

ახალშობილთა პირველადი რეანიმაცია სამშობიარო ბლოკში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

ახალშობილთა პირველადი რეანიმაცია სამშობიარო ბლოკში

1. დეფინიცია

ახალშობილთა რეანიმაცია გულისხმობს ახალშობილის სასიცოცხლო ფუნქციების (სუნთქვა, გულისცემა) აღდგენასა და შენარჩუნებას.

ახალშობილთა რეანიმაციის საჭიროების პროგნოზირება ხშირად შესაძლებელია ანტე და ინტრანატალური ანამნეზის გათვალისწინებით (იხ. გაიდლაინი).

ახალშობილთა რეანიმაცია მოიცავს შემდეგ საფეხურებს:

- **A** – რეანიმაციის საწყისი საფეხურები;
- **B** – ვენტილაცია;
- **C** – გულის არაპირდაპირი მასაჟი;
- **D** – მედიკამენტური თერაპია.

2. კრიტერიუმები

ახალშობილის რეანიმაციის საჭიროების დასადგენად მშობიარობისთანავე საჭიროა 4 ძირითად შეკითხვაზე პასუხი:

- ახალშობილი დროულია?
- სანაყოფე სითხე სუფთაა?
- სუნთქავს ან ტირის?
- კუნთთა ტონუსი კარგია?

თუნდაც ერთი უარყოფითი პასუხი რეანიმაციის საჭიროების კრიტერიუმია – იწყება რეანიმაციის საწყისი საფეხურები.

ყველა დადებითი პასუხი გამორიცხავს რეანიმაციული ჩარევის აუცილებლობას და ხორციელდება სტანდარტული მოვლა (იხ. ახალშობილის მოვლის პროტოკოლი).

რეანიმაციის ჩატარება არ არის მიზანშეწონილი, თუ:

- ახალშობილის გესტაციური ასაკი < 23 კვირაზე ან წონა < 500 გ-ზე;
- გამოსატულია ანენცეფალია;
- დადასტურებულია მე-13 ან მე-18 ქრომოსომის ტრისომია.

B

3. რეანიმაციის საწყისი საფეხურები (A საფეხური)

საწყისი საფეხურები სუფთა სანაყოფე სითხის დროს:

- ახალშობილის მიღება თბილ საფენში და მოთავსება წინასწარ ჩართული სხივური გამათბობლის ქვეშ;
- ახალშობილის სწორ პოზიციაში მოთავსება - ოდნავ უკან გადაწეული თავით, შეიძლება მხრების ქვეშ მორგვის ამოღება.
- სასუნთქი გზების (ჯერ პირის და შემდეგ ცხვირის) ზერელე სანაცია სტერილური ბალონით ან მექანიკური ასპირატორის 8-10 Fr კათეტერით, უარყოფითი წნევა არაუმეტეს 100 მმ ვწყ.სვ. (ღრმა სანაცია იწვევს ცთომილი ნერვის აგზნებას, ბრადიკარდიასა და აპნოეს).
- გამშრალება და სველი საფენის მოცილება
- ტაქტილური სტიმულაცია 2 უსაფრთხო მეთოდით – ზურგის მსუბუქი მასაჟი ფეხის გულებზე ხელის ნაზი დარტყმა ან წკიპურტი;

- რეპოზიცია - განმეორებით მოთავსება სწორ პოზიციაში.
რეანიმაციის საწყისი საფეხურების ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 30 წმ-ს.

საწყისი საფეხურები მეკონიუმით დაბინძურებული სანაყოფე სითხის დროს:

- *თავის გამოჭრისთანავე სანაცის რუტინულად ჩატარება არ არის რეკომენდებული* A
- ახალშობილის მიღება თბილ საფენში და მოთავსება წინასწარ ჩართული სხივური გამათბობლის ქვეშ;
- ახალშობილის სწორ პოზიციაში მოთავსება - ოდნავ უკან გადაწეული თავით, შეიძლება მხრების ქვეშ მორგვის ამოღება.
- ახალშობილის სუნთქვის, კუნთთა ტონუსის და გულისცემის სიხშირის შეფასება (გცს ფასდება 6 წმ-ში და მრავლდება 10-ზე, დათვლა ხდება სტეტოსკოპით გულის მწვერვალზე ან ჰიპლარის პულსაციის შეფასებით)
 - თუ ახალშობილი აქტიურია (სუნთქავს, კუნთთა ტონუსი კარგია, გცს > 100 წთ) სასუნთქი გზების (ჯერ პირის, შემდეგ ცხვირის) სანაცია ტარდება მექნიკური ასპირატორის 8-10 Fr კათეტერით, უარყოფითი წნევა არაუმეტეს 100 მმ ვწყ.სვ;
 - თუ ახალშობილი დათრგუნულია (არ სუნთქავს ან კუნთთა ტონუსი დაქვეითებულია ან გცს < 100 წთ) სასუნთქი გზების სანაცია ტარდება **ენდოტრახეული მილით**, რომელიც უერთდება მექანიკურ ასპირატორს მეკონიუმის ასპირატორით. სანაცია ტარდება მილის ამოღების პარალელურად. უარყოფითი წნევა არაუმეტეს 100 მმ.ვწყ.სვ., ხანგრძლივობა - 3-5 წმ. **ტრაქეის სანაციის მიზნით არ გამოიყენება ენდოტრახეულ მილში მოთავსებული კათეტერი, რადგან მისი მცირე ზომა არ უზრუნველყოფს ტრაქეის ადეკვატურ სანაციას.** დიდი რაოდენობით მეკონიუმის მიღების შემთხვევაში, განმეორებითი სანაციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებამდე ფასდება გცს: თუ გცს >100 წთ, ტარდება რეინტუბაცია და განმეორებითი სანაცია, ხოლო თუ გცს < 100 წთ იწყება დადებითი წნევით ვენტილაცია.
- გამშრალება და სველი საფენის მოცილება და რეპოზიცია

რეანიმაციის საწყისი საფეხურების ჩატარების შემდეგ საჭიროა ახალშობილის მდგომარეობის შეფასება 3 ძირითადი ნიშნით:

- სუნთქვა;
- გულისცემის სიხშირე (ფასდება 6 წამში და მრავლდება 10-ზე, დათვლა ხდება სტეტოსკოპით გულის მწვერვალზე ან ჰიპლარის პულსაციის შეფასებით);
- კანის ფერი.

ახალშობილის მართვა შეფასების შედეგების მიხედვით:

- თუ ახალშობილი სუნთქავს, გცს >100 წთ და კანი ვარდისფერია ან გამოხატულია აკოციანოზი (მტევნის და ტერფის ციანოზი) – გრძელდება სტანდარტული მოვლა და მიმდინარე მეთვალყურეობა.
- თუ ახალშობილი სუნთქავს, გცს >100 წთ და გამოხატულია ცენტრალური ციანოზი (სახის, ტანის, ლორწოვანი გარსების ციანოზი) – საჭიროა 100% ჟანგბადის თავისუფალი წესით მიწოდება. ციანოზის გაქრობის პარალელურად მცირდება ჟანგბადის კონცენტრაცია მის სულ მოხსნამდე. თუ ცენტრალური ციანოზი არ იხსნება საჭიროა ფილტვის ხელოვნური ვენტილაცია.
- თუ ახალშობილი არ სუნთქავს ან გამოხატულია გასპინგის ტიპის სუნთქვა ან გცს <100 წთ საჭიროა ფილტვის ხელოვნური ვენტილაცია

ფილტვის ხელოვნური ვენტილაცია დადებითი წნევით (B საფეხური)

ფილტვის ხელოვნური ვენტილაცია (ფხვ) შესაძლებელია განხორციელდეს სასუნთქი ტომრითა და ნიღბით ან სასუნთქი ტომრითა და ენდოტრაქეული მილით.

C

ახალშობილთა ვენტილაციისათვის რეკომენდებულია სანარკოზე და თვითშლადი ტომარა.

ენდოტრაქეული მილით ვენტილაცია გაცილებით ეფექტურია, თუმცა ინტუბაცია მოითხოვს მეტ დროს და გამოცდილებას. ინტუბაცია აუცილებელია დიაფრაგმის თიაქარის და დაბადების ძალიან დაბალი წონის (< 1000 გ) დროს.

ფხვ-ს დროს რეკომენდებულია 100% ჟანგბადის გამოყენება. თუ ჟანგბადი არ არის ხელმისაწვდომი, ფხვ ტარდება ოთახის ჰაერით.

თუ ვენტილაცია ტარდება სასუნთქი ტომრით და ნიღბით აუცილებელია ნიღბსა და სახეს შორის ჰერმეტიზაციის შექმნა, ინტუბაციისას საინტუბაციო მილის ჩადგმის შემდეგ – მილის მდებარეობის შეფასება (იხ. ინტუბაციის პროტოკოლი).

ვენტილაციის სიხშირე - 40-60 ჩასუნთქვა წთ-ში

IV

ჩასუნთქვის წნევა - პირველი ჩასუნთქვა 30-40 სმ H₂O,

შემდგომი ჩასუნთქვები 15-20 სმ H₂O; ფილტვების დაავადებების დროს 20-30 სმ H₂O.

თუ ხდება წნევის მონიტორინგი ვენტილაციის დროს ზოგიერთ დროულ ახალშობილთან შეიძლება $\geq 30-40$ სმ წყლის წნევის გამოყენება;

B

ფილტვების ადეკვატური ვენტილაციის მაჩვენებელია გულმკერდის ზომიერი (არა ღრმა) ექსკურსია.

თუ ნიღბით და ტომრით ვენტილაციის დროს არ არის გულმკერდის ექსკურსია, მიზანშეწონილია:

- ნიღბსა და სახეს შორის ჰერმეტიზაციის შემოწმება;
- ახალშობილის პოზიციის შესწორება;
- სასუნთქი გზების განმეორებითი სანაცია;
- ჰაერგამტარი მილის გამოყენება (ქოანების ატრეზიის, რობინის და ბეკვიტ-ვიდემანის სინდრომის დროს);
- ჩასუნთქვის წნევის რამდენადმე გაზრდა.

ამ ღონისძიებათა შემდეგ გულმკერდის ექსკურსიის არარსებობა ინტუბაციის ჩვენებას წარმოადგენს.

ადეკვატური ვენტილაციის დაწყებიდან ყოველი 30 წამში ფასდება გცს შემდგომი ტაქტიკისათვის.

ახალშობილის მართვა შეფასების შედეგების მიხედვით:

- გცს > 100 - სპონტანური სუნთქვის აღდგენის შემდეგ წყდება ფხვ, მიეწოდება ჟანგბადი თავისუფალი წესით და ტარდება ნაზი მასაჟი სტიმულაციის მიზნით
- $60 \leq$ გცს < 100 - გრძელდება ფხვ, სანამ გცს არ მიაღწევს 100 და არ აღდგება სპონტანური სუნთქვა (ვენტილაციის პროცესში ეპიგასტრიუმის მიდამოს შებერვა ოროგასტრული ზონდის ჩადგმის ჩვენებას წარმოადგენს);
- გცს < 60 - გრძელდება ფხვ და იწყება გულის არაპირდაპირი მასაჟი.

გულის არაპირდაპირი მასაჟი (C საფეხური)

გულის არაპირდაპირი მასაჟი (გამ) ყოველთვის ტარდება ფილტვის დადებითი წნევით ვენტილაციის ფონზე. გამ-ის პარალელურად ფხვ-ს წარმოება უმჯობესია სასუნთქი ტომრით და ენდოტრაქეული მილით, თუ ვენტილაცია ტარდება სასუნთქი ტომრით და ნიღბით, აუცილებელია ოროგასტრული ზონდის ჩადგმა.

გამ შეიძლება ჩატარდეს ცერა თითების ან ორი თითის მეთოდით. ორივე შემთხვევაში ახალშობილი უნდა იწვევს მყარ ზედაპირზე ოდნავ უკან გადაწეული თავით.

უპირატესობა ენიჭება ცერა თითების მეთოდს.

B

ზეწოლის არე - დერილების შემაერთებელი წარმოსახვითი ხაზის ქვემოთ - მკერდის ძვლის ქვედა მესამედი.

ზეწოლის სიღრმე - მკერდის ძვალი უნდა ჩაიდრიკოს გულმკერდის წინა-უკანა დიამეტრის 1/3-ით.

სისშირე - 1 წთ-ის განმავლობაში 90 კომპრესია და 30 ვენტილაცია, თანაფარდობა კომპრესიასა და ვენტილაციის შორის 3 : 1, 1 ციკლის (3 კომპრესია, 1 ვენტილაცია) ხანგრძლივობა – 2 წმ, არ არის მიზანშეწონილი ვენტილაციისა და კომპრესიის თანხვედრა.

ეფექტურ მასაჟზე მიუთითებს პულსის გაჩენა მსხვილ სისხლძარღვებზე. **გამ-ის და ვენტილაციის კოორდინაციის 30 წმ-ის შემდეგ კვლავ ფასდება გცს.**

გულის არაპირდაპირი მასაჟი და ვენტილაცია გრძელდება, სანამ გცს არ გახდება ≥ 60 წმ-ში.

B

ახალშობილის მართვა შეფასების შედეგების მიხედვით:

- გცს > 100 - სპონტანური სუნთქვის აღდგენის შემდეგ წყდება ფხვ, მიეწოდება ჟანგბადი თავისუფალი წესით და ტარდება ნაზი მასაჟი სტიმულაციის მიზნით
- $60 \leq \text{გცს} < 100$ – წყდება გამ, გრძელდება ფხვ, სანამ გცს არ მიაღწევს 100 და არ აღდგება სპონტანური სუნთქვა;
- გცს < 60 - გრძელდება ფხვ და გამ, იწყება მედიკამენტური თერაპია და ფასდება:
 - გულმკერდის ექსკურსიის ადეკვატურობა;
 - მიწოდებული ჟანგბადის კონცენტრაცია;
 - კომპრესიის სიღრმე;
 - გამ და ფხვ კოორდინაცია.

მედიკამენტური თერაპია (D საფეხური)

ახალშობილთა რეანიმაციის პროცესში მედიკამენტების შეყვანის ჩვენებაა:

- 100% ჟანგბადით დადებითი წნევით ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციისა და გულის არაპირდაპირი მასაჟის 30 წმ-ის შემდეგ 60-ზე ნაკლები გულისცემის სისშირე.

A

მედიკამენტური თერაპია იწყება **აღრენალინის** შეყვანით, პარალელურად გრძელდება გამ და ფხვ.

დოზა და კონცენტრაცია – 0,1-0,3 მლ/კგ-ზე 1:10 000 ხსნარი

შეყვანის გზა – ინტრავენური (უპირატესია) ან ენდოტრაქეული

შეყვანის სიჩქარე - ნაკადური

მოსალოდნელი ეფექტი – მედიკამენტის შეყვანიდან 30 წმ-ში გცს გაზრდა.

აღრენალინის განმეორებითი შეყვანა შეიძლება ყოველ 3-5 წუთში ერთხელ.

B

სისხლის მწვავე დაკარგვაზე ეჭვის ან გამოხატული შოკის ან რეანიმაციულ ღონისძიებებზე არაადეკვატური პასუხის დროს **ნაჩვენებია მოცირობა სისხლის მოცულობის შემავსებლების გამოყენება.**

გამოსაყენებელი ხსნარები: - ფიზიოლოგიური ხსნარი ან რინგერ ლაქტატი.

დოზა - 10 მლ/კგ-ზე

შეყვანის გზა – ინტრავენური,

შეყვანის სიჩქარე – ნელი ნაკადით, 5-10 წუთის განმავლობაში

მოსალოდნელი ეფექტია ჰიპოვოლემიის ნიშნების კორექცია და გცს გაზრდა.

C

მედიკამენტების შეყვანის პარარელურად გცს ფასდება ყოველ 30 წმ-ში.

A

მედიკამენტების შეყვანის გზა - ვენაში მედიკამენტის შეყვანისას უპირატესობა ენიჭება ჭიპლარის ვენას.

C

თუ მედიკამენტის ვენაში შეყვანა შეუძლებელია, გამოიყენება ძვალშიდა შეყვანის გზა

ახალშობილის მართვა შეფასების შედეგების მიხედვით:

- გცს > 100 - სპონტანური სუნთქვის აღდგენის შემდეგ წყდება ფხვ, მიეწოდება ჟანგბადი თავისუფალი წესით და ტარდება ნაზი მასაჟი სტიმულაციის მიზნით
- $60 \leq \text{გცს} < 100$ - წყდება გამ, გრძელდება ფხვ, სანამ გცს არ მიაღწევს 100 და არ აღდგება სპონტანური სუნთქვა;
- თუ გცს < 60, უნდა შემოწმდეს ადეკვატურია, თუ არა ვენტილაცია და კომპრესიის სიღრმე, მიეწოდება თუ არა პაციენტს 100 % ჟანგბადი. გრძელდება ფხვ და გამ, ადრენალინის განმეორებითი შეყვანა (3-5 წთ-ში ერთხელ). თუ კვლავ აღინიშნება ჰიპოვოლემიის ნიშნები შესაძლებელია მოცირკულირე სისხლის შემავსებლების განმეორებით შეყვანა.

რენიმაციის შეწყვეტა

თუ ადეკვატური რენიმაციის მიუხედავად 10 წუთის განმავლობაში არ არის გულისცემა, რენიმაცია უნდა შეწყდეს.

C

რენიმაციის პროცესში ახალშობილი აპგარის შკალით ფასდება არამარტო 1 და 5 წუთზე არამედ ყოველ 5 წუთში 20 წუთის განმავლობაში. აპგარის ქულათა მატება საიმედო პროგნოზზე მიუთითებს, დაბალი აპგარის მაჩვენებლის დროს მაღალია ნევროლოგიური დარღვევების (მაგ.: ბავშვთა ცერებრული დამბლა) განვითარების რისკი.

ბანსაკუთრებული პრობლემების მართვა ახალშობილთა რენიმაციის დროს

1) ვერ ხერხდება სპონტანური სუნთქვის აღდგენა:

გამომწვევი მიზეზი:

- ტვინის დაზიანება (ჰიპოქსიურ-იშემიური ენცეფალოპათია ან თანდაყოლილი ნერვ-კუნთოვანი პათოლოგია)
- დედასთან სედატიური მედიკამენტის გამოყენება.

მართვა:

- ინტუბაცია და აპარატული სუნთქვის განხორციელება.
- თუ დედასთან ნარკოტიკი გამოყენებულია მშობიარობამდე 4 სთ-ის განმავლობაში და ახალშობილს აღინიშნება სუნთქვის მძიმე დეპრესია, მას შემდეგ, რაც ფხვ-ს შედეგად აღდგა გცს და კანის ფერი ნაჩვენებია ნალოქსონის შეყვანა. დოზა 0,1 მგ/კგ, შეყვანის გზა – ინტრავენური, შეყვანის სიჩქარე – ნაკადური. შესაძლებელია სჭირო გახდეს განმეორებითი შეყვანა.

ნალოქსონი არ გამოიყენება იმ ახალშობილთან, რომლის დედაც ეჭვმიტანილია ნარკოტიკის გამოყენებაში, ან არის მეტადონის შემანარჩუნებელ მკურნალობაზე. ნალოქსონმა ასეთ ბავშვთან შეიძლება გამოიწვიოს ძლიერი კრუნჩხვა.

2) გულმკერდის არასრულყოფილი ექსპანსია – განპირობებულია სასუნთქი გზების ობსტრუქციით ან რესტრიქციული პათოლოგიით:

სასუნთქი გზების ობსტრუქცია – გამომწვევი მიზეზი და მართვა:

- ლორწოს ან მეკონიუმის საცობი – პირის და ცხვირის დრუს შედარებით ღრმა სანაცია დიდი დიამეტრის მქონე კათეტერით (10-12F), ტრაქეის სანაცია;

- ქონების ატრეზია – ვენტილაცია ტარდება ღია პირით ჰაერგამტარი მილის გამოყენებით.
- რობინის სინდრომი - ბავშვის მუცელზე დაწვენა სასუნთქი გზების გამავლობის აღდგენის მიზნით. თუ სუნთქვა არ აღდგა, საჭიროა ჰაერგამტარი მილის გამოყენება ან მსხვილი კათეტერის/ვიწრო ენდოტრაქეული მილის ჩადგმა ცხვირში, ისე რომ მისი ბოლო მოთავსდეს უკანა ხახაში.
- იშვიათი პათოლოგია (თანდაყოლილი ჩიყვი, ხორხის აპკისებრი მემბრანა და სხვა) – ნაჩვენებია ენდოტრაქეული ინტუბაცია, წარუმატებელი ინტუბაციის შემთხვევაში – ტრაქეოსტომია.

რესტრიქციული პათოლოგია - გამომწვევი მიზეზი და მართვა:

- დიაფრაგმის თიაქარი – საჭიროებისას ფხვ ტარდება ენდოტრაქეული მილით და ტომრით;
- დაჭიმული პნევმოთორაქსი – პლევრის პუნქცია;
- ექსუდაციური პლევრიტი - პლევრის პუნქცია;
- ფილტვის ჰიპო და აპლაზია;
- უკიდურესი უმწიფრობა

გულმკერდის არასრულყოფილი ექსკურსიის დროს საჭიროა ჟანგბადის სატურაციის კონტროლი, ხშირ შემთხვევაში ინტუბაცია და ხელოვნური სუნთქვა მართვითი აპარატით.

3) **ციანოზი ან ბრადიკარდია ბრძელდება აღვივებული ვენტილაციის პირობებში** - სავარაუდოა გულის თანდაყოლილი მანკის არსებობა, საჭიროა შესაბამისი გამოკვლევების ჩატარება.

4. მეთვალყურეობა ახალშობილის რეანიმაციის შემდეგ

ახალშობილი, რომელსაც დასჭირდა რეანიმაციის თუნდაც მხოლოდ B საფეხური უნდა მოთავსდეს ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მკაცრი მეთვალყურეობის ქვეშ. პოსტრეანიმაციულ პერიოდში საჭიროა შემდეგი პარამეტრების მონიტორინგი:

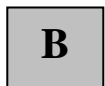
- ვიტალური ფუნქციები
- ტემპერატურა
- მიწოდებული ჟანგბადის კონცენტრაცია, ჟანგბადის სატურაცია და სისხლში აირების კონცენტრაცია
- არტერიული წნევა
- სისხლში გლუკოზის კონცენტრაცია (იხ. ახალშობილთა ჰიპოგლიკემიის მართვის პროტოკოლი).

პოსტრეანიმაციის პერიოდში ხშირად ვლინდება სასუნთქი, გულ-სისხლძარღვთა, ნევროლოგიური და მეტაბოლური დარღვევები, რაც მოითხოვს შესაბამის მკურნალობას.

დღენაკლული ახალშობილები

დღენაკლულთა რეანიმაციის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს:

- ჰიპოთერმიის განვითარების მაღალი რისკი ძლიერ მცირე წონის დღენაკლულებში (<1500გ). საჭიროა “პლასტიკურ” სახვევში გახვევა, სხივური გამათბობლის ქვეშ მოთავსება და ტემპერატურის მკაცრი კონტროლი.



- ფილტვის უმწიფრობა ღრმა დღენაკლულებში – დაბადებისთანავე საჭიროა ენდოტრაქეული ინტუბაცია, როგორც დამხმარე ვენტილაციისათვის, ასევე სურფაქტანტის შესაყვანად.
- თავის ტვინში სისხლჩაქცევის განვითარების მაღალი რისკი სისხლის მოცულობის სწრაფი ზრდის, ადრენალინის მაღალი დოზით გამოყენების და უხეში მოპყრობის დროს.
- ჰიპოგლიკემიის განვითარების მაღალი რისკი – საჭიროა გლუკოზის კონტროლი (იხ. ჰიპოგლიკემიის პროტოკოლი).
- წყლულოვან ნეკროზული ენტეროკოლიტი განვითარების მაღალი რისკი – საჭიროა ენტერალური კვების ფრთხილი დაწყება, თანდათანობით, ნელ-ნელა მზარდი ულუფებით.
- ჭარბი ოქსიგენაციის რისკი – საჭიროა სატურაციის კონტროლი (ჟანგბადის კონცენტრაცია მცირდება თუ სატურაცია მიაღწევს 95%) და ძლიერ დღენაკლულ ახალშობილებთან (< 32 კვირა) ფხვ-ს დროს 100%-ზე ნაკლები კონცენტრაციის ჟანგბადის გამოყენება.
- ვენტილაციის წნევა – საჭიროა წნევის მონიტორინგი. ჩასუნთქვის საწყისი წნევა – 20-25 სმ H₂O. თუ არ იქნა მიღებული გულმკერდის მოძრაობა ან გცს გაზრდა შეიძლება საჭირო გახდეს მეტი წნევის გამოყენება. თუ დადებითი-წნევით ვენტილაცია უნდა გაგრძელდეს, სასურველია ამოსუნთქვის ბოლოს დადებითი წნევის გამოყენება (PEEP). რეანიმაციის შემდეგ შეიძლება სასურველი იყოს მუდმივი დადებითი წნევის გამოყენება (CPAP).
- რეანიმაციის შემდგომი გართულებების განვითარების მაღალი რისკი.



5. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –
 „ახალშობილთა პირველადი რეანიმაცია სამშობიარო ბლოკში“

6. ადამიანი და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი:

სამშობიარო ბლოკში ყველა მშობიარობაზე უნდა ესწრებოდეს ერთი ადამიანი (სასურველია ნეონატოლოგი), რომელიც სრულყოფილად ფლობს ახალშობილთა რეანიმაციის ყველა საფეხურს. თუ ანტე და ინტრანატალური ფაქტორების გათვალისწინებით სავარაუდოა რეანიმაციის საჭიროება, სამშობიარო ბლოკში მშობიარობას უნდა დაესწროს სარეანიმაციო ბრიგადა, მინიმუმ 2 კაცის შემადგენლობით. ბრიგადის ერთადერთ ფუნქციას უნდა შეადგენდეს ახალშობილისათვის დახმარების აღმოჩენა. ახალშობილთა რეანიმაციის სრული სიფართით წარმართვისათვის საჭიროა 3 ადამიანი.

ცხრილი 2 ახალშობილთა რეანიმაციისთვის საჭირო აღჭურვილობის სია

<p>ამოსაქაჩი მოწყობილობა სტერილური ბალონი მექანიკური ამოსაქაჩი და კათეტერები, 4F ან 6F, 8F და 10F ან 12F ზომის 8F ზომის კეების ზონდი და 20 მლ შპრიცი მეკონიუმის ასპირატორი ტომარა და ნიღაბი ახალშობილთა სასუნთქი ტომარა წნევის გამშვები სარქველით ან მანომეტრით (უნდა მიწოდებოდეს 90%-100% ჟანგბადი) ნიღბები დროულისა და დღენაკლულისათვის (უმჯობესია რბილ კიდებებიანი) ლარინგული ნიღაბი ჟანგბადის წყარო ფლურომეტრით (ნაკადის სიჩქარე 10ლ/წთ-მდე) და ჟანგბადის მილები საინტუბაციო მოწყობილობა ლარინგოსკოპი სოლი N0 დღენაკლულებისთვის და N1 დროულისთვის დამატებითი ნათურები და ელემენტები ენდოტრაქეული მილები - 2.5, 3.0, 3.5, 4.0 მმ მანდრენი (არჩევითია) მაკრატელი, ალკოჰოლიანი ღრუბლები ლეიკოპლასტი ან მილის ფიქსატორი</p>	<p>მედიკამენტები ეპინეფრინი 1:10000 (0,1მგ/მლ) – 3მლ ან 10მლ ამპულები იზოტონური კრისტალოიდური ხსნარი (რინგერ-ლაქტატი ან 0,9% NaCl) სისხლის მოცულობის შესავსებად – 100-250 მლ ნალოქსონის ჰიდროქლორიდი 0,4 მგ/მლ – 1 მლ. ამპულა; ან 1,0 მგ/მლ – 2მლ ამპულა ფიზიოლოგიური ხსნარი 30 მლ. დექსტროზა 10%-იანი 250 მლ. კეების ზონდი ჭიპლარის ვენის კათეტერიზაციისათვის საჭირო აღჭურვილობა: სტერილური ხელთათმანები, სკალპელი ან მაკრატელი, პოვიდონ-იოდინის ხსნარი, ჭიპლარის ლიგატურა, ჭიპლარის კათეტერი 3,5F, 5F, სამ მიმართულებიანი ჩამკეტი, 1; 3; 5; 20 და 50 მლ შპრიცები, 25-, 21- და 18 ზომის ნემსები სხვა ხელთათმანები და პერსონალური დამცავი საშუალებები, სხივური გამათბობელი ან სხვა სითბოს წყარო, მყარზედაპირიანი, ბალიშიანი სარეანიმაციო მაგიდა, საათი, გამთბარი საფენები, სტეტოსკოპი, ლეიკოპლასტი, ჰაერგამტარი მილები, კარდიული მონიტორი და ელექტროდები და/ან პულსოქსიმეტრი</p>
--	---