



**Неотложная медицинская
помощь и лечение при
астматическом статусе**

710 ВОП

Баракова Жазира

- *Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «23» июня 2016 года*
Протокол № 5

- *КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
АСТМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС*

Астматический статус

- Астматический статус – не купирующийся приступ бронхиальной астмы длительностью 6 часов и более с развитием резистентности к симпатомиметическим препаратам, нарушением дренажной функции бронхов и возникновением гипоксемии и гиперкапнии.

Патогенез

В основе развития АС лежат следующие механизмы:

- прогрессирующая функциональная блокада β -адренергических рецепторов;
- выраженное нарушение функции мукоцилиарного барьера с перекрытием просвета воздухоносных путей вязкой мокротой;
- отек слизистой оболочки бронхов;
- гипоксемия, гиперкапния, респираторный и метаболический ацидоз;
- дегидратация, увеличивающая вязкость мокроты и ухудшающая реологические свойства крови;
- развитие острого легочного сердца.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

- ***При анафилактической форме:***
- 0,3-0,5мл 0,18 % раствора эпинефрина на 0,9 % растворе хлорида натрия внутривенно;
- увлажненный кислород через маску;
- внутривенное введение кортикостероидов: глюкокортикоидные гормоны – преднизолон (В) внутривенно суточная доза: 500 – 1200 мг с последующим уменьшением до 300 мг и переходом на поддерживающие дозы;
- ингаляционное введение β 2-адреномиметиков – сальбутамол (А) в/в первоначально 10 мкг/мин, скорость постепенно увеличивается в соответствии с ответом, с интервалом в 10 минут. Максимальная скорость введения 45 мкг/мин до 48 часов.
- аминофиллин (В) вводят медленно по 240 – 480 мг (10-20 мл 2,4% раствора), которые предварительно разводят в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида. Максимальная разовая доза для взрослых – 250 мг; суточная – 200 мг;





- инфузионная терапия, с целью восполнения дефицита жидкости, устранения гемоконцентрации, разжижение бронхиального содержимого – внутривенно вводят 0,9% раствор хлорида натрия (В) средняя доза 1000 мл в сутки в качестве внутривенной продолжительной капельной инфузии при скорости введения 540 мл/час (до 180 капель/минуту).
- При больших потерях жидкости и выраженной интоксикации возможно введение до 3000 мл в сутки. Длительное введение больших доз изотонического раствора натрия хлорида необходимо проводить под контролем лабораторных исследований. 5% раствор глюкозы (В) внутривенно капельно со скоростью 7 мл/мин (150 капель/мин), максимальная суточная доза 2000 мл.
- при прогрессирующем нарушении легочной вентиляции показана искусственная вентиляция легких (ИВЛ).

- **При коматозном состоянии:**

- срочная интубация трахеи при спонтанном дыхании;
- искусственная вентиляция легких;
- при необходимости - сердечно-легочная реанимация.

- **Показания к интубации трахеи и ИВЛ:**

- гипоксическая и гиперкалиемическая кома;
- сердечнососудистый коллапс;
- число дыхательных движений более 50 в 1 МИН

ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

- **Немедикаментозное лечение: не существует.**
- **Медикаментозное лечение:**
- **Перечень основных лекарственных средств:**
 - кислород, мЗ
 - преднизолон 30 мг,
 - натрия хлорид 0,9% - 400,0 мл
 - натрия хлорид 0,9% - 5,0 мл
 - аминофиллин 2,4% - 5,0 мл
 - эпинефрин 0,18% - 1,0 мл
 - декстроза 5% - 400,0 мл
 - сальбутамол раствор для небулайзера 20 мл
- **Перечедополнительных лекарственных средств:**
 - натрия гидрокарбонат 4% – 400,0 мл.

Неотложная помощь

- При первых подозрениях на осложнение заболевания, действовать незамедлительно.
- Первое, что придется сделать, это вызывать бригаду скорой помощи. Пока врачи едут, следует начать предпринимать меры по спасению больного.
- Астматик нуждается в притоке свежего воздуха, форточки в помещении нужно открыть. Всю одежду, которая стесняет грудную клетку необходимо снять или расстегнуть. Больной должен занять удобное положение тела, при котором ему будет легче дышать. Близким людям следует помочь ему в этом.

АЛГОРИТМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Правильная усадка пациента, с опорой на руки. Немедленное устранение аллергена или уменьшение его воздействия. Дайте глоток теплой воды. Откройте окно, обеспечьте приток свежего воздуха.

Ингаляция β_2 -адреномиметиком, препаратом пациента или имеющимся в наличии ингаляционным дозированным бронходилататором (Саламол-Эко, Сальбутамол, Беродуал и т.п.)

При отсутствии эффекта, через 10–15 минут повторить прием бронхорасширяющего средства. Вызов скорой помощи.

Отсутствие эффекта – повторная ингаляция бронходилататора через 10–15 мин, медленное внутривенное введение эуфиллина 2,4% – 10 мл, в разведении 0,9% р-ром натрия хлорида, преднизолон 1,5–2 мг/кг массы тела или эквивалентные дозы других стероидов в разведении, внутривенно медленно.

Отсутствие эффекта – подкожно адреналин гидрохлорид 0,1% – 0,3 мл
В течение часа можно выполнить 4–5 инъекций в общей дозе не более 1,5 мл

Положительный эффект

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Чем может помочь врач?

- Медицинская помощь осуществляется согласно специальному алгоритму:
- Больной должен занять удобное положение тела. Если пациент лежит, верхнюю часть туловища следует приподнять.
- Нехватку кислорода восполняют с помощью оксигенотерапии, через маску больной получает дополнительную дозу увлажненного кислорода из кислородного баллона.
- Подкожно или внутривенно вводят андреномиметики, в эту группу входят такие лекарственные препараты, как Эуфиллин, Тербуталин, Бриканил.
- В некоторых особо тяжелых случаях потребуются ведение преднизолона.
- Больной в состоянии астматического статуса подлежит срочной госпитализации. В реанимационном отделении стационара лечение будет продолжено.

- Дальнейший алгоритм действий будет направлен на принятие мер, которые будут способствовать расслаблению и расширению бронхов. Этого эффекта достигают с помощью медикаментозной терапии. Больному назначают:
- ингаляции через небулайзер с применением Сальбутамола, Атровента, Беродуала;
- внутривенно капельным путем вводят Эуфиллин, это лекарство уменьшает отеки в легких, снимает бронхоспазмы;
- тяжелые приступы снимают глюкокортикоидными препаратами, сюда входит преднизолон, либо комплекс из гидрокортизона и дексаметазона.

Астматический статус

- в/в адреналин или эфедрин 0,3-0,5-1,0
- в/в введение ксантинов (эуфиллин 2,4%), из расчета 5-6 мг/кг в первый час, в последующем доза 1 мг/кг/ч, высшая суточная доза 2г.
- кортикостероиды (преднизолон)
 - а) астм.статус I ст.- 200-400 до 1500 мг/сут
 - б) астм.статус II-III ст. – 2000-3000 мг/сут

Астматический статус

- разжижение мокроты во время астматического статуса рекомендуется осуществлять парокислородными ингаляциями. От использования муколитиков (ацетилцистеин, трипсин, хемотрипсин) лучше воздержаться, т.к их клинический эффект проявляется только в фазе разрешения статуса, т.е когда становится возможным их попадание непосредственно в сгустки мокроты.
- ИВЛ: рекомендуемые параметры- ДО – 700-1000 мл, МОД – до 20л. Неплохой клинический эффект - использование методики ПДКВ
- эндоскопическая санация ТБД
- длительная перидуральная анестезия Т3-Т4
- кратковременный фторотановый наркоз по открытому контуру

Профилактические мероприятия:

- Уменьшение воздействия на пациентов факторов риска:
 - отказ от курения (в том числе пассивного);
 - уменьшение воздействия сенсibiliзирующих и профессиональных факторов;
 - отказ от продуктов, лекарств, пищевых добавок, вызывающих симптомы БА.
 - уменьшение воздействия домашних и внешних аллергенов;
 - нормализация массы тела.
- У пациентов со среднетяжелой и тяжелой БА – ежегодная вакцинация от гриппа. Лечение заболеваний верхних дыхательных путей (ринит, полипы и др.) и гастроэзофагеального рефлюкса (при их наличии)