

ПАТТЕРНЫ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

*Щерба А.Е., Пикиреня И.И., Дзядзько А.М., Левина Д.И.,
Авдей Е.Л., Руммо О.О.*

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»,

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Диагностика абдоминальной патологии у пациентов отделений интенсивной терапии и реанимации затруднена из-за тяжести состояния пациента, дыхательной недостаточности, оглушения и других состояний (M. Crandall, M.A. West, 2006). Вместе с тем, такая интраабдоминальная патология может быть жизнеугрожающей из-за поздней диагностики и, как следствие, запоздалого хирургического вмешательства. Существуют объективные причины трудной диагностики абдоминальной патологии в практике интенсивной терапии: отсутствующий или скудный анамнез, низкая ценность физикальных данных (45-69% при перитоните/абсцессах, 82% при травме), множество косвенных признаков. Вместе с тем, абдоминальная патология может быть и причиной, и осложнением критического состояния и универсального, интегрированного алгоритма нет. В связи с этим необходима стратегия принятия решения у таких пациентов.

Цель. На основании опыта принятия решения у критически тяжелых пациентов с органной недостаточностью ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» (МНПЦ ХТиГ) и анализа литературных данных разработать практические рекомендации по оценке состояния органов брюшной полости и стратегию принятия решения у пациентов отделений интенсивной терапии и реанимации.

Материалы и методы. Проведен анализ данных пациентов, находящихся на лечении в ОАР МНПЦ ХТиГ, клиническая картина и данные обследований пациентов, у которых развилась интраабдоминальная патология, как осложнение исходной патологии, в т.ч. и хирургической, по поводу которого было выполнено предыдущее вмешательство, так и вновь развившаяся патология органов брюшной полости. Учтены критерии сепсиса согласно qSOFA и «Сепсис-3» консенсуса (Singer M с соавт. JAMA, 2016), принципы принятия решения у критически тяжелого пациента по CERTAIN (<https://www.icertain.org>), ESICM WGAP (Reintam Blaser A. с соавт., Intensive Care Med., 2012).

Результаты и обсуждение. В практике интенсивной терапии следует выделять три клиничко-аналитико-инструментальных паттерна абдоминальной патологии – **геморрагический, ишемический и системный воспалительный** (инфекционный). Геморрагический паттерн (гипотензия,

анемия, шок) вызывают все ЖКК и внутриабдоминальные кровотечения. Ишемический паттерн (лактат-ацидоз, ЛДГ, вазоплегия) вызывают мезентериальная ишемия, ишемический гепатит. Системный воспалительный паттерн (проявляется как ССВО и сепсис) вызывают билиарная инфекция (холецистит и холангит), острый панкреатит, перитонит, абсцессы брюшной полости, печени, селезенки, кишечная непроходимость, *C. Difficile*-ассоциированный колит и токсическая дилатация толстой кишки, толстокишечная псевдообструкция (Огилви), компартмент синдром, инфекция мочевыводящих путей. Абдоминальная патология может развиваться и как осложнение критического состояния.

Диагностика патологии у такого пациента представляет собой открытие «черного ящика», для чего необходимы анализ основанный на установлении причинно-следственной связи (например, с выполненным хирургическим вмешательством), здравом смысле (вероятность невероятного) и рациональном мышлении (ожидаемость находки в конкретном контексте отклонений) а также стратегия построенная на оценке комбинации трех слагаемых – 1) физиологическое отклонение (дебют или прогрессирование СПОН, сепсиса, «рост цен» интенсивной терапии за стабилизацию (вазопрессоры, ИВЛ), нарушение гомеостаза (ацидоз, коагулопатия); 2) определения ведущего синдрома (СПОН, шок, анемия; острое гастроинтестинальное повреждение – парез, гастростаз, вздутие живота, нетолерантность энтерального питания (ЭП) в сочетании с персистирующим или прогрессирующим СПОН); и 3) данных визуализации (МСКТ, УЗИ, ФГДС, МРТ, ангиография).

В целом, у таких пациентов используется более «интенсивистский» подход, чем классический хирургический. Динамика функции органов и систем (одного или СПОН) – причина анализа ситуации! Визуализация – основа решения: МСКТ – метод выбора (!), дополнительными к нему служат УЗИ, ФГДС, МРТ и ангиография. Суть решения в том, чтобы **связать** симптомы кровотечения или острого гастроинтестинального повреждения (гастростаз, парез и дилатация кишечника, нетолерантность к энтеральному питанию) с динамикой состояния, маркеров воспаления, ССВО и СПОН; **сложить** клинико-лабораторные признаки в паттерн (геморрагический, ишемический, системный воспалительный; и **выполнить диагностику** (МСКТ, или УЗИ, ФГДС, колоноскопию, ангиографию) или **интервенцию** (лапароскопия, лапаротомия).

Выводы. У критически тяжелого пациента отделения интенсивной терапии и реанимации с множеством патофизиологических отклонений и вероятностью десятков причин абдоминальной патологии необходима единая клинико-аналитическая стратегия диагностики и выбора тактики, построенная на: идентификации симптомов AGI (гастростаз, парез, дилатация кишечника, нетолерантность к энтеральному питанию) или классических хирургических, ассоциации их с динамикой состояния, маркеров воспаления, ССВО и СПОН, методах визуализации и интервенции.