

Обобщение опыта и рекомендации реаниматолога по лечению больных с COVID-19



Описание клинического опыта лечения пациентов с осложнениями COVID-19 в отделениях интенсивной терапии и сделанные на его основе рекомендации могут быть полезны в практике реаниматологов. Лечение тяжелых респираторных синдромов является одной из специализаций ГКБ № 52, где наряду с другими ОРИТ функционирует отделение реанимации для пульмонологических больных, а также городской центр ЭКМО.

Царенко Сергей Васильевич, профессор факультета фундаментальной медицины МГУ им. М. В. Ломоносова (курс анестезиологии и реанимации), заместитель главного врача по анестезиологии и реанимации ГКБ № 52 ДЗМ

На данный момент стационар ГКБ № 52 полностью перепрофилирован под лечение больных COVID-19, в том числе тяжелых, а схема диагностики коронавирусной инфекции на основании КТ является основной. Некоторые выводы и рекомендации.

Необходимое количество реанимационных коек и аппаратов ИВЛ

Для лечения коронавирусной пневмонии требуется большой реанимационный фонд, не менее 15 % от общего количества коек. Например, на 300 «линейных» коек нужны



45 реанимационных. Обеспеченность аппаратами ИВЛ должна составлять не менее 10–12 % от всего коечного фонда, занятого

под поступление пациентов с подозрением на COVID-19.

Алгоритмы искусственной вентиляции легких

Основная задача раннего перевода на ИВЛ — предупредить самоповреждение легких во время активного дыхания пациента, использования вспомогательной мускулатуры и возникающего вследствие этого повышения транспульмонального давления. Протективная ИВЛ должна проводиться всем пациентам без исключения. Всем больным следует выключать спонтанное дыхание в острейшем периоде любым доступным наркотическим или седативным препаратом. При неэффективности — вводить длительно действующие миорелаксанты. Очень эффективна прон-позиция,

которую приходится использовать порой до 18–22 ч в сутки. Сомнения в эффективности неинвазивной ИВЛ оправдались. Как НИВЛ, так и высокопоточная оксигенация приводят к неоправданному затягиванию сроков мнимой «стабилизации» пациента и затягиванию сроков интубации трахеи и перевода на инвазивную ИВЛ. Есть категория пациентов, которых удается компенсировать на обычной оксигенотерапии, в том числе в положении лежа на животе. Основным условием безопасности такого подхода является частый контроль газообмена.

На 300 «линейных» коек нужны 45 реанимационных. Обеспеченность аппаратами ИВЛ должна составлять не менее 10–12 %

Алгоритмы для линейных отделений и ОРИТ

МЫ ИСПОЛЬЗУЕМ СЛЕДУЮЩИЕ АЛГОРИТМЫ:

Для линейных отделений

1. Больной на кислороде менее стабилен, чем пациент без кислорода!
2. SpO₂ на оксигенотерапии не должна быть меньше 92 %. Если меньше — показан поворот на живот.
3. Если SpO₂ на животе меньше 92 % — показан вызов реаниматолога для консультации в течение часа.
4. Не реже 1 раза в 2 часа нужно лишать больного кислорода. Если при этом SpO₂ опускается ниже 85 %, показан вызов реаниматолога в течение часа, если SpO₂ падает ниже 80 % — экстренный вызов реаниматолога.

Для ОРИТ

1. SpO₂ на оксигенотерапии не должна быть меньше 90 %. Если меньше — показан поворот на живот. Если на животе меньше 90 % — показана интубация трахеи.
2. Не реже 1 раза в 2 ч нужно лишать больного кислорода. Если при этом SpO₂ опускается ниже 80 % — показана интубация трахеи.
3. Если, несмотря на величину SpO₂ 90–92 %, у пациента имеется учащение дыхания более 26 в 1 мин., чувство нехватки воздуха, агитация, беспокойство или угнетение сознания — показана интубация трахеи.

КТ как основной метод диагностики коронавирусной пневмонии

Практика показала, что, к сожалению, выявление ранних признаков дыхательной недостаточности по клиническим данным происходит

далеко не всегда. В связи с этим рекомендовано выполнение КТ грудной клетки всем больным при поступлении независимо от

тяжести их состояния. Изменения, видимые на КТ при пневмонии, вызванной коронавирусной инфекцией, настолько впечатляющие, что сразу включают нужный уровень тревожности у дежурного врача: как терапевта, так и реаниматолога. Особенно важно выполнение КТ в динамике, не реже 1 раза в неделю. Для

пациентов в реанимации исследование должно проводиться чаще, и обязательно — при ухудшении состояния. Цена вовремя полученной информации в данном случае очень высока. Даже если транспортировка пациента до томографа представляет сложности, исследование необходимо сделать.

Трахеостомия

В каждом стационаре своя флора. со своей устойчивостью. знать об этом необходимо заранее

Больные с тяжелым ОРДС лечатся долго — не менее 3 недель. Поэтому мы всем выполняем трахеостомию на 2–3-е сутки. В условиях «потока» пациентов это дает выигрыш в экономике сил персонала. Используем только пункционную трахеостомию, поскольку пытаемся уберечь персонал от лишнего аэрозоля из дыхательных путей. Обязателен эндоскопический контроль. При санации трахеи лучше применять закрытые системы, которые можно использовать максимально долго — до 5–7 суток. Такая же тактика

применяется с контурами дыхательных аппаратов.

Эндоскопический контроль трахеостомии лучше проводить с видеостойкой, чтобы побережь врача-эндоскописта. Для предупреждения инфицирования персонала нужно применять известные правила при интубации трахеи: быстрая манипуляция самым опытным врачом, тщательно «упакованным» в индивидуальные средства защиты. По этой же причине не рекомендуется применение пре-оксигенации и мешков АМБУ.

Показания к ЭКМО

Показания к ЭКМО — обычные: снижение индекса P/F ниже 80, несмотря на использование протективной ИВЛ в прон-позиции в течение 10–12 часов. Напомню, что эффективность ЭКМО крайне сомнительна при септическом шоке. У таких пациентов мы предпочитаем для временной стабилизации состояния вводить

пульсы метилпреднизолона 1000–3000 мг в течение 3 суток с последующим снижением дозы до 125 мг в течение 4–5 дней (это опыт коллег из Регенсбурга и Стокгольма). У большинства больных при таком подходе удается избежать ЭКМО.

Антибиотикотерапия

Горячиться с антибиотиками не стоит. В первую неделю заболевания, вызванного грамположительными бактериями, достаточно сочетания защищенного пенициллина с азитромицином или левофлоксацином. У наиболее тяжелых больных можно использовать линезолид. Через неделю пребывания в стационаре, особенно на фоне использования ИВЛ, флора у пациента меняется на

нозокомиальную, и это повод для назначения антибиотиков, направленных на грамотрицательные бактерии.

Смена антибиотиков проводится по стандартным алгоритмам, с учетом нарастания тяжести состояния пациента, в частности дыхательной недостаточности, роста СРБ, лейкоцитов, прокальцитонина. Отмечу, что СРБ может расти вплоть до 200–250 из-за

ВАЖНО ВЫПОЛНЕНИЕ КТ В ДИНАМИКЕ, НЕ РЕЖЕ 1 РАЗА В НЕДЕЛЮ



ВАЖНО ПОНЯТЬ, КОГДА СМЕНА АНТИБИОТИКОВ НЕОБХОДИМА, И НЕ ДОПУСТИТЬ «ШАРАХАНЬЯ» МЕЖДУ РАЗНЫМИ СХЕМАМИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

вирусного поражения легких. Однако выраженный его рост — повод для коррекции антибиотикотерапии. В то же время бактериальные осложнения могут быть и при

незначительном росте СРБ до 20–30 после применения тоцилизумаба, который резко снижает показатели СРБ.

Терапевтические показания

Инфузионная терапия должна проводиться по рестриктивным принципам, исключение — септический шок. Цитосорб дает временную стабилизацию при септическом шоке, но основа его лечения — рациональная антибиотикотерапия и своевременная протективная ИВЛ.

Заместительная почечная терапия (ЗПТ) уместна только при наличии специфических нефрологических показаний — олигурии, гипергидратации, азотемии и гиперкалиемии.

Противовирусная терапия необходима, хотя, к сожалению, не всегда помогает. Используется сочетание плаквенила с калетрой, а у наиболее тяжелых пациентов — тоцилизумаб (актемра). Больным с зондовым питанием калетру надо не крошить, а использовать жидкую лекарственную форму, которая подается в зонд.

Важно помнить и про тромбопрофилактику. У больных, склонных к тромбозам, высокий уровень фибриногена и D-димера.

Берегите пациентов

О лицах пациентов тоже надо позаботиться. Длительное пребывание в prone-позиции способствует возникновению пролежней, поэтому используйте все доступные средства для предупреждения сдавления мягких тканей между

поверхностями кровати и костными выступами лица и груди. У ряда больных можно использовать латеропозиции. Для питания больных можно использовать обычные подходы по энтеральному введению питательных смесей.

Берегите персонал

Это означает использование всех доступных средств индивидуальной защиты. Любой пациент с любой болезнью в условиях эпидемии потенциально контактен по COVID-19, так же как и любой врач, ваш коллега, лечащий таких пациентов, может быть переносчиком инфекции. Во время дежурств необходимо минимизировать общение друг с другом, не снимать маски, не пользоваться общей посудой. В ГКБ № 52 по примеру азиатских коллег мы пытаемся наладить работу вахтовым методом, сделать так, чтобы люди в течение 8-часовой смены не снимали масок и находились под максимальной защитой.

Заболевших необходимо немедленно отстранить от работы. Это важно и для безопасности окружающих, и для того, чтобы вывести человека из зоны высокой вирусной нагрузки, что позволит организму в течение двух недель сформировать иммунитет. Заболевшим сотрудникам необходимо сделать КТ, мазок на ПЦР. Стартуйте немедленно с противовирусной терапии, ориентируясь на клинические и минимальные КТ данные. Чтобы уберечь персонал, мы лечим всех заболевших медиков плаквенилом или сочетанием плаквенила с калетрой. Важно, чтобы наш товарищ быстрее и качественнее вылечился и вернулся в строй. **ММ**

Напомню, что принимать решение об эффективности терапии можно спустя чем-то после 72 часа ее использования. Поводом для экстренной смены антибиотиков может быть только септический шок