CoVIDарность

http://relaxandoit.ru/air

	РЕГИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ COVID-19	**Создано:** A. FOUCRIER/ R. HELLMANN Дата: 19/03/2020
		Техническое согласование DOS : 19/03/2020
		Согласовано Cellule Doctrine Дата: 19/03/2020
		Утверждено CRAPS: Дата :20/03/2020
COVID-19 **010**	**Принятие решения о приеме пациентов в отделения реанимации и интенсивной терапии в контексте эпидемии Covid-19**	**Версия :** 1 20/03/2020
		Распространение • **внешние партнеры** • **интернет-сайт ARS**

ВВЕДЕНИЕ

- Данный документ был составлен коллегиально региональной группой экспертов: Élie Azoulay, Sadek Beloucif, Benoît Vivien, Bertrand Guidet, Dominique Pateron, Matthieu Le Dorze
- Эти рекомендации предназначены для того, чтобы помочь специалистам координировать ведение пациентов и стандартизировать методы работы между (медицинскими) центрами.
- **В рекомендации будут вноситься изменения по мере накопления знаний о COVID-19**

Ситуация

Ситуация представляет собой **глобальную пандемию, беспрецедентную по размеру, распространенности, тяжести и смертности**. Наплыв тяжелобольных пациентов с угрозой жизни поднимает вопрос о ситуациях, в которых **нарушается баланс между потребностями в медицинской помощи и доступными ресурсами**. Тяжелые пациенты могут поступать непосредственно из приемного отделения, их состояние могло ухудшиться в течение пребывания в больнице, также они могут обратиться за неотложной помощью из хосписов и домов престарелых.

В исключительной ситуации, когда человеческие, врачебные и материальные ресурсы могут быть или вдруг стали ограниченными, возможно, что перегруженные работой практикующие врачи могут встать перед необходимостью сделать **сложный выбор и расставить приоритеты в экстренном доступе к реанимации**.

Этические принципы справедливого распределения, не причинения вреда, уважения к автономии и человеческому достоинству пациентов, независимо от их состояния, необходимая конфиденциальность медицинских данных являются основными правилами при приеме пациентов с тяжелыми формами Covid-19, а также и других пациентов, нуждающихся в интенсивной терапии вследствие иной патологии.

Этот документ призван обеспечить идеологическую поддержку всем медицинским бригадам, на которые в настоящее время возложено бремя принятия решений на передовой пандемии COVID-19. Он особенно адресован тем врачам, которые, вследствие культуры, образования или исходя из опыта, не привыкли принимать решений об ограничении лечения.

Он преследует две цели:

- **помощь в принятии решений о приеме** в отделение интенсивной терапии, в том числе в ситуациях, хорошо известных реаниматологам, при ограничении и задержке жизненно важной терапии в контексте отказа от необоснованной настойчивости (в лечении). Такие решения могут быть приняты и при поступлении (пациента), и во время пребывания (в лечебном учреждении).
- **помощь в осуществлении оказания непрерывной качественной помощи**, особенно для ведения (пациента) в конце жизни, наилучшим образом достигаемое в согласии и сотрудничестве с семьями и близкими. Пациентам, не направленным в интенсивную терапию, или тем лицам, для которых приняты решения об ограничении лечения, должны быть доступны все имеющиеся в больнице специалисты (врачи скорой помощи, медицинские службы и мобильные паллиативные отделения) таким образом, чтобы госпитализация паллиативных больных в острых состояниях обеспечивала им в конце жизни комфорт и поддержку семей.

Оценка ситуации касается как общих случаев пациентов реанимации, так и конкретных случаев пациентов, пострадавших от пандемии Covid-19. Она должна способствовать принятию индивидуального решения для каждого человека, обсуждаться врачами всех специальностей, вовлеченных в управление данной ситуацией, и быть адаптированной к месту, ко времени, к соответствующей организации здравоохранения, учитывать материальные и человеческие ресурсы и мнение вовлеченного медицинского персонала.

Она также должна принимать во внимание потребности пациентов интенсивной терапии, не зараженных Covid-19. Оценка должна быть в состоянии изменяться в зависимости от состояния здоровья, обратной связи и реакции пациента на максимальное лечение, от переоценки, которая особенно необходима для наиболее тяжёлых и **наиболее ослабленных пациентов**, по которым первоначальное решение принимается в ситуации неопределенности («делай и переоценивай», а не «не делай»).

Общая стратегия должна состоять в том, чтобы максимально предвидеть эти решения независимо от места размещения пациента (отделение неотложной помощи, отделение терапии, хирургии и акушерства (MCO), отделение долговременного ухода (USLD), дома престарелых (EHPAD) и т. д.), от его клинического состояния (с утяжеляющими признаками или без них) и его Covid-статуса. В непредвиденной ситуации временные ограничения усложняют принятие медицинского решения, являющегося основополагающим, с точки зрения этики.

Для любого решения о направлении, в том числе за пределами пандемии, пациенты, их близкие и все лица, обеспечивающие уход, должны быть проинформированы об исключительном и индивидуальном характере принятых мер. Роль, отведенная родственникам в принятии решений и сопровождении, рискует быть ограниченной исключительными обстоятельствами. Наконец, эти вопросы являются сложными с точки зрения моральной и эмоциональной, они - источник беспокойства и стресса: поддержка (психологическая и / или духовная) должна оказываться всем: пациентам, родственникам и лицам, обеспечивающим уход.

Принципы принятия решения о приеме в отделение интенсивной терапии.

Несмотря на чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения, коллегиальная процедура, предусмотренная правилами, вытекающими из закона Клейса-Леонетти (la Loi Clayes-Léonetti), будет соблюдаться, основываясь **на следующих принципах:**

- Коллегиальность: если решение остаётся в зоне ответственности единственного врача, оно принимается после согласования с группой медперсонала, осуществляющего уход (коллегиальность должна быть соблюдена мнением как

минимум ещё одного врача и представителя группы среднего медицинского персонала).

- Уважение к пожеланиям и ценностям пациента, выраженных в предварительных распоряжениях напрямую или косвенно, или сообщенных доверенному лицу или близким.
- Учет предшествующего состояния пациента, который включает в себя, как минимум, следующие показатели:
    - оценка ослабленности по таблице CFS (см. ниже)
    - возраст (учитывать в основном для пациентов с Covid)
    - сопутствующие заболевания: тяжёлые vs. стабилизированные, одиночные vs. множественные
    - нейрокогнитивное состояние: нормальные когнитивные функции, с незначительными или значительными изменениями
    - кинетика ухудшения общего состояния в течение последних месяцев
- Принятие во внимание текущей клинической тяжести путем оценки органной недостаточности на момент принятия решения, одним из врачей, участвующих в принятии решения, перед осмотром и беседой с пациентом или его окружением:
    - Дыхание: гипоксемия (>6 л/мин O2) или дыхательная недостаточность
    - Гемодинамика: АД ср <90 мм ртутного столба
    - Неврология: шкала комы Глазго (Score de Glasgow) <12
    - Кинетика усиления органной недостаточности
    - Возможное использование показателя SOFA (Sequential Organ Failure Assessment = Последовательная оценка органной недостаточности)
- Оценка комфорта: боль, тревожность, беспокойство, одышка, обструкция, асфиксия, изоляция
- Гарантия сопровождения и ухода для всех, уважительного отношения к человеку и его достоинству.

В данном контексте эти принципы принятия решений применимы как к пациентам с COVID, так и к пациентам без COVID. Клинические и контекстуальные данные, принимаемые во внимание, не являются присущими только пациентам с COVID (возраст, ослабленность, сопутствующие заболевания и т. д.), однако их влияние на принятие решения может зависеть от конкретной ситуации.

Особый случай - отсутствие свободной (реанимационной) койки для пациента, которому предписана реанимация: эта ситуация часто встречалась в Китае, в Италии и совсем недавно во Франции. Этот клинический вопрос связан с наличием одного места для двух пациентов, нуждающихся в госпитализации. Первый логический ответ - передача в другую реанимационную структуру с доступными местами. Регулирующая роль Службы скорой медицинской помощи (SAMU – Service d'Aide Medicale Urgente) и учёт больных в реальном времени Региональным Управлением здравоохранения (ARS - Agence Régionale de Santé) и больничными учреждениями в реальном времени имеют первостепенное значение.

Второй возможностью было бы оптимизировать оксигенацию пациента в структуре терапии, хирургии и акушерства (MCO - Médecine Chirurgie Obstétrique) или в отделении неотложной помощи. Такой ухудшенный вариант действий создает проблемы неоптимальной госпитализации пациента, его лечения и наблюдения, а также предсказуемой перегрузки этих структур, препятствуя приему других пациентов.
В идеале такую ситуацию следует предвосхищать путем создания промежуточных структур, имеющих квалифицированный персонал и оборудование для неинвазивной оксигенации. Однако в условиях серьезной пандемии эти структуры также в конечном итоге будут перегружены, оставляя ситуацию неразрешенной.

Третья возможность избежать потери (жизненного) шанса для пациента, требующего госпитализации, состоит в том, чтобы переместить пациента, уже находящегося в реанимации, для освобождения места. Такое решение способствует ранней экстубации пациентов и их переводу в промежуточную структуру (в том числе с кислородными реле высокого потока) и требует соблюдения сроков принятия решений и возможного введения паллиативной помощи, а также поддержки семей.

В отношении лиц, находящихся в отделениях долговременного ухода (USLD), домах престарелых (EHPAD): в этой среде слабых пациентов с высоким риском заражения

меры по локализации и изоляции должны применяться строго. Кроме того, диспетчеры Службы скорой медицинской помощи (SAMU) должны иметь свободный доступ к любым возможным предварительным рекомендациям и записям, внесенным в медицинскую карту. Таким образом, необходимо иметь возможность обращения к врачу по вызову 24 часа в сутки, чтобы в случае необходимости он участвовал в коллегиальном решении не допуска к интенсивной терапии. Необходимо подумать об оптимальных способах информирования семей по поводу запрета посещений и возможного резкого ухудшения состояния пациента.

Рисунок 1. Шкала клинической ослабленности

Шкала клинической ослабленности*

	1 В очень хорошей форме - Крепкие активные и мотивированные люди. Такие люди обычно выполняют регулярные физические нагрузки. Они относятся к числу наиболее крепких людей своего возраста.		**7 Сильная слабость** – полная зависимость в вопросах самообслуживания, чего бы это не касалось, по причинам физическим или когнитивным. Несмотря на это, их состояние кажется стабильным, а риск их смерти – невысоким (приблизительно в ближайшие 6 мес.)
	2 В форме – Люди без активных симптомов заболевания, но немного менее в форме, чем из катергории1. Они часто выполняют физические нагрузки, или бывают периодически активны, например, в зависимости от сезона.		**8 Очень сильная слабость** – полная зависимость, приближение к концу жизни. Обычно не выздоравливают даже от незлокачественного заболевания.
	3 Неплохо справляется – Люди, чьи медицинские проблемы хорошо контролируются, не проявляющие активность на постоянной основе, за исключением обычной прогулки.		**9 Терминальная фаза** - приближение к концу жизни. К этой категории относятся люди, оценка возможной продолжительности жизни которых составляет менее 6 мес., которые не проявляют ничего, кроме явной слабости.
	4 Ослабленный – Не зависят от других в смысле оказания повседневной помощи, но **их симптомы ограничивают их активность**. Часто жалуются на медлительность и усталость в течение дня.	**Показатели ослабленности у людей с деменцией** Степень ослабленности соответствует степени деменции. **Текущими признаками легкой деменции** являются забывание деталей недавнего события без забывания самого события, повторение одного и того же вопроса и выпадение из социума. **При умеренной деменции** память на короткие периоды сильно изменяется, даже если человек хорошо помнит события из прошлого. Могут заниматься самообслуживанием без напоминания об этом. **При тяжелой деменции** не могут заниматься самообслуживанием без посторонней помощи. *Канадское исследование здоровья и старения, ред. 2008 Etude canadienne de la santé et de vieillissement, révisée en 2008 6. K. Rockwood et coll. A global clinical measure of fitness and frailty of elderly people CMAJ 2005; 173-489-495 © 2007-2009 Version 1.2 Tout droit reserve Geriatric Medicine Research Dalhousie University Halfax, Canada. Autorisation de reproduire a des fins de recherche et d éducation exclusivement. Разрешение на воспроизведение исключительно в исследовательских и образовательных целях.	
	5 Легкая слабость – Люди с признаками явной **медлительности** и имеющие необходимость в помощи в **более сложных аспектах** повседневной жизни (финансы, транспорт, серьезные работы по дому, медикаменты).		
	6 Умеренная слабость - Люди, нуждающиеся в помощи **во всей активности вне дома** и **по дому**. Дома для них часта проблема с лестницами, им необходима помощь **в принятии ванны** и минимальная - при одевании (присутствие, поддержка).		

На практике

Этот процесс принятия решений затрагивает в лучшем случае следующее (см. алгоритм)

1. **Предвидение возможного использования интенсивной терапии в зависимости от первоначальной клинической оценки**
2. Сбор деталей, имеющих отношение к клиническому анализу ситуации
3. Характер самого решения, которое может представлять собой

   a. Не направление для критической помощи (в реанимацию):

      i. Либо вследствие отказа самого пациента и/или его семьи:

      ii. Либо из-за отсутствия признаков тяжести для реанимации (с продолжением лечения, например, кислородной терапии в обычном отделении);

      iii. Либо потому, что направление в интенсивную терапию будет связано с необоснованной настойчивостью (в лечении), определяемой как лечение, не приносящее пользы пациенту, несоразмерное ожидаемой пользе, которое не преследует никакой цели, кроме искусственного — и временного — поддержания жизни ценой страданий пациента и его близких, а также страданий медперсонала. Такое направление также может лишить другого пациента возможности реанимации, в то время как у него будет больше шансов получить от неё благоприятные результаты. Таким образом, будет ли незаконно не допускать больного в реанимацию, если речь идет о необоснованной настойчивости, даже если место было бы доступно.

      iv. У пациента, не допущенного в реанимацию, уход не прерывается, а интегрируется в рамках паллиативного многодисциплинарного лечения, направленного на то, чтобы обеспечить пациенту отсутствие страданий для достойного и спокойного конца жизни в присутствии его близких.

   b. Направление в реанимацию:

      i. С периодической переоценкой (состояния), принимающей во внимание реакцию назначаемых терапевтических средств на нарушение работы органов.

      ii. Это позволяет следить за улучшением от лечения или, наоборот, признавать ситуации неудачного лечения и необходимость изменения целей лечения (переход на паллиативное лечение).

4. В любом случае, любое решение, каким бы оно ни было, и следующие за ним действия должны быть:

- <u>Записаны и обоснованы</u> в медицинской карте пациента, доведены до медицинских бригад и быть легко доступными в случае чрезвычайной ситуации.
- <u>Регулярно пересматриваться</u>, в зависимости от клинических изменений и возможных новых обстоятельств принятия решений, выживаемость пациентов, зависящая от их способности реагировать на длительную симптоматическую терапию в связи с отсутствием подтвержденной этиологической терапии.
- <u>Быть предметом ясного, доверительного и искреннего общения</u> с окружающими и близкими, первый шаг к их сопровождению (значение семейных совещаний и групп психологической поддержки).
- <u>Искренне стремитесь избегать конфликтных ситуаций и смягчать возникшие.</u>

1- ПРЕДУСМОТРЕТЬ
Приток в отделения интенсивной терапии COVID+ пациентов для оксигенации
В домах престарелых/отделениях длительного ухода, в скорой помощи, в терапии, хирургии акушерстве – до клинической тяжести + Прослеживаемость

2- СОБРАТЬ
Данные для принятия решений

ПОЖЕЛАНИЯ ПАЦИЕНТА	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ	ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТА
→ Выраженные → Предварительные распоряжения → Доверенные лица / Близкие	→ Дыхательный → Гемодинамический → Неврологический → Шкала SOFA → (оценка органной недостаточности)	→ Ослабленности = CFS → Коморбидности → Возраст → Нейро-когнитив

АДАПТИРОВАТЬ
Локальные организации
Санитарную обстановку

СКООРДИНИРОВАТЬ
Курс лечения
Обследования

ИНФОРМИРОВАТЬ-ПОДДЕРЖИВАТЬ ОБЩАТЬСЯ
С пациентами
С близкими
С обслуживающим персоналом
С общественностью

3- ПРИНЯТЬ РЕШЕНИЕ
Под ответственность врача после коллегиального обсуждения

ПРИЕМ НЕ ОБЯЗАТЕЛЕН	НЕМЕДЛЕННЫЙ ПРИЕМ	ОТКАЗ В ПРИЕМЕ
Госпитализация МСО Мониторинг Переоценка состояния	С ограничениями или без Переоценка состояния	Госпитализация МСО Паллиативная помощь

Сопровождение в конце жизни

Решение об ограничении или прекращении лечения находится в ведении терапевтов; уход не прекращается.

Помощь пациентам в конце жизни и близкими родственниками должна оставаться приоритетной задачей медицинских бригад в любом случае для пациентов, чьё состояние этого требует, и в лучшем случае поддерживаться паллиативной группой. Это сопровождение в случае перехода к острой паллиативной помощи в лучшем случае осуществляется в тесном сотрудничестве с другими специалистами в области медицины и паллиативной помощи.

Должно быть гарантировано право на соразмерную обезболивающую, соразмерную или глубокую и продолжительную седативную терапию до смерти, предотвращающую любые страдания. Для удовлетворения срочных просьб об облегчении страдания должны быть подготовлены опытными бригадами заранее подписанные рецепты.

Следует поощрять заблаговременное открытие отделений срочной паллиативной помощи для выполнения этой задачи наряду с развитием системы неотложной помощи.

Соображения, представленные здесь, являются рекомендациями, а не официальными "инструкциями". Они гибки по своей природе и несут стремление примирить основные этические императивы благотворительности, уважения самостоятельности и достоинства людей, с одной стороны, и эффективности заботы, равенства, равноправия, социальной справедливости и справедливости в сфере распределения - с другой. Наконец, документированный, объективный и ясный характер изложенных здесь элементов принятия решений призван стать инструментом общения и оказания помощи пациентам, родственникам и медицинским бригадам, основой солидарности и доверия всех в ходе этого испытания.