

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Н.Т. Тунян

**НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ
КРАЙНЕГО СЕВЕРА: ЭТИОЛОГИЯ,
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ**

Введение. В числе наиболее частых жалоб у детей, проживающих в регионах Крайнего Севера, – жалобы на носовые кровотечения. Наши наблюдения показывают, что носовые кровотечения распространены достаточно равномерно в детских популяциях как коренных, так и некоренных жителей европейской и азиатской частей Российского Севера. Не обсуждая рассмотренных ранее проблем авитаминозов и парциального дефицита нутриентов [1,2] а также распространенности ЛОР-патологии в этих популяциях [3,4,5], в значительной мере обуславливающих возникновение носовых кровотечений у детей, рассмотрим лишь относимые к компетенции оториноларинголога некоторые практические аспекты их ведения.

Этиология. Частые носовые кровотечения и повышенная кровоточивость слизистой оболочки у детей обусловлены особенностями кровоснабжения, строения слизистой оболочки полости носа, поверхностным расположением сосудов.

Наиболее частым местом (80% случаев) носового кровотечения является сеть мелких кровеносных сосудов в передненижнем хрящевом отделе перегородки носа (точка Киссельбаха), образованная ветвями носонейной артерии, ее анастомозами и мощной венозной сетью расширенных сосудов. Частые кровотечения в этой области обусловлены кавернозной тканью со слабо развитой мускулатурой, плотным прикреплением, более тонкой и менее растяжимой в этом отделе слизистой оболочкой.

Кровотечение из носа у здоровых детей может возникнуть в результате местного повышения кровяного давления, при натуживании, сильном кашле, дурной привычке ковырять в носу, после активных игр. Викарные носовые кровотечения вместо менструаций иногда наблюдаются у девочек.

Из заболеваний полости носа и носоглотки, сопровождающихся носовым кровотечением, следует упомянуть атрофический ринит, перфориру-

ющую язву носовой перегородки, ангиофибром носоглотки, злокачественные новообразования.

Кровотечения из носа у детей наблюдаются также при инфекционных заболеваниях (корь, скарлатина, грипп, дифтерия и др.), болезнях крови и системы кроветворения (анемия, алейкия, гемофилия, тромбопения, болезнь Верлгофа и др.), болезнях сердечно-сосудистой системы, нефрите, циррозе печени, гипо- и авитаминозах.

Травматическое носовое кровотечение возникает после удара, падения.

Клиническая характеристика. Отмечают геморрагические выделения из одной или обеих половин носа, стекание крови по задней стенке глотки. Возможна кровавая рвота или примесь крови в мокроте при кашле на фоне общей слабости, падения пульса и артериального давления, обморочного состояния при скрытых кровотечениях.

Интенсивность носового кровотечения бывает различной: от незначительного до профузного, угрожающего жизни ребенка. Дети плохо переносят кровопотерю. Потеря 50 мл крови у новорожденного по последствиям и влиянию на гемодинамику равнозначна потере 1 л крови у взрослого.

Лечение. При носовых кровотечениях необходимо оказание неотложной помощи, при этом степень кровопотери оценивается по общему состоянию и трем критериям: пульсу, артериальному давлению и гематокриту.

Уровень гемоглобина может быть завышен вследствие сгущения крови при массивных кровотечениях.

Кровотечение из переднего отдела перегородки носа останавливается сравнительно легко и просто. После введения в полость носа ватного тампона чаще с перекисью водорода крыло носа прижимают к перегородке. Предварительно ребенку необходимо придать сидячее положение, голову наклонить вперед, отсосать из полости носа геморрагические сгустки, закапать сосудосуживающие капли. На переносицу и лоб накладывают холодные примочки и лед.

При более упорном кровотечении проводят ряд мероприятий: прижигают кровоточащую зону хромовой, трихлоруксусной кислотой, 3-5%-ным раствором нитрата серебра, инфильтрируют мягкие ткани носовой перегородки 0,5%-ным раствором новокаина. Хороший эффект дают криодеструкция, ультразвуковая дезинтеграция и гальваноакустика. Прижигание или физическое гемостатическое воздействие на кровоточащий отдел перегородки носа с обеих сторон производят на разных уровнях для предупреждения ее перфорации.

Для остановки кровотечения в полость носа также вводят гемостатическую губку, тампоны с 1%-ным раствором феракрила, эпсилон-аминокапроновой кислоты.

Одним из эффективных методов является отслойка слизистой оболочки и надхрящницы в области кровоточащего участка с целью зауставления сосудов и рубцевания.

Одновременно принимают меры общего воздействия, назначают средства, повышающие свертываемость крови; хлорид кальция и аскорбиновую кислоту внутрь, парентерально вводят викасол, глюконат кальция, эпсилон-аминокапроновую кислоту. В тяжелых случаях производится переливание крови, тромбоцитной массы, геиодеза, реополиглобулина.

Значительно большую опасность для здоровья и даже жизни больного представляют кровотечения из средних и задних отделов полости носа, из этмоидальной и носонейной артерии и вены. В этой ситуации при безуспешности перечисленных общих и местных методов гемостаза производят тампонаду носа (переднюю или заднюю).

Передняя тампонада носа производится при кровотечении из передних отделов носа. Стерильный марлевый тампон, пропитанный гемостатическим составом, укладывают слоями снизу вверх на всем протяжении полости между носовыми раковинами и перегородкой носа. Тампон удаляют через 24–48 ч после пропитывания его изотоническим раствором хлорида натрия или 3%-ным раствором пере-

кислорода, чтобы уменьшить травму слизистой оболочки полости носа и избежать повторного кровотечения. Тампон, оставленный в носу на более длительный срок, может привести к развитию синусита или отита. При необходимости оставления тампона в полости носа на продолжительное время его нужно пропитать раствором антибиотика или повторить переднюю тампонаду с введением нового стерильного тампона.

При сильном кровотечении из задних отделов носа и носоглотки производится *задняя тампонада носа*. Подготавливают марлевый тампон с тремя нитями соответственно размеру носоглотки, равный примерно двум ногтевым фалангам большого пальца руки ребенка. Марлевый тампон вводят в носоглотку через полость рта. Предварительно в носоглотку по нижнему носовому ходу проводят тонкий эластический катетер. Когда конец катетера выходит в ротовую часть глотки, его захватывают корнцангом, выводят через рот и двумя толстыми шелковыми нитями фиксируют к нему но-

соглоточный тампон. Затем катетер выводят обратно через нос, при помощи указательного пальца проводят за мягкое небо тампон и плотно фиксируют его в хоане. Выходящий из рта конец нити фиксируют липким пластырем к щеке.

Задняя тампонада носа сочетается с передней, над тампонами укрепляют марлевый валик, над которым связывают две нити, чтобы носоглоточный тампон не опустился книзу в ротоглотку. Тампон не следует оставлять в носоглотке более 1-2 сут. в связи с опасностью распространения инфекции через слуховую трубу в среднем ухо с развитием отита, а также через решетчатую пластинку в переднюю черепную ямку. Из носоглотки тампон удаляют с помощью нити, выходящей в полость рта, после удаления переднего тампона.

При повторных упорных кровотечениях из решетчатых артерий для их остановки используют также коагуляцию ветвей решетчатой артерии со стороны глазницы после отслойки надкостницы ее медиальной стенки.

При безуспешности общих и местных гемостатических мероприятий при интенсивных, угрожающих жизни кровотечениях производят перевязку наружных сонных артерий.

Литература

1. Лясковик А.Ц., Часнык В.Г., Шеповальников В.Н. и др. Состояние здоровья детской популяции сельских районов Ямало-Ненецкого автономного округа // Научный вестник. - 1999.-№1.- С. 46-53.
2. Лясковик А.Ц., Часнык В.Г., Аврусин С.Л. и др. Распространенность клинических признаков дефицита пищевых ингредиентов в детской популяции Ямало-Ненецкого автономного округа // Там же. - С. 54-56.
3. Савин А.Н., Фадеева И.А., Павлов П.В., Вербицкая Л.И. Распространенность ЛОР-патологии у детей, проживающих в сельских районах Ямало-Ненецкого автономного округа // Там же. - С. 73-74.
4. Ситников В.П., Поздаев В.Г. Особенности ЛОР-заболеваемости коренного сельского населения Севера // Вестн. оториноларингологии. - 1990.-№1.- С.25-27
5. Тунян Н.Т. Распространенность и некоторые особенности ЛОР-патологии у детей Крайнего Севера // Научный вестник. - 2003.-№7.- С.81-82.

СОВЕТЫ. КОНСУЛЬТАЦИИ. РЕКОМЕНДАЦИИ

Ю.С. Александрович, Р.И. Череватенко, М.Д. Иванеев, А.М. Зыков, А.А. Капинос, В.П. Шадрин

ФОРМАЛИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ НУЖДАЮЩЕГОСЯ В РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Введение. В настоящее время в большинстве развитых стран остро стоит проблема снижения рождаемости. Вместе с тем растет количество новорожденных, имеющих различную патологию, представляющую угрозу для жизни. С внедрением методов интенсивной терапии в неонатологию существенно увеличилась выживаемость новорожденных, страдающих различными витальными нарушениями. Однако полноценная терапия таких больных возможна лишь в условиях специализированных отделений реанимации новорожденных. Большая часть родов в России происходит вдали от промышленных центров, в условиях районных родильных домов.

В случае рождения ребенка с витальными нарушениями неонатологи данных лечебных учреждений не имеют возможности для полноценной терапии на местах. При этом возникает необходимость перевода подобных пациентов в стационары более высокого уровня в условиях замещения витальных функций (ИВЛ, инфузии вазопрессоров и т.п.). Транспортировку осуществляют специализированные службы – реанимационно-консультативные центры (РКЦ). Специфика работы детских РКЦ предполагает на начальном этапе использование телефонных консультаций специалистов центральных районных больниц с реаниматологом центра в рамках дис-

танционного интенсивного наблюдения (ДИН) [1]. ДИН – это передача информации о пациенте с витальными нарушениями или высоким риском их развития из региональных лечебных учреждений в РКЦ, а также передача в эти лечебные учреждения консультативной информации из РКЦ, с четко определенной периодичностью для оптимизации мероприятий интенсивной терапии. При этом ключевой позицией является объективная оценка тяжести состояния больного, от которой будет зависеть дальнейшая тактика реаниматолога РКЦ (консультация по телефону, выезд на место с целью консультации и/или проведения интенсивной терапии, перегоспитали-