

Государственное учреждение  
«Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации»  
**(ГУНИИ ОММ Минздрава России)**

✉ ул.Репина, д.1, Екатеринбург, 620028. ☎ (343) 3718-768, 3711-057, факс 3718-773 E-mail: [omm@mail.ur.ru](mailto:omm@mail.ur.ru)  
ОКПО 01966845, ИНН/КПП 6658021459/665801001

17.03.05 № 176/01-10

на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Руководителю лаборатории биомедицинских  
технологий ЦНИИРР г. Санкт- Петербурга,  
директору ООО “ Биосурф ”, профессору  
Розенбергу О.А.**

### **О Т З Ы В**

**об эффективности применения отечественного сурфактанта – VL в  
комплексной терапии критических состояний, обусловленных тяжелой  
респираторной патологией, у недоношенных новорожденных  
(по данным отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных)**

В течение последних 6-ти лет (1999-2004гг.) в комплексной терапии дыхательной недостаточности, обусловленной преимущественно тяжелой формой РДС или его сочетанием с в/утробной пневмонией в отделении широко используется отечественный сурфактант-VL ( "Биосурф", г. Санкт- Петербург, Россия ).

Общее количество новорожденных, получивших этот препарат составило 293 (в среднем 50 детей в год ). В основном (80%) это недоношенные младенцы м.т. менее 1500 гр., у которых в 60% случаев имели место клинико-рентгенологические и бактериологические признаки тяжелого РДС, в 25% - сочетание РДС с в/утробной пневмонией, в 15% - генерализованные инфекционные процессы.

Доза и методика введения сурфактанта-VL (С-VL) подробно описана в нашей публикации в журнале "Российский вестник перинатологии и педиатрии", № 1, 2003г., с.26-31. С 2001г. мы используем только эндотрахеальный микроструйный (капельный) способ введения препарата с помощью шприцевого дозатора через боковое отверстие адаптера интубационной трубки без разгерметизации дыхательного контура и прерывания ИВЛ. Количество младенцев, получивших С-VL таким способом, составило 206 (70%), из них 149 (72%) массой тела менее 1500гр.

Из 293 новорожденных, получивших сурфактант, выжило 246 детей (84%). Среди 47 умерших, у 40 (85%) основной причиной смерти явилась специфическая

генерализованная в/утробная преимущественно вирусная инфекция (герпес, цитомегаловирус). Патоморфологическая картина характеризовалась наличием признаков менингоэнцефалита, пневмонии, гепатита, ВЖК с разрушением вещества мозга и подкапсульных гематом печени.

Внедрение в клиническую практику ОРИТН УНИИ ОММ заместительной сурфактантной терапии, наряду с развитием других современных технологий интенсивной терапии новорожденных в критическом состоянии, позволило в динамике последних 5-ти лет существенно улучшить показатели работы отделения (таблица).

Показатель общей летальности в ОРИТН снизился в 2 раза (с 5,8% до 2,8%), среди всех недоношенных – с 5,5% до 2,9%. Летальность в группе младенцев м.т. до 999 гр. уменьшилась с 47,3 % до 33,3 %, м.т. 1000-1499 гр.- с 13,8 % до 0.

Количество выживших после продленной ИВЛ увеличилось с 81,3 % до 93,4 %. В 3 раза уменьшилась частота осложнений в виде пневмотораксов ( с 10,5% до 3,7% ), бронхолегочной дисплазии ( БЛД – с 13,1% до 4,7% ), ПВ-ИВК тяжелой степени ( с 13,6% до 4,4% ).

Таблица

**Динамика показателей работы ОРИТН ГУНИИ ОММ  
за период 1997-2003г.г.**

Показатель	1997-1998г. до С-VL	1999-2000г.г. С-VL аэрозоль	2001-2002г.г. С-VL капельно	2003г. С-VL капельно
<b>Общая летальность %</b>	<b>5,8</b>	<b>5,5</b>	<b>4,1</b>	<b>2,8</b>
<b>Летальность недоношенных %</b>	<b>5,5</b>	<b>5,0</b>	<b>5,4</b>	<b>2,9</b>
<b>м.т. до 999гр. %</b>	<b>47,3</b>	<b>26,7</b>	<b>30,0</b>	<b>33,3</b>
<b>м.т. 1000-1499гр.%</b>	<b>13,8</b>	<b>10,9</b>	<b>10,2</b>	<b>0</b>
<b>м.т. 1500-1999гр.%</b>	<b>1,5</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>3,5</b>
<b>м.т. &gt; 2000гр. %</b>	<b>5,2</b>	<b>1,4</b>	<b>3,3</b>	<b>0</b>
<b>Летальность доношенных %</b>	<b>3,4</b>	<b>4,3</b>	<b>0</b>	<b>2,3</b>
<b>Больных на ИВЛ%</b>	<b>34,1</b>	<b>55,3</b>	<b>51,3</b>	<b>43,1</b>
<b>Выжило на ИВЛ %</b>	<b>81,3</b>	<b>90,0</b>	<b>89,2</b>	<b>93,4</b>
<b>Осложнения:</b>				
<b>- пневмоторакс %</b>	<b>10,5</b>	<b>8,1</b>	<b>6,2</b>	<b>3,7</b>
<b>- БЛД %</b>	<b>13,1</b>	<b>9,7</b>	<b>5,8</b>	<b>4,7</b>
<b>- ПВ-ИВК III ст.%</b>	<b>13,6</b>	<b>11,0</b>	<b>7,0</b>	<b>4,4</b>

За отчетный период изменилась и структура летальности в ОРИТН. Частота массивных ВЖК в мозг с 53% в 1997-1998 г.г. снизилась до 0 в 2003г. Увеличилась доля инфекционной патологии с 32% до 57%, в структуре которой

67-80% занимали внутриутробные генерализованные специфические вирусные инфекции. С 5% до 29% в структуре летальности выросла частота врожденных пороков развития преимущественно сердца и крупных сосудов.

Таким образом, применение отечественного сурфактанта-VL в комплексной терапии критических состояний у недоношенных новорожденных, обусловленных преимущественно респираторной патологией, в течение 5-ти лет (1998-2003г.г.) позволило существенно улучшить показатели работы ОРИТН, изменить структуру летальности, значительно уменьшив смертность младенцев от управляемых причин.

Директор института, д.м.н. Г.А.Черданцева  
Зав.ОРИТН, к.м.н., Засл. врач РФ С.Ю.Русанов