

ВИСНОВКИ

1. Оцінка тяжкості травми, діагностика і лікування постраждалих із ЗПАТ є три невід'ємні процеси, які доповнювали та коректували один одного
2. Середня кількість операційних втручань в одного постраждалого основної групи стала більшою, ніж у групі порівняння – 2,85 проти 2,01. Збільшення кількості операційних втручань у постраждалих із ЗПАТ в основній групі було наслідком застосування диференційної хірургічної тактики і послідовного розвитку технології ‘damage control’^a.
3. Застосування етапних хірургічних втручань у основній групі зменшило кількість релапаротомій з приводу ускладнень з 13,68% до 3,65%, що вказує на більш надійний гемостаз і отримання герметичності при пошкодженнях порожнистих органів.
4. Реінфузія крові через 6 годин від моменту травми у постраждалих із пошкодженнями тонкої кишки є безпечною при першому і другому ступенях її пошкодження за E. Moore, а при пошкодженнях третього ступеня – при виконанні операції тільки в першу годину після травми.
5. Виконання лапаротомії при пошкодженнях органів черевної порожнини у постраждалих із ЗПАТ має свої особливості і повинно виконуватись у певній послідовності. Першочерговим завданням є швидка зупинка кровотечі і відновлення об'єму циркулюючої крові для уникнення гострої смерті травмованого.
6. Диференційний вибір хірургічної тактики при пошкодженні печінки у постраждалих основної групи полягав у тому, що у постраждалих із ‘несприятливим’^a прогнозом ТХ і масивними розривами печінки відразу після лапаротомії виконували гемостаз тампонадою печінки, а після інтенсивної терапії і хірургічної паузи або під час програмованої релапаротомії виконували зашивання розривів чи атипovu резекцію

печінки. У постраждалих із 'сприятливим^a прогнозом зашивання розривів печінки виконували під час першої операції

7. Диференційний вибір хірургічної тактики при пошкодженнях селезінки у основній групі постраждалих із ЗПАТ залежав від прогнозу ТХ. При 'несприятливому^a прогнозі ТХ методом вибору була спленектомія, незалежно від ступеня пошкодження селезінки. При 'сприятливому^a прогнозі ТХ вибір способу операції при розривах селезінки проводили з урахуванням ступеня її пошкодження: при II і III ступенях пошкодження селезінки за E. Moore виконували органозберігальну операцію, при IV її намагались залишити частину паренхіми селезінки з її кровопостачанням, а при V ступені її спленектомію
8. Вибір способу хірургічної операції при пошкодженнях абдомінальних органів у постраждалих основної групи залежав, насамперед, від прогнозу перебігу ТХ. При 'сприятливому^a прогнозі ТХ спосіб операції на пошкодженому органі вибирали із урахуванням ступеня його пошкодження: при пошкодженнях I і II ступенів, а для селезінки і III ступеня за Moore її органозберігальні операції, при більш тяжких пошкодженнях її видалення, зашивання чи резекція органа із повною корекцією пошкоджень. При 'сумнівному^a прогнозі її операційне втручання виконували за скороченим обсягом, без виконання хірургічних маніпуляцій, які передбачають профілактику розвитку ускладнень. При 'несприятливому^a прогнозі ТХ у постраждалих із ЗПАТ хірургічні втручання на органах черевної порожнини і заочеревинного простору виконували за мінімальним обсягом з хірургічною паузою і за технологією 'damage control^a.