

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

*П.Н.Замятин,
Е.Н.Крутько, Ю.И.Мирошниченко*

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины»
Харьков, Украина

В данной работе отражена частота травматической болезни, по-синдромный подход к диагностике и интенсивной терапии синдрома полиорганной дисфункции у пострадавших с травматической болезнью.

Ключевые слова: травматическая болезнь, синдром полиорганной дисфункции.

Введение

В мире ежегодно около 12 млн человек получают травму, из них погибает около 350 тыс. В Украине ежегодно регистрируется до 170 тыс. дорожно-транспортных происшествий, в которых гибнут почти 30 тыс. и 200 тыс. человек получают ранения. Это связано с тем, что число автомобилей и, соответственно, аварий на дорогах страны стремительно растет. Смертность от травм считается тогда, когда пострадавшие умирают в сроки до 7 суток после получения травмы, а в мировой статистике — когда умирают в течение месяца. При таком подсчете смертность от травм в Украине превысит рубеж 70 тыс. [1, 6].

В авариях страдают в основном лица молодого трудоспособного возраста. Средний возраст погибших — 23-34 года. Травма стоит на первом месте среди причин летальности лиц до 40 лет. Среди выживших пациентов 40-60% становятся инвалидами. На лечение

каждого пострадавшего с тяжелой травмой за рубежом тратится в среднем 80 тыс. долларов [3, 4, 6, 8].

В ГУ «ИОНХ АМН Украины» ежегодно поступают с острой травмой 400-500 человек, из них в ОРИТ — 130-150 человек. В 35-40% случаев травмы носят сочетанный характер. Преобладают травмы конечностей и головы. В посттравматическом периоде синдром полиорганной дисфункции (СПОД) развивается в большинстве случаев.

За последние 5 лет число пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ), нуждающихся в лечении в ОРИТ, возросло в 10 раз. Для их лечения применяются передовые методы интенсивной терапии (ИТ), но, несмотря на это, летальность данной категории пострадавших остается самой высокой, достигая 80%. СПОД часто играет ведущую роль в танатогенезе. Практически все пострадавшие с ТСТ нуждаются в немедленной медицинской помощи многих специалистов, которые должны быть обеспечены современными технологиями [2, 5].

Повреждения при сочетанной механической травме приближаются по тяжести к огнестрельным ранениям. Знание особенностей клинических проявлений раннего посттравматического периода поможет улучшить качество медицинской помощи и исходы лечения как пострадавших, так и раненых. [9]

Целью работы было повысить эффективность лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой и синдромом полиорганной дисфункции на основании изучения особенностей клинических проявлений этой патологии.

Материалы и методы исследования

Работа основана на результатах исследования 316 пострадавших с тяжелыми травмами, полученными в автодорожных авариях, проходивших лечение в отделении травматического шока ГУ «ИОНХ АМН Украины» в период с 1999 по 2010 г.

Всех пострадавших разделили на две группы. В 1 группу (контрольную) вошли 131 пострадавших, у которых провели ретроспективный анализ лечения СПОД. Во 2 группу (основную) включено 185 человек, в том числе 70 раненых, у которых провели проспективный анализ формирования и течения СПОД, а также эффективности разработанных методов лечения.

Тяжесть состояния и повреждения оценивали по шкалам APACHE-II, ПОН, ISS, TRISS. Сравнивали виды анестезиологического обеспечения при оперативных вмешательствах, обезболивание в

послеоперационном периоде, основные методы ИВЛ, ИТТ, способы нутритивной поддержки и коррекции метаболизма.

Результаты исследования и их обсуждение

Формирование и течение СПОД изучили по результатам обследования 115 пострадавших основной группы.

Таблица 1

Частота и степень выраженности органических составляющих СПОД у пострадавших в группах, %/баллы

Органическая дисфункция	1 группа	2 группа	3 группа
Дыхательная	57,1/1,3	84,6/2,4	100/2,8
Почечная	44/1,3	62/1	67/1
Печеночная	5,3/1	18,2/1	40/1
Сердечно-сосудистая	62,1/1,4	69,2/2	100/2,2
Гемическая	33/1,7	53/2,1	50/1,3
Мозговая	17,9/1,4	61,5/2,9	83,3/3,6
Полиорганная	53,3/4,2	92,3/7,6	100/9,2

Наибольшие степени выраженности в баллах имели: в 1 группе — гемическая (1,7); во 2 группе — мозговая (2,9), дыхательная (2,4) и гемическая (1,3) недостаточность; в 3 группе — мозговая (3,6), дыхательная (2,8) и ССН (2,2).

Проведенный анализ показал, что в 69% случаев СПОД развивается с первых суток, при этом выраженность СПОД прямо пропорциональна числу поврежденных областей тела.

Частота СПОД у пострадавших в 1-3-и сутки после травмы составила 69-81%. В первые сутки она развилась у 53,3% в 1 группе, у 92,3% — во 2-ой и у 100% — в 3-ей. На 3-и сутки — соответственно 64,7, 100 и 100%. Число пострадавших с СПОД и выраженность ее возрастали параллельно числу поврежденных областей тела. При повреждении двух областей тела СПОД выявили у 73,3%, а пяти и более областей — у 93,3%. Соответственно степень выраженности СПОД составила 5,5 и 8,2 балла. Это подтвердило достоверную зависимость тяжести СПОД от числа поврежденных областей.

Анестезиологическое обеспечение оперативных вмешательств и лечение боли. Для оптимизации методов анестезии проведен ретроспективный анализ 250 анестезий пострадавших. Результаты анализа показали, что основным видом обезболивания операций была неин-

галяционная анестезия. В структуре ранений повреждения конечностей составили 63,3%. При анализе работы разных анестезиологических групп установили, что доля регионарной анестезии составила 49,3%. В связи с этим проведено изучение возможности применения регионарной анестезии у пострадавших с ТСТ. Были выбраны наиболее удобные, легко воспроизводимые и наиболее эффективные методики.

В двух рандомизированных группах по 15 человек уточнили реакции кровообращения на эпидуральную анестезию (ЭА) и нейролептаналгезию при ИВЛ. В целом центральная гемодинамика при ЭА с ИВЛ претерпевала меньше изменений, чем при НЛА, была более стабильной и рациональной. Таким образом, подтверждена возможность безопасного и предпочтительного применения регионарных методов анестезии у пострадавших с ТСТ.

Всего выполнили 230 анестезий: НЛА с ИВЛ — у 37,3% человек, ЭА с ИВЛ — у 23,6%, спинномозговая — у 12,7%, анестезия плечевого сплетения — у 6,1%, проводниковая анестезия нижней конечности — у 7,9%. 72,7% операций выполнено под разными вариантами регионарной анестезии.

Нейролептаналгезию с ИВЛ применили у 123 пострадавших с множественными повреждениями при операциях: трепанация черепа, торакоцентез, трахеостомия, лапароцентез и лапароскопия. Средняя длительность анестезии составила $3,87 \pm 1,3$ ч, израсходовано фентанила — $6,44 \pm 0,7$ мкг/кг/ч, дроперидола — $0,15 \pm 0,03$ мг/кг, кетамина — $1,0 \pm 0,2$ мг/кг/ч, сибазона — $0,32 \pm 0,05$ мг/кг.

ЭП с ИВЛ применили у 78 пострадавших при лапаротомиях, ПХО ран, скелетном вытяжении, открытых репозициях костей с металлоостеосинтезом. Это были пациенты со стабильной гемодинамикой, восполненным ОЦК, устраненной анемией. Средняя длительность анестезий составила $5,3 \pm 1,6$ ч, израсходовано фентанила — $0,86 \pm 0,02$ мкг/кг/ч, дроперидола — $0,06 \pm 0,01$ мг/кг, 2% лидокаина — 122,6 мг/ч.

Спинномозговую анестезию применили у 42 пострадавших при скелетном вытяжении, эпицистостомии, ВЧКДО по Илизарову, ПХО ран конечностей и протезировании бедренной артерии. Анестезию выполняли однократной инъекцией спинального маркаина 0,5% — 4 мл (20 мг). Длительность анестезии превышала время операции и сохранялась 4-6 ч.

Анестезию плечевого сплетения в межлестничном промежутке применили у 20 пострадавших при ПХО ран, ВЧКДО по Илизарову

ву и открытой репозиции костных отломков с остеосинтезом. Среднее время анестезии составило $3,3 \pm 1,1$ ч. Блокада достигалась наропином 1% 15 мл с лидокаином 2% 25 мл или маркакаином 0,5% 20 мл с лидокаином 2% 20 мл.

Проводниковую анестезию нижней конечности применили у 26 пациентов при ПХО ран и скелетном вытяжении. Среднее время анестезии было $3,6 \pm 1,5$ ч. Для блокады бедренного нерва вводили лидокаин 1,5% 20 мл, седалищного нерва — лидокаин 2% 10-15 мл. Местную анестезию сочетали с фентанилом — 1,3 мкг/кг/ч и дропериолом — 0,067 мг/кг.

Результаты выполненных исследований свидетельствуют о безопасности и предпочтительном применении регионарных методов анестезии у пострадавших с ТСТ. Ее применение во время операций значительно повышает пропускную способность анестезиологической группы, ее мобильность и дает возможность параллельно заниматься интенсивной терапией, снижает потребность в ИВЛ на 27,5%.

Динамика полиорганной недостаточности на фоне лечения в посттравматическом периоде. Оценена эффективность изученных методов интенсивной терапии на течение СПОД у пострадавших с ТСТ в течение 15 суток после травмы.

Величина баллов по шкале АРАСНЕ-II в 1 группе в среднем составила 4,9; во 2-ой — 11,6; а в 3-ей — 20,1 ($p < 0,05$).

У пострадавших с ТСТ при лейкоцитозе, повышенных лимфоцитах и иммуноглобулинах на 3-и сутки после травмы отмечали неполноценность фагоцитоза. Индекс его завершенности снижался до 0,84 (при норме 1-2,5), уменьшалась активность Т- и В-лимфоцитов. В иммунограмме пострадавших на 3-и сутки после травмы IgA был в норме, IgM повышался до 4,28 г/л (норма 0,48-3,24 г/л), IgG увеличивался до 23,6 г/л (норма 7,63-18,87 г/л). На 10-е сутки после травмы сохранялось нарушение фагоцитоза и выявляли снижение IgA до 0,5 г/л, IgM до 0,3 г/л и IgG до 4-5 г/л.

Таким образом, было установлено, что первые 3-5 суток после травмы характеризуются угнетением клеточного звена иммунитета, в то же время гуморальное звено напряжено, к 7-10-м суткам наступало угнетение и гуморального звена иммунитета.

Динамика сердечно-сосудистой недостаточности. Показатели артериального давления за период наблюдения были в среднем в пределах нормы. Изменения выявили среди показателей центральной гемодинамики. УО сердца на всех этапах оставался в пределах

нормы и мало отличался в группах. МОС был выше нормы во 2 и 3 группах в первые 3 суток (5,5-6,3 л/мин.) и на 10-е сутки после травмы (6,1 л/мин.). СИ был ниже нормы во 2 и 3 группах на 5-7-е сутки (2,6-2,8 л/мин./м²). ОПСС и ДЗЛА оставались в пределах нормы.

Таким образом, ССН в раннем посттравматическом периоде протекает волнообразно с периодами подъема и угнетения кровообращения. На 5-7-е сутки после травмы наименее часто выявляли угнетение кровообращения. Сохранявшийся гиподинамический тип кровообращения наблюдался у наиболее тяжелых пациентов и умерших, что надо учитывать при ИТТ.

Динамика дыхательной недостаточности. ОДН имелась во всех группах в течение всего периода наблюдения, но наиболее часто выявлялась во 2 и 3 группах. ОДН у пациентов к 15 суткам выявляли во 2 группе у 66,7%, в 3-ей — у 85,7%. За 15 суток лечения частота ОДН снизилась в 1 группе на 56,2%, во 2-ой — на 21,2%, в 3-ей — на 14,3%.

Мозговая недостаточность, динамика и лечение. Динамика мозговой недостаточности в течение 15 суток посттравматического периода представлена на рис. 6. Нарушения сознания в первые сутки после травмы в 1 группе пациентов были в отдельных случаях. Во 2 группе число пострадавших с мозговой недостаточностью стало уменьшаться лишь к 10-м суткам после травмы и регистрировалась у 46% пациентов. В 3 группе мозговая недостаточность была наиболее выражена и отмечалась у 80-90% на всех этапах исследования.

Неврологический дефицит в среднем в 1 группе не превышал 1 балла, во 2 группе был 2,6-4,9 балла на всех этапах исследования, в 3 группе — 6-9 баллов. Во 2 группе степень выраженности неврологического дефицита после 5 суток после травмы имела стойкую тенденцию к снижению.

У пострадавших с комой интенсивная терапия прежде всего была направлена на обеспечение достаточного церебрального перфузионного давления (ЦПД), стараясь удерживать его на уровне 80 мм рт.ст. Всем пострадавшим с ЧМТ назначали дексазон по 16-32 мг в сутки в течение 5-7 дней. Маннитол 1 г/кг в сутки вводили за 3-4 ч. Все пострадавшие получали весь комплекс анальгетической, цитопротекторной терапии.

В последние годы в патогенезе острых нарушений кровоснабжения головного мозга придают большое значение факторам вторичного повреждения головного мозга, в том числе и радикалам кислорода. В этой связи мы применили новый отечественный препарат с

антиоксидантным действием — мексидол в дозе 300–400 мг 3 раза в сутки внутривенно в течение 7–10 дней. У пациентов раньше восстанавливалось самостоятельное дыхание, сознание и кровообращение, наблюдался более быстрый регресс неврологического дефицита, уменьшались сроки нахождения в реанимационных отделениях.

При субарахноидальных кровоизлияниях, менингоэнцефалитах применили способ, позволяющий эффективно снижать концентрации токсических веществ в ликворе. Устанавливаем катетер в субарахноидальном пространстве, удаляем по 10 мл ликвора, а обратно вводим по 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия с 50 мг меронема или 100 мг амикацина. Первоначально стараемся удалить до 50 мл измененного ликвора. В последующие дни ликворообмен выполняли 3 раза в сутки по 10 мл. Данная методика приводила к более быстрому восстановлению сознания и уменьшению неврологического дефицита. Длительность ИВЛ и лечения в ОРИТ сокращалась более чем в 2 раза.

За 15 суток лечения частота мозговой недостаточности снизилась в 1 группе до 0, во 2-ой — на 22,6%, а в 3-ей повысилась на 3,6%.

Печеночно-почечная недостаточность. Печеночную недостаточность, оцененную по уровню ферментов, выявили у всех пострадавших с ТСТ. Наиболее часто она отмечалась на 3–5-е сутки, а затем реже и к 15 суткам посттравматического периода сохранялась лишь у 10–16% пострадавших.

При динамическом наблюдении в среднем билирубин оставался в пределах нормы, но у пациентов с разрывами печени был повышен. При оценке уровня ферментов отметили повышение АЛТ до 127 ± 56 ед./л, АСТ — до 208 ± 96 ед./л на 5-е сутки, что свидетельствовало о наличии ПН. Изменения АЛТ в группах носили необычный характер, во 2 группе пострадавших с 3-х по 10-е сутки уровень значений на 10 ед./л был ниже, чем в 1 группе. По нашему мнению, это можно объяснить лишь тем, что во 2 группе у пациентов были более высокие цифры pO_2 в связи с более частым применением ИВЛ, и, следовательно, печень меньше страдала от гипоксии, т.е. повышение АЛТ было прямо пропорционально степени гипоксии.

Гипергликемию отметили у всех пострадавших в первые сутки после травмы, а у пострадавших со сроком лечения в ОРИТ более 7 суток она сохранялась весь период исследования. В среднем она не превышала 10 ммоль/л, но в 3 группе на 3-и сутки уровень глюкозы статистически значимо отличался от исходных значений и составил $11,3 \pm 4$ ммоль/л.

Уровень белка плазмы в 1 группе был в норме. Гипопротеинемию отметили у пациентов 2 и 3 групп. Причем у последних белок был ниже нормы весь период исследования, снижаясь до 47 г/л на 3-и сутки.

При исследовании электролитов плазмы выявили, что у умерших натрий был выше нормы на всех этапах исследования, на 5-й день — 159 ± 21 ммоль/л.

Уровень креатинина в среднем был повышенным только у пациентов 3 группы на 3-и, 5-е и 15-е сутки (174 ± 19 ; 231 ± 20 и 264 ± 22 мкмоль/л соответственно ($p < 0,05$)).

О скорости метаболизма и функции почек судили по содержанию азота мочевины в крови. Из представленных на рис. 8 данных следует, что он наиболее высок у пациентов 3 группы.

В 1 группе при поступлении ОПН диагностировали у 44-45%, а к 10-м суткам — у 7%, во 2 группе соответственно у 62 и 35%. В 3 группе при поступлении она была у 50-67% пострадавших и не имела тенденции к уменьшению в процессе наблюдения. За 15 суток ИТ частота ОПН в 1 и 2 группах снизилась на 40,3%, а в 3 группе осталась на прежнем уровне.

Таким образом, нарастание в динамике признаков почечно-печеночной недостаточности является неблагоприятным фактором для прогноза, так как было характерно только для пациентов 3 группы.

Гемическая недостаточность. Гемическую недостаточность имели более половины пострадавших во всех группах. Она отмечалась на протяжении всего раннего посттравматического периода. Частота гемической недостаточности у пострадавших в группах представлена на рис. 10.

Гемическую недостаточность чаще имели пострадавшие 3 группы. На 5-е сутки после травмы она была у всех пострадавших 3 группы, а к концу наблюдения — у 86-88%. Наименьшая частота гемической недостаточности была в первые сутки во всех группах.

Кишечная недостаточность. Динамика кишечной недостаточности на фоне лечения представляет определенный интерес с тех позиций, что по некоторым данным именно кишечник является двигателем ПОН.

Во 2 группе количество пострадавших, которые имели СКН, за 2 недели уменьшилось вдвое. СКН в третьей группе имели 70-80% пострадавших в течение всего раннего посттравматического периода. Во всех группах динамика степени СКН была схожей. До 3 суток

чаще был СКН II-III ст., а с 7 суток степень СКН уменьшалась. На фоне лечения к 15-м суткам в 1 группе СКН не было, во 2 она снизилась со 100 до 46%, а в 3 группе — со 100 до 75%.

Выводы

1. СПОД развивается с первых суток после получения ТСТ и выявляется у большинства (более 80%) пострадавших. Тяжесть состояния пострадавших определяется числом поврежденных областей тела, объемом анатомических разрушений и степенью вызванных ими функциональных расстройств.

2. Тяжесть СПОД по шкале MOD наиболее выражена до 3-5-х суток (6-9 баллов), наименее выражена на 7-е сутки (5-6 баллов). Прогноз при числе баллов до 5 — благоприятный, от 5 до 8 — серьезный, а более 8 — опасный для жизни.

3. Наиболее эффективным методом анестезиологического обеспечения хирургических вмешательств у пострадавших с ТСТ является регионарная анестезия, которая применяется в разных видах в качестве основного анальгетического компонента. При шоке и тяжелой ЧМТ основным видом является общая комбинированная анестезия с ИВЛ. Регионарная анестезия позволяет снизить применение ИВЛ на 27,5%.

4. Наиболее эффективно купирование болевого синдрома у пострадавших достигается сочетанием регионарных блокад с введением ненаркотических анальгетиков, антигистаминных препаратов, ингибиторов ферментов, антиоксидантов. Длительность анальгетического эффекта при такой комбинации в 2-2,5 раза выше, чем при использовании промедола, сроки разрешения ПОН на 2-3 суток меньше, а число пострадавших с ПОН к 10-15-м суткам уменьшается на 30-80%.

5. ОДН выявляется у 67% пострадавших с ТСТ. Степень проявления ОДН прямо пропорциональна тяжести состояния пострадавших. ИВЛ по объему (ДО 7-8 мл/кг) обеспечивает достоверно лучшие условия газообмена по показателям PaO_2 , TO_2 и CaO_2 в сравнении с вентиляцией по давлению.

6. Гемическая недостаточность выявляется у 74% пострадавших. Степень выраженности ее по шкале СПОД составила 1,4-2,2 балла. Плазмозаменители на основе гидроксипроксиэтилкрахмала превышают волемиический и гемодинамический эффект полиглюкина в увеличении ОЦК на 5,4%; СИ — на 39% и DO_2I — на 8-10%, при этом

ДЗЛА снижают на 5,4%. Гиперосмолярные, гиперонкотические растворы превышают эффект коллоидов в повышении МОС на 29,4%, УО — на 39% и объема сосудистой воды — на 19,8%.

7. Синдром кишечной недостаточности выявляется у 82% пострадавших. Парентеральное питание с ранними внутрикишечными инфузиями глюкозоэлектролитного раствора и полуэлементной питательной смеси устраняют СКН на 2-3 дня раньше, чем при других схемах лечебного питания, обеспечивают положительный баланс электролитов на 2-3-и сутки, а белков и азота — на 6-7-е сутки.

8. Более чем у $\frac{1}{4}$ пострадавших с ТСТ развиваются осложнения, частота их резко уменьшается после 15-х суток от момента травмы. Превалируют гнойные осложнения (75%), среди которых доминируют пневмония и перитонит, развивающиеся на фоне угнетения клеточного (на 3-5-е сутки) и гуморального (на 7-10-е сутки) звеньев иммунитета. Раннее назначение (с 3-го дня) препаратов, нормализующих фагоцитоз, и с 7-10-х суток иммуноглобулинов вдвое снижает частоту инфекционных осложнений.

9. При субарахноидальных кровоизлияниях у пострадавших с ТСТ применение ликворообмена снижает длительность бессознательного периода, неврологический дефицит, уменьшает койко-день в ОРИТ на 3-5 сут.

Литература

1. Гуменюк Н.И. Инфузионная терапия / Н.И.Гуменюк, С.И.Киркилевский. — К.: Книга плюс, 2004. — 208 с.
2. Гурьев С.О. Особливості полісистемних пошкоджень, що виникають внаслідок дорожньо-транспортних пригод / С.О.Гурьев, В.Д.Шищук / Проблеми військової охорони здоров'я. Збірник наукових праць. — Вип. 17. — 2006. — С. 21-26.
3. Ерюхин И.А. Экстремальное состояние организма: Элементы теории и практ. пробл. на клин. модели тяжелой сочетанной травмы / И.А.Ерюхин, С.А.Шляпников. — СПб.: Эскулап, 1997. — 288 с.
4. Ерюхин И.А. Псевдомембранозный колит и «кишечный сепсис» вследствие дисбактериоза, вызванного антибиотиками / И.А.Ерюхин, С.А.Шляпников, В.Ф.Лебедев, Г.А.Иванов // Вестн. хирургии. — 1997. — №2. — С. 108-111.
5. Hegde S.S. Effects of mesenteric ischemia and reperfusion on small bowel electrical activity / S.S.Hegde, S.A.Seidel, J.K.Ladipo [et al.] // J. Surg. Res. — 1998. — №1. — P. 86-95.
6. Hirst B.H. Adaptive responses of intestinal peptide transport to nutrients / B.H.Hirst, D.Walker, D.T.Thwaites // Gut. — 1997. — Vol. 41. — №3. — P. 61.

7. Hoist A. Intestinal endocrine signals to the CNS / A.Hoist, C.Orskov, A.W.Wettergren, M.Wojdeman // Gut. — 1997. — Vol. 41. — №3. — P. 42-43.
8. Iribarren Sarrias J.L. Hydroneumothorax secundario a sonda de nutrition enteral / J.L.Iribarren Sarrias, R.R.Fernandez, P.M.Ortiz, G.J.Ordenez // Nutr. Hosp. — 1996. — Vol. L. — №6. — P. 339-340.
9. Isolauri E. Role of probiotics / E.Isolauri // Gut. — 1999. — Vol. 45. — №5. — P. 34.

П.М.Зам'ятін, Є.М.Крутько, Ю.І.Мірошниченко. Інтенсивна терапія синдрому поліорганної дисфункції у постраждалих у пізньому періоді травматичної хвороби. Харків, Україна.

Ключові слова: травматична хвороба, синдром поліорганної дисфункції.

У роботі викладено частоту розвитку травматичної хвороби, по-синдромний підхід до діагностики та інтенсивної терапії синдрому поліорганної дисфункції у постраждалих з травматичною хворобою.

P.N.Zamyatin, E.N.Krutko, Y.I.Miroshnichenko. Intensive therapy of multiple organ dysfunction syndrome have affected later period. Kharkiv, Ukraine.

Key words: depression disease, multiple organ dysfunction syndrome.

Paper reflects the frequency of traumatic illness, approach to diagnostics and multiple organ dysfunction syndrome suffering from traumatic illness.