ВИСНОВКИ

1. В структурі поєднаної травми закрита поєднана абдомінальна травма становить 23,8%, належить до найбільш тяжкої категорії пошкоджень з пошкодженнями від двох до пíяти анатомо-функціональних областей і при застосуванні загальноприйнятої технології лікування характеризується частим розвитком ускладнень (71,1%) і високою летальністю (43,12%).

2. Встановлено, що при закритій поєднаній абдомінальній травмі інформаційність клінічних проявів пошкоджень внутрішніх органів є невисокою і становить 35,4%, тому необхідним є застосування допоміжних діагностичних тестів. Розроблений диференційний підхід до вибору методів діагностики шляхом визначення діагностичної точності і тривалості виконання діагностичних тестів дозволяє з вірогідністю: при ´сприятливому^а прогнозі ñ 87,4%, ´сумнівному^а ñ 78,5% і ´несприятливому^а ñ 65,3% ñ скорочувати час прийняття клінічно-організаційних тактичних рішень. Запропоновані методи підвищення інформаційності діагностичного перитонеального лаважу (спосіб диференційної діагностики внутрішньочеревної кровотечі та заочеревинної гематоми, експрес-метод виявлення жовчі і сечі у черевній порожнині) збільшили його діагностичну точність з 89,5% до 94,5%.

3. Удосконалено та науково обґрунтовано систему оцінки тяжкості травми та прогнозу перебігу травматичної хвороби, що ґрунтується на анатомо-функціональному показнику і показнику багатофакторного аналізу, які враховують бал тяжкості пошкоджень за PTS і показники функцій забезпечення життя та дозволяють визначати обсяг операційного втручання, тривалість хірургічної паузи, показання до застосування технології ´damage control^а, моніторувати перебіг травматичної хвороби і визначати прогноз як ´сприятливий^а, ´сумнівний^а і ´несприятливий^а. Найбільш важливими показниками функцій забезпечення життя у постраждалих із закритою поєднаною абдомінальною травмою є показники роботи серця (ударний індекс), стану дихальної системи (коефіцієнт дихальних змін, показник напруги дихання), тонусу периферійних судин (коефіцієнт інтегральної

тонічності, показник стабілізації тонусу судин) та відносне число паличкоядерних нейтрофілів.

4. У першому періоді травматичної хвороби у постраждалих із закритою поєднаною абдомінальною травмою дихально-циркуляційні розлади перебувають у прямій залежності від тяжкості пошкоджень і травматичного шоку: при ´сприятливому[a] прогнозі перебігу травматичної хвороби показник виразності дихально-циркуляційних розладів становить 3,54±0,21 ум. од, анатомо-функціональний показник ñ 576,7±12,3 балів, при ´сумнівному[a] прогнозі ñ 2,11±0,32 ум.од. та 608,9±9,3 балів і при ´несприятливому[a] прогнозі ñ 1,55±0,15 ум.од. та 649,7±12,1 балів відповідно. У постраждалих із закритою вкрай тяжкою поєднаною абдомінальною травмою (>49 балів за шкалою PTS) синдром взаємного обтяження проявляється відразу після травми, а у постраждалих із закритою тяжкою поєднаною абдомінальною травмою (19ñ49 балів за шкалою PTS) ñ на третю добу.

У другому періоді травматичної хвороби ці показники змінюються: при ´сприятливому[a] прогнозі показник виразності дихально-циркуляційних розладів зростає на 7,1%, а анатомо-функціональний показник зменшується на 4,9%, при ´несприятливому[a] прогнозі показник виразності дихально-циркуляційних розладів зменшується на 43,9%, а анатомо-функціональний показник зростає на 2,26%.

У третьому періоді травматичної хвороби при ´сприятливому[a] прогнозі показник виразності дихально-циркуляційних розладів зростає ще на 43,6% і не відрізняється від норми, а анатомо-функціональний показник знижується на 13,1%. При ´несприятливому[a] прогнозі навпаки: показник виразності дихально-циркуляційних розладів зменшується на 66,7%, а анатомо-функціональний показник зростає на 21,1% і, незважаючи на лікувальні заходи, вкрай тяжкі розлади дихальної і серцево-судинної системи призводять до летального наслідку.

5. Застосування розроблених клінічно-організаційних і тактичних заходів надання хірургічної допомоги постраждалим із закритою поєднаною абдомінальною травмою дозволяє швидше розпочати операційне втручання при

´несприятливому[а] прогнозі на 25,3±3,4 хвилин, а при ´сумнівному[а] прогнозі ñ на 9,6±1,2 хвилин. При ´сприятливому[а] прогнозі перебігу травматичної хвороби застосування високоінформаційних методів діагностики продовжує передопераційний період на 11±1,2 хвилин.

6. Розроблена хірургічна тактика ґрунтується на оцінці тяжкості і прогнозі перебігу травматичної хвороби та дозволяє скоротити загальну тривалість хірургічної операції при ´несприятливому[а] прогнозі до 87,3±12,5 хвилин, а при ´сумнівному[а] прогнозі ñ до 104,5±6,5 хвилин. При ´сприятливому[а] прогнозі перебігу травматичної хвороби загальна тривалість операційного втручання в повному обсязі становить 142,4±16,5 хвилин.

7. Підставою для адекватного вибору ефективної диференційної хірургічної тактики при закритій поєднаній абдомінальній травмі є показники тяжкості травми і прогнозу перебігу травматичної хвороби. У постраждалих із ´сприятливим[а] прогнозом перебігу травматичної хвороби можливе виконання повного обсягу хірургічних заходів, при ´сумнівному[а] прогнозі ñ скорочений обсяг операційного втручання, що передбачає стабільність та надійність гемостазу і забезпечення життєдіяльності організму, а при ´несприятливому[а] прогнозі ñ тільки ті заходи, які направлені на зупинку зовнішньої та внутрішньої кровотечі, що триває, реінфузію крові і забезпечення адекватного дихання ñ мінімальне за травматичністю, обсягом і часом втручання. У 22,66% постраждалих із закритою поєднаною абдомінальною травмою операційне втручання потребує хірургічної паузи тривалістю 94,5±7,2 хвилин з подальшим закінченням хірургічної операції протягом одного наркозу в 10,68%, а у 11,98% ñ із застосуванням інтенсивної терапії у відділенні інтенсивної терапії та проведення програмованого операційного втручання за принципом ´damage control[а] .

8. Застосування розробленої диференційної хірургічної тактики та принципів реалізації сучасних технологій виконання операційних втручань у постраждалих із закритою поєднаною абдомінальною травмою зменшили питому вагу абдомінальних ускладнень на 9,35%. Проте за рахунок ускладнень клінічного перебігу травматичної хвороби збільшилась на 4,92% загальна кількість пацієнтів

із ускладненнями, внаслідок зменшення на 9,45% загальної летальності із 43,12% до 33,67%.