

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԱՆՏԱՆԻՇՆԵՐԸ

- Հազ ~ 65-80%,
- Ի սկզբանե տենդ ~45%,
- Միզային համակարգի ախտանիշներ ~15%,
- Ստամոքսաղիքային տրակտի ախտանիշներ ~10%,
- Ի սկզբանե մեղմ ախտանիշների կտրուկ վատացում

ԾԱՆՐ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ԲԱՐՁՐ ՌԻՍԿ

- Տարիք >55
- ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ ԻՎԱՆՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.
- Թոքային, սրտային, երիկամային
- Շաքարային Դիաբետ, <<
- Իմունոդեֆիցիտ

ԾԱՆՐ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ

- D-դիմեր (D-dimer) >1000
- C-ռեակտիվ սպիտակուց (CRP) >100
- Լակտատ դեհիդրոգենազա (LDH) >245
- Կրեատին ֆոսֆոկինազա (CPK) >2x ULN
- Լիմֆոցիտների բացարձակ քանակը < 0.8
- Ֆերրիտին >300

ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ

Օրեկան լաբորատոր հետազոտություններ

- Արյան ընդհանուր հետազոտություն (լիֆոցիտների քանակ)
- Մետաբոլիկ պանել/Էլեկտրոլիտային բալանս
- Կրեատին ֆոսֆոկինազա (CPK)

Անհրաժեշտության դեպքում ռիսկի ստրատիֆիկացիա՝ յուրաքանչյուր 2-3 օրը

- D-դիմեր (D-dimer)
- C-ռեակտիվ սպիտակուց (CRP)
- Լակտատ դեհիդրոգենազա (LDH)
- ԷՍԳ

Մեկ անգամյա թեստեր բոլոր հիվանդների համար

- Հեպատիտ Ա, հեպատիտ Բ, ՄԻՎՎ
- Գրիպ A/B, Ռեսպիրատոր սցինտիալ վիրուս (ՌՍՎ)
- Լրացուցիչ ռեսպիրատոր թեստեր՝ ըստ ինֆեկցիոն հիվանդությունների (ԻՀ) ուղեցույցի
- Տրախեալ ասպիրատ, եթե ինտուբացված է
- Նոր կորոնավիրուսային ՍՇՎ (եթե դեռ ուղարկված չէ)

ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Դիտարկել վաղ ինտուբացիա ԻԹԲ-ում

Խուսափել HFNC կամ NIPPV կիրառելուց

Նախազգուշական նշաններ` FiO2 աճ, SaO2 նվազում, կրծքավանդակի ռենտգենի (CXR) վատացում

ԹՈՔԵՐԻ ՊՆՇՏՊԱՆԻՉ ՎԵՆՏԻԼԱՅԻԱ

- Վենտիլացիա 4 -6 մլ/կգ (մարմնի զանգվածի)
- Պլատո ճնշում (Plateau pressure) <30
- Վարող (driving) ճնշում (Pplat-PEEP) <15
- Թիրախային SaO2 90-96%, PaO2>60
- Սկզբնական PEEP 8-10 cmH2O

ԿՈՆՍԵՐՎԱՏԻՎ ՀԵՂՈՒԿԻ ՍՏՐԱՏԵԳԻԱ

- Դիուրեզ՝ ըստ հեմոդինամիկայի/կրեատինինի տոլերանտության
- Ոչ հեղուկների պահպանողականությունը (maintenance)

Դրական վերջնաարտաշնչական ճնշման (PEEP) տիրույթ

Լավագույն PEEP ըստ ընթացիկ համապատասխանության (tidal compliance) կամ Մուր շնչառական դիսթրես սինդրոմի՝ ՍՇԳՍ (ARDSnet) ցածր PEEP աղյուսակի

PRONE

Վաղ դիտարկում, եթե հիպոքսեմիա է կամ շնչուղիների բարձրացած ճնշումներ

ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ԲՈՒԺՈՒՄՆԵՐ

- Վենտիլացիոն դեսինխրոնիզացիայի դեպքում՝ պարալիտիկներ, ոչ ռուլին
- Ներշնչված NO՝ մինչև 80 ppm (ոչ էպոպրոստենոլ)

Եթե վատանում է

ԱՄԹՕ (ECMO) խորհրդատվություն, եթե հիպոքսեմիա է կամ շնչուղիների բարձրացած ճնշումներ

Օրեկան որակի փունջ

- Օրեկան SAT/SBT*, երբ անհրաժեշտ է
- ABCDE միջոցառումներ

ՀԵՄՈԳԻՆԱՄԻԿԱ

- Նորեպինեֆրին՝ առաջին ընտրության պրեստոր
- **Եթե վատանում է.**
- Դիտարկել միոկարդիտ/կարդիոգեն շոկ
- Կատարել ՖՈԿՈՒՄ ԷխոՍԳ, ԷՍԳ, տրոպոնին, CVO2, (ֆորմալ ԷխոՍԳ բարձր վտանգի դեպքում)

ՍՈՎՈՐԱԿԱՆ ՎԱՐՄԱՆ ՓՈՓՈՒՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- **ՈՉ ՌՈՒԹԻՆ ՕՐԵԿԱՆ ԿՐԾՔԱՎԱՆԳԱԿԻ ՌԵՏԳԵՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆԸ**
- **ՆՎԱԶԵՑՆԵԼ** աշխատակիցների շփումը սենյակում
- **ԲԱՐՁՐ ՇԵՄՔ՝** բրոնխոսկոպիայի համար
- **ԲԱՐՁՐ ՇԵՄՔ՝** ճանապարհորդությունների համար
- Հարմահնակալային միջամտությունների փունջ
- Համապատասխան ուղեցույցների վրա հիմնված մեկուսացում՝ աերոզոլ առաջացնող միջամտությունների դեպքում
- Բրոնխոսկոպիա
- Ինտուբացիա/էքստուբացիա
- Խուսափել ներուլայզերներից նախընտրել դոզավորված ներփչիչներ (MDIs)

ԳԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐ

ԻՆՏԵՆՍԻՎ ԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆԸ (ԻԹԲ) ԲՈՒՈՐ ԸՆԴՈՒՆԵԼՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

- Ցածր շեմք բոլոր էմպիրիկ հակաբիոտիկների համար
- **ԻՀ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑՈՒՎ**
 - Դիտարկել հիդրոքսիպրոքին և ստատին
 - Ռեմեդիսիվիր (through clinical trial)

ԻՄՈՒՆ ՍՈՂՈՒԼԱՅԻԱ

- Իմունոմոդուլատոր թերապիա՝ միայն ԻՀ և ԻԹԲ ընդունողների խորհրդատվությամբ
- **ՈՉ՝ ՍՏԵՐՈԻԴՆԵՐԻՆ** շնչառական անբավարարության դեպքում, դիտարկել միայն որպես 2րդ կարծիք, լրացուցիչ ցուցում՝ ներառյալ պոտենցիալ սեպտիկ շոկը