

## ВСТУП

Серед причин смерті травма займає третю позицію після серцево-судинних і онкологічних захворювань, а серед людей віком до 40 років її першу. Проте, якщо рахувати смертність від травм по роках і недожитого життя, як це рекомендує ВООЗ, то вона перевищить смертність від серцево-судинних, онкологічних і інфекційних захворювань разом взятих.

Показник смертності від травм в Україні залишається стабільно високим протягом останніх років і у 2009 році становив 106,47 на 100 тисяч населення, а смертність тільки внаслідок дорожньо-транспортних пригод її від 14,28 до 20,4 на 100 тисяч населення. Характерною рисою таких травм є їх тяжкий поєднаний характер із домінуючими пошкодженнями органів черевної порожнини і заочеревинного простору.

У структурі поєднаної травми пошкодження органів черевної порожнини становлять від 10,2% до 36,4%

Такі постраждалі вимагають негайної діагностики, невідкладного і адекватного хірургічного втручання та інтенсивної терапії, оскільки при внутрішньочеревній кровотечі затримка з операцією на кожні 3 хвилини збільшує ризик летального наслідку на 1%.

Летальність при поєднаній травмі з пошкодженнями органів живота становить від 23,3 до 85%.

Згідно аналізу актів судово-медичних розтинів Львівського обласного бюро судово-медичної експертизи у 47,62% померлих від закритих травматичних пошкоджень причиною смерті були пошкодження органів черевної порожнини.

Значна кількість незадовільних результатів лікування постраждалих із закритою поєднаною абдомінальною травмою пов'язана із відсутністю науково обґрунтованої тактики надання допомоги і недостатньою обізнаністю хірургів з особливостями поєднаних пошкоджень.

Пошук шляхів до покращення результатів лікування постраждалих із поєднаною травмою призвів до появи двох лікувально-тактичних концепцій:

радикальної анатоμο-хірургічної концепції негайної тотальної допомоги *ї* ETC (early total care) і концепції *Ñ*damage control<sup>ї</sup> (*Ñ*контроль пошкоджень<sup>ї</sup>) *ї* етапному хірургічному лікуванню постраждалих із тяжкою поєднаною абдомінальною травмою. Проте, існують різні погляди щодо показань до застосування тактики *Ñ*damage control<sup>ї</sup>, до вибору тимчасового закриття черевної порожнини чи лапаростомії, не визначені критерії для терміну повторної операції.

Дискусія про пріоритетність застосування однієї чи іншої концепції надання хірургічної допомоги постраждалим із поєднаною травмою триває.

Вирішити проблему вибору хірургічної тактики при поєднаній травмі неможливо без оцінки тяжкості травми і прогнозування клінічного перебігу травматичної хвороби. На сьогоднішній день існує багато анатомічних шкал для оцінки тяжкості пошкоджень, серед яких найбільш відомі AIS (Abbreviated Injury Score), ISS (Injury Severity Score) і PTS (Polytrauma Schlüssel) та функціональних *ї* для оцінки тяжкості стану постраждалих. Проте, відсутня система, яка б включала тяжкість пошкоджень, тяжкість стану травмованого, враховувала феномен взаємного обтяження і була б придатна для прогнозування перебігу травматичної хвороби.

На тлі безсумнівних досягнень сучасної хірургії проблемою залишається діагностика пошкоджень органів черевної порожнини і заочеревинного простору при поєднаній травмі, недостатньо з'ясовані питання послідовності та обсягу операційного втручання при поєднаних пошкодженнях, потребує удосконалення техніка операції при пошкодженнях органів і структур, прогнозування і лікування ускладнень.

Таким чином, ряд питань надання хірургічної допомоги постраждалим із закритою поєднаною травмою є недостатньо розпрацьовані. Шляхом до покращення результатів лікування постраждалих із закритою поєднаною абдомінальною травмою, на нашу думку, є застосування диференційного вибору хірургічної тактики, який ґрунтується на анатоμο-функціональній оцінці тяжкості травми та визначенні прогнозу перебігу травматичної хвороби.