

## ДЕЯКІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ І ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПОЄДНАНИХ ТРАВМАХ ПАРЕНХІМАТОЗНИХ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

*В.А.Шуляренко, Я.П.Фелештинський, В.І.Мамчич,  
М.М.Гвоздяк, В.М.Держак, В.В.Петрусенко, О.В.Шуляренко*

**Дніпропетровськ, Україна**

Серед постраждалих з травмою паренхіматозних органів черевної порожнини зростає частота її поєднання з черепно-мозковою травмою, що потребує виділення домінуючої, конкуруючої і поєднаної форми.

Робота включає дослідження 84 дорослих хворих (75 чоловіків і 9 жінок) і 6 дітей, у яких травма паренхіматозних органів поєднувалась зі скелетною травмою у 12 і черепно-мозковою у 29 пацієнтів.

Травматичний шок, що спостерігався при ізольованій черепно-мозковій травмі тільки в 1%, при поєднаних пошкодженнях паренхіматозних органів черевної порожнини та скелетній травмі спостерігався більш ніж у 51% хворих, що суттєво впливає на перебіг і наслідки, при цьому еректильна фаза подовжена в часі. Кардинальні ознаки шоку і внутрішньочеревної кровотечі при черепно-мозковій травмі і травматичному пошкодженні паренхіматозних органів черевної порожнини (низький артеріальний тиск, тахікардія) можуть затушовуватись артеріальною гіпертензією і брадикардією, обумовленою черепно-мозковою травмою при мезенцефалобульбарній формі забою головного мозку не тільки в перші хвилини, а і години після травми. Тільки у хворих з легким і середнім ступенем тяжкості черепно-мозкової травми можливо виявлення чітких ознак внутрішньочеревного пошкодження. У хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою внаслідок пошкодження диенцефальних структур головного мозку в клініці переважала артеріальна гіпертензія, брадикардія, порушення свідомості, що нівелювало чіткі прояви абдомінальних пошкоджень. Застосування ультразвукового обстежен-

ня дозволило виявити наявність крові в черевній порожнині у 89,6% обстежених, лапароцентез — у 95,3%.

При наявності анізокорії, стійкої брадикардії, епілептичних нападів, особливо вогнищевого характеру і з прогресуючим наростанням загально мозкових симптомів, у діагностичний комплекс необхідно включати ехоенцефалографію, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію. Принциповим положенням при наданні допомоги хворим з травмою паренхіматозних органів є одночасне проведення діагностичних і реанімаційних заходів. Для встановлення діагнозу використовували клінічні, лабораторні, рентгенологічні дані, ультразвукову діагностику, при необхідності — лапароцентез, лапароскопію. При наявності черепно-мозкових і внутрішньочеревних пошкоджень одночасно вирішувалось питання консервативної терапії травми мозкових структур і хірургічного втручання.

При наявності внутрішньочерепної кровотечі із ран печінки виконували зупинку шляхом зашивання, тампонування, гепатопексії, атиполої резекції. В одного хворого виконали лівобічну гемігепатектомію. При травмах селезінки виконували спленектомію, резекцію полюса селезінки, застосовували гемостатичну губку Спонгостан, фібриновий клей Tissucol.

У 2 дітей при ушкодженні паренхіматозних органів обмежились консервативною терапією, котра була ефективною.

Перебіг найближчого післяопераційного періоду ускладнився у 23 (25,5%) хворих, із них померли 10 (43,4%).