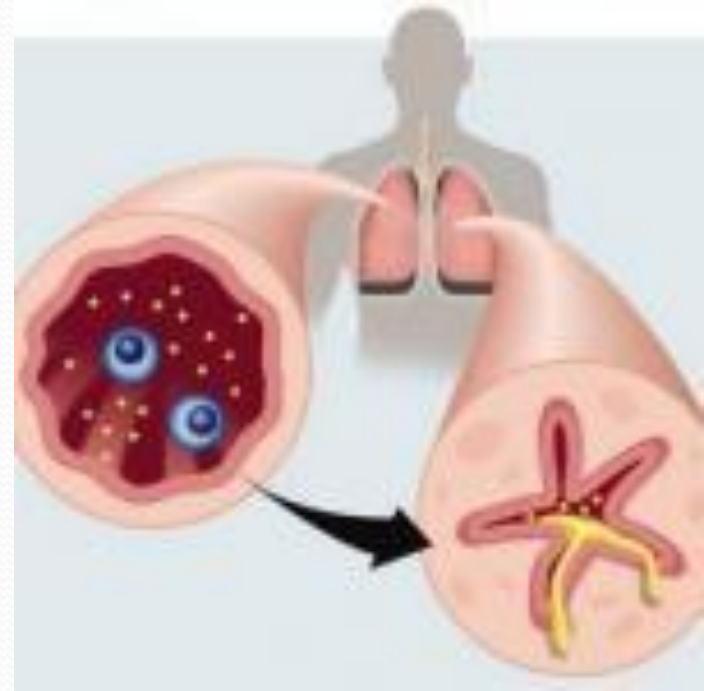


# Астматический статус

● **Астматический статус** (*Status asthmaticus*) — тяжёлое угрожающее жизни осложнение бронхиальной астмы, возникающее обычно в результате длительного некупирующегося приступа. Характеризуется отёком бронхиол, накоплением в них густой мокроты, что ведет к нарастанию удушья и ГИПОКСИИ.



За время короткого и непродолжительного вдоха в легкие поступает больше воздуха, чем выходит во время выдоха из-за закупорки и уменьшения просвета дыхательных путей, это ведет к гипервоздушности и к раздуванию легких. Из-за форсированного выдоха и напряжения мелкие бронхи становятся еще более спазмированными.



● В результате всех этих процессов, воздух в легких застаивается, а в артериальной крови увеличивается количество углекислоты и снижается количество кислорода. Как при обычных по тяжести приступах, так и при астматическом статусе, развивается синдром утомляемости дыхательной мускулатуры.

- Постоянные и малоэффективные нагрузки дыхательных мышц ведут к гипертрофии и к формированию характерной для астматиков формы грудной клетки. Увеличенные в объеме легкие и гипертрофированные мышцы придают ей сходство с бочкой.

# ● Классификация астматического статуса

## ● По патогенезу:

- медленно развивающийся астматический статус
- анафилактический астматический статус
- анафилактоидный астматический статус



- **По стадиям:**

- стадия относительной компенсации

- стадия декомпенсации, когда проведение по легким отсутствует

- кома, наступившая вследствие ГИПОКСИИ

# ● Клинические проявления астматического статуса

- Симптоматика напрямую зависит от стадии астматического статуса и, если его не удастся купировать, первая стадия постепенно может перейти в шоковое состояние, а затем и в кому.



● **I стадия** – относительной компенсации. Пациент в сознании, доступен для общения, ведет себя адекватно и старается занять положение, в котором ему легче всего дышать. Обычно сидя, реже стоя, слегка наклонив корпус вперед и ища точку опоры для рук. Приступ удушья более интенсивный чем обычно, привычными препаратами не купируется. Одышка и ярко выраженный цианоз носогубного треугольника, иногда отмечается потливость. Отсутствие мокроты является тревожным симптомом и указывает на то, что состояние пациента может еще более ухудшиться.

● **II стадия – декомпенсации или стадия немого легкого.** Если приступ не удастся вовремя купировать, то количество непродуктивного воздуха в легких увеличивается, а бронхи еще более спазмируются, в результате чего движение воздуха в легких почти отсутствует. Гипоксемия и гиперкапния в крови нарастают, метаболические процессы изменяются, из-за недостатка кислорода обмен веществ идет с образованием продуктов недораспада, что заканчивается ацидозом крови.

● Пациент находится в сознании, но его реакции заторможены, отмечается резкий цианоз пальцев, западание над- и подключичных впадин, грудная клетка раздута, и ее экскурсия практически не заметна. Отмечаются и нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы – давление снижено, пульс частый, слабый, аритмичный, порой переходит в нитевидный.

● III стадия - стадия гипоксемической, гиперкапнической комы. Состояние пациента крайне тяжелое, сознание спутанное, адекватная реакция на происходящее отсутствует. Дыхание поверхностное, редкое, нарастает симптоматика церебральных и неврологических расстройств, пульс нитевидный, падение артериального давления, переходящее в коллапс.

# Диагностика астматического статуса

- Диагноз ставится на основании симптомов астматического статуса. После оказания первой помощи пациент подлежит экстренной госпитализации в палату интенсивной терапии или в реанимационное отделение.

## Первая помощь

- Учитывая ключевое звено патогенеза астматического статуса — блокаду  $\beta$ -адренорецепторов, основой бронхоспазмолитической терапии служит назначение эуфиллина.

- Категорически противопоказано использование адреномиметиков, антигистаминов, препаратов, угнетающих дыхательный центр, мочегонных.

- Помимо эуфиллина для восстановления бронхиальной проходимости на догоспитальном этапе по показаниям используются кортикостероиды, реанимационные пособия.

Объем помощи определяется стадией астматического состояния и ответом больного на проведенную терапию.

Существенную специфику имеет тактика эуфиллинотерапии.

Для получения клинического эффекта при астматическом статусе необходимо создание и поддержание в крови больного стабильной, значительно более высокой, чем при приступе бронхиальной астмы концентрации препарата.

Это требование достигается проведением быстрой эуфиллинизации с переходом на поддерживающую инфузию, темп которой соответствует скорости выведения эуфиллина.

Если перед началом эуфиллинизации эуфиллин применялся внутрь, стартовая доза уменьшается на 20%, и с учетом реакции ребенка на ее введение модифицируется темп поддерживающей инфузии.

При астматическом статусе I стадии улучшение или восстановление бронхиальной проходимости в большинстве случаев достигается на фоне введения эуфиллина. Больным, находящимся во II стадии, одновременно с началом эуфиллинизации внутривенно вводятся кортикостероиды (2-3 мг на 1 кг массы по преднизолону).



## В III стадии астматического статуса

- эуфиллиноterapia и введение кортикостероидов (более 4—5 мг на 1 кг массы по преднизолону) сочетается с реанимационными мероприятиями.

Во второй-третьей стадиях возможно присоединение сердечной недостаточности.

В этом случае перед началом эуфиллинизации медленно внутривенно вводится возрастная доза

0,05% раствора строфантина в 20 мл физиологического раствора или 5% глюкозы.

● Все больные с астматическим статусом независимо от результатов лечения на догоспитальном этапе подлежат госпитализации. При астматическом статусе III стадии весь рекомендованный комплекс лечебных мероприятий осуществляется одновременно, сначала в домашних условиях, а затем — в процессе транспортировки больного в стационар. Первая врачебная помощь при астматическом статусе оказывается только «Скорой помощью», желательно — специализированными бригадами.