

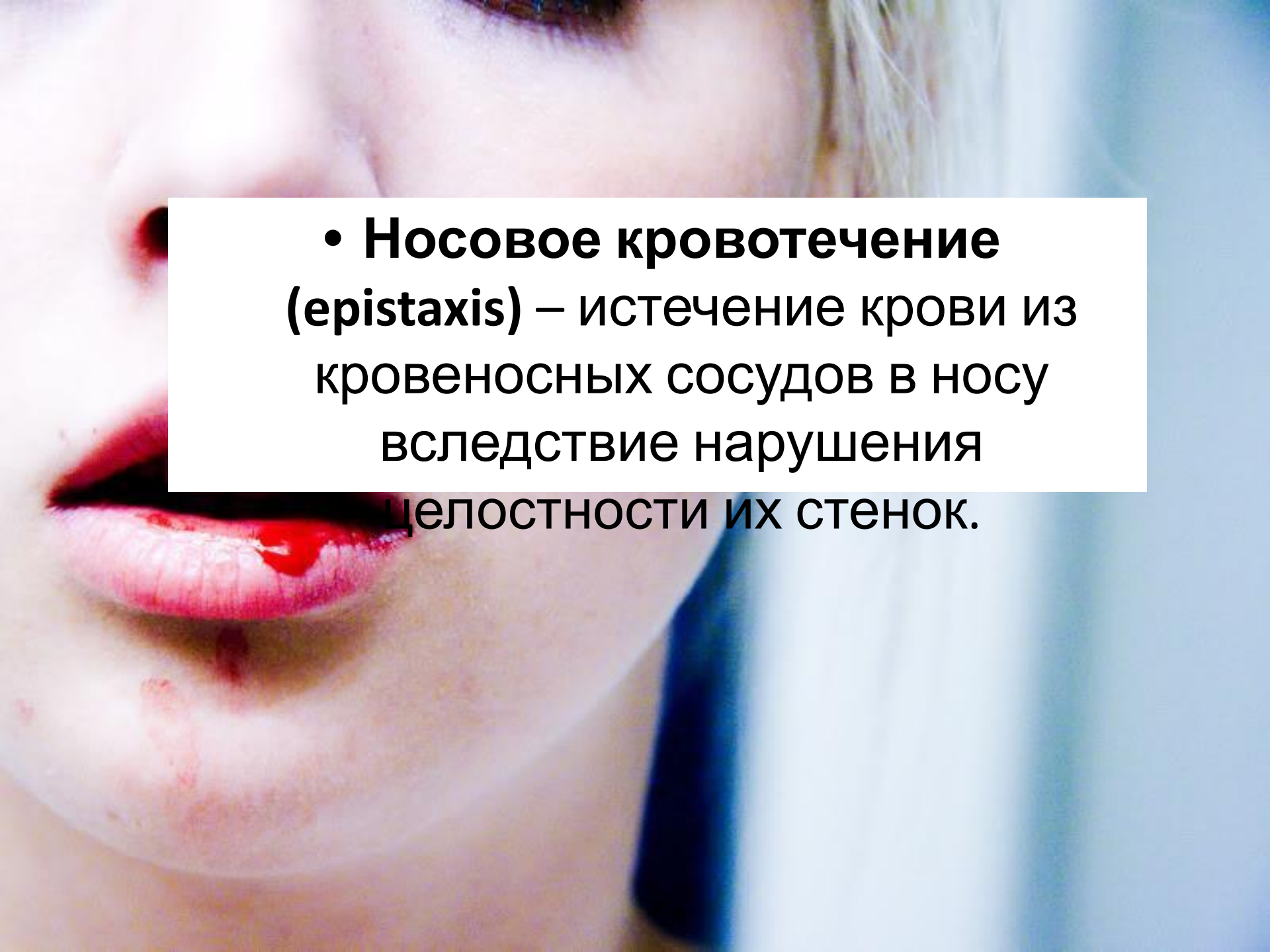
A close-up photograph of a person's face, focusing on the nose and mouth. The person has a nosebleed, with blood visible on the bridge of the nose and dripping down. There is also blood smeared on the lower lip and chin. The person has light-colored hair and is wearing a white garment, possibly a lab coat. The background is a blurred light blue.

Носовые кровотечения

Подготовила: Андреева К.А. 4058
ОМ

Введение

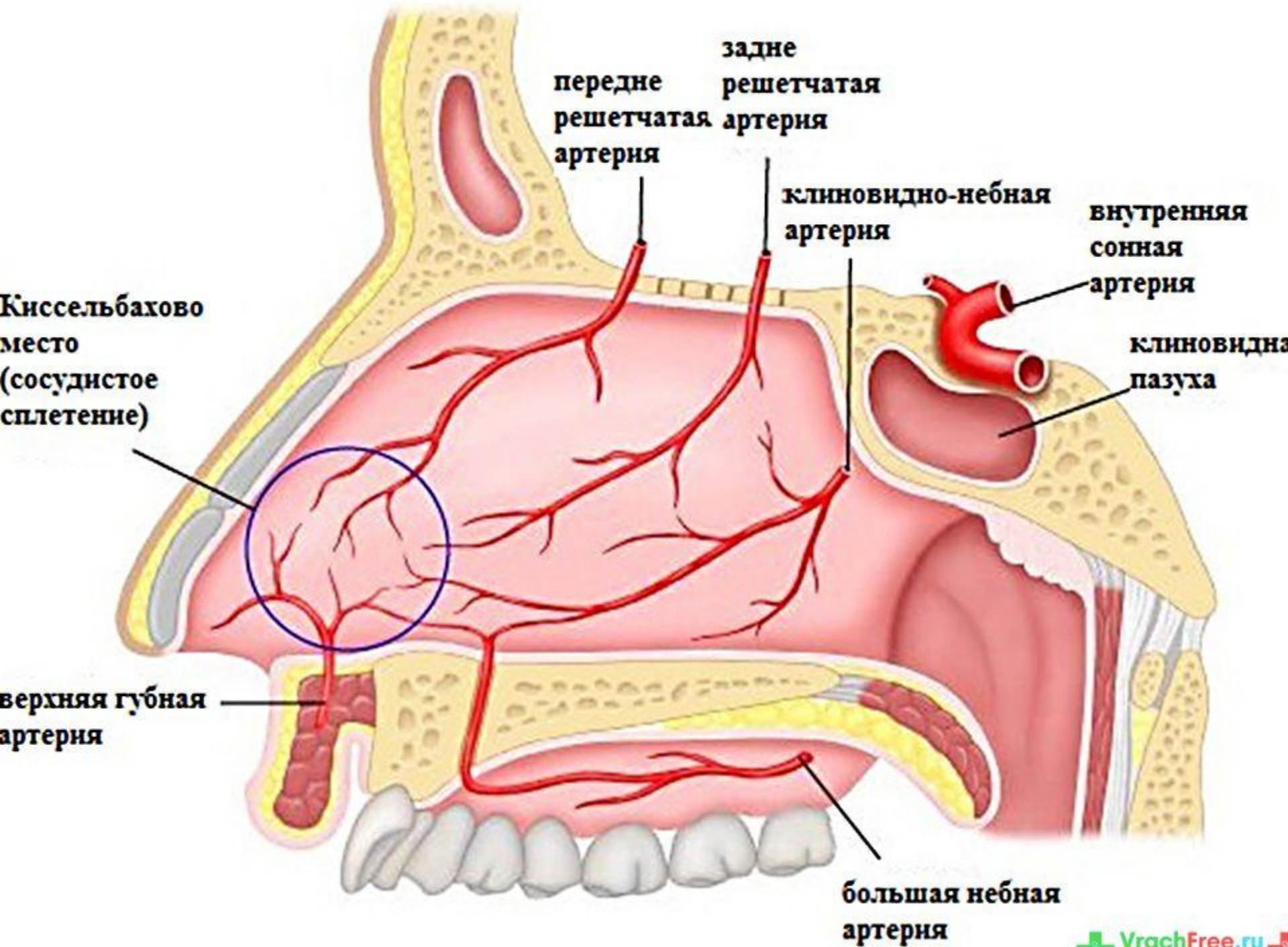
Носовое кровотечение остается распространенной клинической проблемой, актуальность которой обусловлена тяжестью состояния больных, возможностью рецидивирования, необходимостью стационарного лечения. Носовое кровотечение является одной из наиболее частых причин обращения пациентов за экстренной оториноларингологической помощью, а также наиболее частым видом кровотечения во врачебной практике. Около 60% населения по крайней мере 1 раз в течение жизни отмечают эпизод носового кровотечения и 11—25% из них требуют госпитализации. В большинстве случаев носовое кровотечение является симптомом других общих заболеваний, реже главную роль играют местные факторы.



• **Носовое кровотечение (epistaxis)** – истечение крови из кровеносных сосудов в носу вследствие нарушения целостности их стенок.

Особенности кровоснабжения полости носа

- Задние отделы латеральной стенки полости носа и перегородки носа кровоснабжаются ветвями *a. sphenopalatina*, отходящей от *a. maxillaris*, из системы наружной сонной артерии.
- Передневерхние отделы полости носа кровоснабжаются передней и задней решетчатыми артериями, отходящими от *a. ophthalmica* из системы внутренней сонной артерии.
- В передненижнем отделе перегородки носа расположена зона Киссельбаха—Литтла, представленная сосудистой сетью из анастомозирующих конечных ветвей как наружной, так и внутренней сонной артерии. К этой области подходят перегородочные ветви клиновидно-небной и передней решетчатой артерий, а также колумеллярная артерия, ветвь *a. labialis*, отходящей от *a. facialis* из системы наружной сонной артерии



Клинико-патогенетическая классификация
носовых кровотечений (Тимошенко В.И., Мамаев А.Н.,
2007)

- I. КРОВОТЕЧЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ
МЕСТНЫМИ ДЕСТРУКТИВНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ
ПРОЦЕССАМИ ЛОРОРГАНОВ

- 1. Новообразования

- а) злокачественные: рак, саркома и др.

- б) доброкачественные: гемангиомы, ангиофибромы
носовой перегородки, юношеская ангиофиброма
носоглотки, папилломы и другие новообразования

- 2. Гранулемы и язвы

- а) при инфекционных поражениях (туберкулез, сифилис)

- б) при коллагенозах (гранулематоз Вегенера и др.)

- 3. Токсические и дистрофические поражения лорорганов

- а) химические, термические

- б) при хронических заболеваниях лорорганов

II. КРОВОТЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

1. Повреждения сосудов при травмах и ранениях (резанные, рубленые, огнестрельные и др.)

2. Повреждения крупных сосудов при хирургических вмешательствах

III. КРОВОТЕЧЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ АНОМАЛИЕЙ ИЛИ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ

1. Врожденные вазопатии и мезенхимальные дисплазии:

а) наследственная телеангиэктазия (болезнь Рандю– Ослера)

б) синдром Марфана

в) локальный ангиоматоз

г) синдром Казабаха – Меррит (солитарные гемангиомы с тромбоцитопенией)

д) каротидно-кавернозные соустья и аневризмы внутренней сонной и др. артерий

2. Приобретенные поражения сосудов:

а) атеросклероз

б) артериальные гипертензии: гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии

в) васкулиты

г) ангиопатии

IV. КРОВОТЕЧЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ДЕФЕКТАМИ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА

1. Тромбоцитопении:

- а) аутоиммунные
- б) вторичные

2. Тромбоцитопатии:

- а) наследственные тромбоцитопатии:
- б) приобретенные (симптоматические) тромбоцитопатии:

3. Разные типы болезни Виллебранда

V. КРОВОТЕЧЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ДЕФЕКТАМИ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИЗА

1. Наследственные коагулопатии:

-гемофилия А, В, С, парагемофилия, болезнь Стюарта-Прауэра,

2. Приобретенные коагулопатии:

-коагулопатии, обусловленные патологией печени, наличие иммунных ингибиторов факторов VIII, IX, дефицит К-витаминозависимых факторов II, VII, IX и X, при потреблении факторов свертывания и тромбоцитов (ДВС-синдром), при лечении гепарином

3. Аномалии фибринолиза, обусловленные применением фибринолитических препаратов

- **Носовые кровотечения также разделяют по локализации их источника.**
 - Носовые кровотечения из сосудов полости носа.
 - Из передних отделов полости носа.
 - Из задних отделов полости носа:
 - источник кровотечения расположен выше средней носовой раковины;
 - источник кровотечения расположен ниже средней носовой раковины.
 - Носовые кровотечения из сосудов, расположенных вне полости носа.
 - Кровотечения из околоносовых пазух, носоглотки.
 - Кровотечения из внутричерепных сосудов:
 - из внутрикаротидной аневризмы внутренней сонной артерии;
 - из сосудов твердой мозговой оболочки при переломе решетчатой пластинки.

Этиология

- **Общие:**

1. Заболевания крови, диатез, авитаминоз.
2. Болезни сердечно-сосудистой системы (гипертония, атеросклероз, пороки сердца).
3. Повышение температуры тела вследствие солнечного удара, перегрева.
4. Инфекционные заболевания.
5. Перепад наружного давления.
6. Гормональный сбой.

- **Местные:**

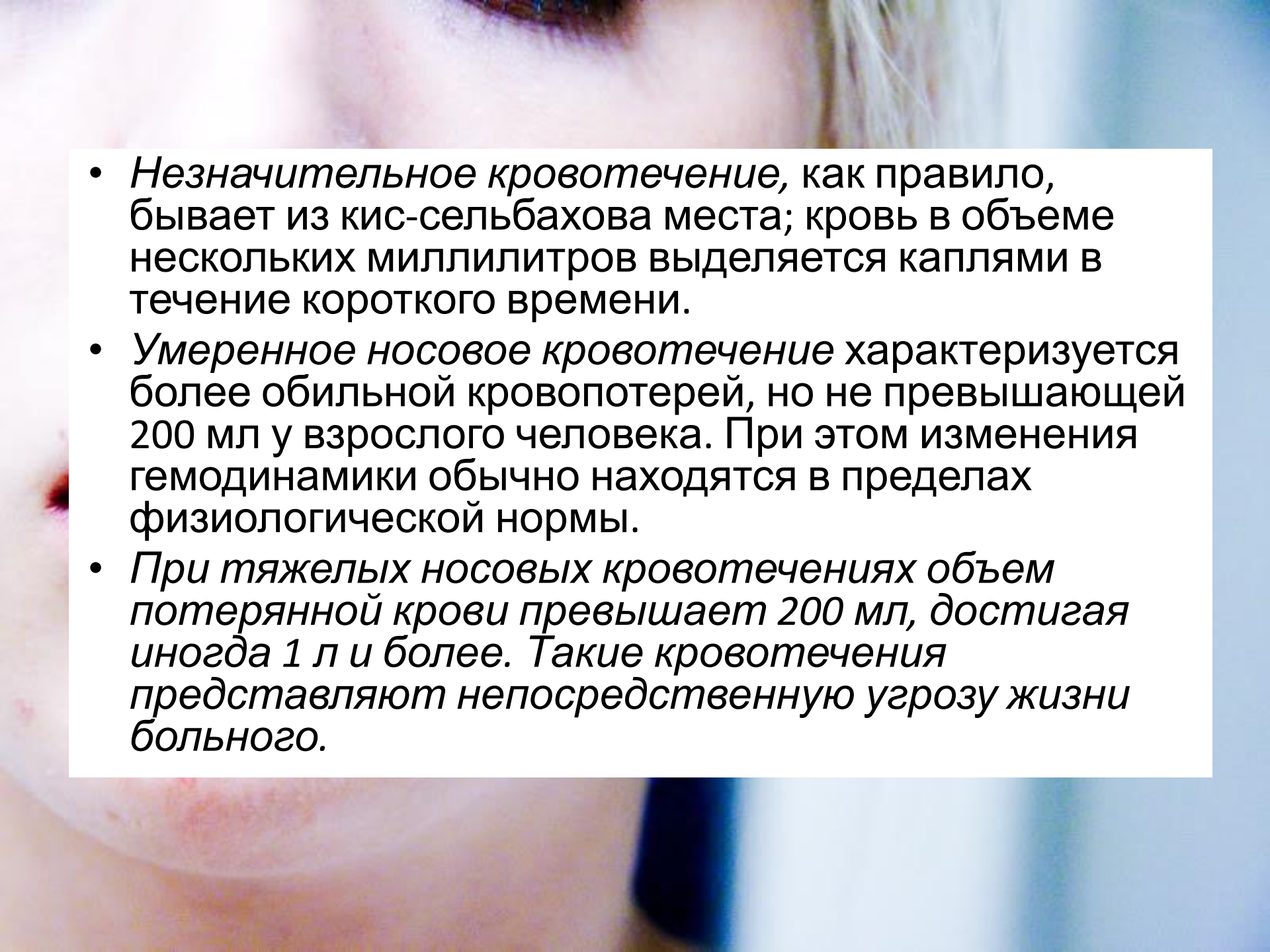
1. Повреждения носа, которые, собственно, и являются наиболее распространенной причиной носовых кровотечений. Причем, травмы могут носить как бытовой (автокатастрофы, попадание в носовую полость инородных предметов и т.д.) , так и искусственный характер (неудачное операционное вмешательство, лечебно-диагностические процедуры).
2. Нарушение целостности или искривление носовой перегородки, ринит.
3. Полнокровие слизистой оболочки (ринит, синусит, аденоиды).
4. Доброкачественные и злокачественные опухоли носа.

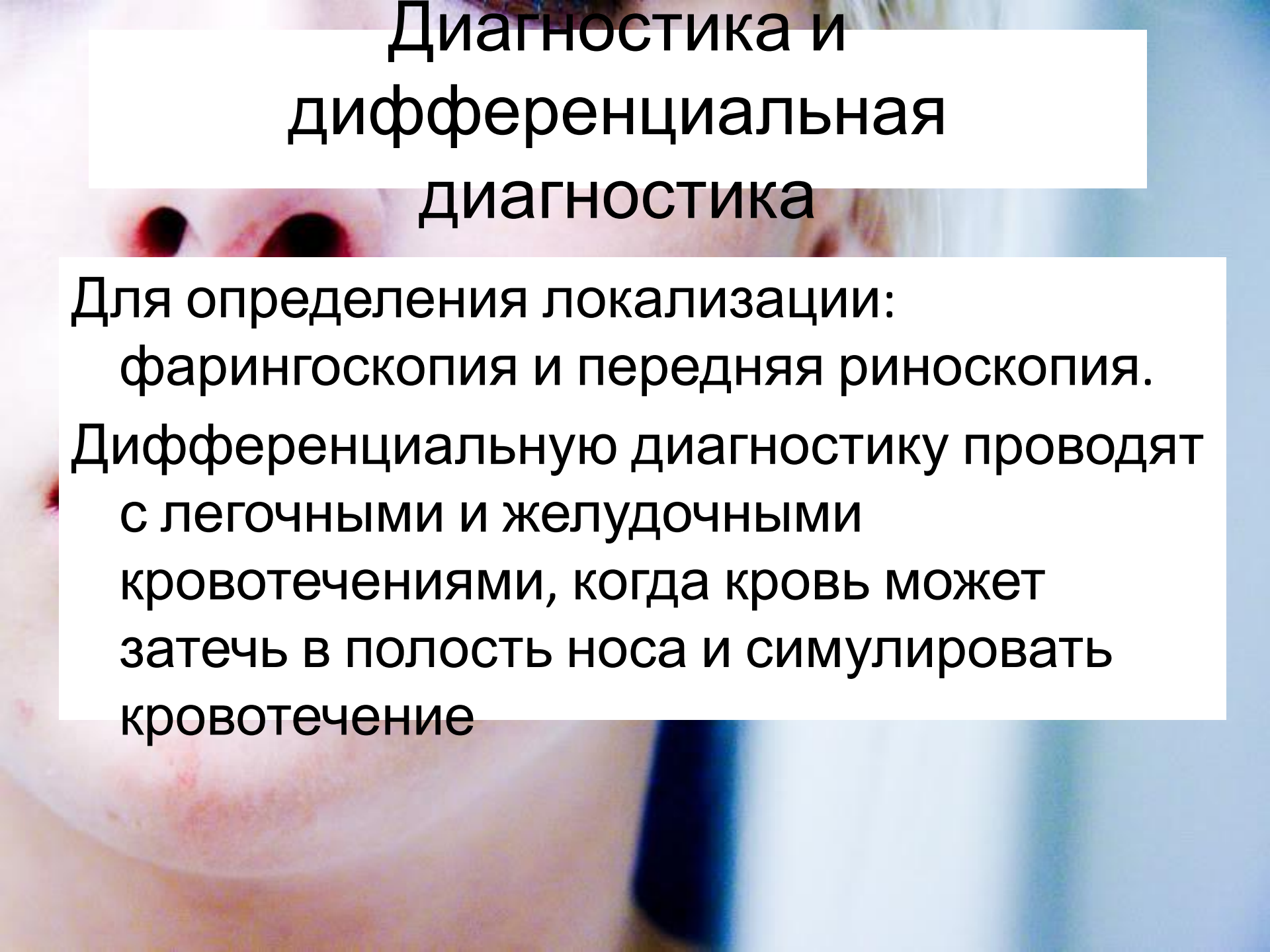
Патогенез носового кровотечения

- В патогенезе спонтанных носовых кровотечений важное место занимают системные нарушения коагуляционного и тромбоцитарного гемостаза, нарушение микроциркуляции в слизистой оболочке полости носа, изменение атромбогенности эндотелия, ухудшение контрактильных свойств сосудов, повышение сосудистой проницаемости.

Клиника

- Выделение алой не пенящейся крови из преддверия полости носа или стекание крови по задней стенке глотки при запрокидывании головы, тогда как кровь из нижних отделов дыхательных путей в той или иной мере вспенена, не определяется ее стекания по задней стенке глотки.
- Носовые кровотечения могут возникать неожиданно, у некоторых больных отмечаются продромальные явления — головная боль, шум в ушах, зуд, щекотание в носу. В зависимости от объема потерянной крови различают незначительное, умеренное и сильное (тяжелое) носовое кровотечение.

- 
- *Незначительное кровотечение*, как правило, бывает из *кис-сельбахова* места; кровь в объеме нескольких миллилитров выделяется каплями в течение короткого времени.
 - *Умеренное носовое кровотечение* характеризуется более обильной кровопотерей, но не превышающей 200 мл у взрослого человека. При этом изменения гемодинамики обычно находятся в пределах физиологической нормы.
 - *При тяжелых носовых кровотечениях* объем потерянной крови превышает 200 мл, достигая иногда 1 л и более. Такие кровотечения представляют непосредственную угрозу жизни больного.

A close-up photograph of a human nose, showing the nostrils and surrounding skin. A white rectangular box is overlaid on the upper part of the image, containing the title text. The background is slightly blurred, focusing attention on the nose and the text box.

Диагностика и дифференциальная диагностика

Для определения локализации:

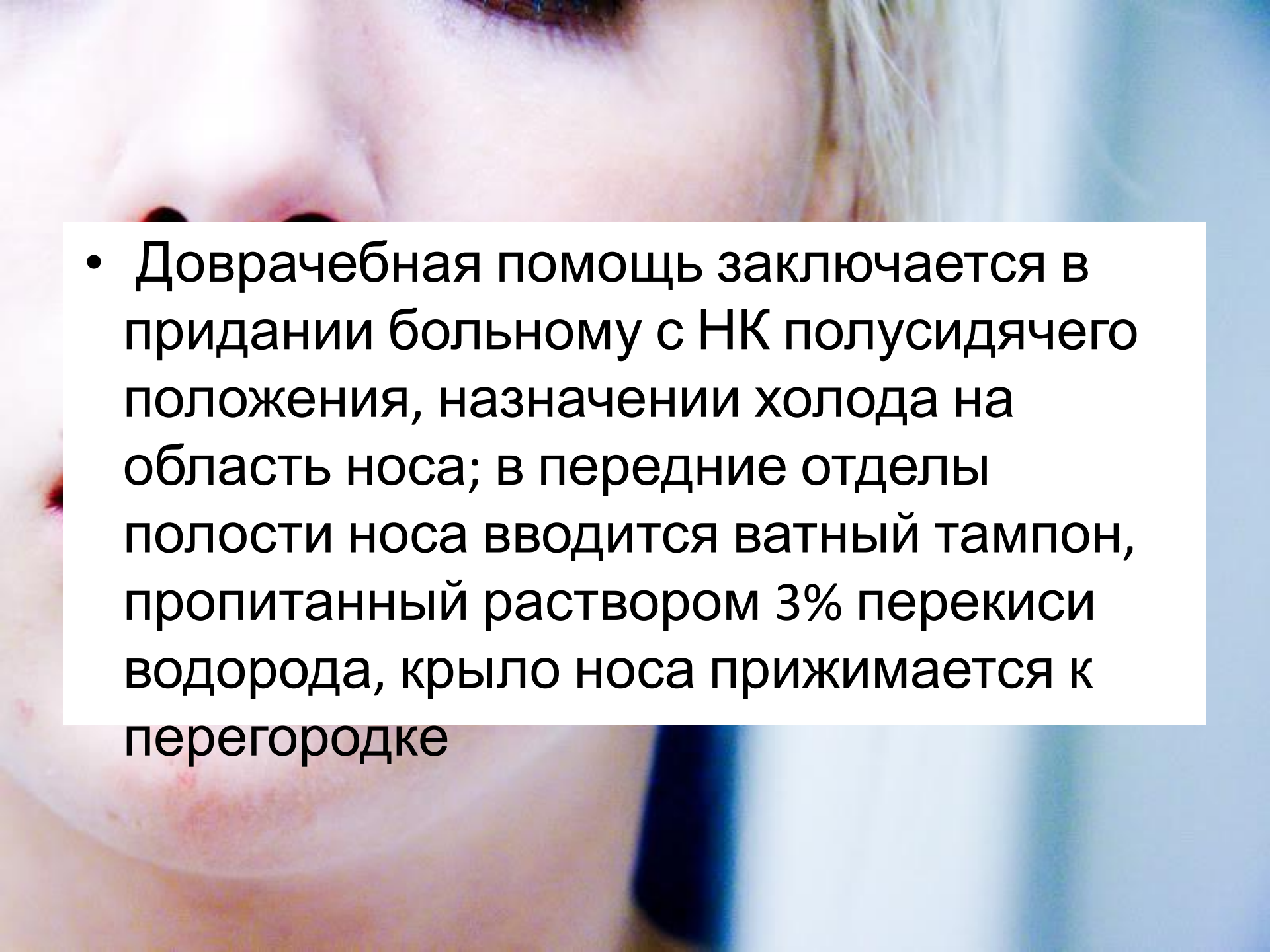
фарингоскопия и передняя риноскопия.

Дифференциальную диагностику проводят с легочными и желудочными кровотечениями, когда кровь может затечь в полость носа и симулировать кровотечение

Лечение

Задачи:

- восстановление объема при необходимости жидкости в сосудистом русле;
- остановка уже имеющегося кровотечения;
- предупреждение рецидивов.

- 
- Доврачебная помощь заключается в придании больному с НК полусидячего положения, назначении холода на область носа; в передние отделы полости носа вводится ватный тампон, пропитанный раствором 3% перекиси водорода, крыло носа прижимается к перегородке

Консервативное лечение

- Основным методом остановки НК является передняя послойная марлевая тампонада по Микуличу, продолжительность которой составляет 3—5 сут. В случае ее неэффективности производится задняя тампонада по Беллоку. Оптимальный срок задней тампонады составляет от 4 до 6 сут. Для предотвращения развития воспаления тампоны ежедневно пропитывают антибиотиками, антисептиками. Возможно пропитывание марлевой тампонады гемостатическими составами — пастами Васильевой и Дербеневой; использование готовых лекарственных форм. Для щадящей тампонады полости носа можно использовать препараты из гемостатической губки, специальные тампоны, содержащие гемостатические материалы: тромбин, фибринную пленку. Переднюю и заднюю тампонаду можно также осуществлять с помощью различных вариантов раздувных пневмотампонов (ринорапид).

Передняя тампонада носа

Алгоритм действий:

1. Усадить пациента, слегка наклонив его голову вперед, при невозможности – уложить на бок или на живот.
2. Дать ему в руки лоток для сбора крови или поставить на клеенку у лица пациента.
3. Очистить полость носа от сгустков крови, попросить пациента сплевывать в лоток затекшую в рот кровь.
4. Смазать слизистую оболочку носа лидокаином.
5. Смочить длинную турунду 3% раствором перекиси водорода.
6. Ухватить корнцангом (пинцетом) конец турунды, отступив на 4 см.
7. Ввести турунду в полость носа до заднего отдела.
8. Уложить плотно турунду в виде гармошки в полости носа и оставить там на 24-48 часов.
9. Наложить «Працевидную» повязку на нос (удалять тампон осторожно, смочив предварительно 3% раствором перекиси водорода).
10. Засыпать кровь в лотке сухой хлорной известью (1:5) на 1 час.
11. Снять перчатки и продезинфицировать их в 3% растворе хлорамина.

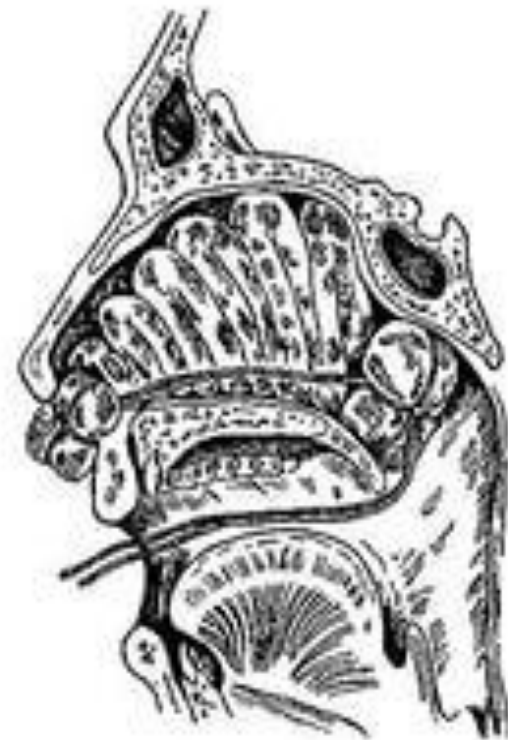


Задняя тампонада носа

Задняя тампонада носа

Заднюю тампонаду выполняют в положении больного лежа с возвышенным положением головы.

1. Из нескольких слоев марли изготовить тампон, соответствующий размерам носоглотки пациента. Для ориентировочного определения его размера просят пациента сложить вместе ногтевые фаланги I пальцев – объем этих двух фаланг равен размерам носоглотки. Тампон крестообразно обвязать шелковой нитью, оставляя 3 нити длиной 25-30 см;
2. Стерильный резиновый катетер провести через общий носовой ход до ротоглотки, откуда его извлечь через рот и привязать 2 шелковые нити; Катетер вытянуть через нос, а тампон попадает в носоглотку, где закрывает одну из хоан;
3. Произвести переднюю тампонаду носа и к концам двух нитей, выступающих из носа, привязать тампон;
4. Конец нити, свисающий изо рта, фиксировать лейкопластырем к щеке;
5. Наложить пращевидную повязку. Задний тампон



Системная гемостатическая терапия.

- Внутривенные инфузии 5% раствора эpsilon-аминокапроновой кислоты; внутримышечные инъекции раствора этамзилата (дицинон), викасола, витаминов В1 , В6 , перорально назначаются троксерутины.
- При средней степени кровопотери, сопровождающейся снижением АД до 90—100 мм рт.ст. и тахикардией - инфузионная терапия кристаллоидными и коллоидными растворами (800-1500 мл раствора Рингера, Трисоли; 400 -800 мл растворов реополиглюкина, гидроксипропилированного крахмала)
- При значительной кровопотере, сопровождающейся нарушениями гемодинамики, необходимы трансфузии препаратов крови .
- Снижение гемоглобина ниже 70—80 г/л, а гематокрита ниже 23% при острой кровопотере является показанием для трансфузии эритроцитарной массы или эритроцитарной взвеси. 1 доза эритроцитарной массы содержит около 200—300 мл препарата и повышает уровень гемоглобина в среднем на 10г/л.

Хирургическое лечение

- Определяющим в выборе методов остановки и эффективности лечения является локализация источника кровотечения.

При небольшом кровотечении из зоны Киссельбаха :

- химическая коагуляция раствором три хлоруксусной кислоты, 40% раствором нитрата серебра;
- отслойка участка мукоперихондрия с последующей тампонадой;
- удаление расширенного кровоточащего сосуда выскабливанием).

Используются методы криокоагуляции, электрокаустики (электрокаутеризации), электрокоагуляции участка кровотечения. Также применяется и лазерное облучение в режиме субабляции .

- На протяжении многих лет при рецидивирующих НК применяется перевязка наружной сонной артерии, общепризнанно являющаяся быстрым и эффективным вмешательством. Неэффективность перевязки а. carotis externa бывает обусловлена наличием анастомозов в области дистальных ветвей как между бассейнами сонных артерий с обеих сторон, так и между системами наружной и внутренней сонных артерий. В таких случаях целесообразно прерывать кровоток ближе к месту кровотечения, и лучший эффект дает перевязка верхнечелюстной или клиновидно-небной артерии. При трансантральной перевязке верхнечелюстной артерии в крылонебной ямке следует лигировать или клипировать не только ствол, но и обнаруженные ветви: клиновидно-небную, нисходящую небную артерию.

- Расположение источника кровотечения выше края средней носовой раковины указывает на необходимость хирургического воздействия в области прохождения этмоидальных артерий, ветвей а. carotis interna. Производится лигирование или клипирование передней и задней решетчатых артерий с использованием доступа из киллиановского разреза, возможны технически более легкие диатермокоагуляция или электрокоагуляция этмоидальных сосудов под контролем эндоскопа. Для прекращения кровотечения из решетчатых артерий также используется этмоидэктомия, которая может быть осуществлена наружным, внутренним и эндоназальным доступами. Внутренний доступ предусматривает трансантральное разрушение клеток решетчатого лабиринта с последующей тугой тампонадой.

Источники

- В.Т. Пальчун, Л.А. Лучихин, М.М. Магомедов Руководство по практической оториноларингологии
- Аксенов В.М. Носовые кровотечения // М.: Изд-во Российск. Универс. Дру-жбы народов, 1996.
- Медикус.
ру:<http://www.medicus.ru/therapy/patient/nosovoe-krovotechenie-26450.phtml>