

Бронхиальная астма в условиях терапевтического участка

Работу выполнила: студентка 6
курса 17 группы
лечебного факультета
Кудрякова А.О.

Бронхиальная астма (БА) – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, в особенности по ночам или ранним утром. Эти эпизоды связаны с распространенной вариабельной обструкцией дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой спонтанно или под влиянием лечения.

Распространенность

Бронхиальная астма относится к наиболее распространенным заболеваниям бронхолегочной системы.

- В России общее число больных бронхиальной астмой приближается к 7 млн. человек, из которых около 1 млн. имеют тяжелые формы болезни.
- 4 -5 тыс. человек ежегодно умирают вследствие развития тяжелого обострения.

Заболевание может возникнуть в любом возрасте. Первые его проявления чаще возникают в возрасте от 1 года до 7 лет, затем в пубертатном периоде (14 -20 лет), но последние десятилетия отмечен рост заболеваемости бронхиальной астмой у лиц старше 50 лет.

Симптомы заболевания

- свистящее дыхание;
- удушье;
- чувство заложенности, тяжести в груди;
- одышка;
- кашель, особенно ночью или ранним утром;

при физикальном обследовании:

- распространенные сухие свистящие хрипы в легких с двух сторон;
- низкие показатели пиковой скорости выдоха или объема форсированного выдоха за 1 секунду (ретроспективно или в серии исследований), не объяснимые другими причинами;
- наличие других аллергических заболеваний, наличие аллергических реакций, повышение количества эозинофилов в анализе крови увеличивают вероятность диагноза бронхиальной астмы.

Действия терапевта (ВОП) при подозрении на заболевание

Обязательные лабораторные исследования:

- клинический анализ крови, развернутый;
- клинический анализ мочи;
- общий анализ мокроты.

Обязательные инструментальные исследования:

- спирометрия с бронхолитиком – сальбутамол 400 мкг;
- ЭКГ;
- рентгенография органов грудной клетки;
- пульсоксиметрия;
- осмотр ЛОР-органов (для ВОП).

Медицинские мероприятия, назначаемые при наличии показаний для диагностики бронхиальной астмы на амбулаторно-поликлиническом этапе:

- Рентгенография придаточных пазух носа
- КТ органов дыхания
- Эхо-КГ
- Диагностическая бронхоскопия

Показания к консультации других специалистов:

- Консультация врача-иммунолога-аллерголога – для проведения специфического аллергологического обследования и подтверждения диагноза. Проведение СИТ.
- Консультация отоларинголога – для дополнительного обследования с целью проведения дифференциальной диагностики. Перед консультацией аллерголога.
- Консультация пульмонолога – для дополнительного обследования с целью проведения дифференциальной диагностики. При неконтролируемом течении заболевания, с целью коррекции терапии, особенностях терапии при сопутствующих взаимоотноотягущих заболеваниях.
- Консультация гастроэнтеролога – подозрение на ГЭРБ, другие заболевания ЖКТ, негативно влияющие на течение астмы.
- Консультация кардиолога – диагностика, коррекция терапии заболеваний сердечно-сосудистой системы, негативно влияющих на течение астмы.

Действия терапевта при декомпенсации заболевания

Кратность осмотра:

- при подборе терапии – 1 раз в неделю до достижения стабильного состояния или по необходимости;
- при выписке из стационара по поводу обострения астмы – в течение 48 часов после выписки из стационара, далее 1 раз в две недели до достижения стабильного состояния.

Обязательные лабораторно-инструментальные исследования:

- клинический анализ крови;
- глюкоза крови (при назначении глюкокортикостероидов любого способа введения);
- общий анализ мокроты;
- рентгенография органов грудной клетки – однократно в начале лечения, далее по показаниям;
- ЭКГ – однократно в начале лечения, далее по показаниям при каждом осмотре;
- пульсоксиметрия – при каждом осмотре для контроля состояния.

Консультации специалистов

Пульмонолог/аллерголог (при неэффективности терапии).

Диспансеризация

Группа диспансерного учета III.

Интермиттирующая и легкая персистирующая контролируемая БА - наблюдение участковым терапевтом 1 раз в 6 месяцев, пульмонологом и аллергологом 1 раз в год.

Средняя и тяжелая персистирующая БА частично контролируемая или неконтролируемая – наблюдение участковым терапевтом 1 раз в 3 месяца, пульмонологом и аллергологом 1 раз в 6 месяцев.

Медицинская документация, заполняемая на диспансерного больного

- Медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у-87)
- Карта учета дополнительной диспансеризации (ф. 131/у-ДД)
- Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. 30/у-04)

Перечень необходимых исследований для диспансерных больных

- Консультация ЛОР-врача,
- стоматолога – 1 раз в год
- Консультация эндокринолога – по показаниям
- Ведение индивидуального дневника наблюдения – постоянно
- Мониторирование ПСВ – ежедневно утром и вечером
- Исследование ОАК, ОАМ, мокроты, ФВД – 2 -3 раза в год
- Флюорография, ЭКГ – 1 раз в год

Критерии эффективности диспансеризации

- Уменьшение частоты и длительности обострений заболевания
- Улучшение клинических показателей
- Уменьшение случаев временной утраты нетрудоспособности
- Снятие или снижение группы инвалидности
- Улучшение качества жизни

Лечение

Больные, которые проходят лечение в поликлинике:

- больные БА в фазе нестабильной ремиссии
- больные БА в фазе стабильной ремиссии, в т.ч. стойкой для проведения элементов стратегической терапии
- больные БА легкой степени тяжести.

Пациенты, которым показана госпитализация:

- Принадлежность к группе риска высокой смертности
- Астматический статус
- Тяжелое обострение (объем форсированного выдоха за 1 секунду менее 60%)
- Неэффективность лечения и развитие повторного приступа

Немедикаментозное лечение

Изменение образа жизни:

- отказ от курения;
- занятия физической культурой и дыхательной гимнастикой;
- обучение технике ингаляции и основам самоконтроля;
- проведение вакцинации от гриппа и пневмококковой инфекции.

Медикаментозное лечение

Начальный объем терапии выбирают исходя из симптоматики

Признак	Интермиттирующая астма	Легкая персистирующая астма	Среднетяжелая персистирующая астма	Тяжелая персистирующая астма
Дневные симптомы	Менее 1 раза в неделю	Более 1 раза в неделю	Ежедневно	Ежедневно
Ночные симптомы	Менее 2 раз в месяц	Более 2 раз в месяц	>1 раза в неделю	Каждую ночь
Ограничение активности	-	Небольшое	Умеренное	Выраженное
ОФВ1/ПСВ	Более 80%	Более 80%	60–80%	Менее 60%
Разброс ПСВ или ОФВ1	Менее 20%	20–30%	Более 30%	Более 30%
Начальное лечение	Ступень 1	Ступень 2	Ступень 3	Ступень 4-5

1 ступень - Ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия (КДБА), низкие дозы ИГКС – по требованию

2 ступень - низкие дозы ИГКС (200-500 мкг) , кромоны + пролонгированные бронходилататоры. – ежедневная длительная терапия. При более тяжелом приступе – таблетированные ГК 3-10 дней в суточной дозе 20-30 мг

3 ступень –ИГКС (800-2000 мкг) в сочетании с пролонгированными бронходилататорами. Для купирования приступов удушья – бета-2-агонисты короткого действия, антихолинэргические препараты. При более тяжелом приступе - таблетированные формы ГК – более длительный курс с постепенным снижением дозировки

4 ступень – Высокие дозы ИГКС (800-2000 мкг), регулярный прием пролонгированных бронходилататоров.

Дополнительно для купирования приступов не более 304 раз в сутки бета-2-агонисты короткого действия. Таблетированные ГК в начальной суточной дозе 40 мг и выше с медленным снижением до поддерживающей дозы.

5 ступень - Максимальная доза ИГКС в два приема, Минимальная доза пероральных стероидов или терапия единым ингалятором фиксированная комбинация ИГКС/ДДБА в мультидозовом ингаляторе

Лечение при обострении заболевания

Легкое обострение

Клиника:

- Речь фразами, предпочитает сидеть
- Не возбужден
- Нет участия вспомогательной мускулатуры
- ЧСС 100–120
- ЧДД увеличено
- Sato₂ 90–95%
- ПСВ/ОФВ₁ более 50%

Тактика лечения:

КДБА каждые 20 минут в течение часа

- Ипратропия бромид/
Сальбутамол 0,5/3 мг
- сальбутамол 2,5 мг
- Преднизолон per os 40–50 мг
- Кислород (если имеется)

Среднетяжелое обострение

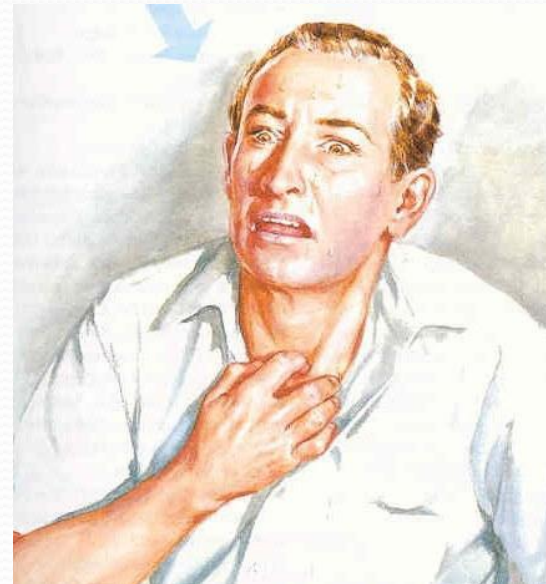
Клиника:

- Разговор словами
- Вынужденное положение
- Участие вспомогательной мускулатуры
- ЧСС более 120
- ЧДД более 30
- Sato₂ менее 90%
- ПСВ/ОФВ₁ менее 50% (если есть возможность провести)

Тяжелое обострение

Клиника:

- Немое легкое
(астматический статус)



Тактика лечения:

- Вызов БСМП.

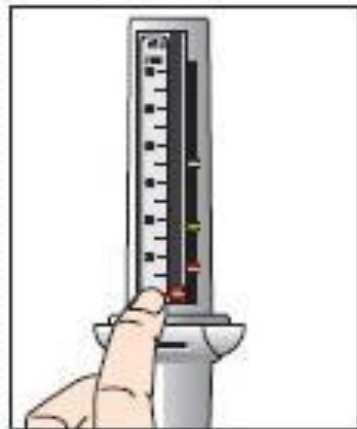
До приезда бригады скорой помощи:

- преднизолон 40–50 мг per os
- КДБА – каждые 20 мин. или через небулайзер (см. легкое обострение)
- ингаляции кислорода (при возможности)

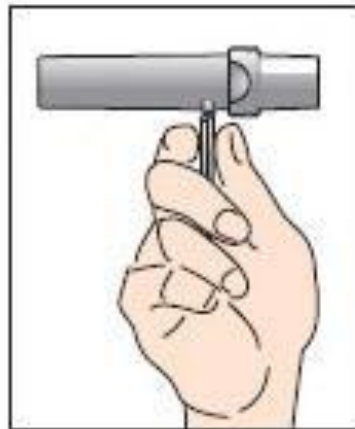
Методы самоконтроля БА

Пикфлуометрия - определение пиковой скорости выдоха. Метод позволяет проводить пациентам самостоятельный ежедневный мониторинг своего состояния в течение 2-3 месяцев, что необходимо для коррекции терапии согласно ступенчатому подходу к лечению БА





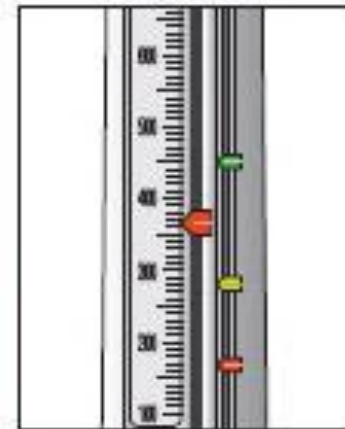
1



2



3



4

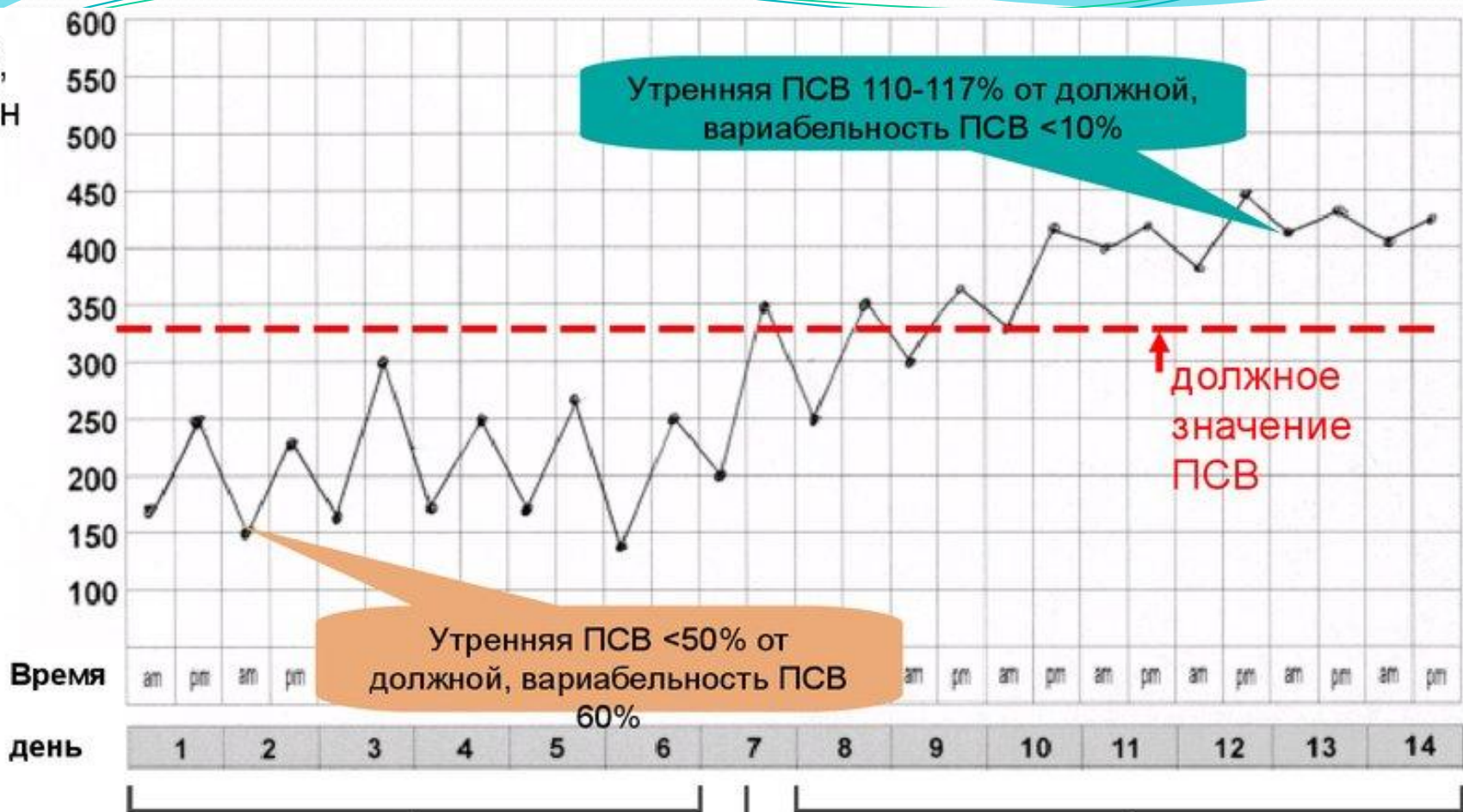
1. Измерение пиковой скорости проводят в стоячем или сидячем положении;
2. Перед каждым измерением нужно выставлять отметку на 0;
3. Не касайтесь пальцами шкалы и не закрывайте отверстия на приборе;
4. Сделайте глубокий и плавный вдох;
5. Обхватите мундштук прибора губами. Сделайте максимально быстрый и сильный выдох.
6. Выдыхаемый воздух оказывает давление на клапан прибора, который перемещает вдоль шкалы стрелку-указатель. Стрелка покажет пиковую скорость выдоха (ПСВ).

Ведение дневника сомоконтроля

В дневнике должно быть ежедневно зафиксировано:

- Количество и характер дневных проявлений заболевания (приступы удушья, эпизоды свистящего дыхания или слышимые хрипы, одышка, чувство стеснения в груди или приступообразный кашель).
- Количество и характер ночных симптомов.
- Суточная потребность в дополнительных (т.е. помимо планового лечения, предписанного врачом) ингаляциях бронхорасширяющих лекарственных средств.

ПСВ,
л/мин



Утренняя ПСВ 110-117% от должной, вариабельность ПСВ < 10%

Утренняя ПСВ < 50% от должной, вариабельность ПСВ 60%

должное значение ПСВ

До лечения
Низкие значения ПСВ, высокая вариабельность ПСВ при низких значениях утром

Начало терапии

Продолжение терапии
Нормальные значения ПСВ, вариабельность ПСВ практически отсутствует

Методы контроля

Тест по контролю над астмой (Asthma Control Test — АСТ)

Как часто за последние 4 недели астма мешала Вам выполнять обычный объем работы в учебном заведении, на работе или дома? БАЛЛЫ

Вопрос 1

Все время	1	Очень часто	2	Иногда	3	Редко	4	Никогда	5	<input type="text"/>
-----------	---	-------------	---	--------	---	-------	---	---------	---	----------------------

Как часто за последние 4 недели Вы отмечали у себя затрудненное дыхание?

Вопрос 2

Чаше, чем раз в день	1	Раз в день	2	От 3 до 6 раз в неделю	3	Один или два раза в неделю	4	Ни разу	5	<input type="text"/>
----------------------	---	------------	---	------------------------	---	----------------------------	---	---------	---	----------------------

Как часто за последние 4 недели Вы просыпались ночью или раньше, чем обычно, из-за симптомов астмы (свистящего дыхания, кашля, затрудненного дыхания, чувства стеснения или боли в груди)?

Вопрос 3

4 ночи в неделю или чаще	1	2-3 ночи в неделю	2	Раз в неделю	3	Один или два раза	4	Ни разу	5	<input type="text"/>
--------------------------	---	-------------------	---	--------------	---	-------------------	---	---------	---	----------------------

Как часто за последние 4 недели Вы использовали быстродействующий ингалятор (например, Вентолин, Беротек, Беродуал, Атровент, Сальбутамол, Саламол, Сальбен, Астмопент) или небулайзер (аэрозольный аппарат) с лекарством (например, Беротек, Беродуал, Вентолин Небулы)?

Вопрос 4

3 раза в день или чаще	1	1 или 2 раза в день	2	2 или 3 раза в неделю	3	Один раз в неделю или реже	4	Ни разу	5	<input type="text"/>
------------------------	---	---------------------	---	-----------------------	---	----------------------------	---	---------	---	----------------------

Как бы Вы оценили, насколько Вам удавалось контролировать астму за последние 4 недели?

Вопрос 5

Совсем не удавалось контролировать	1	Плохо удавалось контролировать	2	В некоторой степени удавалось контролировать	3	Хорошо удавалось контролировать	4	Полностью удавалось контролировать	5	<input type="text"/>
------------------------------------	---	--------------------------------	---	--	---	---------------------------------	---	------------------------------------	---	----------------------

2 Сложите баллы и запишите полученный результат.

3 Переверните страницу и прочитайте, что означает полученный результат.

ИТОГО

Узнайте свой результат теста по контролю над астмой



Результат: 25 — Поздравляем!

Вы **ПОЛНОСТЬЮ КОНТРОЛИРОВАЛИ** астму за последние 4 недели. У Вас не было симптомов астмы и связанных с ней ограничений. Проконсультируйтесь с врачом, если ситуация изменится.

Результат: от 20 до 24 — Вы у цели

За последние 4 недели Вы **ХОРОШО КОНТРОЛИРОВАЛИ** астму, но не **ПОЛНОСТЬЮ**. Ваш врач может помочь Вам добиться **ПОЛНОГО КОНТРОЛЯ**.

Результат: менее 20 — мимо цели

За последние 4 недели Вам **НЕ** удавалось **КОНТРОЛИРОВАТЬ** астму. Ваш врач может посоветовать Вам, какие меры нужно принять, чтобы добиться улучшения контроля над Вашим заболеванием.

Трактовка результатов Теста по контролю над астмой (АСТ)

- Сумма 25 баллов означает полный контроль
- Сумма 20-24 балла означает, что астма контролируется хорошо, но не полностью. Врач может помочь пациенту добиться полного контроля.
- Сумма 19 баллов и меньше указывает на неконтролируемую астму. Возможно, следует изменить терапию для достижения оптимального контроля
- Сумма 14 баллов и меньше свидетельствует о том, что астма у пациента серьезно вышла из-под контроля. В этом случае пациента следует направить к специалисту