

на животе для всех пациентов реанимации, которые имеют низкий уровень оксигенации крови, не рекомендуется, но некоторые группы пациентов, например те, у кого особенно низкое содержание кислорода, получают пользу, если ИВЛ будет проводиться в положении на животе. Дальнейшие клинические испытания помогли бы выявлению потенциальной пользы для таких групп пациентов, но дальнейшие испытания могут не быть проведены из-за наблюдаемой очень большой пользы от лечения у пациентов с очень низким уровнем кислорода. В отсутствие новых испытаний метаанализ, основанный на индивидуальных данных пациентов, может облегчить дальнейшую оценку.

Качество доказательств. Качество доказательств в отношении первичных исходов в этом

систематическом обзоре было низким в результате серьёзной несогласованности (непоследовательности исследований) и серьёзного потенциального смещения.

Доказательства актуальны на 31 января 2014 г. Мы провели повторный поиск в базах CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL и LILACS в июне 2015 г. 5 новых исследований, представляющих потенциальный интерес, были добавлены в список «Исследования, ожидающие классификации» и будут включены в формальные результаты обзора при его обновлении.

Обзор следует цитировать таким образом:

Bloomfield R, Noble DW, Sudlow A. Prone position for acute respiratory failure in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 11. Art. No.: CD008095. DOI: 10.1002/14651858.CD008095.pub2.

Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) для критически больных взрослых

Вопрос обзора. Влияние ЭКМО на выживание критически больных взрослых.

Актуальность. Экстракорпоральная мембранная оксигенация — это форма жизнеобеспечения, направленная на обеспечение работы сердца и лёгких. Для пациентов с тяжёлой дыхательной недостаточностью ЭКМО обеспечивает экстракорпоральный газовый обмен. Для людей с тяжёлой сердечной недостаточностью или остановкой сердца ЭКМО (ЕСМО) [экстракорпоральная сердечно-легочная реанимация (ЭКСЛР, ЕСРР)] обеспечивает газообмен и системное кровообращение. Применение ЭКМО связано с некоторыми рисками (например, кровотечения, образование тромбов).

Характеристика исследований. Мы нашли 4 исследования, в которых случайным образом определили 389 пациентов для получения ЭКМО по сравнению с обычной поддержкой лёгких. Во все исследования были включены пациенты с острой дыхательной недостаточностью. Мы не нашли завершённых исследований у пациентов с острой сердечной недостаточностью или остановкой сердца. Мы нашли 1 продолжающееся исследование у пациентов с острой дыхательной недостаточностью и 2 продолжающихся исследования у пациентов с острой сердечной недостаточностью (остановка сердца). Доказательства актуальны по август 2014 г.

Основные результаты. Клинические различия в уходе за пациентами с острой дыхательной недостаточностью не позволили нам объединить результаты отдельных исследований. Индивиду-

альные исследования показали отсутствие различий в смертности от всех причин во время или в течение 6 месяцев у пациентов, получивших ЭКМО, по сравнению с теми, кто не получил. В 1 исследовании выживаемость была низкой в обеих группах, но ни один из выживших пациентов не имел ограничений в своей ежедневной деятельности через 6 месяцев после выписки. Другое исследование показало, что у пациентов, переведённых в центр ЭКМО для рассмотрения перевода на ЭКМО, улучшилась выживаемость без тяжёлой инвалидности через 6 месяцев после начала исследования. В 3 исследованиях пациенты группы ЭКМО получили больше переливаний крови. В одном исследовании сообщили о большем числе немозговых кровотечений в группе ЭКМО, а в другом — о 2 серьёзных неблагоприятных событиях в группе ЭКМО. В другом исследовании сообщили о 3 неблагоприятных событиях в группе ЭКМО.

Качество доказательств. Клиническая практика, планирование исследований и способы использования ЭКМО значительно различались в разных исследованиях. Технологические разработки (контуры, насосы и механические лёгкие) со временем улучшили свою работу и безопасность пациентов при использовании ЭКМО. Эти клинические различия в уходе за пациентами с острой дыхательной недостаточностью не позволили нам объединить результаты отдельных исследований. У критически больных взрослых людей ЭКМО может быть или не быть более эффективным в улучшении

выживаемости по сравнению с обычной поддержкой лёгких. Результаты проводимых исследований помогут нам лучше понять роль ЭКМО и ЭКСЛР (ЕСМО и ЕСРР) в лечении пациентов с острой дыхательной или сердечной недостаточностью.

Различные методы искусственной вентиляции (с контролируемым давлением в сравнении с контролируемым объёмом) у людей с острой дыхательной недостаточностью вследствие повреждения лёгких

Вопрос обзора. Мы рассмотрели доступные доказательства безопасности и эффективности искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) с контролируемым давлением в сравнении с ИВЛ с контролируемым объёмом у взрослых в критическом состоянии с острой дыхательной недостаточностью в результате повреждения лёгких. Мы нашли три соответствующих исследования.

Актуальность. Острая дыхательная недостаточность вследствие острого повреждения лёгких (ОПЛ) и острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) является распространённой причиной госпитализации в отделения интенсивной терапии (ОИТ) во всём мире. 30–50% пациентов с ОПЛ/ОРДС умирают в ОИТ, в больнице или во время последующего наблюдения. Людей с ОПЛ/ОРДС подключают к искусственной вентиляции лёгких, чтобы дать лёгким время для восстановления. Однако состояние лёгких может ухудшиться, если объём подаваемого воздуха слишком велик или уровень давления в лёгких слишком высок.

Мы хотели выяснить, эффективнее ли искусственная вентиляция лёгких с контролируемым (управляемым) давлением путём изменения объёма воздуха (ИВЛ с контролируемым давлением) по сравнению с ИВЛ с изменяющимся давлением лёгких с фиксированным объёмом подаваемого воздуха (ИВЛ с контролируемым объёмом).

Характеристика исследований. В 3 рандомизированных испытаниях сравнили ИВЛ с КД и ИВЛ с КО, включая в общей сложности 1089 взрослых с ОПЛ/ОРДС из 43 отделений интенсивной терапии в пяти высокоразвитых странах. Ни одно из клинических испытаний не было финансировано производителями. Доказательства актуальны на октябрь 2014 г.

Основные результаты. Мы не были уверены, были ли различия в доле пациентов, умерших в больнице, между двумя группами. На каждые 1000 человек, находившихся на ИВЛ с КО, сообщали о 636 смертельных случаях. Исходя из наших результатов, мы мог-

Обзор следует цитировать таким образом:

Tramm R, Ilic D, Davies AR, Pellegrino VA, Romero L, Hodgson C. Extracorporeal membrane oxygenation for critically ill adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1. Art. No.: CD010381. DOI: 10.1002/14651858.CD010381.pub2.

ли бы ожидать число смертей в диапазоне от на 210 смертей меньше до на 13 смертей больше при применении ИВЛ с КД. Мы обнаружили, что влияние на смертность в ОИТ и на смертность на 28-й день лечения было одинаково неопределённым. Наши результаты включают в себя возможность того, что ИВЛ с КО или ИВЛ с КД могут быть лучше для уменьшения продолжительности вентиляции или развития травматического повреждения лёгких, вызванных вентиляцией (баротравма). Ни одно из исследований не предоставило достоверной информации о том, в какой степени тип вентиляции лёгких влияет на недостаточность других органов, а также о различиях в рисках инфицирования и качестве жизни после выписки из отделения интенсивной терапии.

Качество доказательств. В целом доказательства в отношении смертности были умеренного качества. Для таких исходов, как продолжительность вентиляции, баротравма и органная недостаточность, доказательства были ограничены малым числом исследований, различными методами, использованными в исследованиях, и различиями в представлении результатов, что затрудняло интерпретацию.

Выводы. Имеющихся доказательств недостаточно для подтверждения того, что ИВЛ с КД имеет какое-либо преимущество перед ИВЛ с КО в улучшении исходов у людей с острым повреждением лёгких, находящихся на искусственной вентиляции лёгких. Дальнейшие исследования, включающие большее число участников, находящихся на ИВЛ с КД или ИВЛ с КО, могли бы предоставить надёжные доказательства, на которых могут основываться надёжные выводы.

Обзор следует цитировать таким образом:

Chacko B, Peter JV, Tharyan P, John G, Jeyaseelan L. Pressure-controlled versus volume-controlled ventilation for acute respiratory failure due to acute lung injury (ALI) or acute respiratory distress syndrome (ARDS). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1. Art. No.: CD008807. DOI: 10.1002/14651858.CD008807.pub2.