



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051PO001-6.2.02
„ПУЛСС - Практически увод в лечението на спешни състояния“
Инвестира във вашето бъдеще!



Европейски социален фонд

АСТМА — КРИЗИ ▶▶▶





Европейски съюз



Бронхиалната астма представлява алергично хронично възпалително заболяване на дихателните пътища, което се характеризира с повтарящи се пристъпи на задух. Последният се дължи на преходен спазъм на мускулатурата на дихателните пътища, оток на бронхиалната лигавица и свръхсекреция на бронхиалните жлези. От бронхиална астма страда около 5% от населението. За съжаление нейното разпространение непрекъснато расте и тя започва от все по-ранна възраст, като вече не са рядкост доказаните случаи на бронхиална астма при деца на 2-3 години.

За възникването на бронхиална астма играят роля множество фактори, част от които не са добре изяснени: Алергични фактори - имат значение при 70-90% от болните с бронхиална астма. Според вида и пътя на проникване алергените се разделят на външни и вътрешни.

Клинични форми: според водещата причина и имунологичен механизъм бронхиалната астма се разделя на:

1. Атопична бронхиална астма - с водеща роля на външни алергени. Най - честите антигени са гомашен прах, полени, пух и перушина и др. Тази форма на бронхиална астма се среща предимно при лица под 35 годишна възраст /най - често у деца и юноши/.
2. Инфекционно - алергична бронхиална астма - етиологична роля играят инфекциозни процеси в дихателните пътища, най - често в горните, по - рядко в периферните бронхиектазии или в други органи.
3. Смесена бронхиална астма: установяват се данни както за атопична, така и за инфекциозно - алергична бронхиална астма.
4. Други форми: „аспиринова“ астма; провокирана от физически усилия астма и др.

Най-характерен признак на бронхиалната астма е асмастичният пристъп с настъпване на силен задух. Понякога като предвестник на пристъпа се появява кихавица, суха кашлица или неспокойствие. Асмастичният пристъп настъпва най-често нощем. Болните се събуждат с чувство на тежест в гърдите и липса на достатъчно въздух. Те са неспокойни и изплашени. Дишането е забавено, вдишването е кратко и повърхностно, а издишването е удължено и свирещо. Асмастичният пристъп протича с различна тежест и продължителност. Нерядко пристъпът е продължителен и тогава настъпва т. нар. асмастичен статус.

В развитието на един пристъп можем да различим три основни фази:

1. Фаза на предвестниците на пристъпа. Тази фаза настъпва няколко минути, часове, а понякога и дни преди пристъпа и се характеризира с различни по характер и интензивност симптоми: обилна и водниста хрема, кихане, чувство за сухота и гразнене в носа и очите, пристъпна кашлица със затруднено отделяне на храчки и др.
2. Фаза на задух - характеризира се с поява на силен пристъпен задух, като най-затруднено е издишването. Задухът се съпровожда от чувство за силно безпокойство и от усещане за стягане в гърдите. Често пристъпът на задух настъпва през нощта и в тези случаи не рядко липсват предвестници. Нощната честота на пристъпите е по-голяма, тъй като



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ПРОЕКТ BG051PO001-6.2.02

„ПУЛСС - Практически увод в лечението на спешни състояния“

Инвестира във вашето бъдеще!



Европейски социален фонд

тогава надбъбреците отделят най-малки количества кортизол и катехоламини — вещества с противоалергично действие, а от друга страна тогава активността на вагусовата нервна система е най-висока (тя отговаря за повишения тонус на гладката мускулатура на дихателните пътища и нейната свърхактивност може да предизвика спазъм на тази мускулатура). По време на пристъп вдишването става много кратко, а издишването става много по-продължително (2-4 пъти по-дълго) и се съпровожда от свиркащи и свистящи хрипове, които често се чуват и от разстояние. При някои болни по време на пристъп вдишването и издишването са еднакво затруднени. Опитвайки се да облекчи дишането болният заема принудителна поза, при която усещането за недостиг на въздух и за задух са по-слаби. Болният е седнал с наклонено напред тяло и с лакти, които са опрени в коленете или се захваща за някаква опора — облегалка на стол, край на маса, перваз и др. В повечето случаи лицето е бледо, а в по-тежките случаи и със синкав оттенък и е покрито със студена пот. При вдишване ноздрите на носа се разширяват. Гръдният кош се намира в положение на максимално вдишване и в дишането се включват мускулите на раменния пояс, на гърба, на гръдния кош и на коремната стена. Често шийните вени са изпъкнали. В някои от случаите дишането се прекъсва от спастична кашлица, която обикновено е суха. Ако има хрипки, обикновено те са оскъдни, гъсти и се отделят много трудно, като това най-често става в края на пристъпа. Пулсът е слабо напълнен и учестен. Горната граница на артериалното налягане се снижава, а не рядко долната граница на кръвното се повишава, като при някои болни е налице тенденция към изразена хипертонична реакция.

3. Обратно развитие на пристъпа. Пристъпът на задух може да завърши бързо, без каквито и да било видими последици за белия дроб и сърцето. За частие, сравнително много по-рядко пристъпът може да се задълбочи и да доведе до развитие на дихателна недостатъчност и до нарушение в сърдечно-съдовата дейност.

В помощ на клиничната картина са и характерни лабораторни данни, като: Евантуално еозинофилия с увеличение на ЕСР (еозинофилен катионен протеин) в кръвта и хрипките. При алергична астма общият и специфичният IgE са увеличени. При неалергична инфекциозна астма — евантуално левкоцитоза и ускорена СУЕ.

ЕКГ: синусова тахикардия, евантуално признаци на десностранно обременяване: P-pulmonale, изместване на сърдечната ос надясно при съпоставка с предишни ЕКГ-записи, евантуално десен бедрен блок. От рентгенографията: показва прераздути (свърхпросветлени) бели дробове с нисък стоеж на диафрагмата и стеснен сърдечен силует.

Изследване на дишането: ФЕО1 е намален; налице е обратимост на бронхиалната обструкция, ако при бронходилататорния тест след инхалиране на бета-2-миметици ФЕО1 е повишен с най-малко 20%. Максималният експираторен дебит (peak flow) намалява (представлява неспецифичен тест, който обаче е важен при осъществяването на самостоятелен контрол от страна на пациента). При изразена обструкция се наблюдава понижаване на виталния капацитет при повишен ОО вследствие „заключения“ в гръдния кош въздух („trapped air“) и изместване средното положение на дишането към инспириум. Повишено съпротивление на дихателните пътища (резистанс);



Европейски съюз



Лечение:

За лечение се използват две основни групи медикаменти.

1. За облекчаване на острата симптоматика — използват се при нужда и действат бързо за преодоляване на бронхиалната обструкция и придружаващите остри симптоми (свиркащо дишане, стягане в гърдите и кашлица). Прилагат се при екзацербация на всички форми на бронхиална астма в детската възраст.
2. За контрол — прилагат се ежедневно продължително време за достигане и поддържане на контрол върху астмата.

Лечението на астматичните пристъпи се извършва в интензивно отделение под наблюдение на сърдечно-съдовата и дихателната система, контрол на водно-електролитното равновесие.

Медикаментите за контрол са:

- Инхалаторни глюкокортикостероиди.
- Системни глюкокортикостероиди.
- Антилевоксотиени.
- Натриев кромогликат (кромолин натрий), недокромил натрий.
- Метилксантини.
- Инхалаторни β_2 -агонисти с удължено действие и перорални β_2 -агонисти с удължено действие (заедно с ИКС).
- Инхалаторни КС в съчетание с дългодействащи β_2 -агонисти (Seretide, Simbicort).

Спешна медицинска помощ при астматична криза.

Заемане на сегащо положение.

Кислородолечение: В зависимост от тежестта на хипоксията нужният кислород (2 — 4 l/min) се внася през назална сонда. Да се следи за признаци на потискане на дишането и съевременно да се премине към асистирано (командно) обдишване.

Глюкокортикостероиди i.v. — са първа линия на избор при овладяване на астматичната криза. Кортикостероидите имат мощен противовъзпалителен ефект, намаляват бронхиалната хиперреактивност, секрецията на мукус и отока на лигавиците, увеличават броя на бета-адренорецепторите в белите дробове и повишават чувствителността им към действието на β_2 -агонистите. Нежеланите ефекти от парентералното им и перорално приложение са в значителна степен редуцирани при инхалаторните кортикостероиди

Бронходилататори: Взема се предвид подходящото лечение. Интравенозно се внася теофилин (при контрол на плазмените нива) и/или бета-2-миметик i.v. или под формата на спрей. Важно: При предшестваща употреба на дозиран аерозол интравенозното внасяне на симпатикомиметици не е съвсем безопасно (тахикардии, хипокалиемия и др.). Парентерално лечение със симпатикомиметици се препоръчва само у млади пациенти и при пулсова честота под 120 — 130 удара/минута. При останалите се предпочита парентерално лечение с теофилин при контрол на плазменото му ниво.



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ПРОЕКТ BG051PO001-6.2.02

„ПУЛСС - Практически увод в лечението на спешни състояния“

Инвестира във вашето бъдеще!



Европейски социален фонд

Секретолитици: адекватно оводняване, евентуално антибиотици, глюкокортикостероиди. Евентуално апаратно дишане, ендоскопско аспириране и бронхиален лаваж:

Индикации: при остра дихателна недостатъчност с $pO_2 < 50$ и $pCO_2 > 55$ Torr и респираторна ацидоза. При съществуваща хронична хиперкапния могат да бъдат толерирани и по-високи стойности на pCO_2 . Мускулното изтощение на диафрагмата с парадоксален инспираторен тираж (хълтване) на коремната стена, както и прогресиращото помрачаване на съзнанието представляват показания за провеждане на обдишване. При неефективно механично обдишване вследствие застоя на секрет в бронхите се прибегва до бронхоскопски лаваж (употреба на 0.9%-ен солеви разтвор).

Профилактика на стрес-улкуса (например даване на H_2 -блокери или антиацидни средства).

При астматичен статус да се избягват: антитусивни (противокашлични) средства, бетаблокери, ацетизал, сегатива (потискат дишането), парасимпатикомиметици (Piloscарpin, Carbachol и др.), катетеризация на подключичната вена (повишена опасност от пневмоторакс).

По възможност дигиталисовите препарати също трябва да бъдат избягвани (опасност от ритъмни нарушения вследствие на хипоксемията и действието катехоламините).

Всеки пристъп на бронхиална астма трябва да бъде възприеман като сериозно състояние и пациентът трябва да бъде закаран в болница и подложен на интензивен медицински контрол.

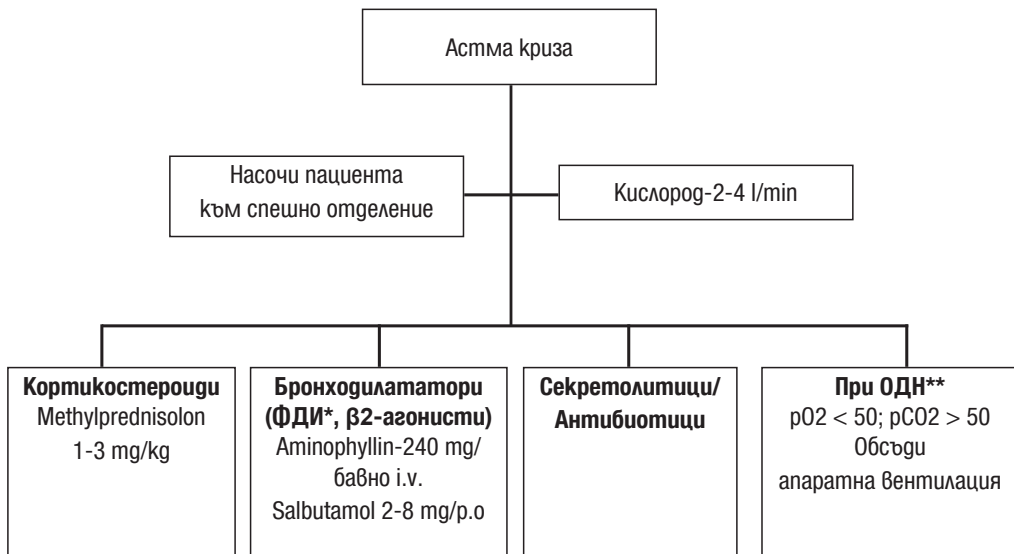
Да не се предприемат прибързани агресивни терапевтични мерки (интубация и обдишване) преди изчерпване на всички останали възможности.

Лечението на астмата включва четири основни компонента. Първият от тях е свързан с **отстраняване на контакта с алергена**, предизвикващ алергичното възпаление. Вторият голям компонент в лечението на астмата е **фармакотерапията** — област, в която непрекъснато се постигат успехи. При избора на лекарство се предпочитат локални средства, които да действат на болния орган, без да засягат целия организъм, каквито са именно са инхалаторните кортикостероиди. От тази група медикаменти на фармацевтичния пазар се предлагат моно- и комбинирани препарати. Моностероидните лекарства се предписват при по-леките форми на астмата. А комбинираните препарати, в чийто състав са включени стероид и дългодействащ бета-2 агонист, се използват при по-тежки форми на заболяването. Острите пристъпи се овладяват с бързодействащи бета-2 агонисти. Напоследък в лечението на тежката астма бе отбелязан решителен пробив със синтеза на моноклонално антитяло срещу имуноглобулин Е. Друга група медикаменти за лечението на астмата са антилевкотриените. Левкотриените са възпалителни медиатори. Антилевкотриените се вземат под формата на перорални таблетки и се предлагат в разновидности за деца и за възрастни. Третият голям метод за лечение е **алерген-специфичната имунотерапия**. Представлява постепенно въвеждане на алерген, към който е чувствителен пациентът, в гози и по-специална схема — целта е болният да получи имунен толеранс и да не реагира към съответния алерген. Алерген-специфичната имунотерапия се прилага по два начина — чрез подкожно инжектиране или с накапване под езика. Четвъртият компонент в терапията на астмата, който не трябва да бъде пренебрегван, е **обучението на болния**. Пациентът



с астма и неговото семейство трябва да бъдат запознати с естеството на болестта. Астматикът трябва да бъде обучен как да прилага инхалаторните препарати. Освен това той трябва да бъде убеден, че лечението на астмата трябва да се прави и тогава, когато болният няма оплаквания и пристъпи. Добре е и пациентът да бъде обучен как да използва апарат за измерване на дишането, с който в домашна обстановка регулярно да измерва този показател.

Поведение при астма - криза



* Фосфо-диестеразни инхибитори

** Остра дихателна недостатъчност