

ЗАКРИТА ТРАВМА ЖИВОТА. ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАЛЬНІ ПІДХОДИ

Traumatismes fermés de l'abdomen: orientations diagnostiques et thérapeutiques

P. Guerrini, B. Priolet

La Revue du Praticien, 1997; 47: 976—981

Травматизм у Франції є третьою з основних причин смертності. Хоч частку травм живота в загальній структурі травматизму встановити важко внаслідок неточності статистичних даних, проте летальність при ній сягає 10—30%. Останніми роками розвиток візуалізаційних методів діагностики, які дають змогу з високою точністю визначити важкість ушкоджень, спричинив зміни в лікувальних підходах. З розвитком консервативних методів лікування зменшилась кількість необґрунтованих лапаротомій. Для ефективної допомоги пацієнтам із закритою травмою живота необхідне круглодобове чергування бригад із спеціалістів різного профілю.

Для сучасної закритої травми живота характерні:

- ◆ переважання серед причин дорожньо-транспортних пригод;
- ◆ часте поєднання з іншими ушкодженнями (політравма);
- ◆ важкий стан хворого вже з моменту травми, що зумовлено кровотечею з ушкоджених паренхіматозних органів (селезінка, печінка, нирки) або пошкодженням судин (порожнистої та ворітної вен, мезентеріальних судин тощо), та ранні ускладнення внаслідок перфорації порожнистих органів;
- ◆ ризик вторинних інфекційних ускладнень, що можуть призвести до септичного шоку та поліорганної недостатності.

Останніми роками діагностичні підходи при травмах живота суттєво змінилися внаслідок розвитку і широкого впровадження методів візуалізації (ультрасонографія, комп'ютерна та МЯР-томографія, ангіографія), що викликало суттєве розширення показів до консервативного лікування ушкоджень паренхіматозних органів.

Епідеміологія

Випадки вуличної травми складають 75% закритих ушкоджень живота. У дослідженні Lorgeron et al. (Франція) вказано, що серед постраждалих 50% — це водії автомобілів, 18% — водії двоколісних транспортних засобів, 8% — пішоходи; решта випадків — падіння (з вікон або випадки на виробництві), здавлення під час роботи; спортивна травма (кінний спорт, боротьба). За звітами медичних закладів, серед пацієнтів, травмованих в обставинах вуличного руху, 20—30% мають інтраабдомінальні ушкодження. Вважають, що впровадження пасків безпеки зменшило кількість і важкість закритих травм живота, проте деякі дослідники повідомляють про збільшення частоти ушкоджень органів травлення і пов'язують це з їх застосуванням.

Механізм ушкодження органів черевної порожнини

Механізми закритої травми живота різноманітні: прямий удар, гальмування та дія дотичних і відцентрових сил.

- ◆ **Здавлення:** Може відбуватися у передньо-задньому чи боковому напрямках. Порожністі та паренхіматозні органи стискаються між черевним пресом та

ригідною задньою стінкою живота, яка утворена хребтом, ребрами та тазовим кільцем. Особливо часто ушкоджуються паренхіматозні органи та певні відділи травного каналу — перша петля порожньої та остання петля клубової кишки, поперечна ободова кишка.

♦ **Відрив:** це стосується насамперед органів, які мають ніжку або брижу — селезінки, нирок, тонкої кишки та мобільних відділів товстої кишки.

♦ **Розрив:** такий механізм характерний для органів, що мають вузькі отвори і наповнені вмістом (шлунок, сечовий міхур, дванадцятипала кишка).

♦ **Раптове гальмування:** при раптовій зупинці органи черевної порожнини продовжують рухатися із кінетичною енергією, пропорційною їх масі і квадрату швидкості, внаслідок чого органи і судини зазнають розтягнення, що призводить до розривів і руйнування. Так травмуються насамперед печінка, селезінка і брижа.

При травмі живота може бути ушкоджений будь-який орган. Проте паренхіматозні органи ушкоджуються частіше, ніж порожнисті. У таблиці 1 наведено дані щодо особливостей абдомінальної дорожньої травми (на основі діагнозів при надходженні в лікувальний заклад) у США до і після запровадження закону про обов'язкове застосування пасків безпеки та в 1990 році. Переважання ушкоджень печінки, брижі і порожнистих органів після 1970 року можна пов'язати із застосуванням пасків безпеки, проте більш імовірно, що це результати поліпшення першої до-лікарської допомоги, внаслідок чого діагноз стали встановлювати прижиттєво.

Таблиця 1.

Ушкодження різних органів черевної порожнини при дорожніх випадках (на основі діагнозів при надходженні в лікувальний заклад) до і після прийняття у США закону про застосування пасків безпеки у 1970 та 1990 р.

	США до 1970 р. (до затвердження закону) %	США після 1970 р. (після затвердження закону) %	США, 1990 р. (McAnema) %
Селезінка	45,5	41	46
Печінка	22	32	33
Тонка кишка/товста кишка/брижа	18	28,5	25
Нирки	14	11,5	9
Підшлункова залоза/ дванадцятипала кишка	5,5	3	5
Діафрагма	3	6	4

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ

Клінічне обстеження

Клінічна діагностика ушкоджень внутрішніх органів на ранній стадії утруднена, особливо при політравмі. За даними Lorgeron et al., лише в 1/4 випадків вда-

ється встановити правильний діагноз за допомогою клінічних методів. Посттравматичні неврологічні розлади зумовлюють атипівість абдомінальної симптоматики, крім того, діагностику часто ускладнюють алкогольне або наркотичне сп'яніння, які констатують у 27—50% жертв дорожніх випадків.

Клінічне дослідження на догоспітальному етапі дає змогу запідозрити інтраабдомінальні ушкодження, контролювання змін гемодинаміки в процесі транспортування допомагає вибрати пріоритетні діагностичні методи, встановити черговість реанімаційних заходів та особливості хірургічної тактики.

При нестабільній гемодинаміці на час надходження постраждалого слід терміново підтвердити або заперечити наявність внутрішньочеревної кровотечі, яка вимагає ургентного оперативного втручання. При цьому насамперед необхідно встановити наявність вільної рідини у черевній порожнині та, якщо можливо, її походження.

При стабільній гемодинаміці проводять детальніше обстеження, систематично визначаючи наявність гематурії. Остаточо діагноз ушкодження органів черевної порожнини встановлюють на основі інструментальних візуалізаційних досліджень — ультразвукографії, комп'ютерної томографії або інвазивних методів — діагностичного лаважу¹ черевної порожнини, лапароскопії.

Застосування інструментальних методів дослідження живота обов'язкове в усіх пацієнтів з політравмою та неврологічними розладами.

Діагностична пункція і лаваж черевної порожнини

До впровадження ультразвукового дослідження та комп'ютерної томографії пункція і лаваж черевної порожнини були методом вибору і рутинним дослідженням при інтраабдомінальних ушкодженнях, особливо при підозрі на внутрішньочеревну кровотечу. При його позитивних результатах проводили діагностичну лапаротомію, яка, проте, в 10—25% випадків закінчувалась без лікувальних маніпуляцій. У певної частини хворих такі невиправдані лапаротомії супроводжувалися погіршенням стану, а то й смертю.

Отримання геморагічної рідини при діагностичному лаважі черевної порожнини не дає інформації про локалізацію джерела кровотечі, її силу, а також активність. Цей діагностичний метод не дає змоги виділити ту групу хворих, у яких допустиме консервативне лікування.

Техніка. Метод вимагає таких самих застережних заходів, як і кожне хірургічне втручання, у т. ч. строгого дотримання асептики.

◆ Після катетеризації сечового міхура та обробки оперативного поля проводять місцеву анестезію по середній лінії живота у верхній третині відрізка, що сполучає пупок і верхній край лобкового симфізу. Шкіру надрізають, після того катетер з мандреном вводять доти, доки не буде проколота очеревина. Мандрен виймають, а катетер вводять далі у напрямку порожнини тазу.

◆ Внутрішньочеревну рідину відсмоктують шприцом, при її відсутності вводять у черевну порожнину 1 л фізіологічного розчину та видаляють його за принципом сифона.

Результати:

- ◆ Перитонеальна рідина або діалізат цілком чисті — результат негативний.
- ◆ Рідина виразно червона — гемоперитонеум.
- ◆ Рідина рожева або сумнівна — її пробу віддають у лабораторію для бактеріологічного дослідження, підрахунку еритроцитів та лейкоцитів, визначення

¹ У вітчизняній літературі для діагностичної пункції черевної порожнини побутує назва “лапароцентез” (Прим. ред.).

вмісту амілази та білірубину. Результати вважають позитивними, якщо рідина містить понад 175 МО/мл амілази, білірубін, якщо в ній виявляють мікроорганізми або вміст травного каналу (частинки їжі).

У сумнівних випадках катетер залишають у животі для повторного проведення дослідження через кілька годин.

Інформативність. Powell et al. при вивченні 10358 випадків травми живота встановили, що діагностичний лаваж черевної порожнини має високу чутливість та специфічність із точністю 97,3%: 1,3% результатів були хибно-негативні, 1,4% — хибнопозитивні. Частота ускладнень була 1%. Основною причиною хибнопозитивних результатів є наявність заочеревинної гематоми, з якої еритроцити дифундують у черевну порожнину. Тепер у Франції ультразвукова діагностика майже повністю витіснила діагностичний лаваж черевної порожнини.

Покази:

- ◆ відсутність ультразвукової апаратури або відповідного спеціаліста;
- ◆ необхідність дослідження внутрішньочеревної рідини, виявленої при ультразвуковому скенуванні або комп'ютерній томографії;
- ◆ підозра на перфорацію порожнистих органів.

Протипокази. Їх є мало, переважно це перенесені в минулому абдомінальні оперативні втручання.

Ультразвукове дослідження

Ультрасонографія, яка за останні десятиріччя здобула широке визнання, успішно застосовується при обстеженні пацієнтів із травмою живота. У країнах Європи та в Японії за останні 5 років вона майже повністю витіснила діагностичний лаваж черевної порожнини при діагностиці гемоперитонеуму. У США цей метод утвердився вже давно, його широке застосування засвідчують численні публікації. Ультрасонографія — високочутливий метод виявлення вільної рідини в черевній порожнині, який дає змогу засвідчити її наявність при кількості до 100 мл. Вільну рідину найлегше виявити у відлогих відділах живота, де вона скупчується, особливо в дугласовому просторі або в гепаторенальній заглибині (кишеня Морісона²). Наявність крові у периспленальному просторі свідчить або про її велику кількість у черевній порожнині, або про травму селезінки. Вільна рідина в сальниковій сумці дає підставу запідозрити травму дванадцятипалої кишки, підшлункової залози або жовчної протоки.

При перфорації порожнистих органів єдиним ультразвуковим симптомом є наявність вільної рідини в черевній порожнині. Щодо діагностування травми окремих паренхіматозних органів — печінки, селезінки, нирок, підшлункової залози, чутливість ультрасонографії загалом нижча, ніж комп'ютерної томографії.

◆ При діагностиці травми селезінки чутливість ультразвукового дослідження сягає 90 %.

◆ При травмах печінки ультрасонографія дає інформацію про її забій (контузію), субкапсулярні гематоми та крововиливи в паренхіму.

◆ При травмах підшлункової залози ультрасонографія часто утруднена внаслідок парезу кишок, чутливість її у цих випадках посередня.

Переваги. Широко розповсюджена, ультрасонографія легка у застосуванні в багатьох ситуаціях, у т. ч. в реанімаційних відділеннях. Це неінвазивне дослідження, яке при потребі можна проводити повторно. Численні публікації засвідчують, що ультрасонографія дає змогу зорієнтуватися в ургентних ситуаціях, навіть

² Простір, обмежений зверху нижньою поверхнею печінки, медіально — правою ниркою, знизу — брижою поперечної ободової кишки (Прим. ред.).

якщо дослідження проводять не вузькі спеціалісти, а лікарі інших спеціальностей, які володіють цією методикою (анестезіологи, реаніматологи, хірурги). Ультрасонографія насамперед дає змогу підтвердити або заперечити наявність великої кількості вільної рідини в черевній порожнині при нестабільності гемодинаміки.

Таблиця 2.
Інформативність ультразвукового дослідження
в діагностиці гемоперитонеуму

Автори	Кількість спостережень	Чутливість, %	Специфічність, %
Hoffman et al., 1992	291	89	97
Liger et al., 1993	73	92	96
Goletti et al., 1994	250	98	99
Healey et al., 1996	800	88	98

Недоліки. Ультрасонографія утруднена при ожирінні, рефлекторному парезі кишок, підшкірній емфіземі, сильному болю. Щодо діагностики травм паренхіматозних органів вона менш інформативна, ніж комп'ютерна томографія.

Комп'ютерна томографія (КТ)

Це дослідження вимагає покласти пацієнта на стіл апарата, тому його можна застосувати лише у випадках, коли гемодинаміка стабільна або стабілізована. Перевага методу при політравмі полягає у можливості провести одночасне комплексне дослідження голови, грудей, живота і таза. Сучасна апаратура дає змогу провести таке обстеження в середньому протягом 30 хвилин. При переважанні абдомінальної травми КТ застосовують найчастіше як доповнення до ультрасонографічного дослідження: з метою уточнення причини гемоперитонеуму або обсягу пошкоджень внутрішніх органів. На інформативність дослідження суттєво впливає техніка його проведення.

Комп'ютерну томографію проводять після від'єднання (знімання) металевих предметів, що можуть спричинити артефакти (електроди, трубки респіратору тощо), після введення контрасту через зонд у шлунок для візуалізації травного каналу та катетеризації і наповнення сечового міхура. Спочатку дослідження проводять без, а потім із внутрішньовенним введенням контрастної речовини. Якщо необхідно провести комп'ютерну томографію голови, це роблять до введення йодовмісних речовин, щоб не сплутати аномальне скупчення контрасту з крововиливом. Сканування повинно охоплювати живіт і таз, що дає змогу виявити суб- і ретроперитонеальні гематоми, які спричинюють появу внутрішньочеревної рідини внаслідок дифузії. Гемоперитонеум при КТ виявляють за наявністю ділянок із щільністю понад 30 одиниць Hounsfield (щільність свіжої крові), що локалізуються в анатомічних заглибинах і відлогих відділах живота. За даними Federle et al. при травмах печінки та селезінки гемоперитонеум у 97% випадків виявляють у гепаторенальному просторі.

Нині комп'ютерна томографія — це дослідження з найвищими чутливістю і специфічністю (понад 90%) при діагностиці ушкоджень паренхіматозних органів. При цьому застосовують 2 класифікації: при ушкодженнях селезінки — Бунтейна і співавт., печінки — Мірвіса і співавт. (табл. 3).

Таблиця 3.
Комп'ютерно-томографічна класифікація
пошкоджень селезінки та печінки

Класифікація пошкоджень селезінки за Бунтейном (Buntain)
Ступінь 1: локалізовані пошкодження капсули або субкапсулярна гематома.
Ступінь 2: розриви паренхіми, що не доходять до воріт; гематоми паренхіми.
Ступінь 3: поодинокі або множинні розриви, що доходять до воріт або великих судин.
Ступінь 4: роздроблення селезінки або відрив її ніжки.
Класифікація пошкоджень печінки за Мірвісом (Mirvis)
Ступінь 1: розрив капсули, поверхневі надриви паренхіми глибиною до 1 см, субкапсулярні гематоми діаметром до 1 см.
Ступінь 2: розриви паренхіми від 1 до 3 см у глибину, субкапсулярні або інтра-паренхіматозні гематоми діаметром 1–3 см.
Ступінь 3: розриви глибиною понад 3 см, субкапсулярні гематоми діаметром понад 3 см.
Ступінь 4: субкапсулярні або внутрішньопечінкові гематоми діаметром понад 10 см. Деструкція або деваскуляризація однієї частки печінки.
Ступінь 5: деструкція або деваскуляризація обох часток печінки.

Переваги комп'ютерної томографії:

- ◆ Точне визначення обсягу ушкодження інтра- і ретроперитонеальних органів.
- ◆ Встановлення супутніх пошкоджень екстраабдомінальних органів.
- ◆ Результати дослідження відносно незалежні від суб'єктивного сприймання того, хто його проводить.
- ◆ Інтерпретацію дослідження може провести як радіолог, так і лікар іншої спеціальності.

Недоліки:

- ◆ Необхідність транспортування пацієнта в діагностичний кабінет.
- ◆ Гірша інформативність при дослідженні порожнистих органів черевної порожнини.

Артеріографія

Це дослідження, яке широко застосовувалось до впровадження комп'ютерної томографії, нині має досить обмежені покази:

- ◆ передопераційне обстеження при травмах печінки, у т. ч. і перед ендovasкулярним втручанням, при наявності артеріопортальної фістули або артеріальної кровотечі, а також при гемобілії;
- ◆ при травмах нирки у випадках виявлення “німої нирки” при внутрішньовенній урографії або за відсутності комп'ютерно-томографічних симптомів ушкодження паренхіми нирки. Метод дає змогу виявити пошкодження судинної ніжки нирки, що вимагає ургентного хірургічного втручання;
- ◆ дослідження та емболізація при пошкодженнях судин черевної порожнини або заочеревинного простору, зокрема, при травмах таза.

Лапароскопія

Ідея застосування лапароскопії для діагностики травми доволі давня. Ренесанс методу зумовлений появою новітнього обладнання. Wood et al. повідомили про проведення ними 150 лапароскопій під місцевою анестезією або із застосуванням седативних препаратів. Хибнопозитивних результатів при цьому не було, але точність дослідження не перевищувала точності комп'ютерної томографії. Townsent et al. застосували лапароскопію для обстеження 15 пацієнтів з метою уточнення характеру ушкодження паренхіматозних органів, виявленого при скенуванні, та виявлення інших можливих пошкоджень органів черевної порожнини. При цьому у 3 випадках водночас з травмою печінки та селезінки при лапароскопії було виявлено також пошкодження сигмовидної та порожньої кишки. Проте публікацій, що порівнюють результати різних методів та оцінюють ризик ускладнень ургентної лапароскопії (газова емболія, гіпоксія, пневмоторакс з ядухою при розриві діафрагми), недостатньо.

Діагностична орієнтація

Важливішими, ніж клінічне дослідження живота, яке суттєво утруднене при політравмі, для діагностики абдомінальної травми є анамнестичні дані про обставини травми: автокатастрофа, отримання травми під час руху, раптової зупинки, здавлення та особливо наявність порушень гемодинаміки на догоспітальному етапі, які вимагають застосування певного комплексу діагностичних методів і визначають лікувальну тактику.

Послідовність досліджень при політравмі має велике значення, оскільки важливо не пропустити пошкодження, які можуть бути фатальними (ушкодження мозку, розрив аорти та ін.).

Слід пам'ятати, що травми органів живота, які супроводжуються триваючою кровотечею, або перфорація порожнистих органів є абсолютними показами для ургентного хірургічного втручання.

Діагностика гемоперитонеуму

За даними лапаротомії, більш, ніж у 80% випадків гемоперитонеум зумовлений травмою печінки, селезінки і брижі.

Діагностичний лаваж черевної порожнини і ультрасонографія — це два основні методи дослідження, які найчастіше застосовуються і дають змогу швидко визначити наявність крові в черевній порожнині. Їх можна здійснити в реанімаційному відділі без переміщення пацієнта. Провести таке обстеження може лікар будь-якої спеціальності.

У пацієнтів зі стабільною гемодинамікою додатково до ультрасонографії або КТ-скенування живота можна застосувати комп'ютерну томографію для діагностики екстраабдомінальних ушкоджень.

Діагностика перфорації порожнистих органів

Розриви тонкої та товстої кишки займають 3 та 4 місце серед травматичних ушкоджень органів черевної порожнини. Не виключено, що при застосуванні пасків безпеки ризик перфорації порожнистих органів суттєво зростає. Діагноз перфорації порожнистих органів на основі даних комп'ютерної томографії не вдається встановити у 50% випадків, ультрасонографія тут ще менш інформативна. Пункція та лаваж черевної порожнини залишаються при цій патології найбільш чутливими та

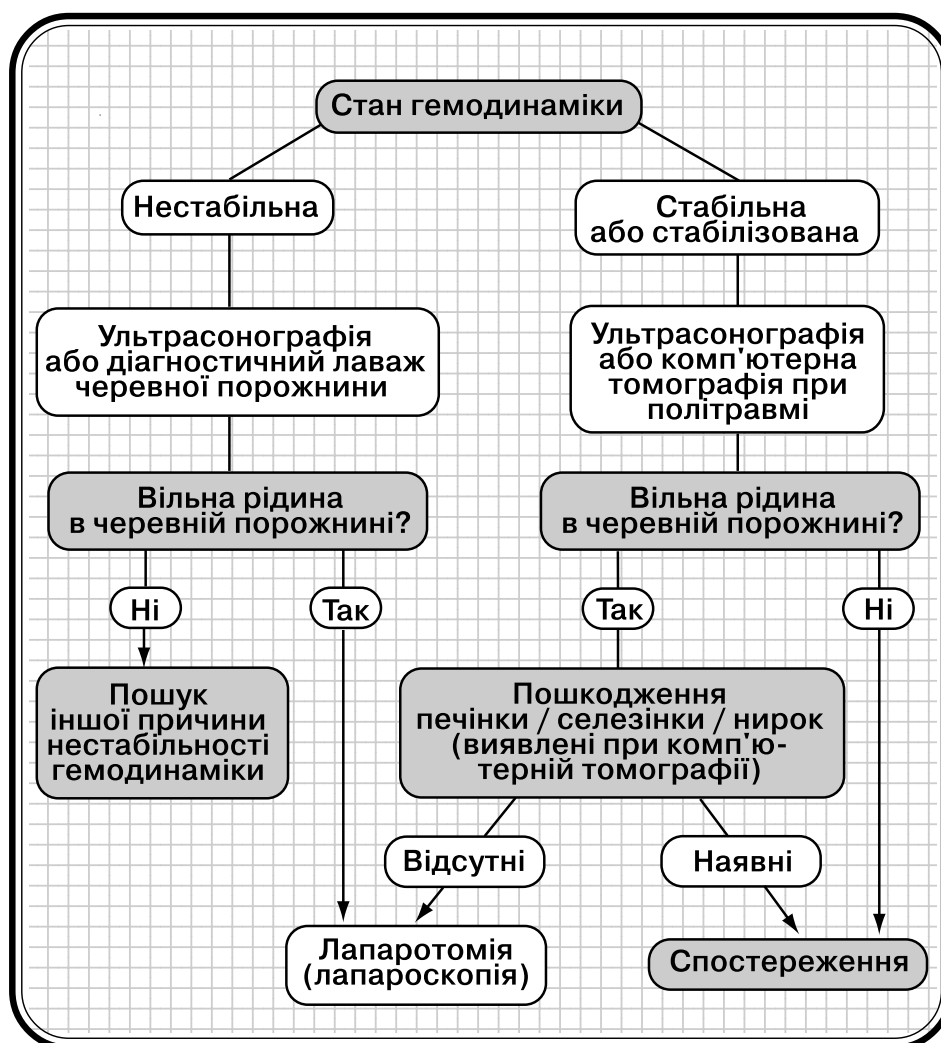


Рисунок.

Діагностично-лікувальний алгоритм при закритій травмі живота

специфічними дослідженнями: завдяки їм через 4—5 годин після травми можна встановити наявність перфорацій більш, ніж у 90%.

У всіх випадках закритих травм живота виникає 2 запитання:

- ◆ Чи пошкоджені внутрішні органи?
- ◆ Яка тактика найдоцільніша?

Для полегшення відповіді на ці запитання запропоновано алгоритм (див. рисунок).

Вибір методу лікування

Якщо при ультрасонографії або пункції та лаважі черевної порожнини виявлено велику кількість вільної рідини, або у пацієнта геморагічний шок, то необхідна негайна лапаротомія. Якщо стан пацієнта стабільний або швидко стабілізується, проводять комп'ютерну томографію, на основі даних якої роблять вибір між ургентним хірургічним втручанням та консервативною тактикою (спостереження в спеціалізованому відділі). Є численні аргументи на користь консервативної тактики:

- ◆ Понад 50% травм печінки не супроводжуються кровотечею на момент лапароскопії;
- ◆ Пізні розриви печінкових або порталних судин трапляються дуже рідко, оскільки печінка нерухомий орган, летальність при таких ушкодженнях перевищує 75%;
- ◆ При травмах нирок, за винятком ушкодження судинної ніжки, ургентне втручання невинуватене, якщо немає геморагічного шоку;
- ◆ ризик важких інфекційних захворювань (особливо пневмококової етіології) після спленектомії зростає в 50 разів;
- ◆ лапаротомії, проведені без крайньої необхідності, негативно впливають на дихальну функцію, особливо при супутніх травмах грудної клітки і легень.

Застереження проти консервативного підходу

- ◆ можливість вторинного розриву селезінки (який, проте, рідко може бути пізніше 15 днів після травми);
- ◆ імовірність не встановити розрив діафрагми та перфорацію органів травного каналу;
- ◆ збереження контужених або нежиттєздатних частин паренхіматозних органів із ризиком некрозу та абсцедування.

При травмах яких органів обирають консервативний підхід?

Селезінка. Роль цього органа в імунологічному захисті організму, ризик септичних ускладнень після спленектомії є вагомими аргументами на користь консервативної тактики при травмах селезінки у дітей. Така ж думка нині поширюється і на спленектомію у дорослих. Нині консервативної тактики дотримуються у 15—20% таких пацієнтів. Smith et al. визначили такі критерії вибору консервативної тактики: стабільна гемодинаміка; 1, 2 або 3 комп'ютерно-томографічна стадія ушкодження; відсутність інших інтраабдомінальних пошкоджень; вік пацієнта до 55 років.

За хворими із травмою селезінки при консервативному лікуванні рекомендують спостерігати протягом 7—10 днів, з них перші 2 дні — у відділі інтенсивної терапії. За відсутності ускладнень контрольну ультрасонографію або комп'ютерну томографію проводять на 3—7 день. Заняття спортом протипоказані протягом 3—4 місяців після травми.

Печінка. Дані літератури стверджують, що консервативна тактика при травмах печінки є успішною у більш, ніж половини хворих. Є клінічні і комп'ютерно-томографічні критерії, на основі яких можна утриматися від хірургічного

втручання: стабільність гемодинаміки, трансфузія менш, ніж 4 доз еритроцитарної маси, відсутність активної кровотечі, помірний гемоперитонеум, відсутність інших інтраабдомінальних пошкоджень.

За даними багатоцентрового дослідження Pachter et al., середня тривалість госпіталізації хворих, у яких застосовано цю методику, становить 13 днів, 46% пацієнтів виписують в межах тижня від дня надходження в стаціонар, 29% — наприкінці другого тижня.

Пацієнти із ушкодженням печінки 3—4 ступеня повинні перебувати під спостереженням перші кілька днів у відділі інтенсивної терапії, контрольну комп'ютерну томографію проводять переважно на 7—10 день.

Нирки. При травмах нирок консервативна тактика є правилом. Лише ушкодження нижки нирки із порушенням її кровопостачання вимагає ургентної операції. Якщо при травмі нирки виникає геморагічний шок, іноді доводиться робити нефректомію, щоб досягти гемостазу.

Ушкодження травного каналу і підшлункової залози. Перфорація травного каналу завжди вимагає хірургічного втручання. При травмах підшлункової залози, на які припадає до 5% травм органів черевної порожнини, підхід менш стандартизований, хоч деякі автори рекомендують у всіх випадках проводити експлоративну лапаротомію.

Прогноз

Летальність при травмах живота коливається у межах 1—30%. При цьому слід розрізняти дві принципово різні ситуації: ізольована травма живота та абдомінальні ушкодження при політравмі.

При ізольованій травмі живота летальність становить 1—20%, вона залежить від пошкодження конкретних органів: при травмі селезінки вона нижча від 5%, порожнистих органів — становить 5—10%, при масивних травмах печінки перевищує 50%. Кількість уражених органів також суттєво впливає на прогноз. При ізольованих травмах печінки летальність сягає 6%, при пошкодженні 3 органів — 15%, 4 і більше — перевищує 50%.

На прогноз при політравмі дуже сильний вплив має наявність ушкодження інших органів і систем (за межами черевної порожнини). Prall et al., вивчаючи 672 випадки травми живота із середньою летальністю 7%, встановили, що при її поєднанні з важкою черепномозковою травмою (індекс Glasgow 9) летальність сягала 34%.

Висновки

Діагностика та лікування закритої травми живота за останні 10 років зазнали суттєвих змін. Орієнтація на застосування зображувальних методів дослідження та нехірургічні методи лікування вимагає досконалого технічного оснащення та цілодобової доступності апаратури, а також наявності кваліфікованих бригад лікарів-хірургів та інших спеціалістів, спроможних надати допомогу таким пацієнтам.

Переклад *Тараса Качмара*

Nous remercions vivement la rédaction de "LA REVUE DU PRATICIEN"
pour l'autorisation de la réimpression de cet article