

Занятие 6.

Тема: Неотложная пульмонология. Приступ бронхиальной астмы. Клиника, диагностика. Стандарты оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе. Астматический статус. Клиника, диагностика. Стандарты оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Цель занятия: на основе теоретических и практических знаний студент должен уметь распознать клинику приступа бронхиальной астмы, астматического статуса. Должен выбрать тактику оказания неотложной помощи в условиях стоматологического приема на основе принципов доказательной медицины.

Исходный уровень знаний.

1. Приступ бронхиальной астмы. Причины. Клинические проявления.
2. Астматический статус (угрожающее обострение бронхиальной астмы). Патогенез. Клинические проявления.

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 распознать приступ бронхиальной астмы, начальные проявления астматического статуса.
- 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 причины развития приступа бронхиальной астмы.
- 2) Лекарственные препараты для купирования приступа бронхиальной астмы.
- 3) Основные принципы оказания неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы в условиях стоматологического приема.
- 4) Клинические проявления астматического статуса.
- 5) Объем неотложной помощи на разных этапах при развитии астматического статуса.

Ознакомьтесь с клиническими рекомендациями по БА 2018 года

<http://spulmo.ru/download/asthma2018.pdf>

Лечение обострений БА у взрослых

Целями лечения обострений БА является как можно более быстрое устранение бронхиальной обструкции и гипоксемии и предотвращение дальнейших рецидивов. Ведение пациентов с обострением БА на догоспитальном этапе:

Нетяжелые обострения, для которых характерно снижение ПСВ на 25-50%, ночные пробуждения из-за БА и повышенная потребность в КДБА, рекомендуется лечить в амбулаторных условиях.

□ При легком и среднетяжелом обострении БА всем пациентам рекомендуется многократное применение ингаляционных КДБА или комбинаций КДБА и ипратропия бромидом.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: После первого часа необходимая доза КДБА будет зависеть от степени тяжести обострения. Легкие обострения купируются 2–4 дозами КДБА с помощью ДАИ каждые 3–4 ч; обострения средней тяжести требуют назначения 6–10 доз КДБА каждые 1–2 ч. Дозы препаратов подбирают в зависимости от ответа конкретного пациента.

Использование комбинации □2-агониста и ипратропия бромидом сопровождается снижением частоты госпитализаций и более выраженным улучшением ПСВ и ОФВ1.

□ У детей и взрослых с легким и умеренным обострением БА рекомендуется в качестве устройства доставки для короткодействующих бронхолитиков ДАИ +спейсер или небулайзер с подбором дозы в соответствии с эффектом терапии.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

□ В случае отсутствия ответа на лечение рекомендуется направить пациента в медицинское учреждение, где может быть проведена интенсивная терапия.

□ Системные ГКС рекомендуется использовать для лечения всех обострений БА, кроме самых легких.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Назначение системных ГКС особенно показано, если начальная терапия ингаляционными β 2-агонистами не обеспечила длительного улучшения; обострение развилось у пациента, уже получающего пероральные ГКС; предшествующие обострения требовали назначения пероральных ГКС.

Пероральные ГКС обычно не уступают по эффективности внутривенным ГКС и являются предпочтительными средствами.

□ При наличии показаний к назначению системных ГКС рекомендуется использование преднизолона (или его эквивалента) в дозе 40-50 мг/сут 1 раз в сутки в течение 5-7 дней.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: Постепенное снижение дозы системных ГКС в течение нескольких дней не рекомендуется за исключением случаев, когда пациент получал системных ГКС на постоянной основе до обострения.

Тяжелые обострения БА относятся к опасным для жизни экстренным ситуациям.

□ Лечение тяжелых обострений БА рекомендуется проводить в стационарах с наличием ОРИТ.

□ Пациентам с обострением БА и $SpO_2 < 90\%$ рекомендуется назначение небольших доз кислорода (1-4 литра в минуту через носовые канюли).

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: Задачей кислородотерапии при обострении БА является поддержание SpO_2 в пределах 93-95%. Невозможность достичь PaO_2 выше 60 мм рт.ст. при использовании таких доз кислорода может свидетельствовать о наличии истинного шунта, и, следовательно, предполагает другие причины гипоксемии (чаще всего ателектаз доли или всего легкого вследствие полной закупорки бронхов густой вязкой мокротой, возможно также наличие пневмоторакса, пневмонии, легочной эмболии).

Ингаляционные β 2-агонисты являются наиболее эффективными препаратами терапии обострения БА за счет быстроты и выраженности бронхорасширяющего эффекта.

□ Всем пациентам с тяжелым обострением БА в качестве препаратов первой линии рекомендуется использовать ингаляционных КДБА или комбинацию КДБА и ипратропия бромид.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: При использовании небулайзера обычно используют однократные дозы салбутамола** 2.5 мг на 1 ингаляцию. При тяжелом обострении БА рекомендуется использовать следующую схему терапии: в 1-й час терапии проводится 3 ингаляции салбутамола** по 2.5 мг каждые 20 минут, затем ингаляции проводят каждый час до значимого улучшения состояния, после чего возможно назначение препарата каждые 4-5 часов.

Однократная доза салбутамола** при использовании ДАИ со спейсером обычно составляет 400 мкг, кратность введения может значительно варьировать, но, как правило, такая же, как при использовании небулайзера.

Небулайзерная терапия комбинацией β 2-агониста и ипратропия бромид может обеспечивать более выраженный бронхорасширяющий эффект, чем применение препаратов по отдельности. Использование комбинации β 2-агониста и антихолинэргического препарата сопровождается снижением частоты госпитализаций и

более выраженным улучшением ПСВ и ОФВ1. При обострении БА рекомендовано использование ипратропия бромида** при помощи небулайзера в дозе 500 мкг каждые 4-6 часов, возможно и более частое использование (каждые 2-4 часа).

Пациентам с тяжелым обострением БА рекомендуется назначение преднизолона (или его эквивалента) в дозе 40-50 мг/сут 1 раз в сутки сроком на 5-7 дней.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Постепенное снижение дозы системных ГКС в течение нескольких дней не рекомендуется за исключением случаев, когда больной получал системных ГКС на постоянной основе до обострения.

У пациентов с тяжелым обострением БА, неспособных принимать препараты per os вследствие выраженной одышки или проведения респираторной поддержки, рекомендуется парентеральное введение ГКС.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3).

Отмену назначенных системных ГКС рекомендуется проводить только на фоне назначения ИГКС.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: Если пациент получал ИГКС до обострения, прием ИГКС должен быть продолжен в повышенной дозе.

Назначение теофиллина при лечении тяжелых обострений БА у взрослых пациентов не рекомендуется.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: С учетом эффективности и сравнительной безопасности КДБА теофиллин играет минимальную роль в лечении обострений БА. Его применение может сопровождаться тяжелыми и потенциально фатальными побочными эффектами, кроме того, теофиллин уступает β 2-агонистам по выраженности бронхорасширяющего действия.

Подкожное или внутримышечное введение адреналина рекомендуется при неотложном лечении анафилаксии или ангионевротического отека.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: Адреналин не является стандартным средством для лечения обострения БА.

Пациентам с тяжелым обострением БА, рефрактерным к назначению КДБА, рекомендуется назначение магния сульфата.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: На фоне терапии магния сульфатом (2 г внутривенно в течение 20 мин однократно) показано уменьшение продолжительности госпитализации у некоторых пациентов с БА, включая взрослых с ОФВ1 <25-30% от должного на момент поступления, взрослых и детей, у которых нет ответа на начальное лечение и имеется стойкая гипоксемия, а также детей, у которых ОФВ1 не достигает 60% от должного через 1 час после начала лечения. Следует соблюдать осторожность при назначении магния пациентам со снижением функции почек.

Терапию кислородно-гелиевой смесью рекомендуется рассматривать в качестве дополнения к медикаментозной терапии у пациентов с тяжелым обострением БА, не ответивших на стандартное лечение.

Проведение неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ) рекомендуется больным с обострением БА при наличии тяжелой одышки, гиперкапнии, клинических признаков повышенной работы дыхательной мускулатуры, но без признаков утомления мышц и без нарушения уровня сознания (оглушение или кома).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

ИВЛ рекомендуется при обострении БА в следующих случаях:

Остановка дыхания;

Нарушение сознания (сопор, кома);

- Нестабильная гемодинамика (систолическое артериальное давление (АД) <70 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) < 50 мин в мин или > 160 мин в мин);
 - Общее утомление, «истощение» больного;
 - Утомление дыхательных мышц;
 - Рефрактерная гипоксемия (парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (PaO₂) < 60 мм рт.ст. при фракция кислорода во вдыхаемой газовой смеси (FiO₂) > 60%).
- Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3)