**Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения и социального развития РФ**

[**Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО**](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=dept&id=330)

**Реферат на тему:**

**«Политравма»**

**Выполнила:**

**ординатор 2 года специальности СМП**

**Дунай Кира Андреевна**

**Красноярск**

**2022 г.**

**Оглавление**

Введение………………………………...………………………………………..3

Классификация………..………...............................…………………..…………4

Оказание помощи на догоспитальном этапе……………...……………………6

Список литературы……………………………………………………………....9

**Введение**

*Политравма*— одновременное повреждение двух и более из семи

анатомических областей тела (голова, шея, грудь, живот, конечности, таз,

позвоночник), хотя бы одно из которых является тяжёлым.

Политравма – это сложный патологический процесс, обусловленный повреждением нескольких анатомических областей или сегментов конечностей с выраженным проявлением синдрома взаимного отягощения, который включает в себя одновременное начало и развитие нескольких патологических состояний и характеризуется глубокими нарушениями всех видов обмена веществ, изменениями со стороны центральной нервной системы (ЦНС), сердечно-сосудистой, дыхательной и гипофизарно-надпочечниковой систем.

**КЛАССИФИКАЦИЯ**

- сочетанные травмы, к которым относятся повреждения внутренних

органов, опорно-двигательного аппарата, ранения, отслойка кожи и клетчатки,

синдром длительного раздавливания конечностей;

- множественные травмы — несколько повреждений в пределах одной

полости человеческого тела (например, разрыв печени и селезёнки) или в

пределах опорно-двигательной системы (множественные переломы конечностей,

таза, позвоночника);

- комбинированные травмы — повреждения наносятся несколькими

ранящими орудиями — механическими, термическими, радиационными.

Классификация пострадавших включает выявление всех повреждений,

установление ведущего повреждения, формирование диагноза в определённой

последовательности и отнесение повреждений пострадавшего к одной из семи

групп. Полностью достоверное ранжирование бывает возможным только в

стационаре после тщательного обследования пострадавших, а у части из них

окончательная верификация диагноза происходит после оперативного

вмешательства — лапаротомии, трепанации черепа, торакоцентеза и т.п. или по

результатам патологоанатомического исследования.

Диагноз предусматривает следующие разделы:

- ведущее (доминирующее) повреждение — повреждение, опасное для

жизни, которое без лечения смертельно, а при лечении даёт летальность более

20%

- менее тяжёлые повреждения — не опасные для жизни, но требующие

стационарного лечения;

- прочие повреждения — травмы, требующие амбулаторного лечения;

- осложнения травматического и нетравматического генеза;

- сопутствующие серьёзные заболевания;

- возраст.

При ориентации на ведущее повреждение все виды сочетанных травм могут

быть отнесены к 7 группам:

1-я группа: тяжёлая ЧМТ; ушиб мозга с переломом костей свода и

основания черепа или без таковых, сопровождающийся коматозным состоянием

или грубыми очаговыми нарушениями, внутричерепная гематома, тяжёлая

челюстно-лицевая травма с повреждением основания черепа.

2-я группа: травма позвоночника с нарушением проводимости спинного

мозга, тетраплегией или параплегией.

3-я группа: повреждения сердца, аорты; обширные разрывы лёгких с

кровотечением, напряжённым пневмотораксом; флотирующая грудь;

двусторонний или односторонний большой гемоторакс; травматический

открытый пневмоторакс; травматическая асфиксия тяжёлой степени.

5-я группа: синдром длительного раздавливания; отрывы бедра, голени,

плеча; переломы крупных сегментов конечностей с повреждением магистральных

сосудов; переломы костей таза с повреждением переднего и заднего полукольца;

переломы двух и более сегментов конечностей; скальпирование кожи на площади

более 20% поверхности тела.

6-я группа: сочетание ведущих повреждений головного и спинного мозга,

груди и живота, опорно-двигательной системы в различных вариантах.

7-я группа — сочетанная травма без ведущего повреждения.

Если имеется повреждение несколькими ранящими орудиями, то к диагнозу

механических травм добавляют травму, нанесённую другими факторами.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика:**

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ

1. Острая кровопотеря в сочетании с шоком. Выраженность зависит от объёма

(калибр повреждённого сосуда, количество излившейся крови, уровень кровяного

давления), времени, прошедшего с момента травмы.

- По темпу кровотечения разделяют на профузные (свыше 100 мл/мин), сильные

(свыше 50 мл/мин), умеренные (30—50 мл/мин.). Профузные кровотечения

приводят к смерти на месте происшествия в течение нескольких минут и

практически не поддаются купированию. Их причина: повреждение аорты, полых

вен и крупных их ветвей, крупных сосудов брюшной полости. Пострадавшие с умеренным и малым кровотечением составляют основную группу больных с

сочетанной травмой, сопровождающейся классическим травматическим шоком.

- Обязательные симптомы травматического шока — снижение артериального и венозного давления, тахикардия. Все остальные симптомы - ответ организма на гиповолемию. Чем выше темпы кровотечения, тем меньше выражены приспособительные компенсаторные реакции или они не успевают развиться

вовсе. Так, эректильная фаза шока проявляется только при умеренном и малом темпе кровотечения до того момента, когда кровопотеря достигнет 700—800 мл,

после чего начинается прогрессивное падение АД.

- При профузном и сильном кровотечении гипотония развивается в течение

нескольких минут и быстро прогрессирует, пульс нитевидный и вскоре перестаёт

определяться на периферических артериях дыхание замедлено до нескольких

дыхательных экскурсий в минуту сознание отсутствует. Смерть наступает

вследствие паралича дыхательного центра с одновременной остановкой сердца.

Иногда остановка дыхания происходит на 1—2 мин раньше остановки сердца.

- По уровню систолического АД можно примерно определить общую

кровопотерю: при падении его до 100 мм рт.ст. — 1,8—2 л, при 60 мм рт.ст. —

2,5—3 л. Ориентировочную кровопотерю можно представить по характеру

травмы, а также по индексу Альговера.

- При наличии возрастных (или приобретённых) заболеваний сердечно-

сосудистой системы переносимость кровопотери и шока снижается

пропорционально возрасту и тяжести этих заболеваний. Летальность от шока (при

прочих равных условиях) увеличивается на 10% каждые 10 лет после 60 лет у

мужчин и после 65 лет у женщин.

2. Мозговая кома — основное проявление повреждения головного мозга. Степень

комы проще всего определить согласно шкале Глазго, которая анализирует только

три показателя: открывание глаз, речевую функцию и движение конечностей.

2. Острая дыхательная недостаточность — основное нарушение при сочетанной

травме груди, а также у пострадавших VI группы (см. ниже), где одним из

ведущих повреждений является травма груди. Причины острой дыхательной недостаточности — нарушения проходимости дыхательных путей, компрессия

одного или обоих лёгких вследствие пневмоторакса, нарушение экскурсии

грудной клетки (механизма дыхания) вследствие переломов рёбер по нескольким

линиям с формированием свободного клапана (флотирующая грудь).

3. Апноэ и обструкция дыхательных путей рвотными массами и кровью чаще

всего происходят у пострадавших с ведущей ЧМТ. При ведущей травме груди

обструкция возникает при внутренних разрывах лёгких с лёгочным

кровотечением, разрывах крупных бронхов, закупоренных мокротой. Основной

симптом этой патологии — сегментарный долевой или тотальный ателектаз

лёгкого.

**Список литературы:**

1. Цыбуляк Г.Н., Насонкин О.С., Чечеткин Л.В. Тактика инфузионно-трансфузионной терапии и аутогемодилюция при тяжелых травмах и шоке// Вестник хирургии. – 1992.-№4-6.-С.192-199.
2. Пашковский Э.В., Гончаров А.В., Гайдук С.В. Характер и причины изменений центральной гемодинамики у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. Санки-Петербург. 2001. – С.91-92.
3. Синагевский А.Б., Малих И.Ю. Летальность при различных видах тяжелой сочетанной травмы. Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. Санкт-Петербург. 2001. – С.106-107.
4. . Лейдерман И.Н. Синдром полиорганной недостаточности (ПОН). Метаболические основы. Httr://www. Medi.ru/ «Периодика» Вестник интенсивной терапии. – 1999.-№2-3.
5. Селезнев С.А., Худайберенов Г.С. Травматическая болезнь А.: Ылым, 1984, - 224 с. 11. Гельфанд Б.Р., Гурьянов В.А., Мртынов А.Н. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях./Вестник интенсивной терапии. – 2002. -№4.-С.20-24.