

## ПОВЕДЕНИЕ ПРИ КРИТИЧНО БОЛНИ ПАЦИЕНТИ С COVID-19 ИНФЕКЦИЯ

Poston JT, Patel BK, Davis AM. Management of Critically Ill Adults with Covid-19.  
AMA Clinical Guidelines Synopsis, 26 March, 2020.

### ПРЕПОРЪКИ

1. Предпазни средства – здравните работници, които работят с пациенти с COVID-19 инфекция трябва да използват филтрираща маска N95, FFP2, заедно с останалите лични предпазни средства. Това е особено важно за лекарите, които извършват лечебни процедури, при които има генериране на аерозол във въздуха – ендотрахеална интубация, лечение с небутилайзер и др.

Медицинският персонал, който има по-слаб контакт с пациенти с COVID-19 инфекция, може да носи обикновена хирургична маска.

2. Диагностични тестове – вземането на материал от **долните** дихателни пътища (ендотрахеален аспират) е най-добрият начин за получаване на точен резултат. По-слабо се препоръчва вземането на материал да става от бронхоалвеоларен лаваж, назофарингеална или орофарингеална проба.

3. Поддържане на хемодинамично стабилно състояние – възрастните пациенти в шок трябва да бъдат проследени в динамика как отговарят на вливанията. Препоръчва се вливане на **кристалоидни** разтвори. **Вливанията трябва да са възможно най-малко! При пациенти в шок се препоръчва прилагане на норепинефрин**, при липса на такъв – епинефрин или вазопресин. Не се препоръчва използване на допамин. Вазопресин се добавя към норепинефрин, ако не може да се постигне прицелно средно артериално налягане от 60-65 mm Hg само с норепинефрин.

4. Респираторна функция – **Ако пациентът има кислородна сатурация (SatO<sub>2</sub>) < 90%, да се включи подаване на кислород**. Кислородната сатурация да не се поддържа над 96% на фона на включените кислород.

При настъпване на остра хипоксемична дихателна недостатъчност въпреки подаването на кислород, може да се опита с назална канюла с високодебитно подаване на кислород. Ако няма възможност за високодебитно подаване на кислород с назална канюла (HFNC), може да се опита с неинвазивна вентилация с позитивно налягане (NIPPV). Пациентът трябва да се мониторира често.

5. Интубиране и механична вентилация – Препоръчва се **ранна интубация** при влошаване на показателите. Да се използва механична вентилация с ниски обеми – 4-8 mL/kg т.тегло. При пациентите на механична вентилация с **умерен или тежък остър респираторен дистрес синдром (ОРДС)** да се прилагат невромускулни блокери/релаксанти само при нужда, а не като непрекъсната инфузия, а при **много тежък ОРДС** да се добавят и белодробни вазодилататори за инхалаторно приложение. В някои подбрани случаи да се прилага екстракорпорална мембранна оксигенация (ЕКМО).

6. Лечение – При пациенти, поставени на механична вентилация, които нямат ОРДС, **кортикостероиди да не се прилагат рутинно**. При ОРДС могат да се прилагат кортикостероиди. При пациентите на механична вентилация може да се включи емпирична антибиотична терапия. При критично болните пациенти с фебрилитет да се използват температуропонижаващи средства. Не се препоръчва рутинно да се вливат интравенозни имуноглобулини. Не се препоръчва и рутинно вливане на конвалесцентна плазма. Авторите се въздържат да препоръчат някоя от следните групи лекарства като по-ефективна спрямо другите – противовирусни медикаменти, рекомбинантни интерферони, хлорохин/хидрохлорохин или tocilizumab.

Д-р М. Боянова