

ჯანმრთელი დროული
ახალშობილის მოვლა
სამშობიარო სახლში

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „ჯანმრთელი დროული ახალშობილის მოვლა სამშობიარო სახლში“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2008 წლის 5 ნოემბრის №1 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 14 აპრილის № 146/ო ბრძანებით.

ჯანმრთელი დროული ახალშობილის მოვლა სამშობიარო სახლში

დეფინიცია 12

ახალშობილის მოვლის პროცედურების ერთობლიობა, რომელიც ბავშვის დაბადებიდან ხორციელდება რუტინულად, განსაზღვრული თანმიმდევრობით.

ახალშობილის ადეკვატური მოვლის პრინციპების დაცვა მშობიარობის პირველი წუთებიდანვე მინიმუმამდე ამცირებს ახალშობილთა ავდობისა და მოკვდაობის რისკს.

ახალშობილის მოვლის ძირითადი მიზნები:

- ⇒ ახალშობილის ნორმალური ადაპტაციის ხელშეწყობა;
- ⇒ ჯანმრთელობის მდგომარეობის ხელშეწყობა და დაავადებათა პრევენცია;
- ⇒ მშობლებთან ურთიერთობის დარეგულირება.

ბაიფლანინი ბანკუთვნლია

- სამედიცინო პერსონალისთვის, რომელიც მუშაობს ახალშობილებთან სამშობიარო სახლში (განყოფილებაში) – ნეონატოლოგი, მეან-გინეკოლოგი, ოჯახის ექიმი, პედიატრი, ბებია-ქალი, ახალშობილის ექთანი.

ბაიფლანინის სამიზნე ჯგუფი:

- დროული ჯანმრთელი ახალშობილი ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში.

სამშობიარო სახლში ახალშობილის მოვლის აუცილებელი პირობები და სტანდარტული პროცედურები

ბარემო 3-5,86,87

ახალშობილის პირველადი მოვლის პროცედურების წარმატებით განხორციელებისათვის აუცილებელია შესაბამისი გარემო პირობების უზრუნველყოფა:

- სითბო და კარგი განათება - სამშობიარო ბლოკში ტემპერატურა არ უნდა იყოს 25⁰ C-ზე ნაკლები, არ უნდა იყოს ორპირი ჰაერის ნაკადი, კონდიციონერი;
- სამშობიარო ბლოკი უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ახალშობილის მოვლისა და პირველი დახმარებისათვის საჭირო აღჭურვილობითა და მედიკამენტებით;
- მშობიარობამდე 0,5-1 სთ ადრე აუცილებელია, სხივური გამათბობლის სამუშაო რეჟიმში მოყვანა, რომელიც უზრუნველყოფს შესაბამის ტემპერატურას იმ არეში, სადაც საჭიროების შემთხვევაში ტარდება ახალშობილის პირველადი რეანიმაციის (მოვლის) პროცედურები;
- საფენი, რომელშიც ხდება ახალშობილის მიღება უნდა იყოს თბილი, სითბოს დაკავის პრევენციის მიზნით;

- ახალშობილის მდგომარეობის შეფასება და მოვლის პროცედურები სიცოცხლის პირველ წუთებში უნდა განხორციელდეს დედის სხეულზე (კანი კანთან კონტაქტი) ან სხივური გამათბობლის ქვეშ (რეანიმაციის საჭიროების შემთხვევაში);
- სამედიცინო პერსონალს, რომელიც მონაწილეობს ახალშობილის მიღების, შეაფასებისა და მოვლის პროცედურების განხორციელებაში უნდა ეცვას ხელთათმანები.

ახალშობილის მოვლისთვის აუცილებელი აღჭურვილობა სამშობიარო ბლოკში 3.5

- ახალშობილის მაგიდა სხივური გამათბობლით;
- თბილი საფენები;
- თბილი ქუდი, წინდები და დასაფარებელი;
- კედლის საათი წამზომით;
- ოთახის ჰაერის თერმომეტრი;
- აღჭურვილობა ზედა სასუნთქი გზების სანაციისთვის;
- აღჭურვილობა ახალშობილის რეანიმაციისათვის (იხ. ახალშობილთა რეანიმაციის გაიდლაინი);
- ელექტროთერმომეტრი ან ვერცხლისწყლიანი თერმომეტრი, რომელზეც შესაძლებელია დაფიქსირდეს 35⁰ C–ზე დაბალი ტემპერატურა;
- ძირითადი პრეპარატები (მედიკამენტები რეანიმაციისათვის, ვიტამინი K და თვალის მალამო, ანტისეპტიკური ხსნარი).

ახალშობილის შეფასება 3.5

ყველა ახალშობილთან დაბადებისთანავე, ჭიპლარის გადაჭრამდე, აუცილებელია რეანიმაციის საჭიროების შეფასება.

ახალშობილთა რეანიმაციის საჭიროება განისაზღვრება მშობიარობისთანავე 4 ძირითად შეკითხვაზე პასუხით:

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

ოთხივე კითხვაზე დადებით პასუხის შემთხვევაში ახალშობილი არ საჭიროებს რეანიმაციას და ტარდება სტანდარტული მოვლის პროცედურა. 4 კითხვიდან, თუნდაც ერთ კითხვაზე უარყოფითი პასუხი რეანიმაციის საჭიროებაზე მიუთითებს. (იხ. გაიდლაინი - ახალშობილთა რეანიმაცია სამშობიარო ბლოკში).

მოვლის პროცედურები სამშობიარო ბლოკში

- ⇒ სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა;
- ⇒ სითბოს დაკარგვის პრევენცია;
- ⇒ ჭიპლარის გადაჭრა;
- ⇒ აპგარის შკალით შეფასება;
- ⇒ კანი-კანთან კონტაქტი და I მოჭიდება;

- ⇒ კონიუქტივიტის პროფილაქტიკა;
- ⇒ ჰემორაგიული დაავადების პროფილაქტიკა;
- ⇒ ანთროპომეტრია.

სამშობიარო ბლოკში სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფისა და სითბოს დაკარგვის პრევენციის თითოეული საფეხური ერთმანეთის მონაცვლელობით ტარდება (იხ. პროტოკოლი).

სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა 4.5

სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა დამოკიდებულია სეკრეტის რაოდენობაზე. სასუნთქი გზების სანაციის რუტინულად ჩატარება ყველა შემთხვევაში არ არის აუცილებელი.

- თუ სეკრეტის რაოდენობა უმნიშვნელოა, უმჯობესია, ბავშვის გვერდით პოზიციაში მოთავსება რამდენიმე წუთით, სეკრეტი გროვდება ლოყის მიდამოში და თავისუფლად გადმოედინება პირის ღრუდან, ასეთ შემთხვევაში არ არის აუცილებელი სანაციის ჩატარება;
- თუ ბავშვი დაბადებისთანავე თავსდება დედის გულმკერდზე, ბუნებრივად ხდება ლორწოს დრენირება (სეკრეტი თვითონ გადმოედინება);
- ჭარბი სეკრეტის შემთხვევაში შესაძლებელია საჭირო გახდეს ზერელე სანაცია:

⇒ ზერელე სანაციის დროს ბავშვის თავი გვერდით უნდა იყოს გადაწეული. სანაცია ტარდება შემდეგი თანმიმდევრობით: ჯერ პირი, შემდეგ ცხვირი.

⇒ სანაცია ტარდება სტერილური რეზინის ბალონით ან მექანიკური ასპირატორის 8-10 Fr კათეტერით. უარყოფითი წნევა არ უნდა აღემატებოდეს 100 მმ ვწყ.სვ; იმ შემთხვევაში, როდესაც სანაყოფე სითხე სუფთაა უპირატესობა ენიჭება სანაციისათვის სტერილური რეზინის ბალონის გამოყენებას. თუ გამოიყენება კათეტერი სანაციის დრო არ უნდა იყოს 5 წმ-ზე მეტი.

არ არის რეკომენდებული დრმა სანაციის ჩატარება. დრმა სანაცია იწვევს ხახის უკანა კედლის გაღიზიანებას, ცთომილი ნერვის აღგზნებას, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ბრადიკარდიისა და აპნოეს განვითარება⁵.

სითბოს დაკარგვის პრევენცია 3-9,86-87

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით ჰიპოთერმიის რისკის შემცირების მიზნით, ყველა ახალშობილთან აუცილებელია “თბილი ჯაჭვის” 10 საფეხურის დაცვა:

1. თბილი სამშობიარო ბლოკი (25-28°C), ბავშვის მაგიდა და საწოლი უნდა იყოს ფანჯარას მოცილებული;
2. სწრაფი გამშრალება და სველი საფენის მოშორება; თავზე მიზანშეწონილია ქუდის დახურვა, რადგან სწორედ თავიდან ხდება ყველაზე მეტი რაოდენობით სითბოს დაკარგვა;
3. კანი-კანთან კონტაქტი - შიშველი ჯანმრთელი ახალშობილის დედის სხეულზე მოთავსება (ზემოდან საბნის დაფარება), სითბოს დაკარგვის პრევენციის იდეალური მეთოდია (რეკომენდაცია A)⁹; A

4. ძუძუთი კვება – ადრეული დაწყება და მოთხოვნებილი კვება უზრუნველყოფს ბავშვს სათანადო კალორიებით, რათა მან მოახერხოს სითბოს წარმოქმნა;
5. აბაზანის გადავადება – ბავშვის დაბანა დაბადებისთანავე იწვევს მისი სხეულის ტემპერატურის მკვეთრ დაქვეითებას, ამიტომ საჭიროა აბაზანისგან თავის შეკავება, სანამ არ მოხდება ახალშობილის სხეულის ტემპერატურის სტაბილიზაცია (მინიმუმ 6 საათი, ან ტემპერატურის სტაბილიზაციიდან 2-4 საათი) (**მტკიცებულია I დონე I**)⁹. აწონვის გადავადება – ბავშვის აწონვა მიზანშეწონილია დაბადებიდან 2 სთ-ში, სასწორზე უნდა მოთავსდეს წინასწარ შემთბარი საფენი;
6. სათანადო ტანსაცმლისა და საბნის შერჩევა;
7. დედის და ბავშვის ერთად ყოფნა;
8. თბილი ტრანსპორტი – თუ ბავშვს სჭირდება ტრანსპორტირება, აუცილებელია ამ დროს სითბოს უზრუნველყოფა;
9. სითბო რეანიმაციის დროს - ბავშვის მიღება წინასწარ შემთბარ საფენში, მისი მოთავსება 0,5-1 საათით ადრე ჩართული სხივური გამათბობლის ქვეშ, გამშრალება და სველი საფენის მოშორება, თავზე ქუდის დახურება, რეანიმაციისათვის თბილი ტენიანი ჟანგბადის გამოყენება;
10. მედპერსონალის განათლება.

ჭიპლარის დამუშავება^{12-20,87}

ჯანმოს მიერ რეკომენდებულია ჯანმრთელ ახალშობილებთან ჭიპლარის გადაჭრა სიცოცხლის პირველ წუთზე აბგარის შკალით შეფასებამდე^{4,14}.

ჭიპლარის გადაჭრა პირველ წუთზე ხელს უწყობს პლაცენტიდან დამატებითი სისხლის გადასვლას ახალშობილის ორგანიზმში და იცავს მას სიცოცხლის პირველ წელს რკინადეფიციტური ანემიის განვითარებისაგან^{3,4}. თუ ახალშობილს ესაჭიროება პირველადი რეანიმაცია ჭიპლარი იჭრება პირველ 10 წმ-ში⁵. ჭიპლარის ერთ წუთზე უფრო გვიან გადაჭრის შემთხვევაში მაღალია ჰიპერვოლემიისა განვითარების რისკი, რაც თავის მხრივ იწვევს სასუნთქი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციონირების დარღვევას.

- ჭიპლარს გადაჭრამდე ედება 2 ქირურგიული მომჭერი. პირველი - ჭიპის რგოლიდან 2 თითის (3-4სმ) ზემოთ უნდა მოთავსდეს, ხოლო მეორე – ჭიპის რგოლიდან 4 თითის დაშორებით⁴;
- ჭიპლარს ეხვევა მარლის საფენი, რომ გადაჭრისას არ მოხდეს სისხლით დასვრა;
- უკანასკნელი მონაცემებით რეკომენდებულია პლასტმასის მომჭერის გამოყენება. მისი არარსებობის შემთხვევაში შესაძლებელია ელასტიური ლიგატურას გამოყენება;
- ჭიპლარის გადაკვანძისათვის არ შეიძლება არაელასტიური მასალის გამოყენება, ვინაიდან დაახლოებით 1 სთ-ის შემდეგ ჭიპლარის ქსოვილი მცირდება მოცულობაში, ლიგატურა ეშვება და მაღალია სისხლდენის განვითარების და ინფიცირების რისკი;
- გადაჭრა ხდება სტერილური ლანცეტით ან მაკრატელით;

- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით მიზანშეწონილია ჭიპლარის მშრალი მოვლა, საპნითა და წყლით გასუფთავება საჭიროა მხოლოდ მისი შარდით და განავლით დაბინძურებისას (**მტკიცებულების დონე D**)^{4,14}. თუმცა იმ ქვეყნებში სადაც მაღალია ჭიპლარის ბაქტერიული კონტამინაციის რისკი დასაშვებია მისი დამუშავება ანტისეპტიური ხსნარით. ამ მიზნით გამოიყენება ქლორჰექსიდინი ან პოვიდონ-იოდიინის ხსნარი **12-20**.
- არ არის რეკომენდებული ჭიპლარის ტაკვზე ნახვევის დადება, ახალშობილის ინფიცირების რისკის შემცირებისა და ჭიპლარის ტაკვის სწრაფი მუმიფიკაციის ხელშეწყობის მიზნით^{4,14}. ჭიპლარის ტაკვი არ უნდა მოხვდეს ბავშვის ერთჯერადი საფენის ქვეშ^{4,14}. თავისუფლად უნდა მოთავსდეს ტანსაცმლის ქვეშ.

შეფასება აპგარის შკალით^{4,5}

აპგარის შკალა მრავალი წელია გამოიყენება ახალშობილის ადაპტაციის შესაფასებლად სიცოცხლის პირველ წუთებში. აპგარის შკალით შეფასება ტარდება სიცოცხლის პირველ და მეხუთე წუთზე. ნორმის შემთხვევაში აპგარით შეფასება უნდა იყოს 7-10 ქულა. I წუთზე აპგარის ქულა გვიჩვენებს ახალშობილის საწვის სტატუსს. ხოლო შემდეგი შეფასების ქულები მიუთითებენ თუ რამდენად ადექვატურად პასუხობს ახალშობილი სამედიცინო პერსონალის მიერ ჩატარებულ ქმედებებს და შესაძლებელია გამოყენებული იყოს ნევროლოგიური გამოსავლის შესაფასებლად.

აპგარის შკალა არ გამოიყენება რენიმაციის საჭიროების შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად. თუმცა იმ შემთხვევაში, თუ ტარდება ახალშობილის პირველადი რენიმაცია აპგარით შეფასება იწყება 1 წუთზე და მეორდება ყოველ 5 წუთში ერთხელ 20 წთ-ის განმავლობაში.

აპგარის შკალა

ვიტალური ფუნქციები	ქულები		
	0	1	2
სუნთქვა	არ არის	არარეგულარული, იშვიათი	რეგულარული
გულისცემის სინშირე	არ არის	< 100	>100
კუნთთა ტონუსი	ჰიპოტონია	კიდურების სუსტი ფლექსია (მოხრა)	აქტიური მოძრაობა
კანის ფერი	სიფერმკრთალე/ციანოზი	აკროციანოზი	ვარდისფერი
რეაქცია ცხვირში კათეტერის შეყვანაზე	რეაქცია არ არის	სახის გრიმასი	ძლიერი ტირილი, ხველა, ცემინება

კანი კანთან კონტაქტი და ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება (იხ. ძუძუთი კვების გაიდლაინი)

კანი-კანთან კონტაქტი გულისხმობს შიშველი ახალშობილის (ახალშობილს თავზე უნდა ეხუროს ქუდი და ეცვას წინდები) მოთავსებას დედის გულმკერდზე, აუცილებელია დედას და ბავშვს ეფაროს საბანი. **ჯანმრთელი, დროული ახალშობილის კანი-კანთან კონტაქტი დედასთან უნდა განხორციელდეს ფიზიოლოგიური მშობიარობისთანავე და გაგრძელდეს არანაკლებ 30 წუთისა, ჯანმოს რეკომენდაციით სასურველია ჯანმრთელი ახალშობილი დედის სხეულზე იწვეს 2 სთ-ის განმავლობაში^{421,86-87}.**

კანი-კანთან კონტაქტის დროს არ არის მიზანშეწონილი დედა-შვილის უყურადღებოდ დატოვება. შესაძლებელია თავდგმური ოჯახის წევრი იყოს.

საკეისრო კვეთის შემდეგ შესაძლებელია განხორციელდეს ახალშობილის კანი-კანთან კონტაქტი მამასთან.

- კანი-კანთან კონტაქტის პროცესში აუცილებელია ახალშობილის ძუძუზე პირველი მოჭიდების ხელშეწყობა, როცა ბავშვს გამოუვლინდება ძუძუთი კვების შესაბამისი მზაობის ნიშნები **(რეკომენდაცია - D) 22;**
- ძუძუთი კვება უნდა დაიწყოს ფიზიოლოგიური მშობიარობიდან 1 საათის განმავლობაში. არ არის რეკომენდებული ბავშვის იძულებით ან დაჩქარებული წესით ძუძუზე მოჭიდების განხორციელება;
- ზოგადი ნარკოზით საკეისრო კვეთის შემთხვევაში ძუძუთი კვება უნდა განხორციელდეს დედისა და ბავშვის სრული გამოფხიზლების შემდეგ (დაახლოებით 2-3 საათში).

D

კანი კანთან კონტაქტი და ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება ხელს უწყობს: 421.

- ეფექტური წოვითი რეფლექსების ჩამოყალიბებას **(მტკიცებულების დონე II) 23,24** II
- ახალშობილის სხეულის ნორმალური ტემპერატურის შენარჩუნებას **(მტკიცებულების დონე I) 25-27** I
- დედისა და ახალშობილის მშობიარობის სტრესის მოხსნას;
- ბავშვის კანზე დედის მიკრობული ფლორის კოლონიზაციას;
- ლაქტაციის პროცესის სტიმულირებას **(მტკიცებულების დონე II) 28-32** II
- ოქსიტოცინის გამომუშავებას, საშვილოსნოს შეკუმშვას და ქალის დაცვას მშობიარობის შემდგომი სისხლდენისაგან **(მტკიცებულების დონე II) 33** II
- დედასა და ბავშვს შორის მჭიდრო ფსიქოემოციური კავშირის დამყარებას **(მტკიცებულების დონე II) 33,34** II
- ხსენის მიღებას პირველი ერთი საათის განმავლობაში და ახალშობილის ინფექციებისგან დაცვას **(რეკომენდაცია B) 31,34-37** B

ახალშობილის მონიტორინგი სამშობიარო ბლოკში^{4,14,38}

სიცოცხლის პირველი 2 სთ-ის განმავლობაში ყველა ახალშობილი, მათ შორის ჯანმრთელიც აუცილებლად საჭიროებს პერიოდულ მეთაველყურეობას. 15-30 წთ-ში ერთხელ უნდა შეფასდეს, ვიტალური ნიშნები:

- სუნთქვის სიხშირე
- გულისცემის სიხშირე
- კანის ფერი

სხეულის ტემპერატურა უნდა გაიზომოს დაბადებიდან 30 წთ-ში და 2 სთ-ში. თუ პირველი გასინჯვის შემდეგ ფიქსირდება დაბალი ტემპერატურა საჭიროა ბავშვის გათბობა და ტემპერატურის შედარებით ხშირი კონტროლი (იხ. ჰიპოთერმიის მართვის გაიდლაინი).

კონიუნქტივიტის პროფილაქტიკა^{4,38,39,87}

ახალშობილთა ოფთალმიის (გონოკოკური და ქლამიდიური კონიუნქტივიტი) პროფილაქტიკის მიზნით მშობიარობიდან ერთი საათის განმავლობაში ერთჯერადად გამოიყენება ტეტრაციკლინის 1% ან ერითრომიცინის 0,5% მალამო. მალამოს 0,5 სმ უნდა მოთავსდეს თვალის ქვედა ქუთუთოს კონიუნქტივის გარსზე, ქუთუთოზე თითების ნაზი მოძრაობით მალამო ნაწილდება კონიუნქტივაზე. 1 წუთის შემდეგ მალამოს ნარჩენი შეიძლება მოიწმინდოს სტერილური ტამპონით.

თვალის დამუშავებამდე უნდა განხორციელდეს კანი-კანთან კონტაქტი, რათა ახალშობილს მიეცეს შესაძლებლობა დაინახოს და აღიქვას დედა.

ჰემორაგიული დაავადების პროფილაქტიკა^{3,4,41-53,87}

- ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადების პრევენციის მიზნით რეკომენდებულია K ვიტამინის გამოყენება. K ვიტამინი მაღალი ეფექტურობით ხასიათდება და სარწმუნოდ იცავს ახალშობილს ჰემორაგიული დაავადებისაგან;
- K ვიტამინის გამოყენება მიზანშეწონილია დაბადებიდან 1-2 სთ-ის განმავლობაში.

შესაძლებელია K ვიტამინის ორალური ფორმის გამოყენება, რომლის მიცემა იწყება სამშობიარო სახლში და აუცილებლად უნდა გაგრძელდეს ბინაზე, დოზირება და სქემა ინსახლურება მწარმოებლის ინსტრუქციის მიხედვით. საქართველოში რეგისტრირებულია K₁ ვიტამინის ორალური ფორმა - "კა-ვიტ" (ფიტომენადიონი), რომელიც ჯანმრთელ დროულ ახალშობილში გამოიყენება დოზირების რეჟიმით:

I დოზა - სიცოცხლის I დღეს - "კა-ვიტ"-ის 2მგ (ანუ 2 წვეთი)

II დოზა - სიცოცხლის III დღეს - 2 მგ (ანუ 2 წვეთი)

III დოზა - სიცოცხლის მე-4 კვირიდან მე-6 კვირამდე პერიოდში - 2 მგ (ანუ 2 წვეთი).

უკანასკნელი წლების მონაცემებით უპირატესობა ენიჭება ვიტამინის შეყვანის პარენტერულ გზას⁴¹⁻⁵³, რადგან ის იცავს ახალშობილს როგორც ადრეული ასევე გვიანი ჰემორაგიული დაავადების განვითარებისგან, განსხვავებით ორალური ფორმისგან რომლის გამოყენებისას მაღალია გვიანი ჰემორაგიული დაავადების განვითარების რისკი.

ამერიკის პედიატრიის აკადემია უპირატესობას ანიჭებს K_1 ვიტამინის პარენტერულ გამოყენებას (დოზა – 0,5-1,0მგ), ვინაიდან იგი უშუალოდ მიიტანება და დეპონირდება ღვიძლში. საქართველოში აღნიშნული მედიკამენტი არ არის რეგისტრირებული, გამოიყენება ვიკასოლი (ვიტამინი K_3) 2 მგ. მისი შეყვანის ადგილია ბარძაყის კუნთის წინა ლატერალური მხარე. არ არის რეკომენდებული K ვიტამინის დუნდულოში გაკეთება, რაც ზრდის ნერვის ან სისხლძარღვის დაზიანების რისკს. ამასთან აღსანიშნავია, რომ ვიკასოლის მაღალმა დოზებმა შეიძლება გამოიწვიოს ჰემოლიზი^{42,49,50}.

ახალშობილის მარკირება

ახალშობილის მარკირება ტარდება სამშობიარო ბლოკში მოვლის პროცედურების მსვლელობისას. დაბადებისას სამაჯურზე იწერება დედ-მამის გვარი, ისტორიის ნომერი, დაბადების დრო, სქესი. ტყუპების შემთხვევაში სამაჯურზე უნდა დაეწეროს I ტყუპი, II ტყუპი და ა.შ. ანთროპომეტრიის შემდეგ სამაჯურზე დამატებით ფიქსირდება შესაბამისი მაჩვენებლები.

ანთროპომეტრია

დაბადებიდან 2 საათში აუცილებელია ახალშობილის ანთროპომეტრული მონაცემების შეფასება:

- სხეულის მასა
- სხეულის სიგრძე
- თავის გარშემოწერილობა

(იხ. პროტოკოლი - ანთროპომეტრიის ტექნიკა)^{4,54-56}.

ახალშობილის სხეულის მასის შეფასება უნდა მოხდეს გესტაციურ ასაკთან მიმართებაში, ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია 2500 გრამზე ნაკლები წონის ახალშობილებისათვის (იხ. პროტოკოლი - ახალშობილის ფიზიკური განვითარების შეფასება)⁴.

ახალშობილის ჩაცმა^{4,57}

ახალშობილი უნდა იყოს ჩაცმული, რომ მან თავი კომფორტულად იგრძნოს. ტანსაცმელი უნდა იყოს თავისუფალი, ნატურალური ბამბის ქსოვილის. თავზე უნდა ეხუროს თხელი ქუდი. არ არის მიზანშეწონილი ახალშობილის მჭიდროდ შეხვევა, რადგან:

- იზღუდება დიაფრაგმის მოძრაობა;
- ქვეითდება სისხლის ცირკულაცია;
- იზღუდება ახალშობილის თავისუფალი მოძრაობა;
- საფენსა და კანს შორის არსებული ჰაერის თხელი ფენა ვერ უზრუნველყოფს სითბოს შენარჩუნებას.

ახალშობილის პირველი სრული გასინჯვა 4,38,39,87

ახალშობილის სრული გასინჯვა მიზანშეწონილია ჩატარდეს სიცოცხლის 2 სთ-ის შემდეგ, კარგად განათებულ, თბილ ოთახში. პირველ რიგში ფასდება ახალშობილობის პერიოდის ზოგადი საშიშროების ნიშნები:

- ⇒ გულყრა;
- ⇒ ტაქიპნოე > 60-ზე;
- ⇒ ბრადიპნოე < 30-ზე;
- ⇒ სიყვითლე განვითარებული პირველ დღეს ან სიყვითლე ნებისმიერ დღეს, რომელიც ვრცელდება ტერფსა და მტკვანზე;
- ⇒ ლეთარგია;
- ⇒ ცხვირის ნესტოების ვიბრაცია;
- ⇒ გულმკერდის მკვეთრი რეტრაქცია;
- ⇒ სხეულის ტემპერატურის მომატება 38°C და მეტი;
- ⇒ სხეულის ტემპერატურა < 35°C-ზე;
- ⇒ კანის ფერის ცვლილებები: სილურჯე ან სიყვითლე, გამოსატული სიფერმკრთალე;
- ⇒ სისხლდენა ჭიპლარის ჭრილობიდან.

საშიშროების ნებისმიერი ნიშნის არსებობა მიუთითებს სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობის არსებობაზე, რაც საჭიროებს დამატებით გამოკვლევას და საჭიროებისას რეფერალის განხორციელებას.

გასინჯვისას უნდა შეფასდეს ანტე და ინტრანატალური ანამნეზი, ახალშობილის გესტაციური ასაკი და სიმწიფე, ვიტალური ფუნქციები, ინსპექციის, პალპაციის, პერკუსიის და აუსკულტაციის გამოყენებით ყველა ორგანო და სისიტემა. ახალშობილი უნდა დათვალიერდეს მთლიანად, ყურადღება უნდა მიექცეს დისემბრიოგენეზული სტიგმების და ანომალიების არსებობას. გასინჯვის მონაცემები უნდა დაფიქსირდეს ახალშობილის ისტორიაში, ანთროპომეტრული მონაცემები მასა, სიგრძე თავის გარშემოწერილობა გადატანილი უნდა იყოს შესაბამის დიაგრამაზე.

ყოველდღიური მოვლის პროცედურები სამშობიარო სახლის პოსტნატალურ პალატაში:

- ⇒ სახის, თვალის, ყურის, ცხვირის და კანის ტუალეტი;
- ⇒ ჭიპლარის ტაკის დამუშავება;
- ⇒ აწონვა;
- ⇒ დაბანა, ჩაბანვა;
- ⇒ იმუნიზაცია;
- ⇒ სკრინინგი.

ახალშობილი ვიტალური ფუნქციების შეფასება და გასინჯვა პოსტნატალურ პალატაში 4,38,39,87

თითოეულ ახალშობილს ყოველდღიურად უტარდება სასიცოცხლო ფუნქციების მარტივი მონიტორინგი. ფასდება გულისცემისა (ნორმა 120-160) და სუნთქვის სიხშირე (ნორმა 40-60), ტემპერატურა (36,5⁰-37,5⁰C), კანის ფერი. ყოველდღიურად ტარდება გასინჯვა და ფასდება ახალშობილობის ზოგადი საშიშროების ნიშნები (გარდა იმ ნიშნებისა რაც ფასდება I გასინჯვის დროს დამატებით უნდა

შეფასდეს, ხომ არ არის გამოხატული შემდეგი ნიშნები - სისხლი განავალში, შეუპოვარი ღებინება, ჭიპის რგოლის გარშემო სიწითლე და შეშუპება, რომელიც ვრცელდება 1 სმ და მეტ დიამეტრზე, ჩირქი, უსიამოვნო სუნი, ვერ იღებს საკვებს).

გაწერის წინ აუცილებელია ახალშობილის სრული გასინჯვა.

მნიშვნელოვანია სამშობიაროში ახალშობილის დიურეზისა და დეფეკაციის კონტროლი.

ახალშობილის დიურეზი³⁸

- დაბადებიდან პირველი სამი დღის განმავლობაში შარდვის სიხშირე 6-ზე ნაკლებია ფიზიოლოგიური ანურიის გამო;
- ახალშობილის შარდვის სიხშირე 3-4 დღის შემდეგ უნდა იყოს მინიმუმ 6-ჯერადი 24 საათში;
- თუ შარდვის სიხშირე 6-ჯერზე ნაკლებია, სავარაუდოა არაეფექტური ძუძუთი კვება (ის ძუძუთი კვების გაიდლაინი);
- თუ 24 საათის განმავლობაში არ გამოიყო შარდი საჭიროა:
 - ⇒ მუცლისა და გენიტალიების განმეორებით გასინჯვა;
 - ⇒ კვების ეფექტურობის შეფასება;
 - ⇒ შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია და შარდის ანალიზის ჩატარება;
 - ⇒ სპეციალისტის კონსულტაცია და რეფერალი ჰოსპიტალში.

ახალშობილის დეფეკაცია³⁸

- მეკონიუმის გამოყოფა უნდა დაიწყოს 24 სთ-ს განმავლობაში. დაბადებიდან რამდენიმე დღე ახალშობილი გამოყოფს მეკონიუმს, რომელსაც მუქი მწვანე ფერი და წებოვანი კონსისტენცია აქვს. მე-4-5 დღისთვის განავლის მწვანე შეფერილობა იცვლება მოყვითალო შეფერილობით. ნაწლავთა მოქმედება ძუძუთი კვებაზე მყოფ ზოგიერთ ახალშობილს აქვს ყველა კვების შემდეგ, ზოგიერთს კი დღეში ერთხელ ან რამდენჯერმე.
- თუ განავლის გამოყოფა არ ხდება საჭიროა:
 - ⇒ მუცლისა და გენიტალიების განმეორებით გასინჯვა;
 - ⇒ კვების ეფექტურობის შეფასება;
 - ⇒ თუ 48 სთ-ის შემდეგ კვლავ არ გამოიყოფა განავალი, საჭიროა დამატებითი კვლევის ჩატარება;
 - ⇒ სპეციალისტის კონსულტაცია და რეფერალი ჰოსპიტალში.

სახის, თვალის, ყურის, ცხვირის და კანის ტუალეტი პროტნატალურ პალატაში 38,39,56,58-68

ახალშობილის ყოველდღიური ტუალეტი ტარდება დილით კვების წინ:

- სახის დაბანა და თვალის ტუალეტი - თითოეული თვალის დასა-მუშავებლად გამოიყენება სტერილურ წყალში დასველებული ტამპონი;

- ყურის გაწმენდა ბამბის ფთილით - დაუშვებელია ამ მიზნით ბამბადახვეული ჩხირის გამოყენება;
- ცხვირის გასუფთავება ბამბის ტამპონის ბრუნვითი მოძრაობით, ქერქების არსებობისას ტამპონი დასველებული უნდა იყოს ვაზელინის ზეთში. თუ ახალშობილს აღენიშნება ცხვირის გაჭედვა და ძნელდება სუნთქვა, მიზანშეწონილია თბილი ფიზიოლოგიური ხსნარის ან ნატრიუმის ბიკარბონატის 2%-იანი ხსნარის გამოყენება (2 წვეთი);
- საფენებით გამოწვეული დერმატიტის პრევენციის მიზნით საჭიროა **I,II** (მტკიცებულების დონე I-II) ^{10,65-68}.

⇒ საფენების ხშირი გამოცვლა;

⇒ ბავშვის ჩაბანა ყველა დეფეკაციის შემდეგ. ჩაბანვა საჭიროა ყოველი საფენის გამოცვლის შემდეგ. გოგონა ჩაიბანება **I,II** წინიდან-უკანა მიმართულებით. ჩაბანვის შემდეგ აუცილებელია კანის საგულდაგულოდ გამშრალება (მტკიცებულების დონე I, II-2) ⁵⁸⁻⁶². თუ არ არის ჩაბანის საშუალება შესაძლებელია კანის გაწმენდა სპეციალური სველი ხელსახოცით.

⇒ ბავშვის პუდრის რუტინული გამოყენება კანის დასამუშავებლად არ არის რეკომენდებული (მტკიცებულების დონე I – III) ⁶³⁻⁶⁴.

⇒ საფენების დერმატიტის დროს საჭიროა მიზეზის დადგენა, კანის დაცვა თუთიის ოქსიდის შემცველი მაღამოთი (მტკიცებულების დონე III) ¹⁰.

⇒ თუ საფენების დერმატიტი განპირობებულია Candida albicans-ით, საჭიროა ანტიფუნგალური მაღამოს გამოყენება, **III** ეფექტურია ჰაერის და სინათლის ზემოქმედებაც (მტკიცებულების დონე III) ¹⁰.

⇒ საფენების დერმატიტის დროს ანტიბიოტიკის შემცველი მაღამოს რუტინული გამოყენება არ არის რეკომენდებული.

ჭიპლარის დამუშავება კოსტნატალურ კალატაში 12-20

მეტად მნიშვნელოვანია:

- ჭიპის არის სისუფთავის და სიმშრალის უზრუნველყოფა, თუ ჭიპი დაბინძურდა შარდით და განავლით, შესაძლებელია მისი გასუფთავება **I,II** სტერილური წყლით ან საპნიანი წყლით. (მტკიცებულების დონე I,II,) ¹⁰
- ჯანმოს რეკომენდაციით საჭიროა ჭიპლარის მშრალი მოვლა, ჭიპლარის ტაკვი არ უნდა მოხვდეს ბავშვის ერთჯერადი საფენის ქვეშ^{4,14}. განვითარებად ქვეყნებში სადაც მაღალია ომფალიტის განვითარების რისკი ჭიპლარის დასამუშავებლად შესაძლებელია გამოყენებული იყოს ანტისეპტიკური ხსნარები (ქლორჰექსიდინი და პოვიდონ იოდინი) (მტკიცებულების დონე II) ^{54,65}.
- არ არის რეკომენდებული ჭიპის არის შეხვევა ან მასზე პლასტირის დაწებება⁶⁶.

მიზანშეწონილია პერსონალის და ოჯახის წევრების ინფორმირება ჭიპლარის შეხორცების მექანიზმის შესახებ და ჭიპის მოვლის პრინციპებზე (მტკიცებულების დონე I)^{10,66}.

1. ჭიპის დამუშავებამდე ხელების დაბანა;
2. ჭიპის სისუფთავის და სიმშრალის უზრუნველყოფა;
3. ჭიპის ტაკვის დაცვა შარდისა და განავლის ნაწილაკებისგან.

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში ბავშვი ეწერება ბინაზე ჭიპლარის ტაკვით. კვლევები ადასტურებენ, რომ აღნიშნული ტაქტიკა მკვეთრად ამცირებს ინფიცირების რისკს^{4,14}. თუმცა, ასეთი ბავშვების ბინაზე მოვლა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის სპეციალისტების ინფორმირებასა და შესაბამის მომზადებას საჭიროებს.

ახალშობილის დაბანა^{4,14,69-73}

- არ არის რეკომენდებული ახალშობილის დაბანა დაბადებისთანავე, ეს ზრდის ჰიპოთერმიის რისკს^{4,14}
- ახალშობილის პირველი დაბანა უნდა განხორციელდეს, მხოლოდ მას შემდეგ, რაც მოხდება ახალშობილის სხეულის ტემპერატურის სტაბილიზაცია, დაბადებიდან 6-24 საათის შემდეგ (მტკიცებულების დონე I)^{8,10,72-73} პერსონალის და ახალშობილის უსაფრთხოების მიზნით ახალშობილის პირველი დაბანა უნდა განხორციელდეს ხელთათმანებით (მტკიცებულების დონე I)³⁸
- არ არის რეკომენდებული საცხის მთლიანად მოცილება, საცხი იცავს ბავშვს ინფექციებისგან და სითბოს დაკარგვისაგან. (მტკიცებულების დონე III)^{10,69-70}
- ახალშობილის დაბანისას არ არის რეკომენდებული საპნის რუტინული გამოყენება. უმჯობესია გამოყენებული იყოს ნეიტრალური pH ის მქონე დასაბანი გელი ^{60,65,71}
- წყლის ტემპერატურა უნდა იყოს 37-38°C: (მტკიცებულების დონე I – II)¹⁰
- დაბანის შემდეგ ახალშობილი მაშინვე კარგად უნდა გამშრალდეს, შემოეხვიოს 2 საფენი, დაეხუროს ქუდი დაახლოებით 5-10 წთ-ში მას უნდა ჩააცვან და შეუცვალონ ქუდი (მტკიცებულების დონე I) ¹⁰
- დედას უნდა ასწავლონ როგორ დაბანოს ახალშობილი სამშობიაროდან გაწერის შემდეგ და დაიცვას უსაფრთხოების წესები. მშობლებს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ ვერტიკალური აბაზანა (ბავშვი მთელი სხეულით თავსდება წყალში, დაფარულია მხრები – სპეციალური აბაზანა) არის ბავშვის კომფორტის და ჰიგიენის დაცვის უსაფრთხო და ეფექტური მეთოდი (მტკიცებულების დონე I)^{10,69}

აწონვა 38,39

სამშობიარო სახლში მიზანშეწონილია ბავშვის ყოველდღიური აწონვა მასის ფიზიოლოგიური კვების კონტროლის მიზნით (იხ. ფიზიკური განვითარების გაიდლიანი და პროტოკოლი).

იმუნიზაცია⁴

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული იმუნიზაციის ეროვნული კალენდრის შესაბამისად სამშობიარო სახლში ახალშობილს დაბადებიდან 12 სთ-ში უტარდება **B** ჰეპატიტის, სიცოცხლის მე-2-5 დღეს კი – ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია (იხ. იმუნიზაციის ბრძანება).

B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია

ახალშობილებში მაღალია **B** ჰეპატიტით ინფიცირების სიხშირე (70-90 %-მდე) ვერტიკალური ტრანსმისიის გზით. თუ ინფიცირებული დედის ახალშობილი დაბადებისთანავე არ მიიღებს **B** ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინას და სპეციფიკურ იმუნოგლობულინს იგი 90%-ში ხდება **B** ჰეპატიტის ვირუსის ქრონიკული მტარებელი და მათგან შემთხვევათა 50-70 %-ში ვითარდება ღვიძლის ციროზი და ციროზ-კიბო.

თუ ინფიცირებული დედის ახალშობილს დაბადებისთანავე გაუკეთდება **B** ჰეპატიტის საწინააღმდეგო იმუნოგლობულინი და ჩაუტარდება ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის სრული კურსი (3 აცრა), 95-98% ვითარდება მყარი იმუნიტეტი.

თუ ორსულს ანტენატალური ვიზიტის დროს (12-13 კვირა) ჩატარებული აქვს სკრინინგი **B** ჰეპატიტზე და სკრინინგის პასუხი დადებითია ტარდება კონფირმაციული ტესტი.

- თუ ტესტი უარყოფითია – ახალშობილს დაბადებიდან პირველ 12 საათში უტარდება მხოლოდ **B** ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია **HB-VAX II** დოზა - 5 მკგ (0.5 მლ);
- თუ ტესტი დადებითია ახალშობილს ვაქცინაციასთან ერთად უკეთდება სპეციფიკური იმუნოგლობულინი (დოზა 40 სე/კგ-ზე. მაქსიმუმ 200 სე).

B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია და იმუნოგლობულინის შეყვანა ხდება ერთდროულად სხვადასხვა ფეხის ბარძაყის წინა ლატერალურ ზედაპირზე, დაბადებიდან პირველ 12 საათში (იხილეთ იმუნიზაციის ბრძანება და დანართი).

BCG ვაქცინაცია

ტუბერკულოზის პრევენციის საუკეთესო საშუალებაა ახალშობილის **BCG** ვაქცინაცია. ვაქცინაცია ტარდება საქართველოს აცრის კალენდრის შესაბამისად სიცოცხლის მე-2-5 დღეს, ბავშვის სამშობიარო სახლიდან გაწერამდე.

ვაქცინაცია ტარდება ტუბერკულინის შპრიცით დოზით 0,05 მლ, კანში, მხრის ზედა მესამედში. დაუშვებელია საინექციო არის დამუშავება ანტისეპტიკით (იხილეთ იმუნიზაციის ბრძანება და დანართი).

სპრინტონი

ახალშობილის სიცოცხლის მე-4-5 დღეს სამშობიარო სახლში ტარდება სკრინინგი ფენილკეტონურიასა და ჰიპოთირეოზზე. სისხლის აღება ხდება ქუსლიდან სპეციალურ საშრობ ქაღალდზე. მასალა იგზავნება შესაბამის ლაბორატორიაში სადიაგნოსტიკოდ. სისხლის მოცემულ ვადაზე ადრე აღების შემთხვევაში მაღალია ცრუ დადებითი პასუხების რისკი.

დედის და ახალშობილის ერთად ყოფნა 4.38

სამშობიარო სახლში დედა და ახალშობილი (მათ შორის საკეისრო კვეთის შემთხვევაში) დღისით და ღამით ერთ პალატაში უნდა იმყოფებოდეს, გარდა იმ პერიოდისა, რომელიც საჭიროა სხვადასხვა ჰიგიენური, თუ სამედიცინო პროცედურების ჩატარებისათვის.

დედა-ბავშვის ერთად ყოფნა⁴:

- საშუალებას აძლევს დედას კვების ბავშვი როცა იგი ამულანებს შიმშილის ნიშნებს, მისი მოთხოვნების შესაბამისად (იხ. ძუძუთი კვების და ბაკსის გაიდლაინი);
- ხელს უწყობს დედისა და ბავშვის მჭიდრო ფსიქო-ემოციური კავშირის დამყარებას, დედობრივი გრძნობის ჩამოყალიბებას⁷⁴⁻⁷⁹;
- დადებითად აისახება დედის დამოკიდებულებაზე ძუძუთი კვებისადმი⁶⁵
- აუმჯობესებს ძუძუთი კვების პროცესს⁸⁰⁻⁸¹
- ამცირებს ბავშვთან ინფექციის განვითარების რისკს⁸²⁻⁸³
- ხელს უწყობს ძუძუთი კვების ხანგრძლივობის გაზრდას და ძუძუთი კვების ეფექტურ განხორციელებას ზრდის ძუძუთი კვების სიხშირეს და ამცირებს ქალის რძის შემცველების დამატების საჭიროებას;
- შესაძლებელია მხოლოდ უმნიშვნელოდ დაირღვეს დედის ძილი, მაგრამ უმჯობესდება ბავშვის ძილი, ბავშვები უფრო მშვიდად არიან და ნაკლებად ტირიან (**მტკიცებულების დონე II**);
- დედისა და ბავშვის ერთად ყოფნა წარმოადგენს აუცილებელ პირობას მოთხოვნებითი ძუძუთი კვების წარმატებით განხორციელებისთვის (**მტკიცებულების დონე I**).

II

I

ბარემო 4.38,84

პოსტნატალურ პალატაში ტემპერატურა არ უნდა იყოს 25⁰ C-ზე ნაკლები. პალატაში უნდა იყოს მაგიდა მოვლის სხვადასხვა პროცედურის ჩასატარებლად. სასურველია პალატაში იყოს სველი წერტილი. ბავშვის ლეიბი უნდა იყოს მაგარი. არ შეიძლება ბალიშის გამოყენება.

ახალშობილის ისტორიაში ფიქსირდება ინფორმაცია შემდეგ საკითხებზე³⁸:

1. ბლოკში ჩატარებული ყველა მანიპულაცია და მოვლის პროცედურა;
2. პირველი გასინჯვის და ყველა შემდგომი შეფასებისას მიღებული მონაცემები;
3. ანთროპომეტრული მონაცემები: მასა, სიგრძე და თავის გარშემოწერილობა და მასის ცვლილების დინამიკა;
4. კვების ხასიათი და რეჟიმი;
5. შარდის და განაგალის გამოყოფა;
6. იმუნიზაცია, სკრინინგი და ჩატარებული გამოკვლევა.

ახალშობილის გაწერა სამშობიარო სახლიდან (ბანყოფილებიდან) 4,38,85

გაწერის კრიტერიუმებია:

- აქტიური და ჯანმრთელი ახალშობილი;
- ეფექტური კვება;
- წონაში კლების შეჩერება ან მატების დაწყება;
- სხეულის ტემპერატურის შენარჩუნება;
- დროული იმუნიზაცია;
- ახალშობილი წონა ≥ 2000 გ;
- დედას/ბავშვის მომვლელს შეუძლია ახალშობილის მოვლა.

სამშობიაროდან ბინაზე ახალშობილი ეწერება სიცოცხლის მე-4-5 დღეს.

რა უნდა იცოდეს დედამ გაწერისას 4,38,84-85

- როგორ კვებოს ახალშობილი (ძუძუთი კვების პრინციპები - იხ. ბუნებრივი კვების გაიდლაინი);
- როგორ მოუაროს და ჩააცვას ახალშობილს;
- როდის მიმართოს ექიმს (საშიშროების ნიშნები):
 - ⇒ სუნთქვის გახშირება
 - ⇒ მკვნესარე სუნთქვა
 - ⇒ კრუნჩხვა
 - ⇒ სხეულის ტემპერატურის მომატება 38°C და მეტი
 - ⇒ სხეულის ტემპერატურა $< 35^{\circ}\text{C}$ -ზე
 - ⇒ კანის ფერის ცვლილებები: სილურჯე ან სიყვითლე, გამოსატული სიფერმკრთალე
 - ⇒ ჭიპის რგოლის გარშემო სიწითლე და შეშუპება, რომელიც ვრცელდება 1 სმ და მეტ დიამეტრზე, ჩირქი, უსიამოვნო სუნი
 - ⇒ სისხლდენა ჭიპლარის ჭრილობიდან
 - ⇒ დებინება, სისხლი განავალში
- როდის და სად აიყვანოს აღრიცხვაზე შემდგომი მეთვალყურეობისთვის - გაწერისას (ახალშობილის დედას ხელზე ეძლევა ამონაწერი ახალშობილის განვითარების ისტორიიდან, რომლის საფუძველზე პირველადი ჯანდაცვის რგოლის შესაბამის დაწესებულებაში იხსნება ჯანმრთელობის ბარათი ახალშობილისათვის);
- შემდგომი იმუნიზაციის აუცილებლობა⁵;
- ბავშვისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა და განვითარების ხელშეწყობა;
- ჩვილის უეცარი სიკვდილის სინდრომის პრევენცია (ბავშვს უნდა ეძინოს ცალკე საწოლში, მაგრამ მშობლების ოთახში, მშობლებმა არ უნდა მოწიონ თამბაქო ბავშვის ოთახში, ბავშვს უნდა ეძინოს ზურგზე და მაგარ ზედაპირზე, ბავშვი არ უნდა გადახურდეს).

ბაიდლაინის განახლების ვადა – 4 წელი.

ბაიფლანის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინის შემუშავების მეთოდოლოგია

- ახალშობილის მოვლის შესახებ არსებობს სამეცნიერო მტკიცებულების საფუძველზე შექმნილ რეკომენდაციათა საკმაოდ მცირე რაოდენობა. მოცემული გაიდლაინის შექმნის პროცესში სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილებით მოძიებული და შეფასებული იქნა უკვე არსებული პრაქტიკული რეკომენდაციები. მოხდა არსებული რეკომენდაციების ადაპტირებული ვარიანტის შემუშავება, რომელიც ერთის მხრივ პასუხებს საერთაშორისო მოთხოვნებს, ხოლო მეორე მხრივ ითვალისწინება საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებათა როგორც ადამიანურ, ისე ტექნიკურ რესურსებს.
- რეკომენდაციათა მოძიება ხორციელდებოდა კლინიკური რეკომენდაციების საერთაშორისო რეესტრებში ელექტრონული მონაცემთა ბაზების გამოყენებით ინტერნეტში.

ქვეყანა და რესურსის დასახელება	ინტერნეტ-მისამართი
WHO	http://www.who.int/
აშშ	
US National Guideline Clearinghouse (NGC)	http://www.guideline.gov
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	http://www.phppo.cdc.gov/CDCRecommends/AdvSearchV.asp
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	http://www.ahrq.gov/clinic/cpgsix.htm
Health Services Technology Assessment Text (HSTAT) and National Library of Medicine (NLM)	http://hstat.nlm.nih.gov
Institute of Clinical Systems Improvement (ICSI)	http://www.icsi.org
American Medical Association	http://www.ama-assn.org
Canadian Medical Association (CMA)	http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp
Health Canada – Population and Public Health Branch (PPHB)	http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/dpg_e.html
დიდი ბრიტანეთი	
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	http://www.nice.org.uk
Sheffield Evidence for Effectiveness and Knowledge (SEEK)	http://www.shef.ac.uk/seek/guidelines.htm
National electronic Library for Health (NeLH)	http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder
PRODIGY Clinical Guidance	http://www.prodigy.nhs.uk/ClinicalGuidance
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	http://www.sign.ac.uk
German Guideline Information	http://www.leitlinien.de/english/english/view;

Service (GERGIS)	
ავსტრალია	
Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC)	http://www.health.gov.au/hfs/nhmrc/publicat/cp-home.htm
ახალი ზელანდია	
New Zealand Guidelines Group (NZGG)	http://www.nzgg.org.nz/library.cfm
მტკიცებითი მედიცინის სპეციალისტთა რეგიონთაშორისი საზოგადოება	http://www.osdm.org

კლინიკური რეკომენდაციების და მტკიცებულებების მოძიების დამატებითი წყაროები და მეთოდები

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

პუბლიკაციების ჩართვის/გამორიცხვის კრიტერიუმები

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

მოძიებული კლინიკური რეკომენდაციებისა და მტკიცებულებების ანალიზი

- სამუშაო ჯგუფის მიერ ტარდებოდა მოძიებული წყაროების ანალიზი. ჩატარებული ძიების შედეგად მიღებული იყო რამდენიმე კლინიკური მეთოდური რეკომენდაცია ახალშობილის მოვლის შესახებ რომლებიც შეიცავდა ჯგუფის მიზნის შესაფერის საჭირო ინფორმაციას. ამ რეკომენდაციების შეფასებისას გამოყენებული იყო რეკომენდაციათა ატესტაციისა და ექსპერტიზის კითხვარი - AGREE (94,96-98). შეფასების შედეგად ამორჩეული იყო ქვემოთ ჩამოთვლილი ორგანიზაციების გაიდლაინები:
 - ⇒ ამერიკის პედიატრიის აკადემია;
 - ⇒ ჯანმრთელობის მსოფლო ორგანიზაცია;
 - ⇒ კანადის ნაყოფისა და ახალშობილის კომიტეტი.
- რეკომენდაციების მტკიცებულებათა დონეების განსაზღვრისას გამოყენებული იყო საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და

სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული მტკიცებულებების დონისა და რეკომენდაციების ხარისხის სქემა.

მტკიცებულებათა დონეებისა და რეკომენდაციების ხარისხის სქემა

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

ალტერნატიული ბაიბლანი არ არსებობს

ბამოყენებული ლიტერატურა:

1. Doenges, M. E. Moorhouse M. F. - Maternal/Newborn Plans of Care; Guidelines for Individualizing Care. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1999;
2. Encyclopedia of Nursing & Allied health - Neonatal Care – 2006 <http://health.enotes.com/nursing-encyclopedia/neonatal-care;>
3. WHO - Hospital Care for Children – 2005;
4. WHO - Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses and midwives 2003;
5. American Heart Association in collaboration with International Liaison Committee on Resuscitation. Guidelines 2005 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care: International Consensus on Science, Part 11, 7: Neonatal Resuscitation. *Circulation* 2005;**112**:91-9;
6. Thermal protection of the newborn: a practical guide World Health Organization, 1997;

7. British Columbia Reproductive Care Program – Newborn guideline 2, Neonatal thermoregulation – original 1993, revised 2003;
8. Bergstrom A, Byaruhanga R, Okong P The impact of newborn bathing on the prevalence of neonatal hypothermia in Uganda: a randomized, controlled trial *Acta Paediatr.* 2005 Oct;94(10):1462-7 PMID: 16299878 [PubMed - in process];
9. JBI Management of asymptomatic hypoglycaemia in healthy term neonates for nurses and midwives *Best Practice* 10 (1) 2006;
10. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Neonatal skin care. Evidence-based clinical practice guideline. Washington (DC): Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN); 2001 Jan. 54 p <http://www.guideline.gov>;
11. Campbell JR, Zaccaria E, Baker CJ. Systemic candidiasis in extremely low birth weight infants receiving topical petrolatum ointment for skin care: a case-control study. *Pediatrics* 2000 May;105(5):1041-5;
12. Arad I, Eyal F, Fainmesser P. Umbilical care and cord separation. *Arch Dis Child* 1981 Nov;56(11):887-8;
13. Dore S, Buchan D, Coulas S, Hamber L, Stewart M, Cowan D, Jamieson L. Alcohol versus natural drying for newborn cord care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998 Nov-Dec;27(6):621-7. [PubMed](#);
14. WHO/RHT/MSM/98.4 - Care of the Umbilical Cord: A review of the evidence;
15. Anderson J.M., Philip A.G.S. - Management of the Umbilical Cord -Care Regimens, Colonization, Infection, and Separation - *NeoReviews* Vol.5 No.4 2004 e155 [American Academy of Pediatrics](#);
16. Antimicrobial Applications to the Umbilical Cord in Neonates - *Pediatr Infect Dis J* 22(11):996-1002, 2003. © 2003 Lippincott Williams & Wilkins;
17. Haroldo Capurro. Routine topical umbilical cord care at birth: RHL commentary (last revised: 30 September 2004). The WHO Reproductive Health Library, No 10, Update Software Ltd, Oxford, 2007;
18. Haroon Saloojee. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants: RHL commentary (last revised: 6 March 2006). The WHO Reproductive Health Library, No 10, Update Software Ltd, Oxford, 2007;
19. Zupan J, Garner P, Omari AAA - Topical umbilical cord care at birth - [Systematic Review](#) - [John Wiley & Sons, Ltd](#) – *Cochrane Library* 19 Jul 2004;
20. Oh W., Merenstein G. - Fourth Edition of the Guidelines for Perinatal Care: Summary of Changes *PEDIATRICS* Vol. 100 No. 6 December 1997, pp. 1021-1022;
21. WHO - Integrated Management of Pregnancy and Childbirth Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. – 2006;
22. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, Ransjo- Arvidson AB, Welles- Nystrom B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr* 2003;92(3):320-6;
23. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336(8723):1105-7;
24. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, Ransjo- Arvidson AB, Welles-Nystrom B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr* 2003;92(3):320-6;
25. Inch S. Fisher C. Mastitis: infection or inflammation? *Practitioner.*, 1995, 239 (1553): 472-476;
26. Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992;81(6-7):488-93;

27. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr* 2004;93(6):779-85;
28. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91(12):1301-6;
29. de Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. III. Follow-up at one year. *Scand J. Soc Med* 1984;12(2):91-103;
30. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 1990;86(2):171-5;
31. Wiberg B, Humble K, de Chateau P. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. V. Follow-up at three years. *Scand J Soc Med* 1989;17(2):181-91;
32. Ф.Сэведж Кинг. Помощь Матерям в кормлении Грудью 1995;
33. Nissen E, Uvnas-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001;28(1):13-9;
34. Prodromidis M, Field T, Arendt R, Singer L, Yando R, Bendell D. Mothers touching newborns: a comparison of rooming-in versus minimal contact. *Birth* 1995;22(4):196-200; discussion 201-3;
35. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000043;
36. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplemental Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate; 2003;
37. Metaj M, Laroia N, Lawrence RA, Ryan RM. Comparison of breast- and formula-fed normal newborns in time to first stool and urine. *J Perinatol* 2003;23(8):624-8;
38. Stellwagen L., Boies E. - Care of the Well Newborn - Pediatrics in Review Vol.27 No.3 89-98, March 2006;
39. Sielski L. Initial routine management of newborn – UpToDate – December 20, 2006;
40. American Academy of Pediatrics Prevention of neonatal ophthalmia In: Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases, 27th ed, Pickering, LK (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2006. p. 828;
41. AAP POLICY STATEMENT - Committee on Fetus and Newborn - Controversies Concerning Vitamin K and the Newborn PEDIATRICS Vol. 112 No. 1 July 2003, pp. 191-192;
42. John E. - Hemorrhagic Disease of Newborn - Last Updated: June 16, 2006;
43. Zipursky A. Prevention of Vitamin K deficiency in a newborn. *Brit J Haematology* 1999; 104: 430-437;
44. Consensus Statement ‘Vitamin K prophylaxis in the Newborn’. Fetus and Newborn Committee of the Paediatric Society of NZ, The NZ College of Midwives (Inc.), The NZ Nurses Organisation, The Royal NZ College of General Practitioners, The Royal NZ College of Obstetricians and Gynaecologists. August 2000;
45. Puckett, R.M. Offringa, M. Vitamin K for preventing hemorrhagic disease in newborn infant [protocol];
46. American Academy of Pediatrics - AAP POLICY STATEMENT - AAP Publications Reaffirmed, May 2006 Policy Statement: Controversies Concerning Vitamin K and the Newborn. *Pediatrics*. 2003;112:191–192 - PEDIATRICS Vol. 118 No. 3 September 2006, pp. 1266 (doi:10.1542/peds.2006-1697) POLICY STATEMENT;
47. Flood V. H., Galderisi F. C., Lowas S. R., Kendrick A., Boshkov L.K.- Hemorrhagic disease of the newborn despite vitamin K prophylaxis at birth - *Pediatr Blood Cancer* © 2007 Wiley-Liss, Inc;

48. Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD002776. DOI: 10.1002/14651858.CD002776;
49. Patel P., MD, Mikhail M., Vitamin K Deficiency - Article Last Updated: Jun 20, 2006 <http://www.emedicine.com/med/TOPIC2385.HTM>;
50. Hey E. - REVIEW - Vitamin K—what, why, and when - *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition* 2003;**88**:F80 © 2003;
51. M Sellwood, A Huertas-Ceballos - University College London Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK - Review of NICE guidelines on routine postnatal infant care - Published Online First: 5 September 2007. doi:10.1136/adc.2006.111757 *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition* 2008;**93**:F10-F13 Copyright © 2008 BMJ Publishing Group Ltd & Royal College of Paediatrics and Child Health;
52. Paul Clarke¹, Martin J Shearer² - ¹ Neonatal Unit, Norfolk and Norwich University Hospital NHS Trust, Norwich, UK, ² Centre for Haemostasis and Thrombosis, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK - Vitamin K deficiency bleeding: the readiness is all - Published Online First: 23 May 2007. doi:10.1136/adc.2007.116962 *Archives of Disease in Childhood* 2007;**92**:741-743 Copyright © 2007 BMJ Publishing Group Ltd & Royal College of Paediatrics and Child Health;
53. A joint position statement of the [Fetus and Newborn Committee](#), Canadian Paediatric Society (CPS), and the [Committee on Child and Adolescent Health](#), College of Family Physicians of Canada - Routine administration of vitamin K to newborns - *Paediatrics & Child Health* 1997 **2**(6):429-31 Reference No. FN97-01 Reaffirmed March 2004;
54. Maternal and Child Health Bureau Accurately Weighing and Measuring: Technique -2000; <http://depts.washington.edu/growth/module5/text/intro.htm>;
55. Cogill B. - Anthropometric Indicators Measurement Guide. Food and Nutrition Technical Assistance Project, Academy for Educational Development, Washington, D.C., 2003;
56. ნ. ხერხეულიძე “ბავშვთა დაავადებათა პროპედეუტიკა”- 2004;
57. Procianoy R et al ,the influence of rooming on breastfeeding. *Journal of tropical pediatrics*, 1983; 29; 112-114;
58. Hill PD, Humenick SS, Brennan ML, Woolley D. Does early supplementation affect long-term breastfeeding? *Clin Pediatr (Phila)* 1997;**36**(6):345-50;
59. Campbell JR, Zaccaria E, Baker CJ. Systemic candidiasis in extremely low birth weight infants receiving topical petrolatum ointment for skin care: a case-control study. *Pediatrics* 2000 May;**105**(5):1041-5;
60. Davis JA, Leyden JJ, Grove GL, Raynor WJ. Comparison of disposable diapers with fluff absorbent and fluff plus absorbent polymers: effects on skin hydration, skin pH, and diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol* 1989 Jun;**6**(2):102-8;
61. Berg RW. Etiologic factors in diaper dermatitis: a model for development of improved diapers. *Pediatrician* 1987;**14** Suppl 1:27-33;
62. Buckingham KW, Berg RW. Etiologic factors in diaper dermatitis: the role of feces. *Pediatr Dermatol* 1986 Feb;**3**(2):107-12;
63. Rasmussen JE. Classification of diaper dermatitis: an overview. *Pediatrician* 1987;**14** Suppl 1:6-10;
64. Smack DP, Harrington AC, Dunn C, Howard RS, Szkutnik AJ, Krivda SJ, Caldwell JB, James WD. Infection and allergy incidence in ambulatory surgery patients using white petrolatum vs bacitracin ointment. A randomized controlled trial. *JAMA* 1996 Sep **25**;276(12):972-7;
65. Darmstadt GL, Dinulos JG. Neonatal skin care. *Pediatr Clin North Am* 2000 Aug;**47**(4):757-82;
66. Farrington E. Diaper dermatitis. *Pediatr Nurs* 1992 Jan-Feb;**18**(1):81-2;
67. Berg RW, Buckingham KW, Stewart RL. Etiologic factors in diaper dermatitis: the role of urine. *Pediatr Dermatol* 1986 Feb;**3**(2):102-6;

68. Dollison EJ, Beckstrand J. Adhesive tape vs pectin-based barrier use in preterm infants. *Neonatal Netw* 1995 Jun;14(4):35-9;
69. Anderson GC, Lane AE, Chang HP. Axillary temperature in transitional newborn infants before and after tub bath. *Appl Nurs Res* 1995 Aug;8(3):123-8;
70. Penny-MacGillivray T. A newborn's first bath: when. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996 Jul-Aug;25(6):481-7;
71. Gfatter R, Hackl P, Braun F. Effects of soap and detergents on skin surface pH, stratum corneum hydration and fat content in infants. *Dermatology* 1997;195(3):258-62;
72. Varda KE, Behnke RS. The effect of timing of initial bath on newborn's temperature. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000 Jan-Feb;29(1):27-32;
73. Weber R. - Neonatal Thermoregulation -www.continuingeducation.com/nursing/thermoreg/thermoreg.pdf 1999;
74. WHO Protection , promotion and support of Breastfeeding in Europe: review of interventions May 2004;
75. Prodromidis M, Field T, Arendt R, Singer L, Yando R, Bendell D. Mothers touching newborns: a comparison of rooming-in versus minimal contact. *Birth* 1995;22(4):196-200; discussion 201-3;
76. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000043;
77. Wiberg B, Humble K, de Chateau P. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. V. Follow-up at three years. *Scand J Soc Med* 1989;17(2):181-91;
78. Metaj M, Laroia N, Lawrence RA, Ryan RM. Comparison of breast- and formula-fed normal newborns in time to first stool and urine. *J Perinatol* 2003;23(8):624-8;
79. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplemental Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate; 2003;
80. World Health Organization. Global strategy: breastfeeding critical for child survival—UNICEF and WHO call for increased commitment to appropriate feeding practices for all infants and young children. *Indian J Med Sci* 2004; 58(3):138-9;
81. Perez-EscamillaR, Pollitt E, Lonerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies n the maternity Wards and their fact on breast-feeding success: an analitical overview. *Am J public health* 1994;84:-89-97;
82. Procianoy R et al ,the influence of rooming on breastfeeding. *Journal of tropical pediatrics*, 1983; 29; 112-114;
83. Strachan-Lindenberg C, Cabrera-Artola R, Jimenez V, The effect of early post-partum mother-infant contact and breastfeeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding, *international journal of nursing studies*, 1990, 27(3):179-186;
84. AAP POLICY STATEMENT - Committee on Fetus and Newborn -Apnea, Sudden Infant Death Syndrome, and Home Monitoring *PEDIATRICS* Vol. 111 No. 4 April 2003, pp. 914-917;
85. AAP POLICY STATEMENT - Committee on Fetus and Newborn - Hospital Stay for Healthy Term Newborns - *PEDIATRICS* Vol. 113 No. 5 May 2004, pp. 1434-1436.
86. ქ. ნემსაძე – ახალშობილთა უხშირეს დაავადებათა მოვლა – 2000
87. WHO - Effective perinatal care – 2007

ავტორი:

პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“

სამუშაო ჯგუფი:

- ეკა კანდელაკი – მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი. პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“-ს წევრი;
- მერაბ მაჭარაშვილი – ნეონატოლოგი, მ.შარაშიძის სამედიცინო ცენტრი გენერალური დირექტორის მოადგილე ნეონატოლოგიასა და პედიატრიაში. პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“-ს წევრი;
- თამარ მანჯავიძე – მედიცინის დოქტორი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“-ს წევრი;
- მაკა მშვილდაძე – ნეონატოლოგი, ჩაჩავას სახ. მუან გინეკოლოგიისა და პერინატოლოგიის ინსტიტუტი. დიმიტრი ტოკლიკიშვილი – ნეონატოლოგი, სამშობიარო სახლი “ბიბიდა”, ნეონატალური სამსახურის ხელმძღვანელი. პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“-ს წევრი;
- ქეთევან ნემსაძე – მედიცინიდ მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიის დეპარტამენტის სრული-პროფესორი; მ. იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს კლინიკური დირექტორი;
- დიმიტრი ტოკლიკიშვილი – ნეონატოლოგი, სამშობიარო სახლი “ბიბიდა”, ნეონატალური სამსახურის ხელმძღვანელი. პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“-ს წევრი;
- ნანი ყავლაშვილი – მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი. პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“-ს წევრი;
- მაია ხერხეულიძე – მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი. პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“-ს წევრი.

მსაპარტაპი:

- ია დავითაია – მედ. მეცნ. დოქტორი, ჩაჩავას სახ. პერინატალური მედიცინისა და მუანობა გინეკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტის ახალშობილთა განყოფილების ხელმძღვანელი, საქართველოს ნეონატოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი;
- ირაკლი ფავლენიშვილი - პროფესორი, ნეონატალური მიმართულების ხელმძღვანელი, თსსუ დიპლომის შემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების ინსტიტუტის დირექტორი;

- ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტი;
- თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტი.