Синдром дыхательного расстройства у новорожденного

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: P22.0 · Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов», Ассоциация специалистов в области перинатальной медицины, оказания помощи беременной женщине и плоду, новорожденному и ребенку в возрасте до 3-х лет (АСПМ)

РДС новорождённого — дыхательное расстройство первых дней жизни, связанное с первичным дефицитом сурфактанта и незрелостью лёгких. Рекомендация посвящена распознаванию дыхательной недостаточности, ранней респираторной поддержке, применению сурфактанта и профилактике осложнений, прежде всего у недоношенных детей.

Главное

- РДС следует подозревать при одышке в первые минуты–часы жизни, стонущем выдохе, втяжениях грудной клетки, напряжении крыльев носа, ослабленном дыхании, крепитирующих хрипах и цианозе. Эти признаки неспецифичны.
- Риск РДС повышают преждевременные роды, гестационный или сахарный диабет 1-го типа у матери, кесарево сечение до начала родов, асфиксия, хориоамнионит, мужской пол при преждевременных родах, низкая масса тела или малый размер для гестационного возраста (УУР С, УДД 4).
- У детей с дыхательными нарушениями стартовой тактикой обычно является CPAP; у недоношенных с гестационным возрастом 32 недели и менее при спонтанном дыхании предпочтительно давление не менее 6–8 см вод. ст. (УУР В, УДД 1).
- Лёгочный сурфактант применяют эндотрахеально при показаниях (УУР А, УДД 2). В родильном зале его вводят всем детям с гестационным возрастом 26 недель и менее в первые 20 минут жизни, а также детям с гестационным возрастом 32 недели и менее, которым потребовалась интубация; при неинвазивной поддержке ориентируются на потребность в FiO2 не менее 0,3 и данные в пользу РДС.
- Для детей с массой менее 1500 г и/или гестационным возрастом менее 32 недель кофеин цитрат начинают в первые 72 часа жизни при спонтанном дыхании, неинвазивной поддержке или перед планируемой экстубацией (УУР В, УДД 2).
- У беременных при начавшихся (неминуемых) преждевременных родах и преждевременном разрыве плодных оболочек на сроке 24,0–33,6 недели проводят антенатальную профилактику РДС системными кортикостероидами: бетаметазон 12 мг внутримышечно дважды с интервалом 24 часа или дексаметазон 6 мг внутримышечно четыре раза с интервалом 12 часов либо 12 мг дважды с интервалом 24 часа (УУР А, УДД 1).

Диагностика

1. Соберите анамнез матери, прежде всего сведения о сроке гестации, преждевременных родах, диабете у матери, хориоамнионите, кесаревом сечении до начала родов, асфиксии и других факторах риска (УУР С, УДД 4).
2. Оцените дыхательные нарушения клинически и в динамике по шкале Сильвермана—Андерсена или Доунса (УУР В, УДД 3).
3. С первых минут жизни непрерывно контролируйте ЧСС и SpO2; датчик устанавливайте предуктально на правой руке. В родильном зале ориентиры — SpO2 не менее 80% к 5-й минуте и не менее 85% к 10-й минуте, при дополнительном кислороде SpO2 не должна превышать 95% (УУР С, УДД 5).
4. Исследуйте КОС и газы крови, лактат и глюкозу для оценки гипоксии и метаболических нарушений; выполните общий анализ крови с лейкоформулой и нейтрофильным индексом (УУР С, УДД 4 и УУР В, УДД 3). Определите С-реактивный белок (УУР В, УДД 2).
5. Для исключения инфекции проведите посев крови с определением чувствительности; при интубации дополнительно исследуйте мокроту на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (для крови УУР С, УДД 4; для мокроты УУР С, УДД 5).
6. Выполните рентгенографию лёгких: типичны диффузное снижение прозрачности, ретикулогранулярный рисунок или симптом «матового стекла», воздушная бронхограмма; тяжесть может варьировать до картины «белых лёгких» (УУР С, УДД 4). При наличии возможностей дополните обследование УЗИ лёгких по LUS/eLUS

для дифференциации РДС и транзиторного тахипноэ, оценки тяжести и потребности в сурфактанте (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Стартовую респираторную терапию у детей с гестационным возрастом 28 недель и менее начинают с FiO2 0,3, у более зрелых детей — с воздуха, FiO2 0,21; далее концентрацию кислорода корректируют по показателям пульсоксиметрии (УУР В, УДД 2).
- При дыхательных нарушениях в родильном зале начинайте неинвазивную поддержку методом CPAP (УУР В, УДД 1). У детей с гестационным возрастом 32 недели и менее при спонтанном дыхании используйте давление как минимум 6–8 см вод. ст.; при отсутствии дыхания или сохраняющейся брадикардии переходите к неинвазивной ИВЛ, а при отсутствии дыхания и/или сохраняющейся брадикардии — к интубации и ИВЛ (для интубации и ИВЛ УУР В, УДД 2).
- Инвазивная ИВЛ показана при неэффективности неинвазивной поддержки, а также при шоке, судорожном статусе, лёгочном кровотечении, напряжённом пневмотораксе, врождённой диафрагмальной грыже или невозможности наложить назальные интерфейсы из-за пороков челюстно-лицевой области (УУР В, УДД 2). У глубоко недоношенных поддерживайте PEEP не менее 6 см вод. ст. и непрерывно контролируйте ЧСС и SpO2.
- Проводите сурфактантную терапию препаратами порактант альфа или берактант при наличии показаний (УУР А, УДД 2). В отделении реанимации показанием у недоношенного на CPAP/неинвазивной ИВЛ служат оценка по Сильверману—Андерсену 3 балла и более и/или потребность в FiO2 до 0,3, отрицательная рентгенологическая динамика; возможны традиционное введение, INSURE, LISA или MIST.
- После введения сурфактанта уменьшайте пиковое и среднее давление и FiO2 из-за улучшения податливости лёгких и снижения потребности в кислороде. Повторное введение может потребоваться при повторном нарастании нарушений до 3 баллов и более по Сильверману и/или увеличении потребности в FiO2 более 0,3; третья доза возможна при тяжёлом РДС на ИВЛ.
- После малоинвазивного введения сурфактанта и после экстубации предпочтительна неинвазивная ИВЛ через назальные канюли или маску. Её также применяют при апноэ, устойчивом к CPAP и производным ксантина, либо при нарастании дыхательных нарушений и потребности в FiO2 более 0,3 у ребёнка на CPAP; противопоказания — шок, судороги, лёгочное кровотечение и синдром утечки воздуха (УУР С, УДД 5).
- Кофеин цитрат: нагрузочная доза 20 мг/кг/сут внутривенно медленно за 30 минут, со второго дня — 5 мг/кг/сут за 10 минут. При рецидивирующих апноэ поддерживающую дозу допускается увеличить до 10 мг/кг/сут, разделив на два введения каждые 12 часов (УУР В, УДД 2).
- При подозрении на инфекцию назначьте системные противомикробные препараты и быстро отмените их при отрицательных маркерах воспаления и посеве крови; диагностика проводится в первые 48–72 часа жизни. Возможные схемы включают пенициллин широкого спектра с аминогликозидом или пенициллин, включая комбинации с ингибитором бета-лактамаз, с учётом локального протокола (УУР С, УДД 4).

Когда направить и как наблюдать

- Беременную с угрозой преждевременных родов на сроке менее 34 недель следует направлять в стационар III уровня; при преждевременных родах с 22 недель необходим акушерский стационар с реанимацией и интенсивной терапией новорождённых.
- Недоношенный новорождённый с РДС, которому требуется респираторная поддержка и/или имеются гемодинамические нарушения, является показанием к госпитализации в медицинскую организацию III уровня.
- Выписка возможна при стабильном удовлетворительном состоянии ребёнка, стабилизации лабораторных показателей и отсутствии противопоказаний.
- После отмены кофеина наблюдайте ребёнка примерно ещё неделю из-за риска рецидива апноэ; препарат прекращают, если значимых приступов апноэ нет 5–7 дней.

Частые вопросы

Какие признаки позволяют заподозрить РДС у новорождённого?

Одышка появляется в первые минуты–часы жизни и сопровождается стонущим выдохом, втяжениями грудной клетки, напряжением крыльев носа, ослабленным дыханием, крепитирующими хрипами или цианозом. Клиническая картина неспецифична.

Когда недоношенному ребёнку вводить сурфактант?

В первые 20 минут жизни — всем детям с гестационным возрастом 26 недель и менее, а также детям с гестационным возрастом 32 недели и менее, которым потребовалась интубация. При неинвазивной поддержке сурфактант показан при FiO2 не менее 0,3 и данных в пользу РДС; в ОРИТН дополнительными ориентирами служат 3 балла и более по Сильверману—Андерсену и/или отрицательная рентгенологическая динамика.

Как дозировать кофеин цитрат у глубоко недоношенного ребёнка?

Нагрузочная доза составляет 20 мг/кг/сут внутривенно за 30 минут, поддерживающая со второго дня — 5 мг/кг/сут за 10 минут. При рецидивирующих апноэ поддерживающую дозу можно увеличить до 10 мг/кг/сут в два введения с интервалом 12 часов.

Когда достаточно CPAP, а когда нужна интубация?

CPAP начинают при дыхательных нарушениях, особенно у самостоятельно дышащих недоношенных; у детей до 32 недель стартовое давление должно быть как минимум 6–8 см вод. ст. Интубация и ИВЛ нужны при неэффективности неинвазивной поддержки, отсутствии дыхания или сохраняющейся брадикардии, а также при тяжёлых сопутствующих состояниях.

Как проводится антенатальная профилактика РДС?

При начавшихся (неминуемых) преждевременных родах или преждевременном разрыве плодных оболочек на сроке 24,0–33,6 недели применяют бетаметазон 12 мг внутримышечно дважды через 24 часа либо дексаметазон 6 мг внутримышечно четырежды через 12 часов или 12 мг дважды через 24 часа. Профилактика на 34–35-й неделе возможна при отсутствии предыдущего курса и наличии клинических оснований.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/340-sindrom-dyhatelnogo-rasstrojstva-u-novorozhdennogo. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/340_2