპესვირუსებს მიეკუთვნება.

დაინფიცირებიდან დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენამდე პერიოდი შეადგენს 5 - 15, დღეს.

უმეტესად ავადდებიან მცირე (6-18 თვის) და 3 წლის ზევით ასაკის ბავშვები. დაავადება გადაეცემა ჰაერწვეთოვანი გზით.

კლინიკა.

დაავადება იწყება უეცრად, ტემპერატურის მკვეთრი მომატებით 39-41 გრადუსამდე, ზოგჯერ კრუნჩხვით. მე-4 მე-5 დღეს, ტემპერატურა სწრაფად ეცემა ნორმამდე. ტემპერატურის ნორმალიზაციიდან რამდენიმე საათში ჯერ ტანზე, შემდეგ კისერსა და ხელებზე ვრცელდება გამონაყარი. სახესა და კიდურებზე გამონაყარი მცირეა ან არ არის. გამონაყარი, წითელი, ლაქოვანი ან ლაქოვან-პაპულოზურია. იგი, 1-2 დღეში ფერმკრთალდება და ქრება. გამონაყარი იშვიათად იქერცლება და არ ტოვებს კვალს. ზოგჯერ, დიდდება კისრის ლიმფური კვანძები.

პროგნოზი კეთილსაიმედოა. იშვიათ შემთხვევებში დაავადება მიმდინარეობს მძიმედ, რაც გამოიხატება ხანგრძლივი ცხელების ფონზე მიმდინარე კრუნჩხვებით, თავის ტვინისა და ღვიძლს დაზიანებით.

მკურნალობა. სპეციფიკური მკურნალობა არ არსებობს. საჭიროებისას იყენებენ დამამშვიდებელ, ტკივილ დამაყუჩებელ და სიცხის დამწევ საშუალებებს.



პაროტიტული ინფექცია (ყბაყურა)

ინფექციური პაროტიტი (ყბაყურა) წარმოადგენს მწვავე ვირუსულ, ინფექციას, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ჯირკვლოვანი ორგანოების, უფრო ხშირად, სანერწყვე ჯირკვლების, ნაკლებად კუჭქვეშა, სათესლე, საკვერცხე და სარძევე ჯირკვლის, აგრეთვე, ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება (მენინგიტი, მენინგოენცეფალიტი).

ინფექციის გადაცემის მექანიზმი ჰაერწვეთოვანია და წითელასა და წითურასაგან განსხვავებით დაინფიცირებისათვის საჭიროა ახლო კონტაქტი. დადგენილია, რომ ვირუსი ნერწყვით გამოიყოფა სანერწყვე ჯირკვლების გადიდებამდე 6 დღით ადრე და 9 დღე – მის შემდეგ. ამიტომ, დაავადება გადამდებია გამოვლენამდე, ბოლო 5 – 6 დღე და დაავადების პირველ 3-5 დღე. გამორიცხული არ არის ინფექციის გადაცემა ნერწყვით, დაჭუჭყიანებული სათამაშოებით და სხვა საგნებით.

სეზონურობა ვლინდება ზამთარში და გაზაფხულზე.

უმთავრესად ავადდებიან 1-დან 15 წლამდე ასაკის ბავშვები; წლამდე ასაკის ბავშვებში დაავადება იშვიათია, რაც დედისაგან მიღებული პასიური იმუნიტეტის შედეგია. თუ ორსულმა, მშობიარობამდე 1 კვირით ადრე, გადაიტანა ეპიდემიური პაროტიტი, მაშინ ახალშობილს შეიძლება, ჰქონდეს დაავადების კლინიკური ნიშნები ან ეს ნიშნები გამოიხატოს დაბადების შემდეგ.

გადატანილი ინფექცია ტოვებს მყარ იმუნიტეტს. დაავადების მე-7 - 9 დღეს ორგანიზმს უკვე გააჩნია სრული იმუნიტეტი. განმეორებითი დაავადება ძალიან იშვიათია.

ორგანიზმში ვირუსის შეჭრა ხორციელდება სასუნთქი გზების, , პირის ღრუს და თვალის ლორწოვანიდან. ლორწოვან გარსებში გამრავლების შემდეგ, ვირუსი, სისხლის გზით, ვრცელდება მთელს ორგანიზმში და სახლდება შინაგან ორგანოებში. პირველ რიგში ზიანდება ჯირკვლოვანი ორგანოები (ყბაყურა, ყბისქვეშა, ენისქვეშა, სანერწყვე, სათესლე ჯირკვლები, საკვერცხეები, პანკრეასი) და ცენტრალურ ნერვულ სისტემა.

სათესლე ჯირკვლების დაზიანება შეიძლება გამოიხატოს, დაწყებული – უმნიშვნელო შეშუპებით, სპერმატოციტების გამომუშავების დარღვევის გარეშე, დამთავრებული – ჯირკვლების ატროფიით.

ძოგჯერ, ადგილი აქვს პანკრეასის მძიმე დაზიანებას

პაროტიტული მენინგიტის დროს ადგილი აქვს ტვინის შეშუპებას.

კლინიკა.

დაინფიცირებიდან, დაავადების გამოვლენამდე პერიოდი, საშუალოდ, 11-დან 24 დღეა. იშვიათად, დაავადების წინ, 1 – 2 დღის განმავლობაში, გამოხატულია საერთო სისუსტე, ცხელება და თავისა და კუნთების ტკივილი, განსაკუთრებით კისრის მიდამოში.

უფრო ხშირად დაავადება იწყება ერთბაშად – ტემპერატურის მატებით 39 გრადუსამდე, ყბაყურა ჯირკვლის ცალმხრივი ან ორმხრივი შეშუპებით და მტკივნეულობით. უფრო ხშირია ყბაყურა ჯირკვლის ცალმხრივი გადიდება. 1-3 დღის შემდეგ, შეიძლება გადიდდეს მეორე ჯირკვლიც. ზოგჯერ, ორივე ჯირკვალი დიდდება ერთდროულად.

მოგრძო ან ოვალური ფორმის ჯირკვალი შეიგრძნობა და ისინჯება ქვედა ყბის გარეთა კიდის შიგნით. ეს მიდამო შეშუპებული და დაჭიმულია. კანი ამ მიდამოში, ინარჩუნებს ნორმალურ ფერს. მტკივნეულობა ძლიერდება ღეჭვისა და ყლაპვის დროს. ყურის ბიბილო, შეშუპების გამო, წინ არის წამოწეული. შეშუპება თანდათან ცხრება, 3-7 დღის შემდეგ ქრება და ტემპერატურაც ნორმალური ხდება.

პაროტიტული ინფექცია ხშირად მიმდინარეობს ტალღისებურად, ტემპერატურის განმეორებითი მატებით, რაც გამოწვეულია პროცესში ახალი ჯირკვლოვანი ორგანოს ან ცენტრალური ნერვული სისტემის ჩართვით.

მკურნალობა.

მძიმე მიმდინარეობისას საჭიროა ჰოსპიტალიზაცია. მწვავე პერიოდში ნაჩვენებია წოლითი რეჟიმი, სითხის უხვი მიღება, პირის ღრუს ჰიგიენა – ყოველი ჭამის შემდეგ 2%-იანი სოდიანი წყლის ან ბორის მჟავას ხსნარის გამოვლება.

მაღალი ტემპერატურისა და ტკივილის დროს საჭიროა ტემპერატურის დამწევი და ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებები (პარაცეტამოლი). დაზიანებულ ჯირკვალზე რეკომენდებულია მშრალი სითბო (სათბური). პანკრეასის დაზიანების დროს, საჭიროა თხიერი დიეტა და ცილისა და ცხიმის შეზღუდვა.

მენინგიტის დროს, ნაჩვენებია ზურგის ტვინის პუნქცია.

პროფილაქტიკა. ავადმყოფი უნდა იყოს იზოლირებული 9 დღით, კლინიკური სურათის მოხსნამდე. თუ დაავადებულთან კონტაქტში იმყოფებიან აუცრელი ბავშვები, საჭიროა მათი დაუყოვნებლივ აცრა. თუ დაავადებულთან კონტაქტში მყოფი აუცრელი ბავშვის იმუნიზაციას რაიმე უკუჩვენება აქვს, ასეთი ბავშვის ორგანიზებულ დაწესებულებაში (საბავშვო ბაღი. სკოლა და ა.შ.) დაშვება არ შეიძლება 26 დღის განმავლობაში.

აქტიური იმუნიზაცია ტარდება ცოცხალი ვაქცინით რაიმე გვერდითი მოვლენების გარეშე. იშვიათად, ვაქცინაციიდან 10-17 დღის შემდეგ, შეიძლება განვითარდეს მსუბუქი ფორმის პაროტიტი.

ვაქცინაცია ეფექტურიაა 97%-ში.

კალენდარული გეგმით, იმუნიზაცია ტარდება 15-18 თვის ასაკში; ერთჯერადად.



ყივანახველა.

ყივანახველა მიეკუთვნება საუნთქი სისტემის მწვავე ინფექციებს. იგი ვრცელდება ჰაერწვეთოვანი გზით. კლინიკური მიმდინარეობისათვის დამახასიათებელია ნერვული სისტემის დაზიანება და თავისებური, შეტევითი ხველა.

დაავადების გამომწვევია მიკრობი – ე.წ. „ბორდე-ჟანგუს ჩხირები"

ინფექციის წყაროს წარმოადგენს ავადმყოფი, განსაკუთრებით, დაავადების პირველ დღეებში. შემდგომ პერიოდებში, დასნებოვნების ინტენსიობა თანდათან იკლებს.

დაავადებულიდან, გარემოში მიკრობების გავრცელების საშიშროება გრძელდება 4-5 კვირა. გავრცელების თვალსაზრისით, ყველაზე მეტ საშიშროებას ქმნიან დაავადების წაშლილი ფორმები (მცირე კლინიკური გამოვლინებით), რომელთა სიხშირეს 50–70%--ს აღწევს. უფრო ხშირად ავადდებიან 1-დან 7 წლამდე ასაკის ბავშვები,

ინფექციის გადატანის შემდეგ, ძირითადად, ყალიბდება, მყარი იმუნიტეტი. აცრის შედეგად, ყოველთვის არ ყალიბდება მყარი იმუნიტეტი და შესაძლებელია დაავადების განმეორება. ამიტომ საჭიროა რევაქცინაცია.

კლინიკა.

დაინფიცირებიდან დაავადების კლინიკურ გამოვლინებამდე პერიოდი მერყეობს 6-დან 20 დღემდე. არჩევენ დაავადების მიმდინარეობას სამ პერიოდს: კატარული, სპაზმური ხველის (პაროქსიზმები) და გამოჯანმრთელების.

დაავადების ხანგრძლივობა შეადგენს 6-8 კვირას. კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია გამომწვევი ჩხირების იმუნურ და

ტოქსიურ თავისებურებასა და ადამიანის ორგანიზმის იმუნურ სტატუსზე.

კატარული პერიოდი ვითარება თანდათანობით, სუსტად გამოხატული მშრალი ხველით, სურდოთი და სკლერების სიწითლით. ტემპერატურა ზომიერად მომატებული ან ნორმის ფარგლებშია, თუმცა, იშვიათად, შეიძლება იყოს მაღალიც.

ყივანახველას დიაგნოზის დასმა ამ პერიოდში ძალიან ძნელია და ამის გამო, რომ ბავშვის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია იგი განაგრძობს ბაღსა თუ სკოლაში სიარულს, რა დროსაც ასნებოვნებს სხვა ბავშვებსაც.

1-2 კვირის მანძილზე ხველა ხდება შემაწუხებელი, განსაკუთრებით ღამის საათებში და იღებს სპაზმურ ხასიათს. ვითარდება სპაზმური ხველის შეტევები. გამოხატულია ე.წ. „რეპრიზები“, როდესაც ხდება წრაფი ამოსუნთქვის ბიძგების სერია, მათ შორის შესუნთქვის ინტერვალის გარეშე და ხველის ბიძგების დამთავრები შემდეგ, ხდება მსტვინავი ხასიათის ძლიერი ჩასუნთქვა. სპაზმური ხველის დროს შესაძლებელია, აღინიშნოს რამდენიმე რეპრიზი. რაც უფრო მძიმედ მიმდინარეობს ყივანახველა, მით უფრო ხანგრძლივია სპაზმური ხველა და ხშირია რეპრიზების რიცხვი. სპაზმური პერიოდის დასაწყისში ხველითი შეტევები უფრო ნაკლებია და ძლიერდება და ხშირდება დაავადების მე-2-3 კვირას.

სპაზმური, ხველის შეტევა იწყება უეცრად და მას ხშირად უსწრებს წინ ხანმოკლე სიმპტომები: როგორიცაა მოუსვენრობა, ბავშვები ეძებენ საყრდენ წერტილს (მაგ. ეჭიდებიად რაიმე მყარ საგანს), უჩივიან ყელში ფხაჭნის შეგრძნებას, სიმძიმეს გულმკერდის არეში (აურა). ავადმყოფს სპაზმური ხველის შეტევის დროს აქვს დამახასიათებელი სახე; იგი წამოწითლებული ან გაფითრებულია, თვალები გადმოკარკლული და ჩასისხლიანებულია, ენა გამოყოფილია მაქსიმალურად, ენის წვერი კი ზემოთაა აზნექილი, გაძლიერებულია ნერწყვისა და ცრემლის დენა, კისრის ვენები დაბერილია და დაჭიმული. მძიმე ხველითი შეტევა გრძელდება მანამ, ვიდრე ბავშვი ლორწოს არ ამოახველებს. ზოგჯერ შეტევა მთავრდება ღებინებით. **ეს უკანასკნელი მიეკუთვნება დაავადების ტიპიურ სიმპტომს. სპაზმური ხველის შერწყმა ღებინებასთან ითვლება იმდენად დამახასიათებელ ნიშნად, რომ ამ დროს, ეჭვი ყოველთვის უნდა მივიტანოთ ყივანახველაზე.**

რეპრიზი ყველა ავადმყოფს არ აღენიშნება. დაავადების მსუბუქი და საშუალო სიმძიმით მიმდინარეობისას ბავშვები აქტიურნი რჩებიან, თამაშობენ. დაავადების მძიმე მიმდინარეობის დროს, შეიძლება გამოიხატოს სასუნთქი, გულ-სისხლძარღვთა და ნერვული სისიტემის დაზიანებინის ნიშნები - ძილის დარღვევა, მიმიკური კუნთების უნებლიე მოძრაობა, კრუნჩხვები, გონების დაკარგვა და სხვ.

პერიფერულ სისხლში დამახასიათებელია ლეიკოციტებისა და ლიმფიციტების მატება.

გამოჯანმრთელების პერიოდი გრძელდება 2 - 4 კვირა. დაავადების ყველა ნიშანი თანდათანსუსტდება და ქრება.

უფრო მოგვიანებით შესაძლებელია, ადგილი ჰქონდეს ხველის შეტევებს – ე.წ. „ცრუ რეციდივებს“ ბორდე-ჟანგუს ჩხირების მონაწილეობის გარეშე. ასეთი „რეციდივები“ ვითარდება ზემო სასუნთქი გზების ინფექციების დართვის, ცივი ჰაერის შესუნთქვის ან ფიზიკური დატვირთვის დროს. შეტევითი ხასიათის ხველის რეციდივებს, ზოგჯერ, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს თვეების, ანდა წლების განმავლობაშიც. ეს მდგომარეობა გამოწვეულია ერთი მხრივ სასუნთქი სისტემის ლორწოვანი გარსის ე.წ. „ჰიპერრექტიულობით“ (მგრძნობელობის გაძლიერებით) და მეორე მხრივ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში გაჩენილი „აგზნების კერის“ არსებობით.

გართულებები. პნევმონიით გართულება, სამ წლამდე ასაკის ბავშვებში, ზოგჯერ სიკვდილის მიზეზი ხდება. პნევმონია შეიძლება თვით ყივანახველას გამომწვევმა მიკრობმაც გამოიწვიოს, თუმცა უფრო ხშირად, ეს, განპირობებულია მეორადი ინფექციით.

გართულებებს მიეკუთვნება ენცეფალოპათიაც (თავის ტვინის ქსოვილების ფუნქციური დაზიანება), რომელიც მხოლოდ ყივანახველას მძიმე ფორმების დროს გვხვდება და შეიძლება, მიმდინარეობდეს კრუნჩხვებით, კისრის კუნთების დაჭიმულობით და კომითაც კი.

მძიმე ფორმების დროს შეიძლება განვითარდეს სისხლდენა ცხვირიდან, სისხლჩაქცევები კონიუნქტივაში, და უფრო იშვიათად – თავის ტვინში.

ხშირი სპაზმური ხველის შედეგია, აგრეთვე, სპონტანური პნევმოთორაქსი, (პლევრის მთლიანობის დარღვევა და მასში ჰაერის შესვლა, რაც ფილტვის გაშლას აფერხებს), ჭიპისა და საზარდულის თიაქარი და სხვა გართულებები.

ვაქცინირებულ ბავშვებში დაავადება მიმდინარეობს წაშლილი ფორმით, სპაზმური ხველის გარეშე.

ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა. დაავადების ბუნების ზუსტი დადგენა ეყრდნობა "ბორდე-ჟანგუს ჩხირების" აღმოჩენას, რაც დაავადების დასაწყისში უკეთ ხერხდება.

ექსპრეს-დიაგნოსტიკა ტარდება ხახიდან აღებული ნაცხის მიკროსკოპული გამოკვლევით. თუმცა მას ნაკლები დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს.

მკურნალობა ტარდება დაავადების პათოგენეზის თავისებურებების გათვალისწინებით.

კატარული და სპაზმური პერიოდის პირველ დღეებში ინიშნება ერითრომიცინი 50მგ/კგ სხეულის მასაზე დღე-ღამეში, ამპიცილინი 100მგ/კგ დღე-ღამეში. ყოველი მათგანი ინიშნება დღეში 4 მიღებაზე 14 დღის განმავლობაში. ასეთი მკურნალობა ეფექტურია დაავადების ადრეულ სტადიაზე. შემდგომ პერიოდში მკურნალობის ეფექტურობა მცირდება.

სპაზმური ხველის სიხშირისა და სიმძიმის შემცირებისათვის, ზოგჯერ გამოიყენება კორტიკოსტეროიდები და/ან ალბუტეროლი, რომლებიც ხსნიან ბრონქოსპაზმს, ამცირებენ სუნთქვის ცენტრის აგზნებადობას, ხელს უწყობენ ავადმყოფის დამშვიდებას. შესაძლებელია ხველის ცენტრალური სუპრესანტების და სედაციური პრეპარატების გამოყენება.

მძიმე შემთხვევებში და განსაკუთრებით მცირე ასაკის ბავშვებში საჭიროა ჰოსპიტალიზაცია.

პროგნოზი სერიოზულია, განსაკუთრებით 5 თვემდე ასაკის ბავშვებში, სადაც სიკვდილობის მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია.

პროფილაქტიკა. ავადმყოფის იზოლაცია ხდება დაავადების ადრეულ პერიოდში (დიაგნოზის დასმა ხშირად სპაზმური ხველის პერიოდში ხერხდება).

ავადმყოფი თავსდება, სახლის პირობების დროს, ცალკე ოთახში ან კეთდება განმაცალკავებელი შირმა. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი დაავადების ადრეულ სტადიაზე იღებდა ანტიბიოტიკს, საკმარისია მისი 5 დღით იზოლირება. თუ ანტიბიოტიკს არ იღებდა – იზოლაციის დრო შეადგენს 3 კვირას.

სპეციფიკური პროფილაქტიკა.

პროფილაქტიკური აცრა ტარდება კალენდარული გეგმის მიხედვით. კონტაქტის შემთხვევაში, აუცილებელია ვაქცინაცია, თუ იგი ჩატარებული არ არის.

ქიმიოპროფილაქტიკა. კონტაქტში მყოფ ახალშობილებში, წარმატებით გამოიყენება ერითრომიცინი.

კონტაქტის შემთხვევაში, მიუხედავად უწინ გაკეთებული აცრისა, რეკომენდირებულია ბავშვებს ჩაუტარდეს ყივანახველა-დიფთერია-ტეტანუსის აცრა დამატებითი დოზებით. აცრები არ კეთდება, თუ უკანასკნელი, დამამთავრებელი ვაქცინაციიდან არ გასულა 6 თვეზე მეტი. მაგრამ ასეთ შემთხვევაში, მაინც უნიშნავენ ერითრომიცინს 50 მგ/კგ სხეულის მასაზე დღე-ღამეში 4 მიღებაზე, 10 დღის განმავლობაში.

ყივანახველა გადატანილი 7 წლის ასაკის ბავშვები, კონტაქტის შემთხვევაში არ ექვემდებარებიან განცალკევებას, თუმცა მათზე წესდება მეთვალყურეობა 25 დღის განმავლობაში.



პარაყივანახველა.

პარაყივანახველა მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ყივანახველას, კლინიკური სიმპტომატიკით, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ მისი ხანგრძლივობა უფრო მოკლეა, არ აღემატება 2-3 კვირას და მიმდინარეობს იოლი ფორმით, გართულებების გარეშე.

გამომწვევი აგენტი წარმოადგენს მიკრობს.

ყივანახველასაგან განსხვავებით, უფრო ხშირად ავადდებიან 2-დან 10-წლამდე, ნაკლებად კი – წლამდე ასაკის ბავშვები. დაავადების გადაცემის მექანიზმი ჰაერ-წვეთოვანია. ინფექციის წყაროს წარმოადგენს ავადმყოფი ან, უფრო ნაკლებად, ბაქტერიამტარებელი.

კლინიკა.

დაინფიცირებიდან დაავადების გამოვლინებამდე პერიოდი შეადგენს 3-დან 15-დღეს. დაავადება, უმრავლეს შემთხვევაში, მიმდინარეობს ტემპერატურის გარეშე და იწყება ხველით, რომელიც თანდათან ძლიერდება. ზოგჯერ, ხველა სპაზმურ, და შეტევით ხასიათსაც იღებს. აღინიშნება რეპრიზი და ღებინება. ასეთ შემთხვევაში პარაყივანახველა მოგვაგონებს ყივანახველას – მკაფიოდაა გამოხატული დაავადების სამივე კლინიკური პერიოდი (კატარული, სპაზმური ხველისა და გამოჯანმრთელების სტადია), თუმცა ყივანახველასაგან განსხვავებით, სპაზმური ხველის ხანგრძლივობა და სიხშირე უფრო ნაკლებია და არ აღემატება 5-7 შეტევას დღე-ღამეში. თუნცა შემთხვევათა 2/3 –ში დაავადება მიმდინარეობს წაშლილი ფორმით, სპაზმური ხველის გარეშე, მწვავე რესპირაციული ვირუსული ინფექციის მსგავსად – ბრონქიტის ტიპის ხველით, რის გამოც დიაგნოზის დადგენა რთულია. **მკურნალობა.** მხოლოდ სიმპტომურია.

პროფილაქტიკა. როგორც ყივანახველას დროს, აქაც ტარდება საერთო პროფილაქტიკური ღონისძიებები. სპეციფიკური აცრები არ ტარდება.

1 წლის ზევით ბავშვები და მოზრდილები, მათ შორის, ბავშვთა კოლექტივის მომსახურე პერსონალი იზოლირებას (კარანტინს) არ ექვემდებარება.



ინფექციურ დაავადებათა იმუნოპროფილაქტიკა.

ინფექციურ დაავადებათა იმუნოპროფილაქტიკა (პროფილაქტიკური აცრები) წარმოადგენს კაცობრიობის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს მიღწევას, რომელმაც კარდინალურად შეცვალა ადამიანთა ცხოვრება – გახადა იგი მნიშვნელოვნად უფრო უხიფათო და დაიცვა მოსახლეობა ისეთი უაღესად საშიში დაავადებებისაგან, როგორიცაა შავი ჭირი, ცოფი, ციმბირის წყლული, წითელა, გრიპი და სხვა,

რომლებიც, საუკუნეების განმავლობაში, მუსრს ავლებდა დედამიწის მოსახლეობას.

წითელა და გრიპი, აქ, იმიტომ ვახსენე, რომ დღეს, ცოტამ თუ იცის, რომ პროფილაქტიკური აცრების შემოღებამდე, წითელათი დაავადებული ბავშვების საკმაოდ მნიშვნელოვანი ნაწილი სასიკვდილოდ იყო განწირული, ხოლო ჩრდილოეთ ამერიკის მკვიდრი მისახლეობის უმეტესობა, ესპანელ კონკისკადორებთან ომს კი არა, სწორედ წითელას ეპიდემიას ემსხვერპლა.

იგივე შეიძლება ითქვს გრიპის შესახებ: მაგ. 50-იან წლებში, "ისპანკას" სახელით გავრცელებულმა სეზონურმა გრიპის ვირუსმა, ევროპაში, რამდენიმე მილიონი ადამიანის სიცოცხლე შეიწირა.

ინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკის მიზნით, ვაქცინაციის მეთოდის შემოღებას, დიდი ხნის ისტორია არა აქვს. ყველაფერი კი იმით დაიწყო, რომ 1796 წელს. ინგლისელმა პრაქტიკოსმა ექიმმა ჯენერიმ, შეამჩნია, რომ მწველავი ქალი სრულიად უშიშრად უვლიდა ყვავილით დაავადებულ პაციენტს.

თუ გავითვალისწინებთ იმ რეალობას, რომ ყვავილი ძალიან მძიმე დაავადებაა და ამ სნეულების მქონე პაციენტის გადარჩენის შანსი მინიმალურია, ჯენერის ეს გაოცება სრულიად ბუნებრივი იყო. მას, იქ მყოფმა ფერმერებმა, აუხსნეს, რომ მწველავ ქალს "ძროხის ყვავილი" ჰქონდა გადატანილი და ამიტომ, მას ადამიანის ყვავილი აღარ დაემართებოდა. ძროხის ყვავილი, ადამიანის ყვავილის მსგავსი ინფექციური დაავადებაა, რომელიც ძირითადად მსხვილფეხა რქიან პირუტყვს ემართება, გადადის ადამიანზეც, მიმდინარეობს მსუბუქად და არ წარმოადგენს სიცოცხლისათვის საშიშ დაავადებას. ის ფაქტი კი, რომ ძროხის ყვავილის გადატანის შემდეგ, ადამიანი ჩვეულებრივი ყვავილის ვირუსით აღარ ავადდება – მედიცინისათვის არ იყო ცნობილი. მაგრამ ეს მოვლენა შეამჩნიეს ჩვეულებრივმა ადამიანებმა და ამას პრაქტიკაშიც იყენებდნენ (ყვავლიით დაავადებულებს უვლიდა ის პირი, ვისაც ძროხის ყვავილი ჰქონდა გადატანილი).

როგორც ჩანს, ექიმი ჯენერი დაკვირვებული ადამიანი იყო და მიხვდა, რომ რაღაც ძალიან მნიშვნელოვას მიაგნო. მან ჩაატარა გაბედული ექსპერიმენტი და 10 წლის ბიჭი ხელოვნურად დაასნებოვნა ძროხის ყვავილით. ბიჭმა მსუბუქად იავადმყოფა და გამოჯანმრთელდა. ამის შემდეგ, ჯენერიმ ბიჭი ადამიანის ყვავილით დაასნებოვდა და ბავშვი ავად არ გახდა.

ასეთი ექსპერიმენტის ეთიკური და იურიდიული შეფასება, დღეს ძალიან მძიმე იქნებოდა. მაგრამ ფაქტია, რომ ამ მოვლენამ საფუძველი დაუდო ვაქცინაციის მეთოდის გამოყენებას ინფექციურ დაავადებათა თავიდან ასაცილებლად და კაცობრიობა იხსნა მრავალი უბედურებისაგან.

შემდგომში, ჯენერის ექსპერიმენტების შედეგებზე დაყრდნობით, გენიალურმა ფრანგმა მეცნიერმა, **ლუი პასტერმა,** რომელიც **"კაცობრიობის მხსნელთა"** სიაში შედის, დაამუშავა ვაქცინაციის თეორია, შექმნა ვაქცინების დამზადების წესი და პირველმა ჩაატარა ცოფის საწინააღმდეგო აცრები.

ამის შედეგია ის, რომ ისეთი საშიში დაავადება, როგორიც ყვავილია, დღეისათვის მთელ მსოფლიოშია ლიკვიდირებული. მინიმუმამდეა დაყვანილი დიფთერიის და პოლიომიელიტის შემთხვევები და ა.შ.

საქართველოში ბავშვთა სავალდებულო ვაქცინაციის სქემა.

ვაქცინები/ ბავშვის ასაკი	0-12 სთ.	0-5 დღე.	2 თვე	3 თვე	4 თვე	12 თვე	18 თვე	5 წელი	14 წელი
ბცჟ (BCG)		+							
ჰეპ B. (Hep B)	+								
დტყ+ჰეპ (DTP+HepB-Hib)			+	+	+				
დტყ (DTP)							+		
ოპვ/იპვ (opv/ipv)			+	+	+		+	+	
წწყ (MMR)						+		+	
დტ (DT)								+	
როტ. ვირ. (Rot. vir.)			+	+					
პნევმოკოკ. (PCV)			+	+		+			

აბრევიატურის მნიშვნელობა:

- ბცჟ **(BCG)** – ჯერრარისა და კალმიტის ბაქტერია. ანტიტუბერკულოზური ვაქცინა.
- ჰეპ. **B (Hep B).** **B** –ჰეპატიტის ვაქცინა.
- დტყ + ჰეპ. **(DTP+Hep B-Hib).** დიფთერია-ტეტანუსი-ყივანახველა-ჰეპატიტი.
- ოპვ/იპვ **(OPV/IPV).** პოლიომიელიტის ორალური/ინაქტივირებული (პირის ღრუში ჩასაწვეთებელი) ვაქცინა.
- წწყ **(MMR).** წითელა-წითურა-ყბაყურა.
- დტ **(DT).** დიფტერია-ტეტანუსი.
- როტ.ვირ (Rot.Vir). როტავირუსი.
- პნევმოკ. (PCV). პნევმოკოკი.

გარდა სავალდებულო კალენდარული ვაქცინაციისა, არსებობს სეზონური (მაგ. გრიპის) და ეპიდემიური მდგომარეობიდან გამომდინარე სხვა ვაქცინაცია.

ზოგიერთ ქვეყანაში სავალდებულო კალენდარული ვაქცინაცია ითვალისწინებს ***haemofilus influensa*** და ***pneumococus*** სხვადასხვა შტამების საწინააღმდეგო ვაქცინაციას, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს, ამ ქვეყნებში, სასუნთქი სისტემის ბაქტერიული დაავადებებისა და მენინგიტის გავრცელების ალბათობას.

თავი V

მოზარდთა ასაკის პრობლემები.



მოზარდი

მოზარდთა (10 – 12 წლიდან 18 – 20 წლამდე) ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, გარკვეულად განსხვავდება უფრო მცირე ასაკის ბავშვთა პრობლემებისაგან. ამ ასაკში მნიშვნელოვნად მცირდება გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე და იცვლება იმ დაავადებათა სტრუქტურაც, რის გამოც მათი სამედიცინო დახმარება ხდება საჭირო. იკლებს სასუნთქი სისტემის და ინფექციურ პათოლოგიათა წილი და ჩნდება ისეთი მდგომარეობები, როგორიცაა ძალადობის შედეგები, ქცევისა და მენტალური პრობლემები, სექსუალურად გადამდები ინფექციები, ორსულობა, ნარკოტიკული, ნიკოტინური, ალკოჰოლური და სხვა სახის ფაქტორთა მიერ გამოწვეული ინტოქსიკაციის, საავტომობილო (და სხვა სახის სატრანსპორტო) ტრავმატიზმისა და სუიციდის (თვითმკვლელობის) შემთხვევები.

იმ ქრონიკული დაავადებებიდან, რომლებიც გავლენას ახდენენ მოზარდთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, განსაკუთრებით საყურადღებოა გულის დაავადებები, შაქრიანი დიაბეტი, და სიგარეტის მოხმარებასთან დაკავშირებული სასუნთქი სისტემის პრობლემები. ამ ასაკში, სიმსუქნე არის უმნიშვნელოვანესი რისკ-ფაქტორი გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა განვითარებისათვის. თუმცა, ამავე დროს, სიმსუქნე კორელაციაშია ისეთ დაავადებებთან და მდგომარეობებთან, როგორებიცაა ჰიპერტონია, შაქრიანი დიაბეტი და ართრიტი.

ა.შ.შ.-ში, 25 – 35 წლის ასაკის ახალგაზრდების სიკვდილობის მიზეზთა შორის მნიშვნელოვანი პროცენტი მოდის **შიდსზე,** რომელიც სიკვდილამდე გაცილებით ადრე – სწორედ **მოზარდობის პერიოდში იწყება**. ასევე მნიშვნელოვანია B და C **ჰეპატიტის** როლი ადამიანთა ინვალიდიზაციისა და სიკვდილობის სტრუქტურაში და ისიც ფაქტია,

რომ ეს დაავადებაც, ხშირ შემთხვევაში, მოზარდობის პერიოდსა და ახალგაზრდა ასაკში იღებს სათავეს.



დეპრესია.

დეპრესია, უხშირესად, პუბერტალური პერიოდის (სქესობრივი მომწიფების პერიოდი) პათოლოგიაა. გოგონებში იგი უფრო ხშირად ვითარდება პრეპუბერტალურ (სქესობროივი მომწიფების წინა) და ვაჟებში – პოსტპუბერტალურ (სქესობრივი მომწიფების შემდგომ) პერიოდებში.

ა.შ.შ.-ში, სხვადასხვა ხარისხით გამოხატული დეპრესია, აღინიშნება მოზარდთა და ახალგაზრდა ასაკის მქონე პირთა 15% - 20%-ში. დეპრესიასთან მიახლოებული ისეთი დარღვევები კი, როგორიცაა შფოთვა და ყურადღების დეფიციტი – გაცილებით უფრო ხშირია. თუმცა, უხშირეს შემთხვევაში, ეს მოვლენები დროებითია და გაივლის სქესობრივი მომწიფების ასაკის ჩამთავრების შემდეგ.

დეპრესიის გამომწვევ მიზეზებს შორის, გადამწყვეტ როლს, გენეტიკურ ფაქტორებს ანიჭებენ. ბავშვები, რომელთაც დეპრესიისაკენ მიდრეკილი მშობლები ჰყავთ, ასევე მიდრეკილნი არიან დეპრესიისაკენ. ხელშემწყობად ითვლება ისეთი გარემო ფაქტორები, როგორიცაა კონფლიქტები ოჯახში, მშობლების გარდაცვალება და მძიმე სოციალური ფონი. დეპრესიის წინა პირობად მიიჩნევენ ისეთ მდგომარეობებს, როგორიცაა დაბალი თვითშეფასება და საკუთარი პერსონის მიმართ კრიტიკული დამოკიდებულების მკაფიო გამოვლინება.

დეპრესიის კლინიკური გამოვლინება. პრობლემები და ჩამორჩენა სწავლის პროცესში და ხასიათობრივი ცვლილებები, შეიძლება იყოს დეპრესიის გამოხატულება. თუმცა, დეპრესიის უფრო მკაფიო გამოვლინებაა შემდეგი ნიშნები:

- მოწყენილი და მოდუნებული ან აჟიტირებული ხასიათობრივი ცვლილება.
- გართობის მიმართ ინტერესის დაკარგვა.
- სხეულის წონის კლება ან მატება და ამ პროცესის მიმართ ინტერესის არ არსებობა (ანუ – არ აკონტროლებს წონას).
- უძილობა ან ძილიანობა.

- ფსიქომოტორული აგზნება (აჟიტირება) ან პირიქით – შეკავება.
- უმიზეზო დაღლილობის და უენერგიობის შეგრძნება.
- დანაშაულის შეგრძნება და ფიქრი იმაზე, რომ იგი არავისთვის არაა საჭირო და სასარგებლო.
- აზროვნებისა და კონცენტრაციის პრობლემები.

ეს სიმპტომები ბევრად უფრო ინტენსიურია, ვიდრე ბავშვის ირგვლივ არსებული, ის რეალური მიზეზები, რომლებსაც შეიძლება დეპრესიის პროვოცირება გამოეწვიათ.

თუ ასეთი მდგომარეობა 2 კვირა ან მეტ ხანს გრძელდება, სუიციდის იდეის ან მცდელობის ან მის გარეშე – შეიძლება დეპრესიის დიაგნოზი დაისვას.

ისეთი ცნება, როგორიცაა "დეპრესიული ხასიათი" გულისხმობს ზემოთ აღწერილი სიმპტომების შედარებით უფრო მსუბუქ და ხანგრძლივ (3 თვე და მეტი) გამოვლინებას და დეპრესიის მაპროვოცირებელი რეალური ფაქტორების არსებობასთან ერთად, მკაფიოდ გამოხატულ გენეტიკურ განწყობას.

დეპრესიის მკურნალობისათვის გამოიყენება, როგორც მედიკამენტური ისე ფსიქოთერაპიული მეთოდები. მკურნალობა ტარდება, როგორც ინდივიდუალურად ისე ჯგუფებში და აუცილებლად მოითხოვს პროცესში ოჯახის ჩართულობას.

აუცილებელია ხაზგასმით აღინიშნოს, რომ პირველი, ვისაც შეუძლია ეჭვი მიიტანოს ბავშვის დეპრესიულ მდგომარეობაზე არიან მშობლები. იმ რეალობის გათვალისწინებით, რომ დეპრესიას შეიძლება ჰქონდეს ძალიან მძიმე შედეგი (სუიციდის ჩათვლით), ხოლო დროული ჩარევის შემთხვევაში, ყველა პრობლემა შეიძლება უმტკივნეულოდ მოგვარდეს – მშობლები ძალიან სერიოზულად და პასუხისმგებლობით უნდა მიუდგნენ ამ მდგომარეობას და აუცილებლად უნდა მიმართონ კონსულტაციისათვის ექიმს.



სუიციდი (თვითმკვლელობა).

ბავშვთა სუიციდი უფრო განვითარებული ქვეყნების პრობლემაა და მაგ. ა.შ.შ.-ში იგი შეადგენს 15 – 24 წლის, მამრობითი სქესის ახალგაზრდების, სიკვდილობის მიზეზთა დაახლოებით 1/3-ს.

სუიციდის გამომწვევ რისკ-ფაქტორთა შორის, განსაკუთრებულ ყურადღებას ითხოვს პერსონალური და ოჯახური ფსიქიატრიული პრობლემების არსებობა, ოჯახში სუიციდის მცდელობის ან ფაქტის არსებობა და სექსუალური ან სხვა სახის ძალადობის ფაქტები. პრეპუბერტალურ პერიოდში ბავშვსა და მშობლებს შორს კონფლიქტი, ასევე ითვლება სუიციდის სერიოზულ რისკ-ფაქტორად. სუიციდის რისკი მაღალია **გეი და ბისექსუალ მოზარდებში,** როდესაც ხდება სქესის თვითიდენტიფიკაციის პროცესი, რასაც შეიძლება მრავალი ეჭვი, გაურკვევლობა და მასთან დაკავშირებული ფსიქოლოგიური სტრესები ახლდეს თან.

სუიციდის კლინიკური გამოვლინება. სუიციდზე ფიქრი, რომელსაც თან არ ახლავს ამ მიმართულებით რაიმე კონკრეტული ქმედება, არ წარმოადგენს სუიციდის მაღალ რისკ-ფაქტორს. ცნობილია, რომ ასეთი ფიქრები აქვთ მოზარდთა 12% - 25%-ს. სუიციდის რისკი იმატებს, თუ ასეთ ფიქრებს თან სდევს სუიციდის კონკრეტული გეგმაც.

ბავშვთა აბსოლუტური უმრავლესობა, რომლებიც სუიციდის შესახებ ფიქრობენ, რეალურად ვერ ასრულებენ ასეთ განზრახვას. სუიციდის მცდელობის რეალური ფაქტის შემთხვევაში, მის განმეორების ალბათობა ყოველთვის არსებობს.

სუიციდის სურვილის გამოვლენის, ასეთი სურვილის არსებობაში ეჭვის შეტანის და მით უმეტეს რეალური მცდელობის შემთხვევაში, აუცილებელია ფსიქიატრის დაუყოვნებელი კონსულტაცია.



ქრონიკული დაღლილობის სინდრომი.

აღნიშნული მდგომარეობა პირველად აღწერეს 1988 წელს და მას, ასევე მოიხსენიებენ, როგორც **ებშტეინ-ბარის ვირუსით (EBV) გამოწვეული ქრონიკული ინფექციას და იმუნური დისფუნქციის სინდრომს.**

ქდს, არ არის მყარი და გამოკვეთილი სიმპტომებით მიმდინარე ერთი დაავადება და ასევე არ უკავშირდება რომელიმე, ერთი ინფექციური აგენტის არსებობას. ამ დროს სახეზეა მრავალი პათოლოგიური სიმპტომი, რომელიც ასევე დამახასიათებელია სხვადასხვა დაავადებებისათვის.

უკანასკნელი მონაცემების მიხედვით, იგი ძირითადად გავრცელე-

ბულია მოზრდილ ადამიანებში, გვხვდება მოზარდებშიც და ძალიან იშვიათია მცირე ასაკის ბავშვებში.

დაავადებულთა 75% მდედრობითი სქესისაა. დაავადების გავრცელების სიხშირე ა.შ.შ. -ში შეადგენს 4 – 10-ს, 100000 მცხოვრებზე. არ არის დადგენილი, რომ იგი გადამდებია და ადამიანიდან ადანმიანზე გადადის.

ქდს-ის განვითარების მიზეზი უცნობია. ზოგიერთი ავტორი მას EBV-ით გამოწვეულ მონონუკლეოზს უკავშირებდა. თუმცა, ეს შეხედულება დადასტურებული არ არის. კლინიკური სურათი გამოხატულია ზოგადი სისუსტით, დაღლილობის შეგრძნებით, უენერგიობით, გარემოს მიმართ ინტერესის ნაკლებობით და კონცენტრაციის დარღვევით. ეს სიმპტომები ხშირად ვითარდება რაიმე სისტემური ინფექციის (განსაკუთრებით გრიპი და ინფექციური მონონუკლეოზი) გადატანის შემდეგ და მიმდინარეობს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. ლაბილური ფსიქიკის ადამიანებში, ეს სიმპტომები შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე თვიდან, რამდენიმე წლის განმავლობაში და მას ხშირად ერთვის თან დეპრესიაც. პაციენტთა დაახლოებით ნახევარში შეინიშნება ფსიქიატრიული პრობლემების ფონი და შფოთვითი ან დეპრესიული მდგომარეობისაკენ მიდრეკილება. პაციენტთა ნახევარზე მეტს აწუხებს ჰიპოტონია (არტერიული წნევის დაქვეითება), რომელიც, უფრო, ვერტიკალურ მდგომარეობაშია გამოხატული. ხშირია კუნთების ტკივილი და სუბფებრილური ტემპერატურა. 67%-შემთხვევაში გამოხატულია სხვადასხვა ალერგიული მდგომარეობა. დარღვეულია იმუნური სისტემის ნორმალური ფუნქციონირება. ყველა ეს **სიმპტომი, სხვადასხვა ხარისხითა და სიხშირითაა გამოხატული და მათ შორის მაინც ყველაზე ხშირია (50% – 85%) ქრონიკული დაღლილობის შერგრძნება.**

აღნიშნული მდგომარეობა იწვევს შრომის უნარის მკვეთრ დაქვეითებას, სიცოცხლის ხალისის შემცირებას და სამსახურისა და სკოლის ხანგრძლივ გაცდენებს.

ქდს-ის სპეციფიური და ეფექტური მკურნალობის მეთოდი არ არსებობს. დიეტა ან ვიტამინოთერაპია არ იძლევა შესამჩნევ დადებით ეფექტს. ჰიდროკორტიზონის დაბალი დოზები, ზოგჯერ მცირე ეფექტით ხასიათდება. სერიოზულ მნიშვნელობას ანიჭებენ ზომიერ

ვარჯიშებს. მკურნალობის მნიშვნელოვანი და აუცილებელი კომპონენტია ფსიქოლოგიური და ფსიქიატრიული თერაპია.

ქდს შეიძლება გრძელდებოდეს რამდენიმე წლის განმავლობაში. მოზრდილ პაციენტთა დაახლოებით 20%-ის მდგომარეობა, ყოველგვარი მკურნალობის გარეშე, უმჯობესდება 1 წლის განმავლობაში. 60% შემთხვევაში, მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის 1 – 3 წელია საჭირო. თუმცა, უმრავლეს შემთხვევაში, პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობა, მათი აქტივობა და სიცოცხლის ხალისი აღარაა ისეთი, როგორიც იყო დაავადებამდე. ამ მხრივ, ბავშვებისა და მოზარდების მდგომარეობა უფრო ოპტიმისტურია და სრული გამოჯანმრთელებისათვის 1 – 4 წელია საჭიროა.



მიდრეკილება ძალადობისაკენ.

ბავშვთა შორის ძალადობისაკენ მიდრეკილება, ხშირად, პერსონალური და ჯგუფური დანაშაულებრივი ქმედების და ზოგჯერ, მძიმე ფიზიკური დაზიანებისა და სიკვდილის მიზეზიც კია. ეს მდგომარეობა მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს ბავშვთა და მოზარდთა დანაშაულს და შემდგომ ასაკში, კრიმინალური სუბიექტის ჩამოყალიბების საფუძველს ქმნის.

ძალადობისაკენ მიდრეკილი ხასიათის ბავშვები მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენენ სკოლის, ოჯახისა და ზოგადად საზოგადოებისათვის. ძალადობრივი ქმედებისაკენ მიდრეკილება, ხშირადაა ასოცირებული ადამიანის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან. და რადგან ამ პრობლემის დასაწყისი ხშირად ბავშვობის პერიოდში იჩენს თავს, მისი პრევენციისათვის ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს პედიატრიული და სოციალური სამსახურისა და სკოლის ერთობლივ, ეფექტურ და დროულ ქმედებას.

გავრცელება. ა.შ.შ.-ში, 1983-1993 წლებში ყოველ 100 000 ბავშზე მოდოდა 5 დან 18-მადე დანაშაული. უფრო დაბალი მაჩვენებელია ევროპაში.

ვაჟები უფრო მიდრეკილნუ არიან დანაშაულებრივი ქმედებისაკენ ვიდრე გოგონები. გოგონებში დანაშაულის პიკი მოდის 15 – 24 წლის ასაკობრივ ჯგუფზე.

დანაშაულისაკენ მიდრეკილების გამომწვევი მიზეზები. ანტისოციალური ქცევის მქონე ახალგაზრდების დახასიათებისას გამოჰყოფენ 2 ტიპს:

- როდესაც, ასეთი მიდრეკოლება რჩება მთელი სიცოცხლის განმავლობაში და
- როდესაც, დანაშაულისაკენ მიდრეკილება ვლინდება სიცოცხლის მხოლოდ გარკვეულ პერიოდში (უპირატესად მოზარდობის ან მოზარდობისა და ახალგაზრდობის პერიოდში) და შემდეგ პრაქტიკულად ქრება.

ძალადობისადმი მიდრეკილების კლინიკური გამოვლინება. არსებობს ქცევის კარგად გამოხატული ფორმები, რომლებიც ასოცირებულია დანაშაულისაკენ მიდრეკილ ხასიათდან, რომლის შემჩნევა და ადეკვატური შეფასება, საშუალებას იძლევა წინასწარ ვივარაუდოთ არასასიამოვნო ინციდენტების განვითარების შესაძლებლობა და თავიდან ავიცილოთ იგი. აგრესიულ ხასიათდან და ქმედებასთან, ყველაზე ხშირად, ასოცირებულია მენტალური სფეროს განვითარების შეფერხება (ან ჩამორჩენა), სირთულეები შეთვისებასა და სწავლის პროცესში, მეტყველების პრობლემები და ისეთი მენტალური პრობლემები, როგორიცაა ყურადღების დეფიციტი, ჰიპერაქტივობა და შფოთვა.

აღნიშნული მდგომარეობის გამოვლენის შემთხვევაში, გადაუდებლად აუცილებელია, მოზარდის ქცევის მიზეზების ახსნისა და კონტროლის მიზნით, პედიატრის, ფსიქოლოგის, ფსიქიატრის და სოციალური მუშაკის ერთობლივი მუშაობა. მათთან, აუცილებლად, მჭიდროდ უნდა თანამშრომლობდეს ბავშვის ოჯახიც.



ნევროზული ანორექსია და ბულემია.

ანორექსია არის უკიდურესი უმადობა. ამ დროს ადამიანები, პრაქტიკულად, შიმშილობენ. ბულემია არის საკვების მიღების დაუძლეველი სურვილი, რომლის დროსაც ადამიანი იღებს დიდი რაოდენობით საკვებს.

სტატისტიკური მონაცემები ადასტურებენ, რომ ბოლო 20 წლის განმანვლობაში, განვითარებულ ქვეყნებში, მნიშვნელოვნად გაიზარდა ბავშვთა ნევროზული ანორექსიისა და ბულემიის შემთხვევები. ა.შ.შ.-ში, 100 ოჯახიდან, 16 – 18 წლის ასაკის ერთ ბავშვს, ნევროზული ანორექსია ან ბულემია აღენიშნება. დაავადების გამოვლენის რისკი იზრდება 14 – 18 წლის ასაკში. შემთხვევათა 25%, მოდის 13 წლის ასაკამდე ბავშვებზე. შეფარდება დაავადებულ გოგონებსა და ვაჟებს შორის არის 1 : 10-თან. უფრო ხშირად ავადდებიამ საშუალო და მაღალი სოციალ-ეკონომიკური მდგომარეობის ოჯახების ბავშვები.

დიაგნოზი: "ანორექსია ნევროზას" დიაგნოზი ითვალისწინებს შემდეგი კრიტერიუმების არსებობას:

- გასუქების ინტენსიური შიში, რომელიც არ მცირდება წონის პროგრესული კლების პირობებშიც კი.
- მუდმივად ამოწმებენ, არა მხოლოდ მთლიანი სხეულის წონასა და ფორმას, არამედ სხეულის სხვადასხვა ნაწილსაც კი და ეჩვენებათ, რომ ესათუ ის ნაწილი "მსუქანია".
- უარს ამბობენ შეინარჩუნონ მინიმალური ასაკობრივი ნორმის სხეულის წონა.
- ქალებში ვითარდება ამენორეა (წყდება მენსტრუალური ციკლის, მინიმუმ, ზედიზედ, სამი პერიოდი).
- სხეულის მასის (წონის) პროგრესული შემცირება.

ნევროზული ანორექსიის მქონე პირებში გამოჰყოფენ 2 ჯგუფს:

1. ე.წ. "რესტრიქტორები" – ანუ პირები, რომლებიც ზღუდავენ საკვების მიღებას
2. ნევროზული ბულემიიის მქონე პირები, რომლებიც საკვებს იღებენ დიდი რაოდენობით და შემდეგ ხელოვნურად იწვევენ ღებინებას.

ამ ჯგუფში შემავალ პირებს, ხელის თითებზე, ხშირად აღენიშნებათ ექსკორიაციები (დაზიანებები), რაც ღებინების აქტის ხელოვნურად გამოწვევის პროცესში ვითარდება და მისი არსებობა, დიაგნოზის დამადასტურებელი ერთ-ერთი ნიშანია.

გამომწვევი მიზეზები და ფსიქოდინამიკა. ნევროზული ანორექსია, უმეტეს შემთხვევაში, იწყება ჩვეულებრივი უწყინარი დიეტით, რომელსაც ხშირად მიმართავენ ახალგაზრდა ქალები. თუცა, ზოგჯერ, ნელ-ნელა პროგრესირებს და ყალიბდება ნევროზული ანორექსია, როდესაც საკვებზე უარის თქმის მიზეზი და გასუქების შიში, სრულიად უსაფუძვლოა და ყოველგვარ საღ აზრსაა მოკლებული. ამ მდგომარეობის განვითარების ხელშემწყობი მიზეზი, რა თქმა უნდა, პიროვნების ფსიქიკის თავისებურებაა და უპირატესად იმ ფსიქოტიპის ადამიანებში ვითარდება, რომლებიც, ზოგადად, მიდრეკილნი არიან "რაიმეზე დამოკიდებულების" მიმართ. ასევე, "განვითარების შეფერხების" მქონე და თვითიზოლაციისადმი მიდრეკილ ადამიანებში.

კლინიკური გამოვლინება. ნევროზული ანორექსია და ნევროზული ბულემია ასოცირებულია სხვადასხვა ორგანოსა და სისტემის სერიოზულ დაზიანებასთან, რაც შეიძლება იყოს პირველადი ან გამოწვეული – საკვების დეფიციტით. ფატალური გამოსავალი (სიკვდილი) ვითარდება დაახლოებით 10% შემთხვევაში და მისი მიზეზი ელექტროლიტების მძიმე დეფიციტი, კარდიალური არითმია და გულის სხვა დაზიანებაა. ჩვეულებრივი მოვლენაა ბრადიაკარდია (გულის მუშაობის შენელება) და ჰიპოტონია (არტერიული წნევის დაქვეითება). ხშირია ძილის გარღვევა. ირღვევა თერმორეგულაცია და სხეულის ტემპერატურა ეცემა 35 გრადუსამდე. ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის გამო, მეტ-ნაკლებად ზიანდება ყველა ორგანო და ყველა სასიცოცხლო ფუნქცია. იმუნიტეტის ფუნქციის დარღვევის გამო, ხშირია სხვადასხვა სახის ინფექციური პროცესები. აღინიშნება კანის სიმშრალე, სიფერმკრთალე, თმების ცვენა და მტვრევადობა. ხშირია ანემია.

მკურნალობა. მკურნალობის ძირითადი მეთოდი ფსიქოთერაპიაა. ამასთან, ფსიქოთერაპია უნდა გაიაროს არა მხოლოდ პაციენტმა, არამედ ოჯახის წევრებმაც. მედიკამენტური საშუალებებიდან, პირველ რიგში, გამოიყენება ანტიდეპრესანტები, რომლებიც დეპრესიის ხარისხს ამცირებენ.



ალკოჰოლის, ნარკოტიკისა და სხვადასხვა ტოქსიური ნივთიერებების მოხმარება.

ეს პრობლემები მჭიდროდ არის დაკავშირებული არა მხოლოდ ოჯახის არამედ ზოგადად გარემოს სოციალურ, ეკონომიკურ, კულტურულ მდგომარეობაზე და ისტორიულ ტრადიციებზე. სერიოზულ როლს თამაშობს გენეტიკური თავისებურებებიც. მაგალითად ცნობილია, რომ ალკოჰოლიკი მშობლების შვილები 2 - 10-ჯერ უფრო ხშირად არიან მიდრეკილი ალკოჰოლიზმისაკენ, ვიდრე ის მოზარდები, რომელთა მშობლებიც ალკოჰოლიკები არ არიან.

ცნობილია, რომ ალკოჰოლისადმი მიდრეკილებას განსაზღვრავს 20-მადე გენი, რომელთა გააქტიურება სწორედ ალკოჰოლის მრავალჯერადი მიღების შემდეგ იწყება და შემდგომში, ალკოჰოლისადმი დამოკიდებულების მიზეზი ხდება.

ეს მდგომარეობა დამახასიათებელია მოსახლეობის გარკვეული პოპულაციისათვის, სადაც სწორედ გენეტიკური ფაქტორები თამაშობენ გადამწყვეტ როლს ალკოჰოლიზმის განვითარებაში.

იგივე შეიძლება ითქვას სიგარეტისა და მარიხუანას შესახებ.

გარდა ოჯახისა, ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოს და განსაკუთრებით თანატოლების გარემოს, სადაც ბავშვი დიდ დროს ატარებს.

ალკოჰოლიზმის თემა ასევე მჭიდროდაა დაკავშირებული ქვეყნის (და ოჯახის) ისტორიულ ტრადიციებზე და ალკოჰოლის სხვადასხვა სახეობის მოხმარების კულტურის თავისებურებებზე. მაგ. ცნობილია, რომ ალკოჰოლიზმი ნაკლებადაა გავრცელებული ღვინის ტრადიციულ მწარმოებელ და მომხმარებელ ქვეყნებში და მნიშვნელოვნად მეტად, იმ ქვეყნებში, სადაც სპირტიანი სასმელების მოხმარების ტრადიცია არსებობს.

ანუ, ფაქტორები, რომლებიც განსაზღვრავენ მოზარდთა (და საერთოდ) ალკოჰოლისა და სხვადასხვა ტიპის ნარკოტიკების მოხმარებისაკენ მიდრეკილების განვითარებას შეიძლება დაიყოს, როგორც: მიკროსოციალური გარემო (ოჯახი), მაკროსოციალური გარემო (ქვეყნის ისტორიული ტრადიციები, საზოგადოება, მეგობრების წრე) და გენეტიკური ფაქტორები.

ტოქსიური და ფსიქოტროპული ნივთიერებების სხვადასხვა სახის მოხმარება სხვადასხვა სიხშირითაა გავრცელებული. ა.შ.შ.-ში

მოზარდთა შორის, მოხმარების მიხედვით პირველ ადგილზეა სიგარეტი, შემდეგ – ალკოჰოლი, მარიხუანა და სხვა უფრო სერიოზული ნარკოტიკები. ბოლო ადგილზეა ანაბოლური ჰორმონები.

აღნიშნული ნივთიერებების სისტემატიური მოხმარების შედეგი, ბუნებრივია ერთმანეთისაგან განსხვავდება და დამოკიდებულია, როგორც ნივთიერების თავისებურებასა და ქიმიურ შემადგენლობაზე, ისე დოზაზე, მოხმარების ხანგრძლიობასა და ბავშვის ასაკზე.

რაც უფრო მცირე ასაკისაა ბავშვი და რაც უფრო ნაკლებადაა დიფერენცირებული მისი ორგანიზმის ანატომიურ-ფუნქციური სტრუქტურები – მით მნიშვნელოვანია ამ ნივთიერებებით გამოწვეული დამაზიანებელი ეფექტები.

თითქმის ყოველთვის შეფერხებულია ფიზიკური განვითარება. ჰეროინის მომხმარებელ გოგონათა 1/3-ში დარღვეულია მენსტრუალური ციკლი და ვითარდება ამენორეა. ასევე გამოხატულია სხეულის მასის დეფიციტი

ალკოჰოლისა და ბარბიტურატების მომხმარებლებში ხშირია ტოქსიური სინდრომის განვითარების ეპიზოდები და ტრავმატიზმი, რაც გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტში მკურნალობის მიზეზი ხდება. სიგარეტის მომხმარებლებისათვის დამახასიათებელია სასუნთქი სისტემი მწვავე და ქრონიკული დაავადებები.

კოკაინის მომხმარებლებისათვის – ქრონიკული რინიტის სინდრომისა და ცხვირიდან ლორწოს დიდი რაოდენობით გამოყოფა.

სხვადასხვა ნარკოტიკული ნივთიერებების (განსაკუთრებით ინტრავენური ნარკოტიკების) მომხმარებლები მუდმივად იმყოფებიან სასუნთქი ცენტრის დეპრესიისა და სუნთქვის გაჩერების საშიშროების წინაშე, რაც ხშირ შემთხვევაში, სიკვდილის მიზეზი ხდება.

ინტრავენური ნარკომანია ასევე შეიცავს B და C ჰეპატიტისა და შიდს-ის ვირუსით დაინფიცირების მნიშვნელოვან საფრთხეს.

სხვა თემაა ის ასოციალური და ხშირად დანაშაულებრივი ქმედებები, რაც ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებას ახლავს თან და რაც სერიოზულ პრობლემას უქმნის არა მხოლოდ მომხმარებელს, არამედ მის ოჯახს და მთლიანად საზოგადოებას.



მკერდთან დაკავშირებული პრობლემები.

მკერდის ზრდა არის პუბერტალური პერიოდის (სქესობრივი მომწიფების) დაწყების პირველი ნიშანი. მაგრამ ეს მოვლენა, ასევე, ხშირად ხდება მოზარდის შეშფოთებისა და გაურკვევლობის მიზეზი.

მკერდის მცირე ასიმეტია ფიზიოლოგიური (ბუნებრივი) მოვლენაა მოზრდილ ქალებსა და სექსუალურად მომწიფებულ მოზარდ გოგონებში. სხვა, ისეთი მდგომარეობები, რომლებიც იშვიათია, მაგრამ კორექციას მოითხოვს წარმოდგენილია **მკერდის ორმხრივი განუვითარებლობით, მცირედ განვითარებით ან ზომაზე მეტად ზრდით.** ასეთი მდგომარეობა ყოველთვის ხდება ფსიქოლოგიური პრობლემების მიზეზი. რეკონსტრუქციული ოპერაცია საჭიროა მაშინ, თუ მკერდის ასიმეტრია ძლიერადაა გამოხატული. **მკერდის დამატებითი ქსოვილი (პოლიმასტია)** შეიძლება გამოხატული იყოს, როგორც გოგონებში ისე ვაჟებში. ასეთი პათოლოგია შეიძლება გამოვლინდეს რამდენიმე კერტის ან მთლიანად – დამატებითი მკერდის არსებობით. შეიძლება გამოხატული იყოს ორივე ერთად. ასეთი, დამატებითი მკერდი, როგორც წესი, განლაგებულია გულმკერდის არეში, ფიზიოლოგიურად არსებულ სარძევე ჯირკვლებს შორის ან მუცლის ზედაპირზე. ეს მდგომარეობა, იშვიათად, ასოცირებულია გულ-სისხლძარღვთა ან შარდ-სასქესო სისტემის პათოლოგიასთან.

მკერდის სიმსივნური წარმონაქმნები. მკერდის პათოლოგიის უხშირესი გამოვლინება მოზარდთა კონტინგენტში, წარმოდგენილია კისტით ან ფიბროადენომით. ასეთი კისტოზური წარმონაქმნები სხვადასხვა ზომისაა. ეს ზომა, დამოკიდებულია მენსტრუალური ციკლის სტადიაზე მაქსიმალურია უშუალოდ ციკლის პერიოდში. ამიტომ, აღნიშნული წარმონაქმნის ზომა, ისევ უნდა გაკონტროლდეს პირველი აღმოჩენიდან 2 კვირის შემდეგ. წარმონაქმნის განვითარებაზე დაკვირვება მიმდინარეობს 3 მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში. ამ პერიოდში განვითარებული ცვლილებების მიხედვით, უნდა გადაწყდეს ქირურგიული ჩარევის საჭიროების საკითხი.

ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობა, ამ ასაკში, იშვიათობაა. სტატისტიკის მიხედვით, 22 წლამდე ასაკის ქალებში, მკერდში არსებული სიმსივნური წარმონაქმნი, ყველაზე ხშირად, გამოწვეულია ფიბროადენომით (68,3%), კისტოზური წარმონაქმნებით – 18,5%-ში და ავთვისებიანი სიმსივნეებით – 0,9%-ში.

მასტალგია (სარძევე ჯირკვლის ტკივილი). სარძევე ჯირკვლების ფიზიოლოგიური შეშუპება და დაჭიმულობა, როგორც წესი, ემთხვევა მენსტრუაციის წინა პერიოდს და გამოწვეულია ჰორმონული სტიმულაციის გამო, სარძევე ჯირკვლის ქსოვილებში განვითარებული ცვლილებებით. ამ დროს, სარძევე ჯირკვლის პალპაციით (თითებით ვსინჯავთ სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის სიმკვრივეს და კონსისტენციას) ისინჯება მცირედ გადიდებული მრავლობითი ჯირკვლოვანი წარმონაქმნები, მკერდის დაჭიმულობა და მცირე ტკივილი, რომელიც იღლიის ხაზისაკენ გადაეცემა. აღნიშნულ მდგომარეობას "ფიბროკისტურ დაავადებას" უწოდებენ.

მასტალგია, რომელიც მენსტრუალურ ციკლთან არაა დაკავშირებული, იშვიათია მოზარდებში და უფრო მეტად 40 წლის ასაკს მიახლოებულ ქალებშია გამოხატული. აღნიშნული მდგომარეობის მკურნალობისათვის რეკომენდირებულია სითბური აპლიკაციები, ტკივილდამაყუჩებლები, შარდმდენები და ფურუსულას ზეთიის კაფსულები (მოზრდილებში ინიშნება ორი 500 მგ. კაფსულა, 3-ჯერ დღეში).

გამონადენი სარძევე ჯირკვლიდან. მოზარდებში, სარძევე ჯირკვლის სადინარებიდან გამონადენის არსებობა, ჩვეულებრივ, გამოწვეულია ადგილობრივი ხელოვნური სტიმულაციით, ორსულობით ან სხვადასხვა მედიკამენტების (მათ შორის დასალევი კონტრაცეპტივების) მიღებით. იშვიათ შემთხვევაში, ამ მოვლენის მიზეზი ინფექცია ან სიმსივნეა. თხელი და მოთეთრო ან ხსენისებური, სქელი გამონადენი, დამახასიათებელია ორსულობისათვის; ჩირქოვანი გამონადენი – ინფექციის და მოყავისფრო, მუქი და სისხლიანი გამონადენი – სიმსივნისათვის. ასეთ შემთხვევებში, აუცილებელია სპეციალისტის გადაუდებელი კონსულტაცია.

მკერდის პათოლოგია ვაჟებში. გინეკომასტია (მკერდის გადიდება) გამოხატულია ნორმალური განვითარების ვაჟების დაახლოებით 1/3-ში, პუბერტალური პერიოდის განმავლობაში და გაივლის ამ პერიოდის შემდეგ. გინეკომასტია ვაჟებში, რომელიც დაკავშირებული არაა სქესობრივი მომწიფების პერიოდთან, დაკავშირებულია სხვადასხვა ენდოკრინულ პათოლოგიებთან. თუმცა, ამ დროს, გასათვალისწინებელია მკერდის სიმსივნის არსებობის საშიშროებაც.



მენსტრუაციასთან დაკავშირებული პრობლემები.

მენსტრუაციასთან დაკავშირებული პრობლემები ანუ მენსტრუალური დისფუნქცია, აღენიშნება მოზარდ გოგონათა დაახლოებით 50%-ს. ეს პრობლემები, უხშირეს შემთხვევაში, მინიმალურია, არ ახდენენ გავლენას გოგონას ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, მის რეპროდუქციულ უნარზე და არ მოითხოვენ სამედიცინო ჩარევას. ხანგრძლივი და მტკივნეული დისმენორეა (მენსტრუაციის პროცესის დარღვევა) ან გახანგრძლივებული მენსტრუალური სისხლდენა, სერიოზულ გავლენას ახდენს მოზარდის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და ამ დროს აუცილებელია სპეციალისტი კონსულტაცია.

ფიზიოლოგიურად მიმდინარე მენსტრუალური ციკლი. ნორმალური მენსტრუალური ციკლი, უხშირეს შემთხვევაში, იწყება 12 – 13 წლის ასაკში. თუმცა, ამ პროცესზე გავლენას ახდენს გოგონას რასობრივი კუთვნილება, გეოგრაფიული გარემო – სადაც ბავშვს უხდება ცხოვრება და განვითარება, კვების ხასიათი და გენეტიკური თავისებურება.

მენსტრუალური ციკლი იწყება პუბერტალური პერიოდის დაწყებიდან 1 – 3 წლის შემდეგ და ხდება რეგულარული – დაწყებიდან 2 – 2,5 წლის შემდეგ.

პირველ ხანებში, ციკლი მეორდება 21 – 45 დღეში ერთხელ. შემდეგ კი – ყოველ 28 დღეში.

ციკლის პერიოდში დაკარგული სისხლის რაოდენობა მერყეობს 25 - 70 მლ-ს შორის და საშუალოდ შეადგენს 40 მლ-ს.

შემდგომში, მენსტრუალური ციკლის მიმდინარეობა დამოკიდებულია გოგონას ჯამრთელობის ზოგად მდგომარეობაზე (განსაკუთრებით ენდოკრინული სისტემის მდგომარეობზე), გადატანილ ან არსებულ ინფექციურ ან სხვა ტიპის დაავადებებზე, კვების ხასიათზე, ცხოვრების წესზე (ალკოჰოლი, ნარკოტიკი, ტოქსიური ნივთიერებები იწვევენ ციკლის დარღვევას), სხეულის მასის ცვლილებაზე, ფიზიკურ დატვირთვაზე და ემოციურ მდგომარეობაზეც კი. და რა თქმა უნდა, გასათვალისწინებელია სექსუალური აქტივობა.

ამენორეა (ანუ ციკლის არ არსებობა) შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი.

პირველადი ამენორეის დიაგნოზი ისმება მაშინ, თუ უკვე გავლილია ნორმალურად მიმდინარე მენარქეს (პირველი მენსტრუაციის) დრო (10 – 16 წლის ასაკი) და ციკლი არაა დაწყებული.

ამ მდგომარეობის შეფასებისას, აუცილებლად უნდა ვიხელმძღვანელოთ პაციენტის ასაკით, პუბერტალური პერიოდის დაწყების და მიმდინარეობის დროითა და თავისებურებებით. ასევე უნდა გავითვალისწინოთ, თუ როგორ მომდინარეობდა სქესობრივი მომწიფების პერიოდი და რა ასაკში დაიწყო მენსტრუალური ციკლი გოგონას დედასთან და დებთან (თუ ჰყავს დები).

თუ გოგონა 1 წლით უფროსია იმ ასაკზე, როდესაც მის დედას და დებს მენსტრუალური ციკლი დაეწყოთ და მას არ ჰქონია მენარქე – **შეიძლება ამენორეის დიაგნოზის დასმა.**

სხვა კლინიკური ნიშნები, რომლებიც პირველადი ამენორეისათვის არის დამახასიათებელი და საკვერცხეების ან თირკმელზედა ჯირკვლის პათოლოგიაზე მიუთითებს, არის კლიტორომეგალია (კლიტორის გადიდება), ჰირსუტიზმი (თმიანობა) და მკვეთრად გამოხატული აკნე. სხვა კლინიკური ნიშნები, როგორიცაა სიმსუქნე, პათოლოგიური სიგამხდრე ან ნანიზმი (სხეულის სიმაღლის მკაფიო დეფიციტი) – ახასიათებს სხვადასხვა გენეტიკურ დაავადებებს, რომელთა დროსაც, ასევე გამოხატულია დისმენორეა.

მეორადი ამენორეის უხშირესი მიზეზი არის ორსულობა. ამიტომ, ნორმალური განვითარების ჯანმრთელ გოგონაში მენსტრუაციის შეწყვეტის შემთხვევაში, აუცილებლად უნდა გამოირიცხოს ორსულობა.

მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებული ტკივილები. პოსტმენსტრუალური ტკივილი მოზარდთა დაახლოებით 2/3-ს, აღენიშნება. მათგან, დაახლოებით 10%-ს, ეს მდგომარეობა სერიოზულ დისკომფორტს უქმნის და სკოლის გაცდენის მიზეზი ხდება.

მენსრტუალური ციკლის დროს ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი.

პირველ შემთხვევაში ვერ ნახულობენ რაიმე გამოხატულ პათოლოგიას, რომელიც ამ მდგომარეობის მიზეზი შეიძლება იყოს.

მეორადი ტკივილის დროს, უხშირესად, სახეზეა საშვილოსნოს ან საშვილოსნოს ყელის სტრუქტურული პათოლოგიები. ასეთი მდგომარეობის მიზეზი ხშირადაა მაგ. უცხო სხეული (სპირალი), საშვილოსნოს შიდა გარსის ანთებითი პროცესი და სხვა.

პრემენსტრუალური სინდრომი. პრემენსტრუალური სინდრომი არის ფიზიკური და ფსიქიკური (ქცევითი, ხასიათობრივი) ცვლილებების ერთობლიობა, რომელიც ვითარდება მენსტრუალური ციკლის წინ და შეიძლება შეწყდეს მენზესის დაწყებისას. ამ დროს, კლინიკურად, შეიძლება გამოხატული იყოს მკერდის ზრდა და დაჭიმულობ, მუცლის შებერილობა, დაღლილობის შეგრძნება, თავის ტკივილი, მადის დაქვეითება, აგზნება, აგრესიულობა და დეპრესია.

პრემენსტრუალური სინდრომი გამოხატულია რეპროდუქტიული ასაკის ქალთა 50%-ში. თუმცა ეს სინდრომი არც თუ ისე ხშირად გვხვდება მოზარდებში და ამ ასაკისათვის, უფრო, დისმენორეაა დამახასიათებელი.



კონტრაცეპტივები. მათი სახეები და გამოყენების გზები.

სამწუხაროდ, ჩვენს საზოგადოებაში, პრაქტიკულად, ტაბუდადებულია ბავშვთა და მოზარდთა სექუალურ აღზრდაზე საუბარი. არ არსებობს სპეციალური ლიტერატურა ამ საკითხის შესახებ და მშობლებსაც ძალიან უჭირთ ამ თემაზე ბავშვებთან საუბარი.

გავრცელებული შეხედულება: „გაიზრდება და თვითონ გაიგებს ყველაფერს“ უაღრესად მცდარია და შემდეგში, მოზარდისათვის, ბევრი პრობლემის მიზეზი ხდება.

ასეთ საკითხებზე საუბარი ეუხერხულებათ არა მხოლოდ მშობლებს, არამედ სპეციალური სასწავლო დაწესებულების პედაგოგებსაც კი.

მე, ძალიან კარგად მახსოვს, რომ როცა, სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტი ვიყავი და ადამიანის ანატომიის კურსს გავდიოდი, პრაქტიკული მეცადინეობის პედაგოგმა, ქალბატონმა დარეჯანმა, ადამიანის სასქესო ორგანოების ახსნის დროს, ბიჭები მეცადინეობიდან გაგვათავისუფლა, რათა ამ დროს, ჯგუფში, შესაძლო უხერხული მდგომარეობის შექმნისათვის თავი აერიდებინა. როგორც ვიცი, დღემდე, ამ მხრივ, ბევრი არაფერი შეცვლილა და ეს საკითხები კვლავ, მეტ-ნაკლებად, ტაბუირებულია. არა და რეალურად, სქესობრივი განათლების მიღება მნიშვნელოვანი წინაპირობაა არასასურველი ორსულობის, სხვადასხვა, სქესობრივი

გზით გადამდები დაავადებებისაგან დაცვის და ყელა იმ პრობლემის თავიდან აცილებისათვის, რაც ამ მდგომარეობებს ახლავს ხოლმე თან, არა მხოლოდ მოზადთა, არამედ შემდეგაც, ნებისმიერ, ასაკში.

დღეს, მთელ მსოფლიოში მწვავედ დგას სქესობრივი ცხოვრების ნაადრევი დაწყებისა და ადრეულ ასაკში ქორწინებისა და ორსულობის პრობლემა.

შესაბამისი დარგის მეცნიერებს მიაჩნიათ, რომ **18** წლამდე ასაკის გოგონას ორგანიზმი, მისი ფსიქიკისა და ორგანოთა ანატომიური და ფუნქციური თავისებურება, ამ ასაკამდე, არაა მომწიფებული არც სქესობრივი ცხოვრებისა და არც დედობისათვის.

შესაბამისად, ძირითადი განვითარებული ქვეყნებისა და მათ შორის, საქართველოს კანონმდებლობა კრძალავს **18** წლამდე ასაკის ადამიანების ქორწინებას. ამის მიუხედავად, ასეთი ქორწინებები, სულაც არ წარმოადგენს იშვიათობას, რაც შემდგომში ბევრი უსიამოვნებების მიზეზი ხდება.

მაგრამ, თუ ოფიციალური ქორწინების ასაკი კანონმდებლობით მაინც, ასე თუ ისე, რეგულირდება, რეალურად, ძალიან რთულია, კანონმდებლობით, სქესობრივი ცხოვრების დაწყების ასაკის ლიმიტირება.

როგორც აღვნიშნეთ, ეს პრობლმა დგას მთელ მსოფლიოში და რადგან ამ ასაკში გოგონას არ გააჩნია შესაბამისი ცოდნა, სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა, ორსულობისაგან დაცვისა და ორსულობის თანმდევი და შემდგომი მრავალი პრობლემის შესახებ, ამიტომ, ნაადრევი სქესობრივი კავშირები სერიოზულად აისახება მის პიროვნულ მომავალზე და ასევე ზიანს აყენებს მოზარდის ჯანმრთელობის მდგომარეობას..

ა.შ.შ.-ის კვლევის მონაცემებით. **1988 – 1995** წლებში, აქტიურ სქესობრივ ცხოვრებას ეწეოდა **15 – 19** წლამდე ასაკის გოგონათა **50% - 55%** და ვაჟების **60% - 65%**. მათგან, კონტრაცეპტივებს იყენებდა **24% – 31%**. ამ მხრივ (კონტრაფეპტივების გამოყენება) გარკვეულად უკეთესი მონაცემებია დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში. ამ და მრავალ სხვა მონაცემთა გათვალისწინებით, მკვლევარები ასკვნიან, რომ ადრეული სქესობრივი კავშირების არსებობა მნიშვნელოვნადაა დაკავშირებული განათლებისა და კულტურის დეფიციტთან, სოციალური და ეკონომიკრი მდგომარეობის დაბალ დონესთან და ქცევის პათოლოგიებთან.

ჩვენში, ანალოგიური კვლევები ჩატარებული არაა და ამიტომ, ამ პრობლემის აქტუალობის ხარისხის შესახებ საუბარი შედარებით რთულია. თუმცა, მსოფლიოს გამოცდილება იმაზე მიუთითებს, რომ ეს პრობლემები არც ერთი ქვეყნისთვის არაა უცხო და მას სერიოზული ყურადრება ესაჭიროება.

აღნიშნულის გამო საჭიროდ ჩავთვალეთ, წიგნში შეგვეტანა გარკვეული მოკლე ინფორმაცია კონტრაცეპტივების გამოყენების საჭიროებისა და მათი თავისებურებების შესახებ. ამ საკითხების შესახებ სრულყოფილი და კვალიფიციური ინფორმაციის მიღება შესაძლებელია შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებებში, სათანადო სპეციალისტების საშუალებით.

კონტრაცეპტივების გამოყენება იცავს ქალს არასასურველი ორსულობისა და აბორტის საჭიროებისაგან. ასევე – სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან. თუ გავითვალისწინებთ როგორი ფსიქოლოგიური და ფიზიკური ტრავმის წინაშე დგას ქალი გაუთვალისწინებელი ორსულობისა და აბორტის შემთხვევაში, რა ვნებას აყენებს აბორტი ქალის ორგანიზმს და როგორია მისი შორეული შედეგებიც, ამიტომ, სექსუალურად აქტიურ მოზარდებს (და საერთოდ ქალებს) უნდა ჰქონდეთ ამომწურავი ინფორმაცია კონტრაცეპტივების გამოყენების შესაძლებლობათა შესახებ. **ამისათვის კი საჭიროა სპეციალურ დაწესებულებებში მიმართვა და შესაბამისი ინფორმაციის მიღება.**



კონტრაცეფციის ბარიერული მეთოდი.

კონდომი. კონდომი ხელს უშლის სპერმის მოხვედრას საშოში და იცავს ქალს არასასურველი ორსულობისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან. მათ შორის **შიდსისაგან.** რასაც ძალიან დიდ მნიშვნელობა აქვს ამ დაავადების გავრცელების პრევენციისათვის. კონდომი არის ერთჯერადი მოხმარების და ერთი აქტის დროს, ჩვეულებრივ, გამოიყენება ერთი კონდომი. თუმცა, მეტი საიმედობისთვის, ზოგჯერ, იყენებენ 2 კონდომსაც. კონდომი არის იაფი, ადვილად გამოსაყენებელი და იყიდება რეცეპტის გარეშე. თუმცა გამოყენების პროცესში, შესაძლებელია მისი დაზანება და

მთლიანობის დარღვევა, რაც ქმნის ორსულობისა და სხვადასხვა დაავადებებით დაინფიცირების საფრთხეს.

დიაფრაგმა და სპირალი. აღნიშნული საშუალებები თავსდება საშოში და ხელს უშლის სპერმის შეღწევას საშვილოსნოში, რითაც იცავს ქალს ორსულობისაგან. მისი ჩაყენება შესაძლებელია მხოლოდ სპეციალურ სამედიცინო დაწესებულებაში, სპეციალისტის მიერ. ეს საშუალებები ხანგრძლივი გამოყენებისთვისაა გათვალისწინებული. დიაფრაგმა და სპირალი ვერ იცავს პარტნიორებს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან.

სპერმაციდები. სპერმაციდები წარმოდგენილია სხვადასხვა აგენტებით, როგორებიცაა მაგ. სანთლები ან კრემები. იგი გამოიყენება უშუალოდ სქესობრივი აქტის წინ (თავსდება საშოში) და ახდენს სპერმის ინაქტივაციას, რითაც იცავს ქალს არასასურველი ორსულობისაგან. ასეთი დაცვა არაა სრულყოფილი და ამ დროს, მაინც რჩება დაორსულების შანსი. გარდა ამისა, სპერმაციდები ვერ იცავს პარტნიორებს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან.

კომბინირებული მეთოდები. კომბინირებული მეთოდი ეწოდება ისეთ მეთოდს, როდესაც სქესობრივი აქტის დროს მამაკაცი იყენებს კონდომს, ხოლო ქალი სპერმაციდს. ეს მეთოდი უფრო ეფექტურია ვიდრე თვითოეული საშუალება ცალ-ცალკე. ამ შემთხვევაში ნაკლებია, როგორც არასასურველი ორსულობის ისე სქესობრივი გზით გადამდები დაავადების განვითარების შესაძლებლობა.



ჰორმონალური მეთოდები.

ჰორმონალური კონტრაცეპტივები შეიძლება იყოს პერორალური (დასალევი) ან საინექციო. პერორალური, ჰორმონული კონტრაცეპტივები მიიღება ყოველდღიურად, გარკვეული პერიოდების განმავლობაში. საინექციო, ჰორმონული კონტრაცეტივები გამოიყენება გარკვეული პერიოდულობით (მაგ. თვეში ერთხელ). ჰორმონულ კონტრაცეპტივებს გააჩნია, როგორც დადებითი (გამოყენების სიადვილე და კომფორტულობა) ისე უარყოფითი და სახიფათო მხარეები (გულ-სისლძარღვთა, ღვიძლის და სხვა ორგანოების დაზიანების

შესაძლებლობა. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაზიანების რისკი თითქმის 2-ჯერ იმატებს მწეველებში, რის გამოც, ყველა კონკრეტულ შემთხვევაში, ამ ტიპის კონტრაცეპტივები, უნდა დაინიშნოს ექიმის მიერ და მისი ხანგრძლივი გამოყენების შემთხვევაში, უნდა ხდებოდეს ქალის ჯანმთელობის მდგომარეობის პერიოდული მონიტორინგი.



სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები.

გამომდინარე ფსიქიკური ლაბილობიდან, არასაკმარისი გამოცდილებიდან და ცოდნიდან, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დაავადების შანსი გაცილებით მეტია სექსუალურად აქტიურ მოზარდებში, ვიდრე ზრდასრულ და გამოცდილ ადამიანებში. ასეთი სახით გადამდებ სხვადასხვა ინფექციებს, ბუნებრივია, აქვთ განსხვავებული გამოვლინება. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში, დაავადებები პირველ ხანებში მაინც, შეიძლება გამოხატული კლინიკური ნიშნების გარეშეც მიმდინარეობდეს. ან მიმდინარეობდეს იმდენად უმნიშვნელო გამოვლინებით, რომ გამოუცდელმა ახალგზრდამ საერთო არ მიაქციოს მას ყურედღება. ეს კი, ამ ადამიანს, დაავადების ქრონიკული ფორმის განვითარების ან სხვა შემთხვევაში, (მაგ. შიდსი) მძიმე და სიცოცხლისთვის საშიში შედეგების რისკის ქვეშ აყენებს. ამიტომ, სქესობრივად აქტიური ადამინი, აუცილებლად უნდა ფლობდეს გარკვეულ ცოდნას სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების თავისებურებების, მისი განვითარების მიზეზების, თავიდან აცილების გზების, გამოვლენის თავისებურებების და შედეგები შესახებ.

სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციათა შორის 25 წლამდე ასაკის ახალგაზრდებში, ყველაზე ხშირია გონორეა და ქლამიდიოზი. ა.შ,შ.-ში, ამ ინფექციათა გავრცელების პიკი გამოხატულია 15 – 19 წლის გოგონებსა და 20 – 24 წლის ვაჟებში და იგი აღენიშნება 15 – 19 წლის ასაკის, ყოველი 100,000 –დან 715 – 724 გოგონას და 373 ვაჟს. ამასთან, ეს მაჩვენებელი, 1996 წლიდან, 2000 წლამდე, დაახლოებით 21%-ით გაიზარდა გოგონებში და 10,7%-ით ვაჟებში. ამასთან, თუ გონოკოკური ინფექციის გამოვლენა, როგორც წესი მწვავეა და შესაბამისად მისი დიაგნოსტიკა და მკურნალობაც უფრო ეფექტურია, ქლამიდიოზის კლინიკა შეიძლება შეუმჩნეველადაც მიმდინარეობდეს, რაც დაავადების ქრონიკული ფორმების განვითარების საშიშროებას

ქმნის. იგივე შეიძლება ითქვას კანდიდოზისა (სოკოვანი ინფექცია) და ტრიქომონოზის შესახებ. შიდსით დაინფიცირების შემთხვევაში კი, კლინიკური ნიშნები შეიძლება გამოჩნდეს დაინფიცირებიდან მრავალი წლის შემდეგ.

კლინიკური გამოვლინება. სქესობრივი გზით გადამდებ სხვადასხვა დაავადებას, ბუნებრივია, სხვადასხვა კლინიკური გამოვლინება ასახიათებს. თუმცა, არსებობს ზოგადი ნიშნებიც, რომლებიც საერთოა სხვადასხვა დაავადებისათვის და რომელთა არსებობაც, დიდი ალბათობით, მიგვანიშნებს ამ სახის ინფექციის არსებობაზე.



ურეთრიტი.

ურეთრიტი არის საშარდე მილის ანთება და გამო-ვლინდება გამონადენით ან მტკივნეული შარდვით ან ორივე ნიშნით.

შეიძლება გამოხატული იყოს შარდვის გახშირება, მცირე ულუფებით შარდვა, მოშარდვის დაუძლეველი სურვილი. საშარდე მილის შესასვლელი არის ანთებადი შეშუპებული და მტკივნეული. ვაჟებში, ეს ნიშნები, შეიძლება საერთოდ არ იყოს გამოხატული ან გამოხატული იყოს მინიმალურად. ამიტომ, ხშირია, როდესაც ვაჟები ყურადღებას არ აქცევენ ასეთ სიმპტომებს,. რომლებიც, გარკვეული პერიოდის შემდეგ თავისით ქრებიან და ანთება გადადის ქრონიკულ ფაზაში.

ურეთრიტის გამომწვევის დიაგნოსტიკისათვის მნიშვნელობა აქვს გამონადენის ფერსა და კონსისტერნციას: მაგ. მოყვითალო-მომწვანო ჩირქოვანი გამონადენი დამახასიათებელია გონორეისათვის. მოთეთრო, ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი კი – ქლამიდიოზისათვის. თუმცა, იმის გამო, რომ შეიძლება ანთებით პროცესში ჩაერთოს სხვა მიკრობებიც, რაც დაახლოებით შემთხვევათა 25%-შია მოსალოდნელი, შეიძლება გამონადენის ხასიათიც შეიცვალოს.

საბოლოო დიაგნოზისათვის აუცილებელია ლაბორატორიული კვლევა.



ეპიდიდიმიტი.

ეპიდიდიმიტი არის სათესლე ჯირკვლის დანამატის ანთება. ეპიდიდიმიტის კლინიკური გამოვლინება, ზრდასრულ მამაკაცებსა

და მოზარდებში, ერთმანეთისაგან განსხვავებულია და მოზარდებში ძირითადად გამოწვეულია სქესობრივი გზით გადამდები იმავე ინფექციური აგენტებით, რაც ურეთრიტებს იწვევს. თუმცა არსებობს სხვა მიზეზებიც, როგორიცაა მაგ. ტრავმა.

გამოვლინება დაახლოებით ისეთივეა, როგორც ურეთრიტების დროს; გამოხატულია სათესლე ჯირკვლების შეშუპება და დაჭიმულობის შეგრძნება და გამონადები საშარდე მილიდან, რომელიც თავისთავად წყდება მოკლე ხანში. თუმცა, გარკვეული პერიოდულობით, მცირე რაოდენობით გამონადენი ისევ შეიძლება განმეორდეს.



ვაგინიტები (საშოს ანთება).

ვაგინიტები წარმოადგენს საშოს ამომფენი ლორწოვანი გარსის ანთებას, რომლისთვისაც დამახა-სიათებელია გამონადენი. ზოგჯერ, ამ პროცესში, გარეთა სასქეს ორგანოებიც არის ჩართული.

შესაძლებელია გამოიხატოს სხვადასხვა ინტენსიობის ქავილი, რაც დაკავშირებულია ინფექციის გამომწვევი აგენტის თავისებურებაზე.

ვაგინიტები, უპირატესად, დამახასიათებელია სექსუალურად აქტიური ქალებისათვის.

გამონადენით მიმდინარე ვაგინიტების ძირითადი გამომწვევებია ტრიქომონა, კანდიდა (სოკო) და ბაქტერიები.

გამონადენის კონსისტენცია, ფერი და სუნი განსხვავდება ერთმანეთისაგან და დამოკიდებულია გამომწვევის თავისებურებაზე. საბოლოო დიაგნოზი ისმება ლაბორატორიული კვლევის საშუალებით.



ცერვისიტი (საშვილოსნოს ყელის ანთება).

ცერვისიტის დროს ანთებადი პროცესი ვრცელდება საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანი გარსის ღრმა შრეებზე. ვითარდება სხვადასხვა ხარისხის ტკივილი და უხვი გამონადენი. ზოგჯერ ვითარდება სისხლიანი გამონადენი.



მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებები.

სასქესო ორგანოების ზემო ნაწილის, ამ ტიპის, დაავადებებს მიეკუთვნება **ენდომეტრიტი (საშვილსნოს შიდა გარსის ანთება), სალპინგიტი (ფალოპის მილების ანთება), საკვერცხეების ანთება და მენჯის ღრუს პერიტონიტი. ამასთან, ეს დაავადებები შეიძლება განვითარდეს ცალ-ცალკე ან ერთმანეთთან კომბინაციაში.**

ამ დაავადებათა არსებობის დამადასტურებელი მინიმალური ნიშნებია: მუცლის ქვედა ნაწილის დაჭიმულობა, საკვერცხეებისა და ფალოპის ლულების საპროექციო არის და საშვილოსნოს ყელის ტკივილი.

უფრო მნიშვნელოვანი სიმპტომებია დისმენორეა, ცხელება, შარდვის პრობლერმები, ვაგინალური სისხლდენა (არა მენსტრუალირი) და ვაგინალური გამონადენი.



გენიტალური წყლულის სინდრომი.

სასქესო ორგანოების ზედა-პირზე განვითარებული წყლულების ხასიათი დამოკიდებულია მის გამომწვევ დაავადებაზე. ასეთი წყლულების არსებობა, უპირატესად, აღინიშნება პენისზე და სასირცხვო ბაგეებზე. თუმცა შეიძლება გაჩნდეს პირის ღრუსა და სწორი ნაწლავის ლორწოვანზეც. გენიტალური წყლულების ძითითადი გამომწვევებია **მარტივი ჰერპერსის ვირუსი და მკრთალი ტრეპანომაა (სიფილისის გამომწვევი).**

მარტივი ჰერპესის ვირუსი იწვევს ბუშრუკოვან მტკივნეულ გამონაყარს, რომელიც შემდგომში შეიძლება წყლულად გარდაიქნმას. სიფილისით გამოწვეული წყლული უმტკივნეულოა.

პაპილომა ვირუსით გამოწვეული დაზიანება, რომელიც უპირატესად ახალგაზრდა ასაკში ვითარდება, შემდგომში ხშირად ხდება საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების მიზეზი. დღეისათვის შემუშავებულია პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგი ვაქცინაციის მეთოდი, რომელიც თითქმის სრულად იცავს ქალს ამ მიზეზით გამოწვეული საშვილოსნოს ყელის კიბოსაგან.



ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული იმუნოდეფიციტი და ვირუსული ჰეპატიტი.

აივ-ითა და B და C- ჰეპატიტის ვირუსით გამოწვეული დაავადებები, დაინფიცირებიდან დიდი ხნის განმავლობაში, სრულიად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს და სერიოზულ საფრთხეს უქმნის ადამიანის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს. დაინფიცირება კი, შემთხვევათა უმრავლესობაში, ხდება სწორედ ახალგაზრდა და ხშირად – მოზარდთა ასაკში. ამიტომ, ამ დაავადებათა სკრინინგი, განსაკუთრებით რისკის ჯგუფის მოზარდებში (ინტრავენური ნარკომანია, დაუცველი სექსი), პერიო-დულად საჭიროა მაშინაც კი, როცა დაავადების არავითარი ნიშანი არაა გამოვლენილი.

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ) წარმოადგენს ვირუსის განსაკუთრებულ სახეობას – ე.წ. რეტროვირუსს, რომელიც შერჩევით აზიანებს ადამიანის იმუნური სისტემის უჯრედთა ერთ-ერთ სახეობას – Th უჯრედებს, რითაც აფერხებს იმუნური სისტემის წინააღმდეგობას ზოგიერთი მიკრობების, ვირუსების და სოკოების მიმართ და ასევე ასუსტებს სიმსივნის საწინააღმდეგო იმუნიტეტს. ეს კი, თავის მხრივ, იწვევს, მძიმე ინფექციური პროცესის განვითარებას, რასაც ხშირად ახლავს თან ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებები.

ამ დროს, ასევე ხშირია სხვადასხვა ალერგიული და აუტოიმუნური გამოვლინებები.

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი ადამიანიდან ადამიანზე გადაეცემა სისხლის ან სხვა ბიოლოგიური სითხეების საშუალებით. ამიტომ, ამ ვირუსით დაინფიცირება და მისგან გამოწვეული დაავადებები, უხშირესად, გვხვდება ინტრავენურ ნარკომანებში (იყენებენ ერთმანეთის შპრიცებს) და დაუცველი სექსის შემთხვევებში.

არ არის აღწერილი არც ერთი შემთხვევა, როდესაც ეს ვირუსი საყოფაცხოვრებო გზით ან შეხებით გადადის ადმიანიდან ადამიანზე. ამიტომ, დაავადებული ადამიანი სახიფათო არ არის საზოგადოებისათვის (რა თქმა უნდ იმ შემთხვევაში, თუ მისი სისხლი და ბიოლოგიური სითხეები ჩვენს ორგანიზმში არ მოხვდა).

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის სხვა ადამიანის ორგანიზმში მოხვედრიდან დაახლოებით 2 კვირის შემდეგ იწყება ჩვეუ-

ლებრივი გრიპის მსგავსი დაავადების ნიშნების გამოვლინება – სხეულის ტემპერატურის მატება, შემცივნება, სურდო, კუნთებისა და სახსრების ტკივილი და შეიძლება განვითარდეს ლიმფური ჯირკვლების გადიდება. ეს სიმპტომები გრძელდება დაახლოებით 10 დღის განმავლობაში და შემდეგ ყველაფერი ნორმას უბრუნდება. ამის შემდეგ იწყება ხანგრძლივი ფარული პერიოდი, რომელიც, შეიძლება, 7 – 15 წელიც კი გაგრძელდეს.

აღნიშნული პერიოდის შემდეგ, დაავადების კლინიკური გამოვლინება იწყება ისევ ცხელებით, ძლიერი ოფლიანობით, საერთო სისუსტით, წონის მნიშვნელოვანი კარგვით, ყველა პერიფერიული ლიმფური ჯირკვლის გადიდებით და ზოგჯერ ვითარდება სხვადასხვა სახის (უფრო ალერგიული) გამონაყარი. ამ მდგომარეობას, რომელიც მკურნალობას არ ემორჩილება და ხანგრძლივად მიმდინარეობს, შემდგომში ერთვის ორგანიზმის სხვადასხვა სისტემისა და ორგანოს მძიმე ჩირქოვანი და სოკოვანი ინფექციები. შეიძლება განვითარდეს მძიმედ მიმდინარე სეფსისი. იშვიათი არაა სიმსივნის განვითარებაც.

დაავადების საბოლოო გამოსავალი ფატალურია. თუმცა, უკანასკნელ ხანებში შემუშავებულია მკურნალობის მეთოდები, რომლებიც მნიშვნელოვნად ახანგრძლივებენ დაავადების კლინიკურ რემისიას და დაავადებული ადამიანის სიცოცხლეს.

თავი VI

განსაკუთრებული მდგომარეობები.



ჰიპერაქტიური ბავშვები და ყურადღების დეფიციტი.

ბავშვები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან თავიანთი ტემპერამენტით, ინტელექტით და შესაბამისად – ქცევის თავისებურებით.

წიგნის დასაწყისში უკვე ვილაპარაკეთ იმის შესახებ, რომ ტემპერამენტის ფაქტორებიდან გამომდინარე, ბავშვი შეიძლება იყოს აქტიური, მოძრავი, ენერგიული ან პირიქით – მოდუნებული, ინერტული და ჩაკეტილი. მაგრამ, ეს თვისებები, გარკვეულ ზღვრამდე ნორმალურად მიიჩნევა და საგანგაშო ხდება მხოლოდ მაშინ, როცა ბავშვის ქცევა ხელს უშლის მას გარემოსთან ადაპტაციაში, მისი ქცევა არის არა ადეკვატური, არა ლოგიკური და დისკომფორტს უქმნის გარშემო მყოფთ.

ასეთი ქცევების მაგალითია ჰიპერაქტივობა (გადაჭარბებული ფიზიკური აქტივობა) და ყურადღების დეფიციტი.

ასეთ ბავშვებში გამოხატულია ყურადღების კონცენტრაციის დეფიციტი (ბავშვს არ შეუძლია ერთ საგანზე, ერთ ქმედებაზე კონცენტრაცია. ვერ ამთავრებს დაწყებულ საქმეს. არის იმპულსური და ვერ აკონტროლებს თავის ქმედებას) და გადაჭარბებული მოტურული აქტივობა (სულ მოძრაობს. თითქოს არასოდეს არ იღლება, “ვერ აჩერებს ხელებს”. იღებს საგნებს მაგიდიდან და უცვლის მათ მდებარეობას და ა.შ.). ასეთი ბავშვები ვერ აკონტროლებენ ემოციას, არიან ჭირვეულები, აგრესიულები, აქვთ თანატოლებთან და პედაგოგებთან ურთიერთობის პრობლემები. იმის გამო, რომ უძნელდებათ ერთ ქმედებაზე, ერთ საგანზე კონცენტრაცია – უჭირთ სწავლა.

ზოგ შემთხვევაში, ყურადღების დეფიციტი ასოცირებულია არა ჰიპერაქტივობასთან, არამედი პირიქით – ინერტულობასთან და სიზანტესთან.

ჰიპერაქტივობის ნიშნები, ჯერ კიდევ, ჩვილობის პერიოდში შეიძლება გამოვლინდეს. ამ ასაკში გამოხატულია უმიზეზო მოუსვენრობა, ჭირვეულობა, ძილის დარღვევა. 3 წლის ასაკში, ჰიპერაქტივობისა და ყურადღების დეფიციტის ნიშნები, უკვე კარგადაა გამოხატული. თუმცა, ეს ყველაფერი, მთელი სიმძაფრით, თავს სკოლის ასაკიდან იჩენს, როცა ბავშვი ახალ გარემოში ხვდება, რაც მისგან განსხვავებული ტიპის აზროვნებას, ყურადღების კონცენტრაციას და რიგი ამოცანების გადაწყვეტის უნარს მოითხოვს.

ჰიპერაქტივობისა და ყურადღების დეფიციტის სინდრომის გამომწვევი მიზეზები ბოლომდე ახსნილი არ არის. თუმცა, ბოლო ხანებში გაირკვა, რომ ამ სინდრომის მქონე ბავშვებში გაძლიერებულია ნივთიერებათა ცვლა და ნერვული იმპულსების გადაცენის პროცესი.

დადასტურებულია ისიც, რომ ამ სინდრომის მქონე ბავშთა კვების რაციონიდან ზოგიერთი საკვები პროდუქტის ამოღება (შოკოლადი, ხილის წვენები, შაქრის შემცვლელი საკვები, სინთეზური კონსერვანტები, საკვები არომატიზატორები, სხვადასხვა ალერგენები) აუმჯობესებს ძილს და ამცირებს მოტორულ ჰიპერაქტივობას. მდგომარეობას ასევე აუმჯობესებს მაგნიუმითა და B-ვიტამინით მდიდარი საკვები (შვრია, წიწიბურა, ხოცი, რძის პროდუქტი).

ჰიპერაქტივობისა და ყურადღების დეფიციტის სინდრომის დიაგნოზის დასმა რთული არ არის და ყველა მშობელს, რომელსაც ამ მდგომარეობის შესახებ გარკვეული ინფორმაცია აქვს, ბავშვისათვის შესაბამისი ნიშნების შემჩნევის შემთხვევაში, შეუძლია ეჭვი მიიტანოს მის არსებობაზე.

მიუხედავად ამისა, ჩემს პრაქტიკაშიც, იშვიათი არ არის შემთხვევა, როცა დედას ბავშვი მოჰყავს სრულიად სხვა მიზეზით და როცა მშობლებს ვესაუბრები, ბავშვი წუთითაც კი არ ჩერდება ერთ ადგილზე – დარბის ოთახში, ხელს ჰკიდებს ყველაფერს, მაგიდიდან ჰყრის საგნებს, ერთმანეთში ურევს ფურცლებს, ერევა საუბარში და არ რეაგირებს დედის თხოვნაზე – დაწყნარდეს.

დედა ბოდიშს იხდის და ამბობს, რომ ბავშვი უბრალოდ ცელქია, მოუსვენარია და იმედი აქვს, რომ ეს ყველაფერი ასაკთან ერთად გაივლის. შემდეგ კი საუბარში ირკვევა, რომ ბავშვს პრობლემები

აქვს სკოლაში, უჭირს სწავლა, დამახსოვრება, თანატოლებთან ურთიერთობა და პედაგოგის მოსმენა. ანუ – სინამდვილეში, საქმე გაცილებით სერიოზულადაა და ბავშვს პედიატრისა და ფსიქოლოგის გადაუდებელი დახმარება სჭირდება.

ანუ, თუ ამჩნევთ, რომ თქვენი შვილი:

- **მცირე ასაკიდან, უმიზეზოდ ჭირვეულობს, ცუდად სძინავს, კრთება ძილში, ხშირად ტირის უმიზეზოდ.**
- **აგზნებულია, აგრესიულია, დიდხანს ვერ ჩერდება ერთ ადგილზე**
- **სკოლაში უჭირს გაკვეთილზე ჯდომა, მაწავლებლის მოსმენა, თანატოლებთან კონტაქტი.**
- **ვერ მიჰყავს დაწყებული საქმე ბოლომდე. წყვეტს მეცადინეობას დაწყებიდან რამდენიმე წუთში და გარბის სათამაშოდ.**
- **უჭირს წაკითხულის ან ნაამბობის დამახსოვრება და გამეორება.**
- **ლაპარაკობს ბევრს და არ ამთავრებს აზრს, ისე გადადის სხვა თემაზე.**
- **ან, ყურადღების დეფიციტთან ერთად, გამოხატულია ხაზგასმული ინერტულობა.**

აუცილებლად და დაუყოვნებლივ მიმართეთ პედიატს და ბავშვთა ფსიქოლოგს.

ჰიპერაქტიული და ყურადღების დეფიციტის მქონე ბავშვები საკმაო დისკომფორტს უქმნიან გარშემო მყოფთ და საქმეში ჩაუხედავი ადამიანები მათ ასეთ ქცევას უზრდელობით და სიზარმაცით ხსნიან და დასჯის, დაშინებისა და ძალდატანების გზით ცდილობენ მათ "მორჯულებას"..

სრული კატეგორიულობით მინდა გითხრათ, რომ ამას არავითარი აზრი არა აქვს და უფრო მეტიც – ყოველგვარი ძალდატანება და დასჯა მხოლოგ უკუეფექტის მომტანია.

თუ ეჭვი გაგიჩნდათ, რომ თქვენს შვილს ჰიპერაქტივობისა და ყურადღების დეფიციტის სინდრომი აქვს:

- შეამცირეთ მის საკვებ რაციონში შაქრის შემცველი და მატონიზირებელი პროდუქტები (შოკოლადი, ხილის წვენი, შაქრის

შემცველი პროდუქტები).

- გაარკვიეთ – ხომ არა აქვს ბავშვს ალერგია რომელიმე საკვებ პროდუქტზე და თუ ასეა, დაუყოვნებლივ ამოიღეთ მისი საკვები რაციონიდან ეს პროდუქტი.
- აღიჭურვეთ მაქსიმალური მოთმინებით და არ შეეცადოთ ბავშვის დაშინებასა და დასჯას.
- ეცადეთ, შეუქმნათ მას მშვიდი გარემო.
- დაუყოვნებლივ მიმართეთ თქვენი ოჯახის ექიმს ან პედიატრს და სთხოვეთ მას – ჩაატაროს კონსულტაცია ფსიქოლოგთან.



ბავშვთა აუტიზმი.

როცა 1988 წელს კინოეკრანებზე ბარი ლევინსონის შესანიშნავი ფილმი – „წვიმის კაცი“ გამოვიდა, რომელშიც აუტიზმით დაავადებული ახალგაზრდა კაცის როლს დასტინ ჰოფმანი ასრულებს, ჩვენში, ძირითადად, მხოლოდ დარგის სპეციალისტებმა თუ იცოდნენ რა დაავადებაა აუტიზმი, რა კლინიკური გამოვლინება ახასიათებს მას და რა სირთულეების წინაშე დგანან ამ პათოლოგიის მქონე ადამიანები და მათი ოჯახის წევრები ?

დღეისათვის აუტიზმის შესახებ, ფართო საზოგადებისათვის, ბევრი რამ გახდა ცნობილი და თუმცა, კვლავ გაურკვევლია თუ რა იწვევს ამ დაავადებას,

გაირკვა, რომ იგი გამოვლინებას იწყებს დაახლოებით 15 თვის ასაკში და სრული კლინიკური სურათითაა წარმოდგენილი 3 წლის ასაკისათვის.

ცნობილი გახდა ისიც, რომ აუტიზმი არ არის ძალიან იშვიათი დაავადება და ეს პათოლოგია 1000 დან, დაახლოებით, 6 ბავშვს აღენიშნება. აუტიზმი 5-ჯერ უფრო ხშირადაა ვაჟებში, ვიდრე გოგონებში.

აღნიშნავენ, რომ, ბოლო, 10 წლის განმავლობაში, გამოიხატა აუტიზმის სიხშირის მატება.

აუტიზმი, ნერვული სისტემის განვითარების დარღვევით მიმდინარე, ქრონიკული დაავადებაა.

ამ პათოლოგიის მქონე ადამიანებისათვის დამახასიათებელია 3 სახის პრობლემია:

- კომუნიკაციის პრობლემები (მეტყველების დაგვიანებით დაწყება, არასწორი მეტყველება, სხვისი ნათვამის არა ადეკვატურად აღქმა).
- საზოგადოებასთან ურთიერთობის პრობლემა (ბავშვებს უჭირთ გარშემომყოფებთან ურთიერთობა და გაურბიან მას, არა მხოლოდ იმიტომ, რომ დარღვეულია მეტყველებისა და კომუნიკაციის პროცესი, არამედ იმიტომ, რომ ურჩევნიათ იზოლირებულად ყოფნა).
- ინტერესთა სფეროს მნიშვნელოვანი შეზღუდვა (შეუძლიათ, მთელი დღის განმავლობაში, ერთ საგანზე ან ამ საგნის დეტალზე იყვნენ კონცენტრირებულნი. ხანგრძლივად იმეორებდნენ ერთსა და იგივე მოძრაობებს და ა.შ.).

ამიტომ – თუ ხედავთ, რომ:

- **ბავშვი უკვე 3 წლის ასაკისაა და ჯერ არ ლაპარაკობს. თქვენს კითხვაზე პასუხობს არაადეკვატურად და ხშირად, პასუხის მაგივრად, იმეორებს თქვენივე კითხვას (მაგ. თუ ეკითხებით – რა გქვია ? პასუხობს – რა გქვია ? ან ხანგრძლივად იმეორებს ერთსა და იგივე ფრაზას).**
- **უარს ამბობს თქვენთან (და საერთოდ გარშემო მყოფებთან) კონტაქტზე. არ სიამოვნებს მოფერება და არც თავად ცდილობს მოგეფეროთ.**
- **ურჩევნია მარტო თამაში და ამ დროს, შეუძლია კონცენტრირებული იყოს მხოლოდ ერთ საგანზე ან ამ საგნის ერთ დეტალზე (მაგ. მთელი დღის განმავლობაში ხელში ატრიალოს სათამაშო მანქანის ბორბალი).**
- **ერიდება სიახლეებს და შეიძლება აგრესიულადაც შეხვდეს ყველა ახალ სიახლეს (ახალ სახეს, ახალ სათამაშოს, ახალ გარემოს).**

უცილებლად უნდა მიმართიოთ პედიატრს, აუხსნათ თქვენი შეშფოთების მიზეზი და მოითხოვოთ ფსიქოლოგის კონსულტაცია.

უნდა იცოდეთ, რომ აუტიზმი ქრონიკული პათოლოგიაა და არ ინკურნება. მაგრამ არსებობს აუტიზმის სხვადასხვა ფორმა და ზოგ შემთხვევაში, აუტიზმით დაავადებული პირი, მეტ-ნაკლებად ახერხებს გარემოსთან ადაპტაციას და საზოგადოებაში თავის ადგილს პოუ-

ლობს. მაშინ, როცა სხვები ამას ვერ ახერხებენ და მუდმივად სჭირდებათ დახმარება.

უფრო მეტიც, ზოგ შემთხვევაში, აუტიზმით დაავადებულ პირს, შეიძლება რაიმე ერთი საგნის, ერთი მიმართულებისადმი, განსაკუთრებული მიდრეკილება და ნიჭიც აღმოაჩნდეს.

როგორ მოახერხებს აუტისტი პიროვნება გარემოსთან ადაპტაციას და საკუთარი შესაძლებლობების რეალიზებას, ეს მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული დროულ დიაგნოსტიკასა და შესაბამის ჩარევაზე.



დაუნის დაავადება.

დაახლოებით 1 წლის წინ, სამუშაო ოთახში ვიჯექი და პაციენტებს ვიღებდი. კარზე დააკაკუნეს. მობრძანდით მეთქი – ვუპასუხე და თან სამედიცინო ბარათში წინა პაიენტის მონაცემთა ჩაწერა გავაგრძელე.

ოთახში ენერგიული ნაბიჯების ხმა გაისმა. თავი რომ ავწიე ჩემს წინ 14 – 15 წლის ბიჭი იდგა და მიღიმოდა. შემდეგ მომესალმა, ხელი გამომიწოდა და თვაზიაანად მომიკითხა.

ბიჭს ძალზედ დამახასიათებელი გარეგნობა ჰქონდა და მაშინვე მივხვდი, რომ დაუნის სინდრომის მქონე ადამიანთან უნდა მქონოდა საქმე, თუმცა თხელი აღნაგობა, საოცრად ცოცხალი, მეტყველი და კეთილი გამოხედვა, თავდაჯერებული და სრულიად ადეკვატური ქცევის მანერა, თითქოს, ეჭვქვეშ აყენებდა ამ დიაგნოზს.

ბიჭს, უკან დედა მოჰყვებოდა და მშვიდი, სედიანი ღიმილით აკვირდებოდა შვილის საქციელს.

ასე გავიცანი გეგა. როგორც გამოირკვა – მას ნამდვილად ჰქონდა დაუნის დაავადება და შემდეგ, ტელეეკრანიდან, თვითონვე განაცხადა, რომ დამატებითი ქრომოსომა ჰქონდა და ძალიან ძლიერი კაცი იყო. და მართალიც არის – ის ძალიან მაგარი კაცია, რაშიც განუზომელი წვლილი მის დედას ეკუთვნის, რომლის დაუღალავმა და რეგულარულმა შრომამ აქცია გეგა ისეთად, როგორიც ის დღეს არის.

ვფიქრობ, გეგა და მისი მშობლები ნათელი მაგალითია იმისა, რომ ანალოგიური პრობლემის მქონე ოჯახებმა იმედი არ უნდა დაკარგონ და ყველაფერი გააკეთონ რათა, მიაღწიონ იმას, რასაც გეგამ მიაღწია.

მდგომარეობა, რომელსაც დღეს დაუნის დაავადებას უწოდებენ, მე-19 საუკუნის ბოლოს აღწერა ინგლისელმა ექიმმა – გვარად **დაუნმა,** რის გამოც მიიღო ამ დაავადებამ აღნიშნული სახელი. 1959 წელს კი დაადგინეს, რომ დაუნის დაავადების მიზეზი ქრომოსომების პათოლოგიაა და 21-ე წყვილი ქრომოსომის მაგივრად სახეზეა – არა წყვილი, არამედ სამი ქრომოსომისაგან შემდარი ნაკრები. ამ მდგომარეობას ტრისომია ეწოდება.

დაუნის დაავადების მქონე ადამიანთა დაახლოებით 1%-ს, ზოგიერთ უჯრედში ნომალური რაოდენობის – 46, ხოლო ზოგიერთ უჯრედში – (46 + 1 = 47) დამატებითი ქრომოსომა აქვს. ამ მდგომარეობას მოზაიციზმი ეწოდება და ამ პიროვნებებში, დაუნის დაავადებისათვის დამახასიათებელი ნიშნები, გაცილებით მსუბუქადაა წარმოდგენილი.

დაუნის დაავადების გამომწვევი მიზეზები ბოლომდე გარკვეული არაა. პათოლოგიის მიზეზთა შორის ასახელებენ რადიაციას, ზოგიერთი მედიკამენტის გადაჭარბებული დოზების მიღებას, ვირუსულ ინფექციებს და სხვა. თუმცა ეს, მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი, დადასტურებული არ არის.

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რაც დაუნის დაავადების განვითარებას უკავშირდება, არის დედის ასაკი: 40 წელს გადაცილებულ ორსულ ქალებში, დაუნის დაავადების მქონე ბავშვის დაბადების ალბათობა მნიშვნელოვნად მაღალია, ვიდე უფრო ახალგაზრდა ასაკში.

დაუნის დაავადებას ახასიათებს ფიზიკური და ფსიქიკური თავისებურებები:

- ჭარბი წონა, სიმსუქნისაკენ მიდრეკილება და კუნთთა ტონუსის დაქვეითება.
- მოდუნებულობა და სიზანტე.
- სახის ბრტყელი პროფილი.
- თვალის ირიბი ჭრილი.
- პატარა და ჩაჭყლეტილი ცხვირი.
- დიდი ენა.
- ყურის ნიჟარის დეფორმაცია.
- მოკლე კისერი და შედარებითვ პატარა თავი.
- თვალების შიდა კუთხეში კანის პატარა ნაოჭი (ეპიკანტუსი).
- მოკლე, ფართო ხელის გულები და მასზე – ერთი განივი ხაზი.

- გავა-წელის არეში, კანზე – მოლურჯო ლაქა.
- განიერი ტერფები და პატარა თითები.
- **შეფერხება გონებრივ განვითარებაში.**

ასეთ ბავშვებში ხშირია:

- გულის თანდაყოლილი მანკები.
- მხედველობის და სმენის დარღვევები.
- სასუნთქი სისტემის ქრონიკული დაავადებები.
- სისხლის დაავადებები.
- საჭმლის გადამუშავების პრობლემები.
- ზოგადად – ხშირი ავადობა.

დაუნის დაავადების მქონე ბავშვები გვიან სწავლობენ ლაპარაკს, ჯდომას, სიარულს, თამაშს და საყოფაცხოვრებო ჩვევებს.

მაგრამ – დაუნის დაავადების მქონე ყველა ბავშვს არა აქვს გამოხატული ყველა, ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი. ასევე – გონებრივ და ფიზიკურ განვითარებაში ჩამორჩენა ყველას ერთნაირი ხარისხით არ აღენიშნება.

დაუნის დაავადების დროული დიაგნოსტიკისა და ადეკვატური ჩარევის შემთხვევაში (პედიატრის, ნევროლოგის და ფსიქოლოგის კონსულტაცია და ხანგრძლივი ფსიქო-სოციალური და ფიზიკური რეაბილიტაციის პროგრამები) საშუალებას აძლევს ამ დაავადების მქონე ბავშვს, მიაღწიონ განვითარების მნიშვნელოვან პროგრესს და შესძლონ საზოგადოებასთან და გარემოსთან ადაპტაცია. ეს პროცესი ხანგრძლივი (უფრო სწორად მუდმივი) და საკმაოდ რთულია და ოჯახის ყველა წევრის ჩართულობას, დიდ მოთმინებასა და თავდაუზოგავ შრომას მოითხოვს.

თუმცა, ეს სავსებით შესაძლებელია და ამის შესანიშნავი მაგალითია გეგა, რომელსაც დღეს, ფაქტიურად, მთელი საქართველო იცნობს.

ბროპრინოსინი®

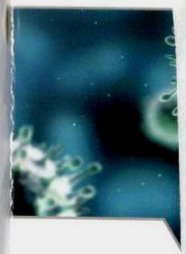
ინოზინ პრანობექსი ტაბ. 500მგ №50

მოქმედების ორმაგი მექანიზმი

ანტივირუსული მოქმედების

იმუნომოდულატორი







მოზრდ
სადღეღ
5-7 დღ

3-4 მიღებაზე

მრვი-ი
სადღეღ
კვირაშ

3-4 მიღებაზე

ლოგა

- მწვავე პერიოდში - სადღეღამისო დოზა 50მგ/კგ წონაზე განაწილებული 3 მიღებაზე (მოზრდილები-2 ტაბლეტი 3-ჯერ დღეში) 5-10 დღის განმავლობაში დაავადების სიმპტომების ალაგებამდე
- რემისიის პერიოდში - მოზრდილები 2 ტაბლეტი ერთხელ დღეში 6 თვემდე

გედეონ რიხტერი

წარმომადგენლობა საქართველოში თბილისი, კანდელაკის № 8. ტელ./ფაქსი: 2377-100; 2371-100