



Резолюція **Телеміст «Лікування пацієнтів з COVID-19. Власний досвід»** **20 листопада 2020р.** **М. Київ, Україна**

Для участі у телемісті «Лікування пацієнтів з COVID-19. Власний досвід» зареєструвались більше як 10 000 фахівці системи охорони здоров'я з усіх областей України.

Своїм досвідом поділилися провідні вчені та лікарі, які з перших днів приходу пандемії в Україну надають допомогу пацієнтам з COVID-19.

Міждисциплінарний формат заходу було забезпечено залученням до виступу представників різних спеціальностей. А саме анестезіологів, інфекціоністів, пульмонолога, фахівця з ЕКМО, торакального хірурга.

До уваги та обговорення учасникам було запропоновано трансляцію восьми доповідей, у яких було висвітлено наступні питання:


- Який патогенез розвитку коронавірусної хвороби?
 - Яким чином можна впливати на цитокіновий шторм?
 - Чи потрібно рутинно виконувати КТ легень при COVID-19?
 - Інфузійна терапія при COVID-19?
 - Яка стратегія адаптації пацієнта до респіраторної підтримки?
 - Кому та коли показане переведення на екстракорпоральну мембранну оксигенацію (ЕКМО)?
 - Висновки та рішення за результатами обговорення доповідей:
1. Основними ланками патогенезу коронавірусної хвороби є пошкодження вірусом дрібних клітин бронхів, альвеол, ендотеліоцитів і потужна запальна відповідь, яка спричиняє розвиток тромбоза в судинах, гіперкоагуляцію і тромбоз, ураження тканини легень з наступним розвитком ГРДС.
 2. Вірусні захворювання характеризуються не лише гострими ускладненнями, а й відтермінованими наслідками. Дані останніх наукових робіт свідчать, що респіраторні патогени можуть зберігатися в центральній нервовій системі людини й, можливо, така персистентна інфекція може стати фактором або кофактором патогенезу довготривалих наслідків у генетично схильних осіб. Це обґрунтовує важливість своєчасного багатокомпонентного лікування.
 3. Обираючи тактику лікування COVID-19, слід враховувати, що це захворювання може мати хвилеподібний перебіг. Перша хвиля характеризується досить легким перебігом, після чого приблизно у 80% пацієнтів відбуваються покращення й одужання. У 20% пацієнтів після першої хвилі може настати період тимчасового покращення, однак у подальшому настає друга хвиля розвитку симптомів (так звана легенева фаза), перебіг якої є тяжчим. І саме в цей час на додаток до протокольної терапії доцільним є вивчення ефективності застосування засобів, дія яких спрямована на комплексне пригнічення цитокінового шторму та захист органів-мішеней. Схе-

ма патогенетичного лікування описана у дослідженні «Волноріз» та представлена у доповідях Мороз Л.В., Коваленко С.В. та Юрко К.В. демонструє свою ефективність і потребує подальшого вивчення із залученням більшої вибірки пацієнтів.

4. Комп'ютерна томографія органів грудної порожнини не показана як рутинне дослідження при COVID-19.
Проведення комп'ютерної томографії органів грудної порожнини при COVID-19 можливе при негативному тесті ПЛР та наявній клініці, з метою підтвердження діагнозу або з метою оцінки наслідків перенесеного захворювання через декілька місяців.
5. Інфузійна терапія повинна бути адаптованою індивідуально під пацієнта, враховувати компенсаторні можливості організму та супутню патологію. При потребі в інфузійній терапії слід надавати перевагу збалансованим розчинам. Необхідно дотримуватись принципу помірної ресусцитації з метою досягнення нормоволемії.
Слід досліджувати нові можливості корекції реологічних властивостей крові та мікроциркуляції.
6. Антибіотики слід призначати лише тим хворим, які мають клінічні ознаки та лабораторне підтвердження бактеріальної інфекції або обґрунтовану підозру на приєднання бактеріальної коінфекції.
7. Одним з ключових напрямків лікування пацієнтів з COVID-19 - це киснева підтримка, за необхідності- неінвазивна вентиляція легень, якій слід надавати перевагу перед інвазивною вентиляцією. Пацієнтам із вираженим ГРДС рекомендоване положення на животі (пронпозиція) від 12 годин на добу зі зміною положення тіла кожні 3-4 години. З метою синхронізації пацієнта до респіраторної підтримки слід надавати перевагу легкій седації, за відсутності протипоказів до неї.
8. ЕКМО не лікує, а лише дає час у критичній ситуації.
Комунікації з центром, який може забезпечити ЕКМО слід налагодити заздалегідь. У авральному режимі це працює погано. Оскільки ресурс по забезпеченню ЕКМО є обмеженим, пріоритет у наданні допомоги віддається молодим пацієнтам без супутньої патології.
Найкраще ЕКМО те, якого вдалось уникнути.
9. Текст резолюції буде розміщено на сайті ГО «Асоціація анестезіологів України» та на сайті ІV МІЖНАРОДНОГО КОНГРЕСУ З ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ.

Президент ГО «Асоціація анестезіологів України»



 Дубров С.О.