

УДК 616.381:616.5-003.42]-073.7:615.273

## ВАРФАРИН-АССОЦИИРОВАННАЯ ЗАБРЮШИННАЯ ГЕМАТОМА

Петриченко А.Н., Петриченко Л.А.

Днепропетровский клинический онкологический диспансер, Днепр

### Введение

Варфарин — антикоагулянт непрямого действия, снижающий вероятность образования тромбов. Применяется в лечении и профилактике тромбозов любой локализации. Кровотечение — одно из самых распространенных осложнений при лечении варфарином. При превышении дозы, неправильном приеме варфарина развиваются следующие побочные действия: кровоточивость десен, кровотечения из носа, меноррагии, петехиальные кровоизлияния; большие по размеру гематомы появляются при незначительных ушибах, долго не рассасываются; кровоизлияния в склеры глаз, геморроидальные кровотечения; длительно непрекращающиеся кровотечения при различных даже незначительных ранениях; анемия и т.д. Также могут развиваться более серьезные, угрожающие жизни, осложнения, такие как: забрюшинные гематомы, желудочно-кишечное кровотечение, тяжелой степени анемии. Забрюшинное кровотечение — довольно редкое состояние, которое может возникнуть на фоне приема антикоагулянтов. Клинические проявления зависят от скорости кровопотери и от общего количества крови, которая теряется в забрюшинном пространстве. После постановки диагноза это осложнение требует немедленного приостановления приема антикоагулянта, коррекции нарушений свертывания крови и восстановления объема циркулирующей крови [1-3].

### Клинический случай

Мужчина М. 59 лет обратился с жалобами на общую слабость, немогание, боли в правой поясничной области, падение гемодинамики до 60/40 мм. рт. ст., периодически возникающие синкопальные состояния, головную боль, боль в правой поясничной области, тошноту. Из анамнеза известно, что больной находился под наблюдением у врача-кардиолога в связи с кардиологической патологией (ишемическая болезнь сердца, диффузный кардиосклероз; персистирующая фибрилляция предсердий, систолическая форма; гипертоническая болезнь II стадии 2-й степени, риск 4). На протяжении 10 месяцев регулярно принимал варфарин.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледные, кожа правой поясничной области синюшно-багрового цвета.

Симптом Пастернацкого — отрицательный с обеих сторон.

### Обследования

Протромбиновый индекс — 63,6%, снижен фибрин — 5,55, аутокоагуляционный тест — 68%.

Общий анализ крови: постгеморрагическая анемия легкой степени, лейкоцитоз, лимфопения.

Общий анализ мочи: лейкоцитурия, эпителиурия.

Пациент был госпитализирован в отделение интенсивной терапии больницы по месту жительства, где было выявлено образование правой почки. Клинически установлен диагноз — новообразование правой почки. Произведено исследование — спиральная компьютерная томография (СКТ) органов грудной, брюшной полостей и малого таза с внутривенным контрастированием. Заключение: КТ-признаки опухоли правой почки с инвазией в заднюю поверхность грудной стенки и в правую поясничную мышцу. Метастазы в парааортальные лимфоузлы. Асцит, правосторонний экссудативный плеврит.

Далее больной направлен в областной онкологический диспансер для дальнейшего специализированного лечения.

При поступлении в «Клинический онкологический диспансер» (г. Днепр) было произведено повторное исследование: компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием в артериальной (на 30-й секунде) и портальной (на 70-й секунде) фазах. Результаты представлены на рис. 1. На сканах видно образование неоднородной плотности (показано стрелками) правого забрюшинного пространства, что соответствует обширной гематоме с плотностью от 19 до 55 ед. НУ. — 12,5x14 см, с неровными, нечеткими контурами. Гематома распространяется на все правое забрюшинное пространство, ограниченная фасцией Герота. Оттесняет правую почку кпереди, имбибирует (пропитывает) правую поясничную мышцу. На представленных коронарной (рис. 2) и сагиттальной (рис. 3) реконструкциях КТ-сканов видно, что гематома распространяется практически на все забрюшинное пространство справа. Было выполнено оперативное вмешательство — удаление забрюшинной гематомы, правосторонняя нефрэктомия (макропрепарат представлен на рис. 4).

Дифференциальная диагностика

- Ангиолиптома с кровотечением.
- Кровотечение из артериовенозной мальформации.
- Ретроперитонеальная гематома у пациента, принимающего антикоагулянты [1].

### Обсуждение:

Диагностика и лечение забрюшинной гематомы рассмотрены в ряде литературных источников [1-3]. Забрюшинное кровоизлияние, забрюшинная гематома — это потенциально опасное для жизни состояния. Наиболее частые причины возникновения данных осложнений — травмы живота, спины, чаще закрытые, длительный прием противосвертывающих препаратов. Непрямые антикоагулянты, в

Рис. 1.

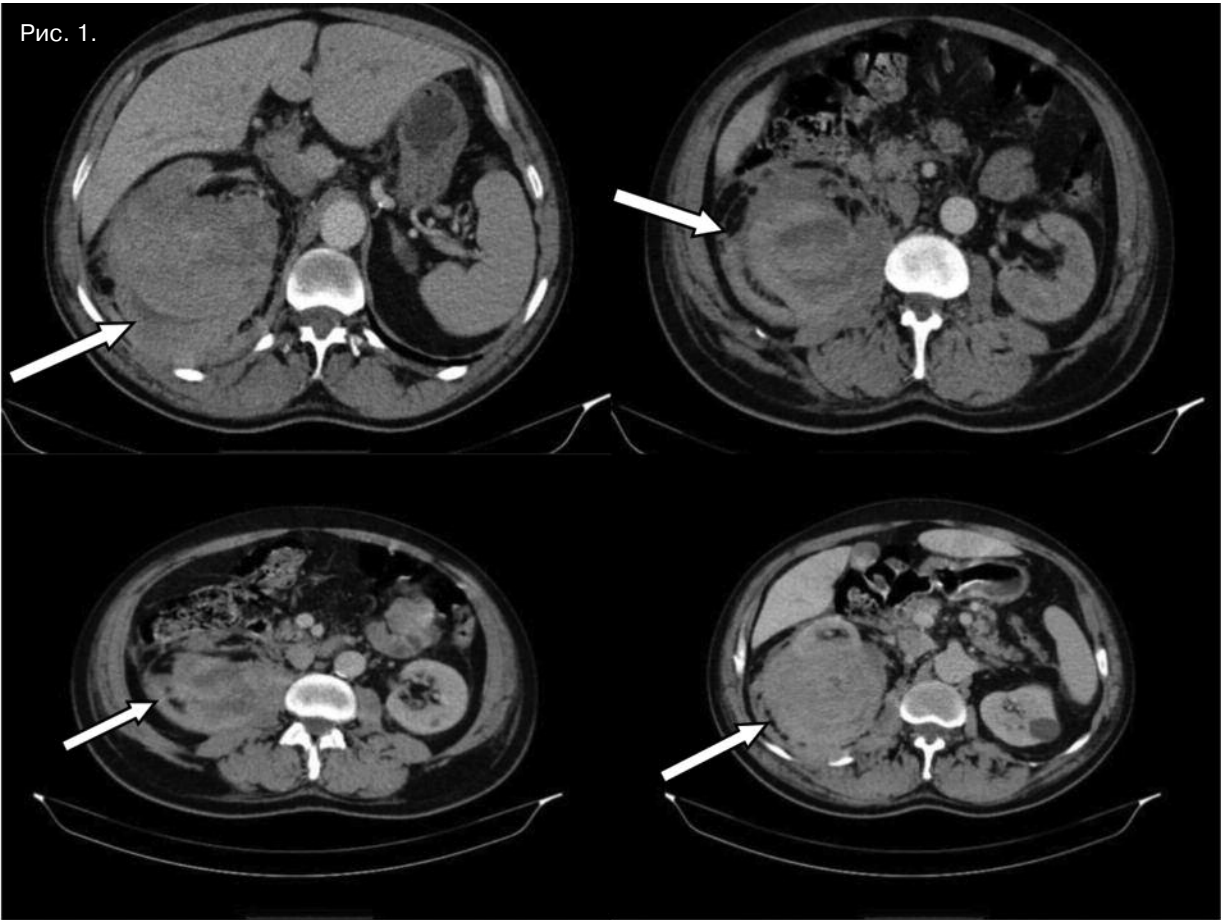


Рис. 2.

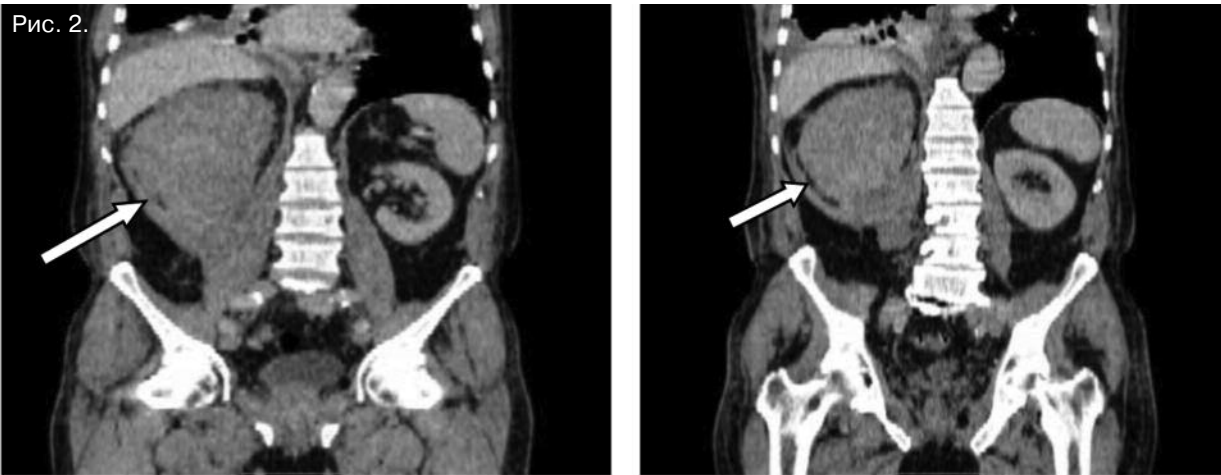
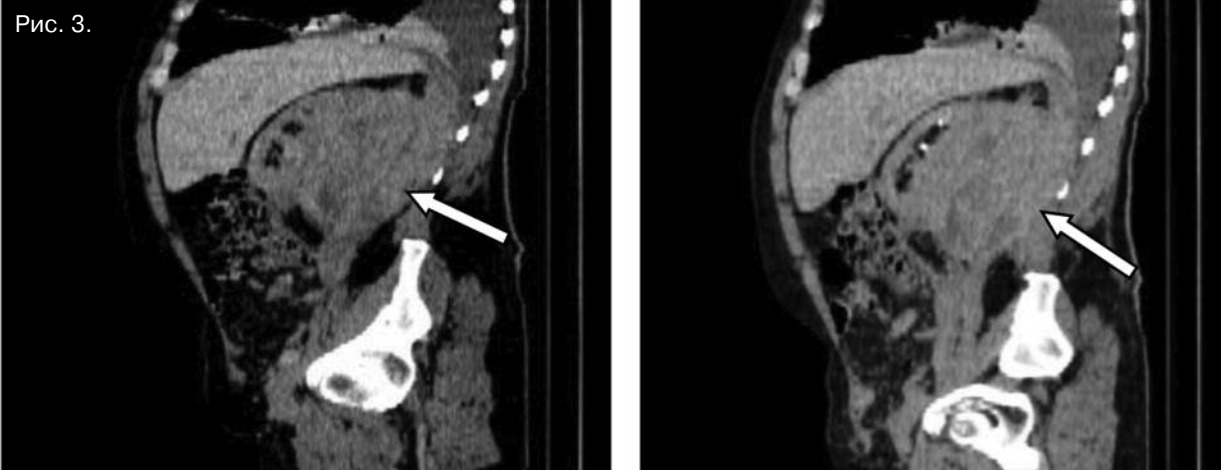


Рис. 3.





частности варфарин, имеют широкий спектр назначений. Основные показания применения варфарина: лечение и профилактика тромбозов и эмболии кровеносных сосудов, острый и рецидивирующий венозный тромбоз, эмболия легочной артерии; преходящие ишемические атаки и инсульты; вторичная профилактика инфаркта миокарда и профилактика тромбоэмболических осложнений после инфаркта миокарда; профилактика тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий, поражениями сердечных клапанов или протезированными клапанами сердца; профилактика послеоперационных тромбозов, неклапанная фибрилляция предсердий, венозный тромбоз, ревматическая болезнь сердца. Терапия варфарином связана с множеством геморрагических осложнений, которые зачастую возникают из-за некорректной дозировки, недостаточным мониторингом и контролем взаимодействия терапии и свертывающих свойств крови.

В свою очередь, признанными причинами возникновения абдоминальной гематомы могут быть: разрыв аневризмы аорты брюшного отдела, травматическое повреждение сосудов, абдоминальные опухоли и коагулопатии. Есть редкие идиопатические случаи непосредственного разрыва ветвей селезеночных и почечных сосудов.

Пациент М. 59 лет также находился на длительном приеме непрямых антикоагулянтов (на протя-

жении 10 месяцев регулярно принимал варфарин) имел осложненный кардиологический анамнез, находился на учете у кардиолога. Также из анамнеза известно, что у пациента была гипотензия, тахикардия, синкопальные состояния, что свидетельствует в пользу быстро прогрессирующего внутреннего кровотечения, затем, спустя некоторое время, кожа правой поясничной области стала синюшно-багрового цвета. Хотя этот симптом не является обязательным, но в данном случае подтверждает абдоминальное кровотечение.

Клиническая картина «острого живота» при абдоминальных кровоизлияниях чрезвычайно разнообразна: постоянные тупые боли в животе, локальное мышечное напряжение, ограниченные участки притупления при перкуссии живота, не изменяющие своих границ при перемене положения тела больного (симптом Джойса), ранний парез кишечника. Такая различная симптоматика создает трудности в ранней диагностике данного состояния. На ранних этапах возможно консервативное лечение, благодаря которому пациент может избежать более инвазивных вмешательств. Поэтому важно как можно ранее провести необходимые исследования; в случае с нашим пациентом КТ с внутривенным контрастированием. Задача врача-рентгенолога в данном случае — суметь дифференцировать данную патологию от других состояний со схожей КТ-картиной, учитывая данные анамнеза и клинические проявления.

#### Выводы

Не смотря на то, что абдоминальная гематома — довольно редкое состояние, тем не менее она должна быть включена в дифференциальную диагностику у пациентов с острой болью в животе. КТ брюшной полости с контрастным усилением является основным методом диагностики данной патологии, а также дает возможность оценить распространенность и размеры, определить конкретные причины возникновения абдоминальной гематомы. Ранняя диагностика данного осложнения поможет составить правильную тактику лечения пациента, избежать ненужных манипуляций и хирургических вмешательств.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Federle M.P., Jeffrey R.B., Woodward P.S., Borhani A.A. *Diagnostic imaging abdomen 2d edition*. — Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2010—1288 p.
2. Silverman S.G., Cohan R.H. *CT Urography: An Atlas, 1st edition*. — Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. — 272 p.
3. Ros P.R., Mortele K.J. *CT and MRI of the Abdomen and Pelvis: A Teaching File, 2nd edition*. — Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. — 528 p.