

ми факторами, которые запускали патологический процесс полиорганной недостаточности, а тяжелая травма, кровопотеря вызывали неспецифическую реакцию систем и органов в ответ на повреждающие факторы. Под воздействием микробной инфекции и токсемии возникает повреждение во всех системах гомеостаза, но выраженность нарушений различна — от незначительных до недостаточности. Клиническая выраженность повреждений не бывает одинаковой для всех органов, возрастные изменения и сопутствующие заболевания способствовали быстрой декомпенсации.

Однако, следует отметить, что длительность критического периода зависела от объема поражения — чем больше органов вовлекалось в процесс, тем длительнее был процесс интенсивного лечения. Тяжесть синдрома не ускоряла летальный исход, так как применялось большее число лекарственных терапий, что удлиняло период декомпенсации.

К сожалению, даже самая современная и многокомпонентная терапия не дает желаемого эффекта при неустраненном воспалительном процессе в брюшной полости. Это подтверждается на аутопсии 47 умерших больных. Летальность находилась в прямой зависимости от числа вовлеченных систем.

Таким образом, синдром полиорганной недостаточности является крайне тяжелым осложнением разлитого гнойного перитонита, патогенетическую основу которого составляют нарушения, запускаемые микробной инвазией. Необходимо продолжить поиск более действенных методов лечения, а пока они будут найдены, основные усилия направить на профилактику этого грозного и часто фатального осложнения.

Н.Д. Томнюк, И.А. Рябков, П.Т. Жиго, В.Р. Кембель

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

**ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава (г. Красноярск)
МУЗ ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича (г. Красноярск)**

В разделе экстренной хирургии вопросы диагностики и хирургической тактики при закрытой травме живота ещё надолго останутся актуальными. Об этом говорят их частота (18 — 24 %) от всех травм мирного времени и летальность (31 — 64 %) после тяжёлых сочетанных травм. Своевременная и точная диагностика особенно трудна, когда пострадавшие поступают в состоянии шока, алкогольного опьянения, в бессознательном состоянии на фоне действия наркотических веществ и т.д. В этих случаях возникает масса диагностических и тактических вопросов. Как их решать?

За последние 3 года (2003 — 2005 гг.) в нашей клинике на базе ГКБ № 6 находилось 218 больных с закрытой травмой брюшной полости, забрюшинного пространства. Основное место занимали бытовые травмы: удар в живот и спину — 102 (46 %), сдавление — 72 (33 %), падение с высоты — 31 (14 %), в 13 (6 %) случаях выяснить механизм травмы не удалось.

Наиболее часто имело место повреждение кишечника — 47 (20 %) случаев, паренхиматозных органов — 39 (13 %); 83 (38 %) больных с сочетанной травмой, 38 (16 %) больных поступило в состоянии тяжёлого шока, борьба с которым представляет большие трудности. Среди жертв травматизма преобладали трудоспособные пациенты от 16 до 60 лет — 78 %. Мужчин было 164, а женщин 54 человека.

Поскольку при закрытой травме живота имеется реальная опасность повреждения органа: кровотечение или развитие перитонита, то возникает вопрос о ранней диагностике этих повреждений. Наряду с традиционными (лабораторными, рентгенологическими), важную роль играют специальные, в том числе инструментальные методы исследования (лапароскопия и лапароцентез). Лапароцентез и пункция брюшной полости нами применялась у 181 (80 %) больного с закрытой травмой живота. Диагностическая ценность их несомненная, но она снижается при наличии подкапсульных гематом и незначительных субкапсулярных повреждений паренхиматозных органов. Лапароскопия проводится реже, она сложнее и не всем доступна, из 29 у 27 пациентов определена целесообразность оперативного вмешательства.

Для проведения дифференциальной диагностики с забрюшинными гематомами, в последнее время мы используем метод УЗИ. Из 64 с сочетанными и множественными повреждениями, наличие забрюшинной гематомы подтверждено в 61 случае.

Забрюшинная гематома у 25 наших больных сочеталась со свободной жидкостью в брюшной полости. Экстравазат здесь имел двойной генез и чтобы не ошибиться, дифференциальная диагностика должна строиться на основании динамического наблюдения.

Таким образом, наши клинические данные показывают, что УЗИ в совокупности с лабораторными, инструментальными методами исследования позволяет в большинстве случаев решить вопросы диагностики, тактики и лечения, больных с повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства.