

Занятие 5.

Тема: Отек легких. Этиология. Классификация. Патогенетические варианты развития отека легких. Дифференцированный подход к оказанию неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Цель занятия: на основе теоретических и практических знаний студент должен уметь заподозрить развитие кардиогенного отека легких, оказать неотложную помощь до приезда СМП в условиях стоматологического стационара. Знать причины и клинику респираторного дистресс-синдрома у взрослых. Знать тактику ведения данной категории пациентов в условиях специализированного стационара.

Исходный уровень знаний.

- 1) Этиология отека легких.
- 2) Классификация отека легких.
- 3) Патогенетические варианты развития отека легких.

В результате практического занятия студент должен приобрести и совершенствовать следующие практические и теоретические знания и навыки:

- 1) На основании клинической картины и данных объективного осмотра правильно поставить диагноз, определить вариант отека легких.
- 2) Оценив полученные данные определить объем неотложной помощи в условиях стоматологической поликлиники, с учётом показаний и противопоказаний, на основе принципов доказательной медицины.

Контрольные вопросы:

- 1) Основные этиологические факторы развития кардиогенного отека легких.
- 2) Основные причины развития респираторного дистресс-синдрома у взрослых.
- 3) Особенности оказания неотложной помощи при кардиогенном отеке легких в условиях стоматологического стационара.
- 4) Тактика ведения больных с респираторным дистресс-синдромом у взрослых.

Ознакомьтесь с алгоритмами ведения больных с ОСН

<http://www.medarhive.ru/jour/article/download/803/667>

КАРДИОГЕННЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ

Причины: острый коронарный синдром (инфаркт миокарда), клапанные пороки, гипертоническая болезнь, декомпенсация хронической сердечной недостаточности, тахи-/бради- нарушения ритма сердца, кардиомиопатии.

Диагностика: удушье, инспираторная одышка, усиливающиеся в положении лежа, что вынуждает больных садиться; тахикардия, акроцианоз, потливость, влажные хрипы в легких, обильная пенная мокрота, изменения на ЭКГ (очаговые или рубцовые изменения миокарда, гипертрофия или перегрузка левого предсердия и желудочка, блокада левой ножки пучка Гиса, различные аритмии и/или блокады сердца).

Основные опасности и осложнения:

молниеносная форма отека легких;
обструкция дыхательных путей пеной;
депрессия дыхания;
тахикардия;
асистолия;
ангинозная боль;
невозможность стабилизировать артериальное давление;
нарастание отека легких при повышении артериального давления.

Примечание

- Под минимально достаточным артериальным давлением следует понимать систолическое давление около 90 мм рт. ст. при условии, что повышение артериального давления сопровождается клиническими признаками улучшения перфузии органов и тканей.
- Внутривенно струйно дробно можно вводить только растворы нитроглицерина, не содержащие этиловый спирт (перлинганит и аналоги).
- Сердечные гликозиды (строфантин, дигоксин) могут быть назначены только при умеренной застойной сердечной недостаточности у больных с тахисистолической формой фибрилляции (трепетания) предсердий и при отсутствии признаков их передозировки.
- Аминофиллин (эуфиллин) при кардиогенном отеке легких является вспомогательным средством и может быть показан при бронхоспазме или выраженной брадикардии (помнить о возможном проаритмогенном действии!)
- Глюкокортикоидные гормоны используют при респираторном дистресс-синдроме (аспирация, инфекция, панкреатит, вдыхание раздражающих веществ и т.п.). При кардиогенном отеке легких эти препараты противопоказаны.
- При аортальном стенозе, гипертрофической кардиомиопатии, тампонаде сердца нитроглицерин и другие периферические вазодилататоры относительно противопоказаны.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ

1. Всем пациентам показаны:

- оксигенотерапия, СРАР терапия (режим искусственной вентиляции лёгких постоянным положительным давлением);
- гепарин 5000 ЕД внутривенно струйно;
- коррекция ЧСС (при ЧСС более 150 в 1 мин – ЭИТ, при ЧСС менее 40 в 1 мин – ЭКС).

2. При обычном или повышенном артериальном давлении:

- выполнить п. 1;
- усадить с опущенными нижними конечностями;
- нитроглицерин аэрозоль по 0,4 мг под язык повторно через 3 мин или до 1,2 мг
- нитроглицерин (изокет, динисорб) 10 мг внутривенно капельно в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида, увеличивая скорость введения с 25 мкг/мин до получения эффекта, контролируя АД;
- фуросемид 40-80 мг внутривенно болюсом;
- морфин по 3 мг в/венно дробно до эффекта или достижения общей дозы 10 мг (с осторожностью у пожилых – возможно угнетение дыхания).

3. При умеренной (систолическое давление 80-90 мм рт. ст.) артериальной гипотензии:

- выполнить п. 1;
- уложить, приподняв изголовье;
- добутамин 250 мг в 250 мл изотонического раствора натрия хлорида, увеличивая скорость вливания до стабилизации артериального давления на минимально достаточном уровне;
- при отсутствии добутамина использовать допамин;
- фуросемид 40 мг внутривенно только после стабилизации АД.

4. При выраженной артериальной гипотензии:

- выполнить п. 1;
- уложить, приподняв изголовье;
- допамин 100 мг в 200 мл кристаллоидного раствора со скоростью 5-10 мкг/кг в мин (8-10 капель в мин) до стабилизации артериального давления на минимально достаточном уровне;
- при повышении артериального давления, сопровождающемся нарастающим отеком легких, – дополнительно нитроглицерин внутривенно капельно;
- фуросемид 40 мг внутривенно после стабилизации АД.