

Отзыв об эффективности применения препарата Сурфактант-БЛ

Сурфактант ВЛ («Биосурф», г. Санкт-Петербург, Россия) вводится новорожденным детям в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГУЗ «Президентский перинатальный центр» МЗ и СР Чувашской Республики с 2004 г. Показанием для введения препарата у новорожденных является его терапевтическое введение - тяжелая дыхательная недостаточность – у доношенных РДС, мекониальная аспирация, диафрагмальная грыжа, у недоношенных РДС, врожденная пневмония требовавшие жестких параметров ИВЛ, терапия при БЛД.

До ноября 2008 г. нами использовался только описанный в инструкции способ введения препарата по типичной методике, в рекомендуемой дозировке. С ноября 2008 г. сурфактант ВЛ стал применяться болюсно в 2-3 приема с интервалом 5 мин на открытом контуре в дозе 75 мг/кг. Данная техника введения препарата позволяет профилактировать явления окклюзии и регургитации. Сурфактант ВЛ введен 14 детям, из них недоношенных было 10 (71,4%) новорожденных. Распределение новорожденных по массе тела выглядит следующим образом: детей с массой 1200-1500 г – 7 (50%), 1500-2000 г – 3 (21,4%), выше 3000 г – 4 (28,6%). Новорожденных с РДС было 8, с мекониальной аспирацией – 3, с врожденной пневмонией 2 детей, диафрагмальной грыжей 1 пациент.

При этом следует отметить, что с целью профилактики СДР (в первые сутки жизни) вводился курсурф. Сурфактант ВЛ использовался на 2-3, 5-6 сутки детям с массой менее 1500г с сохраняющейся дыхательной недостаточностью. Новорожденным с массой тела более 1500г при прогрессировании дыхательной недостаточности проводилась стартовая терапия сурфактантом ВЛ. У доношенных с мекониальной аспирацией – разведение использовалось больше, чем в инструкции (разводили в 3,0 мл физиологического раствора).

Использование комплексной терапии (раннее введение препаратов сурфактанта, перевод на неинвазивные методы оксигенации) позволили добиться снижения летальности, сокращения продолжительность ИВЛ, уменьшения количества осложнений.

При анализе проводимой респираторной терапии у детей выявили, что продолжительности ИВЛ после введения сурфактанта ВЛ составила 1,6 дня, общее количество дней ИВЛ составило 4 дня, в группе доношенных – 4,3, недоношенных - 4,2. Следует обратить внимание на большую продолжительность проведения ИВЛ в группе доношенных детей. Это связано с подготовкой к оперативному вмешательству ребенка с врожденной диафрагмальной грыжей (препарат вводился 2-хкратно в первые часы жизни ребенка и 2 раз на 5 сутки жизни перед оперативным вмешательством в качестве предоперационной подготовки (доза 75 мг/кг), оперативное вмешательство проведено на 6

сутки жизни). Анализ продолжительности пребывания новорожденных детей в отделении реанимации и интенсивной терапии показал, что сократилось пребывание новорожденных в отделении до 9,4 дней, в группе доношенных средний койко-день составил 6 дн, недоношенных - 10,7 дн.

Наиболее распространенными среди церебральных поражений у новорожденных являются пери- и интравентрикулярные кровоизлияния (ВЖК). Анализируя частоту и степень ВЖК выявили, что в данной группе детей отмечена встречаемость не больших кровоизлияний (ВЖК 1 ст) у 5 недоношенных новорожденных с благоприятным неврологическим исходом, тогда как массивное поражение головного мозга не было. В ходе наблюдения степень кровоизлияний не нарастала.

Одним из наиболее тяжелых осложнений у недоношенных пациентов, находящихся на респираторной терапии, являются развитие синдрома «утечки воздуха». В данной группе детей не было отмечено случаев развития пневмоторакса и летальных исходов связанных с введением сурфактанта VL.

Таким образом, использование препарата сурфактанта VL в комплексной терапии новорожденных с тяжелыми дыхательными нарушениями позволяет добиться снижения летальности, сокращения продолжительность ИВЛ, уменьшения количества осложнений. Болюсное дробное введение препарата более удобно, безопасно и эффективно.

Главный внештатный неонатолог
Министерства здравоохранения
и социального развития
Чувашской Республики



И.В.Виноградова