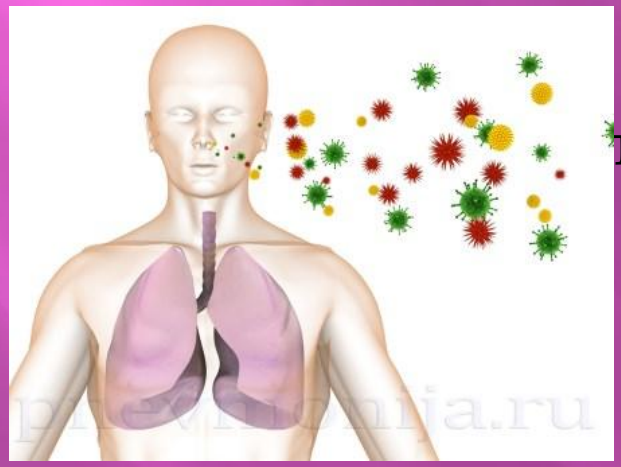
КАЗАХСТАНСКО-РОССИИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

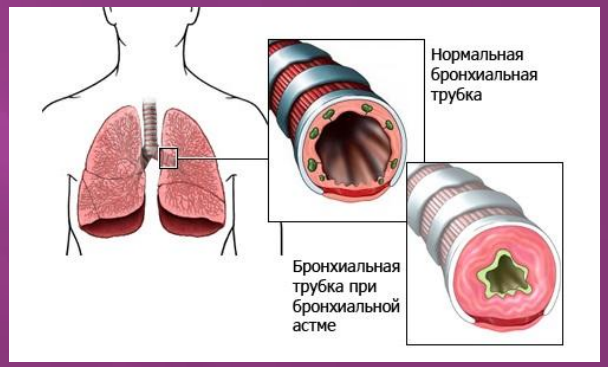
Бронхиальная астма



тудент : Рахманбердиева. Ж.Б
504-А О.М

Бронхиальная астма

- Бронхиальная астма — это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, проявляющееся приступами одышки, которые зачастую сопровождаются кашлем и могут перерастать в приступы удушья. Это происходит из-за того, что дыхательные пути чрезмерно реагируют на разные раздражители. В ответ на раздражение они сужаются и вырабатывают большое количество слизи, что нарушает нормальный ток воздуха при



ВИДЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

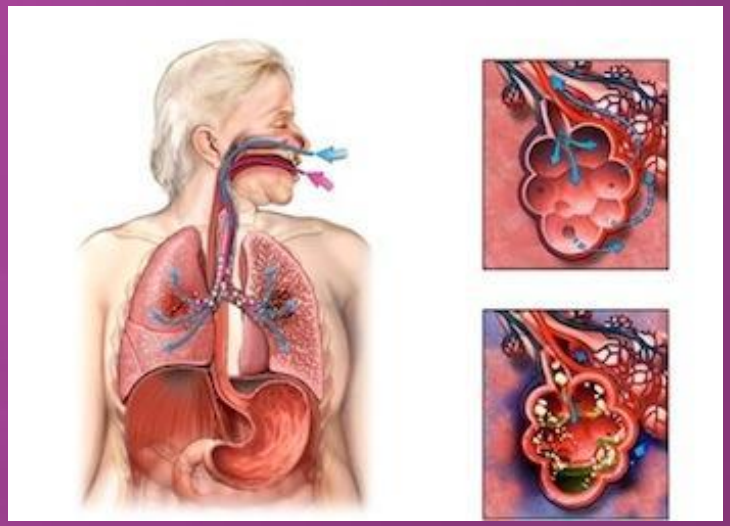
- 1. Аллергическая или атопическая астма, проявляющаяся под воздействием аллергенов (пыльца растений, домашняя и производственная пыль, шерсть домашних любимцев, различные грибки, иногда пищевые продукты). Симптомы такой астмы: прерывистое, хриплое, свистящее дыхание, признаки легкого удушья, сухой кашель с выделением мокроты.
- 2. Астма неаллергическая, проявляющаяся на вредном производстве, или в результате нервных расстройств и эндокринных нарушений, или после принятия каких-либо лекарств, или после перенесенных инфекционных болезней.
- 3. Астма смешанная, когда бронхи реагируют и на аллергические раздражители и на неаллергические.
- 4. Астма неуточненная, если не ясно, какие факторы привели к развитию астмы

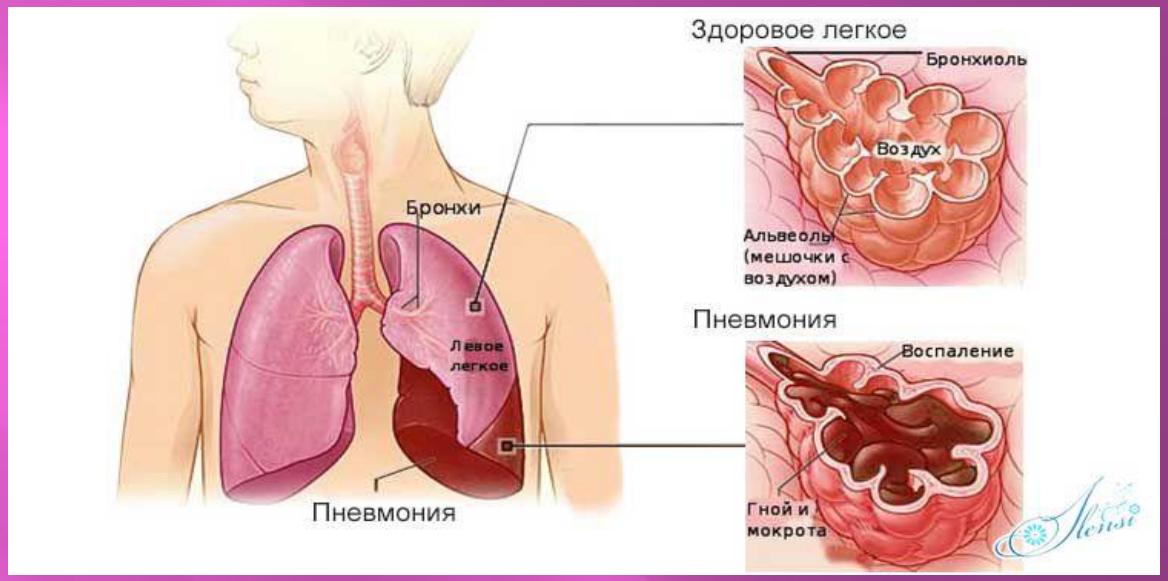
- 1. Легкую форму, при которой приступы происходят дважды в неделю и проявляются кашлем, одышкой во время выдоха, хрипотой, которые проходят сами, без помощи лекарств.
- 2. Форму средней тяжести, когда приступы случаются более трех раз в неделю, нарушен сон и работоспособность, и чтобы остановить, купировать приступы, требуется применение лекарственных препаратов.
- 3. Тяжелую форму (затяжную), при которой приступы происходят регулярно (ежедневно) и могут длиться по несколько дней, наблюдается астматическое состояние (удушье), и применение лекарственных препаратов – жизненно необходимо

Как это проявляется?

- Наиболее характерными признаками бронхиальной астмы являются:
- кашель — может быть частым, мучительным и постоянным. Кашель может ухудшаться ночью, после физического усилия, после вдыхания холодного воздуха;
- экспираторная (с преимущественным затруднением выдоха) одышка — дыхание может быть настолько ограничено, что это вызывает страх невозможности выдохнуть;
- свистящие хрипы, слышные на расстоянии — вызываются вибрацией воздуха с силой проходящего через суженные дыхательные пути;
- удушье.

- главный признак бронхиальной астмы у взрослых – это астматический приступ, которому часто предшествуют выделения из носа, раздраженное состояние, слабость и зудящая кожа. В зависимости от вида астмы приступ может иметь различную продолжительность, форму и течение. Бывает бронхиальная астма, выражающаяся только кашлем. Это так называемая кашлевая форма астмы, распространенная среди детей.





- При тяжелой или острой бронхиальной астме человек во время приступа дышит ртом, используя для облегчения дыхания через суженные дыхательные пути мускулатуру плеч, шеи и туловища. Кроме того, когда дыхательные пути сужены, вдыхать легче, чем выдыхать. Происходит это потому, что вдох — процедура привычная для нашего организма, и мышцы груди натренированы на это движение.

ДИАГНОСТИКА

- **Жалобы и анамнез:** эпизодическая экспираторная одышка, в утреннее или ночное время, после физических нагрузок (особенно в холодную погоду), на фоне инфекционного заболевания верхних дыхательных путей, при контакте с аллергенами, такими как пыльца, «домашний клещ» или аллергены животного происхождения; свистящие хрипы; чувство стеснения в груди; кашель может быть сухим, но часто выделяется слизистая мокрота; приступы затрудненного, свистящего дыхания; приступы удушья, преимущественно в ночное время; сухие хрипы, одновременно с одышкой; раздувание крыльев носа.

- **Физикальное обследование:** появляется экспираторная одышка в утреннее или ночное время; при вдохе происходит втяжение межреберных промежутков; в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура; появляются шумное, свистящее дыхание, сильные хрипы; цианоз носогубного треугольника, ушных раковин, кончиков пальцев; ребенок испытывает беспокойство, чувство страха, чувство стеснения в груди, старается принять вынужденное положение сидя; кашель с трудноотделяемой обильной мокротой; приступы удушья, преимущественно в ночное время, на высоте приступа - повышение артериального давления; тахикардия; аускультативно - диффузные, сухие, свистящие или влажные разнокалиберные хрипы.
  Приступы купируются (введением парентерально, ингаляционно) адреномиметиками, необязательно в стационаре.
  Перкуторно во время приступа определяется коробочный оттенок звука.

Инструментальные исследования

- Рентгенологическая картина: усиление легочного рисунка; нередки ателектазы с преимущественной локализацией в средней доле правого легкого или небольшие участки сегментарных ателектазов, которые иногда принимают за пневмонию. В периоде обострения характерны признаки эмфизематозного вздутия легочной ткани, уплощение куполов диафрагмы, горизонтальное расположение ребер и другие признаки бронхиальной обструкции

- Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) - **спирометрия**: определяет степень обструкции и обратимость обструкции, что особенно важно при бронхиальной астме.

Пикфлоуметрия - мониторирование пиковой скорости выдоха (ПСВ) показатель стабильности состояния и тяжести течения БА

Основные диагностические мероприятия:

- - общий анализ крови(6 параметров);
- - анализ крови биохимический (билирубин, АЛТ, АСТ, мочевина и глюкоза);
- - общий анализ мочи;
- - цитология мокроты;
- - определение уровня общего Ig E;
- - исследование функций внешнего дыхания (пневмотахометрия, пикфлоуметрия)

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- **Лабораторные исследования:** умеренная эозинофилия, возможно тромбоцитопения, лейкопения в крови, цитология мокроты - аллергическое воспаление, повышение уровня эозинофилов, лейкоцитов, слизи, флоры. Учитывая вероятность бактериальной сенсибилизации в возникновении бронхиальной астмы, у некоторой части больных требуется выявление причинно-значимого агента, с учетом чувствительности к антибиотикам - бакпосев мокроты - бактериальная флора; повышение уровня общего Ig E в сыворотке крови

ЛЕЧЕНИЕ

- **Медикаментозное лечение:** купирование приступа БА следует начинать с назначения В2-агонистов, действующих избирательно на В2-адренорецепторы гладкой мускулатуры бронхов (сальбутамол, фенотерол) в 1-ой ингаляции 100 мкг. При среднетяжелом и тяжелом приступном периоде 4-5 раз в день, с 4-6 часовым интервалом.

  Для купирования приступа БА, при неэффективности В2-агонистов, как дополнительное средство с целью усиления их бронхолитического действия применяют в комбинации с В2-агонистами препараты антихолинергического действия - ипратропиум бромид (атровент), дозированный аэрозоль, назначают по 1-ой ингаляции 3-4 раза, раствор для ингаляции до 6 лет - 125-250 мкг 3-4 раза, от 6 до 14 лет - 250 мкг (20 капель), старше 14 лет - 250-500 мкг на ингаляцию.

- Для купирования приступа БА применяется комбинированный бронхоспазмолитический препарат фенотерол+ипратропиума бромид (беродуал), дозированный аэрозоль по 1-2 ингаляции до 4-ех раз в день. Для небулайзерной терапии до 6 лет 0.5 мл (10 капель) на одну ингаляцию, от 6-14 лет 0.5-1 мл (10-20 капель) 3-4 раза в день; №10-1 месяц; курс 20 мл - 120 мл.

- Противовоспалительная базисная терапия: ингаляционные глюкокортикостероиды, с учетом их высокой противовоспалительной активности - беклометазон, флутиказон, сальметерол+флутиказон (беклазон, серетид, фликсотид). Беклазон Эко 100 мкг 2-4 раза при среднетяжелом течении 400-600 мкг, тяжелом течении 600-800 мкг\сутки, длительность применения не менее 4-6 месяцев, кус в стационаре 12000- 24000 мкг.

- Флутиказон пропионат 2 раза в день при среднетяжелом течении 200-400 мкг\сут., тяжелом течении 400-600 мкг\сут., длительность применения не менее 4-6 месяцев, курс в стационаре 6000-18000 мкг.

- Флутиказон, сальметерол (серетид) при среднетяжелой форме 100\200 мкг до 100-500 мкг\сут. 2 раза, при тяжелой форме 100\500 мкг до 100\1000 мкг\сут., длительность применения не менее 4-6 месяцев, курс в стационаре 3000\6000-3000\30000 мкг. У детей младше 5 лет эффективность ингаляции повышает использование специальных спейсеров и бебихалеров.

- Показаны в раннем возрасте - кетотифен (кромоны). Назначаются длительно 2-6 мес.. Кетотифен при легкой степени по 1\2 таб. 2 раза, курс - 30 таблеток.

- При кашле с трудноотделяемой мокротой - амброксол гидрохлорид, ацетилцистеин (Амбробене, Лазолван, Атик, N-АЦ рациофарм) раствор для небулайзера 7.5 мг\мл, до 2 лет 1 мл 2 раза, 2-5 лет 1 мл 3 раза, 5-12 лет 2 мл 2-3 раза, в\м введение до 2 лет 1 мл 2 раза, 2-5 лет 1 мл 3 раза, 5 лет и старше 2 мл 2-3 раза, 5-14 дней, курс 10 мл - 84 мл.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- **Показания для госпитализации:** плановое.
- 1. Приступ удушья.
- 2. Выраженная одышка.
- 3. Свистящее дыхание и видимая одышка с участием вспомогательной мускулатуры, не купирующаяся после двух ингаляций сальбутамола.
- 4. Затянувшийся приступ обструкции (продолжается непрерывно в течение 3 дней или возобновляется через короткие интервалы).
- 5. Неэффективность терапии на амбулаторном этапе.
- 6. Для проведения высококвалифицированной диагностики и коррекции базисной терапии.