Казахстанско-Российский Медицинский Университет

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

На тему:

«Алгоритм действия медицинской сестры при приступе бронхиальной астмы»

Алматы 2012

План

1.Введение

.Основные проявления бронхиальной астмы

.Классификация бронхиальной астмы

.Первая помощь при приступе бронхиальная астма

.Заключение

.Список литературы

.Ведение

Бронхиальная астма - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обусловливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A5%D1%80%D0%B8%D0%BF%D1%8B&action=edit&redlink=1>, одышки <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B4%D1%8B%D1%88%D0%BA%D0%B0>, чувства заложенности в груди и кашля <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%88%D0%B5%D0%BB%D1%8C>, особенно по ночам и ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространённой, но изменяющейся по своей выраженности обструкции дыхательных путей в лёгких <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D1%91%D0%B3%D0%BA%D0%B8%D0%B5>, которая часто бывает обратима либо спонтанно, либо под действием лечения

.Основные проявления бронхиальной астмы

Основными симптомами бронхиальной астмы являются эпизоды одышки <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B4%D1%8B%D1%88%D0%BA%D0%B0>, свистящие хрипы <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%B2%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%8F%D1%89%D0%B8%D0%B5\_%D1%85%D1%80%D0%B8%D0%BF%D1%8B&action=edit&redlink=1>, кашель <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%88%D0%B5%D0%BB%D1%8C> и заложенность в грудной клетке <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%97%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C\_%D0%B2\_%D0%B3%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D0%B9\_%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B5&action=edit&redlink=1>. Существенное значение имеет появление симптомов после контакта с аллергеном <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B5%D0%BD>, сезонная вариабельность симптомов и наличие родственников с бронхиальной астмой или другими атопическими заболеваниями. При сочетании с ринитом <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%82> симптомы астмы могут либо появляться только в определённое время года, либо присутствовать постоянно с сезонными ухудшениями.

Указанные симптомы могут также развиваться при контакте с неспецифическими ирритантами <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D1%80%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D1%82> (дымом, газами, резкими запахами) или после физической нагрузки, могут обостряться в ночные часы и уменьшаться в ответ на базисную терапию.

Приступ удушья - наиболее типичный симптом астмы. Характерно вынужденное положение <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%92%D1%8B%D0%BD%D1%83%D0%B6%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B5\_%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5&action=edit&redlink=1> (часто сидя, держась руками за стол) поза больного с приподнятым верхним плечевым поясом, грудная клетка <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B0> приобретает цилиндрическую форму. Больной делает короткий вдох <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%92%D0%B4%D0%BE%D1%85&action=edit&redlink=1> и без паузы продолжительный мучительный выдох <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%92%D1%8B%D0%B4%D0%BE%D1%85&action=edit&redlink=1>, сопровождаемый дистанционными хрипами <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A5%D1%80%D0%B8%D0%BF%D1%8B&action=edit&redlink=1>. Дыхание происходит с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, плечевого пояса <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B9\_%D0%BF%D0%BE%D1%8F%D1%81>, брюшного пресса <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D1%8E%D1%88%D0%BD%D0%BE%D0%B9\_%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81>. Межреберные промежутки <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9C%D0%B5%D0%B6%D1%80%D0%B5%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B5\_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B6%D1%83%D1%82%D0%BA%D0%B8&action=edit&redlink=1> расширены, втянуты и расположены горизонтально. Перкуторно <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%BA%D1%83%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F\_%D0%BB%D1%91%D0%B3%D0%BA%D0%B8%D1%85&action=edit&redlink=1> определяется коробочный лёгочный звук, смещение вниз нижних границ лёгких, экскурсия лёгочных полей едва определяется.

Часто, особенно при затяжных приступах, возникает боль <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C> в нижней части грудной клетки, связанная с напряженной работой диафрагмы <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D1%84%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%BC%D0%B0\_(%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F)>. Приступу удушья может предшествовать аура приступа, проявляющаяся чиханием <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%B8%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5>, кашлем <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%88%D0%B5%D0%BB%D1%8C>, ринитом <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%82>, крапивницей <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B0>, сам приступ может сопровождаться кашлем с небольшим количеством стекловидной мокроты <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D0%BA%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B0>, также мокрота может отделяться в конце приступа. При аускультации определяется ослабленное дыхание <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9E%D1%81%D0%BB%D0%B0%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B5\_%D0%B4%D1%8B%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5&action=edit&redlink=1>, сухие рассеянные хрипы. Сразу же после кашлевых толчков слышно увеличение количества свистящих хрипов, как в фазе вдоха, так и на выдохе, особенно в задненижних отделах, что связано с секрецией мокроты в просвет бронхов и её пассажем. По мере отхождения мокроты количество хрипов уменьшается и дыхание из ослабленного становится жёстким.

Хрипы могут отсутствовать у больных с тяжелыми обострениями вследствие тяжёлого ограничения воздушного потока и вентиляции. В период обострения отмечаются также цианоз <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B7>, сонливость <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BD%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C>, затруднения при разговоре, тахикардия <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B0%D1%85%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D1%8F>. Вздутая грудная клетка является следствием повышенных лёгочных объёмов - необходимо обеспечивать «расправление» дыхательных путей и раскрытие мелких бронхов. Сочетание гипервентиляции и бронхиальной обструкции значительно увеличивает работу дыхательных мышц.

Между приступами у больных может не наблюдаться никаких признаков болезни. В межприступный период у пациентов чаще всего выявляются свистящие хрипы при аускультации <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%90%D1%83%D1%81%D0%BA%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F\_%D0%BB%D1%91%D0%B3%D0%BA%D0%B8%D1%85&action=edit&redlink=1>, подтверждающие наличие остаточной бронхиальной обструкции. Иногда (и порой одновременно с выраженной обструкцией бронхов) свистящие хрипы могут отсутствовать или обнаруживаться только во время форсированного выдоха.

Особым клиническим вариантом является кашлевой вариант астмы, при котором единственным проявлением заболевания является кашель. Этот вариант чаще распространён у детей, наиболее выраженные симптомы обычно отмечаются в ночное время при частом дневном отсутствии симптомов. Важность в диагностике имеет исследование вариабельности показателей функции дыхания или бронхиальной гиперреактивности, а также эозинофилия мокроты. Кашлевой вариант астмы следует различать с эозинофильным бронхитом <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82>, при котором отмечаются кашель и эозинофилия мокроты, однако показатели функции дыхания и бронхиальная реактивность остаются в норме.

.Классификация бронхиальной астмы

Бронхиальная астма классифицируется в зависимости от происхождения, тяжести заболевания, выделяются также особые формы бронхиальной астмы.

§ Этапы развития бронхиальной астмы:

§ 1) Биологические дефекты у практически здоровых людей.

§ 2) Состояние предастмы.

§ 3) Клинически выраженная бронхиальная астма.. Формы бронхиальной астмы:

§ 1) Иммунологическая.

§ 2) Неиммунологическая... Клинико-патогенетические варианты бронхиальной астмы:

§ 1) Атонический, с указанием аллергена.

§ 2) Инфекционно-зависимый - с указанием инфекционных агентов.

§ 3) Аутоиммунный.

§ 4) Дисгормональный - с указанием эндокринного органа, функция которого изменена, и характера дисгормональных изменений.

§ 5) Нервнопсихический.

§ 6) Адренергический дисбаланс.

§ 7) Первично измененная ,. реактивность бронхов. Тяжесть течения:

§ 1) Легкое течение.

§ 2) Течение средней тяжести.

§ 3) Тяжелое течение.. Фазы течения:

§ 1) Обострение.

§ 2) Затухающее обострение.

§ 3)Ремиссия.

В зависимости от причин, вызывающих приступы, выделяют:

§ экзогенную бронхиальную астму - приступы вызываются при воздействии на дыхательные пути <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%8B%D1%85%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5\_%D0%BF%D1%83%D1%82%D0%B8> аллергена <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B5%D0%BD>, поступающего из внешней среды (пыльца растений <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D1%8B%D0%BB%D1%8C%D1%86%D0%B0\_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B9&action=edit&redlink=1>, плесневые грибки <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BB%D0%B5%D1%81%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D1%8B%D0%B5\_%D0%B3%D1%80%D0%B8%D0%B1%D0%BA%D0%B8&action=edit&redlink=1>, шерсть <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D1%8C> животных, мельчайшие клещи <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%B5%D1%89%D0%B8\_(%D0%B6%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B5)>, находящиеся в домашней пыли). Особым вариантом является атопическая бронхиальная астма, вызванная наследственно-обусловленной предрасположенностью к аллергическим реакциям

§ эндогенную бронхиальную астму - приступ вызывают такие факторы, как инфекция <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F>, физическая нагрузка <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A4%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\_%D0%BD%D0%B0%D0%B3%D1%80%D1%83%D0%B7%D0%BA%D0%B0&action=edit&redlink=1>, холодный воздух, психо-эмоциональные раздражители

§ бронхиальную астму смешанного генеза - приступы могут возникать как при воздействии на дыхательные пути аллергена, так и при воздействии перечисленных выше факторов.

3. Первая помощь при приступе бронхиальная астма

§ Во-первых, надо обеспечить приток свежего (но не очень холодного) воздуха, освободить больного от стесняющей одежды и помочь ему найти удобное положение, которое несколько облегчит дыхание. Как показывает практика, лучше всего сесть верхом на стул, наклониться вперед на его спинку и перенести часть веса тела на руки.

§ При первых симптомах развивающегося приступа эффективны горячие ручные и ножные ванны: опустить на 10-15 минут руки и ноги в таз с горячей (40-42°С) водой. Чтобы избежать напряжения мышц во время процедуры, руки следует согнуть в локтевых, а ноги - в коленных суставах.

§ В большинстве случаев предотвратить приступ помогает луковый компресс: несколько головок лука натереть на терке, полученную массу нанести между лопатками, накрыть бумагой, а сверху тканью или шерстяным платком. Держать компресс в течение 2-3 часов.

§ Для восстановления нормального дыхания можно использовать и методы точечного массажа: сильно сжать концевые фаланги больших пальцев рук больного по сторонам корня ногтя, а также сильно массировать область точки хэ-гу (находится на вершине бугра, образующегося на наружной поверхности кисти, если большой палец плотно прижать к ладони).

§ Уменьшает удушье и такой прием: уложить больного на спину и ладонями обеих рук 10 раз надавить ему на грудь в момент выдоха.

§ В случаях легкого приступа можно использовать один из следующих таблетированных противоастматических препаратов: 1/2 таблетки эуфиллина, 1/2 таблетки эфедрина, 1/2-1 таблетку теофедрина (противопоказано при непереносимости ацетилсалициловой кислоты), 1-2 таблетки изадрина (держать под языком до полного рассасывания).

§ Широко применяются также различные аэрозоли: беротек (фенотерол), сальбутамон (вентолин), алупент (астмопент) и др. При одном нажатии кнопки дозирующего распылителя из баллончика в дыхательные пути больного вбрасывается под давлением разовая доза лекарства, снимающего спазм бронхов, и дыхание улучшается. Однако следует помнить, что эти препараты рекомендуется использовать только в начале приступа и не более 4 раз в течение суток. Частые ингаляции вызывают побочное действие из-за передозировки и токсичного влияния на сердце больших концентраций инертного газа, закачанного в баллончик для создания необходимого давления (хотя в обычных условиях он безвреден).

§ Если через 30-40 минут после проведенных мероприятий состояние больного не улучшается, то необходима срочная медицинская помощь, так как приступ иногда может перейти в астматический статус - тяжелую степень обострения бронхиальной астмы.

Оксигенотерапия

Оксигенотерапия (лат. Oxygenium кислород + греч. therapeia - лечение; син. кислородная терапия) - применение кислорода с лечебно-профилактическими целями.

Под влиянием кислородных ингаляций повышается напряжение кислорода в альвеолярном воздухе и в плазме крови, возрастает концентрация оксигемоглобина в артериальной крови, снижается метаболический ацидоз, уменьшается уровень катехоламинов в крови, что сопровождается нормализацией артериального давления и ритма сердечного сокращения. Местное применение кислорода (подкожное, внутрисуставное, внутрибрюшинное введение, кислородные ванны и др.) улучшает репаративные процессы, способствует нормализации трофики тканей.  
В зависимости от пути введения кислорода способы оксигенотерапии разделяют на два основных вида: ингаляционные (легочные) и неингаляционные. Ингаляционная кислородотерапия включает все способы введения кислорода в легкие через дыхательные пути. Наиболее распространенный метод оксигенотерапии - ингаляция кислорода и кислородных смесей. Ингаляция осуществляется с помощью различной кислородно-дыхательной аппаратуры через носовые и ротовые маски, носовые катетеры, интубационные и трахеотомические трубки.

Показание к проведению оксигенотерапии - гипоксемия, характеризующаяся снижением сатурации артериального оксигемоглобина ниже 90%, что сопровождается снижением pа О2 ниже 60 мм рт.ст.

Цель оксигенотерапии - повышение pаО2. Наиболее простой способ оксигенотерапии при условии проходимости верхних дыхательных путей - повышение FiO2 с 20,9% в норме (содержание кислорода в воздухе при нормальном атмосферном давлении) до 40-100% с помощью доставки кислорода через интраназальные канюли или катетеры, лицевые маски или интубации трахеи и проведения ИВЛ.

• Интраназальные канюли или катетеры устанавливают в оба носовых хода на глубину не менее 1 см и фиксируют лейкопластырем •• Эффективность повышения FiO2 при использовании интраназальной подачи кислорода зависит от силы потока кислорода, силы вдоха и длительности выдоха пациента, частоты его дыхания При таком способе оксигенотерапии FiO2 повышается на 3-4% на каждый литр вдыхаемого кислорода в минуту. Однако сила потока более 8 л/мин не комфортна для больного и приводит к повреждению слизистой оболочки носоглотки.

• Лицевые маски, применяемые для подачи кислорода, могут быть простыми (без клапана выдоха и резервуара) или более сложными, предусматривающими наличие резервуара, обеспечивающего частичный возврат вдыхаемой газовой смеси, что приводит к большему повышению FiO2 •• Использование простой маски даёт прирост FiO2 на 3,5-5% на каждый литр кислорода в минуту при скорости потока 6-10 л/мин •• Наличие резервуара позволяет ещё больше поднять эффективность оксигенотерапии, но чревато появлением гипероксии с её возможными токсическими проявлениями в виде образования свободных радикалов, повреждающих альвеолярный эпителий и эндотелий лёгочных капилляров. Эти повреждения становятся существенными уже через несколько часов дыхания 100% кислородом.

• ИВЛ показана при неадекватной спонтанной вентиляции лёгких, т.е. при присоединении к респираторной недостаточности вентиляционной; при этом методы оксигенотерапии, основанные только на повышении FiO2, становятся недостаточными. Наиболее эффективный метод среди неаппаратных методов экспираторной ИВЛ, который может быть применён в течение первых минут на месте происшествия - метод вентиляции лёгких «рот в рот» (возможны варианты «рот в нос», «рот-маска», «рот-воздуховод», «рот в рот и нос» и др.) Метод «рот в рот» Врач располагается справа от больного, проводит правую руку под шею больного, а левую кладёт на лоб и разгибает шею. При плотно стиснутых челюстях больного указательными пальцами охватывают углы нижней челюсти и, упираясь большими пальцами в верхнюю челюсть, выдвигают вперед нижнюю челюсть Врач делает глубокий вдох и плотно прикладывает рот ко рту больного. Нос больного при этом зажимают пальцами левой руки или, если обе руки заняты, закрывают, прижимая ноздри к щеке оказывающего помощь ••• После этого начинают вдувать воздух в рот больного. Когда грудная клетка у него достаточно расширится, вдувание прекращают.

Далее происходит пассивный выдох за счёт эластических сил грудной клетки. Во время выдоха больного оказывающий помощь отворачивает свою голову в сторону и делает вдох. Производят 18-20 таких вдуваний в минуту. Признаком правильности проведения дыхания служит экскурсия грудной клетки больного при дыхании - Метод «рот в нос». Этот метод применяют при невозможности расширения челюстей больного или при недостаточном расширении грудной клетки при дыхании «рот в рот» Голову больного запрокидывают назад и удерживают в таком положении левой рукой. Правой рукой приподнимают нижнюю челюсть и закрывают рот пострадавшему. Врач делает глубокий вдох, губами плотно охватывает нос больного и вдувает в него воздух. Частота дыханий, оценка эффективности ИВЛ при данном способе не отличаются от таковых при дыхании «рот в рот» Искусственное дыхание с помощью воздуховодов. В качестве воздуховодов можно использовать обычную трубку из плотной резины или специальные воздуховоды В первом случае один конец резиновой трубки вводят в носовой ход, а другую половину носа закрывают пальцем руки. Свободный конец резиновой трубки берут в рот и через него проводят периодическое вдувание воздуха Воздуховод представляет собой плотную резиновую S-образную трубку с круглым щитком посередине. Он может быть различных модификаций. Воздуховод вводят больному сначала между зубами выпуклой стороной вниз, а затем поворачивают этой стороной вверх и продвигают по языку до его корня. Затем воздуховод охватывают пальцами обеих рук таким образом, чтобы первыми пальцами можно было зажать нос больного, а вторыми-третьими - придавить щиток воздуховода ко рту. Остальными пальцами обеих рук подтягивают подбородок больного вперед.

Воздух вдувают через мундштук воздуховода. Проводящему искусственное дыхание по данной методике удобнее всего находиться у изголовья больного Искусственное дыхание с помощью ручных аппаратов. Различают два типа ручных дыхательных аппаратов: саморасправляющиеся мешки и гофрированные мехи. Наиболее распространены дыхательные аппараты РДА-1, РПА-1, РПА-2, дыхательный мешок Амбу. Они позволяют проводить вентиляцию лёгких атмосферным воздухом, воздушно-кислородной смесью или чистым кислородом При проведении процедуры на нос и рот больного плотно накладывают маску. Вдох происходит во время сжимания мешка или меха руками. При этом в лёгкие может поступить от 400 до 1500 мл воздуха. Выдох происходит в атмосферу пассивно через клапан мешка или мимо приподнятой маски. Во время выдоха мешок самостоятельно заполняется атмосферным воздухом или кислородно-воздушной смесью, а мех - при растягивании его руками ••• Следует обращать внимание на ритм дыхания. Вдох должен быть вдвое короче выдоха, чтобы не уменьшить венозный возврат и не вызвать коллапс. Эффективность аппаратного дыхания оценивается по экскурсии грудной клетки.

• Аппаратная ИВЛ без интубации трахеи или неинвазивная ИВЛ предусматривает оказание вентиляционной помощи при острой дыхательной недостаточности с помощью специально сконструированной лицевой или носовой маски, обеспечивающей постоянное положительное давление в воздухопроводящих путях или с помощью специальных аппаратов, основанных на принципе двухуровневого (во время вдоха и выдоха) поддержания избирательного положительного давления в дыхательных путях пациента. Такой способ ИВЛ особенно показан при апноэ во сне, острой респираторной гипоксемической недостаточности средней тяжести и при ХОБЛ, сопровождающихся гиперкапнией, нередко успешно конкурируя с принудительной ИВЛ, требующей интубации трахеи Преимущества неинвазивной вентиляции по методу BIPAP (bilevel positive airway pressure) - отсутствие осложнений, обусловленных гастроэктазией, аспирацией, регургитацией и длительным пребыванием интубационной трубки в трахее Недостатки: возможность раздражения кожи вокруг рта и носа (необходим тщательный уход), обязательное сознательное соучастие больного в процессе адаптации к аппарату, не говоря уже о достаточно высокой стоимости респиратора.

• Интубация трахеи - основное реанимационное мероприятие, обеспечивающее проходимость дыхательных путей, доставку кислородо-воздушной смеси и вентиляцию лёгких Показания к интубации трахеи Восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей Обеспечение раО2 выше 60 мм рт.ст. при FiO2 >50% Неадекватная спонтанная вентиляция (частота дыханий >30 или <8)

Респираторный ацидоз (рaСО2 >60мм рт.ст.) Предупреждение аспирации Коматозное состояние с отсутствием глотательного рефлекса Техника интубации трахеи, её варианты (оротрахеальный или назотрахеальный), технические особенности интубации, обусловленные анатомическими особенностями пострадавшего требуют специальной подготовки Интубация трахеи может быть выполнена либо на фоне спонтанного дыхания, либо под местной анестезией слизистых оболочек, либо под общей анестезией. Чаще всего интубацию проводят под наркозом, после введения миорелаксантов, т.к. при этом создаются оптимальные условия для её проведения. Интубацию трахеи выполняют под контролем зрения или вслепую после насыщения лёгких кислородом Для интубации под контролем зрения используют ларингоскоп, чаще с изогнутым клинком. Ручку ларингоскопа берут в левую руку и клинок ларингоскопа продвигают вперёд так, чтобы его конец достигал надгортанника. Клинком ларингоскопа смещают надгортанник и открывают вход в гортань. Эндотрахеальную трубку проводят через ротовую полость и голосовую щель в трахею (оротрахеальная интубация). При назотрахеальной интубации клинок ларингоскопа проводят так же. Через нижний носовой ход проводят эндотрахеальную трубку в полость рта, фиксируют там с помощью щипцов Мэгилла и продвигают её в трахею Оротрахеальную интубацию вслепую (интубационную трубку вводят в гортань и далее в трахею вдоль I и II пальцев анестезиолога, введённых предварительно в полость рта) используют относительно редко.

Назотрахеальную интубацию вслепую проводят на фоне спонтанного дыхания, что позволяет контролировать положение интубационной трубки акустически - по определению шума дыхания у её проксимального конца. Чаще всего её применяют, если прямая ларингоскопия из-за короткой или толстой шеи или анкилоза нижнечелюстного сустава представляет определённые трудности.

.Заключение

бронхиальный астма дыхательный кислород

Процесс изучения астмы как одной из важнейших проблем медицинской науки, убедительно демонстрирует успехи многих отраслей знаний от фундаментальных (медицинская генетика), до прикладных (организация здравоохранения). В тоже время проводимые исследования постоянно требуют пересмотра ряда концепций, создания новых международных консенсусов по проблеме астмы, разработки новых методов лечения и новых стандартов оказания медицинской помощи, постоянного образования и самообразования медицинских работников.

Используемая литература

1. В. А. Епифанов Лечебная физическая культура. М., Гэотар-Мед, 2002.

.Н. А. Мокина Немедикаментозная терапия бронхиальной астмы у детей. Современное состояние проблемы. - в: Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, №3, 2003.