

## მუცლის სწორი კუნთისა და მენჯის ღრუს სპონტანური ბიგანტური ჰემატომის იზვიათი შემთხვევა

ირემაშვილი ბ., ლომიძე ნ., რატიანი ლ., ნემსაძე გ., ახმეტელი ლ., საგინაშვილი ლ., გოგოხია ნ.  
 თსსუ ქირურგიის N1 დეპარტამენტი, თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა

## A RARE CASE OF SPONTANEOUS GIANT RECTUS SHEATH AND INTRA PELVIC HEMATOMA

Iremashvili B., Lomidze N., Ratiani L., Nemsadze G., Akhmeteli L., Saginashvili L., Gogokhia N.  
 Department of Surgery N1 of TSMU, First University clinic of TSMU

### რეზიუმე

სპონტანური სისხლდენები ვარფარინ-თერაპიის ყველაზე ვერაგი გვერდითი ეფექტია, რომელიც ჩვეულებრივ ასოცირებულია კოაგულაციური სისტემის არაადეკვატურ კონტროლთან. შრომაში განხილულია მუცლის სწორი კუნთის ვარფარინ-ინდუცირებული სპონტანური ჰემატომის შემთხვევა. პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია მოხდა მუცლის ქვედა ნახევარში არსებული სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნისა და მწვავე ტკივილის გამო. გულის დაავადების გამო პაციენტი იმყოფებოდა ვარფარინ-თერაპიაზე, დოზით 5მგ/დღეში, INR-ის კონტროლის გარეშე. კომპიუტერული ტომოგრაფიით გამოვლინდა მარცხენა სწორი კუნთის გიგანტური ჰემატომა ზომით 17,5x13,7x6,0 სმ<sup>3</sup>. ჰოსპიტალიზაციიდან ორი დღის შემდეგ ჰემატომა გადანაწილდა პრეპერიტონეულად და გავრცელდა პრევეზიკულურ სივრცეში. გამოყენებული იყო ორეტაპიანი ტაქტიკა. პირველი – ინტენსიური კონსერვატიული ღონისძიებებით მიღწეულ იქნა სრული ჰემოსტაზი და ჰემოგრამის მონაცემების გაუმჯობესება. მეორე – ქირურგიული ჩარევა. დასკვნა: მუცლის სწორი კუნთისა და მენჯის ღრუს სპონტანური ჰემატომების დიაგნოსტიკაში ანგიოკონტრასტული კომპიუტერულ ტომოგრაფია საუკეთესო მეთოდია. ჰემატომის ასეპტიკურობის მიუხედავად, გამოვლინდა ჰემოგრამის ზოგიერთი მაჩვენებლის ნორმიდან მკვეთრი გადახრა. მუცლის სწორი კუნთის III ხარისხის ჰემატომის შემთხვევაშიც, თუ არ არის აქტიური სისხლდენა მუცლის ღრუში, მიზანშეწონილია ორეტაპიანი სამკურნალო ტაქტიკა: I – კონსერვატიული ღონისძიებები ჰემოსტაზის მისაღწევად, მეორე – ოპერაციული ჩარევა ჰემატომის ლიკვიდაციის მიზნით.

### Resume

Spontaneous bleeding is one of the most common adverse effects of Warfarin that are usually associated with inadequate control of anticoagulation. A case of grade III spontaneous rectus sheath hematoma caused by Warfarin intake is presented. A sixty-year-old female patient was admitted to the emergency department with large, palpable swelling and severe pain in the lower abdomen, started 48 hours back. She was on Warfarin therapy due to heart disease and she was taking it 5mg/day for the last 5 month without any control of INR. Ultrasonography findings failed to determine genesis of pathological formation. CT revealed the diagnosis of giant left rectus sheath hematoma (RSH) 17,5x13,7x6,0 cm in size. In two days after admission the RSH has suddenly expanded into the pelvic retroperitoneum ["Spatium Retzii"] like grade III. Two-stage treatment was carried out: in the beginning, hemostasis and improvement of laboratory data were achieved with the help of intensive conservative therapy. After stabilization of the general condition of the patient and preparation for surgery, a second stage of treatment - surgery was performed. As a conclusion CT scan is the best method for diagnosis and differentiation of rectus sheath and pelvic region hematomas. Though the hematoma is aseptic, significant changes in laboratory data can be noted due to resorption process of hematoma. If no bleeding into abdominal cavity, even in case of the grade III RSH two stage treatment is required. At the first stage, conservative actions must be performed to achieve full hemostasis, followed by the second stage, which is surgical intervention to remove the hematoma.

საკვანძო სიტყვები: ვარფარინ-ინდუცირებული სისხლდენა, მუცლის სწორი კუნთი, გიგანტური ჰემატომა,  
 Keywords: warfarin-induced bleeding, rectus abdominis muscle, giant hematoma

### შესავალი

მუცლის სწორი კუნთისა და მენჯის ღრუს სპონტანური ჰემატომა მუცლის მწვავე ტკივილის იზვიათი მიზეზია [13, 18]. სპონტანური ჰემატომის განვითარებას საფუძვლად უდევს მუცლის სწორი კუნთების ან/და ეპიგასტრული სისხლძარღვების დაზიანებით გამოწვეული ჰემორაგია და სისხლის დაგროვება სწორი კუნთის ბუდეში. ეს არის იზვიათი გართულება, რომლის მიზეზი, ლიტერატურაში აღწერილი შემთხვევების მიხედვით,

შეიძლება იყოს: ორსულობა, სისხლძარღვთა დაზიანებით მიმდინარე კოლაგენოზები, ანტიკოაგულანტები და სხვ. [11, 13, 15, 18].

სხენებული ჰემატომები შესაძლოა განვითარდეს ნებისმიერ ასაკში. ისინი უზშირესად მუცლის ქვედა ნახევარშია აღწერილი. მუცლის სწორი კუნთის ბუდეში ნახევარკალოვანი ხაზის (Linea arcuata) ზემოთ განვითარებულ ჰემატომებს ინტენსიური სისხლდენები არ ახასიათებთ, რადგან სწორი კუნთის ბუდე ერთგვარ

კომპრესიას ახდენს სისხლდენის წყაროზე. სხენებული ხაზის ქვემოთ კი სისხლდენა შედარებით ვერაგია და შეიძლება გავრცელდეს შარდის ბუშტის წინა სივრცეში (Spatium Retzii).

სისხლდენის კლინიკური გამოვლინება იწყება უეცარი მწვავე ტკივილით მუცელში, რომელიც თანდათან იმატებს. ძლიერი სისხლდენების დროს შესაძლოა გამოხატული იყოს ჰემორაგიული შოკის სურათიც.

ფიზიკალური კვლევით ყურადღებას იპყრობს მუცლის პალპატორული მტკივნეულობა, კუნთების დაჭიმულობა, ტემპერატურის მატება. სისხლის მნიშვნელოვანი დანაკარგის დროს აღნიშნულს ემატება ჰიპოვოლემიის ნიშნებიც: სიფერმკრთალე, ტაქიკარდია. მოცულობითი წარმონაქმნი ზოგჯერ შესაძლოა არც ისინჯებოდეს. თუ სისხლდენა სწორი კუნთის ბუდის ზედა სართულშია, სიმსივნური წარმონაქმნი შესაბამის მხარესაა ლოკალიზებული. ქვედა სართულში კი ის ორივე მხარეს შეიძლება გამოიხატოს.

მუცლის კედლის ჰემატომის დიფერენცირება მუცლის ღრუს სიმსივნისგან ფიზიკალური კვლევით საკმაოდ გაძნელებულია. სპონტანური ჰემატომა შესაძლოა აღქმული იყოს როგორც მწვავე მუცელი. ამიტომ მართებულ დიაგნოსტიკას დიდი მნიშვნელობა აქვს ნეგატიური ლაპაროტომიის თავიდან ასაცილებლად [13].

ლაბორატორიული კვლევებიდან ყურადღებას იპყრობს ჰემოგლობინის, ჰემატოკრიტისა და ერითროციტების ნაკლებობა, INR-ის და C რეაქტიული ცილის დონის მატება [11]. ასევე საყურადღებოა, ამა თუ იმ ხარისხით, გამოხატული ლეიკოციტოზი [11, 10], რომელმაც შესაძლოა მიაღწიოს საკმაოდ მაღალ ციფრებს –  $30,9 \times 10^9 / \text{ლ}$  [10].

ინსტრუმენტული კვლევებიდან მნიშვნელოვანია ულტრასონოგრაფია. ხოლო ანგიოკონტრასტულ რეჟიმში ჩატარებული კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემებს კი დიაგნოსტიკისთვის გადამწყვეტ როლს ანიჭებენ [6, 11, 12, 13].

1996 წელს Berna-ს და თანაავტორთა მიერ მოწოდებული იქნა სწორი კუნთის ჰემატომების კლასიფიკაცია კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემებზე დაყრდნობით. ამ კლასიფიკაციის მიხედვით არსებობს სამი ხარისხის – I, II, III ჰემატომები [2].

I ხარისხი – კუნთის სისქეში არსებულ ჰემატომა კუნთის ზომაში შესამჩნევი მომატებით.

II ხარისხი – ინტრამუსკულურ სისხლჩაქცევასთან ერთად სახეზეა სისხლი კუნთსა და განივ ფასციას შორის.

III ხარისხი – სისხლჩაქცევას შეიძლება ჰქონდეს ან არ ჰქონდეს ზემოხსენებული კავშირი კუნთის მასივთან. სამაგიეროდ, ჰემატომა, ამ დროს ლოკალიზებულია, სწორ კუნთსა და განივ ფასციას შორის და განივი ფასციიდან ვრცელდება პრეპერიტონეულად და პრეპერეიტონეულ სივრცეში [2, 8].

სწორი კუნთის ჰემატომის მკურნალობა დამოკიდებულია მის მდებარეობასა და სისხლდენის ინტენსივობაზე. მუცლის ზედა სართულში მდებარე მცირე ჰემატომების სამკურნალოდ ძირითადად კონსერვატიული ღონისძიებებია მოწოდებული [11, 13, 15]. ქვედა სართულის ინტენსიური სისხლდენების დროს

შესაძლოა, სასიცოცხლო ჩვენებით, საჭირო გახდეს ქირურგიული ჩარევა.

სხვა ეტიოლოგიის სპონტანური ჰემატომებისგან განსხვავებით, თავისი არაპროგნოზირებადი თავისებურებების გამო, ვარფარინ-ინდუცირებული სპონტანური ჰემატომების მართვა გარკვეულ სირთულეებთან არის დაკავშირებული. ამ დროს ნაადრევი ქირურგიული აქტივობა საკმაოდ დიდ რისკებს შეიცავს და ორგანიზმის დარღვეული კოაგულაციური უნარის ფონზე ჩატარებული ოპერაცია შესაძლოა თავად გახდეს სისხლდენის გააქტიურებისა და ფატალური შედეგის მიზეზი. სისხლდენის ფონზე ჩატარებული ქირურგიული ჩარევების გამო სიკვდილიანობა საკმაოდ მაღალია [13]. ზოგი ავტორის მონაცემით ის 9-13%-მდე აღწევს [4, 18]. სწორი პათოგენეზური მკურნალობის ჩასატარებლად, უპირველესად, მნიშვნელოვანია ამ პრეპარატის მოქმედების მექანიზმის ცოდნა.

კუმარინისგან წარმოებული არაპირდაპირი მოქმედების პერორალური ანტიკოაგულანტები თრომბოზული და თრომბოემბოლური გართულებების პროფილაქტიკაში აღიარებულია „ოქროს სტანდარტის“ პრეპარატებად [17]. მათი წარმომადგენელი ვარფარინი მსოფლიოში ყველაზე ხშირად დანიშნავი პრეპარატების ათეულში შედის [5]. ვარფარინი იწვევს ვიტამინ K-ს რედუქტაზას ინჰიბირებას, რითაც თრგუნავს შედეგების II, VII, IX და X პლაზმური ფაქტორების სინთეზს [5, 6, 16].

არაპირდაპირი მოქმედების ანტიკოაგულანტებით მკურნალობის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს სწორედ სისხლის შედეგების დაქვეითებული უნარით განპირობებული სხვადასხვა სიმძიმის ჰემორაგიული სინდრომები [5], რომელთა სიხშირე 9.0–26,5%-ს აღწევს. მათ შორის სიცოცხლისთვის საშიში გართულებების რაოდენობა კი 0,3–4,2%-ს შეადგენს [7, 9].

გართულებათა სიხშირე დამოკიდებულია ანტიკოაგულაციურ ინტენსივობაზე, რომელიც INR-ით აისახება [1, 4, 6, 10, 12]. სისხლდენების უმეტესობა უკავშირდება პაციენტების მიერ INR-ის არასათანადო კონტროლს. თუმცა ზოგიერთი ავტორი მიუთითებს სისხლდენების წინ INR-ის უმიზეზო მომატებაზე და პირიქით, სისხლდენის განვითარების შემთხვევებზე ნორმალური INR-ის ფონზეც [10, 13]. ამ დროს სისხლდენის რეალური მიზეზის დადგენა მხოლოდ პაციენტების გარკვეულ ნაწილში არის შესაძლებელი [9, 14].

აღნიშნულ თავისებურებათა გამო ვარფარინ-ინდუცირებული ჰემატომები კვლავ აქტუალურ პრობლემად რჩება. გამომდინარე აქედან, ამ გართულებათა ცალკეული შემთხვევის დეტალური შესწავლა და ანალიზი ცხადია, ხელს შეუწყობს პათოლოგიის სადიაგნოზო-სამკურნალო ღონისძიებათა სწორი ტაქტიკის შემუშავებას.

შრომის მიზანს წარმოადგენს მუცლის მარცხენა სწორი კუნთის ბუდისა და მენჯის სპონტანური გიგანტური ჰემატომის იშვიათი შემთხვევის დემონსტრირება.

## შემთხვევის აღწერა

60 წლის, მდებარეობითი სქესის პაციენტი მოთავსდა თსსუ პირველ საუნივერსიტეტო კლინიკაში, სასწრაფო წესით, მუცლის არეში არსებული მწვავე ტკივილის

გამო. ანამნეზური მონაცემებით გაირკვა: 10 წელია დადგენილი ჰქონდა არტერიული ჰიპერტენზია [110 - III (ESC/ESH)], აორტის სარქელის ნაკლოვანება [135.1], პაროქსიზმულ-რეკურენტული ფორმის წინაგულთა ციმციმი და თრთოლვა [148]. მკურნალობდა კარდიოლოგის მიერ დანიშნული ვარფარინით - 5მგ დღეში, რომელსაც უკანასკნელი ხუთი თვეა იღებდა INR-ის კონტროლის გარეშე.

ჰოსპიტალიზაციამდე დაახლოებით 48 საათით ადრე ტუალეტში გაჭინთვის დროს უეცრად დაეწყო ტკივილი მუცლის ქვედა ნახევარში. ტკივილის ინტენსივობამ თანდათან იმატა და მიიღო მუდმივი ხასიათი. შემდეგ კი თან დაერთო: საერთო სისუსტე, პირის სიმშრალე, ცივი ოფლი, სუნთქვის გაძნელება და დიდი ზომის სიმსივნური წარმონაქმნის გაჩენა მუცლის ქვედა ნახევარში. ბინაზე, საკუთარი გადაწყვეტილებით, იღებდა ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს. ზოგადი მდგომარეობის თანდათანობით გაუარესებისა და მუცელში გაუსაძლისი ტკივილის გამო იძულებული გახდა გამოეძახა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახური, რომელმაც მოახდინა მისი ტრანსპორტირება კლინიკაში.

**ობიექტური მონაცემები**

პაციენტი ქმედუნარიანი, კონტაქტური და ადეკვატური. ჰიპერსტენიური კონსტიტუციის. ჭარბტანიანი, განსაკუთრებით მუცლის არეში. ჰაბიტუსი შეწუხებული. ჰიპოდინამიური. საწოლში მდებარეობა პასიური. მოძრაობა და სწორად წოლა მუცელში ტკივილს უძლიერებდა. წინ მოხრილი მდებარეობა კი - უმცირებდა. კანის საფარველი მშრალი. ანემიური. სახეზე ოდნავ ციანოზური ელფერი. T-36,9°C, P=76', რითმული, საშუალო ავსების და დაჭიმულობის, T/A - 150/80მმ. ვწყ.სვ., R - 24', გულმკერდის ტიპის, ზერეღე. ფილტვებზე ორივე მხარეს ვეზიკულური სუნთქვა. ენა მოშრალა. მუცელი დიდი ზომის. შებერილი. სუნთქვით აქტიური დაზოგვით მონაწილე. პალპაციით ჭიპის დონიდან ქვემოთ, ბოქვენამდე, ისინჯებოდა სადა ზედაპირის, მომკვრივო კონსისტენციის, ფიქსირებული, ძლიერ მტკივნეული სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნი ზომით 18x14სმ-ზე. პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშანი უარყოფითი. Per rectum: დიგიტალური გასინჯვის მონაცემები პათოლოგიის გარეშე, ნაწლავების მოქმედება ყაზზობის გამო გაძნელებული, შარდვა თავისუფალი, შარდი ნორმული შეფერილობის.

ჰემოგრამაში: RBC - 4,05x10<sup>12</sup>/ლ, HGB - 13,8 გ/დლ, WBC - 12,1x10<sup>9</sup>/ლ, HCT - 41,5%, INR - 5,4.

მუცლის ღრუს ულტრასონოგრაფიით: ჰიპოგასტრიუმში, შარდის ბუშტის წინ და მარცხნივ ინახა ოვალური ფორმის, არაერთგვაროვანი სტრუქტურის და კონტურების მქონე წარმონაქმნი ზომით 10,4x5,2x8,5სმ.

ულტრასონოგრაფიული კვლევით მიღებული მონაცემების საფუძველზე მოცულობითი წარმონაქმნის ზუსტი გენეზისა და ლოკალიზაციის განსაზღვრა ვერ მოხერხდა. საჭირო გახდა კომპიუტერული ტომოგრაფიის ჩატარება ანგიოკონტრასტულ რეჟიმში. აღნიშნული კვლევით მარცხენა სწორი კუნთის ბუდეში ჭიპიდან ბოქვენამდე გამოვლინდა დიდი ზომის ჰემატომა

ზომით 17,5x13,7x6,0 სმ [სურ. 1, 2]. ჰემატომის კაუდალურად გამოისახა საკონტრასტო ნივთიერების უმნიშვნელო ექსტრავაზაცია, რომელიც თავისუფალ მუცლის ღრუში არ ვრცელდებოდა.

კვლევის პროცესში აქტიური სისხლდენის არ არსებობის გამო ჰემატომის გამომწვევი წყაროს ზუსტი დადგენა შეუძლებელი შეიქნა. პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა იყო საშუალო სიმძიმის. ჰოსპიტალიზებული იქნა ქირურგიული დეპარტამენტის ინტენსიური თერაპიის პალატაში. კონსულტირებული იყო კარდიოლოგის, ანგიოლოგისა, ჰემატოლოგის მიერ. ვინაიდან ვარფარინის უკონტროლო მიღებით გამოწვეული მკვეთრი ჰიპოკოაგულაციის ფონზე [INR - 5,4] ქირურგიული ჩარევა პაციენტისთვის ძალზედ დიდ რისკს წარმოადგენდა, ხოლო აქტიურ სისხლდენას იმ მომენტისთვის ადგილი არ ჰქონდა, დაიგეგმა ორგანოპიანი სამკურნალო ტაქტიკა. პირველ ეტაპზე: კონსერვატიული მკურნალობა, რაც მიზნად ისახავდა შედეგების სისტემის კორექციას და ჰემოსტაზს კონსერვატიული საშუალებებით. მეორე ეტაპზე კი განსაზღვრული იყო ოპერაციული ჩარევა ჰემატომის ლიკვიდაციის მიზნით.

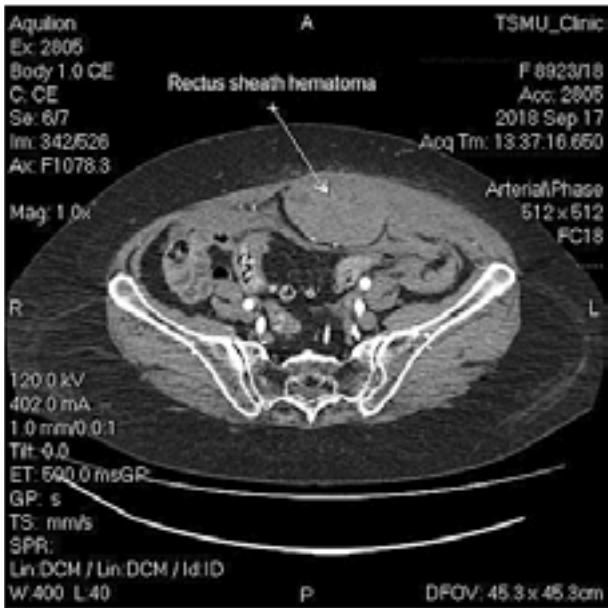
უპირველეს ყოვლისა, მოიხსნა ვარფარინი. დაწყებული იქნა კონსერვატიული ღონისძიებები, რომელთაგან სისხლდენის კუპირებისთვის გამოყენებული იყო მკაცრი წოლითი რეჟიმი, ლოკალური ჰიპოთერმია, ანტიფიბრინოლიზური და კოაგულაციის მაკორეგირებელი საშუალებები - K ვიტამინი, კრიოპლასმა. გრძელდებოდა მეთვალყურეობა დინამიკაში, ჰემოგრამის ლაბორატორიული და ჰემატომის ინსტრუმენტული კონტროლი.

ორდღიანი სტაბილური დინამიკის ფონზე, უეცრად, პაციენტის მიერ მკაცრი წოლითი რეჟიმის დარღვევის გამო, საპირფარეოში გასვლის დროს, მისი ზოგადი მდგომარეობა მკვეთრად დამძიმდა. გამოიხატა ჰემორაგიული შოკის სურათი, ტაქიკარდია და არტერიული წნევის კლების ტენდენცია. მდგომარეობის დასტაბილების ფონზე განმეორებით ჩატარებული კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემებით აღმოჩნდა, რომ ჰემატომამ მცირე მონაკვეთზე გაარღვია განივი ფასცია, გადანაწილდა პრეპერიტონეულად და გავრცელდა მენჯის ღრუს მიმართულებით პრევეზიკულურ სივრცეში - III ხარისხის ტიპით [სურ. 3, 4].

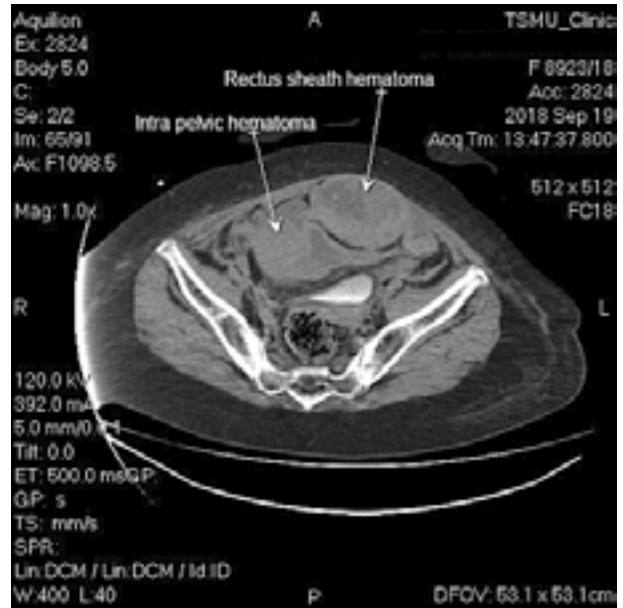
პირველი და განმეორებით ჩატარებული CT კვლევის მონაცემების ურთიერთშედარებით კარგად ჩანს, სწორი კუნთის ბუდის ჰემატომის სიგრძივ ზომაში მოკლება და მისი გადანაწილება პრეპერიტონეულად და პრევეზიკულურ სივრცეში.

დინამიკაში გაუარესდა ჰემოგრამის მონაცემებიც: RBC - 2,96x10<sup>12</sup>/ლ, HGB - 10,1 გ/დლ, WBC - 31,8x10<sup>9</sup>/ლ, HCT - 30,5%, INR - 4,3, AST - 1304,1 მკმოლ/ლ, ALT - 1075 მკმოლ/ლ, კრეატინინი - 146,9 კმოლ/ლ, საერთო ბილირუბინი 30,2.

ასეთი გართულების მიუხედავად, ვინაიდან არ იყო ჰემატომის ექსტრავაზაცია მუცლის ღრუში, მკურნალობის დაგეგმილი ორგანოპიანი ტაქტიკა არ შეცვლილა. პათოლოგიის მართვა გავრცელდა რენინიაციის განყოფილებაში, სადაც ჩატარებული



**სურათი 1.** მარცხენა სწორი კუნთის ბუდეში არსებული ჰემატომა. კტ კონტრასტული კვლევა



**სურათი 3.** ჰემატოში პრეპერიტონიული განაწილება და გავრცელება პრევეზიკულურ სივრცეში. კტ კონტრასტული კვლევა



**სურათი 2.** ჰემატომის კაუდალურად საკონტრასტო ნივთიერების უმნიშვნელო ექსტრაავაზია. კტ კონტრასტული კვლევა. საგიტალური ძრილი



**სურათი 1.** ჰემატოში პრეპერიტონიული განაწილება და გავრცელება პრევეზიკულურ სივრცეში. კტ კონტრასტული კვლევა. საგიტალური ძრილი

ინტენსიური კონსერვატიული ღონისძიებებით მიღწეული იქნა ჰემოგრამის მონაცემების კორექცია და სრული ჰემოსტაზი.

პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და სტაბილიზაციის ფონზე, ჰოსპიტალიზაციიდან მერვე დღეს, ზოგადი გაუტკივარების ფონზე, მკურნალობის მეორე ეტაპად ჩატარდა ქირურგიული ჩარევა: ჰემატომის ლიკვიდაცია, დრენირება. ჩარევა განხორციელდა ექსტრაპერიტონეულად. ოპერაციის მსვლელობისას ევაკუირებული იყო ჰემატომის ასეპტიკური შიგთავსი: ლიზირებული სისხლი და 460გ სისხლის კოაგულები. პოსტოპერაციულ პერიოდში უტარდებოდა შეხვევები. საკონტროლო ულტრასონოგრაფიით დადასტურდა ჰემატომების სრული ლიკვიდაცია.

პაციენტი გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში გაეწე-რა კლინიკიდან ამბულატორიულად ქირურგისა და კარდიოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის გასაგრძელებლად. მიეცა სათანადო რჩევა-დარიგება. ძრილობა შეხორცდა მეორადი დაჭიმვით, ყოველგვარი სეპტიკური გართულების გარეშე.

**დასკვნა**

ამრიგად, სადემონსტრაციო შემთხვევაში აღწერილი მონაცემები მიუთითებს:

- მუცლის სწორი კუნთის სპონტანური ჰემატომების ზუსტი ტოპოგრაფიის – მათი გავრცელების მასშტაბების, საზღვრების და ორგანოებთან შესაძლო კავშირის

დასადგენად გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ანგიოკონტრასტულ კომპიუტერულ ტომოგრაფიას.

- მიუხედავად ჰემატომის ასეპტიკურობისა, გამოვლინდა ჰემოგრამის ზოგიერთი მაჩვენებლის ნორმიდან მკვეთრი გადახრა, რაც განპირობებული უნდა ყოფილიყო ჰემატომის რეზორბციით გამოწვეული ტოქსიური ეფექტით.
- მუცლის სწორი კუნთის დიდი მოცულობის ვარფარინ-ინდუცირებული ჰემატომების შემთხვევაში, თუ ადგილი

არა აქვს ჰემატომის გარღვევას და გავრცელებას მუცლის ღრუში, მიზანშეწონილია მკურნალობის ორეტაპიანი ტაქტიკის გამოყენება. პირველ ეტაპზე, წამყვანი კონსერვატიული ღონისძიებებია, რომელთა საშუალებით შესაძლებელია სრული ჰემოსტაზისა და ჰემოგრამის კორექციის მიღწევა და პაციენტის წინასაოპერაციო მომზადება. მეორე ეტაპზე კი – ოპერაციული ჩარევა ჰემატომის ლიკვიდაციის მიზნით.

#### ლიტერატურა:

#### References:

1. Ansell J., Hirsh J., Hylek E. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American collage of chest physicians' evidence based clinical practice guidelines (8th edition). 2008 Chest 133: 160S-198S.
2. Berna JD, Garcia-Medina V, Guirao J, Garcia-Medina J: Rectus sheath hematoma: diagnostic classification by CT. *Abdomen Imaging* 1996, 21:62-64.
3. Da A., Ozcan T., Trkmeno lu O., Colak T., Karaca K., Canbaz H., Dirlik M., Sar bay R. "Spontaneous rectus sheath hematoma in patients on anticoagulation therapy". *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2011 May;17(3):210-4.
4. Gomes T., Mamdani MM., Holbrook AM., et al. "Rates of hemorrhage during warfarin therapy for atrial fibrillation". *CMAJ* 2013; 185:E121.
5. Kandegedara Ruwana Munasinghe, Gallage Chandima Amarasena, Naomali Lalani Amarasena., Jagath Indranath Parakrama Herath and Harshana Dilan Samarasinghe. "Abdominal Wall and Intra Pelvic Hematoma Presenting as Abdominal Pain after Short Course of Antibiotics in Patients on Long Term Warfarin Therapy". *Cardiovascular Pharmacology. an open access journal.* 2016, volume 5, 170, Issue 1 • 1000170.
6. Keeling D., Baglin T., Tait C., Watson H., Perry D., et al. "Guidelines on oral anticoagulation with warfarin" - fourth edition. *Br J Haematol.* 2011.154: 311-324.
7. Levine M.N., Raskob G., Landefeld S., Kearon C. «Hemorrhagic complication of anticoagulant treatment» *Chest* 2001 Jan;119(1 Suppl):108S-121S.
8. Masanori Shimodaira, Tomohiro Kitano, Minoru Kibata and Kumiko Shirahata. An oblique muscle hematoma as a rare cause of severe abdominal pain: a case report Shimodaira et al. *BMC Research Notes* 2013, 6:18.
9. Mhairi Copland, Walker I.D., Campbell R. Oral Anticoagulation and Hemorrhagic Complications in an Elderly Population With Atrial Fibrillation. // *Arch Inter Med.* 2001, Vol. 161 N17, 24.
10. Mustafa Volkan Demir, Tuba zt rk Demir, Selcuk Yaylaci, Ahmet Bilal Genc "Spontaneous abdominal hemorrhage due to warfarin treatment". *CASE REPORT Year : 2016 Volume : 3 Issue : 4 Page : 298-300.*
11. Nurdan ERG N, M.D., Arif Alper EV^K, M.D., C. James HOLLIMAN, M.D., Metin MAN^SALI, M.D.,4 Feyzullah ^NAN, M.D.,1 Tahsin SARISOY, M.D. "Conservative treatment of giant abdominal wall hematoma *Turkish Journal of Trauma*". 2004;10(2) :141-144.
12. Palareti G. "Direct oral anticoagulants and bleeding risk (in comparison to vitamin K antagonists and heparins), and the treatment of bleeding". *Semin Hematol* 2014; 51:102.
13. Selin Kapan, Ahmet N Turhan, Halil Alis, Mustafa U Kalayci, Sinan Hatipoglu, Hakan Yigitbas and Ersan Aygun. Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital, Department of General Surgery, Istanbul, Turkey. „Rectus sheath hematoma: three case reports". *Journal of Medical Case Reports* 2008, 2:22. doi:10.1186/1752-1947-2-22.
14. Schulman S. Duration of oral anticoagulant treatment following deep vein thrombosis – the longer? the better? *J. Tromb.Haemost.*,2001, Abstract: P2233.
15. Takahisa Fujikawa, Masahide Kawato, Akira Tanaka. Spontaneous rectus sheath haematoma caused by warfarin-induced overanticoagulation. *BMJ Case Reports* 2011; doi:10.1136/bcr.07.2011.4533
16. Варфарин (Warfarin Nycomed) [https://www.rlsnet.ru/tn\\_index\\_id\\_14472.htm](https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_14472.htm)
17. РЛС >Библиотека > Книги > Регистр лекарственных средств России РЛС Пациент 2003. - Москва, Регистр Лекарственных Средств России, 2002. >Часть 3. Мир лекарств > Глава 3.6. Средства, влияющие на кровь и процессы кроветворения 3.6.2.Антикоагулянты. [https://www.rlsnet.ru/books\\_book\\_id\\_2\\_page\\_172.htm](https://www.rlsnet.ru/books_book_id_2_page_172.htm).
18. Шарафисламов И.Ф., Ключкин И.В., Ключкина Ю.А., Михайлова О.Н., Бадретдинова А.Р., "Спонтанная гематома передней брюшной стенки в клиник неотложной хирургии. сонографические аспекты". *Вестник современной клинической медицины.* 2018. Т. 11, вып. 5. – С.149–153. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).149-153.