

Тактика действий при острых состояниях с тягостной одышкой

Состояние (предположительно)	Лечение в хосписе (при принятии решения консилиума оставить пациента в хосписе)
ТЭЛА	1. Кислородотерапия при гипоксемии (SpO₂ <90%) 2. Гепарин раствор 5000 МЕ в/в болюсно, разведенный до 5-10 мл 0,9% NaCl 3. Инфузия 0,9% раствора NaCl 0,5-1 л в/в капельно 4. Консультация профильного специалиста с целью решения вопроса о необходимости дополнительной диагностики, антикоагулянтной и реперфузионной терапии, гемодинамической поддержке
Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью (кардиогенный отек легкого)	1. Ацетилсалициловая кислота 150-325 мг перорально 2. Клопидогрель 300 или 600 мг или Тикагрелор 180 мг перорально 3. Придать возвышенное положение головного конца кушетки 4. Нитраты в виде в/в инфузии (при систолическом АД>90 мм рт.ст.): нитроглицерин в начальной скорости 10 мкг/мин (критерий адекватной дозировки – снижение АД на 10-15% у нормотоников и на 25-30% у лиц с АГ, но не ниже 100 мм рт. ст.). При неэффективности скорость инфузии увеличивается на 10-15 мкг/мин каждые 5-10 мин, пока не будет достигнут желаемый эффект (максимально до 200 мкг/мин). Альтернатива – повторное сублингвальное применение нитроглицерина / изосорбида динитрата 5. Раствор Морфина гидрохлорида 5-10 мг, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl; первоначальная доза для опиоид-наивных пациентов 2-4 мг п/к или в/в медленно, при необходимости введение повторяют каждые 5-15 мин по 2-4 мг до купирования боли или возникновения побочных эффектов, не позволяющих увеличить дозу. Опиоид-толерантным пациентам для купирования острой одышки может потребоваться «спасительная доза» опиоида (п/к или в/в), соответствующая 10-25% суточной морфин-эквивалентной дозе. 6. Фуросемид 40-80 мг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl. При недостаточной эффективности доза фуросемида при повторном введении может быть увеличена в 2 раза и более 7. Гепарин раствор 5000 МЕ в/в болюсно, разведенный до 5-10 мл 0,9% NaCl (или п/к без разведения) 8. Кислородотерапия при гипоксемии (SpO₂ <90%) 9. Ингибиторы АПФ / блокаторы ангиотензиновых рецепторов (валсартан при отсутствии противопоказаний в терапевтических дозах). 10. При наличии признаков выраженного беспокойства и возбуждения – транквилизаторы, например, диазепам 2,5-10 мг в/в 11. Консультация профильного специалиста с целью решения вопроса о необходимости дополнительной диагностики, реперфузионной терапии, гемодинамической поддержке

Состояние (предположительно)	Лечение в хосписе (при принятии решения консилиума оставить пациента в хосписе)
Острый bronхообструктивный синдром (на фоне бронхиальной астмы)	1. Сальбутамол 2,5 мг ингаляционно через небулайзер неоднократно* 2. Ипратропия бромид 0,5 мг ингаляционно через небулайзер неоднократно* 3. Преднизолон 40-50 мг 1 раз в сутки Допустимо (в случае неэффективности ингаляционной терапии): 4. Сульфат магния 2 г в/в в течение 20 мин, разведенный до 20 мл 0,9% NaCl 5. Кислородотерапия при гипоксемии ($SpO_2 < 90\%$), интенсивность потока – в зависимости от степени гипоксемии *Предпочтительно применение комбинации сальбутамола и ипратропия бромида. Дозы препаратов подбирают в зависимости от ответа конкретного пациента. В случае отсутствия ответа на лечение, тяжелого БОС следует направить пациента в учреждение, где может быть проведена интенсивная терапия
Инфекции дыхательных путей (в т.ч. пневмония)	Антибиотикотерапия в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями Кислородотерапия при гипоксемии ($SpO_2 < 90\%$), интенсивность потока – в зависимости от степени гипоксемии При тяжелом течении решить вопрос о терапии в ОРИТ
Параканкротная пневмония	1. Улучшение дренажной функции бронхов: муколитики, бронхолитики, отхаркивающие средства 2. Дезинтоксикационная терапия 3. купирование болевого синдрома, спровоцированного параканкротной пневмонией 4. Жаропонижающая терапия при $t > 38$ или меньше, если приносит дискомфорт пациенту 5. Противокашлевые препараты (при упорном мучительном кашле)

Состояние (предположительно)	Лечение в хосписе (при принятии решения консилиума оставить пациента в хосписе)
ОНМК с поражением дыхательного центра	1. Консультация профильного специалиста с целью решения вопроса о продолжении лечения в условиях ОРИТ 2. Купирование гипертонического криза (при наличии) Один препарат из списка: - Урапидил 25 мг в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl - Нитропруссид натрия 0,25-10 мкг/кг/мин в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl - Тринитроглицерин 5-100 мкг/кг/мин в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl - Изосорбида динитрат 1-2 мг/ч в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl - Эналаприлат 1,25-5 мг в/в болюсно - Фуросемид 40-60 мг в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl - Метопролол 5 мг в/в медленно, разведенный до 10-20 мл 0,9% NaCl
Нарушение функции трахеостомической трубки (ТСТ) (миграция/обструкция)	Установка ТСТ в правильное положение/замена ТСТ на дому, в хосписе либо в многопрофильном стационаре Противопоказания для замены ТСТ на дому: • первая замена ТСТ (может проводиться в стационаре паллиативного профиля) • специальный вид ТСТ (например, армированная трубка с фланцем) – только в многопрофильном стационаре • есть осложнения или подозрения на их наличие (с целью диагностики) – только в многопрофильном стационаре: - клинические признаки трахеопищеводного свища, пневмомедиастинума, подкожной эмфиземы - наличие мокроты, интенсивно окрашенной кровью - наличие у пациента признаков или указаний в анамнезе на рубцовый стеноз трахеи выше уровня стояния прежней трубки - наличие в анамнезе размягчения колец трахеи (трахеомалация) по результатам выполненной ранее фибробронхоскопии - развитие у пациента выраженного разрастания грануляционной ткани вокруг наружного отверстия трахеостомы, приводящее к выраженному сужению наружного отверстия и прогнозируемой сложной заменой, а также в связи с риском кровотечения
Аспирация (пищей, инородным телом, мокротой, слюной)	• Прием Геймлиха при необходимости • Вызов бригады СМП для госпитализации в многопрофильный стационар с целью проведения бронхоскопии

Важно!

При развитии острого состояния **на дому** – **ВСЕГДА** вызов бригады СМП. Пациент может отказаться от помощи СМП – в этом случае он пишет для СМП письменный отказ.

При развитии острого состояния **в хосписе** – **консилиум** для определения маршрутизации: вызов СМП и перевод в многопрофильный стационар или продолжение лечения в хосписе при коротком предположительном прогнозе жизни, отказе от перевода пациента и его семьи и т.д.