

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00120&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00120. Лікування гострого нападу астми

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Бронхіальна астма <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/7-bronkhialna-astma>

Автор: Paula Kauppi

Редактор оригінального тексту: Martti Teikari

Дата останнього оновлення: 2017-03-21

Основні положення

- Пацієнт, його родичі та лікар часто недооцінюють серйозність гострого нападу астми.
- Метою лікування є
 - попередження смерті від астми
 - відновлення функцій легень та стану пацієнта до задовільного рівня якомога раніше
 - підтримка оптимального функціонального стану та попередження загострень.

Розпізнавання гострого нападу астми

- Виникнення хоча б одного з наступних симптомів говорить про важкість нападу:
 - посилення хрипів та задишки на стільки, що пацієнт не здатний закінчити одне речення без паузи для дихання або не може піднятися зі стільця
 - частота дихання протягом всього часу 25/хв або більше

- частота серцевих скорочень протягом усього нападу 110/хв або більше (> 30 хвилин після інгаляції сальбутамолу)
- ПШВ нижче на 60% від найкращого попереднього результату
- сатурація кисню нижче 92%
- стан пацієнта погіршується всупереч лікуванню.

Ознаки нападу, що загрожує життю

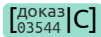
- Приглушення дихальних шумів під час аускультації
- Ціаноз
- Брадикардія або гіпотензія
- Знесилення, збентеження або непритомність пацієнта
- ПШВ нижче на 30–40% від попереднього найкращого результату
- Парціальний тиск кисню артеріальної крові $pO_2 < 8$ кПа навіть після збільшення подачі кисню, артеріальний парціальний тиск вуглекислого газу $pCO_2 > 6$ кПа або зниження рН.

Проби та дослідження

- Пікфлоуметрія на початку лікування та під час спостереження
- Пульсоксиметрія (виявляє гіпоксію, але не гіперкапнію)
- Частота серцевих скорочень та артеріальний тиск
- Аналіз газів артеріальної крові при важких станах; повторити за необхідності
- Рівень калію у плазмі та глюкози крові
- ЕКГ пацієнтам старшого віку
- Рентгенографія у важких випадках та при резистентності до лікування для виключення пневмотораксу, легеневих інфільтратів, інфекцій та набряку легень
- Виключення синуситу [настанова 00873] Діагностика гострого син...
- Гематокрит, за необхідності, для оцінки дегідратації
- Концентрація теофіліну, якщо було розпочато тривалу інфузійну терапію даним препаратом

Невідкладне лікування [доказ 01274 | B] [доказ 01362 | B] [доказ 04400 | A] [доказ 04867 | D]

1. Надати пацієнту *зручне положення сидячи*, якщо можливо - з опущеними ногами так, щоб за потреби він міг нахилитися вперед та мав опору для рук та ніг.
 2. Надати *кисень* (зазвичай достатньо 35% концентрації; під час реанімації - максимальна концентрація та швидкість подачі) зі швидкістю 4–5 л/хв через маску або назальний катетер. Якщо у пацієнта також є ХОЗЛ [настанова 00123 | Хронічне обструктивне за...], достатньо низької швидкості потоку (1–2 л/хв) з метою попередження гіпокапнії (знижений рівень CO₂).
 3. Призначити *сальбутамол* у формі аерозолю 0,1 мг/дозу, 4–8 вдихів за допомогою інгалятора [доказ 01149 | A]. Повторювати, за необхідності, кожні 20-30 хвилин 2-4 рази. У якості альтернативи - комбінація сальбутамолу 2,5 мг та іпратропію бромід 0,5мг [доказ 01375 | B] через небулайзер, з киснем або без (або фенотерол 1,25 мг та іпратропію бромід 0,5 мг). Повторити через 1 годину за необхідності.
 - Теофілін більше не рекомендований для рутинного застосування у лікуванні нападів астми [доказ 00039 | B], тому що його ефективність сумнівна та присутні небажані ефекти.
 - Однак, при важкому нападі, коли розглядається питання щодо інтенсивної терапії, може бути призначений теофілін: 5 мг/кг внутрішньовенно протягом 20-30 хвилин, що продовжується інфузією (400 мг теофіліну розчиненого у 1000 мл 0,9% розчину натрію хлориду або 5% розчину глюкози; швидкість інфузії 0,6 мг/кг/год для пацієнтів молодше 50 років та 0,4-0,5 мг/кг/год для старших 50).
- Коментар експерта.* Комбіновані лікарські засоби сальбутамол + іпратропію бромід та фенотерол 1,25 мг + іпратропію бромід 0,5 мг станом на 11.04.2019 в Україні не зареєстровані.
4. Призначити високі дози *глюкокортикоїду* внутрішньовенно або перорально (наприклад, 40–80 мг метилпреднізолону або 125–250 мг гідрокортизону) [доказ 00586 | A↑↑]. Оральні глюкокортикоїди (наприклад, 30–40 мг преднізолону) призначаються незалежно від внутрішньовенних стероїдів, як тільки пацієнт може знову ковтати.
 5. Продовжити прийом оральних глюкокортикоїдів (наприклад, преднізолон 30–40 мг вранці) протягом кількох днів. Якщо пацієнт отримує тривале лікування глюкокортикоїдами вдома, він може потребувати збільшення дози.

6. При важкому нападі астми, що загрожує життю, коли бронходилататори не демонструють достатнього ефекту, слід розглядати призначення
- рацемічного адреналіну (S2[®] Рацепінефрин розчин для інгаляцій, 2,25%) для інгаляцій з дозуванням 0,5 мл на 3 мл 0,9% розчину натрію хлориду
 - магнію сульфат 2 г у вигляді одноразової повільної внутрішньовенної інфузії протягом 20 хвилин  дорослим пацієнтам.

Коментар експерта. Адреналін – торговельна назва лікарського засобу з міжнародною непатентованою назвою епінефрин. В Україні станом на 10.04.2019 епінефрин у лікарській формі розчину для інгаляцій не зареєстрований.

7. У разі затяжного нападу пацієнт може бути зневодненим, оскільки задишка перешкоджає питтю. Пацієнт може потребувати *рідини* у кількості 2000-3000 мл з перевищенням добової потреби. Необхідна обережність у випадку з пацієнтами похилого віку та тими, які мають серцеві захворювання!
8. Неінвазивна штучна вентиляція легень (НІШВЛ) може розглядатися у відділенні з можливістю постійного моніторингу.

Показання для інтенсивної терапії

- Персистуюча важка задишка всупереч повторному 3-4-разовому прийому β_2 -симпатоміметиків з інтервалом 20-30 хв.
- Парціальний тиск кисню артеріальної крові pO_2 нижче 8 кПа всупереч додатковій подачі кисню
- Парціальний тиск вуглекислого газу артеріальної крові pCO_2 вище 6 кПа
- Виснаження
- Збентеження, сонливість
- Непритомність
- Зупинка дихання

Подальше лікування

- Не слід залишати пацієнта наодинці до поліпшення стану.

- Продовжити оксигенотерапію за необхідності.
- Продовжити лікування оральними глюкокортикоїдами (наприклад, 30–40 мг преднізолону/день) [доказ 00593 | A].
- Якщо стан поліпшується, продовжити лікування за допомогою небулайзера з 4-годинним інтервалом.
- Якщо стан не поліпшився, повторити лікування через небулайзер через 20-30 хвилин.
- Седативні препарати не слід використовувати у лікуванні нападу астми, за винятком відділень інтенсивної терапії.
- Антибактеріальні препарати не показані, якщо відсутні ознаки бактеріальної інфекції.

Виписка з лікарні після гострого нападу астми

- Функції легень мають бути нормалізовані до моменту виписки.
 - Величина ПШВ має бути вище 70% від нормальної величини або максимальної попередньої величини.
 - Добові коливання ПШВ повинні бути менше 25%.
- Перед випискою слід переконатися, що пацієнт має
 - призначений оральний глюкокортикоїд (преднізолон [20–]30–40 мг/добу) на 1–2 тижні [доказ 00593 | A]
 - інгаляційний бронходилататор
 - інгаляційний глюкокортикоїд [доказ 01280 | C]
 - переглянутий план тривалої підтримуючої терапії
 - бажано власний пікфлоуметр вдома
 - знання про правильну техніку інгаляцій
 - запис на наступний контрольний візит.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00288 | Treatment of acute exace...]
- Клінічні настанови [пов'язані 00288 | Treatment of acute exace...]
- Література [пов'язані 00288 | Treatment of acute exace...]

Настанови

- [Настанова 00873](#). Діагностика гострого синуситу.
- [Настанова 00123](#). Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 01274](#). Inhaled corticosteroids in the emergency department treatment of acute asthma.
Дата оновлення: 2006-11-10
Рівень доказовості: B
Резюме: Inhaled steroids given in the emergency department for acute asthma appear to reduce admission rates in patients who are not receiving systemic steroids.
- [Доказовий огляд 01362](#). Intravenous beta-2-agonists for acute asthma in the emergency department.
Дата оновлення: 2007-08-19
Рівень доказовості: B
Резюме: Intravenous beta-2-agonists appear to produce no benefits as compared to treatment given by inhalation.
- [Доказовий огляд 04400](#). Continuous versus intermittent beta-agonists in the treatment of acute asthma.
Дата оновлення: 2011-05-02
Рівень доказовості: A
Резюме: Continuous nebulized beta-agonists are more effective than intermittent beta-agonists in the treatment of severe acute asthma.
- [Доказовий огляд 04867](#). Inhaled magnesium sulfate in the treatment of acute asthma
Дата оновлення: 2018-02-12
Рівень доказовості: D
Резюме: Inhaled magnesium sulfate might possibly have some effect on the pulmonary function and hospital admission of patients with acute asthma exacerbations when added to inhaled β 2-agonists and ipratropium bromide, but the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 01149](#). Holding chambers (spacers) versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma in adults.
Дата оновлення: 2014-08-01
Рівень доказовості: A
Резюме: Metered-dose inhalers with spacer perform at least as well as nebulisers for delivering beta2-agonist drugs in acute asthma in adults.
- [Доказовий огляд 01375](#). Ipratropium as an adjunct to beta2 agonists for acute asthma.
Дата оновлення: 2017-04-03
Рівень доказовості: B
Резюме: Combination inhaled therapy with short-acting anticholinergics and short-acting beta-agonists are effective for acute asthma in adults compared with beta-agonist alone.

- [Доказовий огляд 00039](#). Addition of intravenous aminophylline to beta2-agonists in adults with acute asthma.
Дата оновлення: 2017-06-05
Рівень доказовості: B
Резюме: In acute asthma, the use of intravenous aminophylline appears not to result in better bronchodilatation than inhaled beta2-agonists alone. Aminophylline causes adverse effects.
- [Доказовий огляд 00586](#). Corticosteroids for acute severe asthma in emergency care and in hospitalised patients.
Дата оновлення: 2000-08-20
Рівень доказовості: A↑
Резюме: Early emergency treatment of asthma reduces hospitalisations. 60–80 mg per day of methylprednisolone or 300–400 per day mg of hydrocortisone is sufficient to improve lung function in acute severe asthma in hospitalised patients.
Рекомендація: Use corticosteroids as early treatment for patients with acute severe asthma.
- [Доказовий огляд 03544](#). Magnesium sulfate in acute adult asthma.
Дата оновлення: 2003-02-05
Рівень доказовості: C
Резюме: Magnesium sulfate may improve pulmonary function and reduce hospital admissions in people with severe acute asthma.
- [Доказовий огляд 00593](#). Corticosteroids for preventing relapse following acute exacerbations of asthma.
Дата оновлення: 2008-01-15
Рівень доказовості: A
Резюме: A short course of corticosteroids following assessment for an acute exacerbation of asthma reduces the number of relapses and decreases beta-agonist use without an apparent increase in side effects.
- [Доказовий огляд 01280](#). Inhaled steroids in acute asthma following emergency department discharge.
Дата оновлення: 2017-06-13
Рівень доказовості: C
Резюме: High dose ICS therapy does probably not provide added benefit to oral corticosteroids following emergency department discharge.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00120 Ключ сортування: 006.032 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-03-21

Автор(и): Paula Kauppi Автор(и) попередніх версій статті: Timo Keistinen Редактор(и): Martti Teikari
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Pulmonary diseases Allergology Anaesthesiology

Ключові слова індексу
mesh: Asthma mesh: Status Asthmaticus mesh: oxygen partial pressure mesh: Lung Diseases, Obstructive mesh: Dyspnea
mesh: glucocorticoid course, oral mesh: nebulizers and vaporizers mesh: Peak Expiratory Flow Rate mesh: Airway Obstruction

mesh: Adrenergic beta-Agonists mesh: Glucocorticoids mesh: anoxia mesh: Hypercapnia
mesh: Oxygen Inhalation Therapy mesh: Hydrocortisone mesh: carbon dioxide partial pressure mesh: inhaled beta-2 agonists
mesh: Adrenergic beta-2 Agonists mesh: Prednisolone mesh: Hydroxycorticosteroids mesh: Magnesium Sulfate
mesh: Child mesh: Methylprednisolone mesh: Ipratropium mesh: Fluid Therapy mesh: Albuterol mesh: Fenoterol
mesh: Blood Gas Analysis mesh: Theophylline mesh: arterial blood gas analysis speciality: Allergology
speciality: Anaesthesiology speciality: Pulmonary diseases icpc-2: R02 icpc-2: R03 icpc-2: R96