

Помощь детям при травмах

Детский травматизм остается одной из актуальных проблем современного мегаполиса. Ежегодно тысячи малышей и подростков получают переломы, ушибы, ожоги и другие повреждения дома, на улице, в школе во время занятий спортом. Что делается для предотвращения этих травм и как организована помощь детям, их получившим?



Дмитрий Выборнов, главный детский травматолог-ортопед Москвы, заместитель главного врача Детской городской клинической больницы имени Н. Ф. Филатова, доктор медицинских наук, профессор

Фото: НИИОЗММ

— Дмитрий Юрьевич, расскажите, пожалуйста, какова статистика детского травматизма в Москве за последние годы? Какие виды травм лидируют в разных возрастных группах?

— По данным медицинской статистики, в Москве за последние несколько лет уровень травматизма сохраняется на отметке примерно 157–160 случаев на 1000 детей. Это значит, что ежегодно приблизительно каждый шестой-седьмой ребенок в городе обращается к нам за помощью.

С одной стороны, общий уровень детского травматизма по-прежнему достаточно высок, однако значительного роста нет. Ситуация более-менее стабильная, с сезонными колебаниями. С другой стороны, меняется структура травматизма. Мы видим четкую тенденцию к его росту среди детей 10–14 лет. На эту группу приходится 34 % всех обращений. Это самый активный и «рисковый» возраст.

Динамика последних лет напрямую связана с изменением образа жизни. Мы наблюдаем рост уличного и спортивного травматизма, что является обратной стороной положительного тренда – дети стали больше заниматься спортом и активным досугом. Речь идет в том числе о неорганизованных видах спорта, когда дети сами определяют вид, степень нагрузки, без учета собственных возможностей и степени физической подготовки.

Для каждого возраста существуют свои виды травм. Дети до трех лет чаще всего получают травмы дома и на детской площадке – то, что принято называть бытовым травматизмом.

Для грудничков 3–4 месяцев типичной причиной травмы становится падение с высоты. Это связано с постепенным развитием моторных навыков ребенка. В этом возрасте малыш уже способен переворачиваться, и, если в этот момент он остается без присмотра на пеленальном столике, кровати, первый переворот может превратиться >>>

▶ Технологии в детской травматологии шагнули далеко вперед



Фото: НИИОЗММ

в «первый полет». К сожалению, это в большинстве случаев приводит к черепно-мозговой травме, поскольку ребенок, имея непропорционально большой размер головы, ударяется именно ею.

Другая частая травма в быту – попадание пальцев в различные механизмы: косяки дверей, выдвижные ящики столов и т. д., что приводит к серьезным повреждениям ногтевых фаланг, вплоть до их отчленения.

К повреждениям могут привести доступные ребенку режущие предметы (ножи, ножницы, иголки), химические средства (кислоты, щелочи) и лекарства, хранящиеся в квартире. Все это создает широкий спектр травмоопасных ситуаций.

Для детей дошкольного и младшего школьного возраста характерны травмы, полученные на детской площадке: падения с высоты, столкновения на горках, попадание пальцев в механизмы уличных спортивных тренажеров и т. д.

Здесь также стоит отметить автотравмы. Казалось бы, они более характерны

для детей-пешеходов старшего школьного возраста, однако статистика последних лет показывает, что лишь в 50 % случаев участниками ДТП становятся дети-пешеходы, а в остальных 50 % – дети-пассажиры. И это чаще всего – результат несоблюдения родителями правил перевозки детей в автомобиле с использованием сертифицированных удерживающих устройств: кресел, бустеров, адаптированных ремней и т. д.

У детей старшего возраста преобладает уличный, спортивный и школьный травматизм.

В общей структуре повреждений травмы запястья и кисти составляют около 20 %, а среди переломов костей конечностей доминируют переломы костей предплечья – около 40 %.

По месту получения травмы статистика такая:

- первенство держит бытовой травматизм (около 50–52 %) – падения дома, удары о мебель, ожоги;
- на втором месте – уличный травматизм (порядка 30–32 %);

Более трети всех случаев травматизма приходится на подростков



Фото: НИИОЗММ



В МОСКВЕ РАБОТАЮТ 5 КРУПНЫХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ ДЕТСКИХ СТАЦИОНАРОВ С ОТДЕЛЕНИЯМИ ТРАВМАТОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ И РЕАНИМАЦИИ, ГДЕ ОКАЗЫВАЕТСЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ТЯЖЕЛЫМИ ТРАВМАМИ

- школьный и спортивный травматизм занимают меньшие доли (около 7 % и 5 % соответственно), но часто эти травмы бывают более тяжелыми.

— Вы сказали про сезонные всплески травматизма. Что чаще всего становится причиной травм у детей в разные времена года?

— Весенне-летний период – это пик активности. Дети любят велосипеды, самокаты, ролики – так называемые средства индивидуальной мобильности. Их травмы связаны как с отсутствием навыков владения этими средствами, так и с нарушениями правил их использования в общественных пространствах. Дети перемещаются по тротуарам, где не всегда могут избежать столкновения с пешеходами. Часто мы наблюдаем ситуацию, когда на одном велосипеде или самокате едут два человека, что делает средство передвижения менее управляемым. Еще опаснее, когда дети оказываются на проезжей части, что может привести к ДТП с тяжелыми последствиями: множественным переломам конечностей, черепно-мозговой травме, травме внутренних органов (например, типичной травмой при падении животом на руль велосипеда является разрыв поджелудочной железы, способный сделать ребенка инвалидом). Отдельной проблемой летнего периода становятся падения детей из окон. Многие родители ошибочно полагают, что москитная сетка служит надежной защитой. Каждое лето опровергает это их заблуждение.

Осенне-зимний период характеризуется другим типом травм. Появляется гололед, начинаются зимние виды спорта. Типичными для этого времени года являются травмы при катании со стихийных ледяных горок с непредсказуемой траекторией, где ребенок на санках или ледянке сталкивается с деревьями или другими препятствиями,

а иногда выезжает и на проезжую часть. Особенно опасны тубинги («ватрушки») – это абсолютно неуправляемые снаряды, которые при столкновении приводят к тяжелейшим компрессионным переломам позвоночника и черепно-мозговым травмам.

— Как организована система первой помощи и транспортировки детей с травмами в Москве?

— В столице исторически сложилась и отлажена четкая система маршрутизации, соответствующая современным требованиям. Главный принцип – «золотой час». При поступлении вызова на пульт «103» диспетчер Единого городского центра скорой и неотложной помощи сразу идентифицирует его как детский. Если травма тяжелая (например, ДТП или падение с высоты), на место выезжают специализированные реанимационные бригады.

Важную роль выполняют санитарные вертолеты Московского авиационного центра. Они всегда готовы оперативно транспортировать ребенка из удаленных районов или с магистралей в специализированный стационар за 10–15 минут, минуя пробки. В Москве работают 5 крупных многопрофильных детских стационаров с отделениями травматологии, нейрохирургии и реанимации, где оказывается высокотехнологичная помощь пациентам в случае получения тяжелых травм. С прошлого года в полном объеме работает новое детское травматологическое отделение в составе ММКЦ «Коммунарка», что позволило госпитализировать детей из Новой Москвы с острой травмой опорно-двигательного аппарата по месту жительства.

— Имеют ли бригады скорой помощи специальное оснащение и подготовку для работы с детьми? >>>

ПРИ СЛОЖНЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ ИЛИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ТРАВМ ВРАЧИ-ТРАВМАТОЛОГИ СОЗДАЮТ 3D-МОДЕЛИ КОСТЕЙ, ПЛАНИРУЮТ ОПЕРАЦИЮ ВИРТУАЛЬНО, ЧТОБЫ ДОБИТЬСЯ ЮВЕЛИРНОЙ ТОЧНОСТИ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ



Фото: НИИОЗММ

▲ При переломах конечностей костные отломки сегодня фиксируются чаще всего гибкими титановыми стержнями и пластинами с угловой стабильностью

– Безусловно. Бригады Станции скорой медицинской помощи имени А. С. Пучкова оснащены по самым современным стандартам. Для детей предусмотрены специальные наборы: дыхательные маски и интубационные трубки детских размеров, специальные шины для иммобилизации (например, вакуумные матрасы, которые принимают форму тела ребенка, минимизируя боль при транспортировке).

Врачи и фельдшеры регулярно проходят обучение и практические занятия на симуляционном оборудовании по педиатрической реанимации и травматологии. Они знают особенности детского организма – например, как быстро у ребенка может развиваться шок или переохлаждение, и умеют предотвращать это состояние еще во время транспортировки.

– Где оказывается специализированная помощь детям, получившим травмы? Учтена ли транспортная доступность при размещении этих медицинских организаций в городе?

– Москва обладает разветвленной сетью детских травмпунктов (амбулаторное звено) и многопрофильных стационаров. Их география выстроена таким образом, чтобы время доезда из любой точки города было минимальным.

Детские травмпункты работают при 21 поликлинике города и принимают пациентов с 08:00 до 22:00. В ночное время помощь детям оказывается в круглосуточных травмпунктах при Детской городской клинической



больнице имени З. А. Башляевой, Детской городской клинической больнице имени Н. Ф. Филатова и в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии (Клинике доктора Рошалья). Также травматологическая помощь может быть оказана в приемных отделениях всех детских многопрофильных стационаров.

Ежегодно около 450 тысяч детей получают помощь в травмпунктах при поликлиниках. Им проводятся рентгенологические исследования, обработка ран, наложение гипсовых повязок при переломах и т. д. Только в сложных случаях, требующих оперативного вмешательства, пациенты направляются в стационары. В 2025 году общее число госпитализированных детей с травмами составило 60 тысяч.

— Какие современные методы лечения переломов, вывихов и ушибов применяются в московских клиниках? Используются ли при этом инновационные технологии?

ЕЖЕГОДНО ОКОЛО 450 ТЫСЯЧ ДЕТЕЙ ПОЛУЧАЮТ ПОМОЩЬ В ТРАВМПУНКТАХ ПРИ ПОЛИКЛИНИКАХ

— Технологии в детской травматологии шагнули далеко вперед. Мы практически отошли от длительного скелетного вытяжения и громоздких гипсовых повязок, которые надолго приковывали ребенка к постели.

Им на смену пришли малоинвазивные технологии. Для фиксации костных отломков при переломах конечностей используются гибкие титановые стержни (TEN), пластины с угловой стабильностью. Операции >>> ▼

При маршрутизации ребенка с травмами главный принцип – соблюдение «золотого часа»



Фото: НИИОЗММ

ТРАВМАТОЛОГИ СЕГОДНЯ ПРАКТИЧЕСКИ ОТОШЛИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОГО СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ И ГРОМОЗДКИХ ГИПСОВЫХ ПОВЯЗОК, КОТОРЫЕ НАДОЛГО ПРИКОВЫВАЛИ РЕБЕНКА К ПОСТЕЛИ

проводятся через проколы размером 1–2 см. Сегодня эта технология применяется в 80 % случаев, требующих оперативного лечения, что позволяет активизировать ребенка уже на 2–3-й день. Если же характер повреждения позволяет ограничиться консервативным лечением с помощью гипсовой повязки без ущерба для результата, мы выбираем именно этот вид фиксации конечности.

Срастить кости – полдела. Главная задача – вернуть ребенку полный объем движений и качество жизни

При травмах суставов (особенно коленного) сегодня трудно представить лечение без артроскопических технологий. Они используются в большинстве детских

травматологических стационаров не только при острых травмах, но и для сложных реконструктивных операций (например, при повреждении крестообразной связки, разрывах менисков, остеохондропатиях). Эта технология применяется при патологии плечевого, локтевого, коленного и голеностопного суставов.

При сложных деформациях или последствиях травм наши врачи создают 3D-модели костей, планируют операцию виртуально, чтобы добиться ювелирной точности при восстановлении.



Фото: НИИОЗММ



– Какие меры профилактики детского травматизма реализуются в Москве? Организованы ли лекции, семинары или занятия для родителей и детей?

–Тенденция к снижению тяжелого травматизма есть там, где улучшается инфраструктура: безопасные детские площадки с мягким покрытием, выделенные велодорожки, ограждения на дорогах. Однако для устойчивого положительного тренда необходимо формирование культуры безопасности. Врачи могут собрать сложный перелом, но они не могут надеть на ребенка шлем перед выездом на самокате.

Профилактика – это межведомственная работа. Департамент здравоохранения Москвы тесно сотрудничает по этому вопросу с Департаментом образования и науки и ГИБДД. В школах проводятся уроки безопасности с участием врачей и сотрудников Министерства по чрезвычайным ситуациям. Реализуются проекты «Безопасное лето» и «Безопасная зима». Для родителей регулярно проводятся вебинары, организуются выступления в СМИ, распространяется инфографика в поликлиниках, посвященная профилактике детского травматизма. Устойчивый результат будет достигнут тогда, когда каждый родитель осознает: безопасность ребенка – это результат ежедневного внимания и личного примера.

Мы учим не запрещать (запретить ребенку бегать невозможно), а создавать безопасную среду: надевать шлем, проверять крепления на лыжах, устанавливать блокираторы на окна. Однако никакие административные меры – совершенствование детских площадок, организация дорожного движения – не помогут без активного вовлечения родителей в создание безопасного пространства для их детей. Поскольку большинство травм, особенно у детей младшего возраста, происходит в быту, родители должны предпринимать все усилия для их предотвращения. Мой учитель, профессор Вахтанг Панкратьевич Немсадзе, почти 40 лет возглавлявший детскую хирургию Москвы, говорил: «В большинстве детских травм виноваты взрослые». Речь не о криминале, а о том, что мы оставили ребенка без присмотра на пеленальном

В 80%

СЛУЧАЕВ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДЯТСЯ ЧЕРЕЗ ПРОКОЛЫ РАЗМЕРОМ 1–2 СМ

столике, не зафиксировали дверь, не посадили его в автокресло, оставили окно открытым... Этого могло бы и не быть. Ребенок не имеет жизненного опыта и не способен прогнозировать травмоопасную ситуацию. Рядом должен быть взрослый, ответственный за его жизнь и здоровье.

– Какие изменения и усовершенствования ожидают систему оказания помощи детям с травмами в ближайшие годы? Планируется ли строительство новых центров или закупка современного оборудования?

– Москва активно обновляет медицинскую инфраструктуру. Сейчас идет масштабная реорганизация скорпомощных стационарных комплексов (флагманских центров), в том числе при детских больницах. Это принципиально новая логистика: вертолетная площадка на крыше, операционная прямо в приемном отделении, возможность проведения полного сканирования тела за минуты.

Оборудование закупается и обновляется непрерывно – это цифровые рентген-аппараты со сниженной лучевой нагрузкой, современные магнитно-резонансные и компьютерные томографы, навигационные станции для хирургии. Также мы делаем упор на развитие реабилитации, чтобы не просто срastить кость, но и вернуть полный объем движений и качество жизни. 