Чиж И.Г.**Клиническое исследование больного с рецидивирующими носовыми кровотечениями***МГБУЗ городская больница № 1 им. Н.А. Семашко
(Россия, Ростов-на-Дону)**doi: 10.18411/lj-31-10-2017-64**idsp: 000001:lj-31-10-2017-64*

Проблема носовых кровотечений (НК) не теряет своей актуальности ввиду частоты данной патологии [1, 2]. Как правило, НК бывают однократными, но в 4% случаев они носят упорный, рецидивирующий характер, вызывают серьезные гемодинамические и метаболические нарушения [3, 4] и требуют адекватной, комплексной, патогенетически обоснованной терапии [5, 6, 7].

В патогенезе спонтанных НК важное место принадлежит системным нарушениям коагуляционного и тромбоцитарного гемостаза, нарушению микроциркуляции в слизистой оболочке полости носа, изменению атромбогенности эндотелия, снижению контрактильных свойств сосудов, повышению сосудистой проницаемости, ангиоматозу слизистой оболочки полости носа, вегетативной дисфункции и другим факторам, возникающим в рамках различных заболеваний и патологических состояний [8, 9, 10, 11, 12].

Самой частой причиной НК является гипертоническая болезнь (ГБ) [5, 7, 10]. Хотя НК у этой группы больных наблюдаются, в основном, в периоды подъема артериального давления, их непосредственной причиной является не механический разрыв сосудов, а нарушения микроциркуляции и коагуляционных свойств крови, приводящие к развитию локализованного внутрисосудистого свертывания крови. Гиперфибриногенемия и наличие в крови растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) позволяют характеризовать гемостазиологический статус этой группы больных как хронический субкомпенсированный ДВС-синдром [13].

Для оказания помощи больным с носовыми кровотечениями (НК) необходима четкая последовательность лечебно - диагностических мероприятий. Обследование больного начинают с тщательного сбора анамнеза (наличие частых эпизодов кровоточивости, отягощенная наследственность, прием медикаментов) и осмотра полости носа с целью идентификации источника кровотечения. Лабораторное исследование на первом этапе включает скрининговые тесты: общий анализ крови с оценкой уровня тромбоцитов, ретикулоцитов и гематокрита; время свертывания крови, время кровотечения, уровень фибриногена и РФМК. При выявлении тромбоцитопении (то есть, при снижении количества тромбоцитов ниже $160 \times 10^9/\text{л}$) необходимо, прежде всего, исключить ДВС – синдром. С этой целью следует оценить уровень РФМК в крови (он не должен превышать лабораторную норму).

При выявлении удлинения времени кровотечения (в норме 2-3 минуты) на фоне нормального уровня тромбоцитов можно предполагать тромбоцитопатию или болезнь Виллебранда. Диагностика этих заболеваний требует использования специальных тестов (исследование адгезивно-агрегационной функции тромбоцитов и фактора Виллебранда).

При снижении уровня фибриногена в крови необходимо исключить наследственную афибриногенемию (наследственный анамнез) и ДВС - синдром (определить уровень РФМК). При выявлении повышенного уровня в крови РФМК делают однозначный вывод о наличии у пациента ДВС – синдрома. Если фибриноген при этом в

крови низкий, то речь идет об остром ДВС-синдроме, а если уровень фибриногена соответствует норме или превышает ее – то это хронический ДВС- синдром.

При увеличении времени свертывания крови необходимо констатировать наличие у больного коагулопатии.

Причиной рецидивирующих НК нередко являются легкие и скрытые формы коагулопатий. С целью диагностики врожденных, наследственных коагулопатий и приобретенных нарушений необходим тщательный сбор анамнеза. При диагностике приобретенных коагулопатий необходимо провести дополнительные исследования для исключения нарушений функции печени и почек. Для уточнения характера коагулопатии необходимо назначить коагулограмму. Диагностика нарушений коагуляционного гемостаза проводится на основе сопоставления результатов системы тестов.

Первая группа реакций, известная как внутренняя система, включает в себя взаимодействие факторов XII, XI, IX, VIII и фосфолипидов тромбоцитов и завершается активацией X фактора. Внутреннюю систему свертывания крови характеризуют следующие тесты: время рекальцификации плазмы, активированное парциальное (или частичное) тромбопластиновое время – АПТВ (или АЧТВ).

Вторая группа реакций – это взаимодействие факторов внешней системы свертывания крови: VII, X, V и тканевого тромбопластина. Наиболее распространенным методом оценки внешней системы свертывания крови является тест одноступенчатого протромбинового времени - ПВ или протромбиновый индекс - ПТИ. Протромбиновое время (по Квику) также относится ко второй группе реакций.

Третья группа реакций характеризует процесс превращения фибриногена в фибрин. К этой группе относят определение тромбинового времени, концентрация фибриногена, растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), ранних продуктов деградации фибриногена (РПДФ) и Д-димеров.

РФМК и РПДФ в сыворотке крови в норме не определяются (при использовании качественной реакции) или присутствуют в пределах нормы, определяемой набором используемых реактивов в количественном тесте.

Установление причины НК и его источника позволяет правильно выбрать способ остановки кровотечения и свести к минимуму его рецидивы.

1. Гаджимирзаев Г.А., Тулкин В.Н., Гаджимирзаев Р.Г. Носовые кровотечения. Аналитический обзор и собственный опыт. Рос. оторинолар. 2014. Т. 72. № 5. С. 96-110.
2. Быкова В.В. Залесский А.Ю. Редкая причина рецидивирующего носового кровотечения. Рос. ринология. 2015. Т. 23. № 1. С. 52-54.
3. Бойко Н.В., Колмакова Т.С., Быкова В.В. Биохимические показатели компенсации постгеморрагической анемии у больных с носовыми кровотечениями. Вестник оторинолар. 2010. № 4. С. 13-16.
4. Бойко Н.В., Колмакова Т.С. Исследование биогенных аминов у больных с носовыми кровотечениями на фоне вегетативной дисфункции. Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. 2015. Т. 2 № 21. С. 27-29.
5. Бойко Н.В., Шатохин Ю.В., Быкова В.В. Патогенетическое лечение рецидивирующих носовых кровотечений на фоне гипертонической болезни//Российская ринология, 2007.- № 2.- С. 58.
6. Бойко Н.В., Шатохин Ю.В. Алгоритм оказания неотложной помощи больным с носовым кровотечением. Рос. ринология. 2008. Т. 16. № 1. С. 41-44.
7. Бойко Н.В., Шатохин Ю.В. Патогенез носовых кровотечений у больных с артериальной гипертензией. Вестник оторинолар. 2015. Т. 80. № 5. С. 41-45.
8. Бойко Н.В. Носовые кровотечения как осложнение антитромботической терапии. Рос. ринология 2011. Т. 19. № 4. С. 29-32.
9. Стагниева И.В. Вегетативная дисфункция в проявлении прозопагий у больных с риносинуситами. Медицинский вестник Юга России. 2012. № 2. С. 67-69.

10. Саливончик Е.И., Яцкова О.В. Саливончик Д.П. Особенности носовых кровотечений у пациентов кардиологического профиля. Оториноларингология Восточная Европа. 2014. Т. 16. № 3. С. 73-82.
11. Стагниева И.В. Иммуностропная терапия в лечении рецидивирующего риносинусита. В мире научных открытий. 2017. Т. 9. № 1. С. 56-65.
12. Колмакова Т.С., Тупиков В.А., Шпак Л.И. Влияние антропогенного загрязнения на здоровье жителей Ростовской области. Медицинский вестник Юга России. 2012. № 3. С. 16-18.