

Клиническое руководство по лечению респираторного дистресс синдрома у недоношенных новорожденных (краткая версия)	
Основой для создания данной версии клинического руководства является принятая Европейской ассоциацией по перинатальной медицине обновленная версия 2010 г «Согласованные Европейские рекомендации по лечению респираторного дистресс синдрома у недоношенных новорожденных — Международные стандарты».	
Цель клинического руководства:	Предоставить руководство, основанное на доказательствах по современным методам лечения респираторного дистресс синдрома у недоношенных новорожденных для обеспечения их выживаемости и качества жизни
Список Рабочей группы по адаптации Клинического руководства:	Чувакова Т.К. — д.м.н., профессор, АО «Медицинский университет Астана», неонатолог; Карин Б.Т. — главный внештатный неонатолог МЗ РК, ассистент кафедры неонатологии АО «Медицинский университет Астана».
Рецензенты клинического руководства:	Толлеутаев Е.Т. — д.м.н., профессор, медицинский директор АО «Национальный научный центр материнства и детства» Моренко М.А. — д.м.н., заведующая кафедрой детских болезней №1 АО «Медицинский университет Астана»
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г.).	

Клиническое руководство по лечению респираторного дистресс синдрома у недоношенных новорожденных (краткая версия)	
Основой для создания данной версии клинического руководства является принятая Европейской ассоциацией по перинатальной медицине обновленная версия 2010 г «Согласованные Европейские рекомендации по лечению респираторного дистресс синдрома у недоношенных новорожденных — Международные стандарты».	
Цель клинического руководства:	Предоставить руководство, основанное на доказательствах по современным методам лечения респираторного дистресс синдрома у недоношенных новорожденных для обеспечения их выживаемости и качества жизни
Список Рабочей группы по адаптации Клинического руководства:	Чувакова Т.К. — д.м.н., профессор, АО «Медицинский университет Астана», неонатолог; Карин Б.Т. — главный внештатный неонатолог МЗ РК, ассистент кафедры неонатологии АО «Медицинский университет Астана».
Рецензенты клинического руководства:	Толлеутаев Е.Т. — д.м.н., профессор, медицинский директор АО «Национальный научный центр материнства и детства» Моренко М.А. — д.м.н., заведующая кафедрой детских болезней №1 АО «Медицинский университет Астана»
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г.).	

Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по лечению респираторного дистресс синдрома у недоношенных новорожденных, но не реже чем 1 раз в 4 года.	
Пользователи руководства:	клиническое руководство предназначено для неонатологов родовспомогательных организаций и специализированных отделений для недоношенных новорожденных детских больниц.
Категория пациентов:	недоношенные новорожденные
Ключевые слова:	недоношенные новорожденные, респираторный дистресс синдром, СРАР
Перечень сокращений:	ИВЛ – искусственная вентиляция легких РДС – респираторный дистресс синдром ОЦК – объем циркулирующей крови ОАП – открытый артериальный проток МВ – механическая вентиляция СРАР – continuous positive airways pressure (постоянное положительное давление в дыхательных путях) РЕЕР – positive end-expiratory pressure (положительное давление в конце вдоха) СО ₂ – углекислый газ NIPPV – nasal intermittent positive pressure ventilation (назальная вентиляция перемежающимся положительным давлением) SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по лечению респираторного дистресс синдрома у недоношенных новорожденных, но не реже чем 1 раз в 4 года.	
Пользователи руководства:	клиническое руководство предназначено для неонатологов родовспомогательных организаций и специализированных отделений для недоношенных новорожденных детских больниц.
Категория пациентов:	недоношенные новорожденные
Ключевые слова:	недоношенные новорожденные, респираторный дистресс синдром, СРАР
Перечень сокращений:	ИВЛ – искусственная вентиляция легких РДС – респираторный дистресс синдром ОЦК – объем циркулирующей крови ОАП – открытый артериальный проток МВ – механическая вентиляция СРАР – continuous positive airways pressure (постоянное положительное давление в дыхательных путях) РЕЕР – positive end-expiratory pressure (положительное давление в конце вдоха) СО ₂ – углекислый газ NIPPV – nasal intermittent positive pressure ventilation (назальная вентиляция перемежающимся положительным давлением) SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Степени рекомендации и уровни доказательности	
Степень рекомендации	Описание
A	Убедительные доказательства эффективности и клинического преимущества
B	Сильные или умеренные доказательства эффективности, но только с ограниченными клиническими преимуществами
C	Недостаточные доказательства эффективности или эффективность не преобладает над возможными негативными последствиями
D	Умеренные доказательства неэффективности или негативных последствий
Модифицировано из инструкции для разработчиков клинических руководств SIGN www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/ .	
Рекомендации:	
Аntenатальная стероидная профилактика РДС	
C	Матери с риском преждевременных родов должны переводиться в перинатальные центры.
A	С целью профилактики РДС у недоношенных новорожденных всем беременным с угрозой преждевременных родов рекомендуется проводить один курс дородового введения бетаметазона с 23 до 35 полных недель гестации. Лечение проводится по схеме: 2 дозы по 12 мг бетаметазона внутримышечно через каждые 24 часа. Оптимальный интервал от начала лечения стероидами до родов составляет от 24 часов до 7 дней.

Степени рекомендации и уровни доказательности	
Степень рекомендации	Описание
A	Убедительные доказательства эффективности и клинического преимущества
B	Сильные или умеренные доказательства эффективности, но только с ограниченными клиническими преимуществами
C	Недостаточные доказательства эффективности или эффективность не преобладает над возможными негативными последствиями
D	Умеренные доказательства неэффективности или негативных последствий
Модифицировано из инструкции для разработчиков клинических руководств SIGN www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/ .	
Рекомендации:	
Аntenатальная стероидная профилактика РДС	
C	Матери с риском преждевременных родов должны переводиться в перинатальные центры.
A	С целью профилактики РДС у недоношенных новорожденных всем беременным с угрозой преждевременных родов рекомендуется проводить один курс дородового введения бетаметазона с 23 до 35 полных недель гестации. Лечение проводится по схеме: 2 дозы по 12 мг бетаметазона внутримышечно через каждые 24 часа. Оптимальный интервал от начала лечения стероидами до родов составляет от 24 часов до 7 дней.

A	Антибиотики следует назначать матерям в случае преждевременного излития околоплодных вод, поскольку это снижает риск преждевременных родов.
A	Врачи должны рассматривать кратковременное использование токолитиков, чтобы позволить завершить курс антенатальных стероидов и/или внутриутробно транспортировать в перинатальный центр.
D	Второй курс антенатальных стероидов должен обсуждаться, если предполагаемый риск от РДС перевешивает неопределенность возможных долгосрочных побочных эффектов.
C	Например, многоплодная беременность.
Стабилизация в родовой палате	
A	Во время стабилизации в родильном зале недоношенных с гестационным возрастом менее 28 недель, для снижения риска развития гипотермии необходимо использовать пластиковые мешки или полиэтиленовые пленки под источником лучистого тепла.
A	Для стабилизации состояния недоношенного новорожденного рекомендуется отложить зажим пуповины на 30-45 секунд, с положением младенца ниже матери, чтобы способствовать плаценто-плодовой трансфузии.
B	Кислород при реанимации должен подаваться только через кислородно-воздушный смеситель. Во время стабилизации должна подаваться минимально возможная концентрация кислорода, но при условии адекватного повышения частоты сердечных сокращений (>100/минуту), что приво-

4

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.
Ссылки
www.rcrz.kz
www.sfmp.net/download/guidelines_2010_neonatology.pdf

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

13

A	Антибиотики следует назначать матерям в случае преждевременного излития околоплодных вод, поскольку это снижает риск преждевременных родов.
A	Врачи должны рассматривать кратковременное использование токолитиков, чтобы позволить завершить курс антенатальных стероидов и/или внутриутробно транспортировать в перинатальный центр.
D	Второй курс антенатальных стероидов должен обсуждаться, если предполагаемый риск от РДС перевешивает неопределенность возможных долгосрочных побочных эффектов.
C	Например, многоплодная беременность.
Стабилизация в родовой палате	
A	Во время стабилизации в родильном зале недоношенных с гестационным возрастом менее 28 недель, для снижения риска развития гипотермии необходимо использовать пластиковые мешки или полиэтиленовые пленки под источником лучистого тепла.
A	Для стабилизации состояния недоношенного новорожденного рекомендуется отложить зажим пуповины на 30-45 секунд, с положением младенца ниже матери, чтобы способствовать плаценто-плодовой трансфузии.
B	Кислород при реанимации должен подаваться только через кислородно-воздушный смеситель. Во время стабилизации должна подаваться минимально возможная концентрация кислорода, но при условии адекватного повышения частоты сердечных сокращений (>100/минуту), что приво-

4

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.
Ссылки
www.rcrz.kz
www.sfmp.net/download/guidelines_2010_neonatology.pdf

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

13

Источник данных: Обменная карта Частота определения: Раз в полгода Показатель должен стремиться к 100 %. Название: Процент недоношенных новорожденных, у которых зажим пуповины был отложен на 30-45 секунд, с положением младенца ниже матери, с целью стабилизации состояния Формула: Число недоношенных новорожденных, у которых зажим пуповины был отложен на 30-45 секунд, с положением младенца ниже матери, с целью стабилизации состояния / общее число недоношенных новорожденных Источник данных: История родов Частота определения: Раз в полгода Показатель должен стремиться к 100 %.
Методология
При поддержке консультантов канадской консалтинговой компании CSH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано European Consensus Guidelines on the Management of Neonatal Respiratory Distress Syndrome in Preterm Infants – 2010 Update для адаптации рабочей группой в Казахстане.

	дит к снятию спазма мозговых сосудов, нормализации мозгового кровотока и возможному снижению смертности. Основным показателем адекватной вентиляции является только частота сердцебиений.
В	Нормальная сатурация сразу после рождения для глубоко недоношенного ребенка составляет 40-60%, она повышается до 50-80% к 5-й минуте и должна достигнуть более 85% к 10-й минуте после рождения. Во время стабилизации необходимо избегать воздействия гипероксии.
В	У спонтанно дышащих недоношенных новорожденных, начинать стабилизацию с СРАР через Т-образный тройник для обеспечения надлежащего положительного давления в конце выдоха (РЕЕР). Если самостоятельное дыхание недостаточное, рекомендуется проведение нескольких раздувающих движений с целью рекрутмента (вовлечения) легких.
С	Вентиляция через Т-образный тройник предпочтительнее саморасправляющегося мешка или проточно-наполняющегося для обеспечения надлежащего положительного давления в конце выдоха (РЕЕР).
Д	Если для стабилизации требуется ИВЛ с положительным давлением, то необходимо избегать избыточного дыхательного объема или подумать о применении аппаратуры с ограничением пикового давления (начальное PIP 10-15 см. водн. ст.) и поддержанием определенного ПДКВ (начальное РЕЕР 5 см. водн. ст.) во время выдоха.

Источник данных: Обменная карта Частота определения: Раз в полгода Показатель должен стремиться к 100 %. Название: Процент недоношенных новорожденных, у которых зажим пуповины был отложен на 30-45 секунд, с положением младенца ниже матери, с целью стабилизации состояния Формула: Число недоношенных новорожденных, у которых зажим пуповины был отложен на 30-45 секунд, с положением младенца ниже матери, с целью стабилизации состояния / общее число недоношенных новорожденных Источник данных: История родов Частота определения: Раз в полгода Показатель должен стремиться к 100 %.
Методология
При поддержке консультантов канадской консалтинговой компании CSH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано European Consensus Guidelines on the Management of Neonatal Respiratory Distress Syndrome in Preterm Infants – 2010 Update для адаптации рабочей группой в Казахстане.

	дит к снятию спазма мозговых сосудов, нормализации мозгового кровотока и возможному снижению смертности. Основным показателем адекватной вентиляции является только частота сердцебиений.
В	Нормальная сатурация сразу после рождения для глубоко недоношенного ребенка составляет 40-60%, она повышается до 50-80% к 5-й минуте и должна достигнуть более 85% к 10-й минуте после рождения. Во время стабилизации необходимо избегать воздействия гипероксии.
В	У спонтанно дышащих недоношенных новорожденных, начинать стабилизацию с СРАР через Т-образный тройник для обеспечения надлежащего положительного давления в конце выдоха (РЕЕР). Если самостоятельное дыхание недостаточное, рекомендуется проведение нескольких раздувающих движений с целью рекрутмента (вовлечения) легких.
С	Вентиляция через Т-образный тройник предпочтительнее саморасправляющегося мешка или проточно-наполняющегося для обеспечения надлежащего положительного давления в конце выдоха (РЕЕР).
Д	Если для стабилизации требуется ИВЛ с положительным давлением, то необходимо избегать избыточного дыхательного объема или подумать о применении аппаратуры с ограничением пикового давления (начальное PIP 10-15 см. водн. ст.) и поддержанием определенного ПДКВ (начальное РЕЕР 5 см. водн. ст.) во время выдоха.

D	Интубацию следует проводить новорожденным, которые не ответили на неинвазивную вентиляцию, или им показана заместительная терапия сурфактантом.
D	Если ребенок интубирован, необходима проверка правильного положения эндотрахеальной трубки с помощью колориметрического детектора CO ₂ .
Терапия сурфактантом	
A	Всем новорожденным с РДС или высоким риском его развития рекомендуется вводить препараты натуральных сурфактантов.
A	Профилактическое введение сурфактанта (в течение 15 минут после рождения) должно проводиться всем новорожденным с гестационным возрастом менее 26 недель, а также всем недоношенным с РДС, которым требуется интубация для стабилизации в родовой палате.
A	Раннее введение сурфактанта с терапевтической целью для спасения жизни рекомендуется тем новорожденным, которым лечение не проводилось сразу после рождения, но имеются явные доказательства развития РДС. В каждом неонатальном отделении необходимо разработать свои протоколы по времени вмешательства при развитии РДС в зависимости от гестационного возраста и предыдущего лечения антенатальными стероидами.
D	Применение порактанта альфа в начальной дозе 200 мг/кг лучше, чем 100 мг/кг того же препарата или берактанта для лечения среднетяжелого и тяжелого РДС.

6

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

D	Если сохраняется низкий системный кровоток, или есть необходимость лечения дисфункции миокарда, необходимо использовать добутамин (5-20 мкг/кг/мин) в качестве препарата первой линии и эпинефрин в качестве препарата второй линии (0,01-1,0 г/кг/мин).
B	В случаях рефрактерной гипотензии, когда традиционная терапия не дает эффекта, следует использовать гидрокортизон (1 мг/кг каждые 8 часов).
B	Эхокардиографическое исследование может помочь в принятии решения относительно времени начала лечения гипотензии и выбора лечения.
Лечение открытого артериального протока.	
B	Если принимается решение о медикаментозном лечении ОАП, то использование индометацина и ибупрофена оказывают одинаковый эффект.
D	Фармакологическое или хирургическое лечение ОАП должно основываться на индивидуальной оценке клинических признаков и эхографических показаний.
Индикаторы мониторинга/ аудита	
Название: Процент беременных с угрозой преждевременных родов которым проводился курс дородового введения бетаметазона с 23 до 35 полных недель гестации с целью профилактики РДС у недоношенных новорожденных.	
Формула: Число беременных с угрозой преждевременных родов которым проводился курс дородового введения бетаметазона с 23 до 35 полных недель гестации с целью профилактики РДС у недоношенных новорожденных / общее число беременных с угрозой преждевременных родов	

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

11

D	Интубацию следует проводить новорожденным, которые не ответили на неинвазивную вентиляцию, или им показана заместительная терапия сурфактантом.
D	Если ребенок интубирован, необходима проверка правильного положения эндотрахеальной трубки с помощью колориметрического детектора CO ₂ .
Терапия сурфактантом	
A	Всем новорожденным с РДС или высоким риском его развития рекомендуется вводить препараты натуральных сурфактантов.
A	Профилактическое введение сурфактанта (в течение 15 минут после рождения) должно проводиться всем новорожденным с гестационным возрастом менее 26 недель, а также всем недоношенным с РДС, которым требуется интубация для стабилизации в родовой палате.
A	Раннее введение сурфактанта с терапевтической целью для спасения жизни рекомендуется тем новорожденным, которым лечение не проводилось сразу после рождения, но имеются явные доказательства развития РДС. В каждом неонатальном отделении необходимо разработать свои протоколы по времени вмешательства при развитии РДС в зависимости от гестационного возраста и предыдущего лечения антенатальными стероидами.
D	Применение порактанта альфа в начальной дозе 200 мг/кг лучше, чем 100 мг/кг того же препарата или берактанта для лечения среднетяжелого и тяжелого РДС.

6

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

D	Если сохраняется низкий системный кровоток, или есть необходимость лечения дисфункции миокарда, необходимо использовать добутамин (5-20 мкг/кг/мин) в качестве препарата первой линии и эпинефрин в качестве препарата второй линии (0,01-1,0 г/кг/мин).
B	В случаях рефрактерной гипотензии, когда традиционная терапия не дает эффекта, следует использовать гидрокортизон (1 мг/кг каждые 8 часов).
B	Эхокардиографическое исследование может помочь в принятии решения относительно времени начала лечения гипотензии и выбора лечения.
Лечение открытого артериального протока.	
B	Если принимается решение о медикаментозном лечении ОАП, то использование индометацина и ибупрофена оказывают одинаковый эффект.
D	Фармакологическое или хирургическое лечение ОАП должно основываться на индивидуальной оценке клинических признаков и эхографических показаний.
Индикаторы мониторинга/ аудита	
Название: Процент беременных с угрозой преждевременных родов которым проводился курс дородового введения бетаметазона с 23 до 35 полных недель гестации с целью профилактики РДС у недоношенных новорожденных.	
Формула: Число беременных с угрозой преждевременных родов которым проводился курс дородового введения бетаметазона с 23 до 35 полных недель гестации с целью профилактики РДС у недоношенных новорожденных / общее число беременных с угрозой преждевременных родов	

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

11

D	У недоношенных терапия жидкостями и электролитами должна рассчитываться индивидуально, допуская 2,4-4% потери массы тела в день (15% в общем) в первые 5 дней.
B	Прием натрия должен быть ограничен в первые несколько дней постнатальной жизни и начат после начала диуреза с внимательным мониторингом баланса жидкости и уровня электролитов.
A	При проведении парентерального питания необходимо предусмотреть раннее введение белков и липидов для поддержания должного количества калорий. Такой подход улучшает выживаемость недоношенных с РДС
B	Минимальное энтеральное кормление должно быть начато с первого дня. Раннее агрессивное кормление становится все более популярным, но доказательства уровня А о его преимуществах отсутствуют.
Поддержание тканевой перфузии	
C	Лечение артериальной гипотензии рекомендуется проводить, если она сопровождается доказательствами плохой перфузии тканей.
D	Восполнение ОЦК при гипотензии рекомендуется проводить 0,9% раствором хлорида натрия по 10-20 мл/кг, если была исключена дисфункция миокарда.
B	Если восстановлением ОЦК не удастся удовлетворительно повысить давление крови, необходимо ввести допамин (2-20 мкг/кг/мин).

B	После введения сурфактанта должно приниматься решение о немедленной (или ранней) экстубации с переходом на неинвазивную вентиляцию (СРАР или назальную вентиляцию перемежающимся положительным давлением — NIPPV), но при условии стабильности в отношении других систем новорожденного.
A	Если сохраняются признаки РДС, такие как постоянная потребность в кислороде и необходимость проведения механической вентиляции, то после введения 1-й дозы сурфактанта должна вводиться вторая, а иногда и третья дозы препарата.
Оксигенотерапия после стабилизации	
D	При проведении оксигенотерапии недоношенным новорожденным после стабилизации в родильном зале уровень сатурации кислородом должен поддерживаться между 85-93%.
C	После введения сурфактанта необходимо быстро снижать концентрацию подаваемого кислорода (FiO2) для предупреждения гипероксического пика.
D	Чрезвычайно важно избегать колебаний сатурации в постнатальном периоде.
СРАР в лечении РДС	
D	СРАР должно быть стартовой терапией у всех новорожденных, имеющих риск развития РДС, а также у всех детей с гестационным возрастом менее 30 недель, даже, если они не нуждаются в ИВЛ. СРАР проводится до тех пор, пока состояние новорожденных станет стабильным.

D	У недоношенных терапия жидкостями и электролитами должна рассчитываться индивидуально, допуская 2,4-4% потери массы тела в день (15% в общем) в первые 5 дней.
B	Прием натрия должен быть ограничен в первые несколько дней постнатальной жизни и начат после начала диуреза с внимательным мониторингом баланса жидкости и уровня электролитов.
A	При проведении парентерального питания необходимо предусмотреть раннее введение белков и липидов для поддержания должного количества калорий. Такой подход улучшает выживаемость недоношенных с РДС
B	Минимальное энтеральное кормление должно быть начато с первого дня. Раннее агрессивное кормление становится все более популярным, но доказательства уровня А о его преимуществах отсутствуют.
Поддержание тканевой перфузии	
C	Лечение артериальной гипотензии рекомендуется проводить, если она сопровождается доказательствами плохой перфузии тканей.
D	Восполнение ОЦК при гипотензии рекомендуется проводить 0,9% раствором хлорида натрия по 10-20 мл/кг, если была исключена дисфункция миокарда.
B	Если восстановлением ОЦК не удастся удовлетворительно повысить давление крови, необходимо ввести допамин (2-20 мкг/кг/мин).

B	После введения сурфактанта должно приниматься решение о немедленной (или ранней) экстубации с переходом на неинвазивную вентиляцию (СРАР или назальную вентиляцию перемежающимся положительным давлением — NIPPV), но при условии стабильности в отношении других систем новорожденного.
A	Если сохраняются признаки РДС, такие как постоянная потребность в кислороде и необходимость проведения механической вентиляции, то после введения 1-й дозы сурфактанта должна вводиться вторая, а иногда и третья дозы препарата.
Оксигенотерапия после стабилизации	
D	При проведении оксигенотерапии недоношенным новорожденным после стабилизации в родильном зале уровень сатурации кислородом должен поддерживаться между 85-93%.
C	После введения сурфактанта необходимо быстро снижать концентрацию подаваемого кислорода (FiO2) для предупреждения гипероксического пика.
D	Чрезвычайно важно избегать колебаний сатурации в постнатальном периоде.
СРАР в лечении РДС	
D	СРАР должно быть стартовой терапией у всех новорожденных, имеющих риск развития РДС, а также у всех детей с гестационным возрастом менее 30 недель, даже, если они не нуждаются в ИВЛ. СРАР проводится до тех пор, пока состояние новорожденных станет стабильным.

A	Предпочтительнее использовать короткие биназальные канюли, поскольку они сокращают необходимость интубации и при этом необходимо создавать давление в дыхательных путях не менее 5 см. водн. ст.
A	Для снижения потребности в проведении механической вентиляции легких у детей с РДС, необходимо проведение раннего СРАР с ранним введением сурфактанта.
Стратегия механической вентиляции легких.	
A	МВ необходимо использовать для поддержки новорожденных с дыхательной недостаточностью, у которых назальный СРАР не дал эффекта.
B	Следует избегать гипокпапии, поскольку она связана с повышенным риском бронхолегочной дисплазии и перивентрикулярной лейкомаляции.
C	Настройки МВ должны чаще регулироваться для обеспечения оптимального объема легких.
B	Продолжительность МВ следует сводить к минимуму для снижения повреждающего воздействия на легкие.
Исключение или сокращение продолжительности механической вентиляции легких.	
B	Кофеин должен входить в схему лечения апноэ у новорожденных и для облегчения экстубации, а также кофеин может использоваться для детей с массой тела при рождении менее 1250 г, находящихся на СРАР или NIPPV и имеющих вероятность возникновения потребности в инвазивной вентиляции.

B	Необходимо отдавать предпочтение СРАР или NIPPV, чтобы избежать или сократить продолжительность инвазивной механической вентиляции.
D	При отлучении от МВ допускается умеренная степень гиперкапнии, при условии, что рН сохраняется на уровне выше 7,22.
B	Для сокращения продолжительности МВ необходимо использовать режимы традиционной вентиляции с синхронизированным и заданным объемом дыхания с применением агрессивного отлучения от аппарата.
Профилактика инфекций.	
D	Всем новорожденным с РДС начинать лечение антибиотиками до полного исключения диагноза сепсиса. В каждом неонатальном отделении должны разрабатываться собственные протоколы по использованию антибиотиков, основанные на анализе спектра возбудителей, вызывающих ранний сепсис.
D	В каждом неонатальном отделении должны разрабатываться собственные протоколы по противогрибковой профилактике у глубоко недоношенных детей на основании местных фактов и факторов риска.
Поддерживающий уход	
C	Температура тела новорожденного должна постоянно поддерживаться на уровне 36,5-37,5°C
Инфузионная терапия и питание	
D	Большинству недоношенных новорожденных должно быть начато внутривенное введение жидкостей по 70-80 мл/кг в день, с поддержанием повышенной влажности в инкубаторе.

A	Предпочтительнее использовать короткие биназальные канюли, поскольку они сокращают необходимость интубации и при этом необходимо создавать давление в дыхательных путях не менее 5 см. водн. ст.
A	Для снижения потребности в проведении механической вентиляции легких у детей с РДС, необходимо проведение раннего СРАР с ранним введением сурфактанта.
Стратегия механической вентиляции легких.	
A	МВ необходимо использовать для поддержки новорожденных с дыхательной недостаточностью, у которых назальный СРАР не дал эффекта.
B	Следует избегать гипокпапии, поскольку она связана с повышенным риском бронхолегочной дисплазии и перивентрикулярной лейкомаляции.
C	Настройки МВ должны чаще регулироваться для обеспечения оптимального объема легких.
B	Продолжительность МВ следует сводить к минимуму для снижения повреждающего воздействия на легкие.
Исключение или сокращение продолжительности механической вентиляции легких.	
B	Кофеин должен входить в схему лечения апноэ у новорожденных и для облегчения экстубации, а также кофеин может использоваться для детей с массой тела при рождении менее 1250 г, находящихся на СРАР или NIPPV и имеющих вероятность возникновения потребности в инвазивной вентиляции.

B	Необходимо отдавать предпочтение СРАР или NIPPV, чтобы избежать или сократить продолжительность инвазивной механической вентиляции.
D	При отлучении от МВ допускается умеренная степень гиперкапнии, при условии, что рН сохраняется на уровне выше 7,22.
B	Для сокращения продолжительности МВ необходимо использовать режимы традиционной вентиляции с синхронизированным и заданным объемом дыхания с применением агрессивного отлучения от аппарата.
Профилактика инфекций.	
D	Всем новорожденным с РДС начинать лечение антибиотиками до полного исключения диагноза сепсиса. В каждом неонатальном отделении должны разрабатываться собственные протоколы по использованию антибиотиков, основанные на анализе спектра возбудителей, вызывающих ранний сепсис.
D	В каждом неонатальном отделении должны разрабатываться собственные протоколы по противогрибковой профилактике у глубоко недоношенных детей на основании местных фактов и факторов риска.
Поддерживающий уход	
C	Температура тела новорожденного должна постоянно поддерживаться на уровне 36,5-37,5°C
Инфузионная терапия и питание	
D	Большинству недоношенных новорожденных должно быть начато внутривенное введение жидкостей по 70-80 мл/кг в день, с поддержанием повышенной влажности в инкубаторе.