



Стабилизация новорожденного в родовом зале

- Детям, которые предпринимают **попытки самостоятельных вдохов, должна быть начата респираторная терапия методом CPAP** (англ. Continuous Positive Airway Pressure – постоянное положительное давление в дыхательных путях) (уровень доказательности B1).
- Чтобы **уменьшить в дальнейшем риск развития бронхолегочной дисплазии (БЛД)**, такие дети по возможности **не должны быть интубированы** в родильном зале.
- Интубацию следует проводить тем детям, которые не реагируют на ИВЛ с помощью лицевой маски или назальных канюль (уровень доказательности A1).
- Детям, которым требуется интубация для стабилизации, следует вводить экзогенный сурфактант (уровень доказательности B1).

Терапия препаратами экзогенного сурфактанта

- Детям с РДСН следует вводить сурфактант животного происхождения (уровень доказательности A1).
- Стандарт – раннее терапевтическое введение сурфактанта в первые часы жизни новорожденного (A1). Если требуется интубация трахеи в родовом зале с целью стабилизации состояния, сурфактант должен быть введен профилактически (уровень доказательности A1).
- Детям с РДСН показано раннее терапевтическое введение сурфактанта при $FiO_2 > 0,30$ на CPAP $> 6,0$ см H_2O (уровень доказательности B2).
- Порактант альфа в начальной дозе 200 мг/кг лучше, чем 100 мг/кг порактанта альфа или 100 мг/кг берактанта (уровень доказательности A1).
- LISA** является предпочтительным способом введения сурфактанта у спонтанно дышащих новорожденных на CPAP при условии, что врач имеет навык выполнения данной манипуляции (уровень доказательности B2).
- Вторая и иногда третья доза сурфактанта должна быть введена, если есть клинические признаки РДСН, такие как постоянная высокая кислородозависимость, и другие причины дыхательной недостаточности исключены (уровень доказательности A1).

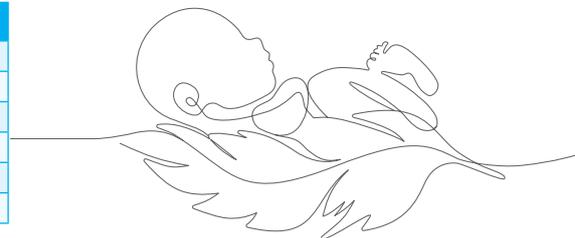
Sweet, DG et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2019 Update. Neonatology 2019;115:432–450

* РДСН – Респираторный дистресс-синдром новорождённых

** LISA (less invasive surfactant administration) – менее инвазивное введение сурфактанта через тонкий катетер

Целевые показатели SpO₂ в родильном зале.

Время от рождения	Целевые показатели SpO ₂
1 мин	60-65%
2 мин	65-70%
3 мин	70-75%
4 мин	75-80%
5 мин	80-85%
10 мин	85-95%



Ведение новорожденных с респираторным дистресс-синдромом.
Клинические рекомендации под редакцией акад. РАН И.И. Володина. М., 2016

Шкала Сильвермана

Клинические признаки	Оценка в баллах		
	0	1	2
Движение грудной клетки	Грудь и живот равномерно участвуют в акте дыхания	Аритмичное, неравномерное дыхание	Западение верхней части грудной клетки на вдохе
Втяжение межреберий на вдохе	Отсутствует	Легкое втяжение	Заметное втяжение
Втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе	Отсутствует	Небольшое втяжение	Заметное западение
Положение нижней челюсти	Рот закрыт, нижняя челюсть не западает	Рот закрыт, опускание подбородка на вдохе	Рот открыт, опускание подбородка на вдохе
Звучность выдоха	Дыхание спокойное, ровное	Экспираторные шумы слышны при аускультации	Экспираторные шумы слышны на расстоянии

Примечание: Для оценки тяжести РДС у недоношенных детей (W. Silverman, 1961) была предложена оригинальная система оценки, учитывающая 5 клинических признаков, каждый из которых оценивается от 0 до 2 баллов (таблица). В отличие от шкалы Даунса, в ней не учитываются частота дыхания и реакция ребенка на дополнительный кислород. В настоящее время, учитывая, что современный комплекс респираторных технологий направлен в первую очередь на профилактику развития и прогрессирования дыхательных нарушений, шкала Сильвермана более информативна для оценки эффективности проводимой неинвазивной респираторной поддержки на фоне спонтанного дыхания пациента.