

Возвращение к работе: рекомендации Британской Ассоциации Неврологов по возобновлению деятельности неврологической службы во время восстановления после пандемии COVID-19

Версия 1. 20 мая 2020 г.

[Starting the Restart: ABN Guidance on recommencing neurology services in the recovery phase of the COVID-19 pandemic Version 1. 20 May 2020]

Подготовлено исполнительным органом Британской ассоциации неврологов (БАН) совместно с консультативными группами субспециалистов.

Перевод сделан группой врачей (Копишинская С.В., к.м.н., доцент, Нижний Новгород; Паюдис А.Н., Белгород; Гасанова А.А., Дербент)

Введение

В начале эпидемии COVID-19, БАН, в сотрудничестве со специалистами других медицинских ассоциаций при помощи Королевского терапевтического колледжа, Royal College of Physicians, поддержали сокращение очных приёмов неврологическими службами для не экстренных больных с целью защитить пациентов и работников, а также высвободить время на планирование перестройки работы службы. Были выпущены рекомендации для выявления групп пациентов с повышенным риском COVID-19 и тех, кому была рекомендована изоляция (применение защитных мер). Поскольку влияние COVID-19 на работу больниц начинает уменьшаться, следующие предложения предназначены для безопасного перезапуска служб. Рекомендации также были подготовлены Королевским терапевтическим колледжем. Эти рекомендации, вероятно, будут обновлены.

Неврологические службы сложны в устройстве и сформированы с учетом местных и региональных требований. Неврологи могут работать в научных центрах, имеющих ряд обязательств по обслуживанию населения. Другие неврологи находятся в районных больницах общего профиля со связями с научными центрами. В некоторых районах есть сеть неврологических центров со стационарными неврологическими койками, которые также связаны с научным центром. Вариации ответа должны быть ожидаемыми и уместными.

Большинству центров, скорее всего, придется справляться с отставанием в работе по ряду услуг. Этот документ предназначен для выделения областей, которые могут потребовать перезапуска сервисов и помощь в расстановке приоритетов.

Оценка риска от COVID-19 должна быть индивидуальной. Это включает в себя риск заражения инфекцией и риск осложнений, связанных с ней. Репродуктивная ценность, R_0 , которая измеряет, сколько людей в среднем будет заражено на каждого заболевшего человека, варьируется во времени и пространстве в Великобритании. Так что, хотя общая заболеваемость вирусной инфекцией может падать, могут сохраняться очаги передачи инфекции в таких местах, как дома престарелых. Персонал из «чернокожего, азиатского и этнического меньшинств» (BAME) и пациенты могут иметь особый риск заражения. Службы должны восстанавливаться так, чтобы обеспечить необходимую защиту всех уязвимых групп, чтобы предотвратить передачу инфекции, а также создать уверенность в безопасности услуг, чтобы обслуживать пациентов с неврологическими симптомами без препятствий.

Существует необходимость сбалансировать текущий риск для пациентов и персонала, контактирующих с COVID-19, а также риск серьезного непреднамеренного вреда, возникающего в результате задержки постановки диагноза и лечения пациентов с неврологическими симптомами. Этот баланс, динамичный и переменчивый, может варьировать по всей Великобритании.

Возможности

Необходимость строгого инфекционного контроля привела к инновациям, которые могут иметь длительные и потенциально перманентные эффекты в клинической практике. Сервисы телефонного и видео-консультирования в клиниках, вероятно, в определенной степени, продолжают функционировать, поскольку они оказались полезными для отдельных групп пациентов. БАН проводит анализ изменений в сервисе и нововведений, чтобы определить, какие из них были признаны эффективными, и что необходимо будет поделиться новой передовой практикой.

Проблемы

Тарифную структуру некоторых услуг необходимо будет изменить, чтобы обеспечить новые методы работы; следует предположить, что дистанционные консультации делятся не

меньше, чем очные консультации, и последующее очное консультирование может быть необходимо для части пациентов на более позднем этапе. Для удаленных клиник требуется меньше физикальной инфраструктуры, что может снизить затраты; однако стоимость удаленной работы (в том числе из дома) должна быть оценена.

Качество цифровой инфраструктуры Национальной службы здравоохранения (NHS) является фактором, ограничивающим скорость; технологические возможности на местах, вероятно, должны быть улучшены для оптимизации работы неврологов и пациентов, включая электронный доступ к медицинской документации.

Работа на дому изменит динамику работы для многих; влияние этого изменения на благосостояние и производительность необходимо оценить.

Ряд мероприятий, которые обеспечивают взаимную поддержку сверстников, обучение и подготовку, необходимо будет переконфигурировать, а в некоторых случаях они могут просто оказаться невозможными; например, трудно совместить групповое обучение с социальным дистанцированием. Потребуется новые способы обучения с использованием технологий.

Разработка рекомендаций для этапа восстановления

Перезапуск сервисов более сложен, чем их отключение. Персонал был перераспределен, а в некоторых регионах все службы переведены. Ряд ограничений в настоящее время появляются. Повторное введение услуг должно быть запланировано и разделено на этапы, и рекомендации могут быть изменены, поскольку новые данные становятся доступными. Ситуация и влияние на персонал и службы динамичны в ответ на распространенность вируса и R0. Поэтому трудно предложить рекомендации по конкретным условиям.

Будет отставание в лечебной деятельности, возникающее на всех этапах пути пациента от отсроченного проявления потенциально серьезного заболевания в первичной помощи до отсроченных исследований во вторичной помощи. Многим тысячам пациентов было отложено запланированное лечение, включая инфузии препаратов при рассеянном склерозе или введение иммуноглобулинов. Короткие задержки в лечении не могут быть опасными, но длительные задержки могут привести к рецидиву заболевания и росте потребности в лечении, которое не может быть предложено из-за ограничений в учреждениях и нехватки персонала.

Приложение в конце этого документа было подготовлено под руководством консультативных групп БАН и предлагает временные рамки для определения срочности различных неврологических служб. Некоторые из предложенных сроков являются желательными и будут значительно различаться между службами. Тем не менее оно дает представление о том, какие службы должны запускаться по мере восстановления.

Ключевые вопросы

Сортировка и расстановка приоритетов

- Сортировка будет неотъемлемой частью восстановления услуг. Будет необходимо рассмотреть приоритетность:
 - Пациентов, регулярно посещающих врача для контроля состояния
 - Тех, кто получает терапию долго длящихся заболеваний
 - Впервые направленных на прием пациентов
- Сортировка обеспечивает полноценный первичный контакт с пациентом, который дает ему чувство уверенности, эффективен и часто дает новое понимание ситуации пациента. Начинать работу можно с телеконсультации, а затем, если необходимо, назначить личную встречу. Королевский терапевтический колледж опубликовал рекомендации¹ по этому вопросу: <https://www.rcplondon.ac.uk/education-practice/courses/effective-remote-consultations>.
- Перестройка нашей относительно жесткой системы для включения этой «гибкости» положительно скажется на пациентах.
- Были разработаны различные модели сортировки, которые могут безопасно и быстро управлять большим потоком пациентов без посещения ими клиники. Советы БАН и руководящая документация приложены [здесь]. Крайне важно, чтобы эта работа была признана отдельными фондами и уполномоченными и включена в планы работы.

Персонал

- Перераспределение персонала: может потребоваться, чтобы сотрудники изменили свое место или профиль работы на время восстановления приоритетных сфер.
- Разные риски для персонала: ВАМЕ персонал, пожилые сотрудники и сотрудники с сопутствующими заболеваниями.

- Нехватка персонала: управление кадровыми потребностями из-за самоизоляции и передислокации, особенно это касается медсестер-специалистов.
- Медсестры-специалисты: приоритетно возвращение к обычной деятельности ключевых групп персонала будет необходимо для возобновления предоставления некоторых услуг, таких как применение болезнь-модифицирующей терапии рассеянного склероза (ПИТРС).
- Комплексные услуги часто предоставляются группами медицинского, сестринского и административного персонала.

Подготовка персонала

- Перераспределенные сотрудники требуют продолжения обучения, даже если они не находятся в своей обычной рабочей обстановке.
- Оптимизация возможностей обучения в виртуальной среде требует значительных усилий и времени. Местами, лекции и преподавание в малых группах были успешны, однако, необходимо подумать о том, чем заменить практические занятия и получение практического клинического опыта.
- Королевский терапевтический колледж опубликовал рекомендации² <https://www.rcplondon.ac.uk/news/towards-new-normal-physician-training-following-covid-19>.

Врачи, занимающиеся наукой

- Врачи, занимающиеся наукой, часто берут отпуск в подготовке на время образовательных циклов «от августа – до – августа». Нужна гибкость в их финансировании и время для завершения их исследований. Это может потребовать изменений в ротации среди стажеров, не занимающихся наукой, или найма дополнительных сотрудников для заполнения их мест.
- Врачам, занимающимся наукой, которые покинули исследовательские посты, чтобы поддержать Национальное здравоохранение Великобритании NHS на штатных клинических должностях может потребоваться поддержка, чтобы возобновить свою работу и, возможно, стоит продлить конец их предполагаемой даты завершения работы, чтобы наверстать потерянное время. Королевский терапевтический колледж опубликовал рекомендации – Поддержка врачей, занимающиеся наукой и студентов в возвращении к исследовательской деятельности³

https://www.rcplondon.ac.uk/news/supporting-clinical-academic-trainees-returnresearch?utm_source=Membership%20Support%20and%20Global%20Engagement%20&utm_medium=email&utm_campaign=11542398_Membership%20-%20COVID-19%20update%20-%202014.05&utm_content=supporting%20clinical%20academic%20trainees%20in%20return%20to%20research%20link&dm_i=1V19,6VE66,OY0DOJ,RKWOF,1

Меры инфекционного контроля

- Важность борьбы с инфекцией и то, как социальное дистанцирование напрямую повлияет на вместимость амбулаторных участков, диагностических учреждений и лечебных служб.
- Необходимость в надежных поставках средств индивидуальной защиты, соответствующих клиническим условиям и индивидуальному уровню риска для персонала и пациентов.
- Быстрый доступ к тестированию на COVID-19 для персонала и членов их семей.

Приложение

Определение приоритетности сервисов.

Консультативные группы БАН оценили вопросы, касающиеся временных рамок, в которые должны проводиться диагностические и лечебные процедуры, для ряда заболеваний. Список этих заболеваний пока еще не полон. С течением времени он будет обновляться и модифицироваться по ходу консультативной работы членов БАН. Некоторые предлагаемые временные рамки могут показаться довольно амбициозными, но, мы надеемся, они смогут послужить почвой для новых идей и рекомендаций по приоритету и восстановлению работы местных служб.

Первичная амбулаторная помощь (неотложная помощь): в течение 1 недели

Рассеянный склероз: сортировка и расстановка приоритетов по телефону – оценка возникающих новых симптомов / рецидивов имевшейся симптоматики (распространенность – 1-3 случая в неделю на миллион человек населения).

Болезнь Паркинсона/болезнь Гентингтона (24 – 72 часа): оценка пациентов с (лекарственно индуцированным) психозом или тяжелым обсессивно-компульсивным синдромом.

Постиктальный психоз: направление в больницу неотложной помощи или оказание помощи посредством телефонной консультации.

Беременность у женщины, страдающей эпилепсией: консультирование по телефону.

Появление слабости, достаточно выраженной, чтобы нарушилась функция конечности и/или появление нарушения функции сфинктера: направление в больницу неотложной помощи.

Оценка и применение методов визуализации при синдромах острого поражения спинного мозга или острой потере зрения [особенно, в контексте спектра оптикомиелит-ассоциированных заболеваний]: направление в больницу неотложной помощи.

Вмешательства (неотложные): в течение 1 недели

При транзиторной ишемической атаке (ТИА) (в течение 24 часов): методы структурной визуализации, включая сосудистую визуализацию, доплерография, ЭКГ/кардиомониторинг, эхокардиография (в отдельных случаях), применение портативных переносимых мониторов сердечного ритма, инициация оптимальных методик вторичной профилактики (антитромботические препараты, статины, антигипертензивные препараты, рекомендации по образу жизни).

При остром инсульте: механическая тромбэктомия, декомпрессионная гемикраниэктомия и другие неотложные нейрохирургические вмешательства, эндартерэктомия (вероятно в течение 10 – 14 дней максимум), способы консервативного лечения. Повторные методы визуализации должны быть доступны для поддержки в принятии решений по методикам лечения на протяжении острой и подострой стадий.

Внезапный приступ головной боли с признаками, заставляющими заподозрить субарахноидальное кровоизлияние – вне зависимости от интенсивности головной боли.

Нейровизуализация при подозрении на субдуральную гематому (особенно после не выраженной травмы головы у представителей релевантных групп пациентов).

Первичная амбулаторная помощь (экстренная помощь): в течение 2 недель

Впервые выявленные / возобновившиеся судорожные приступы – в течение 2-х недель (консультативные учреждения с быстрым доступом к специалистам, предназначенные для пациентов с острыми/подострыми нарушениями (HOT clinic) / Скорая медицинская помощь (A+E) / преемственность и последовательность в оказании помощи (TC - Transitional care).

Уменьшение контроля приступов у пациентов, страдающих эпилепсией (преемственность и последовательность в оказании помощи (TC - Transitional care).

Обращения по поводу ТИА или инсульта: могут быть отложенные срочные обращения, требующие приоритетной оценки в свете значительного снижения числа случаев обращений.

Случаи с прогрессированием симптоматики, ведущим к потере функции (функции конечности, бульбарной и зрительной функций) должны быть подвергнуты сортировке с оценкой приоритета в неотложной помощи.

Головная боль с «красным флажком» с прогрессирующими неврологическими проявлениями (пациенты с проявлениями, заставляющими заподозрить инфекцию ЦНС, сосудистые нарушения головного мозга должны направляться на неотложную помощь).

Вмешательства (экстренная помощь): в течение 2-х недель

МРТ:

- Рассеянный склероз: оценка, включая МРТ при симптомах, которые могут быть рассмотрены как проявления прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии
- Энцефалопатия, которая предположительно имеет аутоиммунный генез или связана с васкулитом
- Фокальные эпилепсии с вероятным наличием объемного образования
- Прогрессирующая неврологическая симптоматика, которая может быть связана с подозреваемой эпидуральной компрессией спинного мозга, особенно часто при онкозаболевании в анамнезе.

Электромиография / исследование проводимости нервов: острая нейропатия

Внутривенные иммуноглобулины: ХВДП или миастения

Биопсия мозга: возможный церебральный васкулит или хроническая миелоидная лейкемия.

Лечение

Применение циклофосфида: васкулиты, поражающие головной мозг или периферические нервы

Плазмаферез: острые рецидивы рассеянного склероза или спектр оптикомиелит-ассоциированных заболеваний; или аутоиммунного энцефалита; или миастении

Каротидная эндартерэктомия: после инсульта.

Первичная амбулаторная помощь: в течение 1 месяца

Слабость, которая может быть признаком миастении или болезни мотонейрона

Зрительная симптоматика, предполагающая повышение внутричерепного давления

Выявленные проявления болезни мотонейрона, предполагающие необходимость чрезкожной эндоскопической гастростомии (PEG) (% потери массы тела и дисфагия)

Выявленные проявления болезни мотонейрона, предполагающие надвигающееся нарушение функции дыхания (утренняя головная боль, ортопноэ, факт дыхательной недостаточности).

Вмешательства: в течение 1 месяца

МРТ/КТ: чтобы исключить тяжелые прогрессирующие заболевания, где анамнеза и физикального обследования для диагностики недостаточно (мультифокальное поражение, потеря равновесия); первый эпилептический приступ.

Люмбальная пункция: диагностика рассеянного склероза, острой и подострой нейропатии, идиопатического повышения внутричерепного давления.

Нейрофизиологическое исследование при острой прогрессирующей нейропатии.

Неинвазивная вентиляция при нервно-мышечной слабости (нейропатия или миопатия).

Биопсия нерва: ХВДП или амилоидоз.

Биопсия мышц: острая миопатия.

Использование натализумаба вместо алемтузумаба, кладрибина и окрелизумаба. Смотрите рекомендации БАН по интервалам между инфузиями и мониторингу⁴
https://cdn.ymaws.com/www.theabn.org/resource/collection/65C334C7-30FA-45DB-93AA-74B3A3A20293/ABN_Guidance_on_DMTs_for_MS_and_COVID_19_VERSION_18_May_FINAL.pdf.

Не поддающаяся терапии кластерная головная боль/первичная головная боль, зависящая от инъекций.

Применение ботулотоксина при дистонии – оценка / замена элементов питания стимуляторов головного мозга [в основном при болезни Паркинсона].

Кардиологические исследования у пациентов с транзиторными потерями сознания, у которых неврологические причины были исключены / признаны маловероятными.

Первичная амбулаторная помощь: в течение 3 месяцев

Не поддающаяся терапии кластерная головная боль/первичная головная боль, зависящая от инъекций.

Амбулаторные консультации по болезни Паркинсона для уязвимых пожилых пациентов, где телефонные консультации не приносят результата. Значительный риск пропустить практические проблемы пациента помимо медикаментозной терапии.

Ботулинотерапия в лечении дистонии: первая оценка.

Прогрессирующая слабость, наводящая на размышления о нервно-мышечном расстройстве: ХВДП, БАС/болезнь мотонейрона, миастения, воспалительная миопатия, митохондриальные заболевания, требующие менее 3-х месяцев для диагностики и лечения.

Вмешательства: в течение 3 месяцев

Рутинные диагностические исследования и оценки, включая МРТ.

Лечение алемтузумабом или кладрибином, которое было отменено или отложено; лечение окрелизумабом было с задержкой или отложено.

Мониторинг анализов крови при ПИТРС.

Оценка пациентов с первично прогрессирующим рассеянным склерозом при лечении окрелизумабом.

Хирургическое лечение лекарственно-резистентной эпилепсии - включая ЭЭГ-видеотелеметрию, внутричерепную ЭЭГ, хирургическое вмешательство по поводу эпилепсии: все в условиях стационара.

Тимэктомия при миастении.

Не поддающаяся терапии кластерная головная боль/первичная головная боль, зависящая от инъекций.

Внутривенные иммуноглобулины: ХВДП или миастения.

Постинсультная реабилитация.

Чрескожная гастростомия.

Ињекции ботулинического токсина.

Ссылки

1. <https://www.rcplondon.ac.uk/education-practice/courses/effective-remoteconsultations>
2. <https://www.rcplondon.ac.uk/news/towards-new-normal-physician-trainingfollowing-covid-19>
3. https://www.rcplondon.ac.uk/news/supporting-clinical-academic-traineesreturnresearch?utm_source=Membership%20Support%20and%20Global%20Engagem ent%20&utm_medium=email&utm_campaign=11542398_Membership%20%20COVID-19%20update%20%2014.05&utm_content=supporting%20clinical%20academic%20trai nees%20in%20ret urn%20to%20research%20link&dm_i=1V19,6VE66,OY0DOJ,RKWOF,1
4. https://www.theBAH.org/resource/collection/65C334C7-30FA-45DB-93AA74B3A3A20293/BAH_Guidance_on_DMTs_for_MS_and_COVID_19_VERSION _18_May_FINAL.pdf