

Ю.В. Давыдова¹, И.Г. Криворчук²,
А.А. Огородник¹, И.М. Лещишин², А.Н. Наумчик¹

Забрюшинные гематомы в акушерстве

¹ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев
²Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2020. 2(82): 92-97; doi 10.15574/PP.2020.82.92

For citation: Davydova IuV, Krivorchuk IG, Ogorodnik AA, Leshchishin IM, Naumchik AN. (2020). Retroperitoneal obstetric hematomas. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2(82): 92-97. doi 10.15574/PP.2020.82.92

Цель — проанализировать имеющиеся на сегодня данные по абдоминальным акушерским гематомам и представить рекомендации по диагностике и ведению таких гематом с учетом сложности их менеджмента и развития современных стратегий.

Забрюшинные гематомы — редкая патология, которая отличается от обычно наблюдаемых гематом в области таза, требует большей информированности акушеров. Забрюшинные гематомы возникают как после кесарева сечения, так и после нормальных и оперативных вагинальных родов. Патофизиология возникновения включает как механические, так и другие причины спонтанных забрюшинных гематом.

Предлагаемая клиническая стратегия состоит в проведении безотлагательных диагностических мероприятий, определении состава мультидисциплинарной команды для разработки плана и оказания квалифицированной помощи.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: забрюшинная акушерская гематома, акушерские осложнения, клиническая стратегия.

Retroperitoneal obstetric hematomas

Iu.V. Davydova¹, I.G. Krivorchuk², A.A. Ogorodnik¹, I.M. Leshchishin², A.N. Naumchik¹

¹SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named of academician O.M. Lukyanova NAMS of Ukraine», Kyiv

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Purpose — to analyze the currently available data on abdominal obstetric hematomas and provide recommendations for their diagnosis and management, taking into account the complexity of their management and the development of modern strategies.

Retroperitoneal hematomas — a rare pathology that differs from the usually observed hematomas in the pelvic area, requires greater awareness of obstetricians. Retroperitoneal hematomas occur both after cesarean section and after normal or operative vaginal delivery. The pathophysiology of occurrence includes mechanical and other causes of spontaneous retroperitoneal hematomas.

The proposed clinical strategy consists in conducting urgent diagnostic measures, determining the composition of the multidisciplinary team to develop a plan and provide qualified assistance.

No conflict of interest were declared by the authors.

Key words: retroperitoneal obstetric hematoma, obstetric complications, clinical strategy.

Заочеревинні гематоми в акушерстві

Ю.В. Давидова¹, І.Г. Криворчук², А.А. Огородник¹, І.М. Лещишин², О.М. Наумчик¹

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета — проаналізувати існуючі на сьогодні дані щодо абдомінальних акушерських гематом і навести рекомендації щодо діагностики й ведення таких гематом з урахуванням складності їх менеджменту та розвитку сучасних стратегій.

Заочеревинні гематоми — рідкісна патологія, яка відрізняється від гематом у ділянці таза, що трапляються значно частіше, потребує кращої інформованості акушерів. Заочеревинні гематоми виникають як після кесаревого розтину, так і після нормальних і оперативних вагінальних пологів.

Патофізіологія виникнення включає як механічні, так і інші причини спонтанних заочеревинних гематом.

Запропонована клінічна стратегія полягає в проведенні невідкладних діагностичних заходів, визначенні складу мультидисциплінарної команди для розробки плану і надання кваліфікованої допомоги.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: заочеревинна акушерська гематома, акушерські ускладнення, клінічна стратегія.

Актуальность

Частота забрюшинных гематом в акушерстве малоизвестна, так как в статистике смешана терминология между послеродовыми и ретроперитонеальными гематомами. Однако, по данным литературы, частота послеродовых гематом варьирует от 1:309 до 1:1500 родов, при

этом невозможно выделить частоту гематом после абдоминального родоразрешения. Ряд авторов рекомендуют выделить забрюшинные гематомы как особый вид, в отличие от обычно наблюдаемых влагалищных и тазовых гематом.

Необходимо подчеркнуть, что забрюшинные гематомы являются важной причиной

материнской заболеваемости и смертности, а это требует высокой клинической настороженности и мультидисциплинарного подхода в ведении каждого случая индивидуально. Вместе с тем, в существующих рекомендациях по ургентным, шоковым состояниям и заболеваемости во время беременности нет подробных данных о роли забрюшинных гематом в повышении частоты послеродовых и послеоперационных осложнений.

Цель исследования — проанализировать имеющиеся на сегодня данные по абдоминальным акушерским гематомам и представить рекомендации по диагностике и ведению таких гематом с учетом сложности их менеджмента и развития современных стратегий.

Этиология

Забрюшинные гематомы могут возникать во время беременности и в послеродовом периоде, развиваться спонтанно **при отсутствии какой-либо механической причины, последствия травмы.**

Патофизиология спонтанных забрюшинных гематом

Спонтанные забрюшинные гематомы могут развиваться при отсутствии каких-либо травм во время антенатального, интранатального и постнатального периодов по следующим причинам:

- разрыв стенки сосуда;
- результат антикоагулянтной терапии;
- наличие акушерских коагулопатий.

Забрюшинные гематомы обусловлены физиологическими изменениями гемодинамики во время беременности, в том числе сдавлением сосудов в области таза, снижением сосудистого сопротивления, увеличением сердечного выброса и объема крови.

Особое внимание следует уделить процессу **фиброплазии сосудов**, так как в период гестации под действием стероидных гормонов фетоплацентарного комплекса изменяется эластичный слой сосудов, что приводит к нарушению целостности стенки, иногда — к аневризме и, как следствие, — к **спонтанным гематомам.**

Подавляющее большинство описанных случаев забрюшинных гематом касаются самопроизвольного разрыва сосудов, в том числе аневризм селезеночной артерии, почечной артерии, почечной ангиолипомы, яичниковой артерии, варикозно расширенных вен области малого таза.

При патоморфологическом исследовании выявлено, что большинство таких разрывов связаны с:

- артерио-венозными мальформациями;
- наличием синдрома Эллерса-Данлоса IV типа;
- нейрофиброматозом;
- дисплазией соединительной ткани.

Необходимо отметить, что синдром Эллерса-Данлоса типа IV, сосудистый тип EDS (составляет приблизительно от 5% до 10% случаев) является наследственным заболеванием соединительной ткани с частотой от 1/10000 до 1/25000, определяемым характерными чертами лица (акрогерия) у большинства пациентов, полупрозрачной кожей с хорошо видимыми подкожными сосудами на туловище и нижней части спины, у пациентов могут наблюдаться легкие кровоподтеки, а также тяжелые осложнения, связанные с поражением артерий, патология желудочно-кишечного тракта, маточные кровотечения, послеродовые кровотечения.

Кроме того, частой причиной разрыва маточной и яичниковой артерии является эндометриоз, в таких случаях внутрибрюшинного и забрюшинного кровотечения эндометриоидные включения обнаруживаются на задней стенке матки, крестцово-маточных связках и в виде забрюшинных гематом на боковых стенках таза, в том числе с участием мочеточников.

Одной из причин забрюшинных гематом является патологическая плацентация, например, *placenta percreta*, что приводит к перфорации матки, внутреннему кровотечению и забрюшинной гематоме.

Особое внимание следует уделить гипертоническим расстройствам во время беременности, так как они связаны с низким уровнем тромбоцитов и коагулопатиями. При HELLP-синдроме острой жировой дистрофии печени встречаются подкапсулярные кровоизлияния и разрыв печени, что также приводит к возникновению забрюшинных гематом. Спонтанный разрыв печени встречается редко и в основном связан с тяжелой преэклампсией, эклампсией и их осложнениями. Очень редко встречается гематома пространства Ретциуса (рыхлая соединительная ткань и фасция между мочевым пузырем и лобком), что может быть вызвано повреждением венозного сплетения Санторини при мобилизации *pl. vesico-uterina* и выведении головки, причем такая гематома может простираться от паравезикального пространства до широких связок и далее.

При спленомегалии возможен разрыв селезенки (одна из редких причин забрюшинных

гематом), что связано с гиперплазией и растяжением паренхимы селезенки, инфарктами, кровоизлияниями, гематомами или фиброзом.

Особое внимание нужно уделить врожденным и приобретенным патологиям свертывающей системы крови, таким как дефицит фактора IX и X, болезнь фон Виллебранда, антифосфолипидный синдром, получение пациенткой антикоагулянтов в терапевтической дозе, так как это тоже может стать причиной забрюшинных гематом.

Патофизиология механических факторов, вызывающих забрюшинные гематомы

Забрюшинные гематомы могут возникать и из-за механических факторов, включая травму в результате несчастных случаев, родов и осложнений лапаротомных вмешательств. Наиболее известной причиной забрюшинных гематом является повреждение маточных и яичниковых сосудов из-за травмы или разрывов во время операции или других вмешательств.

Распространение крови из одного анатомического образования в другой облегчается благодаря близости паравагинального пространства с паравезикальным, параметриями и параректальными пространствами.

Клинические особенности, диагностика и лечение

Забрюшинные гематомы могут быть потенциально опасными для жизни со значительной вариабельностью заболеваемости в зависимости от механизма развития забрюшинных гематом, скорости нарастания и объема кровотоечения.

Течение забрюшинных гематом варьирует от острого до подострого, у них редко бывает коварное/скрытое начало. Они хорошо распознаются с раннего периода беременности до четырех недель после родов.

У пациента могут быть признаки и симптомы шока:

- тахикардия;
- гипотензия;
- тахипноэ;
- дистресс плода;
- боль в животе, особенно в правом верхнем или левом квадранте;
- тошнота;
- рвота;
- межлопаточная боль;
- боль в груди;
- боль в правом плече.

Часто клиническая картина имеет внезапное начало, а другими общими признаками являют-

ся боль в животе, сопровождающаяся признаками гиповолемического шока и снижение гематокрита. Рвота, диарея и боль в эпигастральной области также могут быть начальными симптомами разрыва селезеночной артерии.

При постепенно развивающейся забрюшинной гематоме иногда сложно рано установить диагноз. Это проявляется только после значительной потери крови и резкого нарушения гемодинамики.

При забрюшинных гематомах в области подвздошной кишки описаны симптомы в виде бедренной невралгии, спазмов подвздошной мышцы и ишиаса.

В некоторых случаях, когда забрюшинная гематома распространяется от параренального пространства к тазу, пациентка не может сгибать бедро и разгибать колено.

Признак Каллена, который описывает гематомы вокруг пупка, является следствием пропотевания геморагической жидкости от забрюшинного пространства вдоль желудочно печеночной и ложной связки до пупка.

Признак Грея Тернера описывает геморагические синюшные пятна на боковых стенках живота, иногда с желтоватым оттенком, что может наблюдаться в некоторых случаях через 24–48 часов после развития забрюшинной гематомы, что связано с поступлением крови от забрюшинного пространства вдоль фасциальных плоскостей к мускулатуре брюшной стенки.

Клиническая настороженность

При острых проявлениях забрюшинные гематомы могут вызывать тяжелую заболеваемость и даже летальный исход у матери (а иногда — у матери и плода). В случае ухудшения состояния, даже после абсолютно типично проведенного кесарева сечения, следует заранее подумать о возможном наличии или расширении забрюшинной гематомы.

Особое внимание следует уделить тем пациенткам, у которых кесарево сечение сопровождалось любой эмболизацией маточной артерии, наложением шва В-Lynch, удлинением раны до широкой связки, а также, если сложность кесарева сечения обуславливалась ненормальным расположением или прикреплением плаценты. При ухудшении состояния женщины и показателей гемодинамики врач должен в первую очередь подумать о наличии забрюшинной гематомы.

Если было абдоминальное родоразрешение в связи с тяжелым гипертоническим осложнением у женщины, то настороженность в отношении возможной забрюшинной гемато-

мы связана с тромбоцитопенией, коагулопатиями, ДВС-синдромом, HELLP-синдром обусловленными субкапсулярными кровоизлияниями в печень и (в крайних случаях) с разрывом печени.

Необходимо быть крайне внимательными у пациенток с известными нарушениями свертывающей системы, такими как дефицит фактора IX и X, болезнь фон Виллебранда, антифосфолипидный синдром, а также у пациенток, получающих терапевтические дозы антикоагулянтов, которые могут быть предрасполагающими факторами в некоторых случаях забрюшинных гематом.

Объем обследования

Первоочередным методом считается ультразвуковое исследование органов брюшной полости, однако зачастую этот метод позволяет обнаружить гематому, но он недостаточно точный, чтобы установить ее причину. Свободная жидкость в брюшной полости или области таза может быть отслежена в малом тазу.

Метод компьютерной томографии (КТ) является очень чувствительным, но в ряде случаев может потребоваться КТ-ангиография, которая позволяет выявить место кровотечения и оценить распространение контраста вне кровеносных сосудов.

Метод магнитно-резонансной томографии может быть полезным для определения забрюшинных гематом. Когда дифференциальная диагностика забрюшинных гематом проводится с септическим тромбозом и абсцессами, необходимо провести КТ, так как точный диагноз позволяет назначить правильное лечение, которое значительно отличается при забрюшинных гематомах и абсцессах.

Клиническая стратегия и тактика

Возможно два варианта течения забрюшинных гематом: внезапный (с быстрым ухудшением состояния) и более медленный (с незаметным началом и более поздним развитием уже тяжелых осложнений). Успешное ведение базируется на стратегическом подходе клинической настороженности в отношении возможности забрюшинных гематом, особенно в ситуациях, описанных выше, когда имеют место определенные факторы риска. Если заблаговременно не предпринять соответствующих шагов, забрюшинные гематомы могут привести к высокому уровню заболеваемости и смертности.

В обоих случаях течения забрюшинных гематом, описанных выше, основной проблемой

является клиническое мышление врача, который рассматривает (или не рассматривает) забрюшинную гематому как одну из возможных причин угрожающей жизни клинической картины.

От клинической подготовленности и степени настороженности врача зависит его готовность к ранней диагностике, определению клинической тактики и плана лечения, что имеет жизненно важное значение для успешного исхода.

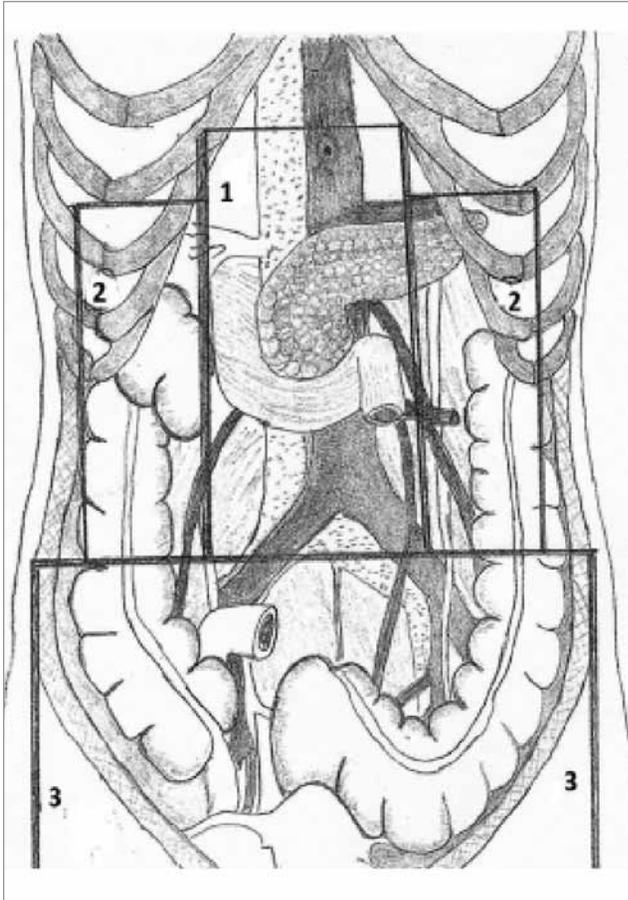
То есть наша предлагаемая клиническая стратегия состоит в том, что забрюшинная гематома возможна в ряде случаев, а тактика в том, что при подозрении забрюшинной гематомы безотлагательно проводятся диагностические мероприятия, определяется возможный источник гематомы, ее объем, а уже исходя из этого определяется мультидисциплинарная команда, которая будет оказывать хирургическую помощь и интенсивную терапию: акушер-гинеколог, хирург, сосудистый хирург, специалист по интервенционной радиохирургии, анестезиолог-реаниматолог. Все это позволяет не тратить драгоценное время, провести соответствующие процедуры и тем самым спасти здоровье и жизнь пациентки.

На первом этапе необходимо ввести адекватный объем жидкостей, обеспечить переливание препаратов крови, антианемическую терапию (внутривенное введение препарата Суфер), ввести соответствующие препараты по преодолению последствий дисбаланса факторов свертывания, особенно в группе пациенток с болезнью Виллебранда, дефицитом IX и X факторов, стертыми формами гемофилии А и В.

В некоторых случаях одно только консервативное лечение является адекватным, когда пациент гемодинамически стабилен.

Однако продолжающаяся нестабильность гемодинамики является показанием для хирургического вмешательства / ревизии брюшной полости, или для элективной внутриартериальной эмболизации, или для трансплантации стента.

Оперативный и консервативный подход к лечению зависит от этиологии, размера и степени тяжести пациентки. Необходимо четко определить место забрюшинной гематомы, что позволит оценить вовлечение нижележащих кровеносных сосудов. Итак, выделяются области по средней линии забрюшинного пространства (зона 1), промежуточного пространства (зона 2) и тазового забрюшинного пространства (зона 3) (рис. 1,2).



Примечание: 1 — зона по средней линии брюшного пространства; 2 — промежуточные зоны; 3 — зона тазового брюшного пространства.

Рис. 1. Разделение брюшной полости на зоны при выборе метода ведения случая забрюшинных гематом

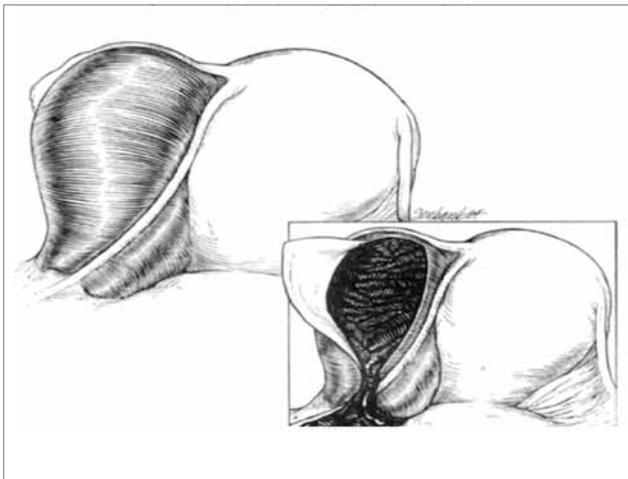


Рис. 2. Гематома широкой связки матки

Если забрюшинная гематома находится в зоне 1, то из-за высокой вероятности вовлечения крупных сосудов необходимо провести срочное оперативное вмешательство. Наличие забрюшинных гематом в зонах 2 и 3 требуют оперативного вмешательства, в основном

у нестабильных пациенток, тогда как для гемодинамически стабильных, когда забрюшинные гематомы не прогрессируют с симптомами сдавления, можно выбрать консервативный подход.

Однако когда у пациентки развиваются симптомы сдавления, называемые синдромом компартмента, в результате большой забрюшинной гематомы, необходимо провести немедленную лапаротомию.

Кроме открытых операций, для лечения забрюшинных гематом в последнее время в качестве альтернативы используется селективная эмболизация сосудов после ангиографических методов, позволяющих определить источник активного кровотечения. Применение этого метода зависит от гемодинамической стабильности пациентки, его доступности в лечебном учреждении и степени кровопотери. Результаты считались удовлетворительными в большинстве когорт пациенток с забрюшинными гематомами, что нашло отражение в работах, опубликованных к настоящему времени. Однако после успешной эмболизации появились сообщения о возможном развитии симптомов давления или синдрома сдавления.

Выводы

Забрюшинные гематомы — это редкая патология, которая отличается от обычно наблюдаемых гематом в области таза, что требует большей информированности среди акушеров, поскольку забрюшинные гематомы могут вызвать геморрагический шок, обусловить тяжелую заболеваемость матери, представляя серьезную угрозу для ее жизни и здоровья.

Вопреки общепринятой концепции, согласно которой забрюшинные гематомы возникают **только** после кесарева сечения, а оперативное вагинальное родоразрешение может вызывать только вагинальные, инфравелаторные и суправелаторные гематомы, необходимо знать, что забрюшинные гематомы могут возникать и после нормальных вагинальных и вагинальных оперативных родов.

Кроме механических, существует ряд причин возникновения внезапных спонтанных забрюшинных гематом при беременности, которые можно легко пропустить из-за редкости их возникновения. Забрю-

шинные гематомы могут возникать во время антенатального, интранатального и постнатального периодов.

Ключевые позиции диагностики и ведения забрюшинных гематом:

- самое главное в постановке правильного диагноза — клиническая настороженность, что такое осложнение может случиться;
- может потребоваться интенсивное введение жидкостей, препаратов крови;
- тщательный мониторинг состояния свертывающей системы крови;

— обязательная установка мочевого катетера;

— обязательное назначение антибактериальной терапии;

— на сегодня нет достаточной доказательной базы о наилучшем ведении таких случаев: первичное восстановление или тампонада, установка дренажа или нет;

— необходима бдительность и в случае первичного восстановления, и в случае тампонады, так как возможны рецидивы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

References/Література

1. Bhosale A, Fonseca M, Nandanwar YS. (2008). A rare case of retroperitoneal haematoma complicating pregnancy. *Bombay Med J.* 50: 316-317.
2. Bisseling CHM, Hassan R, Francis HC. (2014). Conservative management of a spontaneous retroperitoneal haematoma following caesarean section secondary to an arteriovenous malformation: a rare case. *J Obstet Gynaecol.* 34: 194-194.
3. Kim Y, Kim J, Cho H, Song TB. (2011). A case of spontaneous retroperitoneal hematoma in pregnant woman. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 38: 233-233.
4. Rafi J, Muppala H. (2010). Retroperitoneal haematomas in obstetrics: literature review. *Arch Gynecol Obstet.* 281: 435-441.
5. Shen JZ, Stranks SN, Ho JT. (2011). Spontaneous adrenal haemorrhage in pregnancy. *Intern Med J.* 41: 362-363.

Відомості про авторів:

Давидова Юлія Володимирівна – д.мед.н., магістр державного управління, зав. відділенням акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «ПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМНУ». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: (044) 483-90-69. <https://orcid.org/0000-0001-9747-1738>.

Криворучук Ігор Григорович – к.мед.н., асистент каф. хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії НМУ імені О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. Шовковична, 39/1; тел. (044)255-15-60.

Огородник Артем Олександрович – ст.н.с. відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «ПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМНУ». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8.

Лещущин І.М. – каф. хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії НМУ імені О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. Шовковична, 39/1; тел. (044)255-15-60.

Наушник Олена Миколаївна – лікар акушер-гінеколог II категорії, аспірант відділу акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «ПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМНУ України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8.

Стаття надійшла до редакції 08.02.2020 р.; прийнята до друку 01.06.2020 р.

2nd World Pediatrics Conference

August 24–25, 2020 Webinar

Current evolution of latest theories and therapies to save a child

We welcome all the participants from all over the world to attend «**World Pediatrics Conference**» during **August 24–25, 2020 in Prague, Czech Republic** Theme: **Current evolution of latest theories and therapies to save a child** which includes prompt keynote presentations, Oral talks, Poster presentations, and Exhibitions.

World Pediatrics 2020 is to gathering people in academia and society interested in Pediatrics, Child Healthcare to share the latest trends and important issues relevant to our field/subject area.

World Pediatrics 2020 will focus on the latest and exciting innovations in all areas of research, offering a unique opportunity for Pediatricians, Nurses and other Healthcare Professionals across the globe to meet, network, and perceive new scientific interventions. The concept of this Congress and program was developed for Pediatricians, Nurses and Healthcare Professionals working in Primary and Secondary Care, as well as for specialists in the diverse areas of Pediatrics, Nurse Practitioners, Pediatric Surgeons, Family Medicine Doctors, General Practitioners, Researchers, and Policy Makers.

We also welcome the participation of Presidents, CEO's, Delegates and industry executives from Pharma and Healthcare sectors making the congress a perfect platform to network, share views and knowledge through interactive keynote, plenary, poster and B2B discussions.

Why attend?

World Pediatrics 2020 is an international platform for presenting research about diagnosis, prevention and management and exchanging ideas about it and thus, contributes to the dissemination of knowledge in Pediatrics and child health for the benefit of both the academic and business.

The organizing committee of this Pediatric meeting is gearing up for an exciting and informative conference program including plenary lectures, symposia, workshops on a variety of topics, poster presentations and various programs for participants from all over the world. We invite you to join us at World Pediatric Conference, where you will be sure to have a meaningful experience with scholars from all around the world. All members of the World Pediatric Conferences, organizing committee look forward to meeting you in Prague, Czech Republic.

More information: <https://worldpediatrics.pediatricsconferences.com/>