

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С. Г.

Проверил: д.м.н., доцент Терскова Н. В.
Терскова

РЕФЕРАТ

“Носовые кровотечения”

Выполнила: ординатор 2 года обучения

Абушаева Г. А.

Красноярск, 2018

Данный реферат Абушаевой Г. А. по дисциплине:
"оториноларингология" на тему: "Носовые кровотечения" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

Проверил: Терскова Н. В.

Терскова

Кровоснабжение носа

Кровоснабжение носа очень обильное и происходит из наружной и внутренней сонных артерий. От основной ветви наружной сонной артерии - внутренней челюстной артерии - отходит крылонебная артерия, которая вступает через крылонебное отверстие в полость носа, где распадается на задне-носовую и носонебную артерии. Задне-носовая артерия делится на две ветви: боковую, которая снабжает большую часть латеральной стенки носа, и медиальную, разветвляющуюся в носовой перегородке. Верхняя часть носовой полости и решетчатые клетки получают еще кровь из передней и задней решетчатых артерий, отходящих от глазничной артерии (ветвь внутренней сонной артерии) и проникающих в нос из полости черепа через соответствующие отверстия в ситовидной пластинке.

Отток венозной крови происходит через многочисленные сосуды, которые повторяют ход артерий. Артерии носа, а особенно вены, широко анастомозируют как между собой, так и с сосудами соседних областей.

Кровоснабжение носа. Артерии латеральной стенки.

1 - внутренняя челюстная артерия; 2 - крылонебная артерия; 3 - латеральные задне-носовые артерии; 4 - передняя решетчатая артерия; 5 - задняя решетчатая артерия; 6 - небная артерия.

Особенно густая, притом поверхностно расположенная, сосудистая сеть находится в переднем отделе носовой перегородки, в так называемом киссельбаховом или кровоточивом месте, которое является наиболее частым источником носовых кровотечений.

Кровоснабжение придаточных пазух носа

Придаточные пазухи носа (*sinus paranasales*) — воздухоносные полости в костях лицевого и мозгового черепа, выстланные слизистой оболочкой, которые сообщаются с полостью носа; являются резонаторами голоса. К придаточным пазухам носа относят верхнечелюстную (гайморову), лобную, клиновидную (основную) пазухи, а также решетчатый лабиринт.

Верхнечелюстная пазуха (*sinus maxillaris*) располагается в теле верхней челюсти и открывается в средний носовой ход. Кровоснабжение верхнечелюстной пазухи осуществляется за счет ветвей верхнечелюстной, лицевой и глазной артерий. Венозная кровь оттекает в одноименные вены и крыловидное сплетение. Отводящие лимфатические сосуды пазухи впадают в лимфатические сосуды полости носа.

Лобная пазуха (*sinus frontalis*) находится в лобной кости, имеет форму трехгранной пирамиды с основанием, обращенным книзу. Кровоснабжение пазухи происходит из глазной, верхнечелюстной и поверхностной височной артерий. Кровь оттекает в лобную и глазную вены и в верхний продольный синус, лимфа — в лимфатические сосуды полости носа.

Клиновидная пазуха (*sinus sphenoidalis*), расположенная в теле клиновидной кости, разделяется перегородкой на правую и левую. Кровоснабжение осуществляется ветвями верхнечелюстной, восходящей глоточной и глазной артерий, а также ветвями средней и задней артерий твердой мозговой оболочки. Венозная кровь оттекает в вены полости носа, твердой мозговой оболочки, глотки и в позвоночное венозное сплетение, лимфа — в сосуды носовой полости.

Решетчатый лабиринт (*laburinthus ethmoidalis*) совокупность ячеек решетчатой кости, сообщающихся между собой и с полостью носа. Кровоснабжение осуществляется передними и задними решетчатыми

Кровоснабжение носа. Артерии носовой перегородки.

1 - задние артерии перегородки носа; 2- анастомоз с небной артерией в canalis incisivus; 3 - передняя решетчатая артерия; 4 - задняя решетчатая артерия

Отток лимфы

Из передних отделов носа он осуществляется в поднижнечелюстные, из средних и задних отделов - в заглоточные и глубокие шейные лимфатические узлы. Возникновение ангины после операции в полости носа можно объяснить вовлечением в воспалительный процесс глубоких шейных лимфатических узлов, что приводит к застою лимфы в миндалинах. Кроме того, лимфатические сосуды полости носа сообщаются с субдуральным и подпаутинным пространством. Этим объясняется возможность возникновения менингита при оперативных вмешательствах в полости носа.

артериями, иногда ветвями подглазничной и средней артерии мозговой оболочки. Венозная кровь оттекает в вены полости носа, глазницы, твердой мозговой оболочки, лимфа — в сосуды полости носа.

Носовые кровотечения

Носовое кровотечение (эпистаксис) — кровотечение из полости носа, которое обычно можно увидеть при истечении крови через ноздри. Различают два типа носовых кровотечений: переднее (наиболее частое) и заднее. Иногда, в более тяжёлых случаях, кровь может подниматься по носослёзному каналу и вытекать наружу через глазницу. Свежая и свернувшаяся кровь может также стекать в желудок, провоцируя тошноту и рвоту. Носовое кровотечение крайне редко заканчивается летальным исходом.

Этиология

Причины носовых кровотечений можно разделить на две группы — локальных и системных факторов.

Локальные факторы

1. Наиболее распространённые факторы:

- Травма носа
- Инородные тела (в том числе «ковыряние в носу»)
- Воспалительные процессы (ОРВИ, хронический синусит, аллергический ринит и т. д.)

2. Другие возможные причины:

- Анатомические деформации (например, телеангиоэктазии при болезни Рендю — Ослера)

- Вдыхание наркотиков (особенно кокаина)
- Опухоли полости носа (назофарингеальная карцинома и др.)
- Низкая относительная влажность вдыхаемого воздуха (особенно в

артериальной гипертензии более продолжительны. Терапия антикоагулянтами и заболевания крови могут как вызывать эпистаксис, так и увеличивать его продолжительность. В пожилом возрасте носовые кровотечения развиваются чаще в связи с более сухой и тонкой слизистой носовой полости, возрастной тенденцией к артериальной гипертензии, меньшей способностью сосудов к сокращению.

У 90-95 % пациентов источником эпистаксиса является передне-нижний отдел носовой перегородки (Киссельбахово сплетение), в 5-10 % наблюдений — средний и задний отделы полости носа. Опасны «сигнальные» носовые кровотечения, для которых характерна внезапность начала, кратковременность и большая кровопотеря. Сигнальные кровотечения могут быть обусловлены разрывом крупного кровеносного сосуда в полости носа, костях лицевого черепа, разрывом аневризмы, распадающейся злокачественной опухолью. Также кровотечение из носа может наблюдаться при лёгочном кровотечении (алая, пеннистая кровь), верхних отделов желудочно-кишечного тракта (тёмная, свернувшаяся).

Клиника

Выделения крови из носа у одних больных начинается неожиданно, другие указывают на продромальные явления - головную боль, шум в ушах, головокружение, зуд или щекотание в носу. Кровь в нос может затекать из других отделов верхних дыхательных путей – глотки, гортани, трахеи, легких. При носовом кровотечении кровь чистая, обычного вида, стекание ее по задней стенке глотки хорошо видно, особенно при запрокидывании головы, в то время, как кровь из нижних отделов дыхательных путей немного вспенена, фарингоскопический определить ее стекание не возможно.

Различают незначительное, умеренное, сильное носовое кровотечение. Незначительное бывает из зоны Киссельбаха; кровь в объеме нескольких миллилитров выделяется каплями в течении короткого времени. Прекращается самостоятельно. Характеризуется более обильным выделением крови, несколько десятком миллилитров, но не больше 200 мл у взрослого. При сильном носовом кровотечении объем потерянной крови превышает 200 мл, иногда достигая 1 л и более. Такие кровотечения представляют угрозу для жизни. Возникает при тяжелых травмах лица, когда повреждаются ветви основно-небной или глазной артерии, которые отходят от внутренней и наружной сонной артерии. Большая потеря крови при сильном носовом кровотечении вызывает падение артериального давления, учащение пульса, резкую общую слабость, потливость. При рецидивирующих формах кровотечения нередко развивается психическое расстройство, которое выражается в потере ориентировки во времени и месте пребывания, двигательное беспокойство, паническое состояние, из-за гипоксии головного мозга.

Диагностика

Выяснение анамнеза, осмотр носа и других ЛОР-органов с целью установления источника кровотечения, измерение артериального давления и подсчет носа. Проводят клинический анализ крови, определяют гемоглобин, гематокрит, протромбин крови. При рецидивирующих кровотечениях исследуют коагулограмму и тромбоэластограмму, осуществляют ангиографию ветвей наружной и внутренней сонных артерии.

Методы остановки кровотечения:

- При «переднем» носовом кровотечении для его остановки достаточно:

— придать пострадавшему сидячее положение или горизонтальное с приподнятым головным концом (голова не запрокидывается, так как в противном случае происходит затруднение венозного оттока из сосудистой сети головы и шеи, что повышает регионарное кровяное давление и усиливает кровотечение, кроме того, создаются условия для заглатывания крови);

— в кровоточащую половину носа ввести ватный или марлевый шарик, смоченный сосудосуживающим раствором (если причиной кровотечения не служит повышение артериального давления), 3% раствором перекиси водорода, либо каким-нибудь другим гемостатическим препаратом;

— прижать крыло носа пальцем снаружи к носовой перегородке и удерживать его в течение 10–15 минут (если пациент в состоянии, то делает это сам);

— наложить «холод» на область переносицы (мокрое полотенце, резиновый пузырь со льдом и др.);

•Передняя тампонада полости носа

Показанием для передней тампонады полости носа служат подозрение на «заднее» кровотечение или — неэффективность простейших методов остановки «переднего» носового кровотечения в течение 15 минут.

Для передней тампонады носа применяют длинные (50–60 см), узкие (1,5–2,0 см) турунды, из бинта, смоченный гемостатической пастой или вазелиновым маслом и, последовательно заполнить им соответствующую половину носа, начиная с глубоких отделов. При необходимости производят тампонаду обеих половин носа.

Признаком эффективности служит отсутствие кровотечения не только наружу (из просвета ноздри), но и по задней стенке глотки (проверяют при фарингоскопии). После введения тампонов на нос накладывают працевидную повязку. Механизм передней тампонады обусловлен механическим давлением на поврежденный участок слизистой оболочки, фармакологическим действием

Передняя тампонада

•Задняя тампонада полости носа

При продолжении кровотечения после выполнения передней тампонады (кровь стекает по задней стенке глотки) следует прибегнуть к задней тампонаде полости носа. С этой целью необходимы 1–2 плотных марлевых тампона треугольной формы с тремя надежно закрепленными (прошитыми) шелковыми лигатурами с противоположных сторон (одиночная на «тупом» и двойная на «остром» конце), тампоны для передней тампонады, тонкий резиновый катетер, пинцет, носовое зеркало, шпатель, пращевидная повязка.

Заднюю тампонаду начинают с проведения катетера через кровоточащую половину носа в носоглотку и ротоглотку, где его конец захватывают пинцетом и извлекают через рот (при этом второй конец катетера не должен уйти в полость носа). К ротовому концу катетера привязывают обе лигатуры «острого» конца тампона и извлекают их катетером наружу. Нити лигатуры подтягивают, добиваясь введения заднего тампона в носоглотку и плотной фиксации «острого» конца в просвете хоаны. Удерживая тампон в таком положении, выполняют переднюю тампонаду носа и фиксируют лигатуры узлом на марлевом шарике в области преддверия носа. Лигатура «тупого» конца тампона остается в полости глотки и служит для последующего извлечения тампона. Накладывают пращевидную повязку.

Удаление марлевых тампонов производят крайне осторожно, предварительно тщательно пропитав раствором 3% перекиси водорода, на 2-е сутки при передней тампонаде и на 7–9-е при задней. Вместо марлевых тампонов можно использовать латексные гидравлические или пневматические тампоны для полости носа.

Задняя тампонада носа

а-введение катетера; б-введение заднего тампона; в-фиксация заднего тампона

•Хирургические методы остановки носовых кровотечений

При неэффективности задней тампонады полости носа (возобновление кровотечения после ее удаления) возможно применение хирургических (этмоидотомия с последующей тугой тампонадой послеоперационной полости, перевязка наружной или общей сонной артерии) или эндоваскулярных методов (эмболизация ветвей верхнечелюстной артерии).

При рецидивирующих кровотечениях из переднего отдела носовой перегородки его причиной часто служит эрозивно измененная слизистая оболочка. В таких случаях необходимо применение методов стимуляции эпителизации поврежденной поверхности (наложение гемостатических губок, аутофибриновой пленки, витаминно-масляных мазей и т.д.).

Если причина рецидивов «передних» кровотечений — выраженное полнокровие сосудов зоны Киссельбаха, возможно использование приемов, приводящих к облитерации капиллярного русла (химические склерозирующие препараты, отслойка слизистой оболочки, криодеструкция, электрокоагуляция).

При сильном носовом кровотечении больного доставляют в приемное отделение стационара.

При массивной кровопотере лечение осуществляют комплексно отоларинголог, терапевт, кардиолог, при необходимости гематолог, трансфузиолог и реаниматолог, поскольку в этом случае только своевременная и комплексная терапия может привести к благоприятному исходу.

•В случае длительно непрекращающегося носового кровотечения в

Эпсилон - аминокaproновая кислота - гемостатик преимущественно ингибирующий систему фибринолиза, в меньшей степени влияет на коагуляционный (плазменный) гемостаз и функциональную активность тромбоцитов. Вводится внутривенно струйно (более 60 капель в минуту). Форма выпуска: 5% - 100 мл в стерильных флаконах.

Хлористый кальций - применяется как средство, потенцирующее действие основных гемостатиков. Кровоостанавливающий эффект опосредованно обусловлен улучшением сократимости сосудистой стенки, уменьшением ее проницаемости (что особенно важно при капиллярных кровотечениях, в частности из зоны Кисслебаха-Литтла), влиянии на агрегацию форменных элементов крови, участием в регуляции каскадного механизма активирования факторов свертывания крови. Вводится только внутривенно. Аналогом препарата является глюконат кальция, который допустимо вводить внутримышечно. Форма выпуска: 10% - 10-5 мл. в ампулах.

Викасол - провитамин К. При кровотечениях применяется как средство, усиливающее гемостатический эффект вышеуказанных препаратов. Вопреки распространенному мнению препарат оказывает относительно слабый эффект. Действие его развивается не ранее чем через 12 часов, а по некоторым данным через 24 часа после первого введения. Постепенно кумулируется в организме. Эффект связан с усилением синтеза протромбина. Препарат наиболее показан при кровотечениях, обусловленных хронической патологией печени (гепатиты, циррозы). Еще одним важным моментом терапии НК викасолом, ограничивающим его применение, является способность нарушать агрегацию тромбоцитов. В связи с этим препарат не рекомендуется применять более 3-4 дней. При необходимости более длительного использования (декомпенсированная патология печени) курс повторяют с интервалом 2-3 дня. Вводится только внутримышечно. При внутривенном введении часто вызывает флебиты и тромбозы вен. Форма выпуска: таблетки; ампулы 1% раствор - 1 мл.

В тяжелых случаях (профузные кровотечения, клинико - лабораторные признаки ДВС синдрома, упорные рецидивы кровотечений, патологии плазменных факторов свертывания крови) коррекция нарушений гемостаза осуществляется дополнительным введением препаратов крови: свежезамороженная плазма, тромбоцитарная масса, криопреципитат. Применяемые лекарственные средства позволяют оказывать целенаправленное корректирующее воздействие на систему гемостаза.

Поскольку носовые кровотечения наиболее часто возникают в результате артериальной гипертензии, то важнейшим этапом терапии носовых геморрагий является гипотензивная терапия. Основным принципом такой терапии является снижение артериального давления до нормальных или «рабочих» цифр. Важно обеспечить быстрый гипотензивный эффект. Для этого обычно используются либо таблетированные формы препаратов быстрого действия (клофелин, коринфар, нифедипин), либо препараты для парентерального введения (дибазол 1% -5 мл; магния сульфат 25% -10 мл; малые дозы ганглиоблокаторов - пентамин, бензогексоний; натрия нитропруссид). Универсальным средством остается дибазол, который вызывает быстрый и плавный гипотензивный эффект за счет уменьшения сердечного выброса.

Список использованной литературы

1. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков/Оториноларингология/2001г./
2. Овчинников Ю.М., Гамов В.П./Болезни носа, глотки, гортани и уха/2003 г.
3. Молдавская А.А., Храпко Н.С., Левитан Б.Н., Петров В.В./Морфологические и клинико-патогенетические аспекты травматических носовых кровотечений. Успехи современного естествознания № 3/2006 г.
4. В.В. Петров/"Теория патогенеза рецидивов травматических носовых кровотечений"/Российская оториноларингология, №6(19)/2005 г.
5. Аксенов В.М. /Носовые кровотечения /М.: Изд-во Российск. Универс. Дружбы народов/1996 г.