

СЛУЧАЙ HELLP-СИНДРОМА У БЕРЕМЕННОЙ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ ПОДКАПСУЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ПЕЧЕНИ С РАЗРЫВОМ И ВНУТРИБРЮШНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ



В. Н. Колоцей¹, Л. С. Бут-Гусаим², А. Л. Гурин¹, С. В. Виноградов¹, Н. В. Хворик¹

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно, Беларусь

HELLP-синдром редкое и крайне тяжелое осложнение гестоза, встречающееся в III триместре беременности, чаще после 35 лет. Спонтанный разрыв печени, возникающий при развитии HELLP-синдрома, является редчайшим осложнением, летальность при котором достигает 86%, в мировой литературе описано немногим более 100 случаев.

Представлен клинический случай неполного HELLP-синдрома (ELLP-синдром) у беременной 33 лет со сроком беременности 270 дней, на фоне которого возникла острая субкапсулярная гематома печени с разрывом и внутрибрюшным кровотечением. Было выполнено экстренное оперативное вмешательство – кесарево сечение, эвакуация подкапсулярной гематомы правой доли печени, гемостатическое тампонирование правой доли печени марлевыми салфетками, санация брюшной полости.

Ключевые слова: ELLP-синдром, преэклампсия, тромбоцитопения, печень, спонтанный разрыв

Для цитирования: Случай ELLP-синдрома у беременной, осложнившийся образованием подкапсулярной гематомы печени с разрывом и внутрибрюшным кровотечением / В. Н. Колоцей, Л. С. Бут-Гусаим, А. Л. Гурин, С. В. Виноградов, Н. В. Хворик // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2026. Т. 24, № 1. С. 106-112. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2026-24-1-106-112>

Введение

HELLP-синдром – вариант течения тяжелой формы преэклампсии характеризуется наличием гемолиза эритроцитов, повышением уровня печеночных ферментов и тромбоцитопенией.

Данный синдром возникает у 4–12% женщин с тяжелой преэклампсией и является потенциально смертельным ее осложнением (тяжелая коагулопатия, некроз и разрыв печени, внутримозговая гематома), причем только в 40–60% случаев наблюдаются типичные симптомы (артериальная гипертензия, протеинурия, отеки) [1]. Поэтому медицинские работники должны знать и быть готовы к тому, что HELLP-синдром может развиваться атипично, без выраженных клинических проявлений преэклампсии.

Pritchard в 1954 году впервые описал три случая гестоза, при которых наблюдался внутрисосудистый гемолиз, тромбоцитопения и нарушение функции печени [2, 3]. В 1976 году он же сообщил о 95 женщинах с гестозом, у 29% которых наблюдалась тромбоцитопения, а у 2% – анемия. Термин «HELLP-синдром» в качестве отдельной нозологической единицы впервые ввел в клиническую практику в 1982 году L. Weinstein. «Классический» симптомокомплекс включает H (hemolysis) – гемолиз эритроцитов (микронангиопатическая гемолитическая анемия), EL (elevated liver enzymes) – повышение концентрации печеночных ферментов, LP (low platelets) – тромбоцитопения [1, 2, 3]. Нередко HELLP-синдром протекает атипично. В зависимости от выраженности клинических признаков выделяют полный HELLP-синдром и неполный, при отсутствии гемолитической анемии (ELLP-синдром) или тромбоцитопении

(HEL-синдром) [1]. В то же время большинство исследователей указывают, что наличие тромбоцитопении является обязательным условием для HELLP-синдрома. Вследствие невыраженных клинических проявлений нередко наблюдается запоздалая диагностика, быстрое прогрессирование HELLP-синдрома с развитием полиорганной недостаточности, что часто является причиной перинатальной и материнской смертности [3].

Спонтанный разрыв печени – редкое и крайне опасное, жизнеугрожающее состояние, развивающееся у 1–2% беременных женщин с преэклампсией или эклампсией. В свою очередь преэклампсия также достаточно редкое осложнение беременности и развивается у 8% беременных. У 93% беременных, у которых развился спонтанный разрыв печени, был зафиксирован HELLP-синдром. Спонтанный разрыв печени впервые описан Аберкромби в 1984 году, частота колеблется от 1 на 45 000 до 1 на 225 000 родов [4]. В литературе описано немногим более 100 подобных наблюдений. В середине XX столетия смертность при спонтанном разрыве печени на фоне беременности достигала 80%. В последней декаде прошлого века она составляла 33,9%. Бурное развитие реаниматологии и интенсивной терапии привело к значительному уменьшению смертности от спонтанного разрыва печени, и в период с 2000 по 2010 г. она составила 16,6%. Хирурги упускают из вида это состояние ввиду его редкости, более привычным для общего хирурга является разрыв печени на фоне другого заболевания органа [5].

Приводим наше клиническое наблюдение.

Описание клинического случая

Пациентка Л. 33 лет (история болезни 1937) была доставлена в приемный покой УЗ «Город-

ская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» (ГКБСМП) машиной скорой помощи 03.02.2025 в 17:20 из УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» (ГОКПЦ) с жалобами на боли в животе и поясничной области справа.

Из анамнеза установлено, что боли в животе возникли около 16:00 02.02.2025, преимущественно в эпигастриальной области, а с ночи присоединились боли в правой поясничной области. 03.02.2025 в 09:00 обратилась на прием в женскую консультацию Лидской центральной районной больницы (ЦРБ), выполнена кардиотокография (КТГ) плода, выдано направление на госпитализацию в Лидскую ЦРБ, но пациентка самостоятельно приняла решение обратиться в ГОКПЦ. В приемном отделении ГОКПЦ 03.02.2024 с 15:40–16:50 пациентка была осмотрена врачами-акушер-гинекологами, назначен общий анализ крови; ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП), почек, плода; КТГ плода. В общем анализе крови: эритроциты – $3,79 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 123 г/л, тромбоциты – $93 \times 10^9/л$, лейкоциты – $13,8 \times 10^9/л$, формула (палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 75%, лимфоциты – 18%, моноциты – 4%). УЗИ ОБП: печень – контуры ровные, LD – 127 мм, LS – 60 мм. Паренхима однородная. Эхогенность обычная. Желчный пузырь частично сокращен, с изгибом, размеры – 68×29 мм. Просвет свободен на видимых участках. УЗИ почек: Ангиомиолипома левой почки. УЗИ плода: Беременность 37 недель, маточно-плацентарный кровоток не нарушен. Диагноз: Почечная колика справа. Острый аппендицит? Беременность – 265 дней. Миома матки. Первичный гипотиреоз. Миокардиодистрофия. Ангиолипома левой почки. Резус-отрицательная принадлежность крови матери. Направлена санитарным транспортом в ГКБСМП, перинатальный центр III уровня для лечения беременных с уронефрологической, травматологической, неврологической и хирургической патологией.

В приемном покое осмотрена врачами: терапевтом, хирургом, акушер-гинекологом, урологом, анестезиологом-реаниматологом. При объективном обследовании состояние средней тяжести. Сознание ясное, по шкале комы Глазго – 15 баллов. Глаза открывает спонтанно, взгляд фиксирует более 10 с. На вопросы отвечает верно. Команды выполняет верно. Критика к собственному состоянию сохранена. Патологические рефлексы отрицательные. Менингеальные знаки отрицательные. Парезов, пlegий нарушений чувствительности нет. В пространстве, месте, времени, собственной личности ориентирована правильно. Кожные покровы бледные, сухие, теплые на ощупь. Симптом «белого пятна» 0,5 с. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание через нос свободное, самостоятельное, не затруднено. Перкуторно над легкими легочный звук.

В легких везикулярное дыхание, частота дыхания 16 в минуту. SpO₂ 97% при дыхании атмосферным воздухом. Тоны сердца ритмичные. Пульс – 92 удара в минуту, ритм правильный. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Тело матки не в тонусе, безболезненно при пальпации. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень не увеличена. Селезенка, желчный пузырь не пальпируются. Стул оформленный, регулярный. Мочевыделительная система: симптом поколачивания справа – положительный, слева – отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Эндокринная система без особенностей.

Акушерский статус: Шевеление плода ощущается хорошо. Схваток нет. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 128 уд/минуту. Плодный пузырь цел. Выделения из половых путей: слизистые, умеренные. St. per vaginum: влагище рожавшей. Шейка матки расположена кзади, длиной 2 см, мягкая; цервикальный канал проходим на всем протяжении для одного пальца. Шейка матки цилиндрической формы. Предлежит головка плода: над входом в малый таз. Мыс крестца не достижим. Экзостозов, деформаций в малом тазу не выявлено. Стенки таза гладкие. КТГ плода: тревожный тип, (монотонное) STV 7,8 мс. Срок беременности: по дате последней менструации – 265 дней, по данным УЗИ – 270 дней. Предполагаемая масса плода – 2990±430 граммов. Допустимая кровопотеря – 0,5% от массы тела.

В общем анализе крови: эритроциты – $3,77 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 119 г/л, гематокрит – 35,1%, анизоцитоз – 14,9%, тромбоциты – $63 \times 10^9/л$, лейкоциты – $16,45 \times 10^9/л$, формула (палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 79%, лимфоциты – 8%, моноциты – 3%). В биохимическом анализе крови: мочевина – 2,9 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, С-реактивный белок – 54 мг/л, билирубин общий – 16 мкмоль/л, глюкоза – 10,6 ммоль/л, щелочная фосфатаза (ЩФ) – 166 Ед/л, аспаратаминотрансфераза (АСТ) – 477 Ед/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 227 Ед/л, амилаза – 45 Ед/л, натрий – 134 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, хлориды – 99 ммоль/л. Общий анализ мочи: цвет желтый, мутная, реакция кислая, относительная плотность – 1021, белок положительный (0,184 г/л), глюкоза отрицательная, кетоновые тела отрицательные. Микроскопическое исследование: эпителий плоский – 15–20 в поле зрения, эритроциты единичные, лейкоциты – 3–4 в поле зрения, бактерии +, слизь +++++. Биохимическое исследование мочи: альфа-амилаза – 668,3 Ед/л.

Выполнено УЗИ почек и желчного пузыря: патологии не выявлено. При первичном осмотре дежурного хирурга острая хирургическая патология была исключена, острой урологической патологии также не было выявлено. Акушерами-гинекологами принято решение об индукции родов после получения из Гродненского об-

ластного центра трансфузиологии концентрата тромбоцитов (заказано 7 доз, ориентировочное время заготовки – 6 часов).

Для уточнения диагноза решено выполнить магнитно-резонансную томографию (МРТ) ОБП и забрюшинного пространства. Протокол исследования: краниокаудальный размер правой доли – 166 мм, с наличием неравномерного скопления (неоднородного, вероятно жидкостного с повышенным содержанием белка, с некоторым ограничением диффузии) субкапсулярно вдоль правой доли печени (по передней, задней, правой боковой и верхней поверхностям), толщиной от 3 мм до 45 мм, протяженностью в коронарной плоскости 197 мм, оттесняющее ткань печени (рис. 1, 2). В прилегающих тканях печени имеются участки повышенного сигнала без ограничения диффузии, протяженностью до 10,5 мм (участки отека?). Крупные внутривенные желчные и долевые протоки не расширены, общий печеночный проток (диаметром 2,4 мм), общий желчный проток – 3 мм, пузырный проток – 3,5 мм, без дополнительных образований. Желчный пузырь размером 77×27 мм изогнут, стенка пузыря не изменена. Поджелудочная железа с неровными контурами. Головка поджелудочной железы – 29 мм, тело – 25 мм, хвост – 24 мм. Вирсунгов проток на всем протяжении четко не прослеживается. Надпочечники «У-образной» формы, не увеличены. Почки равновеликие, примерно симметричные, с ровными, четкими контурами. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранена. В средней трети левой почки имеется дополнительное образование размерами 11×4,5×9,5 мм. Чашечно-лоханочная система не расширена. Паранефральная клетчатка несколько инфильтрирована. Селезенка размерами в коронарной плоскости – 77×45 мм. Структура ее однородная, без видимых дополнительных образований. Червеобразный отросток расположен кзади от слепой кишки протяженностью около 47 мм, толщиной 5 мм, оценка илеоцекального угла затруднена из-за двигательных

артефактов и артефактов от перистальтики. Брюшной отдел аорты до 15,5 мм. Все свободные пространства брюшной полости заполнены жидкостью. Плод в матке в головном предлежании, отмечается одно обвитие пуповиной на уровне шеи сзади и лицевого черепа спереди, плацента расположена по передне-правому контуру. Визуализируются единичные парааортальные лимфоузлы – 2–5 мм. В плевральных полостях имеется скопление жидкости до 3,5 мм.

Заключение: при нативном исследовании МР-картина субкапсулярного скопления жидкости вдоль правой доли печени (субкапсулярная гематома острой/острой?), инфильтративных изменений поджелудочной железы (панкреатит?/дисметаболические изменения?), выраженного асцита; дополнительного образования левой почки (ангиомиолипома?).

03.02.2025 в 21:00 собран экстренный консилиум с участием ведущих сотрудников кафедр Гродненского государственного медицинского университета (ГрГМУ): 2-й кафедры хирургических болезней, акушерства и гинекологии, анестезиологии и реанимации. Решение консилиума: учитывая клиническую картину, данные МРТ (субкапсулярная гематома острой/острой?, наличие жидкости в брюшной полости (кровь?)), прогрессирующее падение тромбоцитов (с 93% до 63%), данные биохимического анализа крови (ЩФ – 166 Ед/л, АСТ – 477 Ед/л, АЛТ – 227 Ед/л), показано срочное оперативное лечение: срединная лапаротомия, кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. Дальнейший ход операции решить по результатам ревизии брюшной полости. С гемостатической целью назначен гемастад 1000 мг внутривенно капельно; для профилактики внутриутробной гипоксии плода – пираретам 10 мл внутривенно (сердцебиение плода прослушано стетоскопом в операционной), установлен центральный венозный катетер для контроля центрального венозного давления и проведения

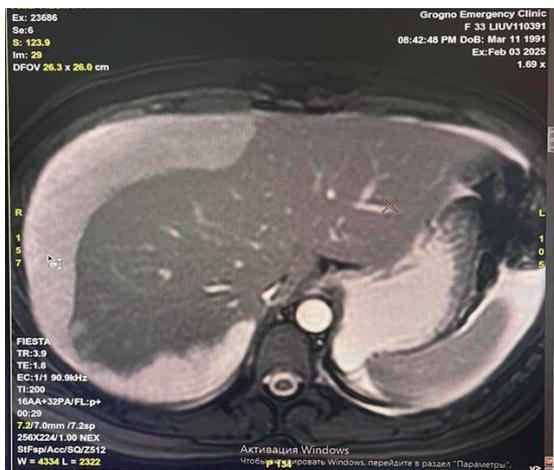


Рисунок 1 – Жидкостное скопление (кровь), расположенное субкапсулярно вдоль правой доли печени
Figure 1 – A fluid accumulation (blood) located subcapsularly along the right lobe of the liver



Рисунок 2 – Субкапсулярное жидкостное скопление правой доли печени, свободные пространства брюшной полости заполнены жидкостью (кровь)
Figure 2. Subcapsular fluid accumulation of the right lobe of the liver, the free spaces of the abdominal cavity are filled with fluid (blood)

инфузионной терапии; усилена анестезиологическая бригада; назначен трансфузиолог для подготовки трансфузии.

03.02.2025 в 21:40 начато оперативное вмешательство. Выполнена нижнесрединная лапаротомия. При вскрытии брюшной полости излилось около 1000 мл темной крови без сгустков. Кровь эвакуирована. Рассечена брюшина пузырно-маточной складки и смещена книзу. Нижний сегмент матки рассечен в поперечном направлении. В 21:44 за головку извлечен ребенок женского пола весом 3100 г, рост – 50 см, без сердцебиения, дыхания, мышечных подергиваний, пульсации пуповины. Без видимых уродств. Передан неонатологам. Околоплодные воды светлые, прозрачные, количество – 200 мл. Плацента по передней стенке у дна. Послед удален потягиванием за пуповину, отправлен на гистологическое исследование. Произведен кюретаж полости матки. Полость матки обработана спиртом. Разрез на матке ушит двухрядным непрерывным швом ПГА, перитонизация за счет пузырно-маточной складки. Придатки с обеих сторон не изменены.

Лапаротомная рана расширена до мечевидного отростка. При ревизии капсула правой доли печени на всем протяжении отслоена. Произведена мобилизация печени. По передней поверхности ближе к нижнему краю имеется линейный разрыв капсулы длиной 5 см, из которого изливается кровь (рис. 3). Произведено рассечение капсулы с эвакуацией сгустков крови объемом 1500 мл. Левая доля печени интактна. Кровотечение из печени диффузное, остановлено марлевыми тампонами, смоченными в 3% растворе перекиси водорода. Произведена санация брюшной полости с эвакуацией крови со сгустками. Брюшная полость промыта 3 литрами физиологического раствора, осушена. После остановки кровотечения паренхима правой доли печени обработана двумя флаконами тромбина (630 ЕД) (рис. 4). К правой доле печени подве-

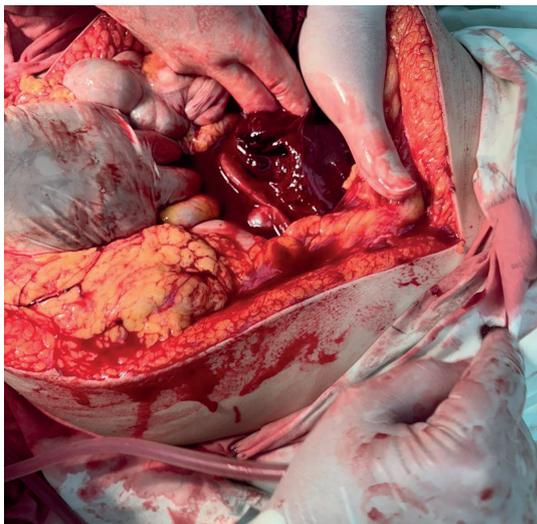


Рисунок 3 – Кровь со сгустками из разрыва капсулы правой доли печени
Figure 3 – Blood with clots from a ruptured capsule of the right lobe of the liver

дены четыре марлевых тампона, выведены через дополнительный разрез в правом подреберье. Установлены дренажные трубки в подпеченочное пространство, в правый боковой канал, слева в Дугласово пространство. Брюшная стенка ушита послойно. На кожу отдельные швы ПГА. Йод. Асептическая наклейка. Моча по катетеру 600 мл светлая, прозрачная. Влагиалище обработано антисептиком. Общая кровопотеря – 3050 мл.

За время операции была проведена трансфузия общим объемом 5260 мл. Были введены октаплекс – 1,5 г, фэйба – 2,0 г, фибрига – 1 г, альбумин 5% + альбумин 10% – 300 мл, раствор Рингера – 2000 мл, свежезамороженная плазма O(I) Rh объемом 1710 мл (8 доз), эритроциты O(I) Rh объемом 1250 мл (4 дозы), криопреципитат O(I) Rh объемом 10 мл (10 доз). В 01:20 04.02.2025 пациентка переведена в отделение анестезиологии и реанимации. Продленная искусственная вентиляция легких продолжалась до 20:00 04.02.2025.

В таблице 1 приведена динамика показателей общего и биохимического анализа крови.

Для определения дальнейшей тактики и получения рекомендаций по продолжению медикаментозной терапии в 12:00 04.02.2025 проведен областной консилиум с привлечением ведущих профильных кафедр ГрГМУ и главных специалистов Главного управления здравоохранения Гродненского облисполкома. 04.02.2025 в 20:00 созван республиканский консилиум в составе дежурного реаниматолога, хирурга, акушера-гинеколога.

Для оценки состояния системы свертывания крови использовали тромбоэластографию с использованием анализатора гемостаза Medcaptain Наема Т4. Результаты тромбоэластографии приведены в таблицах 2, 3.

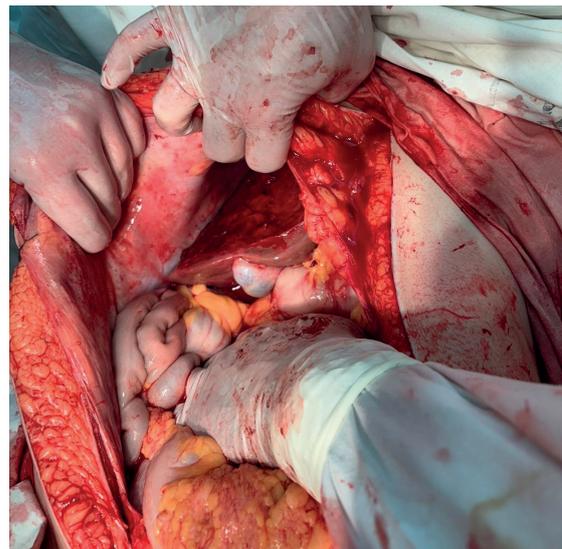


Рисунок 4 – Кровотечение остановлено после тампонирования салфетками с 3% раствором перекиси водорода и обработки тромбином
Figure 4 – The bleeding was stopped after tamponade with napkins containing 3% hydrogen peroxide solution and treatment with thrombin

Таблица 1 – Показатели общего и биохимического анализов крови**Table 1** – General and biochemical blood test results

Показатель	03.02.2025, 17:40	03.02.2025, 21:55	04.02.2025, 00:10	04.02.2025, 02:20	04.02.2025, 04:00	04.02.2025, 05:00
Эритроциты	3,77×10 ¹² /л	2,85×10 ¹² /л	1,01×10 ¹² /л	3,28×10 ¹² /л	2,28×10 ¹² /л	2,41×10 ¹² /л
Гемоглобин	119 г/л	91 г/л	33 г/л	95 г/л	67 г/л	71 г/л
Гематокрит	35,1%	27%	9,5%	27,6%	19%	20,8%
Анизоцитоз	14,9%	15,1%	15,4%	15,7%	15,5%	15,6%
Тромбоциты	63×10 ⁹ /л	47×10 ⁹ /л	26×10 ⁹ /л	25×10 ⁹ /л	99×10 ⁹ /л	139×10 ⁹ /л
Лейкоциты	16,45×10 ⁹ /л	13,59×10 ⁹ /л	7,89×10 ⁹ /л	13×10 ⁹ /л	10,66×10 ⁹ /л	8,93×10 ⁹ /л
Общий белок		60 г/л				64 г/л
С-реактивный белок	54 мг/л	65 мг/л				29 мг/л
Билирубин общий	16 мкмоль/л	24,1 мкмоль/л				15 мкмоль/л
Билирубин прямой		7,7 мкмоль/л				
ЩФ	166 Ед/л	154 Ед/л				
АСТ	477 Ед/л	560 Ед/л				603 Ед/л
АЛТ	227 Ед/л	242 Ед/л				352 Ед/л
ЛДГ		955 Ед/л				1064 Ед/л
Альфа-амилаза	668,3 Ед/л					
Фибриноген		4,08 г/л		4,07 г/л		
D-димер		7364 нг/мл		1969,2 нг/мл		

Таблица 2 – Тромбоэластограмма (каолин)**Table 2** – Thromboelastogram (kaolin)

Показатель	03.02.2025, 22:18	03.02.2025, 22:50	04.02.2025, 02:00	04.02.2025, 12:00
R (время реакции)	1 минута	0,3 минуты	0,3 минуты	0,3 минуты
Угол Альфа (активность фибриногена)	56,4° (53,0–72,0)	81,8°	79,5°	77,5°
МА (функция агрегации тромбоцитов)	18,6 мм (50,0–70,0)	29,4 мм	25,8 мм	64,1 мм
LY30 (фибринолиз)	0%			0%
K (функция фибриногена)		0,8 мин	2,8 мин	0,8 мин
АСТ (активированное время свертывания)		81,7 с	81,7 с	81,7 с

Таблица 3 – Тромбоэластограмма (фибриноген)**Table 3** – Thromboelastogram (fibrinogen)

Показатель	03.02.2025, 22:50	04.02.2025, 12:00
МА (функция агрегации тромбоцитов) Норма – 11,0–24,4 мм	57,1 мм	25,5 мм
FLEV (активность фибриногена) Норма – 200,0–444,9 мг/дл	1042 мг/дл	465,3 мг/дл

Лечение в послеоперационном периоде проводилось в реанимационном отделении. Пациентка была стабилизирована. Назначения корректировались регулярными консилиумами. По дренажам, установленным в брюшной полости, регистрировалось незначительное количество серозно-геморрагического отделяемого.

С учетом крайней редкости патологии, возникшими тяжелыми осложнениями беременности по согласованию с Министерством здравоохранения для дальнейшего лечения 05.02.2025 г. в 21:50 пациентка была переведена в Минский научно-практический центр (МНПЦ) хирургии, трансплантологии и гематологии транспортом санавиации в сопровождении анестезиолога-реаниматолога для решения вопроса о необходимости рентген-эндоваскулярного вмешательства перед извлечением тампонов из печени.

Диагноз: III срочные оперативные роды в головном предлежании плода в сроке беременности 270 дней. HELLP-синдром, осложнившийся образованием подкапсульной гематомы правой доли печени с разрывом, гемоперитонеум. Антенатальная гибель плода. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Тромбоцитопения. ДВС-синдром в стадии гипокоагуляции. Синусовая тахикардия. Синдром укорочения PQ. Микрокардиострофия. НО. Ангиомиолипома левой почки. Первичный гипотиреоз. Резус-отрицательная принадлежность крови матери.

06.02.2025 г. в МНПЦ произведена повторная лапаротомия, извлечение тампонов, биполярная коагуляция печени, использован тахокомб. Послеоперационный период протекал без особенностей. 12.02.2025 пациентка переведена в хирургическое отделение Лидской ЦРБ, а 27.02.2025 выписана домой.

Обсуждение

Спонтанный разрыв печени у беременных является редкой, но крайне опасной патологией, требующей немедленных скоординированных действий от врачей разных специальностей. Проявляющиеся симптомы и признаки печеночного кровотечения малозаметны и неспецифичны, наиболее частыми из них являются боль в животе, боль в плече и рвота. Необходим высокий индекс клинической настороженности, и для своевременного установления диагноза спонтанного разрыва печени следует рассмотреть возможность проведения сонографии, экстренной рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) или МРТ. В нашем случае диагноз субкапсулярной гематомы печени с ее разрывом и внутрибрюшным кровотечением был установлен благодаря выполнению МРТ-исследования.

Литература

1. HELLP-синдром: особенности течения / Л. Ф. Можейко, Е. Л. Суц, Э. В. Федотова [и др.] // Медицинский журнал. – 2021. – № 3. – С. 131-135. – doi: 10.51922/1818-426X.2021.3.131. – edn: NXGQMV.
2. HELLP-синдром в акушерской практике / Г. Н. Балмагамбетова, Ф. Т. Шалкарбекова, Б. Р. Абильмажинова [и др.] // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. – 2022. – № 2. – С. 52-58. – doi: 10.24412/2790-1289-2022-2-5258.
3. HELLP-синдром как жизнеугрожающее состояние: современные особенности течения / Е. В. Тимохина, А. Н. Стрижаков, В. С. Белоусова [и др.] // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2019. – Т. 13, № 1. – С. 35-42. – doi: 10.17749/2313-7347.2019.13.1.035-042. – edn: HOVPUK.
4. A rare case of spontaneous hepatic rupture in a pregnant woman / X. Zhou, M. Zhang, Z. Liu [et al.] // BMC Pregnancy Childbirth. – 2018. – Vol. 18, № 1. – P. 87. – doi: 10.1186/s12884-018-1713-5.
5. Спонтанный разрыв печени у беременной на фоне HELLP-синдрома / Т. М. Бунятов, И. А. Козлов, Б. Н. Гурмиков [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2019. – Т. 24, № 3. – С. 132-138. – doi: 10.16931/1995-5464.20193132-138. – edn: FAZYKW.

Выбранная тактика – срединная лапаротомия с кесаревым сечением и достижение гемостаза с помощью тампонирования раны печени марлевыми салфетками, была оптимальной. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная терапия, направленная на стабилизацию гемодинамики, восполнение объема циркулирующей крови, устранение ацидоза и коагулопатии. По литературным данным, в 80% случаев тампонады печени было достаточно для останова кровотечения. У пациенток с артериальным кровотечением хирургическое вмешательство может быть дополнено перевязкой печеночной артерии или селективной эмболизацией сосуда. В литературе описаны случаи частичной резекции печени и даже ее трансплантации [6].

Таким образом, выполненное оперативное вмешательство с последующей интенсивной терапией позволило достигнуть удовлетворительного гемостаза и стабилизировать состояние пациентки.

Выводы

При подозрении на HELLP-синдром и наличии у пациенток жалоб на боли в животе для своевременного установления диагноза спонтанного разрыва печени необходимо срочное выполнение УЗИ, РКТ, МРТ.

Спонтанный разрыв печени на дородовом этапе является показанием к экстренной срединной лапаротомии с кесаревым сечением, удалению гематомы, санации брюшной полости и достижению гемостаза путем тампонирования печени.

Проводимая интенсивная терапия должна быть направлена на стабилизацию гемодинамики, восполнение объема циркулирующей крови, устранение ацидоза и коагулопатии.

6. Редкие виды спонтанных разрывов печени на фоне беременности / Б. В. Сигуа, С. Ю. Ракита, Е. И. Кахиани [и др.] // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2022. – Т. 11, № 3. – С. 476-483. – doi: 10.23934/2223-9022-2022-11-3-476-483. – edn: FABTPC.

References

1. Mozheiko LF, Sushch KL, Fedotova EV, Stasevich SM, Farfel GG. HELLP syndrome: features of the current. *Medical Journal*. 2021;3:131-135. doi: 10.51922/1818-426X.2021.3.131. edn: NXGQMV. (Russian).
2. Balmagambetova GN, Shalkarbekova FT, Abilmazhinova BR, Akhmediyar ZT, Omarzhan AT, Esra SR. HELLP-syndrome in obstetric practice. *Actual problems of theoretical and clinical medicine*. 2022;(2):52-58. doi: 10.24412/2790-1289-2022-2-5258. (Russian).
3. Timokhina EV, Strizhakov AN, Belousova VS, Aslanov AG, Bogomazova IM, Afanasyeva NV, Samoylova JuA, Ibragimova SM, Kechina AM. HELLP-syndrome as a life-threatening condition: current clinical considerations. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2019;13(1):35-42. doi: 10.17749/2313-7347.2019.13.1.035-042. edn: HOVPUK. (Russian).
4. Zhou X, Zhang M, Liu Z, Duan M, Dong L. A rare case of spontaneous hepatic rupture in a pregnant woman.

- BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):87. doi: 10.1186/s12884-018-1713-5.
5. Bunyatov TM, Kozlov IA, Gurmikov BN, Stepanova YuA, Shirokov VS, Vishnevskiy VA. Spontaneous liver rupture in a pregnant woman associated with HELLP syndrome. *Annals of HPB Surgery*. 2019;24(3):132-138. doi: 10.16931/1995-5464.20193132-138. edn: FAZYKW. (Russian).
6. Sigua BV, Rakita SY, Kakhiani EI, Veromej D, Zemlyanoy VP. Rare Types of Spontaneous Liver Ruptures During Pregnancy. *Russian Sklifosovsky Journal "Emergency Medical Care"*. 2022;11(3):476-483. doi: 10.23934/2223-9022-2022-11-3-476-483. edn: FABTPC. (Russian).

CASE REPORT OF ELLP SYNDROME IN PREGNANT WOMAN COMPLICATED BY SUBCAPSULAR HEPATIC HEMATOMA WITH RUPTURE AND INTRA-ABDOMINAL BLEEDING

V. N. Kolotsei¹, L. S. But-Husaim², A. L. Gurin¹, S. V. Vinogradov¹, N. V. Khvorik¹

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

²Grodno City Emergency Hospital, Grodno, Belarus

HELLP syndrome is a rare and extremely severe gestational complication that occurs in the 3rd trimester of pregnancy, more often after the age of 35. Spontaneous rupture of the liver, which occurs with the development of HELLP syndrome, is the rarest complication, with a mortality rate of up to 86% and slightly more than 100 cases have been described in the world literature.

A clinical case of incomplete HELLP syndrome (ELLP syndrome) in a 33-year-old pregnant woman with a gestation period of 270 days is presented, against which an acute subcapsular hepatic hematoma with rupture and intra-abdominal bleeding occurred. Emergency surgery was performed – cesarean section, evacuation of subcapsular hepatic hematoma of the right lobe, hemostatic tamponing of the right lobe of the liver with sterile gauze and abdominal cavity lavage.

Keywords: ELLP syndrome, preeclampsia, thrombocytopenia, liver, spontaneous rupture.

For citation: Kolotsei VN, But-Husaim LS, Gurin AL, Vinogradov SV, Khvorik NV. Case report of ELLP syndrome in pregnant woman complicated by subcapsular hepatic hematoma with rupture and intra-abdominal bleeding. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2026;24(1):106-112. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2026-24-1-106-112>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Соответствие принципам этики. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Conformity with the principles of ethics. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Об авторах / About the authors

*Колоцей Владимир Николаевич / Kolotsei Vladimir, e-mail: vkolotsei@rambler.ru, ORCID: 0000-0003-4064-1534

Бут-Гусаим Людмила Станиславовна / But-Husaim Ludmila

Гурин Андрей Леонидович / Gurin Andrei, ORCID: 0009-0001-0051-7187

Виноградов Сергей Владимирович / Vinogradov Sergei

Хворик Наталья Валерьевна / Khvorik Natalia, ORCID: 0000-0003-0993-980X

* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 22.09.2025

Принята к публикации / Accepted for publication: 23.01.2026