

## Детский травматизм и его профилактика

Большинство травм дети получают дома; многих из них можно избежать.

### Основные виды травм, которые дети могут получить дома, и их причины:

- ожог от горячей плиты, посуды, пищи, кипятка, пара, утюга, других электроприборов и открытого огня;
- падение с кровати, окна, стола и ступенек;
- удушье от мелких предметов (монет, пуговиц, гаек и др.);
- отравление бытовыми химическими веществами (инсектицидами, моющими жидкостями, отбеливателями и др.);
- поражение электрическим током от неисправных электроприборов, обнаженных проводов, от втыкания игл, ножей и других металлических предметов в розетки и настенную проводку.

### Ожоги

Ожоги, включая ожоги паром, - наиболее распространенные травмы у детей. Сильные ожоги оставляют шрамы, а иногда могут привести к смертельному исходу.

#### Ожогов можно избежать, если:

- держать детей подальше от горячей плиты, пищи и утюга;
- устанавливать плиты достаточно высоко или откручивать ручки конфорок, чтобы дети не могли до них достать;
- держать детей подальше от открытого огня, пламени свечи, костров, взрывов петард;
- прятать от детей легковоспламеняющиеся жидкости, такие, как бензин, керосин, а также спички, свечи, зажигалки, бенгальские огни, петарды.

### Падения

Падение - распространенная причина ушибов, переломов костей и серьезных травм головы. Их можно предотвратить, если:

- не разрешать детям лазить в опасных местах;
- устанавливать ограждения на ступеньках, окнах и балконах.

Разбитое стекло может стать причиной порезов, потери крови и заражения. Стеклянные бутылки нужно держать подальше от детей и младенцев. Нужно учить маленьких детей не прикасаться к разбитому стеклу.

Ножи, лезвия и ножницы необходимо держать в недоступных для детей местах. Старших детей надо научить осторожному обращению с этими предметами.

Можно избежать многих травм, если объяснять детям, что бросаться камнями и другими острыми предметами, играть с ножами или ножницами очень опасно.

Острые металлические предметы, ржавые банки могут стать источником заражения ран. Таких предметов не должно быть на детских игровых площадках.

### **Удушье от малых предметов**

Маленьким детям не следует давать еду с маленькими косточками или семечками. За детьми всегда нужно присматривать во время еды. Кормите ребенка измельченной пищей.

Кашель, шумное частое дыхание или невозможность издавать звуки - это признаки проблем с дыханием и, возможно, удушья, которое может привести к смерти. Следует убедиться, что с ребенком все обстоит благополучно. Если у него затруднено дыхание, нельзя исключить возможность попадания мелких предметов в дыхательные пути ребенка, даже если никто не видел, как ребенок клал что-нибудь в рот.

### **Отравление бытовыми химическими веществами**

Ядовитые вещества, медикаменты, отбеливатели, кислоты и горючее, например керосин, ни в коем случае нельзя хранить в бутылках для пищевых продуктов - дети могут по ошибке выпить их. Такие вещества следует держать в плотно закрытых маркированных контейнерах, в недоступном для детей месте.

Отбеливатель, яды для крыс и насекомых, керосин, кислоты и щелочные растворы, другие ядовитые вещества могут вызвать тяжелое отравление, поражение мозга, слепоту и смерть. Яд опасен не только при заглатывании, но и при вдыхании, попадании на кожу, в глаза и даже на одежду.

Лекарства, предназначенные для взрослых, могут оказаться смертельными для детей. Медикаменты ребенку нужно давать только по назначению врача и ни в коем случае не давать ему лекарства, предназначенные для взрослых или детей другого возраста. Хранить медикаменты необходимо в местах недоступных для детей.

Неправильное применение и передозировка антибиотиков могут привести у маленьких детей к глухоте.

Дети могут получить серьезные повреждения, воткнув пальцы или другие предметы в электрические розетки; их нужно закрывать, чтобы предотвратить травмирование. Электрические провода должны быть недоступны детям - обнаженные провода представляют для них особую опасность.

### **Поражение электрическим током**

Дети могут получить серьезные повреждения, воткнув пальцы или какие-либо предметы в электрические розетки; их необходимо закрывать, чтобы предотвратить поражение

электрическим током. Электрические провода должны быть недоступны детям - обнаженные провода представляют для них особую опасность.

Взрослые должны научить детей правилам поведения на воде и ни на минуту не оставлять ребенка без присмотра вблизи водоемов.

Дети могут утонуть менее чем за две минуты даже в небольшом количестве воды, поэтому их никогда не следует оставлять одних в воде или близ воды.

- Нужно закрывать колодцы, ванны, ведра с водой.
- Детей нужно учить плавать, начиная с раннего возраста.
- Дети должны знать, что нельзя плавать без присмотра взрослых.

Взрослые обязаны обучить ребенка правилам поведения на дороге, в машине и общественном транспорте, а также обеспечить безопасность ребенка в транспорте.

Родители должны знать и помнить, что как только ребенок научился ходить, его нужно обучать правильному поведению на дороге. Малышам до пяти лет особенно опасно находиться на дороге. С ними всегда должны быть взрослые.

Маленькие дети не думают об опасности, когда выбегают на дорогу, поэтому необходимо следить за ними.

Детям нельзя играть возле дороги, особенно с мячом.

Во избежание несчастных случаев детей нужно учить ходить по тротуарам лицом к автомобильному движению.

**Дети должны знать и соблюдать следующие правила, когда переходят дорогу:**

- остановиться на обочине;
- посмотреть в обе стороны;
- перед тем как переходить дорогу, убедиться, что машин или других транспортных средств на дороге нет;
- переходя дорогу, держаться за руку взрослого или ребенка старшего возраста;
- идти, но ни в коем случае не бежать;
- переходить дорогу только в установленных местах на зеленый сигнал светофора.

Старших детей необходимо научить присматривать за младшими.

Несчастные случаи при езде на велосипеде являются распространенной причиной смерти и травматизма среди детей старшего возраста. Таких случаев можно избежать, если родственники и родители будут учить ребенка безопасному поведению при езде на велосипеде. Детям нужно надевать на голову шлемы и другие приспособления для защиты. Детей нельзя сажать на переднее сидение машины.

При перевозке ребенка в автомобиле, необходимо использовать специальное кресло и ремни безопасности.

## Оказание первой помощи

### Первая помощь при ожогах

Если одежда ребенка воспламенилась, быстро оберните его одеялом или другой одеждой, чтобы погасить пламя.

Каждый родитель и все члены семьи должны уметь оказать ребенку первую помощь при несчастных случаях.

Сразу охладите место ожога с помощью большого количества чистой холодной воды. Бывает, что полное охлаждение ожога длится полчаса.

Держите место ожога чистым и сухим, закройте его чистой неплотной повязкой. Если ожог больше, чем большая монета или начинает покрываться пузырями, немедленно отвезите ребенка в медицинское учреждение. Не вскрывайте пузыри - они защищают пораженное место.

Не старайтесь оторвать то, что прилипло к месту ожога. Не прикладывайте к месту ожога ничего, кроме холодной воды.

Дайте ребенку выпить фруктового сока или воды.

В домашней аптечке целесообразно иметь специальные средства для наружного применения, предназначенные для самопомощи при ожогах.

### Первая помощь при поражении электрическим током

Если ребенок поражен электрическим током или получил ожоги от него, прежде всего отключите электричество и только после этого оказывайте первую помощь ребенку. Если ребенок без сознания, держите его в тепле и немедленно обратитесь за медицинской помощью.

Если ребенку тяжело дышать или он не дышит, положите его на спину ровно, немного приподняв голову. Закройте ноздри ребенка и энергично вдыхайте ему в рот, чтобы грудь ребенка поднималась. Сосчитайте до трех и повторите процедуру. Повторяйте до тех пор, пока дыхание не восстановится.

## **Первая помощь при падениях и несчастных случаях на дороге**

Повреждения головы, позвоночника и шеи могут вызвать паралич и представляют серьезную угрозу для жизни. Ограничьте подвижность головы и спины, избегайте любых сгибов позвоночника, чтобы предотвратить дополнительные повреждения, и вызовите скорую медицинскую помощь.

Если ребенок не может двигаться или испытывает острую боль, скорее всего, у него перелом костей. Зафиксируйте место перелома шиной или подручным материалом, после чего вызовите скорую медицинскую помощь.

Если ребенок без сознания, держите его в тепле и вызовите скорую медицинскую помощь.

При ушибах и растяжениях погрузите пораженные места в холодную воду или приложите на 15 минут лед. Лед предварительно положите в целлофановый пакет и оберните махровым полотенцем. При необходимости повторите процедуру, Холод уменьшит боль и снимет отеки. Успокойте ребенка.

## **Первая помощь при порезах и ранах**

### **При небольших порезах и ранах:**

Промойте рану 3%-ной перекисью водорода, а при ее отсутствии - чистой (по возможности кипяченой охлажденной) водой с мылом.

Высушите кожу вокруг раны, обработайте йодом.

Закройте рану чистой марлей и наложите повязку.

### **При серьезных порезах и ранах:**

Если кусочек стекла или другого предмета застрял в ране, не старайтесь удалить его. Это может привести к кровотечению или большому повреждению тканей.

Если у ребенка сильное кровотечение, поднимите пораженное место выше уровня груди и плотно прижмите рану (или место рядом с ней) подушкой или мягким свертком из чистой ткани. Продолжайте держать сверток или подушку, пока кровотечение не прекратится.

Не кладите веществ растительного или животного происхождения на рану, поскольку это может вызвать инфицирование.

Наложите на рану повязку. Повязка не должна быть слишком тугой.

Отвезите ребенка в больницу или вызовите скорую медицинскую помощь. Спросите медицинского работника, надо ли сделать ребенку прививку от столбняка.

## **Первая помощь при удушье**

Если есть подозрение на повреждение шеи или головы, не двигайте голову ребенка.

Если ребенку тяжело дышать или он не дышит, положите его на спину ровно, немного подняв голову. Держите ноздри ребенка закрытыми и вдыхайте ему в рот, делая искусственное дыхание. Повторяйте процедуру, пока ребенок не начнет дышать.

Если ребенок дышит, но находится без сознания, переверните его на бок, чтобы язык не мешал дышать.

Вызовите скорую медицинскую помощь.

## **Первая помощь при отравлении**

Если ребенок проглотил яд, не старайтесь вызвать рвоту, поскольку это может только осложнить положение.

Если яд попал на одежду или кожу ребенка, снимите одежду и промойте большим количеством воды. Несколько раз тщательно промойте кожу ребенка с мылом.

Если яд попал в глаза, промывайте их чистой водой по меньшей мере в течение 10 минут.

Немедленно отвезите ребенка в больницу или вызовите скорую медицинскую помощь. Возьмите с собой образец ядовитого вещества или лекарства, которое принял ребенок, или емкость, в которой оно находилось. Ожидая помощи, держите ребенка в покое.

Специальное издание "Факты для жизни", разработанное и изданное при содействии Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), [www.unicef.ru](http://www.unicef.ru)

## Профилактика травматизма у детей

Профилактика детского травматизма является важной медико-социальной проблемой. Полученная ребенком травма может привести к тяжелым последствиям, а иногда и к гибели. Нередко травма, полученная в детстве, становится причиной стойких функциональных нарушений в организме. Так, переломы могут привести к искривлению или укорочению конечности. Рубцы, остающиеся после ожогов, стягивают [суставы](#), ограничивая их подвижность. Недостаточная двигательная активность пальцев вследствие ранения кисти ограничивает впоследствии выбор профессии. После сотрясения мозга пострадавшие многие годы жалуются на головные боли, бессонницу, плохую память, невозможность сосредоточиться.

У детей раннего возраста в основном наблюдаются бытовые травмы: падения, ушибы, ожоги, [отравления](#), ранения острыми, колющими предметами, попадание в дыхательные пути рвотных масс, различных мелких предметов.

Поведение взрослых в быту определяется рядом привычек и действий, которые человек выполняет автоматически, не задумываясь. Однако, когда в доме появляется малыш, надо во многом пересмотреть свое поведение. Так, открытые окна и балконные двери при некоторой потере бдительности могут привести к трагическим последствиям, небрежные [лекарства](#) стать причиной тяжелого отравления малыша, которого привлекают яркие этикетки и разноцветные таблетки. Надо прямо сказать — маленькие дети чаще всего получают травму по вине взрослых.

Например, травмы детей до 1 года вызваны выпадением из коляски, падением с кровати, дивана, [стула](#). В более старшем возрасте дети часто падают с высоты — с горки, лестницы и др. В результате таких падений могут возникнуть не только ушибы, но и более тяжелые повреждения — переломы костей, сотрясение мозга, разрывы тканей, внутренних органов.

Причиной [ожога](#) ребенка могут быть горячая жидкость, которую взрослые беззаботно оставляют на краю плиты, стола или ставят на пол. Возможны ожоги во время купания ребенка, когда его опускают в ванну или начинают подмывать из крана, не проверив температуру воды. Маленький ребенок может обжечься и при использовании [грелки](#), если [температура](#) воды в ней превышает 40—60 °С.

По недосмотру взрослых малыш может получить травму от контакта с огнем (печи, плиты, спички), электроприборами, щелочами, кислотами, предметами рукоделия (ножницы, спицы, иголки, блестящие пуговицы, булавки и др.).

Малыш может засунуть металлическую шпильку в электророзетку и получить травму электрическим током.

Во время прогулки маленький ребенок при недостаточном надзоре может не только занозить себе руки, пораниться стеклом, торчащими палками, гвоздями, но и съесть какое-нибудь ядовитое [растение](#), ягоды, гриб.

[Дети раннего возраста](#) реже страдают от уличного (транспортного) травматизма. Но и здесь основной причиной несчастных случаев является невнимательное отношение взрослых к соблюдению правил дорожного движения, их недисциплинированность, недостаточное [наблюдение за ребенком](#).

В профилактике детского травматизма взрослые должны постоянно учитывать особенности развития и поведения ребенка раннего возраста.

Характерной чертой малыша в возрасте от 1 года до 3 лет является его стремление к личному познанию окружающей действительности, его большая подвижность. Вместе с тем основные двигательные навыки в этом возрасте (ходьба, бег, лазанье) находятся еще в стадии становления. Поэтому повреждения и травмы, которые возникают у детей, связаны с недостаточным развитием простейших двигательных навыков, неумением сориентироваться в окружающей обстановке.

У детей очень рано начинает проявляться стремление к самостоятельному удовлетворению своих потребностей, к действиям без помощи взрослых. Однако отсутствие Знаний об окружающей обстановке, собственного опыта служит причиной того, что они берутся выполнять действия, которые еще не освоили в полной мере, которые для них еще слишком сложны, что и приводит к травме.

Родители должны как можно раньше начинать формирование у ребенка навыков безопасного поведения, травматологической настороженности. Наилучшей формой такого воспитания являются игры, с помощью которых малыш лучше усваивает необходимые навыки. Во время игр и занятий уже с 2 лет можно начинать обучать ребенка навыкам пользования острыми и режущими предметами, правилам обращения с горячей посудой, жидкостью, пищей и др. Прогулки по улицам следует использовать для практического обучения детей правилам поведения на улицах города. С этой же целью можно использовать картинки, книги, показы диафильмов.

В предупреждении травм у детей существенное значение имеет уровень физического [развития ребенка](#). Хорошо физически развитые дети, ловкие, с хорошей координацией движений редко получают травмы. Следовательно, занятия физическими упражнениями, подвижными играми, спортивными развлечениями являются не только средством укрепления здоровья ребенка, но и одной из мер **профилактики травматизма**.

Нередко взрослые относятся к травме ребенка как в непредвиденному случайному несчастью, в котором никто не виноват. Это мнение удобно, оно как бы оправдывает взрослых, снимает с них ответственность за невнимательное отношение к ребенку. Вместе с тем травматизм детей, особенно в раннем возрасте, во многом зависит от отсутствия должной бдительности родителей, недостаточного знания ими психофизиологических особенностей и физических возможностей сына или дочери.

Зная наиболее частые причины травм и несчастных случаев, родители должны создать для ребенка травмобезопасную среду пребывания. Например, дома следует устранить нагромождение мебели, закрепить люстры, книжные полки, картины, оградить батареи центрального отопления, исключить возможность контакта ребенка с электророзеткой, оголенным проводом. На площадке, где гуляют дети, не должно быть битого стекла, гвоздей, неоструганных досок, ящиков и т. п. В летний период следует обращать особое внимание на предупреждение несчастных случаев на воде, отравлений ядовитыми растениями, ягодами, [грибами](#). Очень важен и личный пример поведения родителей на улице, в транспорте, дома.

## Классификация детского травматизма по типовым ситуациям

Несмотря на разнообразие причин и ситуаций, вызывающих детский травматизм, их можно пересчитать и предусмотреть. Таких стандартных ситуаций примерно полторы сотни. Например, дорожно-транспортную травму можно получить в 17 типовых ситуациях, с качелями связано 4 ситуации, с ожогами - 3 и т.д.

**I группа** ситуаций, или **травмы грудничков**, включает следующие группы ситуаций:

- Падение с высоты (со стола, невнимательность взрослых).
- Падение с медицинских весов (неудачная конструкция).
- "Три раза подбросили - два раза поймали", т.е. взрослому человеку не удалось поймать подброшенного вверх малыша.
- При подбрасывании малыша вверх взрослый не рассчитал свою силу или высоту потолка, в результате - ребенок ударяется головой о потолок или люстру.
- Травма под колыбельную (обычно о косяк, мебель).
- Скандал в семье (размахивание руками, разбрасывание предметов).
- Ребенок в автомашине (при торможении).
- Ребенок в коляске (падение на лестнице, травма при входе в лифт, у стены здания падающим предметом, при переходе улицы, скрытые дождевой водой ямы на дорогах, падающим с балкона окурком, без присмотра питание в коляске (может подавиться пищей)). Практически все травмы грудничков - вина родителей.

**II группа** ситуаций обозначается как зимний травматизм и включает 7 стандартных ситуаций:

- Травма глаза. Задача взрослых убедить малыша не бросать снежок в упор и не целить в голову.
- Катание со снежных горок. Задача взрослых - не допускать одно временного катания младших и старших детей (съезжание на ногах, с разгона, подсекание и толчки младших).
- Несовершенство рукотворных горок (падение с верхней стартовой площадки, лестница без перил, короткая полоса торможения - удар ногами).

- Катание с гор на санках, с природных холмов, с трамплинчиков, с насыпей, иногда под колеса автомобилей.
- Катание на лыжах с гор, зацеп за сук, удар о дерево. Необходимо учить детей технике катания, безопасного падения.
- Катание на коньках. Безопаснее то, что технично!
- Обморожения (открытые части тела, температура до +5°C при 100% относительной влажности, холодный ветер, низкая температура, тесная одежда и обувь, нарушение теплоизоляционной способности одежды и обуви). Правильные **доврачебные действия**: наложение на обморожено (II и III степени) место термоизолирующей повязки (нельзя растирать снегом и шерстью, касаться теплыми руками, опускать конечность в теплую воду); далее согревание изнутри горячим чаем или кофе и обращение к врачу.

**III группа** включает разнообразные ожоги, которые могут иметь любую этиологию - открытое пламя, кипяток, водяной пар, горячая вода из-под крана, раскаленные предметы, взрыв пороха, сведение в точку солнечных лучей.

Вклад этой группы в общую картину детского травматизма можно проиллюстрировать следующей статистикой: ежегодно в Москве получают ожоги около 6000 детей, 25 из них - погибают (Москва по населению составляют приблизительно 1/17 часть России).

Дети получают ожоги в 6 стандартных случаях:

1. "Елочный" огонь возникает быстро из-за возгорания от открытого пламени свечи, тлеющего воскового огарка, замыкания электрогирлянды, некачественных бенгальских свечей.
2. Горячая пища на столе должна быть недоступна ребенку.
3. Эксперименты с открытым огнем (чаще страдают школьники - бензин в костер, курение возле канистры с бензином).
4. Огнестрельные раны (характерны для энергичных "экспериментаторов").
5. Пиротехнические средства (петарды, факел-свеча, самодельные салюты; нарушение инструкции по использованию или технике безопасности).
6. Брошенные боеприпасы; без присмотра охотничье ружье; взрывные устройства (терроризм).

**IV группа** включает ушибы, переломы, сотрясения головного мозга - самая распространенная:

1. Падение с высоты (из окна ребенок выпадает сам, обычно из-за любопытства или его выбросили старшие дети; прыжки с большой высоты).
2. Катание на лифте (держась за перекладину под кабиной лифта).
3. Качели "тарзанка".

4. Безудержная беготня на переменах и в подъездах (удар о батарею). Все батареи должны иметь деревянную решетчатую рубашку!

5. Остекленные двери (должны иметь специальное толстое дверное стекление).

6. Неисправная ступенька (приводит к скольжению, в результате возможен даже перелом позвоночника).

7. Травмы "неосознанного садизма":

а) удар портфелем (обычно 3-5 кг) по голове может привести к серьезной черепно-мозговой травме и остаточным явлениям через 2-3 года (падение остроты зрения, шум в ушах, головная боль, снижение памяти и работоспособности);

б) "выдергивание стула" (может привести к компрессионному перелому позвоночника, перелому крестца, копчика, потере зрения);

в) торчащий гвоздь (3-4 см) или кнопка кверху жалом (может поранить мочеиспускательный канал у мальчика, вплоть до инвалидности);

г) половина лезвия бритвы, зафиксированная в перилах (может привести к повреждению сухожилия сгибателей кисти - необходима сложная пластическая операция).

Неосознанный садизм или желание причинять другим вред и боль, безусловно, связаны с началом психического нездоровья ребенка.

8. Избиения, драки (становятся тише, но ожесточеннее), сюда же входят все случаи избиения старшими младших детей.

Таким образом, анализ травм этой группы показал, что специфических **школьных** травм в природе нет. В школе те же травмы, и в тех же количествах, что и везде. **Наиболее опасен возраст младших школьников.** На долю 7-11-летних приходится до 32% случаев детского травматизма и свыше 39% летальных исходов. Но ребенок не виноват в том, что он ребенок. Шалости - не порок, а условие детства. Виноваты взрослые, что не уберегли, не предупредили, вовремя не научили. Пока дети не выросли, они живут за счет физических возможностей, опыта, навыков, интеллекта взрослых. Если комбинация "взрослый - ребенок" дает сбой, виноват всегда взрослый (несет ответственность, вплоть до уголовной).

9. Группа травм, связанных с бесконтрольным использованием школьного оборудования, включает все случаи на уроках химии и физики, электрические хлебoreзки в школьных столовых, овощерезки, мясорубки и другие приборы в быту.

10. Уроки физической культуры в спортзале (в школе и спортивных секциях). Основной источник опасности - изрядные физические возможности детского организма, не соответствующие интеллектуальным.

Внутренние конфликты (например, обыграть отличника) разрешаются колоссальными выбросами малоконтролируемой физической и эмоциональной энергии (резко растет вероятность травмы).

Наиболее распространены следующие типовые ситуации:

а) прыжок через "козла". "Козел" - самый травмоопасный снаряд школьного спортивного зала. Подразумевает бдительную страховку прыжка учителем физкультуры; спортивные матрасы здесь не помогут;

б) лазание по канату (падение сверху);

в) спортивная борьба, броски наземь. Профилактика таких травм со стоит в отработке приемов надежной страховки и безопасного падения;

г) спортивная гимнастика (кувырк, кульбит и "березка");

д) большая нагрузка после длительного перерыва. Например, весной пробежали 1 км без тренировки (возможна очень тяжелая травма, вплоть до отрыва сухожилий от места их прикрепления к кости). Профилактика: нельзя отменять принцип постепенности.

11. Травма моды (роликовые коньки и другие "экстремальные" виды спорта).

Профилактика - защитные атрибуты, отдельные от городского транспорта трассы, соблюдение техники безопасности и правил эксплуатации.

**V группа** - дорожно-транспортные происшествия (ДТП). Ежегодно в стране под колесами автомобилей гибнет около 30000 (более 200000 травмированных) человек, каждый десятый из них - ребенок! На наших дорогах лучше смотреть не на светофор, а на машины. Сами правила ДТП дети знают неплохо. При ДТП хирурги-травматологи различают сочетанную, множественную и комбинированную травмы. Сочетана травма - повреждение костей с полостными повреждениями (черепная, брюшная или грудная полости). При множественной - наблюдаются одноименные по характеру повреждения. Например, при ударе бампером автомобиля может быть перелом сразу двух бедренных костей

63% детей попадают в ДТП в результате своего неожиданного появления на проезжей части из-за стоящей машины (например, ребенок обошел автобус сзади, по правилам, но был сбит машиной, идущей по встречной полосе).

Самые опасные из ДТП - рельсовые травмы, дают до 1000 ампутаций ежегодно по стране, дети становятся инвалидами по опорно-двигательному аппарату (по общему заболеванию).

**VI группа** включает укусы животных.

Только в г. Москве ежегодно фиксируется (далеко не все) до 10000 случаев. Около 45% семей имеют кошку. "Кошачья царапина" опасна риккетсиозами (группа инфекционных заболеваний). Петух, как известно, бьет сильно и метко, может выбить глаз. Если петух или гусь ущипнул в руку или попку - это обычно неучтенная травма. Ребенок может испытать нападение крыс, удары козлых рогов, ожог медузы, наскоки со стороны домашних экзотических животных и в зоопарке. Ребенка обязательно приведут в травмпункт после нападения собак, змей, лисиц - очень боятся заражения, и не без оснований (от бешенства, например, вылечить невозможно).

Среди собак на 1-м месте стоят породистые ротвейлеры, на 2-м - бультерьеры и на 3-м - овчарки. Наиболее безобидны дворняги. Основная причина нападения собак состоит в том, что дети начинают играть с собакой без всяких предосторожностей - таскают ее за хвост, садятся на нее как на коня, лезут к ней в миску, когда животное ест, и собака отвечает агрессией.

В последнее время в нашей стране увеличилось число собак с больной психикой, часто привезенных из-за рубежа, где их обычно отбраковывают и продают очень дешево (для породистых собак), поэтому стали появляться случаи необъяснимой агрессии со стороны собак, от которой страдают и взрослые, и дети.

Редки, но очень опасны случаи укусов гадюк. Известно, что от укусов змей спасают высокие резиновые сапоги и привычка раздвигать кусты и траву палкой.

**VII группа** - инородные тела, включает следующие ситуации [10]:

а) пищевые продукты (орехи, кости, семечки); б) бытовые предметы (пуговицы, монеты, ключи, украшения, карандаши, детали игрушек);

в) безоар-конгломерат волос или растительных волокон в желудке (формируется чаще у девочек с расстройствами эмоционального и психического развития). Чаще всего инородные тела попадают в бронхиальное дерево и пищеварительный тракт. Возможно внедрение инородных тел в кожу и мягкие ткани (например, заноза), при этом может происходить инфицирование ребенка. Есть опасность общего заражения крови и гибели ребенка. Встречаются случаи внесения инородных тел в половые органы (бывает сложно извлечь их даже хирургическим путем).

**VIII группа** - водяной травматизм.

В среднем из года в год в нашей стране погибают на воде около 14000 человек, каждый четвертый из них - ребенок! Из них 10% гибнут в домашних ваннах, 7% - в уличных лужах. Когда купаешь ребенка - не отходи, вот и вся профилактика. По данным РООПСВОДа, 63% утонувших детей умели плавать, однако из-за растерянности, по неопытности ребенок может быть унесен течением, брошен на камень прибором, затянут омутом, водоворотом, попасть под корпус или винт идущего судна, провалиться в полынью, унесен на льдинке, испытать переохлаждение тела, мышечные спазмы, солнечный удар.

**IX группа** включает отравления ядами (например, марганцовкой - смертельно; уксусной эссенцией, соляной кислотой, тормозной жидкостью и другими жидкими ядовитыми веществами), которые по какой-то причине (халатность взрослых) были легкодоступны. Обычно страдают дошкольники. При отравлении многие медики советуют ничего не делать - довериться врачам, чтобы избежать опасных ошибок при лечении доступными методами. Почти все отравления дети получают дома.

В последнее время участились случаи отравлений среди подростков и старшеклассников алкоголем, наркотиками, парами бензина и другими химическими веществами (среди токсикоманов), а также лекарствами. Алкоголизм, наркомания, токсикомания уже поднялись до ранга национальной проблемы.

И последняя, **X группа** - жестокость, или синдром избитого ребенка, когда ребенок получает физическую и психическую травму от своих родителей. Жестокость со стороны

родителей зависит от уровня культуры, социально-экономического уровня страны, от наличия и эффективности защиты прав ребенка. Каждый ребенок имеет право на счастливое детство. С нарушением прав ребенка борются во всех странах, в том числе и у нас (родителей могут лишить права отцовства или материнства).

### **1.3 Мероприятия, направленные на снижение детского травматизма**

Для того, чтобы показать, каким образом первичные и вторичные профилактические мероприятия как по отдельности, так и в комбинации, применяют с целью контроля детского травматизма, имеющиеся фактические данные представлены по следующим разделам:

обучение и выработка соответствующих навыков;

пропаганда использования средств безопасности;

оказание поддержки путем домашних посещений;

коррекция условий окружающей среды;

повышение безопасности предметов потребления;

законодательные и административные меры, а также контроль за их исполнением;

экспериментальные программы на уровне местных сообществ.

Обучение и выработка соответствующих навыков. Ценность образовательных программ в качестве средства профилактики травматизма является предметом активных дебатов, поскольку в этом случае речь идет о необходимости индивидуумов изменять свое поведение. Приведенные ниже примеры иллюстрируют применение программ обучения и формирования навыков с целью профилактики травматизма. Эффективность данного подхода значительно повышается при его использовании в комбинации с другими мерами, такими как правовая регуляция или коррекция условий окружающей среды.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ в своем обзоре приводит пять исследований, посвященных деятельности детских клубов дорожного движения. В этих клубах родителям и детям предоставлялись образовательные материалы, составленные с учетом возраста аудитории, а также проводилось обучение необходимым навыкам по дорожной безопасности. Клубы на базе школ не оказались эффективными, те же, которые вовлекали непосредственно детей и их родителей, четко продемонстрировали эффект поведенческих изменений, а также некоторые свидетельства в пользу снижения травматизма.

Систематический обзор работ по оценке программ, направленных на формирование у детей навыков поведения в условиях дорожного движения приводит примеры шести экспериментальных и четырех внедренных в широкую практику программ для детей в возрасте 4 - 10 лет. Большинство экспериментальных проектов включали обучение школьников с использованием разнообразных образовательных приемов:

симулированную дорожную обстановку, настольные макеты и тренировки в реальных уличных условиях. Результаты оценивались путем наблюдения за поведением детей, а также на основании правильности их решений по выбору безопасного момента и соблюдения других мер предосторожности при пересечении проезжей части. Эти программы способствовали выработке у детей навыков рационального поведения в условиях дорожного движения. Практические занятия на улице составляли важный элемент обучения. Поскольку ни в одном из исследований не проводилось оценки эффекта проводимых программ в отношении показателей здоровья, необходима дальнейшая работа по изучению их возможного влияния на уровень травматизма.

В систематическом обзоре Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ [18] приведены три работы (две из которых - рандомизированные контрольные исследования), посвященные оценке эффективности обучения детей в возрасте 8 - 10 лет навыкам велосипедной езды. В каждом из этих исследований результаты обучения оценивались путем наблюдения за поведением детей во время езды на велосипеде, а также путем тестирования уровня знаний. Хотя полученные данные характеризовались значительной вариабельностью, они в целом свидетельствовали о том, что такие программы обучения могут способствовать формированию у детей навыков более безопасной езды на велосипеде.

Вопросы эффективности кампаний по профилактике домашнего травматизма исследованы недостаточно. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что такие программы ведут к снижению частоты травм, требующих медицинской помощи среди детей младшего возраста, а также к поведенческим сдвигам и к коррекции условий окружающей среды.

Пропаганда использования средств безопасности. Систематический обзор выявил четыре исследования по оценке эффективности бесплатной раздачи детекторов наличия дыма (три из них - в районах высокого риска). Одно из данных исследований, включавшее оценку влияния на показатели здоровья, продемонстрировало 80% -ное снижение годового уровня травматизма в течение четырех лет. Европейское бюро ВОЗ в обзоре программ, проводимых на базе медицинских учреждений, выявили семь рандомизированных контрольных исследований, направленных на повышение степени использования домашних детекторов дыма. Все эти программы включали просветительные мероприятия и три из них - также предлагали скидки на приобретение детекторов дыма. Авторы обзора делают вывод, что

в тех программах, где проводимая медицинским работником консультация по безопасности жилища сопровождалась выдачей купона на приобретение детектора дыма по сниженной цене, вероятность наличия этого устройства в доме была выше, чем когда проводилась только лишь консультация.

В другом обзоре рассмотрены 19 экспериментальных программ популяризации использования велосипедных шлемов детьми и подростками (девять - на базе школ). Было выявлено, что предоставление скидок на приобретение шлемов являлось важным фактором, способствующим их более активному применению. Фактические данные указывают на то, что пропагандистские кампании могут быть эффективным средством повышения степени использования шлемов, особенно среди детей более младшего возраста и девочек. Европейское бюро ВОЗ [18] приводит 11 программ по профилактике травматизма, проведенных среди населения, и отмечают их положительный эффект в плане использования шлемов. В этих программах важное значение придавалось комплексному применению разнообразных мероприятий. Были отмечены также эффекты влияния со стороны сверстников и ролевых моделей взрослых.

Систематический обзор выявил 16 исследований, посвященных оценке эффективности образовательных программ, направленных на повышение частоты применения детских автомобильных кресел и ремней безопасности в автомобилях. Для популяризации средств безопасности были использованы разнообразные подходы, при этом все программы включали элементы профессионального консультирования через различные каналы коммуникации. Некоторые программы включали меры поощрения или принуждения, например, штрафы. Было показано, что в результате осуществления данных программ степень использования средств безопасности повысилась, хотя этот эффект возможно и не обладает устойчивостью в долгосрочном плане. Последний вывод Европейского бюро ВОЗ подтвердил, что выраженность благоприятных эффектов от таких программ значительно уменьшается через один и более месяцев после завершения мероприятий. Более интенсивные программы, по-видимому, приводят к более выраженному эффекту. Имеются некоторые данные, свидетельствующие о меньшей эффективности программ в отношении детей более старшего возраста. Два других обзора заключают, что просветительные меры в изолированном виде оказывают весьма скромный эффект в отношении использования автомобильных средств безопасности для детей. Он может быть значительно усилен в отношении детей младшего возраста путем предоставления соответствующих средств безопасности вместе с инструкциями по их применению. Данных о влиянии на уровень травматизма не имеется.

Имеются данные, свидетельствующие о том, что наличие оконных ограждений способствует снижению частоты падений из окон, в том числе со смертельным исходом. В 1995 г. Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ [18] осуществили в США экспериментальную программу для населения, направленную на снижение частоты падений из окон многоэтажных зданий. Программа охватывала детей, проживающих в районах высокого риска, оценка эффекта проводилась по принципу сравнения ситуации "до и после", без контрольной группы. Мероприятия включали индивидуальное консультирование, кампании через средства массовой информации, а также бесплатную установку оконных ограждений. Эта программа оказалась весьма эффективной, однако возможность использования данной методики в других условиях, главным образом, зависит от количества многоэтажных жилых домов в районе охвата.

Выявлены два исследования, специально касающиеся применения защитных приспособлений во время занятий спортом. В первом из них производилась раздача и пропаганда использования внутривитальных шин для защиты зубов (капп) среди участников школьных команд по регби в Новой Зеландии. В результате проведенных мероприятий по отчетам игроков 61% из них стали регулярно использовать каппы, что привело к снижению частоты зубных переломов. Вторая экспериментальная программа популяризировала использование спасательных жилетов среди детей в США: в результате доля детей, имеющих свой собственный спасательный жилет, повысилась с 20% до 29%, а степень использования жилетов - с 69% до 75%. Влияние на показатели здоровья не оценивалось, однако, хорошо известно из других исследований, что применение спасательных жилетов является целесообразным.

Оказание поддержки путем домашних посещений. Обзор ранних публикаций, посвященных исследованию эффективности домашних посещений семей с детьми младшего возраста, включавших оценку безопасности домашней среды и профилактическое консультирование, продемонстрировал в целом положительные результаты проведенных программ, хотя лишь немногие из них были адекватно оценены. Более поздний систематический обзор выявил шесть работ по изучению эффективности домашних посещений с профессиональной оценкой и консультированием по вопросам

безопасности условий жилой среды. Некоторые из этих программ включали также бесплатное предоставление защитных приспособлений, две программы осуществлялись параллельно с проведением кампаний в средствах массовой информации на национальном уровне. Результаты не позволили прийти к каким-либо окончательным выводам, однако имеются некоторые свидетельства в пользу наличия благоприятного эффекта от проведения подобных программ. В частности, отмечались определенные поведенческие сдвиги и изменения условий жилой среды в сторону большей безопасности. В двух исследованиях, оценивавших влияние на здоровье с использованием показателя частоты обращений в отделения экстренной медицинской помощи, позитивных изменений обнаружено не было.

Коррекция условий окружающей среды. Изменение условий окружающей среды в сторону большего удобства и безопасности стало одним из общепризнанных подходов к профилактике травматизма не только среди детей, но и для всего населения. Благодаря разнообразным мероприятиям (например, устройство отдельных велосипедных дорожек или улучшение уличного освещения) коррекция окружающей среды обеспечивает реальные возможности для удовлетворения потребностей населения средствами государственной политики на местном и национальном уровне. При таком подходе предотвращение травм и повышение безопасности становятся делом всего сообщества.

Имеющиеся научные данные убедительно доказывают, что программы повышения безопасности, полностью охватывающие определенную территорию, эффективно снижают частоту несчастных случаев и обладают особенно благоприятным действием в отношении более уязвимых участников дорожного движения, таких как дети - пешеходы и велосипедисты. Регулирование дорожного движения в пределах определенной территории направлено на более безопасное распределение транспортных потоков и снижение скорости движения транспорта, особенно на проездах внутри жилых массивов. Влияние на дорожно-транспортный травматизм мероприятий, полностью охватывающих определенную территорию, было исследовано в шести работах; в двух из них были получены данные, касающиеся детей - пешеходов и велосипедистов. Большинство программ использовали различные меры организации дорожного движения: круговые транспортные развязки, запрещение автомобильного движения на определенных участках, создание островков безопасности в середине проезжей части. Три программы представляли собой рандомизированные контрольные исследования, другие три сравнивали ситуацию "до и после". Эффективность программ во всех случаях оценивалась по статистике дорожно-транспортных несчастных случаев, в некоторых исследованиях - за продолжительный период времени. Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ приводит 16 контрольных исследований со сравнением ситуации "до и после", посвященных оценке влияния мер по ограничению скорости и интенсивности автомобильного движения на смертность и травматизм во всех возрастных группах в результате дорожно-транспортных несчастных случаев. Делается вывод, что полноохватные меры по ограничению автомобильного движения в населенных пунктах обладают определенным потенциалом в отношении снижения уровня дорожно-транспортного травматизма.

Имеются убедительные научные данные, доказывающие эффективность установления зон ограничения скорости до 30 км/ч в целях снижения как фактической скорости движения, так и частоты несчастных случаев. Выявлена связь между скоростью движения транспортного средства и тяжестью травмы пешехода при несчастном случае. В Соединенном Королевстве введение зон ограничения скорости до 30 км/ч привело к местному снижению частоты несчастных случаев среди детей - пешеходов и

велосипедистов соответственно на 70% и 48%. "Миграции" несчастных случаев на соседние территории не наблюдалось.

Снижению детского травматизма на игровых площадках способствуют покрытия из резины или измельченной древесной коры, а также уменьшение высоты установки горизонтальных перекладин для лазания перехватом на руках ("обезьяньи перекладины"). Европейское бюро ВОЗ [18] приводит девять исследований, из которых два были посвящены инженерным вопросам использования различных видов покрытий, а семь - просветительным методам. Лишь в трех работах тщательно соблюдались принципы контрольного исследования, и ни одно не имело широкого выхода в практику.

Повышение безопасности предметов потребления. Имеются убедительные научные доказательства того, что использование емкостей с безопасными крышками, недоступными для открывания детьми, весьма эффективным образом способствует снижению смертности детей от отравлений. В Соединенном Королевстве и США внедрение этой меры безопасности привело к уменьшению числа смертельных отравлений на 85%. Систематический обзор, составленный по заказу правительства штата Виктория в Австралии (9), по результатам оценки пяти программ сообщает о снижении смертности на 45% - 60%, а частоты обращений в отделения экстренной медицинской помощи - на 60% - 90%. Уровень эффекта зависит от перечня веществ и препаратов, выпускаемых в емкостях с безопасными крышками. Имеются некоторые данные, свидетельствующие о том, что введение нормативов по конструктивной безопасности ряда изделий, таких как холодильники, морозильные камеры, пластиковые пакеты и детские кроватки, также в определенной мере способствует снижению уровня травматизма.

Законодательные и административные меры, а также контроль за их исполнением. Законодательные меры зарекомендовали себя как наиболее эффективный механизм профилактики травматизма. Так, в обзоре по вопросам эффективности применения велосипедных шлемов Европейское бюро ВОЗ приводят 13 работ, посвященных соответствующим законодательным мерам; 12 из них касалось деятельности федеральных структур и одна (из Новой Зеландии) относилась к национальному законодательству. Во многих работах описан период агитации и популяризации, предшествующий принятию законодательных мер. Например, в Новой Зеландии к моменту принятия соответствующего закона степень использования шлемов в возрастной группе от 5 до 12 лет составляла 84%. В 10 из 13 работ критерием оценки эффективности служила степень использования шлемов, в четырех работах - показатели здоровья. Была продемонстрирована эффективность законодательных мер в повышении степени использования шлемов и в снижении частоты травм головы. В четырех исследованиях была проведена оценка влияния законодательных мер на интенсивность пользования велосипедом (т.е. уровень воздействия фактора риска). В одной из работ из Австралии было выявлено снижение степени пользования велосипедами на 44% - значительное уменьшение активности. Это свидетельствует о том, что принудительное ношение шлемов может в какой-то мере удерживать детей от езды на велосипеде. Данный факт имеет немаловажное значение в свете проявляемой в настоящее время озабоченности по поводу низкого уровня физической активности среди детей и молодежи [7, 46-49, 62-67, 91].

Законодательные меры, касающиеся использования детьми автомобильных средств безопасности (ремни безопасности и др.), поначалу были введены с целью защиты от травмы наиболее уязвимых - грудных детей и детей младшего возраста. Европейское бюро ВОЗ в обзоре фактических данных для обоснования пяти программ, направленных

на повышение степени использования детских автомобильных кресел, на основании анализа 72 работ делают вывод о безусловной эффективности законодательных мер в повышении степени использования средств безопасности и снижении уровня травматизма. Они также сообщают о том, что эффект более выражен при принятии так наз. "первичных законов" (когда водителя могут остановить и оштрафовать за несоблюдение предписанных правил использования средств безопасности) по сравнению с "вторичными законами" (когда водитель вначале должен совершить какое-либо другое нарушение, чтобы его могли остановить).

Экспериментальные программы на уровне местных сообществ. Профилактика непреднамеренных травм, характеризующаяся значительной вариабельностью как самих возможных повреждений, так и применяемых методов их предотвращения, является подходящей сферой для применения программ на уровне сообщества.

Один из систематических обзоров выявил 10 таких программ по профилактике детского травматизма, оцененных с применением тех или иных количественных критериев.

Накапливается все больше данных в пользу эффективности программ профилактики травматизма, проводимых на уровне местного сообщества. Для предотвращения травм среди детей применимы законодательные меры, коррекция условий окружающей среды и образовательные мероприятия, при чем большое значение имеет их совместный эффект.

Проведение разнообразных мероприятий, повторяемых в разных формах и контекстах, постепенно формирует в обществе своего рода культуру безопасности. Важным видом травмы, профилактике которой было посвящено лишь ограниченное число экспериментальных программ, является утопление.

Существует много перспективных профилактических направлений: обучение правилам безопасности на воде, надзор за детьми со стороны взрослых, установка ограждений вокруг открытых плавательных бассейнов и принятие законов, регулирующих эту меру безопасности.

Рекомендации ВОЗ по безопасным условиям окружающей среды в местах отдыха на воде содержат полезную сводку данных по этому вопросу и перечень возможных мероприятий.