

Лечение бронхиальной астмы.

Презентацию
подготовила:
Студентка ТГМУ
4 курса
Лобжанидзе Нато

Лечение больных бронхиальной астмой зависит :

1.от причин ее развития,
2.фазы,

3.патогенетических особенностей,

4.сопутствующих заболеваний и ряда других аспектов.



Основной целью при лечении больных астмой

является установление адекватного контроля над заболеванием, которого достигают путем устранения воспалительного процесса в дыхательных путях и патологической функциональной нестабильности бронхов с помощью этиотропных и патогенетических методов терапии.

Критериями адекватного контроля бронхиальной астмы:

- 1) полное отсутствие клинических проявлений заболевания
- 2) коррекция латентной бронхиальной обструкции (клинически не проявляющейся)
- 3) нормальная жизнедеятельность больного, подразумевающая нормальную переносимость физических нагрузок,
- 4) предупреждение обострений астмы на ранних этапах их развития с помощью различных методов.

В настоящее время очевидно, что даже при слабовыраженных клинических проявлениях астмы в дыхательных путях имеется воспалительный процесс, результатом которого становятся структурная перестройка стенок бронхов (утолщение базальной мембраны и мышечного слоя, ангиогенез) и прогрессирование заболевания.

Все методы лечения бронхиальной астмы можно

разделить на

1. этиотропные,

2. патогенетические 3.

симптоматические.

Этиотропные методы,

такие, как устранение контакта со значимыми аллергенами, относятся к первоочередным способам лечения бронхиальной астмы

Медикаментозное лечение в фазе ремиссий

Таблица 14.3. Характеристика основных противовоспалительных лекарственных средств

Препарат	Бронхо-расширяющее действие	Противовоспалительное действие	Тахифилаксия	Побочные эффекты
Адреномиметики	++	-	+	+
Теофиллин	+	+	-	+
M-холиноблокаторы	+	-	-	-
Динатрия кромогликат, натрия недокромил	-	+	-	-
Глюкокортикоиды	± (деконгестивное)	++	-	+

При бронхиальной астме широко используют ингаляционный способ введения лекарств, позволяющий создать высокую концентрацию вещества в дыхательных путях, быстро получить лечебный эффект, уменьшить побочные действия препарата, избежать инъекций.



Kassiopeya Mila

Recommend.ru

**Адреномиметики -обладают
выраженной**

бронхоспазмолитической

активностью и давно

используются для купирования

приступов бронхиальной астмы

1. К препаратам короткого действия (около 2 ч)

относятся адреналин, эфедрин, действующие на α - и β -адренорецепторы, и неселективный агонист β -адренорецепторов изопротеренол (изадрин, новодрин, эуспиран)

2. К β_2 -агонистам средней продолжительности

действия относятся метапротеренол (алупент, астмонент, метапрел), аль-бутерол (вентолин, провентил, сальбутамол), тербуталин (бриканил), фенотерол (беротек), пирбутерол, битольтерол. Метапротеренол и фенотерол обладают меньшей селективностью в отношении β_2 -адренорецепторов и оказывают более выраженное действие на β_1 -рецепторы по сравнению с другими препаратами этого класса. Им присущи более выраженные побочные эффекты, в связи с чем их применяют все реже

3. Селективные (β_2 -агонисты длительного действия

(сальметерол и формотерол) отличаются липофильностью и высоким аффинитетом к β_2 -адренорецепторам. В относительно небольших дозах они оказывают выраженное бронхорасширяющее действие, длящееся более 12 ч

В связи с присутствием β_2 -адренорецепторов на клетках различных типов β_2 -агонисты не только уменьшают гладкомышечный бронхальный тонус, но и дают другие эффекты, как позитивные, так и негативные (побочные).

- К позитивным эффектам однократного приема β_2 -агонистов относятся:
 - 1) торможение выделения бронхоконстрикторных нейропептидов и холинергической нейротрансмиссии (дополнительный бронхорасширяющий эффект);
 - 2) увеличение транспорта ионов хлора и воды в просвет дыхательных путей и частоты биения ресничек мерцательного эпителия, ингибция цилиарной дискинезии, вызываемой цитокинами, защита эпителиальных клеток от повреждающего действия микроорганизмов (улучшение мукоцилиарного клиренса);
 - 3) уменьшение сосудистой проницаемости, ингибция выделения медиаторов воспаления тучными клетками, базофилами и другими клетками, участвующими в воспалении (противовоспалительное действие).
- Побочные эффекты β_2 -агонистов зависят от дозы и пути введения препарата. Различают побочные действия на сердечнососудистую систему, нервную систему и метаболические эффекты β_2 -агонистов
- Могут отмечаться головная боль, нервозность, возбуждение, психотические реакции. Хорошо известно такое побочное действие, как мелкий тремор пальцев, подобный тремору при тиреотоксикозе. Со стороны сердечнососудистой системы отмечаются вазодилатация, снижение артериального давления и рефлекторная тахикардия.
- При обострении бронхиальной астмы β_2 -агонисты могут усугубить гипоксемию за счет уменьшения компенсаторной вазоконстрикции в плоховентилируемых зонах легких. β_2 -Агонисты оказывают прямое стимулирующее действие на миокард, дают положительный инотропный и хронотропный эффект, увеличивают систолическое артериальное давление, повышают потребность миокарда в кислороде, удлиняют интервал QT

Метилксантины

занимают важное место в лечении бронхиальной астмы. Из этого класса веществ в клинической практике используются только теофилли (используют как в качестве симптоматических средств для купирования приступов удушья и лечения тяжелых обострений астмы, так и для базисной терапии.)



теофиллин

1. улучшает мукоцилиарный клиренс за счет увеличения частоты биения ресничек мерцательного эпителия, транспорта ионов и воды в просвет дыхательных путей и увеличения перицилиарного слоя бронхиальной слизи.

2. При тяжелом удушье актуальной может быть способность теофиллина стимулировать дыхание и повышать сократительную активность дыхательных мышц.

Глюкокортикоиды

обладают выраженной противовоспалительной активностью и в настоящее время используются при астме не только для купирования обострений болезни, но и составляют основу базисной патогенетической терапии. Основанием для раннего назначения глюкокортикоидов больным астмой служит наличие воспаления в дыхательных путях при самых легких формах заболевания, а использование ингаляционных препаратов значительно уменьшает риск побочных действий. Глюкокортикоиды не оказывают непосредственного влияния на гладкомышечный бронхиальный тонус, не предупреждают раннюю астматическую реакцию и не ингибируют IgE-зависимое выделение гистамина тучными клетками. Они могут уменьшать выраженность ранней астматической реакции только при регулярном приеме.

Блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов второго поколения (терфенадин, цетиризин, астемизол, лоратадин, азеластин, кетотифен) не оказывают седативного действия и эффективно ингибируют гистаминовый бронхоспазм.

- **Астматический статус** (*Status asthmaticus*) — тяжёлое угрожающее жизни осложнение **бронхиальной астмы**, возникающее обычно в результате длительного некупирующегося приступа. Характеризуется отёком **бронхиол**, накоплением в них густой мокроты, что ведет к нарастанию удушья и **гипоксии**.



Лечение астматического статуса заключается в проведении интенсивной терапии, которую необходимо начинать в максимально ранние сроки. Она включает:

а) оксигенотерапию, терапию в виде непрерывной подачи кислородно-воздушной смеси с относительно небольшим содержанием O_2 (35—40 %);

б) инфузионную терапию, при которой внутривенно вводят декстраны, глюкозу, инсулин, 20 000 ЕД гепарина, натрия гидрокарбонат (под контролем показателей КОС) в общем количестве не менее 3—3,5 л в первые сутки с целью восполнения дефицита жидкости, устранения гемоконцентрации, разжижения бронхиального содержимого;

в) небулайзерную терапию бронходилататорами и ГКС (суспензия пульмикорта);

В качестве бронхорасширяющих средств используют небулайзерную терапию β_2 -агонистами или беродуалом, несмотря на то, что до этого больной мог использовать β_2 -агонисты (беротек, сальбутамол, вентолин) в больших количествах через дозированный аэрозольный ингалятор без выраженного эффекта;

**Глюкокортикоиды вводят
внутривенно, первоначально
120—160 мг метилпреднизоло- на,
затем по 60—80 мг каждые 4—6 ч, или
эк вивалентные дозы**

**водорастворимого гидро кортизона
(последний предпочтительнее у
гормонозависимых больных) в
течение 2 сут, после чего назначают
преднизолон внутрь, как при
обострении астмы.**

Так же применяют:

1. гепарин в малых дозах,
2. проводят регидратацию (под контролем центрального венозного давления),
3. коррекцию электролитного баланса,
4. стимуляцию кашля,
5. оксигенотерапию теплым увлажненным кислородом (P_{aO_2} нужно поддерживать на уровне выше 70 мм рт.ст.).

6. Категорически запрещается применение седативных средств.!!!!!!!

Бронхиальная астма

Дыхательные пути в норме

Дыхательные пути при бронхиальной астме



легких при астматическом
статусе ассоциируется с
высокой летальностью,
циркуляторными нарушениями,
высоким риском
баротравмы!!!!!!!!!!!!

Спасибо за внимание 😊