

ТЕЗИСЫ



XIV СЪЕЗД ФЕДЕРАЦИИ
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ
И РЕАНИМАТОЛОГОВ

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ СУРФАКТАНТ-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОРДС В РОССИИ

Розенберг О.А.¹, Баутин А.Е.², Осовских В.В.¹, Власенко А.В.³, Швечкова М.В.⁴

¹ ФГБУ «РНЦРХТ» МЗ РФ,

² ФГБУ «Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург;

³ НИИ Общей реаниматологии РАМН, Москва;

⁴ Перинатальный центр г. Тюмени.

Сурфактант-терапия респираторного дистресс-синдрома новорожденных (РДСН) разработанная в 1990-х годах внесла существенный вклад в снижение ранней неонатальной смертности и побудила интенсивные исследования в области сурфактант-терапии ОРДС у взрослых и детей старшего возраста. С 1990 по 2005 гг. был проведен ряд пилотных клинических исследований различных препаратов легочного сурфактанта при ОРДС и было выяснено, что природные препараты улучшают оксигенацию

крови, уменьшают время нахождения больных на ИВЛ и существенно снижают смертность от ОРДС. Однако многоцентровые рандомизированные клинические испытания (МРКИ) не подтвердили снижения смертности больных. В единственном, внушающим доверие МРКИ, опубликованном в JAMA в 2005 году, по изучению препарата Infasurf у детей от 3 до 21 года было доказано достоверное снижение смертности при прямом ОРДС и в смешанной группе больных, но не обнаружено снижение смертности у больных ОРДС с непрямым повреждением легких (Willson et al, 2005). В России с 1998 по 2002 годы были проведены МКИ природного препарата Сурфактант-БЛ в 6 клиниках Москвы и Санкт-Петербурга, в которых было обнаружено высоко достоверное снижение смертности при ОРДС как при прямом, так и непрямом повреждении легких (Rosenberg et al., 2001; Баутин и соавт., 2002). Пострегистрационное клиническое изучение Сурфактанта-БЛ у 183 больных ОРДС различной этиологии в 2003-2005 гг. подтвердило результаты МКИ 1998-2002 гг. Оказалось, что, в отличие других препаратов сурфактанта (Сурванта, США; Альвеофакт, Германия; Вентикьют, США и Сурфаксин, США), которые исследовали в дозах от 60 мг/кг до 400 мг/кг, Сурфактант-БЛ эффективен в дозе 6 мг/кг 2 раза в сутки, а курс сурфактант-терапии обычно оставлял не более 2–3-х дней. Введение препарата быстро (6–24 часа) приводило к улучшению оксигенации, уменьшению времени нахождения больных на ИВЛ и снижению 28-суточной летальности с 70% до 23,2% (Rosenberg et al., 2001; Баутин А.Е. и соавт., 2002, Розенберг и соавт., 2005). Использование сурфактанта-БЛ при лечении ОРДС предотвращает развитие вентилятор-индуцированных и нозокомиальной пневмоний, (Власенко А.В. и соавт, 2005, 2007). Сочетание сурфактант-терапии с маневром «открытия» легких увеличивало эффективность терапии ОРДС и позволило снизить летальность до 20% (Власенко А.В. и соавт., 2012). Сочетанное применение ингаляций оксида азота и сурфактанта-БЛ позволяет снизить дозу препарата с 12 мг/кг до 3 мг/кг в сутки (Козлов И.А., Попцов В.Н., 2005). Высокая эффективность сурфактант-терапии ОРДС на фоне тяжелой двусторонней пневмонии при гриппе А/Н1N1 во время эпидемии 2009 г., была подтверждена при лечении более 200 больных (Алексеев А.М. и соавт. 2009, 2011). Смертность больных, находившихся на ИВЛ, и получавших наряду с противовирусной терапией сурфактант-БЛ в дозе 3 мг/кг два раза в сутки, составила 8–10%, тогда как в группе, не получавшей сурфактант, смертность превышала 60%. Во всем мире смертность от ОРДС при гриппе А/Н1N1 2009–2010 гг. превышала 50% (Rosenberg et al., 2010). За рубежом сурфактант-терапия не использовалась для лечения больных ОРДС на фоне А/Н1N1, в связи с отсутствием разрешенных для лечения взрослых препаратов сурфактанта. В большинстве исследований по комплексному лечению ОРДС в России показано, что сурфактант-терапия более эффективна при прямом повреждении легких в сравнении с непрямым и что эффективность сурфактант-терапии выше при исходном отношении $P_{a_2}/F_{iO_2} > 150$ мм.Нг (Власенко А.В. и соавт., 2012). Высокая эффективность сурфактант-терапии ОРДС была показана при различной этиологии поражения легких в акушерско-гинекологической клинике (Швечкова и соавт., 2011), а также при профилактике и лечении ОРДС вследствие ингаляционной травмы (Тарасенко М.Ю., и соавт., 2003-2010, Почепень О.Н. и соавт., 2010). Наиболее важными факторами эффективности сурфактант-терапии ОРДС являются своевременное начало терапии (первые сутки, лучше первые 12 часов после падения оксигенации ниже 200 мм.рт.ст) и нативность препаратов сурфактанта. Отрицательное отношение к сурфактант-терапии за рубежом, основанное на ошибочных результатах МРКИ, оказывает негативное влияние на сообщество анестезиологов и реаниматологов, несмотря на очевидные положительные результаты сурфактант-терапии в России. За 10-летний период с момента разрешения на применение Сурфактанта-БЛ для лечения ОРДС у взрослых в РФ (февраль 2003 г) препарат в комплексном лечении ОРДС использован у более 5000 больных и пострадавших в ЧС. Российский препарат Сурфактант-БЛ зарегистрирован в Республике Беларусь, Молдавии и Узбекистане. Препарат включен: в «Перечень жизненно-важных и необходимых лекарственных средств», в «Региональный стандарт оказания специализированной медицинской помощи в Тюменской области при родах у женщин группы высокого риска по материнской смертности», Приказ №693 от 02.12.2008; в рекомендации по лечению тяжелых больных пневмонией в информационном письме Минздравсоцразвития №24-5/10/2-9533 от 28 ноября 2009 г.; в методические рекомендации по лечению гриппа А/Н1N1/2009 Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» (Вестник анестезиологии и реаниматологии, 2011, Т.8, № 1, 41); в клинический протокол диагностики, лечения и реабилитации детского и взрослого населения с термическими поражениями и их последствиями, Приказ № 781МЗ Республики Беларусь от 07.08.2009 г. /.– Минск, 2009. – 79 С.; в «Формуляр лекарственных средств медицинской службы ВС РФ», 2010 г. и другие документы.