

ОБСУЖДЕНИЯ

РЕАБИЛИТАЦИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Белкин А.А., Авдюнина И.А., Варако Н.А., Зинченко Ю.П., Вознюк И.А., Давыдова Н.С., Заболотских И.Б., Иванова Г.Е., Кондратьев А.Н., Лейдерман И.Н., Лубнин А.Ю., Петриков С.С., Пирадов М.А., Проценко Д.Н., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Супонева Н.А., Шамалов Н.А., Щеголев А.В.

REHABILITATION IN INTENSIVE THERAPY CLINICAL RECOMMENDATIONS

Belkin AA, Avdyunina IA, Varako NA, Zinchenko Yu.P., Voznyuk IA, Davydova NS, Zabolotskikh IB, Ivanova GE, Kondratiev AN, Leiderman IN, Lubnin AYU, Petrikov SS, Piradov MA, Protsenko DN, Stakhovskaya LV, Suvorov AYU, Suponeva NA, Shamalov NA, Schegolev AV

АННОТАЦИЯ

В рекомендациях представлены современные, основанные на позициях доказательной медицины принципы реабилитации пациентов, находящихся в критических состояниях в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Описаны основные причины синдрома «после интенсивной терапии», факторы риска его развития, принципы лечения. Даны современные представления о мобилизации реанимационных пациентов, их социализации. Приведены подходы к организации реабилитации в интенсивной терапии.

Федерация анестезиологов-реаниматологов РФ
Объединение нейроанестезиологов и нейрореаниматологов
Союз реабилитологов России

РЕАБИЛИТАЦИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

РеабИТ

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

2015

Подготовка текста рекомендаций

Белкин А.А., д.м.н. профессор (Екатеринбург)

Редакционная группа:

Авдюнина И.А., к.м.н. (Москва)
Алашеев А.М., к.м.н. (Екатеринбург)
Варако Н.А., к.псих.н. (Москва)
Зинченко Ю.П., д.псих.н, профессор, академик РАО (Москва)
Вознюк И.А., д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
Давыдова Н.С., д.м.н., профессор (Екатеринбург)
Заболотских И.Б., д.м.н., профессор (Краснодар)
Иванова Г.Е., д.м.н., профессор (Москва)
Кондратьев А.Н., д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
Кондратьева Е.А., к.м.н. (Санкт-Петербург)
Куликов А.В., д.м.н., профессор (Екатеринбург)
Лейдерман И.Н., д.м.н., профессор (Екатеринбург)
Лубнин А.Ю., д.м.н., профессор (Москва)
Петриков С.С., д.м.н., профессор (Москва)
Пинчук Е.А., к.м.н., (Екатеринбург)
Пирадов М.А., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН
Проценко Д.Н., к.м.н., (Москва)
Руднов В.А., д.м.н., профессор (Екатеринбург)
Сарана А.М., к.м.н. (Санкт-Петербург)
Сафонова Т.Ю., к.м.н., (Екатеринбург)
Савин И.А., д.м.н., профессор (Москва)
Стаховская Л.В., д.м.н. профессор (Москва)
Суворов А.Ю., к.м.н., доцент (Москва)
Супонева Н.А., д.м.н. (Москва)
Цветков Д.С., к.м.н. (Москва)
Шамалов Н.А., д.м.н., профессор (Москва)
Щёголев А.В., д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)

Утверждено профильной комиссией по медицинской реабилитации и анестезиологии-реанимации
Экспертного Совета МЗ РФ. Председатели Иванова Г.Е. и Молчанов И.В.

Авторы настоящих рекомендаций не сообщают о конфликте интересов. Ни одна фармацевтическая компания на финансировала подготовку данного издания.

Список сокращений

АД	– артериальное давление
В	– вертикализация
ВPS	– Behavioral pain scale (шкала болевого поведения)
ВАШ	– Визуально-аналоговая шкала
ГГ	– гравитационный градиент
ДАД	– диастолическое артериальное давление
ИВЛ	– искусственная вентиляция лёгких
ИМП	– Индекс мобильности Ривермид
ИС	– иммобилизационный синдром
МДБ	– Мультидисциплинарная реабилитационная бригада
ОРИТ	– отделение реанимации и интенсивной терапии
ОСН	– ортостатическая недостаточность
ОЦН	– острая церебральная недостаточность
ПМКС	– полимионейропатия критических состояний
РеабИТ	– реабилитация в интенсивной терапии
САД	– систолическое артериальное давление
СРР	– Союз реабилитологов России
ТЭЛА	– тромбоэмболия лёгочной артерии
ЧДД	– частота дыхательных движений
ЧСС	– частота сердечных сокращений
%SpO₂	– насыщение крови кислородом
GOS	– Glasgow Outcome Scale – шкала исходов Глазго
VSE	– videofluoroscopic swallow examination – видеофлюороскопическое (рентгеновское) исследование глотания
FEES	– fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing – фиброоптическое эндоскопическое исследование глотания-фиброэндоскопия глотания
ICUAW	– ICU -acquired weakness – приобретенная в ОРИТ слабость
mRMI-ICU	– (modified Rivermead mobility index)- модифицированный индекс мобильности Ривермид для ОРИТ

ВВЕДЕНИЕ	5
МЕТОДОЛОГИЯ СОСТАВЛЕНИЯ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ	6
ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ПОНЯТИЯ	10
1. ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПИТ-СИНДРОМА . 18	
1.1. Стратегия анальгоседации для профилактики делирия и ПИТ-синдрома	18
1.2. Делирий как фактор риска ПИТ-синдрома	20
1.4. Профилактика нарушений циркадного ритма у пациентов ОРИТ	21
1.3. Профилактика когнитивно-афферентного диссонанса у пациентов ОРИТ	22
2. МОБИЛИЗАЦИЯ	24
2.1 Профилактика дисфагии как фактора нутритивного дефицита	24
2.2. Выбор технологии мобилизации в условиях ОРИТ	26
2.2. Расчет нагрузок при планировании мобилизации	30
2.3. Вертикализация	30
2.4. Реабилитация больных в условиях ИВЛ	31
2.5. Мониторинг состояния пациентов в процессе мобилизации.	32
3. СОЦИАЛИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ОРИТ	34
4. ОРГАНИЗАЦИЯ РеабИТ	35
4.1. Профессиональные компетенции членов мультидисциплинарной бригады реабилитации в РеабИТ	35
4.2. Расчет стоимости услуг по РеабИТ	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39
Приложение. ОСНОВНЫЕ ШКАЛЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РеабИТ	40
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	45

ВВЕДЕНИЕ

Развитие науки ведет к снижению летальности при проведении интенсивной терапии и определяет ее новый целевой показатель – обеспечение максимально высокого качества жизни пациента. Это неизбежно ведёт к внедрению в структуру интенсивной терапии реабилитационных технологий. Реабилитация на этапе проведения интенсивной терапии (**Ре-аБИТ**) – новое направление в классической реабилитологии, получившее развитие в последние 3-5 лет. Пока нет неоспоримых доказательств того, что РеаБИТ существенно улучшает исходы лечения неотложных состояний, но большинство исследователей полагают, что эти доказательства будут получены при широком внедрении реабилитационных практик в ОРИТ. Это возможно только при условии привлечения врачей реаниматологов к участию в раннем реабилитационном процессе в качестве заинтересованных членов мультидисциплинарной реабилитационной бригады, что является основной задачей настоящих клинических рекомендаций.

Задача разработчиков клинических рекомендаций заключается в донесении до специалистов определённых правил и стандартов, выполнение которых позволит обеспечить раннее восстановление пациента и защитит от неизбежных побочных эффектов интенсивной терапии.

Рекомендации прошли процессы авторской разработки, редактирования и рецензирования под руководством председателей профильных комиссий по медицинской реабилитации и анестезиологии-реаниматологии Экспертного Совета МЗ РФ.

Пересмотр Рекомендаций осуществляется по мере получения новых клинических данных, обобщений приобретённого опыта, но не реже, чем 1 раз в 5 лет.

МЕТОДОЛОГИЯ СОСТАВЛЕНИЯ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронной базе данных
- публикации в профильных медицинских журналах, монографиях

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций явились публикации, вошедшие в базу данных MEDLINE, PUBMED, DiseasesDB, eMedicine. Глубина поиска составила 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества доказательств:

- консенсус экспертов
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных мета-анализов
- систематические обзоры с таблицами доказательств

Описание методов, использованных для анализа доказательств

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная каждым исследователем методология изучалась для того, чтобы убедиться в ее валидности. С целью минимизации субъективного фактора в оценке опубликованных исследований каждое исследование оценивалось независимо минимум тремя экспертами. Итоги оценки обсуждались группой экспертов. При невозможности прийти к консенсусу привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств: таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулировки рекомендаций: консенсус экспертов.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая качественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

внешняя экспертная оценка
внутренняя экспертная оценка

Описание методов валидации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, дос тупность для понимания изложенных интерпретаций приведённых в рекомендациях доказательств.

Получены комментарии со стороны врачей – неврологов, реаниматологов отделений/палат интенсивной терапии и реанимации, специалистов по лечебной физкультуре отношении доходчивости изложения материала и его важности, как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, регистрировались, тщательно анализировались и обсуждались членами рабочей группы. Принятые решения обосновывались и также регистрировались.

Консультации и экспертная оценка

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии в предварительной версии на конгрессе «Нейрореабилитация 2015» в июне 2015 г. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте www.rehabrus.ru для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован так же независимыми экспертами, которых просили прокомментировать, прежде всего, доходчивость, точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций, исполнимость положений и рекомендаций.

Рабочая группа: для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации: сила рекомендаций (А-С), уровни доказательств (I, IIa, IIb, III) и индикаторы доброкачественной практики – good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций с использованием рейтинговой схемы (таблица 1)

Связанные рекомендации профессиональных медицинских сообществ РФ

1. Клинические рекомендации Союза реабилитологов России (СРР) “Вертикализация пациентов в процессе реабилитации” [<http://rehabrus.ru/index.php?id=55>]
2. Клинические рекомендации Федерации анестезиологов России “Седация паци-ентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии» [<http://rehabrus.ru/index.php?id=55>]
3. Национальное руководство СРР “Нутритивная поддержка в неврологии и нейрохирургии” [<http://rehabrus.ru/index.php?id=55>]
4. Клинические рекомендации СРР “Диагностика и лечение дисфагии” [<http://rehabrus.ru/index.php?id=55>]
5. Клинические рекомендации СРР “Постуральная коррекция в процессе проведе-ния реабилитационных мероприятий пациентов с очаговым поражением головного мозга» [<http://rehabrus.ru/index.php?id=55>]
6. Клинические рекомендации по ведению пациентов в состоянии сниженного сознания [<http://rehabrus.ru/index.php?id=55>].
7. РОССИЙСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ. Савельев В.С., Чазов Е.И., Гусев Е.И., Кириенко А.И., Акчурин Р.С., Андрияшкин В.В., Арутюнов Г.П., Бицадзе В.О., Бодыхов М.К., Бри-тов А.Н., Бутенко А.В., Вавилова Т.В., Войновский Е.А., Воробьева Н.А., Вос-канян Ю.Э., Гавриленко А.В., Галстян Г.М., Гельфанд Б.Р., Голубев Г.Ш., Замятин М.Н. и др. [<http://elibrary.ru/item.asp?id=19064392>]