

НОСОВА КРОВОТЕЧА У ДИТИНИ: НАСКІЛЬКИ ЦЕ СТРАШНО І ЩО РОБИТИ

Шевчук Ю.В.

NOSEBLEEDS IN A CHILD: HOW SCARY IS IT AND WHAT TO DO

Shevchuk Y.,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Носові кровотечі (epistaxis) являють собою відносно поширене явище, як в соціумі, в цілому, так і у дітей. На них страждають 60% дорослих, 30% дітей від нуля до 5 років, більш ніж 50% дітей старше 5 років, особливо підлітки. Відносно рідко (1:1000) кровотечі виникають до 2 років. З даною ситуацією можуть стикнутись не тільки батьки, але й педагоги, випадкові люди і, звісно, лікарі різних спеціальностей. Незважаючи на начебто простоту вирішення даної проблеми, існує багато нюансів щодо діагностики та лікування даних пацієнтів. Переважна кількість носових кровотеч виникає з зони Кіссельбаха в передньо-нижній частині носової перегородки, де знаходяться чисельні анастомози гілочок внутрішньої та зовнішньої сонних артерій. Причини епістаксису різноманітні та відомі. Місцеві – це травми, післяопераційні, доброякісні та злоякісні новоутворення, атрофічний риніт, використання деконгестантів. Системні – це вірусні інфекції (грип), патологія системи гемостазу, артеріальна гіпертензія, використання певних препаратів. Також кровотечі бувають одно- та двобічні, передні та задні.

На базі КНП «КМДКЛ 2 м. Києва» за період: 2022–2024 р. знаходилося на стаціонарному лікуванні чи зверталось за амбулаторною допомогою близько 280 дітей з приводу носових кровотеч в анамнезі чи на момент візиту. Переважна більшість (82%) були амбулаторними пацієнтами. Інші пацієнти (18%) знаходились на стаціонарному лікуванні в ЛОР та інших відділеннях.

Носова кровотеча завжди є стресом та сплеском негативних емоцій, страху як у дитини, так і оточуючих (батьків). Вона може виникнути раптово, без явних причин (зокрема й уві сні) і незалежно від обсягу та тривалості викликає страх. На жаль, пацієнти не розуміють, що 90–95% носових кровотеч не є небезпечними для життя, можуть бути зупинені в домашніх умовах і не потребують термінової госпіталізації бригадою швидкої допомоги.

Надання допомоги. В домашніх умовах слід заспокоїтись, нахилити голову вперед, прикласти холод чи лід до носа, поставити ватний тампон з перекисом водню, або амінокапроновою кислотою (це слід мати вдома у випадку рецидивуючого епістаксису у дитини, просто прижати крило носу до перегородки. Хороший результат дає використання назальної мазі Емофікс.

При зверненні дитини у медичний заклад слід оцінити інтенсивність кровотечі та обсяг крововтрати, виміряти тиск. Оптимальним варіантом є коагуляція судини радіохвильовим ножом (електрокоагулятором, електрозварюванням, хімокаустикою) коли це можливо. Якщо кровотеча виникла з великої виразки й потенційно кровоточива площа велика, від даної маніпуляції слід відмовитись або виконати її вкрай обережно, адже можливим наслідком є перфорація носової перегородки в результаті некрозу хряща чи виникнення синехій. Альтернативним варіантом при неможливості проведення чи неефективності коагуляції є передня тампонада порожнини носу виключно сучасними тампонами типу Мероцель, або аналогами. Не слід виконувати класичну марлеву тампонаду, це болісно, травматично, приводить до виникнення синехій в подальшому. Задня тампонада у дітей виконується вкрай рідко, як правило інтраопераційно після аденотомії. Методи хірургічної зупинки кровотечі у дітей застосовувати вкрай не бажано. Медикаментозна терапія полягає, в першу чергу, в призначенні препаратів транексанової кислоти. Важливим є оцінка крововтрати й інфузійна терапія колоїдних та кристалоїдних розчинів. При потребі використовуються препарати компонентів крові, за наявності показань в умовах відділення інтенсивної терапії. В подальшому вітамінотерапія, препарати заліза, корекція анемії при необхідності.

Щодо обстежень: важливо виконати загальний аналіз крові, як контроль анемії, коагулограму, для оцінки стану системи гемостазу, контроль АТ, ЕКГ, консультації суміжних спеціалістів (гематолог, реаніматолог, педіатр, тощо).

Висновок. Носові кровотечі у дітей є не рідким явищем, мають схильність до рецидивів, проблема вирішується з часом та віком. Вони, як правило, не загрожують життю і можуть бути зупинені без допомоги медика.

В той же час, інколи виникають важкі профузні епістаксиси, котрі потребують невідкладної госпіталізації та надання допомоги лікарем оториноларингологом, інколи реаніматологом, іншими спеціалістами і можуть бути вкрай небезпечними.

Ключові слова: носова кровотеча, діти, невідкладна допомога.

ПОРУШЕННЯ НЮХОВОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ COVID-19 З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ТЯЖКОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ

Шидловська Т.А., Безега Б.М.

DISORDER OF OLFACTORY FUNCTION IN COVID-19 WITH DIFFERENT DEGREES OF SEVERITY OF THE CLINICAL COURSE OF THE DISEASE

Shidlovska T.A., Bezeha B.M.

*Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.І. Коломійченко НАМН України»,
Полтавський державний медичний університет МОЗ України*

Робіт, присвячених дії вірусу SARS-cov-19 на різні органи і системи організму людини досить багато. При цьому великий інтерес викликає вивчення впливу SARS-cov-19 на сенсорні системи і центральну нервову систему. Порушення нюхової функції вважалися одним з провідних симптомів при захворюванні на COVID-19. За даними авторів, аносмію відзначали від 30 до 60% пацієнтів першої хвили COVID-19 і вона була раннім, а інколи – єдиним, але водночас характерним симптомом захворювання.

Нами було проведено аналіз порушень нюхової функції у осіб, які перехворіли на COVID-19, з урахуванням тяжкості клінічного перебігу захворювання.

Нами було обстежено 54 пацієнта, що перехворіли на COVID-19, які мали порушення нюху та зміни зі сторони нервової системи. Пацієнти звертались по допомогу після одужання, серед обстежених пацієнтів 35,8% хворіли на COVID-19 повторно. Хворі були поділені на 2 групи за клінічним перебігом хвороби: в першу групу увійшли хворі, які перехворіли легкою формою COVID-19 – 32 чоловіка, друга група – 22 пацієнт, які перехворіли даною інфекцією середньою ступеню тяжкості.

Ми обстежували крім клінічного отоларингологічного обстеження, стан ЦНС за допомогою об'єктивного методу електроенцефалографії. Виконання електроенцефалографії (ЕЕГ) здійснювалось за допомогою комп'ютерного електроенцефалографа фірми «DX-системи» (Україна) в сидячому положенні пацієнта. Всім пацієнтам проводилася відеоендоскопія лор-органів, особлива увага приділялася стану слизової оболонки носа в ольфакторній ділянці.

При аналізі результатів електроенцефалографії у осіб, які перехворіли на COVID-19 були виявлені відхилення від норми як у фоновому записі, так і при проведенні функціональних навантажень, які свідчать про ознаки порушень біоелектричної активності головного мозку і подразнення його коркових і глибоких структур. Згідно аналізу показників відсоткового вмісту основних ритмів ЕЕГ у обстежених нами пацієнтів були виявлені достовірне ($P < 0,05$) збільшення представленості дельта- і бета-ритмів та зниження частки альфа-частот, більш виражені у осіб з 2 групи.

Кількісні показники ЕЕГ у осіб другої групи, з більш тяжким перебігом COVID-19, свідчать про виразну дезорганізацію основних ритмів, часто з ознаками дисфункції дієнцефально-стовбурових структур. Зміни біоелектричної активності головного мозку частіше проявлялись у лобних і потиличних відведеннях. Перерозподіл основних ритмів ЕЕГ у цій групі достовірно ($P < 0,05$) відрізнявся від показників контрольної і першої групи, особливо при проведенні функціональних навантажень.

За даними клінічного та ендоскопічного огляду пацієнти не мали запальних захворювань ЛОР-органів. За даними відеоендоскопії стан слизової оболонки носа в ольфакторній ділянці не був зміненим у жодного з