



УДК 618.56:618.15-003.215-06-08

**Ж.С. ЗАВГОРОДНЕВА<sup>1</sup>, Л.Д. ЭГАМБЕРДИЕВА<sup>1</sup>, Н.И. ТУХВАТШИНА<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49<sup>2</sup>Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138

## Тактика лечения и ведения ретроперитонеальных гематом после родов

**Завгороднева Жанна Сергеевна** — врач-ординатор кафедры акушерства и гинекологии № 1, тел. +7-927-410-44-41, e-mail: ujustick@mail.ru**Эгамбердиева Люция Дмухтасиповна** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1, тел. +7-904-765-22-62, e-mail: lutsia1@yandex.ru**Тухватшина Наиля Иршатовна** — врач акушер-гинеколог, заведующая отделением гинекологии, тел. +7-903-313-71-78

*В статье представлены 2 случая ведения пациенток с обширными забрюшинными гематомами после родов. При различных механизмах образования подобных гематом они имели сходные клинические проявления и длительное подострое течение. В обоих случаях была выбрана консервативная терапия, которая в одном случае оказалась эффективной, в другом — потребовалось дальнейшее оперативное вмешательство.*

**Ключевые слова:** ретроперитонеальные гематомы, послеродовые осложнения, гематомы малого таза.

**Zh.S. ZAVGORODNEVA<sup>1</sup>, L.D. EGAMBERDIYEVA<sup>1</sup>, N.I. TUKHVATSHINA<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012<sup>2</sup>Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, 138 Orenburgskiy trakt, Kazan, Russian Federation, 420063

## Tactics of treatment and observation of postpartum retroperitoneal hematomas

**Zavgorodneva Zh.S.** — resident doctor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, tel. +7-927-410-44-41, e-mail: ujustick@mail.ru**Egamberdiyeva L.D.** — Cand. Med. Sc., Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, tel. +7-904-765-22-62, e-mail: lutsia1@yandex.ru**Tukhvatshina N.I.** — gynecologist, Head of Gynecological Department, tel. +7-903-313-71-78

*The article presents two cases of observation of patients with large postpartum retroperitoneal hematomas. Although having different mechanisms of these hematomas formation, both of them had similar clinical presentations and prolonged subacute course. Conservative treatment was chosen in both cases, which was effective in one case and required surgery in another case.*

**Key words:** retroperitoneal hematomas, postpartum complications, hematoma of pelvis minor

Несмотря на имеющиеся современные протоколы и рекомендации по ведению беременности и послеродового периода, в настоящее время нет протоколов и рекомендаций по ведению обширных гематом [1]. Послеродовые гематомы при родоразрешении через естественные родовые пути чаще всего представлены супрафасциальными гематомами (расположенными выше m.levator ani). Часто они сообщаются с забрюшинным пространством. Источниками образования супрафасциальных гематом, в основном, являются ветви а. hypogastrica. Это осложнение встречается довольно редко — от 1 на 500 до 1 на 20000 [2]. В 50% случаях характерные для них клинические проявления (боль внизу живота,

признаки кровопотери вплоть до шока) появляются сразу после родов, что требует неотложной терапии. Предрасполагающими факторы считаются аномалии родовой деятельности, атония матки, затяжные роды, наибольшую же группу риска представляют женщины с коагулопатиями [2, 3]. При оперативном родоразрешении наиболее частой локализацией гематом является пузырно-маточное пространство — промежуток, расположенный ниже шва между мочевым пузырем и нижним маточным сегментом. Обычно гематомы ограничены надлежащим перитонеумом, но могут распространиться латерально вдоль широких связок матки в забрюшинное пространство [4]. По сравнению с родами



через естественные родовые пути оперативное родоразрешение увеличивает риск данного осложнения в десятки раз. Исследуя частоту и показания для релапаротомии после кесарева сечения (КС), ретроперитонеальную гематому выявили у 1 из 28 женщин, подвергшихся релапаротомии [5].

В образовании гематом играют роль не только техника операции, надлежащий гемостаз и надежное ушивание разреза матки, но и показания для КС, состояние коагуляции, а также величина раскрытия шейки матки на момент проведения операции. Эти гематомы возникают при ранении ретропузырных вен, чаще варикозно расширенных, или повреждении варикозных вен в области основания широкой связки. Как правило, в большинстве случаев они локализованы зоной повреждения и при достижении размеров 4-7 см в поперечнике отграничиваются в связи с тампонадой образовавшейся гематомой стенки поврежденных вен [6]. Нельзя не отметить, что ретроперитонеальное расположение гематом не характерно для КС по методу Штарка, в то время как КС традиционным способом более часто приводят к подобным осложнениям; проспективное рандомизированное исследование показало при сравнении 2 групп женщин с КС по Штарку и традиционным методом ЭХО — признаки гематомы на 9 день после операции выявлены в первом случае в 3,16%, а во втором — в 15,78% [7].

Для послеродовых забрюшинных гематом характерно, в основном, стертое течение. Как правило, общее состояние больной не страдает. Начиная со 2-3-х сут. послеоперационного периода у женщин наблюдается субфебрилитет с повышением температуры до 37,4-37,6°C. Ретровезикальные и параметральные локализованные гематомы замедляют темп инволюции матки, что может дать основание для ложного диагноза гематометры, послеоперационного эндометрита, либо тех или иных осложнений воспалительного происхождения в области ушитых краев передней стенки матки [6]. Часто отмечается дистопия матки в связи с давлением на нее рядом расположенной гематомы. Рационально провести бактериологическое исследование метростриата при подозрении на эндометрит, а также с целью прогнозирования образования абсцесса и его рациональной терапии, так как раневая поверхность матки является «воротами» для проникновения микроорганизмов из полости матки в ретроперитонеум. В 38% в группе женщин с гнойно-воспалительными осложнениями обнаруживаются гематомы под пузырно-маточной складкой [8].

Диагностика забрюшинных гематом не представляет трудностей, такие гематомы, как анатомическое образование, обнаруживаются при ультразвуковом сканировании, компьютерной томографии и МРТ. Последний метод обладает наибольшими преимуществами над первыми благодаря большей способностью дифференцировать мягкие ткани [4]. Lev-Toaff и соавт., сравнивая достоверность УЗИ и КТ, обнаружили забрюшинные гематомы у 4 из 31 пациенток с персистирующей субфебрильной температурой после родов, сделав вывод о сопоставимости данных методов исследования [9].

Эхографические особенности строения гематом зависят от сроков их существования. В первые часы при быстром формировании гематомы ее содержимое имеет гипозоногенную структуру с мелкодисперсной взвесью. В последующие несколько суток (2-8) в структуре гематом появляются разнообразные по величине и плотности эхогенные вклю-

чения (сгустки). При этом жидкостный компонент может полностью отсутствовать, что придает гематоме сходство с опухолевидными образованиями. В дальнейшем содержимое гематом постепенно приобретает жидкостную структуру вследствие ретракции сгустков. Благоприятное течение гематом характеризуется постепенным уменьшением размеров, наличием анэхогенного содержимого (в редких случаях возможна негустая, мелкодисперсная взвесь — разрушенный гемосидерин), четкие внутренние очертания. Сроки рассасывания гематом варьируют от 2-3 нед. до 2-3 мес.

Так как не существует общепринятого алгоритма ведения пациенток с забрюшинными гематомами после родоразрешения, в настоящее время предпочтение отдается современным малоинвазивным методам. Все исследователи признают целесообразность консервативной тактики ведения больных на начальном этапе с дальнейшим выбором тактики при учете следующих факторов: размер гематомы, выраженность интоксикационного и геморрагического синдромов, появления признаков нагноения гематомы, владение навыком проведения конкретных манипуляций. Лапаротомное вскрытие и дренирование гематом уходит на второй план, в то время как появляются трансвагинальный, чрезкожный, лапароскопический доступы дренирования. Каждый из них имеет свои показания и противопоказания. Чрескожный доступ не всегда позволяет адекватно опорожнить гематому, приносит неудобства пациентке и требует соответствующего опыта врача. Лапароскопический доступ предполагает повторную операцию, риск анестезии и большее количество осложнений.

Трансвагинальный доступ может привести к развиту параметрита и парацеллюлита [6], однако трансвагинальным доступом можно осуществить пункцию и санацию послеоперационных объемных образований малого таза, что необходимо как для идентификации возбудителей с целью назначения этиотропной терапии, так и для эвакуации содержимого и ликвидации патологических образований, вызывающих клинические проявления [10].

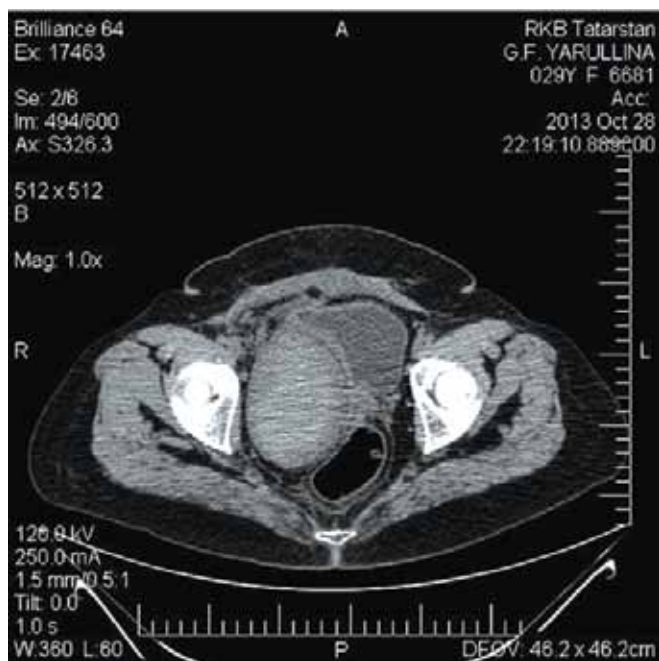
В течение 2013 года в отделении гинекологии РКБ наблюдались 6 пациенток после родов с обширными ретроперитонеальными гематомами. Представляем 2 случая ведения пациенток с обширными ретроперитонеальными гематомами (после оперативных и самостоятельных родов).

Пациентка Я., 1980 г. р., поступила 28.10.13 в приемное отделение РКБ с жалобами на общую слабость, потливость по ночам в течение 1 недели. Температура на момент осмотра — 37,8°. В анамнезе роды 18 дней назад доношенным плодом путем операции кесарева сечения. Показанием для операции стал гестоз тяжелой степени тяжести. При осмотре (18 день после родов) пальпировалось округлое образование, по правой стенке матки, верхний полюс которого доходил до уровня пупка, смещающее матку влево и вверх. При бимануальном осмотре подтверждалось наличие образования, исходящее из малого таза, шейка матки глубоко сверху; тело матки пальпировалось на уровне пупка, подвижное, безболезненное, плотное, своды укорочены за счет образования. УЗИ органов малого таза выявило высокое расположение матки, в малом тазу справа над шейкой матки, прилегая к послеоперационному рубцу, установлена сформировавшаяся гематома в виде «восьмерки» размером 100x75 и 44x40, соединяющиеся перешейком толщиной 20 мм. Серия

снимков компьютерных томограмм подтверждает наличие гематомы малого таза (рис. 1 и 2).

### Рисунок 1 и 2.

**Томограмма больной Я. В правых отделах малого таза определяется объемное образование неправильной формы с нечеткими контурами размером 112x74x113, дислоцирующее шейку матки и прямую кишку влево. Клетчатка малого таза инфильтрирована**



Анализы крови не выявили каких-либо отклонений, за исключением повышенной СОЭ (32 мм/ч.). Бак. посев отделяемого из раны выявил *E. faecalis*  $10^4$  КОЕ/мл (чувствительный к цефазолину). Бак. посев из цервикального канала выявил наличие *Staph. Haemolyticus*  $10^4$  КОЕ/мл. В коагулограмме — повышение РФМК до 21, остальные параметры без отклонений. Прокальцитонин — в пределах нормы. Был установлен диагноз: «Состояние после опе-

рации кесарево сечение, 18 день. Гематома параметрия справа, гематома пузырно-маточного пространства». Пациентке назначена инфузионная терапия, антибиотикотерапия (цефазолин, бацимекс в/в), витамины группы В. Проводились лабораторные исследования и УЗИ в динамике. На 34 день после родов по данным УЗИ размеры гематомы такие же, часть гематомы под рубцом в виде плотного образования, забрюшинная часть гематомы приблизительно наполовину содержит жидкостной компонент, доступна для трансвагинального пункционного дренирования. Анализы без особых изменений. Состояние больной удовлетворительное, отмечает периодическое повышение температуры до  $37,5^\circ$ . На 36 день после родов проведена трансвагинальная пункционная санация гематомы под контролем УЗИ, добыто 10 мл густой лизированной крови. Эвакуация затруднена из-за повышенной плотности содержимого. На 41 день после родов состояние больной удовлетворительное, динамика стабильная, отмечается периодические подъемы температуры по вечерам до  $37,8^\circ$ ; анализы — без особых изменений. В связи с отсутствием тенденции к редукции гематомы (по данным УЗИ), сохранением признаков интоксикации (субфебрильная температура на протяжении нескольких недель), рекомендовано трансвагинальное опорожнение гематомы в условиях операционной. На 43 день после родов произведено вскрытие нагноившейся гематомы параметрия, края ушиты, в полость установлен резиновый дренаж. Выделилось около 500 мл сгустков крови и гноя. Назначены антибиотики — видакцин, цефазолин, метронидазол, тампоны с мазью Вишневского, санирование полости гематомы. В течение нескольких дней после вскрытия гематомы отмечалось повышение температуры тела по вечерам до  $37,8^\circ$ , а также кровянистые выделения. Полость гематомы санировалась хлоргексидином и диоксидином. Отмечалось значительное уменьшение гематомы при мануальном исследовании. В анализе крови — лейкоцитоз ( $13900$ ), анемия. Остальные параметры — без особенностей.

На 45 день по данным УЗИ гематома в забрюшинном пространстве резко уменьшилась в виде узкой полоски с гиперэхогенными включениями  $83 \times 38$  мм. Гематома в области рубца уменьшилась диаметром 31 мм, плотная. Состояние пациентки расценивалось как удовлетворительное, повышения температуры не отмечалось. На 52 день после родов состояние пациентки удовлетворительное, выделения из половых путей сукровичные. По УЗИ: тело матки  $50 \times 37 \times 48$ . В забрюшинном пространстве плотная, сформировавшаяся гематома  $50 \times 23$ . В области рубца сформировавшаяся гематома  $30 \times 22$ . Отмечается снижение лейкоцитоза до 10000, остальные анализы в пределах нормальных значений.

Выписывается в удовлетворительном состоянии, на 37-й день госпитализации, 52-й день после оперативных родов.

### Случай №2

Поступила женщина А. с жалобами на слабость, ознобы при повышении температуры до  $37,7^\circ$  ноющие боли в лобковой области; диагноз при переводе «Состояние после 1 срочных родов, разрыв тканей влагалища, шейки матки с формированием обширной гематомы малого таза. Геморрагический шок II-III ст. Гестоз средней степени тяжести. Массивная плазмодотрансфузия. Резус-отрицательная кровь».



Срочные роды доношенным плодом, слабость потуг с последующей вакуум-аспирацией плода. На 2 сутки после родов диагностировано послеродовое кровотечение, общая кровопотеря до 2,5 л, проведено ручное обследование полости матки, опорожнение гематомы влагалища, повторное наложение гемостатических швов. Проведена плазмо-гемотрансфузия и инфузионная терапия. Вследствие наличия геморрагического шока, проведены реанимационные мероприятия — ИВЛ, седация ГОМК и деприваном.

На момент поступления в РКБ высота дна матки на 2 п/п ниже пупка, область промежности больше справа до прямой кишки отечна, на промежности швы, при влагалищном осмотре определяется инфильтрат в области левого свода, тестовидной консистенции, без четких контуров, болезненный при пальпации. При обследовании: анемия (Hb — 50 мг/л), лейкоцитоз ( $12,2 \times 10^9/\text{л}$ ), снижение тромбоцитов (165000), увеличение фибриногена (5,7 мг/л), протеинурия (0,132 г/л). Прокальцитонин и другие биохимические параметры — в норме. При УЗИ выявлены кпереди и латеральнее правой почки в паранефральной клетчатке выраженный отек и прослойки жидкости толщиной до 20 мм, достигающие до правой подвздошной области, максимальный карман 47 x 22 мм, размеры матки 110x75x105, контуры ровные. КТ позволила обнаружить гематому забрюшинного пространства малого таза (скопление жидкости вдоль фасции Герота до 10 мм справа с распространением вниз по правому боковому каналу до 18 мм, прослойка жидкости вокруг тела матки под висцеральной брюшиной толщиной до 19 мм).

По-видимому, в данном случае имелись последствия неполного разрыва матки с последующим распространением гематомы вдоль почечной фасции. Пациентке была назначена антибактериальная терапия (цефазолин в/м, метронидазол в/в), инфузионная терапия, а также фраксипарин, перелита эритроцитарная масса. Проводилось также местное лечение эпизиотомной раны промыванием раствором диоксида и перекиси водорода. В течение нескольких дней состояние пациентки, по-прежнему, оценивалось как среднетяжелое в связи с сохранением лихорадки до  $38^\circ$ , выраженной слабости и болей в лобковой области. На 7 день после родов сохранялась анемия (Hb — 67 г/л), лейкоцитоз ( $16,5 \times 10^9/\text{л}$ ), повышение фибриногена и РФМК (6 мг/л и 14 мг/л соответственно). Было принято решение продолжить консервативное лечение, однако при генерализации процесса или при появлении симптомов раздражения брюшины рассмотреть вопрос об экстирпации матки. На 9 день после родов при проведении повторной КТ выявлена положительная динамика, забрюшинная гематома с признаками лизирования, уменьшившаяся в размерах. По прошествии нескольких дней состояние пациентки стабилизировалось, боли в лобковой области не беспокоили. Успешность терапии прослежива-

лась и в лабораторно-инструментальных данных: в анализах крови — 13 день после родов повышение Hb (85 г/л), нормальное количество тромбоцитов, снижение лейкоцитоза —  $10,2 \times 10^9/\text{л}$ , отсутствие протеинурии в анализах мочи и нормализация параметров коагулограммы. При УЗИ — отсутствие патологических образований в малом тазу. Пациентка была выписана на 17 день после родов в удовлетворительном состоянии.

Как уже было сказано выше, критерии по ведению пациенток с послеоперационными забрюшинными гематомами не разработаны. В то время как некоторые авторы настаивают на оперативном лечении подобных гематом при их диаметре более 3 см [11], другие предпочитают использовать как можно шире динамический терапевтический подход. Malvasi A. с соавт. описывают клинические случаи ведения пациенток с ретроперитонеальными гематомами, сопоставимыми по размерам с гематомой в нашем случае и имеющими более выраженную симптоматику [4]. В обоих случаях изначально методом выбора для нас также являлась консервативная тактика, так как, несмотря на наличие персистирующего интоксикационного синдрома, отсутствовали выраженные клинические проявления, состояние пациенток было стабильно, не было признаков абсцедирования гематомы.

Нельзя сказать, что попытка пункции образования под контролем УЗИ была бесполезной. К сожалению, опорожнить гематому таким образом не удалось. Но тем не менее, сделан вывод о содержимом гематомы, что позволило принять решение о необходимости вскрытия и дренирования образования.

Возможно, есть смысл пересмотреть отношение к ушиванию перитонеальной брюшины при кесаревом сечении. По Кохрейновским данным, методика по Штарк признана методом выбора, характеризуется меньшей смертностью и является способом избежать подобных осложнений. Если говорить о возможностях избежать образования забрюшинных гематом после родов через естественные родовые пути, то в данном случае рекомендации сводятся к рациональному ведению родов — рациональная терапия аномалий родовой деятельности, своевременная диагностика клинически узкого таза, «выключение потуг» при гестозе и артериальной гипертензии.

Спорным вопросом является антибиотикотерапия сформированных забрюшинных гематом. В нашем случае при выборе рациональной антимикробной терапии мы руководствовались рекомендациями по ведению пациенток с инфекционно-воспалительными осложнениями в послеродовом периоде, назначив 2 антибиотика, действующих на условно-патогенные грамм отрицательные штаммы и анаэробные микроорганизмы. Осложнения склонны к длительному течению даже при применении антибиотиков. Вероятно, это связано с ограниченностью процесса (капсула гематомы) и недостаточным проникновением антимикробного препарата в полость гематомы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Wei-Hsi Chang, Chi-Kung Lin, Yung-Jong Chiang, and Chi-Huang Chen. Puerperal Hematoma Combined with Retroperitoneal Dissection and Obstructive Uropathy // *J. Med. Sci.* — 2008. — 28 (2). — P. 081-084.
2. Хасанов А.А., Полякова Н.С., Янкович В.А., Нигматуллина Н.А. О послеродовых гематомах влагалища // *Казанский медицинский журнал.* — 2003. — Т. 84, № 5. — С. 383.
3. Christopher B-Lynch, Louis G. Keith, André B. Lalonde, Mahantesh Karoshi. A Textbook of postpartum hemorrhage. Published by Sapiens Publishing, Duncow, Kirkmahoe, Dumfriesshire DG11TA. — UK, 2006. — P. 194-202

4. Malvasi A., Tinelli A., Tinelli R., Rahimi S., Resta L., Tinelli F.G. The Post-Cesarean Section Symptomatic Bladder Flap Hematoma: A Modern Reappraisal. *Journal of Maternal — Fetal & Neonatal Medicine.* — October 21. — 2007.
5. Levin I., Rapaport A.S., Satzer L., Maslovitz S., Lessing J.B., Almog B. Risk factors for relaparotomy after cesarean delivery // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* — 2012. — Nov. — 119 (2). — P. 163-165.
6. Зелинский А., Венцовский Б., Шаповал Н., Голота В., Попов А. Кесарево сечение. Том 2. Последствия операции, Под ред. Проф. А.А. Зелинского. — Одесса Окфа, 2002. — С. 63.



7. Malvasi, P. Totaro, I. Casiero and V. Traina. Sonography of bladder flap hematoma in cesarean section with open and closed peritoneum: a prospective randomized study. Department of Obstetrics, Center of Ultrasonography and Prenatal Diagnosis, Casa di Cura Santa Maria, Bari, Italy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. — P. 56-57.

8. Акушерство. Курс лекций: учебное пособие под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова. — 2009. — 456 с.

9. Lev-Toaff A.S., Baka J.J., Toaff M.E., Friedmann A.C., Radecki P.D., Caroline D.F. Diagnostic imaging in puerperal febrile morbidity // *Obstet. Gynecol.* — 1991. — 78. — P. 50-55.

10. Кадрев А.В. Пункции под контролем эхографии в диагностике и лечении жидкостных образований органов малого таза у женщин: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Москва, 2007.

11. Sotto L.S., Collins R.J. Perigenital hematomas; analysis of 47 consecutive cases // *Obstet. Gynecol.* — 1958. — 12. — P. 259-263.

## НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

### ПОЛЕЗНЫЕ БАКТЕРИИ СПРАВЛЯЮТСЯ С БОЛЕЗНЯМИ КОЖИ ЛУЧШЕ ТАБЛЕТОК

Полезные бактерии, принимаемые внутрь или наносимые прямо на кожу, могут усмирить экзему, акне, розовые угри и прочие болезни кожи. По словам доктора Уитни Боув, эти бактерии создадут защитный слой, который снимет воспаление и оградит кожу от вредоносных организмов. О свойствах бактерий знают многие производители косметики. И сейчас несколько компаний проводят соответствующие эксперименты. Некоторые же люди просто наносят йогурт на лицо. И это, по их заявлениям, улучшает состояние кожи. В целом специалисты считают, что лучшего результата удастся добиться при сочетании пробиотических бактерий и обычной терапии, пишет Live Science. Согласно исследованиям, лицо эффективнее очищалось от следов акне (уменьшалось количество высыпаний) и люди лучше переносили прием антибиотиков. В данном случае особенно полезны бактерии *Lactobacillus*, *L. acidophilus*, и *B. bifidum*.

Финские ученые оценили эффект пробиотиков в ходе эксперимента с беременными женщинами. Так, женщины пили добавки с *Lactobacillus rhamnosus* за 2-4 недели до родов и сразу после родов, если кормили грудью. Если ребенок находился на искусственном вскармливании, то бактерии добавляли ему в смесь в течение минимум 6 месяцев. В итоге пробиотики снизили риск экземы у детей из группы повышенного риска. При этом было доказано, что наличие экземы у детей младше года обычно сопровождается отсутствием бактериологического разнообразия в первые дни жизни.

Что касается розовых угрей, то пробиотики способны контролировать вспышки активности заболевания. Уменьшается краснота, кожный защитный барьер усиливается и человек меньше страдает от сухости, жжения, зуда. Кстати, пробиотики обладают и антивозрастными свойствами. Есть основания полагать, что пробиотики помогают в строительстве коллагена, отвечающего за цвет и текстуру кожи. Также полезные бактерии могут повысить увлажненность кожи, уменьшить повреждение, вызванное солнцем, сократить морщины.

Источник: meddaily.ru