

Алгоритм диагностики и оказания скорой помощи при кровотечениях

Подготовила:

к.м.н., доцент кафедры амбулаторно-
поликлинической терапии и скорой
неотложной медицинской помощи

КГМУ

А.Р. Алпысова

Цель лекции

- После завершения лекции студенты должны ориентироваться в вопросах диагностики и оказания неотложной помощи при кровотечениях в объёме первой врачебной медицинской помощи (врача линейной бригады) и в зависимости от состояния больного - в объёме специализированной медицинской помощи (реанимационные бригады, бригады интенсивной терапии).

План лекции

1. Кровохарканье: этиология, патогенез, классификация
2. Характеристика кровохарканья при некоторых заболеваниях, диф. диагностика, советы позвонившему, действия на вызове, лечение на догоспитальном этапе
3. Желудочно-кишечные кровотечения: определение, причины, классификация, клиническая картина
4. Возможные осложнения желудочно-кишечных кровотечений, действия на вызове, лечение на догоспитальном этапе
5. Носовое кровотечение: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина
6. Действия на вызове при носовом кровотечении, лечение на догоспитальном этапе, показания к госпитализации, часто встречающиеся ошибки

КРОВОХАРКАНЬЕ

Кровохарканье — появление в мокроте примеси крови.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

■ Инфекции:

- бронхит (острый, но в большинстве случаев хронический);
- пневмония;
- абсцесс;
- туберкулёз;
- бронхоэктазы.

• Опухоли:

- рак;
- карциноид.

■ Заболевания сердечно-сосудистой системы:

- ТЭЛА;
- инфаркт лёгкого;
- митральный стеноз и другие клапанные поражения сердца, вызывающие повышение давления в лёгочной артерии;
- левожелудочковая недостаточность — отёк лёгких;
- пороки развития лёгочных артерий и вен;
- аневризма аорты (просачивание крови в лёгочную ткань).

■ Травмы:

- повреждение грудной клетки;
- послеоперационный период;

■ Другие причины:

- заболевания крови, нарушение свёртываемости крови;
- терапия анти коагулянтам и;
- инородное тело;
- васкулиты.

■ По механизму развития кровохарканье может быть обусловлено:

- механической травмой или ранением сосудов (инородное тело, повреждение грудной клетки, биопсия и другие травматичные воздействия);
- патологическим процессом с образованием дефекта сосудистой стенки (эрозийное кровотечение при опухоли, каверне, бронхоэктазах и других патологических процессах);
- нарушением проницаемости сосудистой стенки (острые инфекционные заболевания и другие причины).

КЛАССИФИКАЦИЯ

- По степени кровопотери:
- лёгкое (благоприятный прогноз): прожилки крови или равномерная примесь ярко-красного цвета в мокроте;
- тяжёлое (жизнеугрожающее): массивное кровотечение (отхаркивание большого количества крови в каждом плевке мокроты или более 1000 мл за 24 ч).

Характеристика кровохарканья при некоторых заболеваниях

Острый бронхит	Слизисто-гнойная мокрота с прожилками крови
Пневмония	Ржавая мокрота; острое заболевание с лихорадкой и одышкой; воспалительный очаг в лёгких
Абсцесс легких	Гнойная мокрота с прожилками крови; лихорадка; боль в грудной клетке плеврального характера
Туберкулез	Гнойная мокрота с прожилками крови; снижение массы
Туберкулома	Шаровидный инфильтрат на рентгенограмме органов грудной клетки; туберкулёз в анамнезе
Бронхоэктатическая болезнь	Обильная гнойная мокрота; предыдущие эпизоды кровохарканья в течение месяцев или лет

Характеристика кровохарканья при некоторых заболеваниях

Рак бронха	Длительное выделение мокроты с прожилками крови; снижение массы тела
Аденома бронха	Рецидивирующее кровохарканье у практически здоровых людей
Инфаркт легкого	Сгустки крови, не смешанные с мокротой; боль в грудной клетке плеврального характера и одышка; факторы риска тромбоза глубоких вен нижних конечностей, вен малого таза.
Отек легких	Пенистая мокрота, окрашенная кровью (розовая), выраженная одышка; сопутствующее заболевание сердца
Пороки развития сосудов легких	Рецидивирующее кровохарканье; синдром Ослера-Вебера-Рандю с множественными телеангиоэктазиями

Характеристика кровохарканья при некоторых заболеваниях

Контузия легких	Предшествующая травма грудной клетки
Геморрагический диатез	Кровохарканье вслед за упорным кашлем; кровотечения из разл. органов
Легочный васкулит	Гранулематоз Вегенера (вовлечение верхних и нижних отделов дыхательных путей, антинуклеарные антитела), синдром Гудпасчера (вовлечение легких и почек, антитела к базальной мембране клубочков)
Врожденные пороки сердца	Цианоз, симптом «барабанных палочек»
Другие причины легочной гипертензии	Митральный стеноз; первичная легочная гипертензия

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- При кровохарканье (Кр) наблю-ют ярко-красн. цвет отдел-ого; Кр, как правило, сопров-ся кашлем, р-ция мокроты щелочная.
- При рвоте с кровью — коричнев. цвет, кровь в виде сгустков, перемешана с пищевыми массаами, р-ция отделяемого кислая.
- За кровохарканье можно ошибочно принять кровотечение из носоглотки или десен.

СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ

- Помогите больному свободно дышать (расстегните одежду, удалите зубные протезы).
- Уложите больного на спину, приподнимите головной конец.
- При массив.Кр или потере созн-ия -устойчив.полож-ие на боку
- Не разрешайте больному вставать (полная иммобилизация).
- Постарайтесь успокоить больного.
- Не давайте больному есть и пить.
- Найдите те препараты, которые больной принимает, и покажите их врачу или фельдшеру СМП.
- Не оставляйте больного без присмотра.
- А. Положение: с приподнятым головным концом.
- Б. Устойчивое положение на боку.

ДЕЙСТВИЯ НА ВЫЗОВЕ

- ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
- Когда началось кровохарканье? Сколько было раз?
- Описание характера мокроты (прожилки, сгустки, неизменённая алая кровь)
- При каких условиях возникло кровохарканье (в покое, при физической нагрузке, при приступе кашля, после травмы грудной клетки и других условиях)?
- Сопровождается ли кашлем?
- Есть ли боль в грудной клетке? При ее наличии уточните характер (по типу стенокардии с загрудинной локализацией или усиливающаяся при дыхании и кашле плевритическая)?
- Какие имеются общие симптомы заболевания (слабость, тахикардия, одышка, лихорадка и другие)?
- Впервые в жизни или повторно?
- Чем были вызваны предыдущие эпизоды, чем купировались?
- Какие заболевания имеются у больного (сердечные, лёгочные, опухоли, туберкулёз и другие)?
- Не было ли недавно операций на органах грудной клетки, биопсии и т.д.?
- Курит ли больной? Если да, то сколько сигарет в день и в течение какого времени?

ОСМОТР И ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания и кровообращения.
- Оценка степени кровотечения.
- Визуальный осмотр кожных покровов и видимых слизистых, включая полость рта, носоглотку.
- Оценка характера мокроты.
- Исследование пульса, измерение ЧСС, измерение АД.
- Аускультация сердца и лёгких.
- Физикальный осмотр выявляет возможную причину кровохарканья, но может и не выявить существенных отклонений от нормы.

Лечение

- При потере сознания, остановке кровообращения и/или дыхания проводят сердечно-лёгочную реанимацию.
- При тяжёлом (массивном) кровотечении:
 - уложить больного с опущенным головным концом;
 - обеспечить санацию дыхательных путей;
 - обеспечить подачу O₂ с большой скоростью (6—10 л/мин);
 - обеспечить венозный доступ (при возможности несколько) и переливание жидкостей (1000-3000 мл в зависимости от клинической картины): 0,9% р-р NaCl, 5% р-р декстрозы;
 - ввести в/в капельно аминокaproновую кислоту 5% — 100 мл (5 г), однако её эффект при профузном кровотечении невысок;
 - обеспечить экстренную госпитализацию больного в стационар с отделением торакальной хирургии.
- При лёгком кровотечении проводят симптоматич. терапию.
- Контроль показателей гемодинамики и сатурации крови кислородом, поддержание витальных функций (в соответствии с общереанимационными принципами).

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Массивное кровотечение — показание к экстренной госпитализации в стационар с отделением торакальной хирургии.
- Транспортировка больного лежа на носилках с приподнятым ножным концом.
- При кровохарканье всем пациентам показана госпитализация для установления причины и/или назначения лечения. Исключение составляют пациенты с известным диагнозом (например, рак бронха, бронхоэктатическая болезнь), остановленным кровотечением и стабильным состоянием.

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ

- Применение кровоостанавливающих средств при лёгком кровохарканье.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- **Кровотечение** — выхождение крови из кровеносного русла. Массивные кровотечения из ЖКТ нередко яв-ся причиной развития угрожающего жизни геморрагического шока.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Чаще всего кровотечение обусловлено:

- патологическим процессом с образованием дефекта сосудистой стенки (эрозивное кровотечение из хронической или острой язвы, распадающейся опухоли);
- нарушением проницаемости сосудистой стенки (авитаминоз, острое инфекционное заболевание, анафилаксия, сепсис, интоксикация);

Неотложные состояния при заболеваниях органов брюшной полости:

- кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени;
- кровотечение из разрывов слизистой пищевода и желудка (синдром Мэллори—Вейсс).

■ Выделяют кровотечения:

- из верхних отделов ЖКТ, когда источник кровопотери располагается в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (проксимальнее связки Трейтца)
- нижних отделов ЖКТ — источник в тощей и подвздошной, толстой кишке.

Причины желудочно-кишечных кровотечений:

- из верхних отделов ЖКТ: язва двенадцатиперстной кишки и/или желудка, варикозно- расширенные вены пищевода, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки (стрессовые, лекарственные, азотемические и др.), синдром Мэллори-Вейсса, опухоли пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, ангиомы.
- из нижних отделов ЖКТ: дивертикулит или меккелевский дивертикулит, опухоли и полипы толстой кишки, ангиодисплазия, неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, геморрой, инфекционные заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Желудочно-кишечные кровотечения классифицируют по причине, локализации источника кровотечения, характеру (острые, профузные, рецидивные и повторные) и в зависимости от степени кровопотери.

- Лёгкие (степень I). Состояние удовлетворительное. Однократная рвота или однократный оформленный стул чёрного цвета. ЧСС 80-100 в минуту; систолическое АД >110 мм рт.ст; диурез >2 л/сут.
- Средней степени тяжести (степень II). Состояние больного средней степени тяжести. Повторная рвота кровью или мелена. ЧСС 100—110 в минуту; систолическое АД 100—120 мм рт.ст; диурез <2 л/сут.
- Тяжёлые (степень III). Состояние тяжёлое; сознание нарушено вплоть до комы. Повторная рвота малоизменённой кровью, жидкий дёгтеобразный стул или стул по типу «малинового желе». ЧСС >120 в минуту; систолическое АД <90 мм рт.ст. Олигурия, метаболический ацидоз.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Выделяют **скрытый период**, когда отсутствуют очевидные признаки желудочно-кишечного кровотечения (общие симптомы) и период явных признаков (рвота, мелена).
- **При внутренних кровотечениях** кровь может изливаться наружу неизменённой (ишемический колит, распад опухолей толстой и прямой кишок, острый геморрой), а также в виде рвоты, кровянистой слизи, мелены.
- **Рвота:** алой кровью (синдром Мэллори-Вейсс, рак пищевода или кардии желудка);
- тёмной кровью (кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, желудка при портальной гипертензии);
- по типу «кофейной гущи» (кровотечения из хронической или острой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки).
- **кровянистая слизь** (дизентерия, неспецифический язвенный колит трещина прямой кишки).
- **мелена** (чёрный стул за счёт превращения гемоглобина в гемосидерин) — при кровотечении из верхних отделов ЖКТ

При выраженной кровопотере наблюдают:

- бледность кожных покровов и конъюнктивы;
- частый и мягкий пульс;
- слабость;
- головокружение при вставании или потерю сознания (коллапс);
- снижение АД.

Группу высокого риска отличают ряд признаков:

- Возраст старше 60 лет.
- Шок — систол. АД < 100 мм рт.ст. у пац-в до 60 лет и < 120 мм рт.ст. у пац-в старше 60 лет (молодые люди легче переносят массив. кровопотерю). При затруднении в квалификации состоятельных необх-мо оценивать падение АД и/или появление тахикардии при перемене положения тела.
- Выраженная брадикардия или ЧСС > 120 в минуту.
- Хронические заболевания печени.
- Др. хрон-ие забол-я (н-р, сердца, бронхолёгочной с-мы, почек)
- Геморрагический диатез.
- Нарушения сознания.
- Длительная терапия антикоагулянтами, антиагрегантами и гепарином.
- Длительная терапия НПВС.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- Наиболее тяжёлое осложнение — геморрагический шок.
- Кровотечение может привести к уменьшению или исчезновению признаков основного заболевания, приведшего к этому осложнению, и спровоцировать его обострение. У больных с патологией печени кровотечение может вызвать развитие печёночной недостаточности и энцефалопатии; при сочетании болезни, приведшей к кровотечению, с ИБС может развиваться приступ стенокардии или инфаркт миокарда, обострение гипертонической болезни, сахарного диабета, почечная недостаточность и т.п.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Лёгочное кровотечение, которое сопровождается кашлем и кровохарканьем (эрозия сосудов у больных с броектазами, пневмосклерозом, а также при опухолях гортани и бронхов, туберкулёзе).
- Нередко гипотензия при кровотечении вызывает приступ загрудинной боли и приводит к ЭКГ-признакам вторичной острой ишемии миокарда. Такое сочетание без явных признаков кровотечения способствует ошибочной диагностике ИБС и кардиогенного шока и госпитализации пациента в отделение кардиореанимации.
- Следует помнить, что одной из причин рвоты кровью может быть заглатывание крови при носовом кровотечении.

СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ

- Уложите больного на спину и поднимите ноги выше головы на 20-30 см.
- Не давайте больному есть и пить.
- Найдите препараты, которые принимает больной, и покажите их врачу или фельдшеру СМП.
- Не оставляйте больного без присмотра.
- Холод на живот.

ДЕЙСТВИЯ НА ВЫЗОВЕ

- Когда началось кровотечение? Сколько времени продолжается?
- Было ли употребление алкоголя накануне?
- Страдаете ли Вы язвенной болезнью? Беспокоили ли ранее боли в эпигастральной области (**подозрение на обострение язвенной болезни**)?
- Отмечаете ли в последнее время похудание и снижение аппетита (**подозрение на злокачественное поражение**)?
- Возникают ли затруднения при глотании пищи (**подозрение на патологию пищевода**)?
- Были ли другие формы кровотечения? Наблюдаетесь ли у гематолога (**свидетельство гематологич-х заболеваний**)!
- Какие лекарства принимаете (**многие препараты могут вызвать повреждение слизистой оболочки или обострение язвенной болезни**)!
- Изменился ли цвет и характер стула; имеется ли в нём примесь крови?
- Терял ли больной сознание?

ОСМОТР И ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения.
- Визуальная оценка: бледность кожных покровов и слизистых, признаки поражения печени (телеангиоэктазии, расширение подкожных вен брюшной стенки, желтуха, асцит), сыпь (проявления системных болезней), кахексия (онкозаболевания).
- Иссл-ие PS, измер-е ЧСС, измер-е АД(тахикардия, гипотония).
- Живот мягкий, равномерно участвует в акте дыхания, малоблезненный или безболезненный.
- Ректальное пальцевое иссл-е: обнаружение мелены, геморроя; определение нависания перед. стенки прямой кишки или выбухания заднего свода влагалища (внутрибрюшное кровотечение).
- Наличие ассоциированных симптомов:
 - Мелена появлялась при поступлении в просвет желудка не менее 200мл крови. Продолжительность мелены не всегда свидетельствует о продолжающ. кровотечении, а соответствует продвижению крови по кишечнику (мелена может появиться через 4-6' после нач. кровотеч)
- Примесь крови в кале.
- Рвота (алой кровью, темной кровью, кофейной гущей).

- **Показания к госпитализации.** При очевидных симптомах или подозрении на продолжающееся или состоявшееся кровотечение больного нужно экстренно госпитализировать. Транспортировка в положении лёжа на носилках с приподнятым **ГОЛОВНЫМ** концом.
- **Часто встречающиеся ошибки.** Задержка госпитализации пациента при кажущейся остановке кровотечения, которое в любой момент может рецидивировать.

ЛЕЧЕНИЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- Основная задача СМП при ЖКК — экстренная госпитализация б-го в хирургическое отделение стационара. Следует вести мониторинг или контроль АД и ЧСС, поддерживать витальные функции в соответствии с общереанимационными принципами).
- При наличии признаков геморрагического шока (озноб, холодный пот, снижение наполнения вен, нарастающая тахикардия (ЧСС >100 в мин) и гипотония (АД < 100 мм рт.ст.) начать переливание жидкости в/в капельно: гидроксипроксиэтилкрахмала 400 мл, раствор глюкозы 5% — 400 мл, раствор натрия хлорида 0,9% — 400 мл.
- Если у больного нет признаков геморрагического шока, то не стоит торопиться с инфузионной терапией.
- При кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта:
 - в/в медл., в теч. 2 мин фамотидин 20 мг (1 ампулу предварительно развести в 5-10 мл 0,9% р-ра NaCl), в/в капельно (допустимо п/к введение) октреотид 0,1 мг (аналог соматостатина).
- При кровотечении на фоне активации фибринолиза (паренхиматозное кровотечение или длительная кровопотеря): в/в кап. ε-аминокапроновая кислота 5% — 100 мл (5 г), однако, её эффективность при профузном кровотечении невысока.

НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

- **Носовое кровотечение (НК)** — клинический симптом общего или местного патологического процесса — проявляется выделением непенящейся крови из ноздрей или стеканием её по задней стенке глотки. Больные с кровотечением из носа составляют 3% от общего числа госпитализированных в ЛОР-отделение.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причины НК подразделяют на местные и общие (системные).

■ Общие:

- Системные заболевания (атеросклероз, АГ, забол-я печени)
- Инфекц-е забол-я(грипп,дифтерия,скарлатина,корь,брюш.тиф)
- Гиповитаминозы
- Интоксикации (тяжёлые металлы, хром, ртуть, фосфор)
- ЛС (антикоагулянты, НПВС, цитостатики)
- Болезни крови (лейкоз, анемия, агранулоцитоз, миеломная болезнь, гемофилия, идиопатич. тромбоцитопенич. пурпура)
- Наследственная геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Ослера—Рандю—Вебера),
- Эндокринные нарушения (беременность, дисменорея)
- Сепсис
- Резкое понижение атмосферного давления
- Общая гипертермия
- Физическое перенапряжение
- Лучевая болезнь

- **Патогенез.** Происходит нарушение целостности сосудистой стенки: повреждение артериальных (при заболеваниях сердечно-сосудистой системы) или венозных (при воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух) сосудов.

КЛАССИФИКАЦИИ

- По преимущественному выделению крови из передних или из задних отделов полости носа **носовые кровотечения подразделяют на передние и задние.**
- По характеру повреждённого сосуда носовые кровотечения могут быть **капиллярные, артериальные и венозные.**
- По основному причинному фактору выделяют **первичные** (вследствие местных причин) и **вторичные** (при общих заболеваниях) **носовые кровотечения.**

- **Патогенетическая классификация (И.А. Курилин).**
- **I. Вследствие патологии сосудистой системы полости носа:** • травмы; • дистрофические процессы слизистой оболочки полости носа; • искривление перегородки носа; • аномалии развития сосудистой системы полости носа; • новообразования носа и околоносовых пазух (кровооточащий полип перегородки носа, ангиомы, ангиофибромы).
- **II. Как проявление нарушений гемокоагуляционных свойств:** • понижение активности плазменных факторов свёртывающей системы крови; • понижение активности тромбоцитарных факторов свёртывания крови; • повышение активности противосвёртывающей системы; • гиперфибринолитические состояния.
- **III. Вызванные сочетанным эффектом патологии сосудистой системы полости носа и гемокоагуляции:** • дистрофические поражения эндотелия при атеросклерозе и гипертонической болезни; • геморрагические диатезы; • хронические заболевания печени (гепатиты, цирроз); • хронические воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух (гнойные и аллергические); • заболевания крови.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- **Основной симптом** — истечение непенящейся крови каплями или струёй из ноздрей или её стекание по задней стенке глотки.
- **Дополнительные симптомы:** • кровавая рвота (возникает при заглатывании крови и попадании ее в желудок); • мелена (чёрный стул) при длительных рецидивирующих носовых кровотечениях; • кашель при попадании крови в гортань и нижние дыхательные пути; • бледность кожи; • холодный пот; • частый и мягкий пульс; • изменение АД; • головокружение; • шум в ушах и голове; • нарушение сознания.
- **Возможные осложнения**
- Геморрагический шок.
- Обморок.
- Постгеморрагическая анемия.
- Обострение хрон-ких заболеваний с разв-ем печёночной недостаточности (при патологии печени), приступа стенокардии или инфаркта миокарда (при ИБС) и др.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Кровотечение из нижних дыхательных путей: кровь алая, пенистая, сопровождается кашлем и кровохарканьем.
- Кровотечение из верхних отделов ЖКТ при попадании крови во время рвоты в полость носа: характерный анамнез и данные осмотра.

СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ

- Придайте пац-ту удобное полож-е (сидя со слегка наклонён. вперёд головой), расстег-те б-му воротник, расслабьте пояс.
- Перед лицом б-го распол-ть ёмк-ть для сбора истекаемой кр-и.
- В преддверие носа на стороне кровотечения ввести тампон [можно смоченный 3% р-ром пероксида водорода или 0,1% р-ром адреналина (МНН: эпинефрин)] и прижать его через крыло носа к перегородке на 10-15 мин.
- Больному следует глубоко и медленно дышать через рот, сплёвывая в ёмкость кровь, затекающую в горло.
- На область носа (переносье) на 30 мин положить пузырь со льдом или салфетку, смоченную холодной водой.
- Вызвать бригаду скорой помощи.

ДЕЙСТВИЯ НА ВЫЗОВЕ

■ Диагностика

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

- Из какой половины носа началось кровотечение?
- Сплёвывает ли пациент кровь?
- Какова продолжительность кровотечения?
- Каков объём кровопотери (в миллилитрах)?
- Проявляются ли симптомы ортостаза или гиповолемии?
- Были ли носовые кровотечения ранее? Если были, то какое лечение помогало?
- Имеются ли заболевания, которые могут проявляться симптомом кровотечения (артериальная гипертензия, болезни печени, алкоголизм и др.)?
- Принимает ли ацетилсалициловую кислоту, НПВС?

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

- Осмотреть дыхательные пути (нос, глотку) и оценить адекватность дыхания.
- Определить источник кровотечения; удалив сгустки крови ввести в полость носа сосудосуживающие средства: $\alpha 1$ -адреномиметики (инданазолинR, фенилэфрин) или $\alpha 2$ -адреномиметики (ксилометазолин, нафазолин, оксиметазолин, тетризолин) в виде капель, спрея или на турунде.
- Оценить величину кровопотери по клиническим показателям (пульс, АД).
- Оценить состояние нервной и сердечно-сосудистой систем (состояние сознания, цвет и влажность кожи, цвет слизистых оболочек, частота пульса).

Лечение на догоспитальном этапе

При неэффективности мероприятий доврачебной помощи и продолжающемся кровотечении выполнить:

- переднюю тампонаду носа (с использованием марлевой турунды, катетера «Ямик», резинового раздувающегося баллона);
- заднюю тампонаду носа (при неэффективности передней тампонады и продолжающемся обильном носовом кровотечении);
- ввести 12,5% р-р (2,0—4,0 мл в/в или в/м);
- ввести 1% р-р викасола (2,0 мл в/в);
- ввести 5% р-р аскорбиновой кислоты (5,0-10,0 мл в/в);
- ввести 10% р-р кальция хлорида (10,0 мл в/в);
- ввести 5% р-р ϵ -аминокапроновой кислоты (100,0 мл в/в);
- осуществить коррекцию нарушений сердечной и дыхательной деятельности (при тяжёлом носовом кровотечении больной может потерять более 40% крови).

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Неэффективность мероприятий доврачебной помощи.
- Передняя и задняя тампонада носа.
- Признаки значительной кровопотери (тахикардии, артериальная гипотензия).
- Общее состояние больного средней тяжести и тяжёлое.
- **При первичных кровотечениях, причиной которых является патология со стороны полости носа и околоносовых пазух, пациент подлежит госпитализации в оториноларингологический стационар.** В стационаре устранить причину кровотечения можно, кроме вышеуказанных способов передней и задней тампонады, различными методами: прижиганием кровоточащего сосуда, гидравлической отслойкой слизистой оболочки и надхрящницы перегородки носа, удалением кровоточащего полипа, перевязкой артерии на протяжении: решётчатой, внутренней челюстной, наружной сонной, обеих наружных сонных артерий или даже общей сонной артерии.

- **При вторичных кровотечениях (симптоматических)** после остановки кровотечения необходима госпитализации больного **в соответствующий профильный стационар** для лечения основного заболевания. Остановка кровотечения в данном случае является симптоматическим мероприятием.

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ

- **Поздняя диагностика** при заглатывании крови (чаще в детском возрасте).
- **Неэффективность передней тампонады** вследствие рыхлого введения тампона.
- **Неэффективность задней тампонады** из-за несоответствия размеров тампона размерам носоглотки больного или из-за недостаточного укрепления заднего тампона передним.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!