



## Shrnutí hlavních změn v resuscitaci novorozence od roku 2015

**Překlad:** Andrea Staníková **Revize:** Zbyněk Straňák

### **Placentární transfuze**

Doporučeno provádět odložený podvaz pupečníku minimálně 60 sekund, ideálně až po zahájení aerace plic. Pokud provedení odloženého podvazu není možné, lze u novorozenců narozených > 28. týden těhotenství zvážit „milking“ pupečníku.

### **Mekonium v plodové vodě**

Při porodu nedýchajícího asfyktického novorozence a přítomnosti mekoniem zkalené plodové vody je prioritou zahájení aerace a ventilace plic. Z důvodu možné prodlevy v zahájení ventilace se nedoporučuje okamžitá laryngoskopie ani rutinní endotracheální odsávání.

### **Použití laryngeální masky**

Pokud je ventilace obličejovou maskou neúspěšná a nelze provést endotracheální intubaci, je alternativou k zajištění dýchacích cest u novorozenců narozených > 34. týdnu těhotenství použití laryngeální masky (odhadovaná porodní hmotnost nad 2000 gramů, některé masky byly již úspěšně použity i u novorozenců s PH pod 1500 gramů).

### **Hodnota inspiračního tlaku při PPV**

U novorozenců narozených před 32. týdnem těhotenství začínáme s inflačním tlakem 25 cm H<sub>2</sub>O. Při neadekvátní odpovědi na iniciální inflační dechy (při otevřených dýchacích cestách) inspirační tlak stupňovitě navyšujeme.

### **Doporučená frakce kyslíku při resuscitaci/stabilizaci předčasně narozených novorozenců**

- ≥ 32. týden těhotenství: FiO<sub>2</sub> 0.21
- 28. - 31. týden těhotenství: FiO<sub>2</sub> 0.21 – 0.3
- < 28. týden těhotenství: FiO<sub>2</sub> 0.3

Koncentraci kyslíku dále titrujeme podle saturace, cílem je dosažení saturace 80% v 5. minutě (nedosažení dané hodnoty je asociováno s horší prognózou).

### **Nepřímá srdeční masáž**

Pokud stav novorozence vyžaduje zahájení nepřímé srdeční masáže, frakce kyslíku by měla být okamžitě navýšena na 100% a dýchací cesty by měly být v ideálním případě zajištěny endotracheální kanylou.

### **Cévní přístup**

Optimálním cévním přístupem je zajištění umbilikální žíly, alternativou je v případě nutnosti okamžitého podání léků a tekutin intra-oseální přístup.

**Adrenalin**

Pokud srdeční frekvence při optimální ventilaci a nepřímé srdeční masáži nestoupá, podáváme adrenalin intravenózně v dávce 10-30 µg/kg, při neadekvátní odpovědi opakujeme aplikaci adrenalinu á 3-5 minut.

**Aplikace glukózy během resuscitace**

V případě protražované resuscitace aplikujeme k prevenci hypoglykemie intravenózně glukózu v dávce 250 mg/kg (2.5 ml/kg 10% Glukózy).

**Prognóza a ukončení resuscitace**

Neúspěšná resuscitace trvající 10 – 20 minut je asociována s vysokým rizikem nepříznivého vývoje dítěte. Pokud při adekvátně prováděné resuscitaci (a vyloučení reverzibilní příčiny stavu) nedochází k obnovení vitálních funkcí, je vhodné po konzultaci s členy resuscitačního týmu a rodiči zvážit ukončení aktivní resuscitace.