

Оптимальный режим респираторной поддержки для людей с (COVID-19) вплоть до инвазивной искусственной вентиляции легких (IMV) в настоящее время является предметом многочисленных дискуссий. В опубликованных рекомендациях и комментариях существенно отличаются методики, причем некоторые из них пропагандируют высокоточные носовые канюли (HFNC) по сравнению с неинвазивной вентиляцией (NIV), или наоборот (NHS guidance). Эта дискуссия, учитывая нехватку данных и необходимость быстрого составления руководства, вызывает путаницу среди врачей-пульмонологов.

Большая часть практики в этой области вытекает из конкретных ситуаций. При остром респираторном дистресс-синдроме (ARDS) ранняя интубация была критерием выживаемости пациента, когда отношение PaO_2 / FiO_2 было <150 по сравнению с NIV. Поэтому в некоторых руководствах COVID-19 NIV предлагается только в качестве промежуточной терапии до перевода в отделение интенсивной терапии (ICU) и IMV. Однако до 50% пациентов с COVID-19, поступивших в ICU, впоследствии не нуждались в IMV. Учитывая значительные ограничения ресурсов, налагаемые текущей беспрецедентной вирусной пандемией, важно выяснить, можно ли безопасно лечить отдельных пациентов, нуждающихся в респираторной поддержке за пределами отделения интенсивной терапии.

Насколько известно стало авторам статьи, рандомизированные контрольные испытания по использованию HFNC или NIV при пневмонии, связанной с коронавирусом, не проводились. Сообщалось, что использование NIV во время вспышки ближневосточного респираторного синдрома было связано с 92%-ным риском проведения неинвазивной вентиляции, что бесполезно. Однако это исследование было проведено в отделении интенсивной терапии, и у зарегистрированных пациентов медианное соотношение PaO_2 / FiO_2 составляло 110 (IQR 62–160), что указывает на такую степень тяжести, которая, вероятно, оправдывала первоначальное лечение с IMV. И наоборот, данные только одного исследования о вспышке тяжелого острого респираторного синдрома (TORS) свидетельствуют о том, что NIV помогает избежать интубации.

Авторы статьи подчеркивают, что дискуссия об оптимальном режиме респираторной поддержки вплоть до IMV при AHRF не исчерпана, тем более в отношении коронавируса, и важно отметить, что вред может быть причинен при использовании ненадлежащего лечения. Данные, полученные из Китая предполагают, что значительное меньшинство пациентов с тяжелой дыхательной недостаточностью из-за коронавируса SARS 2 (SARS-CoV-2) могут избежать интубации с помощью NIV. Неинвазивная вентиляция легких хорошо зарекомендовавшая себя терапия, с которой врачи общего профиля и медсестры знакомы, и которая легко применима в условиях некритической помощи. Однако, нужно проводить тщательный отбор пациентов, чтобы не задерживать IMV, где это уместно.