

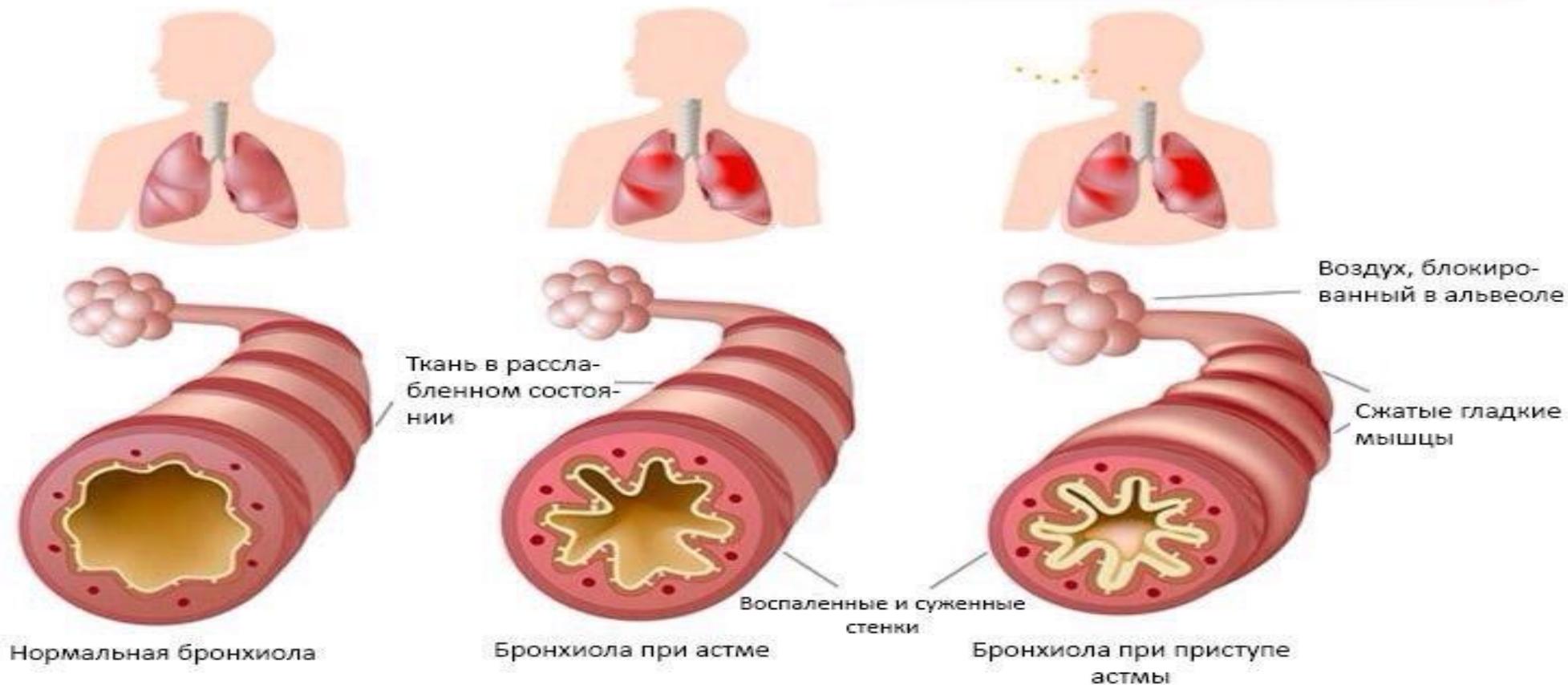
Астматический статус

Астматическим статусом (АС) принято называть тяжелое обострение бронхиальной астмы, резистентное к обычной терапии. В настоящее время все большее распространение получают термины "тяжелое обострение астмы" или "острая тяжелая астма" (*acute severe asthma*). Главной особенностью АС в настоящее время считается не длительность астматической атаки, а тяжесть состояния, т.е. развитие тяжелых физиологических нарушений: выраженная обструкция дыхательных путей, гипервоздушность легких, нарушения газообмена, кислотно-основного состояния и гемодинамики.

Причинами развития АС являются инфекции трахеобронхиального дерева (особенно вирусные), контакт с аллергенами, воздушными поллютантами, отсутствие адекватной терапии, прием медикаментов (аспирин, β -блокаторы), гастроэзофагеальный рефлюкс, эмоциональные стрессы..

Астматический статус

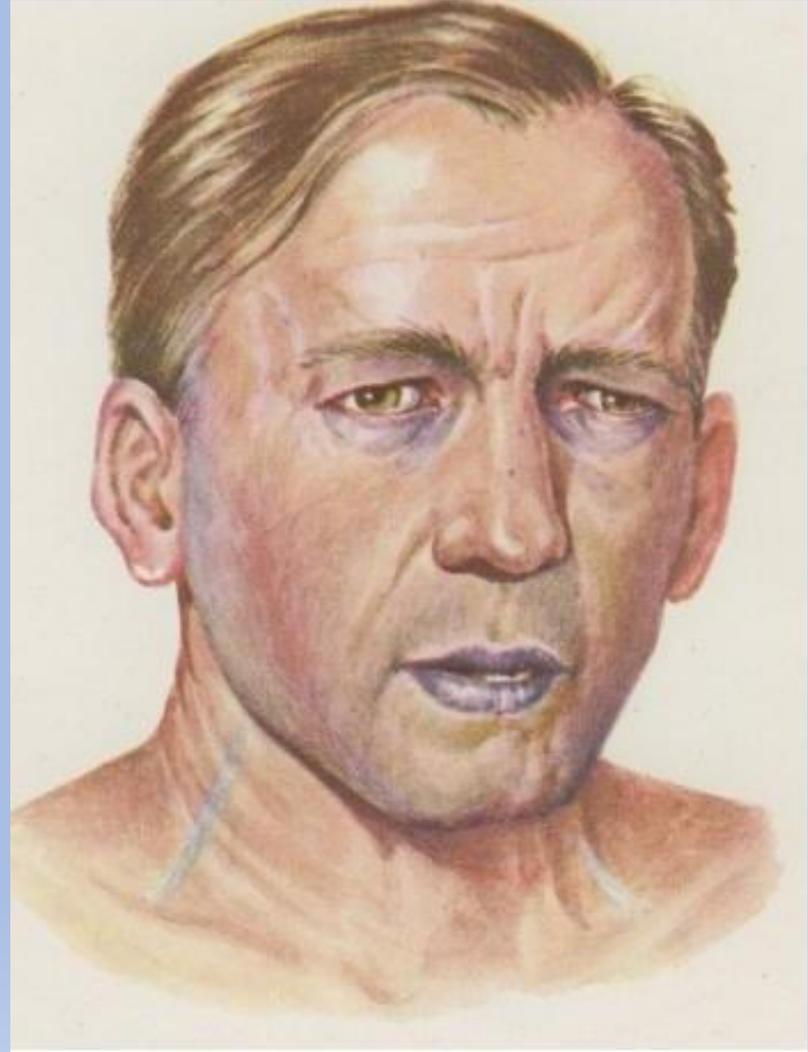
ИЗМЕНЕНИЯ В БРОНХИОЛАХ ПРИ АСТМЕ



Оценка состояния.

Основными симптомами больных АС являются нарастание одышки, свистящего дыхания, непродуктивный кашель, заложенность в грудной клетке.

Признаками тяжелого обострения астмы являются: пиковый экспираторный поток (ПЭП) менее 50% от должного; частота дыхания более 25 в 1 мин; частота сердечных сокращений более 110 в 1 мин; одышка при разговоре (невозможность произнести фразу, предложение на одном выдохе). Качественно новым состоянием считается так называемая жизнеугрожающая астма (life-threatening asthma), признаками которой являются: снижение ПЭП < 33% от должного; "немое легкое", цианоз, слабые респираторные усилия; брадикардия или гипотензия; общая слабость, спутанность сознания или кома. Газометрическими критериями жизнеугрожающей астмы являются: $PaO_2 < 60$ мм рт.ст., $PaCO_2 > 45$ мм рт. ст., $pH < 7,35$. Также маркерами тяжести АС могут быть: парадоксальный пульс более 20 мм рт.ст., западение над- и подключичных ямок, гипервоздушность грудной клетки, участие в работе вспомогательной дыхательной мускулатуры.



Тактика ведения больных с АС.

Начальная терапия больных с АС состоит в назначении кислорода, бронхолитиков и кортикостероидов.

Кислород применяют при помощи носовых канюль или масок Вентури ($FiO_2=0,4 - 0,6$), задачей кислородотерапии является поддержание насыщения артериальной крови кислородом (SaO_2) более 70%. Нарастания гиперкапнии на фоне кислородотерапии у больных бронхиальной астмой, как правило, не наблюдается.

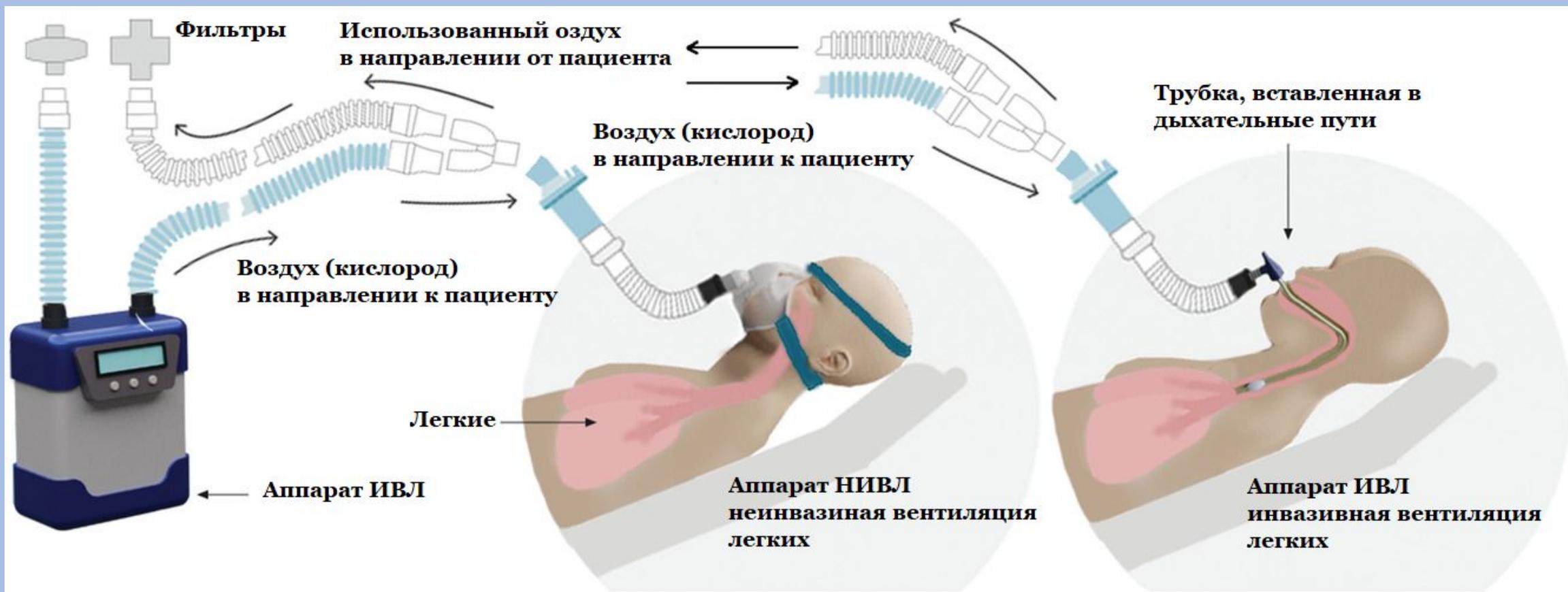
При АС предпочтение отдается **внутривенным кортикостероидам**: чаще назначают гидрокортизон в дозе 200 мг каждые 6 ч или метилпреднизолон в дозе 125 мг каждые 6 ч. Возможно назначение перорального преднизолона в дозе 50 мг/сут.

Тактика ведения больных с АС.

При наличии признаков жизнеугрожающей астмы или при отсутствии эффекта от β_2 -агонистов добавляют ингаляционные *антихолинергические препараты* - ипратропиум бромид, средняя доза препарата при ингаляции через небулайзер составляет 0,5 - 1,0 мг каждые 6 ч.

Также при рефрактерном течении АС возможно назначение *парентеральных бронхолитиков*: внутривенно сальбутамол в дозе 4 мкг/кг или аминофиллин в дозе 5 мг на 1 кг массы тела.

При неэффективности проводимой терапии показана *респираторная поддержка*. Также показаниями к искусственной вентиляции легких (ИВЛ) являются: остановка дыхания, нарастание гиперкапнии и респираторного ацидоза, нарушение сознания и общая слабость.



Ввиду высокого числа осложнений и летальности больных с АС на фоне ИВЛ рекомендуется осуществление тактики "управляемой гиповентиляции" (пермиссивной гиперкапнии), задачей которой является строгое поддержание конечного экспираторного давления "плато" не выше 30 см вод. ст., несмотря на ухудшение показателей рН и P_aCO_2 .

Начальными параметрами респираторной поддержки является выбор объем-контролируемого режима с дыхательным объемом 7 мл/кг, частотой дыхания 12 в 1 мин, инспираторным потоком 80 - 100 л/мин. При снижении $pH < 7,2$ вводят внутривенно бикарбонат.

Мониторирование состояния больного включает оценку клинических симптомов каждые 15 - 30 мин, ПЭП, SaO_2 и газовый состав артериальной крови при $SaO_2 < 92\%$.

При достижении ПЭП $> 75\%$ от должного уровня или вариабельности ПЭП менее 15% больного переводят на ингаляционные препараты с использованием спейсера и через сутки выписывают из стационара.