ПЕРЕВОДЧИКИ НА КАРАНТИНЕ
RELAXANDOIT.RU/AIR

Руководство по клинической практике вентиляции лёгких при COVID-19
Европейское общество интенсивной терапии ESICM и Общество реаниматологов, 2020г

Это краткое изложение руководства без анализа и комментариев. Для получения дополнительной информации перейдите непосредственно к руководству по указанной ссылке.

7.04.2020

Рекомендации по клинической практике вентиляции легких у взрослых с COVID-19 были выпущены Европейским обществом интенсивной терапии и Обществом реаниматологов

Рекомендации по проведению вентиляции лёгких у пациентов с COVID-19

Согласно рекомендациям, пациенту необходимо давать дополнительный кислород, если насыщенность периферийным кислородом (SPO2) составляет менее 92%; однако мы предлагаем начинать процедуру, если SPO2 составляет менее 90%.

В случае острой гипоксемической дыхательной недостаточности рекомендуется поддерживать уровень SPO2 не выше 96%.

В случае острой гипоксемической дыхательной недостаточности несмотря на кислородную терапию, вместо традиционной кислородной терапии предпочтительнее использовать высокопоточную назальную канюлю.

В случае острой гипоксемической дыхательной недостаточности также предлагается использовать высокопоточную назальную канюлю вместо неинвазивной вентиляции с положительным давлением.

В случае отсутствия высокоточной назальной канюли и отсутствия у пациента без срочных показаний к эндотрахеальной интубации, предлагается проведение неинвазивной вентиляции лёгких с положительным давлением с тщательным мониторингом и частой оценкой на предмет обострения дыхательной недостаточности.

Хотя рассматривался такой вариант, не было вынесено никаких рекомендаций относительно неинвазивной вентиляции с положительным давлением со шлемом и неинвазивной вентиляции с положительным давлением с назальной маской.

Пациентам, получающим неинвазивную вентиляцию с положительным давлением, либо высокоточную назальную канюлю, рекомендуется тщательное наблюдение за изменением респираторного статуса; при ухудшении рекомендуется ранняя интубация в контролируемых условиях.

В случае пациентов с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС), находящихся на искусственной вентиляции легких, предпочтительно использовать вентиляцию с низким приливным объемом (4-8 мл/кг прогнозируемой массы тела) вместо более высоких приливных объемов (>8 мл/кг).

В случае пациентов с ОРДС, находящихся на искусственной вентиляции легких, рекомендуется ориентироваться на давление плато менее 30 см вод. ст.

В случае пациентов с ОРДС средней и тяжёлой степени, находящихся на искусственной вентиляции легких, рекомендуется применять положительное давление в конце выдоха (PEEP) вместо низкого

Настоящий документ не проверен экспертами на соответствие приказам Минздрава и может быть использован ТОЛЬКО для ознакомительного чтения

PEEP. При применении PEEP (>10 см вод. ст.) рекомендуем наблюдать за состоянием пациентов для предупреждения баротравмы.

В случае пациентов с ОРДС, находящихся на искусственной вентиляции легких, рекомендуется применять консервативную стратегию инфузионной терапии вместо либеральной.

В случае пациентов с ОРДС средней и тяжёлой степени, находящихся на искусственной вентиляции легких, предпочтительно осуществлять вентиляцию лёгких в положении лёжа на животе (прон-позиция) в течении 12-16 часов по сравнению с вентиляцией лёгких в положении лёжа на спине.

В случае пациентов с ОРДС средней и тяжёлой степени, находящихся на искусственной вентиляции легких, в случае необходимости, предпочтительно применять болюсы блокаторов нервно-мышечных синапсов по сравнению с непрерывной инфузией, чтобы облегчить проведение защитной вентиляции лёгких.

Применение непрерывной инфузии в сочетании с блокадой нервно-мышечных синапсов рекомендуется в случае продолжительной диссинхронии при ИВЛ, необходимости постоянной глубокой седации, прон-позиции или постоянно высокого давления плато.

В случае пациентов с ОРДС, находящихся на искусственной вентиляции лёгких, не рекомендуется регулярное применение ингаляции оксида азота.

В случае пациентов с гипоксемией и ОРДС тяжёлой степени, находящихся на механической ИВЛ, несмотря на оптимизацию ИВЛ и прочие экстренные меры, в качестве резервного лечения предлагается применение ингаляционного легочного вазодилататора. Следует прекратить лечение, если не наблюдается быстрого улучшения оксигенации.

В случае пациентов с гипоксемией и ОРДС тяжёлой степени, находящихся на механической ИВЛ, несмотря на оптимизацию ИВЛ, предпочтительнее применять манёвр раскрытия альвеол. Если данные манипуляции уже были проведены, применять инкрементный PEEP не рекомендуется.

В случае пациентов с рефрактерной гипоксемией, находящихся на ИВЛ, несмотря на оптимизацию ИВЛ, в отношении которых применялись экстренные меры и ИВЛ в прон-позиции, рекомендуется использовать вено-венозную экстракорпоральную мембранную оксигенацию (ВВ ЭКМО), если данный вид манипуляций возможен; в противном случае следует направить пациента в медицинский центр с возможностью проведения ВВ ЭКМО. Однако по причине того, что ВВ ЭКМО является ресурсоёмкой процедурой, требующей участия квалифицированных опытных специалистов и специализированного оборудования, данный вариант должен рассматриваться лишь в частных случаях у пациентов с ОРДС в тяжёлой степени.

Для получения более подробной информации см. ссылки: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Investigational Drugs and Other Therapies.
Для детальных рекомендаций см. Guidelines.
Источник:
1. Alhazzani W, Møller MH, Arabi YM, et al. Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). European Society of Intensive Care Medicine. 2020. Available at: https://www.esicm.org/wp-content/uploads/2020/03/SSC-COVID19-GUIDELINES.pdf.

Настоящий документ не проверен экспертами на соответствие приказам Минздрава и может быть использован ТОЛЬКО для ознакомительного чтения