

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА В ОРЕНБУРГЕ

О.В. Головки

Оренбургский государственный медицинский университет

E-mail: orgma@esoo.ru

**Проведен комплексный анализ первичной обра-  
щаемости детей и подростков за амбулаторной трав-  
матологической помощью, а также госпитализиро-  
ванных в стационары. Выявлены региональные осо-  
бенности травм в зависимости от пола и возраста  
пострадавших. Намечены пути совершенствования  
организации профилактики травматизма.**

*Ключевые слова:* дети, подростки, распространенность  
травм, анализ травматизма, профилактика.

Оказание специализированной медицинской помощи детям с травмами приобретает особую актуальность, что связано с индустриализацией общества и участвовавшими чрезвычайными происшествиями [1]. Укрепление здоровья подрастающего поколения – важнейшая государственная задача, а ввиду приоритета профилактики и здорового образа жизни оно становится важным направлением государственной политики [2]. В отчетном году >3 млн детей (0–18 лет) обратились за медицинской помощью в связи с разными повреждениями, что составило 23,5% всех зарегистрированных в стране травм [3, 4]. Распространенность травм среди детского населения за последние 5 лет составила в России: у детей 0–14 лет – 107,2‰, у подростков 15–18 лет – 167,8‰; в Приволжском федеральном округе (ФО): у детей 0–14 лет – 116,4‰, у подростков 15–18 лет – 169,8‰; в Оренбургской области: у детей 0–14 лет – 108,5‰, у подростков 15–18 лет – 186,7‰ [5, 6].

Оренбургская область в составе Приволжского ФО по распространенности травматизма среди подростков на протяжении последних 5 лет стабильно занимает 2-е место среди подростков и 3-е место среди детей 0–14 лет, уступая Республикам Татарстан и Башкортостан, Самарской области [5]. Одной из причин этого считается ослабление внимания к профилактике травм со стороны заинтересованных в этом ведомств и учреждений на фоне сложившейся в стране социально-экономической ситуации [1, 7]. При формировании и совершенствовании профилактических программ по борьбе с травматизмом следует учитывать региональные особенности субъ-

ектов Федерации. В Оренбургском регионе комплексных исследований данной проблемы не проводилось.

Нами изучены медико-социальные аспекты травматизма детского населения в возрасте 0–18 лет в Оренбурге за 2005–2014 гг.

В 2013–2014 гг. проведено исследование с целенаправленным клинико-статистическим анализом материалов обо всех обращениях за медицинской помощью по поводу травм в течение 2005–2014 гг. в следующих лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Оренбурга: Городской клинической больнице №6 – детском токсикологическом центре – и Городской клинической больнице №1 – отделении острых отравлений; Городской клинической больнице №4 – в ожоговом и травматологическом отделениях; в Центре детской хирургии Городской клинической больницы №5 – отделении травматологии и ортопедии и детском травматологическом пункте этой же больницы.

Объектом исследования являлось детское население Оренбурга; единицей наблюдения служил каждый случай травматизма.

Показатели первичной заболеваемости и распространенности травматизма среди детского населения изучались по данным отчетных форм № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» и материалам Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Оренбургу о ежегодной половозрастной численности детского населения и подростков. Показатели госпитализированной заболеваемости проанализированы по данным отчетных форм № 14 «Сведения о деятельности стационара». Обстоятельства травм изучались по данным анализа 850 историй болезни (медицинские карты стационарного больного – форма № 033/у – и статистические карты №066/у-02 выбывших из стационара детей) и журналов амбулаторной помощи травматологических пунктов и приемных отделений указанных больниц.

Для анализа историй болезни, амбулаторных карт травмированных детей были разработаны карты, которые содержали сведения о личности па-

Таблица 1

Показатели первичной заболеваемости и распространенности травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин среди детского населения 0–18 лет в Оренбурге за 2005–2014 гг. (на 1000 соответствующего населения)

Возраст, годы	Показатели	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
0–14	Первичная заболеваемость	130,9	136,7	145,6	168,5	161,9	150,2	159,1	132,2	148,2	136,0
	Распространенность	134,3	139,6	148,9	169,0	162,4	151,2	162,7	135,0	150,0	136,8
15–18	Первичная заболеваемость	67,2	77,3	88,9	136,5	128,7	123,6	138,6	140,3	138,2	174,8
	Распространенность	70,8	81,1	90,4	138,5	129,1	125,7	141,3	143,4	140,1	175,5
0–18	Первичная заболеваемость	142,4	153,2	163,6	169,4	165,1	169,8	165,6	168,5	167,0	167,4
	Распространенность	144,9	154,8	166,5	169,8	166,5	170,4	169,5	171,6	170,4	173,2

Таблица 2

Распределение по возрасту детей 0–18 лет, получивших травмы в разное время суток в Оренбурге в 2005–2014 гг.; %

Время суток, ч	Возраст, годы				
	0–3	4–6	7–10	11–14	15–18
0.00–8.00	18,18	0,80	17,38	13,64	50,00
9.00–11.00	7,95	9,09	25,14	42,05	15,77
12.00–14.00	3,97	12,70	29,68	33,81	19,84
15.00–17.00	5,19	13,33	25,93	41,48	14,07
18.00–20.00	11,36	15,91	30,11	32,39	10,23
21.00–23.00	17,11	14,47	18,42	18,42	31,58

циента, времени, месте получения травмы, характере и локализации повреждений, исходах травм.

Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере путем расчета экстенсивных и интенсивных статистических коэффициентов.

Из анализа статистических отчетных форм следует, что за период 2005–2014 гг. в указанных ЛПУ находились на амбулаторном лечении 70 157 детей, на стационарном – 53 879, всего – 124 036 ребенка.

Следует отметить, что особенностью травматизма явился практически одинаковый уровень распространенности и первичной заболеваемости. Это объясняется тем, что каждый случай травмы был первичным, а незначительная разница в показателях обусловлена наличием лиц, состоящих на диспансерном учете по поводу травм. Сравнение данных о первичной заболеваемости и распространенности травм среди детского населения Оренбурга за 10 лет представлено в табл. 1, согласно данным которой отмечен рост распространенности травм у детей 0–18 лет в 1,19 раза – с 144,9 до 173,2‰ и первичной заболеваемости – в 1,17 раза; с 142,4 до 167,4‰.

В возрастной группе 0–14 лет за анализируемый период установлено, что показатели первичной заболеваемости и распространенности травматизма оставались достаточно высокими и в среднем составили 147,9‰. Наиболее тревожная ситуация наблю-

дается среди подростков 15–18 лет: при сравнительно минимальных значениях первичной заболеваемости и распространенности травм в 2005 г. данные показатели возросли соответственно в 2,6 и 2,4 раза при том, что численность детей этой категории сократилась в 1,6 раза.

Травматизм у лиц мужского пола составил 61,9%, женского – 38,1%.

В течение суток детский травматизм распределяется неравномерно. Минимум приходится на утро: 6.00–12.00 ч (7,31%), максимум – на время с 18.00 до 24.00 ч (47,80%); с 24.00 до 6.00 ч – 12,25%, на время с 12.00 до 18.00 ч – 32,64%.

Нами проанализированы также данные о травматизме детей разных возрастных групп с учетом времени суток (табл. 2). В период с 0.00 до 8.00 ч в 50% случаев травмы получали подростки 15–18 лет, на 2-м месте – дети с 0 до 3 лет (18,18%). Меньше всего подвержены травмам в это время суток дети 4–6 лет – 0,80%.

В период с 9.00 до 20.00 ч среди травмированных больше всего детей младшего и среднего школьного возраста (7–10 и 11–14 лет) с преобладанием последних в среднем в 1,3 раза. Среди детей, получивших травмы в вечернее время (21.00–23.00 ч) преобладают подростки (31,58%); среди детей, пострадавших от травм в период с 21.00 до 8.00, значительная доля подростков и детей в возрасте от 0 до 3

лет. Это можно объяснить тем, что подростки ориентированы на посещение дискотек, ночных развлекательных клубов, различных компаний, в которых нередко употребляют алкоголь, наркотические препараты и курительные смеси, что приводит к повышенному риску травматизма; что же касается детей от 0 до 3 лет, то приведенный факт объясняется снижением внимания родителей к детям.

Большинство травм, полученных в период с 9.00 до 20.00 ч детьми младшего и среднего школьного возраста, произошли, когда дети находились без присмотра родителей и взрослых, а также из-за чрезмерной двигательной активности, шалости, любознательности, несоблюдения техники безопасности, неосторожности, нередко – с целью шантажа родителей.

Значительна доля пострадавших от травм – неорганизованные дети и подростки (52,4%), которые не посещают детские ясли, сады, не учатся и не работают. Из года в год отмечается увеличение численности таких пациентов. Среди травмированных детей посещают детские дошкольные учреждения 6,3%, среди школьников – 25,7%, среди студентов вузов – 5,2%, доля учащихся средних и средних специальных учебных заведений – 10,4%.

По характеру повреждений преобладали поверхностные травмы (37–39%); на 2-м месте – переломы костей верхней и нижней конечностей (17,7–19,2%); на 3-м – открытые раны и травмы кровеносных сосудов (15,7–16,1%); вывихи, растяжения, травмы мышц и сухожилий – на 4-м (15,5–14,2%); на долю внутричерепных травм в среднем приходится 3,25%, что в 2,4 раза превышает долю отравлений, и в 1,4 раза – ожогов.

При изучении места получения травм установлено, что 45,6% детей травмированы в бытовых помещениях, на улице – 42,6%, в школах и детских дошкольных учреждениях – 8,5%, а остальные 3,3% – в спортивных залах и на открытых спортивных площадках.

В зависимости от места получения травм детьми и подростками выявлены определенные причины и обстоятельства их получения. На 1-м месте – травмы, полученные детьми и подростками в быту (в квартирах и дворах частных домов). Главная причина таких травм – падения, связанные с беготней по квартире, неосторожное обращение с огнем и горячими жидкостями. На 2-м месте – уличные травмы на тротуарах, пешеходных дорожках, игровых площадках, и т.д. Их причины – падения во время бега, или с крыш гаражей, при неорганизованной игре в футбол; другие дети пострадали от укусов собак и кошек, 12,6% детей – в результате дорожно-транспортных происшествий. На 3-м месте – травмы, полученные в школах; к травмам привели падения на переменах, при выполнении упражнений на уроках

физкультуры, драки со сверстниками и в детских дошкольных учреждениях (как правило, при падениях). Повреждения опорно-двигательного аппарата во время спортивных мероприятий в большинстве своем наблюдались во время тренировок по борьбе. У детей до 9 лет превалировала травматизация в быту, а с 10 до 18 лет значительно увеличивается число всех видов травм, особенно полученных на улице.

Травмы у новорожденных, детей грудного, раннего возраста происходят тогда, когда дети находятся без присмотра родителей, взрослых. Дети дошкольного и младшего школьного возрастов получают травмы из-за чрезмерной двигательной активности, шалостей, любознательности и по вине родителей, которые оставляют детей без присмотра, не соблюдают технику безопасности. Подростки 12–18 лет травмируются в результате несоблюдения техники безопасности, неосторожности, любознательности, самоутверждения в компании сверстников, шантажа родителей и с целью суицида.

Результаты исследования позволяют высказать мнение о недостаточности профилактической работы соответствующих учреждений и необходимости разработки специальных программ ее проведения. Выявленные возрастные и половые аспекты травматизма должны стать базовыми для планирования предупредительных мероприятий. Группами риска, с которыми должна быть усилена профилактическая работа, являются дети 0–3 лет и подростки 12–18 лет.

Важнейшими направлениями профилактики травматизма должны быть формирование навыков здорового образа жизни – стереотипов безопасного поведения, активная пропаганда культуры поведения в быту, в общественных местах, на улицах, учебных заведениях, улучшение физической подготовки, борьба с алкоголизмом и наркоманией.

Медицинские работники, будучи достаточно осведомленными о возрастных и половых особенностях детей и подростков, должны своевременно информировать родителей, воспитателей детских яслей и садов, преподавательские коллективы учебных заведений о травмоопасных ситуациях и травмоопасном поведении. Родителям следует более активно контролировать поведение детей и соблюдать правила ухода за ними.

Как никогда, актуальны проблемы ремонта дорог, тротуаров, пешеходных дорожек, улучшения освещенности улиц, вопросы отлова бродячих животных, организации и оборудования специальных игровых площадок для детей, активной пропаганды и изучения правил дорожного движения, повышения ответственности инструкторов, занимающихся обучением водителей автотранспорта, и спор-

тивных тренеров, проводящих спортивные мероприятия.

Необходимо создание центра на основе современных информационных технологий с целью консолидации деятельности медицинских работников и служб МВД, ГИБДД, ЖКХ и др. Коммуникационная сеть позволит оптимально управлять информацией о травмоопасных ситуациях и соответствующих объектах на территории города.

Для качественного анализа причин травм, времени их получения информационная база лечебных учреждений нуждается в развитии и оптимальном оснащении современной компьютерной техникой и программами; необходимо расширение объема информации об обстоятельствах травм, времени и месте их получения.

#### Литература

1. Баиндурашвили А.Г., Норкин И.А., Соловьева К.С. Травматизм и ортопедическая заболеваемость у детей Российской Федерации. Организация специализированной помощи и перспективы ее совершенствования. Вест. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2010; 4: 13–6.
2. Сухинин М.В. Состояние здоровья детского населения мегаполиса в современных условиях. Здоровье населения и среда обитания. 2013; 5 (242): 23–5.
3. Андреева Т.М., Огрызко Е.В., Редько И. А. Травматизм в Российской Федерации в начале нового тысячелетия.

Вест. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2007; 2: 59–63.

4. Веские факты о непреднамеренных травмах и насилии в Европейском регионе ВОЗ. Факты и цифры ЕРБ ВОЗ. Копенгаген, Бухарест, 2009; 6.

5. Спиридонов А.В. Медико-социальная профилактика детского травматизма в крупном городе с учетом семьи (на примере города Казани): автореф. дис. канд. мед. наук. Казань, 2007; 20.

6. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи в России (2013 г.): справочник [под ред. академ. РАН и РАМН С.П. Миронова; сост. Т.М. Андреева, Е.В. Огрызко, М.М. Попова]. М.: ЦИТО, 2014; 131.

7. Olsson K.A et al. The influence of pre-injury behavior on children's type of accident, type of injury and severity of injury. Brain Injury, July. 2008; 22 (7–8): 595–602.

#### WAYS OF CHILD TRAUMATISM PROPHYLAXIS ORGANIZATION IN ORENBURG

O.V. Golovko

Orenburg State Medical University

**A comprehensive analysis of the initial children and teens referral for ambulatory trauma aid and hospitalization was held for 2005-2014. Regional features of injury types depending on the gender and age were identified. The ways of improving injury prevention were intended.**

*Key words:* children, teens, the prevalence of injuries, analysis of injury, prevention.

## ИНФОРМАЦИЯ

### Система детского здравоохранения далека от идеала

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила мнение российских врачей о возможном повсеместном внедрении бесплатной детской медицины.

Семьи с детьми должны иметь возможность получения любых видов медицинской помощи высокого качества за счет государства. С этим утверждением согласны большинство докторов (96%). Они объясняют свою позицию тем, что в системе оказания медицинских услуг ребенок такой же пациент, как и взрослый.

По мнению половины опрошенных врачей (51%), в России вполне реально сделать детское здравоохранение бесплатным. При этом некоторые виды медицинской помощи могут оставаться платными, в частности диагностика (анализы, УЗИ, МРТ), косметическая и пластическая хирургия, стоматологические услуги, физиотерапия (реабилитация и массаж), аллергопробы, санаторно-курортное лечение, психологическая помощь, ортопедия (протезирование).

Сегодня в России ситуацию с детским здравоохранением 52% докторов оценивают как далекую

от идеала; 36% считают, что детская медицина балансирует между хорошей и плохой.

«Существующую систему можно и нужно совершенствовать. Финансирование любых видов медицинской помощи детям в требуемом объеме – это большое преувеличение. Для начала важно обеспечить должный уровень качества оказания тех медицинских услуг, которые уже оплачиваются государством. При этом все, что делается за счет государства, должно быть строго регламентировано. Регламент – это в известной степени упрощение, поэтому масса частных случаев все равно останется «за рамками». Также важно учитывать приоритеты. Стоимость лечения некоторых болезней очень высока, и, если стоимость лечения одного пациента покрывает стоимость лечения тысячи других, то эффективнее лечить тысячу. Выделение государственного бюджета на лечение всех от всего – экономически нежизнеспособная модель», – прокомментировала К. Медведева, руководитель департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT.