

8. Свінціцький А.С. Ревматичні хвороби та синдроми / А.С.Свінціцький, О.Б. Яременко – К.: Книга плюс, 2006. – 473 с.
9. Середюк Н.М. Госпітальна терапія / Н.М. Середюк, Є.М. Нейко – К.: Здоров'я, 2003. – 1176 с.
10. Синяченко О.В. Подагра / О.В. Синяченко, Э.Ф. Баринів – Донецк.: ДМУ, 1994. – 247 с.
11. Шепітько В.І. Структурно-функціональні показники криоконсервованої плаценти і вплив її трансплантації на морфофункціональний стан ряду внутрішніх органів.: Автореф дис.д-ра мед.наук. – Харків, 2004. – 40 с.

Реферати

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «КРИОЦЕЛЛ – КРИОЭКСТРАКТ ПЛАЦЕНТЫ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА
Капустянская А.А.

Вопросы изучения биологических фетоплацентарных тканей, которые применяют в клеточной терапии и их патогенетической роли в коррекции основных звеньев подагры стали основой для проведения данного исследования. Комплексное лечение обострения подагрического артрита с применением препарата «Криоцелл – криоэкстракт плаценты» приводит к более динамическому уменьшению уровня мочевой кислоты, обеспечивает значительное улучшение функциональной активности суставов, улучшает качество жизни больных подагрой.

Ключевые слова: подагра, «Криоцелл – криоэкстракт плаценты».

Стаття надійшла 23.12.09

APPLICATION OF PREPARATION “CRYOCELL - THE CRYO-EXTRACT OF THE PLACENTA” IN THE COMPLEX TREATMENT OF THE AGGRAVATION OF GOUTY ARTHRITIS
Kapustyanska A.A.

Questions of the study of the biological fetoplacental tissues, which use in the cellular therapy and their pathogenetic role in the correction of basic is sectional the gout of steel by basis for conducting of this investigation. The complex treatment of the aggravation of gouty arthritis with the application of preparation “Croycell - the cryo-extract of the placenta” leads to the more dynamic decrease of the level of uric acid, ensures a substantial improvement in the functional activity of joints, improves the quality of the life of the patients with gout.

Key words: gout, «Croycell - the cryo-extract of the placenta».

УДК: 616-036.882-08:618.2/7:612.648 (477)

АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ЛЕТАЛЬНІСТЮ ТА МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ВІДДІЛЕНЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДИТЯЧИХ ЛІКАРЕНЬ УКРАЇНИ

О. М. Ковальова

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Поділля

В статті наведено результати дослідження взаємозв'язку між летальністю і матеріально-технічним оснащенням у відділеннях інтенсивної терапії (ІТ) новонароджених дитячих лікарень України. Аналіз проведений на основі розрахунку коефіцієнтів співвідношення шансів (КСШ). Ідентифіковано внутрішньолікарняні чинники, що достовірно асоціюються зі збільшенням летальності, серед яких відсутність апаратів для СРАР-терапії (КСШ 6,43), загальна кількість дихальних апаратів менше 1,0 одиниці на 1 ліжко ІТ (КСШ 5,0), кількість дихальних апаратів високого класу менше 1,0 одиниці на 1 ліжко ІТ (КСШ 3,67), кількість неонатальних поліфункціональних моніторів менше 1,0 одиниці на 1 ліжко ІТ (КСШ 3,67) та кількість інфузійних дозаторів лікарських речовин менше 1 одиниці на 1 ліжко ІТ (КСШ 2,27) є найважливішими.

Ключові слова: відділення інтенсивної терапії новонароджених, співвідношення шансів.

Стаття є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» «Науково-методичне забезпечення моніторингу виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації на 2002-2011 роки» (№ держреєстрації 0103U000861).

Питання, присвячені пошуку причин, що призводять до підвищення летальності у відділеннях інтенсивної терапії, завжди привертала увагу науковців та організаторів охорони здоров'я [1, 2, 4]. Pronovost P. зі співавторами у своєму систематичному огляді робіт, присвячених зв'язку якісних характеристик лікарського персоналу і результатів діяльності відділень інтенсивної терапії (ВІТ), показали, що ВІТ, укомплектовані спеціалістами з ІТ (інтенсivistами), на відміну від ВІТ, укомплектованих не інтенсivistами, мають не тільки

нижчий рівень летальності, але й більш ефективно використання ресурсів [3]. Слабкий Г. О. зі співавторами у своїй роботі ідентифікував внутрішньолікарняні фактори ризику збільшення летальності у ВАІТ лікувально-профілактичних закладів різної потужності, які характеризують кадрове та матеріально-технічне забезпечення вказаних структурних підрозділів [6]. В його іншій роботі наводяться дані щодо асоціацій між матеріально-технічним забезпеченням служби анестезіології обласних лікарень для дорослих та збільшенням летальності у ВАІТ цих закладів [7]. Але публікацій, в яких би аналізувався зв'язок матеріально-технічного забезпечення служби неонатальної інтенсивної терапії (НІТ) дитячих лікарень (ДЛ) України з кінцевими результатами лікування немовлят у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН), немає.

Метою роботи було дослідити взаємозв'язок між матеріально-технічним забезпеченням та летальністю у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених дитячих закладів України та ідентифікувати ті фактори, що асоціюються зі збільшенням летальності.

Матеріал і методи дослідження. Для аналізу внутрішньолікарняних факторів, що можуть асоціюватися з рівнем летальності у ВІТН ДЛ, були розроблені уніфіковані звітні форми, в яких містилися питання, що охоплювали всі аспекти матеріально-технічного забезпечення цих структурних підрозділів. Показники діяльності представлені за 2007 рік. Всього проаналізовано 42 звіти, з яких 23 – з обласних ДЛ, 17 – з міських ДЛ, 1 – з Національної дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ" та 1 – з Черкаської обласної лікарні для дорослих. В дослідження включені усі блоки та відділення ІТН із кількістю ліжок три та більше, а виключені ті відділення, в яких питома вага дітей до 1000 складала більше 10% (два ВІТН). Таким чином, дослідженню підлягало 37 структурних підрозділів, з яких 14 – із кількістю ліжок 12 та більше, 20 – з кількістю ліжок від 6 до 11 та 3 – з кількістю ліжок від 3 до 5. Основним референтним показником для проведення аналізу був обраний середній рівень летальності у ВІТН ДЛ як інтегральний показник ефективності функціонування всієї служби ІТН та якості надання медичної допомоги новонародженим. Аналіз взаємозв'язку госпітальних чинників і летальності у ВІТН проводився шляхом розрахунку коефіцієнтів співвідношення шансів (КСШ) збільшення летальності під впливом кожного з обраних госпітальних чинників [5]. Результати дослідження представлені середнім значенням, середньоквадратичним відхиленням (СКВ) та довірчими інтервалами (ДІ).

Результати дослідження та їх обговорення. Як показало дослідження, у 2007 році у ВІТН проліковано 10 332 новонароджених, із яких 1 016 пацієнтів померло. Середня летальність у вказаних відділеннях складала 9,6 (95% ДІ 8,2-11,0)% із широкими коливаннями за адміністративними територіями України від 5,1% у Волинській ОДЛ до 21,2% у лікарні ОХМАТДИТ. Зважаючи на те, що основним фактором, який, на нашу думку, може вплинути на загальну летальність у ВІТН, є кількість новонароджених дітей із вагою до 1000 г та кількість пацієнтів хірургічного профілю, було проаналізовано питому вагу даного контингенту дітей, які лікувались у досліджуваних підрозділах. Так, у групі відділень, у яких летальність була вище 11,0%, питома вага дітей із вагою при народженні більше 1000 г, дорівнювала 3,84 (95% ДІ 1,97-5,72)%, а в другій, у яких летальність була нижче 8,2%, відповідно, 2,27 (95% ДІ 1,57-2,98)%, $p > 0,05$. Питома вага хворих хірургічного профілю в досліджуваних групах ВІТН відповідно складала 14,05 (95% ДІ 7,01-21,09)% та 7,01 (95% ДІ 2,92-11,08)%, $p > 0,05$.

До госпітальних факторів, що характеризують матеріально-технічну базу служби ІТН ДЛ і можуть впливати на кінцеві результати лікування в ВІТН, були віднесені показники забезпечення ВІТН базовим обладнанням, яке використовується для лікування новонароджених дітей та моніторингу вітальних функцій пацієнта. Дослідженням продемонстровано, що в перерахунку на 1 ліжко ІТН рівень оснащення ДЛ обладнанням у середньому по Україні складає: дихальними апаратами усіх класів – 1,0 (СКВ 0,41) одиниці, дихальними апаратами високого класу – 0,6 (СКВ 0,42) одиниці, поліфункціональними моніторами – 0,5 (СКВ 0,44) одиниці, пульсоксиметрами 0,6 (СКВ 0,47) одиниці, апаратами для осциляторного вимірювання артеріального тиску 0,2 (СКВ 0,21) одиниці, шприцьовими дозаторами лікарських речовин – 1,3 (СКВ 1,07) одиниці, інфузійними дозаторами лікарських речовин – 0,3 (СКВ 0,55) одиниці, закритими інкубаторами – 0,8 (СКВ 0,57) одиниці, відкритими інкубаторами – 0,6 (СКВ 0,47) одиниці та лампами для фототерапії – 0,5 (СКВ 0,33) одиниці.

Для з'ясування можливої ролі в летальності зазначених факторів, що характеризують матеріально-технічне забезпечення ВІТН, та дослідження сили їх взаємозв'язку з

летальністю були прийняті наступні референтні значення рівнів оснащення ліжок ІТ переліченим вище обладнанням: 1) оснащення дихальною апаратурою (ДА) усіх класів – менше 1,0 одиниці на одне ліжко ІТ (підрозділів із таким рівнем оснащення в ДЛ України сімнадцять); 2) оснащення ДА високого класу – менше 1,0 одиниці на одне ліжко ІТ (підрозділів із таким рівнем оснащення в ДЛ України тридцять один); 3) оснащення поліфункціональними моніторами (ПФМ) – менше 0,5 та 1,0 одиниці на одне ліжко ІТН (підрозділів із таким рівнем оснащення в ДЛ України, відповідно, двадцять три та тридцять два); 4) оснащення пульсоксиметрами – менше 0,6 одиниці на одне ліжко ІТН (підрозділів із таким рівнем оснащення в ДЛ України дев'ятнадцять); 5) оснащення шприцьовими дозаторами лікарських речовин – менше 1,0 одиниці на одне ліжко ІТ (підрозділів із таким рівнем оснащення в ДЛ України шістнадцять), 6) оснащення інфузійними дозаторами лікарських речовин – менше 0,3 одиниці на одне ліжко ІТ (підрозділів із таким рівнем оснащення в ДЛ України двадцять сім), 7) оснащення закритими інкубаторами – менше 0,8 та 1,0 одиниці на одне ліжко ІТН (підрозділів із таким рівнем оснащення в ДЛ України двадцять два та двадцять шість); 8) оснащення відкритими інкубаторами – менше 0,6 та 1,0 одиниці на одне ліжко ІТН (підрозділів із таким рівнем оснащення в ДЛ двадцять та тридцять два), 9) оснащення лампами для фототерапії – менше 0,5 одиниці на одне ліжко ІТН (підрозділів із таким рівнем оснащення в ДЛ дев'ятнадцять), 10) відсутність у ВІТН апаратів високочастотної (ВЧВ) вентиляції (підрозділів із таким рівнем оснащення в ДЛ України шістнадцять), 11) відсутність у ВІТН апаратів для СРАР (Continuous Positive airway pressure) терапії (підрозділів із таким рівнем оснащення в ДЛ України сімнадцять), 12) відсутність у ВІТН капнографів (підрозділів із таким рівнем оснащення в ДЛ України тридцять один), 13) відсутність у ВІТН апаратів для осциляторного вимірювання АТ (підрозділів із таким рівнем оснащення в ДЛ України двадцять чотири).

Аналіз взаємозв'язку між рівнем летальності у ВІТН ДЛ України та рівнем оснащення ліжок ІТН дихальною апаратурою показав, що оснащення дихальними апаратами на рівні менше 1,0 одиниці обладнання на 1 ліжко ІТ відіграє суттєву роль у підвищенні летальності у ВІТН – КСШ 5,0; 95% ДІ 3,54-6,46, $p < 0,05$ (рис. 1).

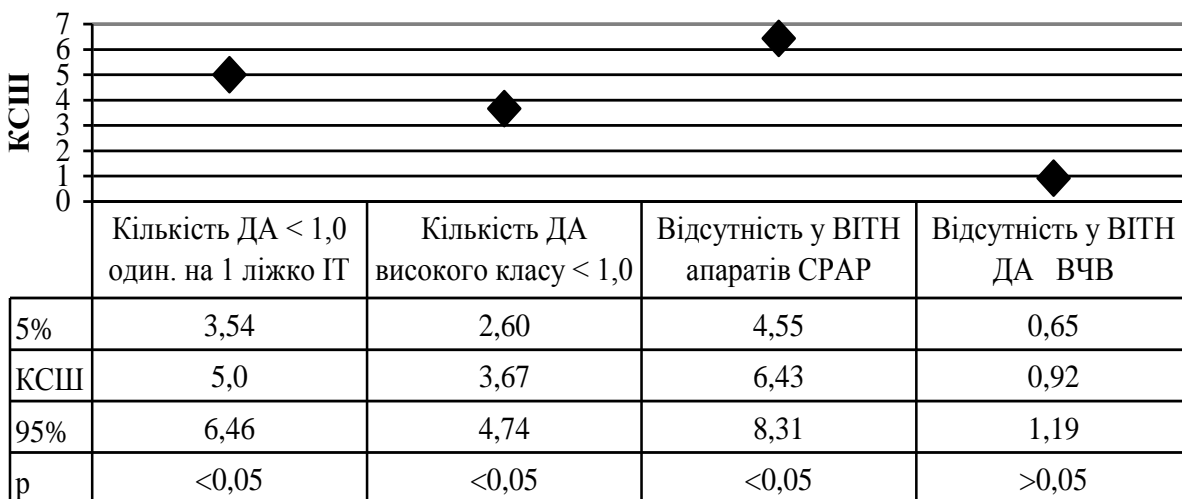


Рис. 1. Взаємозв'язок між летальністю та оснащеністю дихальною апаратурою ВІТН дитячих лікарень України (КСШ).

Також нами отриманий достовірний взаємозв'язок між летальністю та рівнем оснащення дихальними апаратами високого класу нижче 1,0 одиниці на 1 ліжко (КСШ 3,67; 95% ДІ 2,60-4,74, $p < 0,05$) і між рівнем летальності та відсутністю у відділенні апаратів СРАР (КСШ 6,43; 95% ДІ 4,55-8,31, $p < 0,05$). Таким чином, результати наших досліджень підтверджують думку про те, що лікування новонароджених дітей, особливо передчасно народжених із дихальними розладами, потребує застосування сучасних дихальних технологій із використанням апаратів високого класу, які монітують дихальні функції пацієнта, та апаратів СРАР терапії. Натомість нами не отримано достовірних асоціацій між рівнем летальності та відсутністю у відділеннях апаратів високочастотної вентиляції (КСШ 0,92; 95% ДІ 0,65-1,19, $p > 0,05$).

Що стосується взаємозв'язку між рівнем летальності у ВІТН та рівнем оснащення ліжок ІТН моніторинговою апаратурою, то проведені розрахунки свідчать про існування такого взаємозв'язку у випадку оснащення відділень ПФМ нижче 1,0 одиниці та 0,5 одиниці на 1 ліжко ІТН (відповідно, КСШ 3,67; 95% ДІ 2,60-4,74, $p < 0,05$ та КСШ 1,56, 95% ДІ 1,1-2,01, $p < 0,05$) і про його відсутність у випадку навіть невисокої (менше 0,5 одиниці на одне ліжко ІТН) оснащеності ВІТН пульсоксиметрами (КСШ 0,64; 95% ДІ 0,45-0,82, $p < 0,05$), відсутності у ВІТН капнографів (КСШ 0,69 95% ДІ 0,49-0,89, $p < 0,05$) та апаратів для осциляторного вимірювання артеріального тиску (КСШ 0,64; 95% ДІ 0,46-0,83, $p < 0,05$) (рис. 2). Цей суперечливий, на перший погляд, факт можна пояснити тим, що тільки мультикомпонентний моніторинг вітальних функцій усіх дітей, які знаходяться у ВІТН, може сприяти зменшенню летальності.



Рис. 2. Взаємозв'язок між летальністю та оснащенням моніторинговим обладнанням ВІТН дитячих лікарень України (КСШ).



Рис. 3. Взаємозв'язок між летальністю та оснащенням апаратурою, яка використовується для виходжування новонароджених дітей, у ВІТН дитячих лікарень України.

Аналіз взаємозв'язку між рівнем летальності у ВІТН та рівнем оснащення ліжок ІТ іншою апаратурою, яка використовується для лікування та виходжування новонароджених дітей, показав, що оснащення закритими інкубаторами як на рівні менше 0,8 одиниці обладнання на 1 ліжко ІТН (КСШ 0,45; 95% ДІ 0,32-0,59, $p < 0,05$), так і на рівні менше 1,0 одиниці на 1 ліжко ІТ (КСШ 0,64; 95% ДІ 0,45-0,82, $p < 0,05$) не відіграє ролі в підвищенні летальності у ВІТН ДЛ (рис. 3). Подібні результати виявилися і при аналізі впливу оснащеності відділень відкритими інкубаторами на рівні нижче 0,6 одиниці та нижче 1,0 одиниці обладнання на 1 ліжко ІТН на летальність у ВІТН (відповідно, КСШ 1,0; 95% ДІ 0,71-1,29, $p > 0,05$ та КСШ 0,33; 95% ДІ 0,24-0,43, $p < 0,05$).

На нашу думку це пояснюється високим рівнем оснащення ВІТН дитячих лікарень України зазначеним обладнанням. Для шприцьових дозаторів лікарських речовин достовірних асоціацій між рівнем оснащення ними ліжок ІТ (менше 1,0 на 1 ліжко ІТ) та збільшенням летальності у ВІТН аналізом не встановлено (КСШ 0,43; 95% ДІ 0,30-0,50,

$p < 0,05$), тоді як для інфузійних дозаторів лікарських речовин (менше 0,3 на 1 ліжко ІТ) такий взаємозв'язок, хоч і незначний, виявлений (КСШ 2,27; 95% ДІ 1,61-2,94, $p < 0,05$) (рис. 4).

Крім того наше дослідження виявило також достовірні асоціації між летальністю у ВІТН та їх оснащеністю лампами фототерапії на рівні нижче 0,5 одиниці обладнання на 1 ліжко ІТН (КСШ 0,60; 95% ДІ 0,42-0,78, $p < 0,05$).

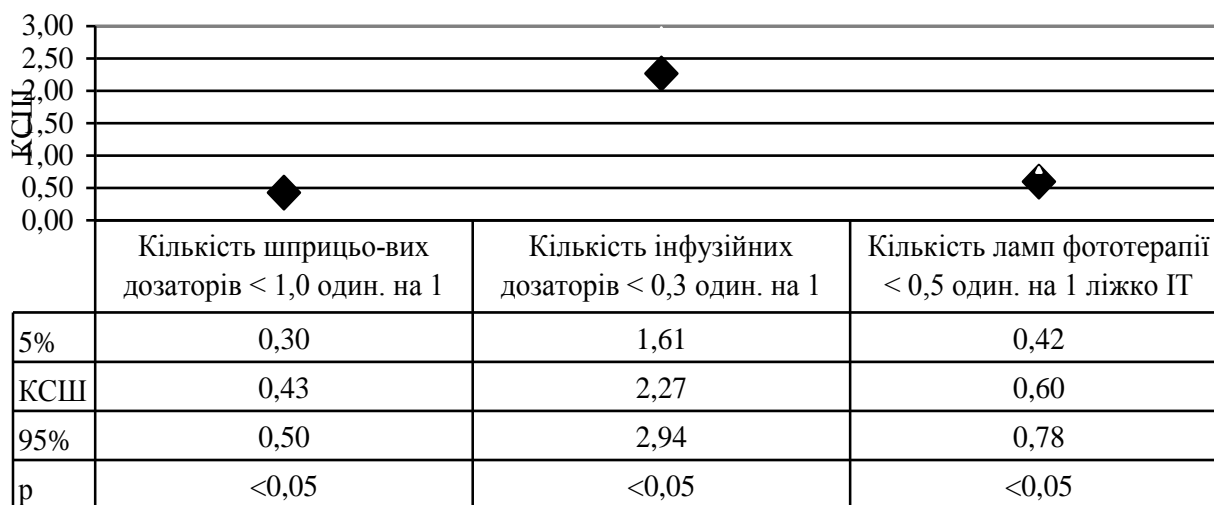


Рис. 4. Взаємозв'язок між летальністю та оснащеністю апаратурою, яка використовується для виходжування новонароджених дітей, у ВІТН дитячих лікарень України.

Висновки

Проведене дослідження дозволило ідентифікувати внутрішньолікарняні фактори, які достовірно пов'язані з підвищенням летальності у ВІТН ДЛ, а саме:

1. Оснащеність ВІТН дихальними апаратами усіх класів на рівні нижче 1,0 одиниці на 1 ліжко ІТН (КСШ 5,0);
2. Оснащеність ВІТН дихальними апаратами високого класу на рівні нижче 1,0 одиниці на 1 ліжко ІТ (КСШ 3,67);
3. Відсутність у ВІТН апаратів для СРАР терапії (КСШ 6,43);
4. Оснащеність ВІТН поліфункціональними моніторами на рівні нижче 1,0 одиниці та нижче 0,5 одиниці на 1 ліжко ІТ (відповідно, КСШ 3,67 та 1,56);
5. Оснащеність ВІТН інфузійними дозаторами лікарських речовин на рівні нижче 1,0 одиниці на 1 ліжко ІТ (КСШ 2,27).

Перспективи подальшого дослідження в даному напрямку. Отримані результати надають можливість розробити заходи щодо зниження смертності новонароджених дітей в Україні.

Література

1. Association between critical care physician management and patient mortality in the intensive care unit / M. M. Levy, J. Rapoport, S. Lemeshow [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2008. – Vol. 148. – P. 801-809.
2. Burns L. R. The Effects of Patient, Hospital and Physician Characteristics of Length of stay and mortality / L. R. Burns, D. R. Wholey // Med. Care. – 1991. – Vol. 29. – P. 251-271.
3. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients. A systematic review / P. J. Pronovost, D. C. Angus, T. Dorman [et al.] // JAMA. – 2002. – Vol. 288. – P. 2151–2162.
4. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from medical outcomes study / S. Greenfield, E. C. Nelson, M. Zubkoff [et al.] // JAMA. – 1992. – Vol. 267. – P. 1624-1630.
5. Власов В. В. Введение в доказательную медицину / В. В. Власов. – М. : Медиасфера, 2001. – 392 с.
6. Вплив основних складових лікувально-діагностичного процесу на летальність у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк [та ін.] // Здоровье женщины. – 2009. – № 6 (43) – С. 17–32.
7. Слабкий Г. О. Аналіз взаємозв'язку анестезіологічних факторів і летальності у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії обласних лікарень України / Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Вісник проблем біології і медицини. – 2009. – № 2. – С. 111-119.

Реферати

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ И МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКИМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ ОТДЕЛЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТСКИХ БОЛЬНИЦ УКРАИНЫ

Ковалёва Е.М.

В статье представлены результаты исследования взаимосвязи между летальностью и оснащением в отделениях интенсивной терапии новорожденных детских больниц Украины. Анализ проведен на основании расчета коэффициентов соотношения шансов (КСШ). Идентифицированы внутрибольничные факторы, которые ассоциируются с увеличением летальности, среди которых отсутствие аппаратов для СРАР-терапии (КСШ 6,43), общее количество дыхательных аппаратов меньше 1,0 ед. на 1 койку ИТ (КСШ 5,0), количество дыхательных аппаратов высокого класса меньше 1 единицы на 1 койку ИТ (КСШ 3,67), количество неонатальных полифункциональных мониторов меньше 1 единицы на 1 койку ИТ (КСШ 3,67) и количество инфузионных дозаторов меньше 1 единицы на 1 койку ИТ (КСШ 2,27) являются самыми важными.

Ключевые слова: отделение интенсивной терапии новорожденных, коэффициент соотношения шансов.

Статья надійшла 11.01.10

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN MORTALITY RATE AND PROVISION OF THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS OF THE CHILDREN'S HOSPITALS OF UKRAINE WITH EQUIPMENT

Kovalyova O.M.

In the article, results of the study of the relationship between mortality rate and provision of the neonatal intensive care units of the children's hospitals of Ukraine with equipment are given. Calculation of Odds Ratios (OR) is used to assess such a relationship. A number of in-hospital factors associated with increase in mortality rate has been identified, of which the lack of CPAP-devices (OR 6,43), the total number of ventilators per 1 ICU bed being less than 1,0 (OR 5,0), the number of high-class ventilators per 1 ICU bed being less than 1,0 (OR 3,67), the number of neonatal multiparameter monitors per 1 ICU bed being less than 1,0 (OR 3,67), and the number of automated infusion pumps per 1 ICU bed being less than 1,0 (OR 2,27) are the most important.

Key words: neonatal intensive care unit, odds ratio.

УДК 616.55-001-08

ГЕПАТОПРОТЕКЦИЯ КАК СТРУКТУРНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

В. В. Кухаревиченко

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование 64 пострадавших с травмой печени IV-V степени при политравме. Выявлено, что одним из ведущих синдромов, определяющих исход и прогноз травматической болезни, является эндогенная интоксикация. Доказана целесообразность применения глутаргина в комплексе интенсивной терапии сочетанной травмы печени.

Ключевые слова: травма печени, эндогенная интоксикация, глутаргин.

Исследование выполнено согласно плану научно-исследовательской работы Харьковского национального медицинского университета «Полиорганная недостаточность травматического и сосудистого генеза» (№ государственной регистрации 0199U001773).

Научный интерес к проблеме политравмы возник в последние 20-30 лет в связи со значительным ростом инвалидизации [1, 2] и летальности [3]. Удельный вес сочетанных повреждений составляет 60-70% [4, 5], среди которых закрытая абдоминальная травма встречается в 14-60,2% случаев. Повреждения паренхиматозных органов при ней отмечаются у 31,8% пострадавших [6, 7]. При этом особое место занимают травмы печени [8, 9]. Они характеризуются тяжестью, сочетанностью [10], тенденцией к учащению и значительным количеством осложнений [11, 12]. Летальность при травме поджелудочной железы составляет 52-75% [13, 14], 67% которой связано с развитием посттравматического гепатита [15], который наиболее часто возникает на фоне разрыва органа IV-V степени, составляющего 77,8% среди всех его повреждений [16].

Посттравматический гепатит развивается у 52-68% пострадавших [17, 18]. Средние сроки его развития в зависимости от характера травмы печени колеблются от 12 часов до 3