

MEDICAL SCIENCE

Особенности клинической картины носовых кровотечений на фоне проведения антитромботической терапии

Н. С. Бычкова

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина
Corresponding author. E-mail: bichkova18ns@gmail.com

Paper received 25.01.21; Accepted for publication 12.02.21.

<https://doi.org/10.31174/SEND-NT2021-250IX31-05>

Аннотация. В результате исследования установлено, что НК на фоне проведения антитромботической терапии наиболее часто возникают в передних отделах полости носа и имеют преимущественно диапедезный характер. Местными предрасполагающими факторами риска возникновения НК при проведении антитромботической терапии являются атрофический ринит, наличие деформации перегородки носа и полипозноизменная средняя носовая раковина. На фоне дезагрегантной терапии НК имеют менее интенсивный характер и склонность к рецидивированию, чаще останавливаются самостоятельно чем у больных при проведении антикоагулянтной терапии.

Ключевые слова: носовые кровотечения, антитромботическая терапия, дезагрегантная терапия, антикоагулянтная терапия.

Введение. В настоящее время констатируется неуклонный рост числа больных с патологией сердечно-сосудистой системы, нуждающихся в проведении антитромботической терапии [1]. На фоне приема антикоагулянтов и дезагрегантов всегда выше риск развития геморрагических осложнений (в том числе и носовых). Антитромботическая терапия повышает риск фатальных и нефатальных кровотечений (по сравнению с лицами, ее не получающими) в среднем в 1,6 раза [8]. По данным многих авторов число стационарных больных с носовыми кровотечениями (НК), которые находятся на антитромботической терапии, составляет от 29% до 48%. [7].

Однако в литературе недостаточно данных о частоте и характере НК у этой категории больных. Особенности клинической картины НК на фоне проведения антитромботической терапии до настоящего времени остаются недостаточно изученными.

Целью исследования являлось изучение особенностей клинической картины НК на фоне проведения антитромботической терапии.

Материалы и методы. Проведено изучение особенностей клинической картины НК у 156 больных на фоне проведения антитромботической терапии. Среди обследованных больных женщин было 73(46,8%), мужчин - 83 (53,2%). Возраст больных колебался от 39 до 89 лет, средний возраст составил 66,7±11,8 лет.

Наиболее частым (у 79 (50,6% больных) показанием для назначения антитромботической терапии послужило нарушения сердечного ритма, основной формой которого являлось наличие пароксизмальной или постоянной формы фибрилляции предсердий. В связи с перенесенными тромбоемболическими событиями на антитромботической терапии находилось 36 (23,1%) больных. Реже показанием к проведению антитромботической терапии являлись стабильная стенокардия, перенесенные эндоваскулярные вмешательства (чрескожные коронарные вмешательства) и пороки сердца, которые отмечены у 18 (11,5%), 14 (9,0%) и 9 (5,8%) больных соответственно.

На антикоагулянтной терапии находилось 37

(23,7%) больных и 119 (76,3%) больных получали дезагрегантную терапию.

С целью определения локализации НК и оценки состояния слизистой оболочки полости носа больным выполнялась передняя риноскопия и эндоскопия полости носа.

Результаты и их обсуждение. Обращает на себя внимание значительное преобладание больных пожилого и старческого возраста, удельный вес которых составил 73,1%. Преобладание больных именно этой возрастной группы объясняется тем, что люди пожилого и старческого возраста более часто нуждаются в проведении антитромботической терапии чем лица молодого и среднего возраста. Кроме того, при лечении этого контингента больных необходимо учитывать возрастные изменения и наличие сопутствующей патологии. Сопутствующая патология выявлена у 109 (95,6%) больных пожилого и старческого возраста и только у 16 (38,1 %) больных молодого и среднего возраста.

Отмечена яркая выраженность сезонности возникновения НК у больных, принимавших антикоагулянты или дезагреганты. Значительное количество больных поступило (42,9%) в зимний период, что можно объяснить влиянием факторов окружающей среды (низкие температуры и более сухой вдыхаемый воздух) на возникновение НК. По нашему мнению, еще одним из факторов сезонности возникновения НК является отопление помещений в холодное время года, что приводит к снижению влажности воздуха окружающей среды и соответственно пересыхание слизистой оболочки полости носа. По нашим данным 102 (65,4%) больных поступили в период отопительного сезона. Таким образом, одним из профилактических мероприятий возникновения НК, по нашему мнению, может быть использование увлажнителей воздуха в помещениях и индивидуальное использование назальных солевых спреев и увлажняющих средств в отопительный период.

При сборе анамнеза было выяснено, что НК у исследуемых больных чаще всего возникали непредска-

зуюмо, без каких-либо предшественников при нормальных цифрах артериального давления. Только у 8 (5,1%) больных НК возникло на фоне гипертонического криза. Одной из особенностей НК на фоне проведения антитромботической терапии, выявленных нами, явилось постепенное развитие кровотечения в течение нескольких дней. У 110 (70,5%) больных НК начинались с незначительных геморрагических выделений из полости носа, которым больные не придавали особого значения и за медицинской помощью не обращались. Отмечено усиление интенсивности НК с последующей необходимостью оказания квалифицированной медицинской помощи при различных провокационных факторах: форсированное сморкание, физическая нагрузка, особенно с наклоном туловища, пальцевая травматизация полости носа и извлечение из полости носа салфеток или сухих ватных шариков, что вероятно приводило к нарушению образования сгустков крови и дополнительной травматизации слизистой оболочки носа.

При анализе анамнестических данных выявлено, что среди больных с НК на фоне антикоагулянтной терапии значительно чаще (в 1,7 раз) рецидивы кровотечения наблюдались при приеме варфарина чем у больных, лечившихся ривароксабаном. Так, из 11 больных находящихся на варфарине у 8 (72,7%) в анамнезе уже были НК, причем у 6 (75%) из них многократные (повторяющиеся несколько раз в год на протяжении длительного времени) с неоднократными тампонированиями полости носа для остановки кровотечения и у 2 (25%) больных НК останавливались самостоятельно. Среди 26 больных, которые получали ривароксабан, только у 11 (42,3%) больных в анамнезе были НК, у 7 (63,6%) из них НК останавливались самостоятельно. Таким образом, при антикоагулянтной терапии у 19 (51,4%) больных наблюдались рецидивные НК, из которых 10 (52,6%) остановились самостоятельно и 9 (47,4%) нуждались в тампонировании.

Среди 119 больных с НК на фоне дезагрегантной терапии эпизоды кровотечений в анамнезе отмечены у 46 (38,7%) больных, из которых у 35 (76,1%) больных НК остановилось самостоятельно и у 11 (23,9%) остановка кровотечения выполнена тампонированием.

Среди обследованных больных определялась зависимость степени тяжести кровопотери от характера проводимой антитромботической терапии.

На фоне проведения антикоагулянтной терапии степень кровопотери среди больных с НК распределялась следующим образом: легкая - 17 (46,0%) больных, средняя - 15 (40,5%) больных и тяжелая - 5 (13,5%) больных. Причем из 5 больных с тяжелой степенью кровопотери 4 (80%) находились на варфарине.

Среди больных получавших дезагрегантную терапию доля больных (76,5%) с легкой степенью кровопотери была в 1,7 раз больше, чем при антикоагулянтной терапии. Соотношение удельного веса больных с кровопотерей средней и тяжелой степенью между больными получавшими дезагрегантную и антикоагулянтную терапии составило 1: 2,3.

Таким образом на фоне дезагрегантной терапии

НК имеют менее интенсивный характер и склонность к рецидивированию, чаще останавливаются самостоятельно, чем у больных при проведении антикоагулянтной терапии. Среди антикоагулянтной терапии более интенсивный и рецидивирующий характер НК отмечен у больных, получавших варфарин.

Всем больным была выполнена передняя риноскопия. Диагностическая ценность эндоскопического исследования полости носа в условиях продолжающегося НК оказалась невысокой и была выполнена только 14 (8,9%) больным с целью уточнения локализации источника кровотечения. Также одним из факторов ограничения показаний к проведению эндоскопии на высоте кровотечения являлось вероятность усиления интенсивности НК вследствие травматизации слизистой оболочки полости носа.

При риноскопии 4 больных с высокой интенсивностью НК не представилось возможным установить источник кровотечения, поскольку интенсивное кровотечение затрудняло осмотр полости носа. Локализация в задних отделах полости носа у них была установлена на основании данных фарингоскопии (стекание крови по задней стенке глотки) и отсутствии визуализации источника кровотечения в переднем среднем отделе полости носа.

Нами был проведен анализ зависимости локализации НК от характера антитромботической терапии. При проведении антитромботической терапии НК из передних отделов полости носа, когда источник располагался в зоне Киссельбаха, отмечено у 144 (92,3%) больных. НК из задних отделов носа было диагностировано у 12 (7,7%) больных. Одностороннее НК наблюдалось у 150 (96,1%) и двухстороннее – у 6 (3,9%) больных.

Частота НК в задних отделах полости носа при проведении антикоагулянтной терапии в 1,6 раза была выше аналогичного показателя при проведении дезагрегантной терапии. Причем из 4 больных при проведении антикоагулянтной терапии 3 (75,5%) больных находились на варфарине. Какой-либо зависимости частоты НК из задних отделов носа при дезагрегантной терапии от группы препарата (ингибиторы фермента ЦОГ-1 или группа тиаоперидинов) нами не было выявлено. Обращает на себя внимание, что из 12 больных с НК из задних отделов носа 10 (83,3%) больных по возрастным критериям относились к лицам пожилого и старческого возраста.

Таким образом, НК при проведении антитромботической терапии значительно чаще наблюдаются из передних отделов носа, среди НК из задних отделов носа большой удельный вес составляют больные при проведении антикоагулянтной терапии в пожилом и старческом возрасте. Наибольший риск возникновения НК из задних отделов носа имеют больные при лечении антагонистами витамина К (варфарин).

При риноскопическом осмотре следы свежей крови определялись у всех больных, при этом сгустки крови в полости носа наблюдались у 108 (69,2%) и геморрагические корки в области зоны Киссельбаха - у 64 (41,0%) больных. У 48 (30,8%) больных при риноскопии на высоте кровотечения не визуализировались сгустки крови, что вероятно было обусловлено явлениями гипокоагуляции, характерной при прове-

дении антитромботической терапии.

Обращает на себя внимание, что только у 31(19,9%) больного визуализировался кровотокающий сосуд с подтеканием свежей крови. У остальных больных (80,1%) НК носило диапедезный характер различной интенсивности, не имевшее определенного единственного источника. Диапедезное НК характеризовалось наличием множественных равноценных источников геморрагии, рассредоточенных по всей слизистой оболочке полости носа, преимущественно в зоне Киссельбаха. При этом риноскопически визуализировались множественные кровоизлияния и геморрагическое пропитывание слизистой оболочки полости носа.

Субатрофические изменения слизистой оболочки полости носа (бледность, сухость и истончение слизистой оболочки носа) выявлены у 95 (62,8%) больных, причем 74 (77,9%) из них были больные пожилого и старческого возраста. Признаки атрофического ринита преимущественно локализовались в передних отделах перегородки носа. Из вышеприведенного можно сделать заключение, что НК при проведении антитромботической терапии чаще наблюдаются на фоне местных атрофических изменений в слизистой оболочке полости носа.

Поверхностное расположение сосудов слизистой оболочки носа в области Киссельбаха выявлено у 36 (23,1%) больных. Патологически извитые сосуды наблюдались у 27 (17,3%) больных, из которых у 8 больных на фоне повышения артериального давления визуализировались расширенные, частично тромбированные сосуды в зоне Киссельбаха, послужившие источником НК. Патологические изменения сосудов, по-видимому, связаны с тем, что большинство

(90,4%) исследуемых больных страдали гипертонической болезнью и возрастными изменениями сосудистой стенки больных (73,1%) пожилого и старческого возраста.

Искривление перегородки носа выявлено у 32 (20,5%) больных, полипозно измененная средняя носовая раковина – у 17 (10,9%) и гипертрофия носовых раковин – 9 (5,8%) больных. У большинства больных (71,8%), у которых выявлены искривление перегородки носа или полипозно измененная средняя носовая раковина, НК носили упорный рецидивирующий характер. Таким образом искривление перегородки носа и полипозно измененная средняя носовая раковина являются предрасполагающими факторами развития НК при проведении антитромботической терапии.

Выводы:

1. НК на фоне проведения антитромботической терапии наиболее часто возникают в передних отделах полости носа и имеют преимущественно диапедезный характер.
2. Местными предрасполагающими факторами риска возникновения НК при проведении антитромботической терапии являются атрофический ринит, наличие деформации перегородки носа и полипозно измененная средняя носовая раковина
3. На фоне дезагрегантной терапии НК имеют менее интенсивный характер и склонность к рецидивированию, чаще останавливаются самостоятельно чем у больных при проведении антикоагулянтной терапии. Среди антикоагулянтной терапии более интенсивный и рецидивирующий характер НК отмечен у больных, получавших варфарин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Connolly S. J. The long-term multicenter observational study of dabigatran treatment in patients with atrial fibrillation (RELY-ABLE) study/ S. J. Connolly, L. Wallentin, M. D. Ezekowitz, J. Eikelboom et al. // *Circulation*.- 2013.- Vol. 128.- P. 237-243.
2. Heit, J.A. The epidemiology of venous thromboembolism / J.A. Heit, F.A. Spencer, R.H. White // *J Thromb Thrombolysis*. - 2016 Jan. - Vol. 41. - N 1. - P. 3 - 14.
3. Escabasse V. Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology (SFORL) Managing epistaxis under coagulation disorder due to antithrombotic therapy/ V. Escabasse, E. Bequignon, B. Verillaud et al.// *Eur. Ann. Otorhinolaryngol. Head Neck Dis.*- 2017.- Vol. 134.- P. 195–199.
4. Beck R. Current Approaches to Epistaxis Treatment in Primary and Secondary Care./ R. Beck, M. Sorge, A. Schneider, A. Dietz // *Dtsch. Arztebl. Int.*- 2018.- Vol. 115(1-2).- P. 12–22
5. Bola S. Does the continuation of warfarin change management outcomes in epistaxis patients?/ S. Bola, R. Marsh, S. Braggins [et al.] // *J. Laryngol. Otol.*- 2016.- Vol.- 130(3).- P. 256-60.
6. Buchberger A.M.S. The role of oral anticoagulants in epistaxis./ A.M.S. Buchberger, A. Baumann, F Johnson [et al.] // *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.*- 2018.- Vol. 275(8).- P. 2035-2043.
7. Desai N.R. Patterns of initiation of oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation—quality and cost implications / N.R. Desai, A.A. Krumme, S. Schneeweiss et al. // *Am. J. Med.*- 2014.- Vol.-127.- P.1075–1082.
8. Li X. Clinical benefits of pharmacogenetic algorithm-based warfarin dosing: meta-analysis of randomized controlled trials/ X. Li, J. Yang, X. Wang et al. // *Thromb. Res.*- 2015.- Vol. 135(4).- P. 621-629.
9. Stadler R.R. The long-term fate of epistaxis patients with exposure to antithrombotic medication / R.R. Stadler, R. Kindler, D. Holzmann, M.B. Soyka // *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.*- 2016.- Vol. 273.- P. 2561–2567.

Clinical features of nasal bleeding in the background of antithrombotic therapy

N. Bychkova

Abstract. As a result of the research, it was found that NB on the background of ATT most often occur in the anterior parts of the nasal cavity and are predominantly diapedetic. Local predisposing factors for the occurrence of NB during ATT are atrophic rhinitis, the presence of deformation of the nasal septum, and polyposis of the middle turbinate. On the background of antiplatelet therapy (APT), NBs are less intense and tend to recur, more often they stop on their own than in patients with anticoagulation therapy (ACT).

Keywords: nosebleeds, antithrombotic therapy, antiplatelet therapy, anticoagulation therapy.