

## ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ ЗАКРИТОЮ ТРАВМОЮ ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ ПРИ ПОЛІТРАВМІ

*Я.Л.Заруцький, О.Ф.Савицький*

Українська військово-медична академія  
Київ, Україна

---

У роботі представлений комплексний підхід до вибору хірургічної тактики у 77 постраждалих із закритою травмою заочеревинного простору при політравмі із врахуванням обсягу діагностичних заходів, оцінки тяжкості постраждалого, прогнозуванням перебігу травматичної хвороби, розподілу операційних втручань за обсягом. Анатомо-функціональна модель дозволяє виконувати динамічне прогнозування перебігу травматичної хвороби. Розроблена і впроваджена диференційована хірургічна тактика, яка ґрунтується на визначенні обсягу, строків і послідовності хірургічних втручань у залежності від прогнозу перебігу травматичної хвороби у постраждалих із закритою травмою заочеревинного простору при політравмі, дозволила знизити частоту виникнення ускладнень і летальність на 10,7% і 9,9% відповідно.

*Ключові слова: політравма, заочеревинний простір, диференційована хірургічна тактика.*

---

### **Вступ**

Закрита травма заочеревинного простору (ЗТЗП) спостерігається у 65% постраждалих із закритою травмою живота і поперекової ділянки з пошкодженням внутрішніх органів, виникає внаслідок багатокomпонентної високоенергетичної травми, що призводить до масивної кровотечі з утворенням ретроперитонеальних гематом [4, 7].

У 27,5% випадків розвиваються ускладнення, пов'язані з розвитком інфекційного процесу через проникнення кишкового вмісту, сечі, жовчі, панкреатичного соку [3, 6]. Летальність у таких постраждалих коливається від 35% до 60% [1, 2, 8, 10].

Відсутність чітких показань до ревізії ретроперитонеальних гематом під час операцій у 63% випадків призводить до хірургічних поми-

лок, у результаті яких пошкодження органів заочеревинного простору залишаються нерозпізнаними. З іншого боку, ЗТЗП може бути причиною лапаротомії без пошкодження внутрішніх органів, що на фоні політравми призводить до погіршення стану постраждалого [5, 9].

Незважаючи на велику кількість робіт, присвячених лікуванню окремих пошкоджень заочеревинного простору, особливості хірургічного лікування травматичної хвороби у таких постраждалих не визначені. Виникає необхідність удосконалення методів діагностики шляхом скорочення тривалості діагностичних маніпуляцій, координації зусиль на виявленні основного джерела кровотечі, диференційованого підходу до вибору операційного втручання в гострому періоді травматичної хвороби.

Метою дослідження було покращити результати хірургічного лікування постраждалих із закритою травмою заочеревинного простору при політравмі шляхом удосконалення діагностичних заходів, розробки диференційованої хірургічної тактики.

### *Матеріали та методи дослідження*

Дані для вивчення та аналізу особливостей ЗТЗП були отримані при лікуванні постраждалих у відділенні політравми Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги та Головному військово-медичному клінічному центрі «ГВКГ». Для визначення нозологічної структури вивчався весь отриманий обсяг даних за період з 2001 до 2007 р., у структурі політравми ЗТЗП склала 5,33%. Характеристика груп дослідження наведена в табл. 1.

*Таблиця 1*

### **Характеристика груп дослідження**

	Основна група (із закритою травмою заочеревинного простору)		Контрольна група (без об'єктивно верифікованих пошкоджень заочеревинного простору)
	Клінічна підгрупа 1	Клінічна підгрупа 2	
Тактика лікування	Традиційна хірургічна тактика	Диференційована хірургічна тактика	Традиційна хірургічна тактика
Кількість постраждалих	167	77	154

Серед постраждалих із ЗТЗП при політравмі переважали чоловіки — 191 (78,28%) — працездатного віку, жінок було 53 (21,72%). У більшості випадків (81%) причиною політравми із ЗТЗП були дорожньо-транспортні пригоди і кататравма. Основні показники гомеостазу у померлих вивчали у часові проміжки до 1 доби, на 1-3 і 3-7 добу, що було пов'язано з високою летальністю (34%) у I та II періодах травматичної хвороби. У постраждалих, що вижили, реєстрували найбільші відхилення показників на 1, 3, 7 і 14 добу.

Для оцінки ступеня тяжкості анатомічних пошкоджень у постраждалих застосовували бальну систему за шкалою PTS (табл. 2).

**Таблиця 2**

**Характеристика груп постраждалих за тяжкістю анатомічних пошкоджень при надходженні**

Ступінь тяжкості за шкалою PTS	PTS, бали	Контрольна група		Основна група	
		абс.	%	абс.	%
II ступінь Тяжкі, без загрози для життя на першому етапі	20-34	85	55,19	133	54,51
III ступінь Тяжкі із загрозою для життя на всіх етапах лікування	35-48	47	30,52	76	31,15
IV ступінь Вкрай тяжкі з невеликим шансом на виживання	49	22	14,29	35	14,34
Усього	-	154	100	244	100

Групи постраждалих за характером травми, тяжкістю анатомічних пошкоджень (за шкалою PTS, ISS), віком і статтю були співставимі.

**Результати дослідження та їх обговорення**

З метою визначення структури ЗТЗП вивчена частота пошкоджень органів і структур у постраждалих в основній групі: пошкодження підшлункової залози становили 15,48%, дванадцятипалої кишки — 1,43%, нирки — 19,96%, брижі — 15,27%, хребта — 3,46%, великих судин — 2,85%, кісток таза — 32,79%, сечового міхура — 5,91%, уретри — 2,85%.

Клінічний перебіг ЗТЗП визначався загальною реакцією організму постраждалих на крововтрату і травму. Тобто генетично де-

терміновані можливості компенсаторних, репараційних та регуляторних систем організму визначали інтенсивність і спрямованість біохімічних, імунних та інших фізіологічних процесів, що підтримували постійність гомеостазу.

З метою визначення впливу ЗТЗП на тяжкість травми був проаналізований об'єм крововтрати при надходженні до стаціонару постраждалих у групах дослідження. Крововтрата 10-20% ОЦК у контрольній групі виявлялася у 54,56%, в основній групі — у 15,57% постраждалих, 21-40% ОЦК — у 31,81% і 45,08%, більше 40% ОЦК — у 13,63% і 39,35% ( $p < 0,05$ ) відповідно. Проведений порівняльний аналіз величини індексу Алговера встановив, що частота маніфестації та ступінь тяжкості травматичного шоку знаходились у прямій залежності від величини крововтрати. Індекс менше 1 виявлено у 5,74% постраждалих основної групи й у 12,07% у контрольній групі, від 1 до 1,5 — у 14,16% і 21,18%, від 1,5 до 2 — у 31,88% і 27,06%, більше 2 — у 48,22% і 39,69% випадків відповідно ( $p < 0,05$ ). В основній групі частота маніфестації травматичного шоку II і III ст. тяжкості (31,9% і 41,1%) статистично істотно ( $p < 0,05$ ) перевищувала ці показники в контрольній групі (27,1% і 34,7%).

У клінічній підгрупі 2 у постраждалих зі стабільною гемодинамікою виконували весь комплекс відповідних діагностичних заходів, який включав лабораторне, рентгенологічне, ультразвукове і комп'ютерне дослідження внутрішніх органів. При наявності травматичного шоку I-II ст. тяжкості (46,2%) постраждалі надходили до протишокової палати (скорочений обсяг діагностичних заходів), а при вкрай тяжкому стані — безпосередньо в операційну (мінімальний обсяг діагностичних заходів), де разом з протишовковими заходами досліджувались порожнини організму. Після цього приступали до операційного втручання, яке при внутрішній кровотечі, що триває, було основним діагностичним і лікувальним заходом.

Виявлені основні показники гомеостазу та їх критичні значення, які статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) відображали тяжкість травми і використовувались нами в якості моніторингових маркерів клінічного перебігу травматичної хвороби. Була удосконалена анатомо-функціональна модель (анатомо-функціональний і багатофакторний показники), які обчислювались з використанням ударного індексу (УІ), відносної кількості паличкоядерних нейтрофілів (ПН),

показника вираженості дихально-циркуляторних розладів (ПНД-ЦР), коефіцієнта інтегральної тоничності судин (КІТ), показника напруженості дихання (ПНД), частоти серцевих скорочень (ЧСС), показника стабілізації тонусу (ПСТ), а також модифікованої шкали PTS-M, в якій нами визначена тяжкість ушкоджень органів і структур заочеревинного простору.

При ЗТЗП традиційні градації тяжкості пошкоджень і тяжкості стану не збігалися тому, що тяжкість стану в значній мірі залежала від особливостей компенсаційних можливостей організму, своєчасності та якості протишокових заходів. Узв'язку із цим тяжкість пошкоджень характеризувалась у вигляді єдиного інтегрального індексу тяжкості травми, що вміщувала прогнозування наслідків (патент на корисну модель №32796), який оцінювали за формулами:

$$\text{АФП} = \text{PTS-M} + 303,9 + 5,2 \text{ ПНД} + \text{ПСТ} + 2,5 \text{ КІТ} - 0,14 \text{ ПН} - 2,8 \text{ УІ};$$
$$\text{БФП} = 0,01 \text{ ПНД} + 0,0017 \text{ ПСТ} + 0,003 \text{ КІТ} - 0,06 \text{ ПН} - 0,04 \text{ УІ} - 0,99;$$

де АФП — анатоμο-функціональний показник, БФП — багатофакторний показник, PTS-M — тяжкість травми за даною шкалою, ПНД — показник напруження дихання, ПСТ — показник стабілізації тонусу, КІТ — коефіцієнт інтегральної тоничності, ПН — питома вага паличкоядерних нейтрофілів, УІ — ударний індекс.

При надходженні первинну оцінку тяжкості пошкоджень проводили за анатомічними шкалами (PTS, ISS), але цей показник залишався незмінним протягом усього клінічного перебігу травматичної хвороби. Анатоμο-функціональна оцінка тяжкості та багатофакторний показник дозволяли виконувати динамічне прогнозування перебігу травматичної хвороби.

У результаті проведеного аналізу були отримані критичні рівні в балах, які визначали «сприятливий» (АФП — менше 600, БФП — менше 0,8) і «несприятливий» (АФП — більше 600, БФП — більше 0,8) прогноз у постраждалих із ЗТЗП при політравмі. «Сумнівний» прогноз визначали тоді, коли один із показників (АФП, БФП) вказував на «несприятливий» прогноз, а інший — на «сприятливий».

Динаміка змін АФП в клінічній підгрупі 2 в залежності від тяжкості травми наведена на рис. 1.

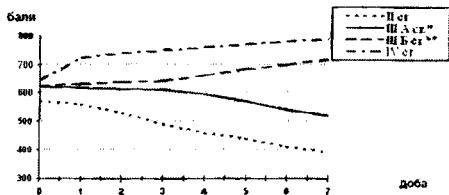


Рис. 1. Динаміка змін анатомо-функціонального показника в клінічній підгрупі 2 в залежності від тяжкості травми.

**Примітки:** \* — III А ст. — постраждали, що вижили, із III ст. тяжкості за шкалою PTS; \*\* — III Б ст. — постраждали, що померли, із III ст. тяжкості за шкалою PTS.

При визначенні методу операційного втручання при політравмі у постраждалих із «сприятливим» прогнозом можливе виконання максимального обсягу операційно-технічних заходів, які необхідні при конкретному пошкодженні. При «несприятливому» прогнозі необхідно виконувати тільки заходи, спрямовані на зупинку зовнішньої та внутрішньої кровотечі, що триває, при можливості виконати реінфузію крові та мінімальне за травматичністю, обсягом і часом втручання. Таким чином, технічні маніпуляції при ЗТЗП за обсягом виконання розділили на три групи: «мінімальний», «скорочений», «повний».

У клінічній підгрупі 2 «мінімальний» обсяг включав у себе операційно-технічні заходи, які рятували життя і дозволяли швидко виконати гемостаз: зашивання парієтальної очеревини виконали у 7 постраждалих для відновлення «ефекту самотампонування» при тазових гематомах; накладання С-подібної рами Ганца — у 6 при нестабільних переломах кісток таза, з метою зменшення внутрішньотазової порожнини; видалення органа при розчавленні нирки та множинних її розривах з наявністю ішемічних інфарктів — у 4, відриві нирки від судинної ніжки та пошкодженні ниркових судин — у 2, пошкодженні більшої частини паренхіми, що несумісне з подальшою її функцією, — у 3; гемостатичні шви — в 11 постраждалих при пошкодженні капсули та паренхіми нирки; аргонеплазмову коагуляцію — у 4 та пексію нирки — у 2; санацію та дренивання чепцевої сумки при пошкодженнях підшлункової залози — у 17. При неможливості виявлення джерела кровотечі виконували тампонаду гемостатичною марлею — у 5 або силіконовими контейнерами — у 2 постраждалих, з проведенням програмованої релaparотомії із застосуванням методики «damage-control», після стабілізації гемодинаміки — заключний гемостаз.

«Скорочений» обсяг включав у себе: шви порожнинних органів при пошкодженні позаочеревинних відділів дванадцятипалої кишки — у 3 та товстої кишки — у 2 постраждалих; нефростому — у 2 при пошкодженні лоханки нирки; епіцистостому — у 10 постраждалих, при позаочеревинному пошкодженні сечового міхура — у 7, розриві усіх стінок уретри — у 2, відриві уретри від сечового міхура — в 1; у 2 постраждалих виконали стабілізацію переломів кісток таза стрижневими апаратами зовнішньої фіксації при нестабільних переломах кісток тазу.

«Повний» обсяг включав у себе: металоостеосинтез пластинами переломів кісток таза виконали у 2 постраждалих; резекцію полюсу нирки — у 3 при його пошкодженні; резекцію дистального відділу підшлункової залози — у 8 при пошкодженні з відривом головної протоки; судинний шов — у 4, а також комплекс інтраопераційних прийомів профілактики післяопераційних ускладнень (інтубацію кишківника, дренажування черевної порожнини).

У клінічній підгрупі 2 переважали операційні втручання в мінімальному обсязі (43,1%), у клінічній підгрупі 1 — у повному (53,2%) (рис. 2).

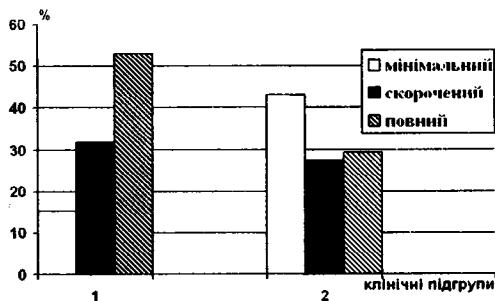


Рис. 2. Порівняльна характеристика операційних втручань за обсягом у клінічних підгрупах 1 та 2.

У результаті досліджень визначили особливості ревізії ретроперитонеальних гематом, які сформулювали у вигляді наступних положень:

1 перед ревізією необхідно оцінити рівень компенсації гемодинаміки, ступінь тяжкості постраждалого, локалізацію, розміри, вміст гематоми; мають бути створені умови для екстреного пережаття магістральної судини;

2 чим вище розташована гематома в заочеревинному просторі, тим активніша хірургічна тактика; ревізувались гематоми, що про-ривали у вільну черевну порожнину, у проекції підшлункової за-лози, нирки, дванадцятипалої кишки, з адекватним дрениванням заочеревинного простору на завершальному етапі; послідовність ревізії: магістральна судина в проекції гематоми, паренхімний, по-рожнинний орган.

3 ревізія не показана при тазових гематомах після виключення ушкодження сечового міхура, уретри, прямої кишки.

Комплексний підхід до вибору хірургічної тактики у постражда-лих із ЗТЗП при політравмі наведений в табл. 3.

У клінічній підгрупі 1 ускладнення мали місце у 83 (49,7%) по-страждалих, у клінічній підгрупі 2 — у 30 (38,96%), зменшилась кіль-кість специфічних ускладнень на 11,98% ( $p < 0,05$ ), серед яких най-частіше зустрічались: абсцеси в підгрупі 1 у 6,58% та підгрупі 2 у 3,89% випадків, вторинні кровотечі — у 7,18% і 2,59% постраждалих, нориці — у 2,38% і 1,3% випадків відповідно. Серед неспецифічних ускладнень найчастіше були відмічені в обох підгрупах післяопе-раційна пневмонія — 13,17% та 12,98%, нагноєння рани — 8,38% і 8,96%, неспецифічні запалення органів — 5,4% і 5,19%, перитоніт — 3,58% і 3,87% відповідно.

Із 167 постраждалих із ЗТЗП клінічної підгрупи 1 померло 86 (51,49%), а із 77 постраждалих клінічної підгрупи 2 — 32 (41,56%). Порівняльний аналіз летальності в залежності від ступеня тяж-кості травми за шкалою PTS в підгрупах дослідження свідчить про те, що кількість летальних випадків при II, III і IV ст. тяж-кості в клінічній підгрупі 2 зменшилась на 11,09%, 8,21% і 5,68% відповідно.

Основною причиною смерті в першу добу був травматичний шок (клінічна підгрупа 1 — 23,8%, клінічна підгрупа 2 — 12,08%) і крововтрата понад 20% ОЦК (9,74% і 6,92% відповідно), у ран-ньому і пізньому післяшоковому періодах — поліорганна не-достатність (8,77% і 10,19% відповідно) і тромбоемболічні ус-кладнення (1,45% і 1,89% відповідно). Основними причинами летальних наслідків у постраждалих, які померли після 7 доби (у III періоді травматичної хвороби) були плевропневмонія (1,55% і 2,51% відповідно) і гнійно-септичні ускладнення (2,15% і 3,56% відповідно).



**Порівняльна характеристика комплексного підходу до вибору хірургічної тактики у постраждалих із закритою травмою заочеревинного простору при політравмі**

Клінічна підгрупа 1 (2001-2004 рр.)	Клінічна підгрупа 2 (2005-2007 рр.)
<b>Діагностика</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- використання стандартизованих схем діагностики у постраждалих з ушкодженнями окремих органів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- використання організаційно-тактичних схем діагностики у постраждалих;</li> <li>- при нестабільній гемодинаміці — мінімальний обсяг діагностичних заходів;</li> <li>- при стабільній гемодинаміці — повний обсяг діагностичних заходів;</li> <li>- застосування спіральної та магнітно-резонансної комп'ютерної томографії.</li> </ul>
<b>Оцінка тяжкості</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- застосування анатомічних шкал PTS, ISS для визначення тяжкості травми;</li> <li>- застосування функціональних шкал SAPS, APACHE, APACHE II для оцінки тяжкості стану постраждалого</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- застосування анатомо-функціональної оцінки тяжкості та багатофакторного аналізу з урахуванням модифікованої шкали PTS-M;</li> <li>- визначення прогнозу перебігу травматичної хвороби з його розподілом на «несприятливий», «сумнівний» та «сприятливий».</li> </ul>
<b>Хірургічна тактика</b>	
<p><b>Традиційна тактика:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- виконання повного обсягу операційно-технічних заходів послідовно на пошкоджених органах і структурах заочеревинного простору</li> </ul>	<p><b>Диференційована хірургічна тактика:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- при «несприятливому» прогнозі перебігу травматичної хвороби — мінімальний обсяг операційно-технічних заходів;</li> <li>при «сумнівному» прогнозі — скорочений;</li> <li>при «сприятливому» прогнозі — повний;</li> <li>- застосування методики «damage-control»;</li> <li>- використання сучасних технологій.</li> </ul>
<b>Післяопераційне лікування</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- загальноприйнята інтенсивна терапія</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- штучна вентиляція легень апаратами IV покоління;</li> <li>- нейролептаналгезія;</li> <li>- раннє штучне ентеральне харчування.</li> </ul>

Невелике збільшення кількості померлих у періоді ранніх проявів у клінічній підгрупі 2 на 1,86%, а також у III періоді на 2,08% можна пояснити зменшенням летальності до першої доби. Таким чином, застосування розроблених і запропонованих програм діагностики, принципів і методик хірургічних втручань, лікування постраждалих з травматичною хворобою дозволило знизити частоту виникнення ускладнень на 10,7%, летальність до першої доби і загальну на 13,87% і 9,93% відповідно.

### **Висновки**

1. У структурі політравми постраждалі із закритою травмою заочеревинного простору склали 5,33%, у більшості випадків (81%) у результаті дорожньо-транспортних пригод та кататравми. Найбільша питома вага пошкоджень: кістки таза — 32,8%, нирки — 19,9%, підшлункова залоза — 15,4%, сечовий міхур — 5,91%.

2. На основі порівняльного анатомо-функціонального аналізу встановлено, що закрита травма заочеревинного простору обтяжує стан постраждалого за рахунок збільшення об'єму крововтрати на  $15,7 \pm 2,9\%$  ОЦК та частоти виникнення травматичного шоку II та III ст. тяжкості на 4,9% та 6,4% в основній групі відносно контрольної та в поєднанні із тяжкими ушкодженнями інших ділянок призводить до вкрай тяжкого перебігу травматичної хвороби за рахунок розвитку «феномену взаємного обтяження».

3. Розроблена і впроваджена диференційована хірургічна тактика, яка ґрунтується на визначенні обсягу («мінімальний», «скорочений», «повний»), строків і послідовності хірургічних втручань у залежності від прогнозу перебігу травматичної хвороби у постраждалих із закритою травмою заочеревинного простору при політравмі, дозволила знизити частоту виникнення ускладнень і летальність на 10,7% і 9,9% відповідно.

### **Література**

1. Абакумов М.М. Повреждения живота при сочетанной травме / М.М.Абакумов, Н.В.Лебедев, В.И. Малярчук. — М.: Медицина, 2005. — 176 с.
2. Анкин Л.Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы) / Л.Н.Анкин. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 176 с.

3. Голобородько Н.К. Диагностика и хирургическое лечение закрытых повреждений и ранений живота при политравме: Автореф. дисс. ... д.мед.н.: 14.00.27 / Н.К. Голобородько. — Харьков, 1986. — 39 с.
4. Замятін П.М. Удосконалення діагностичної хірургічної тактики у постраждалих з домінуючими ушкодженнями грудей і живота в ранньому періоді травматичної хвороби (клініко-експериментальне дослідження): Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.03 /ІХТ АМН України / П.М.Замятін. — К., 2005. — 40 с.
5. Заруцкий Я.Л. Массивные забрюшинные кровотечения в хирургии повреждений // I Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Політравма — сучасна концепція надання медичної допомоги»: 36. тез. / Я.Л.Заруцкий, Я.С.Кукуруз, В.В.Бурлука [и др.]. — К., 2002. — С. 101-102.
6. Рылов А.И. Посттравматическое забрюшинное кровоизлияние у пострадавших с тяжелой закрытой множественной и сочетанной травмой живота / А.И.Рылов, Н.С.Кравец // Клінічна хірургія. — 2001. — №1. — С. 15-18.
7. Цыбуляк Г.Н. Общая хирургия повреждений / Г.Н.Цыбуляк. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 648 с.
8. Brongel L. One-day surgery in multiple trauma patients / L.Brongel // Przegląd lekarski. — 2000. — Vol. 57. — №5. — P. 133-135.
9. Broos P.L.O. Life saving surgery in polytrauma patients / P.L.O.Broos, H.M.L.Janzing, L.A.S.Vandermeeren, K.S.A.Klocrats // Przegląd lekarski. — 2000. — Vol. 56. — №5. — P. 118-119.
10. Nast-Kold D. Multiple organ failure still a major cause of morbidity but not mortality in blunt multiple trauma / D.Nast-Kold, M.Aufmkolk, S.Rucholtz [et al.] // J. Trauma. — 2001. — №5. — P. 835-841.

***Я.Л.Заруцкий, О.Ф.Савицкий. Тактика хирургического лечения пострадавших с закрытой травмой забрюшинного пространства при политравме. Киев, Украина.***

***Ключевые слова: политравма, забрюшинное пространство, дифференцированная хирургическая тактика.***

Представлен комплексный подход к выбору хирургической тактики у 77 пострадавших с закрытой травмой забрюшинного пространства при политравме с учетом объема диагностических мероприятий, оценки тяжести пострадавшего, прогнозированием клинического течения травматической болезни, разделения оперативных вмешательств по объему. Разработанная и внедренная концепция дифференцированной хирургической тактики, которая основана на определении объема, сроков, приоритетности и последовательности оперативных вмешательств в зависимости от прогно-

за, позволила снизить частоту возникновения осложнений на 10,7% и летальность на 9,9%.

*Ya.L.Zarutskiy, O.F.Savitskiy. Tactics of surgical treatment of polytrauma patients with blunt retroperitoneal injuries. Kyiv, Ukraine.*

*Key words: polytrauma, retroperitoneal spaces, differentiate surgical tactics*

77 victims with polytrauma experienced multiple and combined blunt trauma of retroperitoneal spaces were examined. It has been elucidated the harmful effects of blunt trauma of retroperitoneal spaces complicated by haematomas clinical trial through its acute period. Proposed by the author anatomy-functional index of appraisal of severity, which takes into consideration estimative mark according to the scale PTS, the volume of blood loss, and forecast the result of polytraumas with the authenticity of 82,7%. Proposed conception of differentiate surgical tactics, which is based on the definition of volume, terms, priority and succession of surgical intervention depending on the forecast and periods of the traumatic illness, allowed to reduce the frequency of the appearance of complications on 10,7%, general mortality 9,9%.