

С.К. БОЕНКО, З.Т. КЛИМОВ, А.П. РЫБАЛКО

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ПРОФУЗНЫХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ РЕШЕТЧАТЫХ АРТЕРИЙ

*Каф. оториноларингологии ф-та ПДО (зав.– засл. деятель науки и техники
Украины, проф. С.К. Боенко) Донец. гос. мед. ун-та им. М. Горького
(ректор – акад. АМНУ, проф. В.Н. Казаков)*

Лица с носовыми кровотечениями (НК) составляют 20,5% от всех оториноларингологических больных, требующих urgentной помощи (В.Т. Пальчун и соавт., 1997). Наиболее часто НК возникают из сосудов передних отделов перегородки носа при заболеваниях, сопровождающихся повышением артериального давления, поражением сосудистой стенки, свертывающей и противосвертывающей систем крови, а также при травмах носа (Н.В. Бойко, 2002). В ряде случаев НК останавливаются самостоятельно и не требуют специализированной медицинской помощи. Однако при более выраженных кровотечениях приходится проводить их остановку с помощью передней и задней тампонады носа, гальванокаустики, криовоздействия, хемокаустики, диатермокоагуляции, фотокоагуляции, ультразвуковой коагуляции (Г.А. Фейгин, Б.И. Кузник, 1989; Р.Д. Карал-Оглы, 2004). Кроме того, до 17% пациентов с НК нуждаются в хирургической их остановке (Н.В. Бойко, 1999). При этом применяются гидравлическая и хирургическая отслойка слизистой оболочки носовой перегородки, подслизистая резекция перегородки носа, перевязка наружной сонной артерии или селективная эмболизация ее ветвей (В.М. Аксенов и соавт., 1997; В.Т. Пальчун и соавт., 1997; Waldron, Stafford, 1992; Barlow et al., 1997).

Наибольшие трудности для лечения представляют кровотечения из задних отделов полости носа, которые составляют от 5 до 25% от всех НК (Н.В. Бойко, 1999). При этом они часто принимают рецидивирующее,

упорное течение, сопровождаются значительной кровопотерей, угрожают жизни больного. Одним из возможных источников таких НК могут быть артерии решетчатой кости. Эти сосуды не имеют соединительнотканного и мышечного слоев, представляют собой костные каналы с эндотелиальной выстилкой и стойким просветом. «Зияние» этих артерий и нестойкая фиксация тромба в их просвете создают предпосылки для повторных кровотечений.

Показаниями к хирургическому лечению при НК из задних отделов полости носа являются невозможность остановить кровотечение задней тампонадой в течение 48 ч и снижение гематокрита до 38% и ещё меньше (Barlow et al., 1997). Для остановки таких кровотечений применяется перевязка передней и задней решетчатых артерий наружным лобно-носовым доступом по Киллиану, широкое вскрытие ячеек решетчатого лабиринта наружным или эндоназальными подходами с последующей тугой тампонадой этой области (М.А. Шустер и соавт., 1989; Ю.В. Митин и соавт., 1995). Каждый из этих методов может использоваться самостоятельно или в комбинации с другими в зависимости от клинической ситуации. Для выявления источника НК из задних отделов полости носа требуется применение эндоскопической техники (Ю.В. Митин и соавт., 1995; О.В. Малеев и соавт., 2000).

Целью работы являлась разработка эффективных методов остановки профузных рецидивирующих НК из решетчатых артерий.

Материалы и методы

С 2002 по 2006 годы в клинике ЛОР-болезней ИНВХ нами наблюдалось 18 человек с профузными, рецидивирующими НК из решетчатых артерий, что составило 2,7% от всех НК. Мужчин было 15 (83,3%), женщин – 3 (16,7%). В возрасте до 20 лет было 2 обследуемых, 21-30 лет – 3, 31-40 лет – 5, 41-50 лет – 6, старше 50 лет – 2. До поступления в клинику все пациенты находились на стационарном лечении в ЛОР-отделениях по месту жительства, где у них выполнялась передняя и задняя тампонада носа, проводилась стабилизация свертывающей системы крови и артериального давления, переливание эритроцитарной массы и других компонентов крови. Несмотря на это, кровотечения повторялись, носили профузный характер и угрожали жизни больных. На 3-6-е сутки после начала кровотечения в нашу клинику переведено 13 (72,2%) лиц, на 8-10-е сутки – 5 (17,8%).

Причиной НК у 15 (83,3%) поступивших была черепно-мозговая травма, у 3 (16,7%) выявить причину носового кровотечения не удалось. У всех пациентов была произведена окклюзия просвета решетчатых артерий за счет локальной компрессии ячеек решетчатого лабиринта (патент Украины № 18283 от 15.11.06 г.). У 12 (66,7%) обследуемых это вмешательство выполнено в первые сутки, у 6 (33,3%) вначале произведена смена передних и задних тампонов, стабилизированы показатели гемодинамики, а затем на 2-3-и сутки проведена операция.

Методика хирургического вмешательства такова. После аппликационной анестезии и анемизации слизистой оболочки полости носа 10% раствором лидокаина с назолом, под контролем эндоскопа выполнялась эндориноскопия. При этом осматривались общий и средний носовые ходы, удалялись сгустки. При наличии кровотечения проводилось аспирирование крови отсосом. Для уточнения источника кровотечения в среднем носовом ходе осуществлялась медиализация средней носовой раковины. При обнаружении кровотечения из артерий решетчатой кости распатором в этом месте сминались ячейки решетчатого лабиринта и разрушались. При этом движе-

ние распатором производилось спереди назад, сверху и кзади от функционально важных образований полулунной щели – соустьев лобной и верхнечелюстной пазух. Полная окклюзия просвета кровотокающего сосуда достигалась за счет стойкой механической компрессии разрушенными, спрессованными ячейками решетчатого лабиринта. Выполнялась тампонада созданной полости и среднего носового хода, применялись мазевые турунды, тахокомб, седжикгель. Турунду мы извлекали через 48 ч. В послеоперационном периоде проводился туалет полости, использовались инстиллянии масляных и водных капель.

Результаты и их обсуждение

При эндоскопическом исследовании полости носа и носовой части глотки в случае возникшего профузного НК выявить его источник трудно. Пульсирующий кровотокающий сосуд в области верхне-наружных отделов носовой части глотки свидетельствует о кровотечении из восходящей ветви крылонебной артерии. Кровотечения из слизистой оболочки носовой перегородки легко купируются и, как правило, не вызывают серьезных осложнений. Обильное НК из среднего или верхнего носового хода, наличие в них плотных, трудноизвлекаемых сгустков свидетельствует о кровотечении из решетчатых артерий. Такие кровотечения обычно носят профузный характер и характеризуются рецидивирующим течением. Повторные НК, как правило, очень обильные и представляют непосредственную угрозу для жизни пациента.

После остановки НК по предложенному нами методу кровотечение прекратилось у 15 (83,3%) больных, средняя продолжительность их пребывания в клинике составила 7 дней. Рецидив НК отмечен у 3 (16,7%) из них, при этом у 1 повторное кровотечение возникло из решетчатой артерии на 5-е сутки после операции в результате того, что туалет послеоперационной полости был выполнен чересчур тщательно.

У 2 пациентов носовые кровотечения носили менее интенсивный характер. При эндориноскопии были выявлены кровотокающие пульсирующие сосуды – ветви восходящей крылонебной артерии: т. е. источ-

ник кровотечения оказался не в месте хирургического вмешательства. Причиной таких кровотечений являлась травма латерального края хоаны, возникающая при повторных тампонадах носа без адекватной визуализации носовой полости и носовой части глотки. Под контролем эндоскопа произведена диатермокоагуляция кровоточащего сосуда – кровотечение остановлено.

Таким образом, предложенный нами метод остановки носовых кровотечений из решетчатых артерий является достаточно эффективным.

Выводы

1. Наибольшие трудности для лечения представляют носовые кровотечения из задних отделов полости носа, особенно из решетчатых артерий, которые часто требуют хирургического вмешательства.

2. Предложенный эндоназальный эндоскопический метод остановки рецидивирующих профузных носовых кровотечений из решетчатых артерий является эффективным, малоинвазивным и может быть рекомендован для использования в широкой клинической практике.

1. Аксенов В.М., Пахомов И.Л., Чифлигарова Т.В., Синегогов С.В. Носовые кровотечения и современные методы их остановки // Вестн. оториноларингологии. – 1997. – №2. – С. 33-34.
2. Бойко Н.В. Хирургическое лечение рецидивирующих носовых кровотечений // Рос. ринология. – 1999. – №2. – С. 29- 33.
3. Бойко Н.В. К вопросу о классификации носовых кровотечений // Рос. ринология. – 2002. – №2. – С. 50- 53.
4. Карал-Оглы Р.Д. О носовых кровотечениях. – Одесса: Фотосинтетика. – 2004. – 90 с.
5. Климов З.Т., Боенко С.К., Рыбалко А.П. Спосіб припинення носової кровотечі з гратчастих артерій // Патент України № 18283 від 15.11.2006 р.
6. Малеев О.В., Александрова М.Г., Ткачук Д.А. Опыт применения риноскопов для выявления источников и остановки кровотечения из средних и задних отделов полости носа // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2000. – №2. – С. 87- 88.
7. Митин Ю.В., Власюк А.Н., Васильев В.М. и др. Носовое кровотечение и эндоназальные хирургические методы его остановки. – Киев: Б.и., 1995. -64 с.
8. Пальчун В.Т., Кунельская Н.А., Кислова Н.М. Экстренная патология носа и околоносовых пазух // Вестн. оториноларингологии. – 1997. – №2. – С. 31-33.
9. Фейгин Г.А., Кузник Б.И. Кровотечения и тромбозы при оториноларингологических заболеваниях. – Фрунзе: Илим, 1989. - 252 с.
10. Шустер М.А., Калина В.О., Чумаков Ф.И. Носовые кровотечения. Неотложная помощь в оториноларингологии. – М.: Медицина, 1989. – С. 100-110.
11. Barlow D.W., Deleyiannis W.B., Pinczower E.F. Effectiveness of surgical management of epistaxis at a tertiary care centre // Laryngoscope. –1997. – Vol.107, №1. – P. 21-24.
12. Waldron J., Stafford N. Ligation of external carotid artery for severe epistaxis // Journal of Otolaryngol. – 1991. – Vol. 21, №4. – P. 249-251.

Поступила в редакцию 26.01.07.

© С.К. Боенко, З.Т. Климов, А.П. Рыбалко, 2007

**ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ
РЕЦИДИВУЮЧИХ ПРОФУЗНИХ НОСОВИХ
КРОВОТЕЧАХ З РЕШІТЧАСТИХ АРТЕРІЙ**

Боєнко С.К., Климов З.Т., Рибалко А.П. (Донецьк)

Резюме

Обстежено 18 хворих з рецидивуючими профузними носовими кровотечами з решітчастих артерій. Причиною кровотечі у 83,3% випадків була черепно-мозкова травма, у 3 осіб з'ясувати її не вдалося. У всіх пацієнтів на 4-12-у добу від початку кровотечі проведена оклюзія просвіту решітчастих артерій за рахунок локальної компресії комірок решітчастого лабіринту за оригінальною методикою. Запропонований метод є малоінвазивним та високоефективним втручанням і може бути рекомендований для використання в широкій клінічній практиці.

**THE SURGERY TACTICS BY THE
RECURRENT PROFUSE NOSE BLEEDINGS
FROM ETHMOID ARTERIES**

Boenko S.K., Klymov Z.T., Rybalko A.P. (Donezk)

Summary

It was examined 18 patients with recurrent profuse nose bleedings from ethmoid arteries. The main bleeding reason in 83,3% was craniocerebral trauma, in 3 patients the reason wasn't defined. To all patients on the 4-12 day from the bleeding start was made an ethmoid arteries occlusion at the expense of cell ethmoid labyrinth local compression with the help of original method. The suggested method is the less invasive and more effective and it can be recommended for the usage in the wide clinical practice.