

**Според клиничен протокол на д-р Румен Хичев:
ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА КРИТИЧНО БОЛНИТЕ С COVID-19
ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ТРЯБВА ДА СЕ ПРИЛАГА ИНДИВИДУАЛЕН ПОДХОД**

Клиничната картина при острия респираторен дистрес синдром (ARDS) от COVID-19 прилича повече на височинен белодробен оток. Това се казва в клиничния протокол за диагностика и лечение на болни с COVID-19, съставен от д-р Румен Хичев, на основата на препоръките на групата към Университета Джонс Хопкинс и Университетската клиника в Масачузетс, САЩ. За това информира на 24.04.2020 г. Zdrave.net.

По думите на д-р Хичев, ако това наблюдение се потвърди в патофизиологичен аспект, може да се окаже че общоприетият към момента протокол базиран на вентилация с по-високо позитивно крайно експираторно налягане (PEEP), нанася допълнително увреждане на белия дроб. Поради това група от специалисти по респираторна реанимация в Ню Йорк препоръчва промяна на протокола в посока към пулмонарно-протективна стратегия с приложение на по-ниско, а не по-високо крайно експираторно налягане.

Клинични наблюдения на екипи от Медицинския университет в Гьотинген, Германия и Северна Италия публикуваха клинични наблюдения на пациенти в интензивни клиники с COVID-19, които развиват нетипична за ARDS клинична картина и по-точно показват добре запазен белодробен газов обем на фона на тежка хипоксемия. При такава картина препоръките са вместо повишен PEEP, да се търси най-ниския възможен PEEP и възможно най-щадяща вентилация.

Повечето пациенти с COVID-19 имат хипоксемия и респираторна недостатъчност от 1-ви тип. Поради това приложението на кислород и белодробен рекрутмънт се смята за най-добрия подход при тези пациенти. Осигуряването на кислород чрез по-нискоинвазивни методи като продължаващо позитивно налягане на дихателните пътища – continuous positive airway pressure (CPAP) е част от този подход. Ако обаче пациентът започне да се уморява и да губи сили, или симптоматиката да се увеличава, само оксигенацията и конвенционалната вентилация няма да решат проблема и в съображение влиза механичната вентилация.

„Опитът от началния период на пандемията показва, че преживяемостта на пациентите значително спада при интубация и поставяне на механична вентилация, което наложи преосмисляне на подхода и търсене на възможности за подобряване на преживяемостта при пациенти, при които може да се избегне интубацията чрез приложение на по-малкоинвазивна респираторна асистенция като CPAP. В началото подходът беше за ранна интубация, защото механично се копираше протокола прилаган в Китай, по който всеки постъпващ в реанимация с ниска кислородна сатурация е бил интубиран и поставян на механична вентилация в ранна фаза. Сега вече се установява, че клиничната картина на COVID-19 не съответства огледално на типичната клинична картина при ARDS, особено в ранните фази на болестта, макар че развитие на ARDS е напълно възможно. Автоматичното приложение на ARDS протоколите обаче при всички с COVID-19 не е добра практика“, пише д-р Хичев.

Седирането на пациентите при механична вентилация разширява кръвоносните съдове и намалява артериалното налягане, но така също седира и другите органи, вкл. чревната перисталтика. Липсата на спонтанно естествено дишане и откашляне на

бронхиалните секрети, както и възможната аспирация, създават условия за суперпонирана пневмония. От друга страна обаче, продължителният престой на пациента на СРАР в условията на завишени дихателни усилия, може да доведе до влошаване на дихателната функция поради задръстване на белите дробове водещо до още по-големи дихателни усилия.

„Да се прецени момента, когато трябва да се премине на механична вентилация е колкото важно, толкова и трудно, особено на този етап на анализ на едно ново заболяване, за което набирането на клинични данни и опит тепърва предстои. При сегашните условия често е трудно да се прецени до каква степен даден негативен ефект е причинен от самия причинител на заболяването, и до каква степен от самите реанимационни процедури. Засега тази преценка трябва да бъде направена от лекуващия лекар на базата на непосредствените наблюдения на клиничните обстоятелства и реалности, за да се избере възможно най-правилния реанимационен подход“, изтъква д-р Хичев.

Друг възможен проблем е свързан с образуването на микроваскуларни тромби в белите дробове, които водят до влошена оксигенация по механизъм, много различен от ARDS. В това направление също има много различия между COVID-19 и класическата форма на ARDS. Белодробните микротромби променят условията за перфузия и справянето с този проблем е още една задача пред реанимационния екип. Вместо конвенционална терапия със стандартни дози Dalteparin, се препоръчва удвояване на дозите при пациентите с повишени D-димери. Повечето нямат пулмонарни емболи, но се наблюдава склонност към общо тромбообразуване.

При малка група пациенти се наблюдава много висока степен на възпалителните процеси и е важно да бъдат идентифицирани на време за започване на проактивна противовъзпалителна терапия. Такава терапия трябва да бъде внимателно прецизирана и да не се прилага при пациенти извън тази група. Следят се нивата на феритините и интерлевкините, C-reactive proteins, и други клинични признаци на възпаление за определяне на прага за стартиране на такава терапия. При определени пациенти, които засега е невъзможно да бъдат идентифицирани предварително, се наблюдава склонност към масивен възпалителен отговор и развитие на полиорганна недостатъчност, въпреки всички реанимационни и лечебни мерки.

В заключение, при лечението на критично болните с COVID-19 задължително трябва да се прилага индивидуален подход и реанимационният протокол да се съобразява с индивидуалната патофизиология при конкретния случай.