

# ДИАГНОСТИКА АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ

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

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

*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров  
здравоохранения УО «Белорусский государственный  
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** У пациентов, находящихся на лечении в отделениях интенсивной терапии и реанимации, независимо от имеющейся патологии, может развиваться абдоминальная патология. Такая

интраабдоминальная патология может быть жизнеугрожающей из-за поздней диагностики и, как следствие, запоздалого хирургического вмешательства. Вместе с тем, диагностика этой патологии на фоне тяжелого состояния пациента, нарушения сознания, дыхательной недостаточности и нарушения других функций, как правило, затруднена (M. Crandall, M.A. West, 2006). Существуют и другие 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. Отсутствие маркеров функции и оценки дисфункции ЖКТ как органной недостаточности. Клиническая оценка нарушений этих функций сегодня более интуитивна, чем объективна, универсального, интегрированного алгоритма нет. В связи с этим необходима стратегия принятия решения у таких пациентов, что создаст основу для создания комплекса профилактических и терапевтических мер и поддержит разработку новых стратегий лечения (A. Reintam Blaser at all., 2012).

**Цель исследования:** разработать практические рекомендации по оценке состояния органов брюшной полости и диагностическую стратегию принятия решения у пациентов отделений интенсивной терапии и реанимации 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.

**Материалы и методы.** Проведен анализ данных пациентов, находящихся на лечении в отделениях интенсивной терапии и реанимации 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.** На основании проведенного анализа данных пациентов МНПЦ ХТиГ и анализа данных литературы мы предлагаем выделять три клинико-аналитико-инструментальных паттерна абдоминальной патологии у пациентов, находящихся в отделениях интенсивной терапии и реанимации: 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, *Ci. Difficile*-ассоциированный колит и токсическая дилатация толстой кишки, толстокишечная псевдообструкция (Огилви), компартмент синдром, инфекция мочевыводящих путей. Абдоминальная патология может развиваться как осложнение критического состояния, а также может быть причиной 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 (вазопресоры, 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 (МСКТа, 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.