

Муниципальное учреждение  
Здравоохранения  
«Детская городская больница»

352900, РОССИЯ, Краснодарский край,  
г.Армавир,  
тел/факс: 8 (86137) 2-33-11

ИНН 2302001117 КПП 230201001  
ОКПО 29587196 ОКОНХ 97600  
ОГРН 1022300641978  
Исх.01/19-1228  
От 11.12.2008г

Руководителю отдела медицинской  
биотехнологии Российского научного  
Центра радиологии и хирургических  
технологий (РНЦРХТ)  
Минздравсоцразвития РФ,

Проф. О.А. Розенбергу

## О Т З Ы В

**об эффективности применения российского препарата Сурфактант – БЛ в комплексной терапии респираторного дистресс-синдром новорожденных (РДСН), внутриутробной пневмонии, синдрома мекониальной аспирации и других дыхательных расстройств.**

В течение последних 3-х лет (2005-2008гг.) в комплексной терапии дыхательной недостаточности, обусловленной преимущественно тяжелой формой РДС или его сочетанием с в/утробной пневмонией, сепсисом, в нашем отделении широко используется отечественный препарат природного легочного сурфактанта «Сурфактант-БЛ» ("Биосурф", г.Санкт-Петербург, Россия). Общее количество новорожденных, получивших этот препарат составило 91 (в среднем 30 детей в год). В основном (80%) это недоношенные младенцы массой тела 1400-1900 гр., у которых в 80% случаев имели место клинкорентгенологические признаки тяжелого РДС, в 10% - сочетание РДСН с в/утробной пневмонией, в 10% - с генерализованными инфекционными процессами.

До сентября 2008 года использовался только эндотрахеальный микроструйный (капельный) способ введения препарата с помощью шприцевого дозатора через боковое отверстие адаптера интубационной трубки без разгерметизации дыхательного контура и прерывания ИВЛ. Так как распределение сурфактанта в легких в большей степени зависит от метода введения, а не от дозы, болюсное введение предпочтительнее капельного или микроструйного. Оно дает более равномерное распределение эмульсии в легких и позволяет подвести в альвеолярное пространство большую часть вводимой дозы препарата.

С сентября 2008 года у 8 детей (из них – 3 доношенных новорожденных с мекониальной аспирацией) применен болюсный метод введения препарата. Сурфактант-БЛ вводился в дозе 45-50 мг/кг массы тела в 1-2 приема (75 мг препарата разводилось в 2,5 мл физ.р-ра и использовали для введения 45-50 мг/кг, 1,5 мл/кг). Кратковременное снижение SpO<sub>2</sub> успешно коррегировалось повышением P<sub>пик</sub> и FiO<sub>2</sub>. Отмечается более выраженная положительная динамика (быстрое нарастание SpO<sub>2</sub>, увеличение комплайенса, улучшение

рентгенологической картины в сравнении с микроструйным введением препарата с помощью шприцевого дозатора). При болюсном введении препарата явлений обтурации интубационной трубки или регургитации препарата не наблюдалось, других осложнений не было, все дети выжили.

Из 91 новорожденного, получившего сурфактант, выжило 86 детей (84%). У 5 умерших основной причиной смерти явилась специфическая генерализованная в/утробная, преимущественно вирусная, инфекция (герпес, цитомегаловирус). Ни у одного ребенка осложнений при введении препарата отмечено не было.

Ввиду ограниченных финансовых возможностей больницы и специфики работы отделения (поступление в АРО детей из роддомов близлежащих населенных пунктов в конце первых-вторых суток после рождения) профилактического применения препарата не было. Во всех случаях препарат вводился с лечебной целью при явной клинике РДС новорожденных.

Внедрение в клиническую практику нашего отделения заместительной сурфактантной терапии, наряду с развитием других современных технологий интенсивной терапии новорожденных в критическом состоянии, позволило в динамике последних лет существенно улучшить показатели работы отделения. Длительность ИВЛ снизилась с 10,5 суток до 8. Летальность от РДСН и ВЖК отсутствует. В структуре летальности новорожденных преобладают специфическая генерализованная в/утробная инфекция и врожденные пороки развития.

Мы полагаем, что болюсное введение препарата сурфактант-БЛ в меньшей дозе и меньшем объеме на 1 кг массы тела безопасно и эффективно. Использование этого способа введения существенно уменьшает стоимость сурфактант-терапии.

Заведующий отделением  
анестезиологии и реанимации

Н.Н. Семочкин

Заместитель главного врача  
по лечебной работе



Н.А. Бородина