



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ФЕДЕРАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ»

XII СЪЕЗД ФЕДЕРАЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ

19–22 СЕНТЯБРЯ 2010 МОСКВА

НАУЧНЫЕ ТЕЗИСЫ



СУРФАКТАНТ-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СОПЛ И ОРДС ПРИ ПРЯМОМ И НЕПРЯМОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛЕГКИХ

Розенберг О.А.¹, Баутин А.Е.², Алексеев А.М.³, Сейлиев А.А.¹, Волчков В.А.¹

¹ *Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, г. Санкт-Петербург*

² *Центр сердца, крови и эндокринологии, г. Санкт-Петербург*

³ *ГУЗ «КИБ им. С. П. Боткина, г. Санкт-Петербург.*

Смертность при ОРДС до настоящего времени остается достаточно высокой, по данным 10 стран Европы за 2003 год она составляла 53%.

Дефицит легочного сурфактанта (СТ) при синдроме острого повреждения легких (СОПЛ) и ОРДС рассматривают как один из механизмов патогенеза повреждения легких, нарушения механики дыхания и прогрессирования гипоксемии, рефрактерной к кислородотерапии. Выяснено, что, помимо способности СТ обеспечивать механику дыхания, он ответственен за функции врожденного и приобретенного локального иммунитета легких. Принимая во внимание высокую эффективность СТ-терапии РДС у новорожденных и РДС у экспериментальных животных, были сделаны первые попытки применения препаратов СТ для лечения ОРДС у взрослых [Lahmann, 1987]. К 2007 г. в 15 неконтролируемых клинических исследованиях различных препаратов сурфактанта при СОПЛ/ОРДС были получены положительные результаты в виде улучшения оксигенации, уменьшения времени нахождения на ИВЛ, возможности смягчения параметров ИВЛ, и при использовании

природных препаратов уменьшения смертности. Однако, исходы третьей фазы в четырех многоцентровых рандомизированных клинических испытаниях (МРКИ) препаратов Экзосурф, Вентикут (дважды) и Сурфактант HL-10 не показали снижения смертности. Только препарат Сурфаксин и позже Инфасурф показали достоверное снижение смертности [Spragg et al., 2004, 2005]. Мы и ряд других исследователей полагаем, что отсутствие снижения смертности при ОРДС в процессе изучения эффективности этих препаратов в рамках МРКИ обусловлено ошибками в планировании, проведении и анализе результатов МРКИ, а также в различии состава препаратов и их терапевтической эффективности. Важнейшей из этих ошибок явилось позднее начало сурфактант-терапии [Rosenbrg et al, 2001, Баутин А.Е. и соавт., 2002]. В соответствии с Протоколами МРКИ первое введение СТ в этих исследованиях начинали через 48-72 часа после интубации [Spragg et al., 2004, 2008].

С 1998 по 2002 годы в Санкт-Петербурге и в Москве в 6 клиниках в рамках неконтролируемых МКИ российский препарат Сурфактант-БЛ (СТ-БЛ), был использован при лечении 58 больных с СОПЛ и ОРДС. Было выяснено, что у 80% больных в течение 6-12 часов после первого введения препарата отмечались позитивные сдвиги в оксигенации, возможность смягчения параметров ИВЛ и увеличение воздушности на рентгенограммах грудной клетки. 85% из этих больных – выжили, 15% больных не ответили на введение СТ-БЛ, и смертность среди них была 86% [Баутин А.Е., 2002]. Основным различием в схеме применения СТ-БЛ в этих групп больных было время начала СТ-терапии. В первой группе больных время до первого введения препарата составило – $15,3 \pm 1,9$ часа после падения ИО ниже 200 мм рт.ст., а во второй – $36,0 \pm 7,3$ часа ($p < 0,01$) [Баутин А.Е. и др. 2002, Розенберг О.А. и соавт. 2000-2009].

На январь 2010 года сурфактант-БЛ был использован в комплексном лечении СОПЛ и ОРДС у более 1200 больных во многих клиниках различных регионов РФ и в Республике Беларусь. В том числе у пострадавших при пожаре в детдоме в Махачкале (2003), во время взрыва и пожара в московском метро (2004), при лечении президента Ингушетии после теракта в июне 2009, пострадавших во время пожара в Перми (4-5 декабря 2009 года), и, наконец, в процессе лечения более 180 больных тяжелой пневмонией и ОРДС, вызванных вирусом гриппа А/Н1N1 во время первой волны «свиного» гриппа в 10 регионах РФ. Анализ лечения больных в различных клиниках за 6 лет применения препарата (разрешение на применение Росздравнадзора – февраль 2003 года) подтвердил, что своевременное начало СТ терапии в комплексном лечении СОПЛ и ОРДС достоверно увеличивает выживаемость при прямом повреждении легких до 85-95%, а при системном она варьирует от 61% при сепсисе до 70% при постперфузионном синдроме. Терапевтическая доза Сурфактанта-БЛ составляет 10-12 мг/кг в сутки, что в 10-40 раз меньше в сравнении с дозами, рекомендованными для МРКИ зарубежных препаратов [Spragg, 2004, 2008; Rosenberg et al. 2001-2009]. В течение первой волны эпидемии гриппа А/Н1N1 около 180 больным с тяжелой прогрессирующей дыхательной недостаточностью, развившейся на фоне двусторонней пневмонии и ОРДС, был проведен курс сурфактант-терапии (наряду с противовирусной, антибактериальной и респираторной терапией). Первыми алгоритм терапии в виде тамифлю 150 мг 2 раза в сутки и сурфактант-БЛ 150 мг 2 раза в сутки, ПДКВ 18-20 см водн. ст. применили в КИБ им. С.П.Боткина в СПб [Алексеев А.М. и соавт., 2009]. Этот алгоритм лечения был быстро распространен на несколько регионов РФ Информационным письмом №24-5/10/2-9533 от 28 ноября 2009 г. за подписью Зам. Министра В.И.Скворцовой. Препарат успешно использовали в Санкт-Петербурге, Москве, Пскове и Псковской области, Тюмени и области, Адлере, Сочи, Чебоксарах, Кургане, Челябинске и области, Архангельске, Уфе, Перми, Минске, Гомеле и других городах.