



Л.А. Марега, О.А. Сенькевич, О.В. Лемешенко, О.В. Каплиева

## ПРИЧИНЫ И СТРУКТУРА ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА В Г. ХАБАРОВСКЕ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,  
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

### Резюме

Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин в структуре заболеваемости детей устойчиво занимают лидирующие позиции в Хабаровском крае, показатели превышают среднероссийские. Цель исследования: изучение структуры, причин и обстоятельств возникновения травм у детей г. Хабаровска для создания программы профилактики детского травматизма, ориентированной на конкретные особенности его структуры с планируемым отсроченным результатом в виде снижения травматизма от конкретных причин. Материалы и методы: анализ 21081 случая обращений детей в 2018 году в больницы г. Хабаровска, оказывающих неотложную медицинскую помощь детям при травмах, отравлениях, ожогах, проведенный методом сплошной выборки, позволил установить преобладание мальчиков, пики травматизации в 1-2 года и 11-14 лет. По обстоятельствам получения травмы наиболее частый вид – уличная (40,34 % случаев), возрастала с 4-5 летнего возраста, достигая максимума в 10-11 лет. Бытовая травма (30,53 %) имела максимумом в 1-2 года. Травматизм в общеобразовательных учреждениях составлял 14,48 % случаев с пиком в 11-14 лет, спортивная травма – 10,90 %, жертвами нападений или преднамеренных действий стали 143 ребенка (1,6 % всех травм), пострадали в ДТП 2,11 % детей. Заключение: на основе оценки структуры детского травматизма в г. Хабаровске с учетом выявленных групп риска возможно составление медико-социальной комплексной программы первичной профилактики.

*Ключевые слова:* дети, травматизм, профилактика, половые различия, возрастная структура, бытовая травма, уличная травма, ожоги, отравления.

L.A. Marega, O.A. Senkevich, O.V. Lemeshenko, O.V. Kaplieva

## THE CAUSES AND STRUCTURE OF CHILD INJURIES IN Khabarovsk

*Far Eastern state medical university, Khabarovsk*

### Summary

Injuries, poisoning and other effects of external causes in the structure of morbidity and mortality of children consistently occupy a leading position, the indicators in the Khabarovsk territory exceed the average, while the possibility of effective prevention is limited.

**Aims:** to study the structure, causes and circumstances of injuries in children of Khabarovsk to create the possibility of effective primary prevention.

**Materials and methods:** the analysis 21 081 case cases children in 2018 in hospital Khabarovsk, providing emergency medical care for children with injuries, poisoning, burns.

**Results:** of the study allowed to establish that among children older than 3 years boys prevailed, there are two age peaks of trauma in 1-2 years and 11-14 years, but the largest number of injuries is characteristic of adolescents. According to the circumstances of injury, the children were divided into five groups: street injury – the most frequent type of injury (5 004 children, 40,34 % of cases), increased from 4-5 years of age, reaching a maximum of 10-11 years. Home accident (30,53 %, 3 231 case) had the maximum cases in 1-2 years. Injuries in General education institutions (school, kindergarten) amounted to 14,48 % of cases (1 786 children), there was a peak in 11-14 years, followed by a decrease. Sports injury was 10,90 % (1 497 cases). 143 children (1,65 % of all injuries) were victims of violence and/or hooliganism. Auto-injury was the most rare and amounted to 2,11 % of cases.

**Conclusions: thus, based on the assessment of the structure of child injuries in the city. Khabarovsk, taking into account the identified focus groups and existing prevention programs of WHO and UNICEF, it is possible to draw up a medico-social comprehensive program of primary prevention.**

*Key words:* children, injury, prevention, sexual differences, age structure, household injury, street injury, burns, poisoning.

Конвенция о правах ребенка, принятая Генеральной Ассамблеей Организацией Объединенных Наций (ООН) и ратифицированная в Российской Федерации (РФ), декларирует, что все дети имеют право на безопасные условия жизни и защиту от травм и насилия. Цели в области устойчивого развития, принятые ООН в 2015 году, призваны обеспечить здоровый образ жизни и содействовать благополучию детей. Одни из задач данных целей заключаются в том, чтобы к 2030 году сократить смертность детей в возрасте до пяти лет до 25 на 1 000 живорождений в каждой стране; к 2020 г. вдвое сократить во всем мире число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) [1, 2].

В РФ последствия воздействия внешних причин являются ведущей причиной смерти и инвалидизации у детей в возрасте 0-14 лет [3, 4, 5, 7]. Одни только дорожно-транспортные травмы (ДТП) являются главной причиной смертности среди 15–19-летних и второй по значимости причиной гибели 5–14-летних детей [4, 5, 6, 7]. В структуре первичной заболеваемости травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин устойчиво занимают второе место после заболеваний органов дыхания, составляя в РФ в 2017 году 10 384,7 случая на 100 000 детского населения 0–14 лет [7, 11].

Ряд стран (США, Канада, Швеция и пр.) достигли заметного уменьшения показателей детской смертности от травм, в некоторых случаях более чем на 50 %, через внедрение экономичных мер профилактики, что привело к сокращению расходов на здравоохранение. Затраты на программы первичной профилактики намного меньше, чем затраты на лечение ребенка, иногда в течение многих месяцев, после получения травмы, которую можно было предотвратить. Дети подвержены опасностям и рискам повседневной жизни и уязвимы в отношении травм одних и тех же типов в разных странах [1]. Однако физическое, социальное, культурное и экономическое окружение, в котором они живут, сильно варьируется. В РФ существует детальный учет взрослых, пострадавших на производстве по причинам несчастных случаев, при этом принятые в стране статистические формы не позволяют так же детально анализировать детский травматизм (случаи заболеваемости и смертности) по причинным факторам. В рекомендациях ВОЗ [1] по профилактике травматизма наиболее эффективной моделью считается алгоритмированный комплекс методически согласованных между собой мер и повторяющихся четыре логических шага: 1 – выявление степени тяжести проблемы и того, где она происходит и кого затрагивает. 2 – выявление факторов риска, для понимания того, почему определенной категории людей угрожает риск. Третий шаг – разработка и оценка эффективности вмешательств, для того, чтобы понять, какие меры могут принести положительный результат. Четвертый шаг – широкая реализация проверенных стратегий на практике. Преимущество

такого подхода заключается в том, что он облачает профилактику травматизма в форму конкретных мер, в реализации которых участвуют различные структуры и организации, а не оставляет профилактику на волю случая [1]. В зависимости от типа травмы существует целый ряд программ ВОЗ, включающих действенные меры вмешательства по профилактике детского травматизма. В программах говорится о необходимости учета региональных особенностей причин и обстоятельств детского травматизма [9, 10, 13]. Так, внедрение программы учета и профилактики травматизма для канадских больниц (CHIRPP) с 1990 г. позволило собрать информацию об обстоятельствах, при которых происходят травмы, а также о типах и тяжести травм и издать много докладов по широкому кругу проблем травматизма. В 1992 г. в австралийском штате Новый Южный Уэльс, после публикации доклада отделений неотложной помощи, о том, что ожоги горячей жидкостью составляют четвертую по значению причину госпитализации маленьких детей, развернулась кампания по профилактике ожогов горячей жидкостью среди детей под названием «Горячая вода жжет как огонь» [12]. В результате было принят закон о максимально допустимой температуре воды в кранах с горячей водой на уровне 50 °С и за два года показатели тяжелых ожогов горячей жидкостью снизились на 30 %, ежегодная экономия для системы здравоохранения составила от 3,8 до 6,5 миллионов австралийских долларов [9].

Экономическая эффективность от внедрения программ профилактики просчитана во многих странах. Так, на 1 израсходованный евро на устройства дымовой пожарной сигнализации экономия расходов составила 69,0 €, на средства ограничения движения ребенка в автомобиле 29,0 €, велосипедные шлемы 29,0 €, профилактические консультации у педиатров 10,0 € и т. д. [15, 16].

На федеральном и региональных уровнях, с учетом межведомственных подходов, систематически ведется работа по внедрению мер профилактики травматизма у детей: усиливается административное и уголовное наказания за нарушения правил дорожного движения, в том числе, перевозки детей в транспорте; правоохранительными органами проводится работа по профилактике правонарушений в отношении несовершеннолетних; органами здравоохранения совместно с образовательными учреждениями организуется информирование родителей о правилах безопасности жизнедеятельности детей. Федеральный закон от 1998 года № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» был существенно дополнен статьями, которые предусматривают улучшение ухода за ребенком и повышение его безопасности: установлено ночное время с 22 до 6 часов и недопущение нахождения детей в ночное время в общественных местах без сопровождения родителей (ФЗ от 28.04.2009 № 71-ФЗ), введена ответственность юридических

лиц, должностных лиц и граждан за нарушение прав и законных интересов ребенка, причинение вреда его здоровью (ФЗ от 05.04.2013 № 58-ФЗ), родители получили право обращаться в суд с иском о возмещении вреда, причиненного здоровью ребенку и его имуществу, а также о возмещении морального вреда (ФЗ от 02.07.2013 № 185-ФЗ) [17].

Тем не менее, очевидна недостаточная эффективность предпринимаемых действий, анализ обстоя-

тельств получения травмы детьми г. Хабаровска стал целью нашей работы.

*Цель работы:* изучение структуры, причин и обстоятельств возникновения травм у детей г. Хабаровска для создания программы профилактики детского травматизма, ориентированной на конкретные особенности его структуры с планируемым отсроченным результатом в виде снижения травматизма от конкретных причин.

### Материалы и методы

Путем сплошной выборки проведен анализ первичной медицинской документации 21 081 случая обращений детей любого возраста в учреждения здравоохранения г. Хабаровска, оказывающих неотложную медицинскую помощь детям при травмах, отравлениях, ожогах. Период проведения исследования 01.01–31.12.2018, группа сравнения отсутствовала, размер выборки предварительно не рассчитывался. Критерии включения: детский возраст от 1 месяца до 18 лет, обращение в учреждения здравоохранения г. Хабаровска, оказывающих помощь детям с любыми последствиями внешних воздействий. Возраст детей учитывался с лагом в 1 год, сведения о диагнозе получали из учетной документации.

Способ оценки результата: информационно-аналитический, обработка материала проводилась методами

общемедицинской статистики. Учетная документация – журналы регистрации больных приемного отделения и статистические карты больных травмопункта КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница им. А.К. Пиотровича» – 19 758 случаев, приемного покоя КГБУЗ «Городская больница № 2» имени Д.Н. Матвеева – 636 случаев, КГБУЗ «Краевая Клиническая Больница № 2» – 629 обращений, КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10» – 158 случаев. Анализируются случаи, когда была необходима стационарная или амбулаторная (детский травмопункт) медицинская помощь, возраст, пол, место и обстоятельства получения травмы, характер повреждений и другие признаки.

Оценка объемов и видов медицинской помощи не входила в задачи исследования.

### Результаты и обсуждение

Пятилетний анализ смертности детей в возрасте 0-17 лет от воздействия внешних причин (табл. 1) по ф. С-51 УФСГС «Хабаровскстат» позволил установить первоочередную причину смерти детей – повреждение с неопределенными намерениями, что не может быть верифицировано в полной мере, как управляемая причина гибели детей. Второе ранговое место в разные годы занимали ДТП, случайные удушения, поражения огнем и другие причины.

Таблица 1

**Смертность детей в возрасте 0-17 лет от воздействия внешних причин (абс./на 100 тыс. детей в возрасте 0-17 лет)**

Причины смерти	2013	2014	2015	2016	2017
Пострадавшие от транспорта	9/3,6	10/4,0	12/4,6	12/4,5	5/1,8
В т. ч. ДТП	7/2,8	10/4,0	11/4,6	10/3,8	4/1,5
Случайные падения	6/2,4	7/2,8	3/1,2	6/2,3	9/3,3
Случайные утопления	8/3,2	9/3,6	2/0,8	8/3,0	5/1,8
Случайные удушения	4/1,6	10/4,0	8/3,1	5/1,9	12/4,4
Поражение огнем	5/2,0	8/3,2	7/2,7	4/1,5	8/3,0
Отравления	4/1,6	4/1,6	2/0,8	2/0,8	-
Самоубийство	7/2,8	4/1,6	4/1,6	2/0,8	1/0,4
Убийство	2/0,8	2/0,8	2/0,8	1/0,4	7/2,6
Повреждения с неопределенными намерениями	20/8,1	21/8,3	19/7,3	21/8,3	18/6,7
Воздействия чрезмерно низкой природной температуры	-	2/0,8	2/0,8	1/0,4	1/0,4
Прочие	-	2/0,8	4/1,6	3/1,1	2/0,8
Итого	65	79	65	66	68

Анализ несмертельного воздействия внешних причин и детского травматизма детей за пять лет продемонстрировал увеличение случаев в 2017 году, первого

года жизни, как и число травм и отравлений среди подростков 15-17 лет (табл. 2).

На основе полученных данных нами был проведен анализ структуры, причин и обстоятельств возникновения травм у детей г. Хабаровска в 2018 году.

Таблица 2

**Травмы, отравления и воздействие внешних причин у детей\***

Годы	2013	2014	2015	2016	2017
дети первого года жизни					
Абс.	253	337	206	218	447
На 1 тыс.	15,5	19,7	12,2	11,6	25,2
подростки 15-17 лет					
На 100 тыс.	23 003,3	21 629,9	26 293,7	19 603,5	19 727,1

Примечание. \* – по данным статистической формы № 12.

При анализе гендерной принадлежности детей, получивших травму различной природы, в целом установлено преобладание мальчиков (11 758 детей, 55,78±0,34 %), кроме возраста 1-3 года (55,78±0,34 % мальчиков и 44,22±0,34 % девочек) (табл. 3). Полученные нами результаты сопоставимы с российскими и европейскими данными [1, 2, 5, 6], где также, в подавляющем большинстве возрастных категорий, доля детей мужского пола выше, чем женского. Установлено [1, 2], что у детей грудного возраста половые различия были минимальны, они резко возрастали в 15-19 лет, что связывается с тем, что для мальчиков типичен высокий уровень активности, импульсивное поведение, иная социализация, чем у девочек, и они чаще участвуют в рискованных предприятиях.

Анализ возрастной структуры продемонстрировал существование двух возрастных пиков травматиза-

ции: в 1-2 года и, максимальный прирост, в 12-13 лет (рис. 1).

Резкий рост числа травм в 1-2 года связан с социализацией ребенка, физиологической верткализацией и устойчивым навыком прямохождения, исследовательским интересом к окружающему миру с одной стороны и, с другой стороны, недостаточной готовностью родителей организовать безопасную среду. Подъем второй волны травматизма с 6-7-летнего возраста обусловлен более активным самостоятельным поведением ребенка вне дома. Дети 12-13 лет – лидеры в детской травматизации – часто имеют травмоопасное, протестное поведение в силу особенностей подростковой психологии, максимум волны наблюдается в 10-12 лет у девочек, у мальчиков – в 11-13 лет (табл. 3, рис. 2).

Таблица 3

**Половозрастная структура детей, включенных в исследование**

Возраст (лет)	Мальчики		Девочки		Всего	
	абс.	Р±m, %	абс.	Р±m, %	абс.	Р±m, %
0	192	1,63±0,12	172	1,84±0,14	364	1,73±0,09
1	590	5,02±0,20	578	6,20±0,25	1 168	5,54±0,16
2	558	4,75±0,20	545	5,85±0,24	1 103	5,23±0,15
3	531	4,52±0,19	410	4,40±0,21	941	4,46±0,14
4	449	3,82±0,18	411	4,41±0,21	860	4,08±0,14
5	425	3,61±0,17	454	4,87±0,22	879	4,17±0,14
6	597	5,08±0,20	445	4,77±0,22	1 042	4,94±0,15
7	648	5,51±0,21	484	5,19±0,23	1132	5,37±0,16
8	672	5,72±0,21	557	5,97±0,25	1 229	5,83±0,16
9	768	6,53±0,23	543	5,82±0,24	1 311	6,22±0,17
10	903	7,68±0,25	637	6,83±0,26	1 540	7,31±0,18
11	943	8,02±0,25	635	6,81±0,26	1 578	7,49±0,18
12	908	7,72±0,25	753	8,08±0,28	1 661	7,88±0,19
13	889	7,56±0,24	997	10,69±0,32	1 886	8,95±0,20
14	789	6,71±0,23	510	5,47±0,24	1 299	6,16±0,17
15	681	5,79±0,22	430	4,61±0,22	1 111	5,27±0,15
16	651	5,54±0,21	389	4,17±0,21	1 040	4,93±0,15
17	564	4,80±0,20	373	4,00±0,20	937	4,44±0,14
Всего (абс.)	11 758	55,78±0,34	9 323	44,22±0,34	21 081	100,00

Большинство исследователей отмечают, что в основную роль в большей части случаев травм в детском возрасте играет безнадзорность или оставление детей без должного просмотра [1, 2, 4, 5, 7, 8, 9].

Для установления возможностей первичной профилактики детского травматизма все случаи детской травмы были разделены на группы по характеру повреждения и локализации травмы (рис. 3). Наибольшим было число ушибов (6 383 случая; 30,28±0,32 %), повреждений связочного аппарата суставов конечностей (4 883 случая; 23,16±0,29 %), переломов конечностей (4156 обращений; 19,71±0,27 %) и ран (3476 случаев; 16,49±0,26 %). Несколько реже встречались травмы головы (371 случай; 1,76±0,09 %), термические и химические ожоги (258 обращений; 1,22±0,08 %), отравления, требующие интенсивной терапии в токсикологическом отделении (91 случай; 0,43±0,05 %), травмы глаз (69 случаев; 0,33±0,04 %).

Отравления, требующие интенсивной терапии в условиях токсикологического отделения (всего 91 ребенок) наиболее часто были вызван тамолом (4 случая; 8,70±4,15 %).

С учетом обстоятельств получения травмы дети были разделены на шесть условных групп (табл. 4): бытовая травма; уличная; травма в результате нападения и преднамеренных обстоятельств; травма, полученная в общеобразовательных учреждениях (школы, детсады) (ООУ); травма в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), спортивная травма.

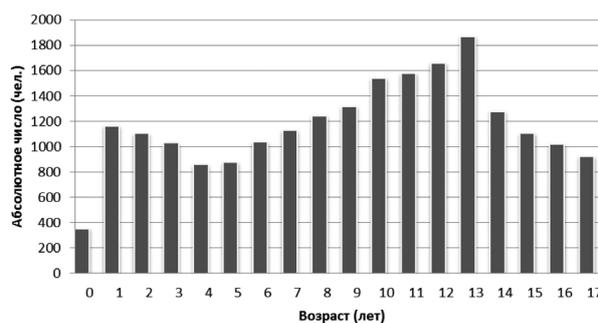


Рис. 1. Возрастная структура травмированных детей

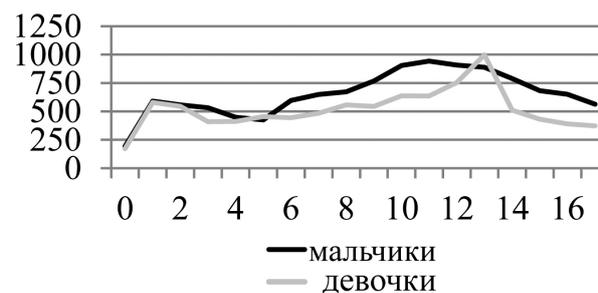


Рис. 2. Гендерные различия в травматизме детей (составлено авторами)



Рис. 3. Структура детского травматизма по характеру и локализации травмы

Уличная травма – наиболее частый вид травмы – 8 505 случаев – составляла 40 % от всех видов травм. В нашем исследовании установлено нарастание числа случаев уличного травматизма с возраста одного года жизни со стабилизацией уровня до 4-5 лет и резким подъемом к 7-летнему возрасту детей и максимумом в 10-11 лет (рис. 4).

Таким образом, группами риска высокой вероятности уличного травматизма являются дети первого года жизни, 6 и 10-11 лет, что требует поиска путей решения этой проблемы.

Бытовая травма занимала второе ранговое место в структуре детского травматизма (6 435 случаев, 30 %), достигая максимума в 1-2 года, быстро снижалась к 4-летнему возрасту и далее продолжала снижаться, но медленно (рис. 4). Исключением являлся возраст 13 лет, когда происходил резкий скачок бытового травматизма, и наиболее часто это было связано с безнадзорностью.

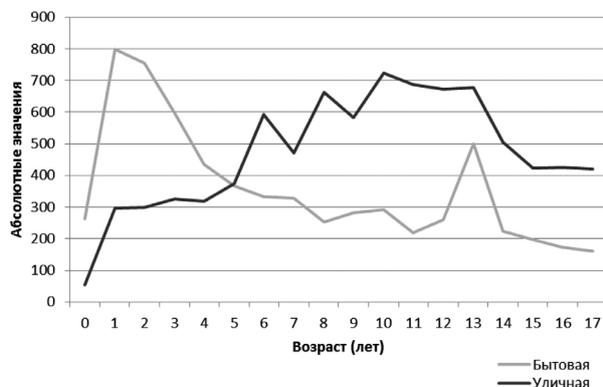


Рис. 4. Динамика числа случаев уличной и бытовой детской травмы в возрастном аспекте

Травматизм в общеобразовательных учреждениях составлял 14,5 % случаев (3 053 случая) и для этого вида травмы характерен медленный подъем с пиком 12-13 лет и последующим некоторым снижением (рис. 5). Выявленные возрастные особенности имеют значение для понимания условий организации учебных процессов и пребывания детей в учебных учреждениях, особенно в средних и старших классах.

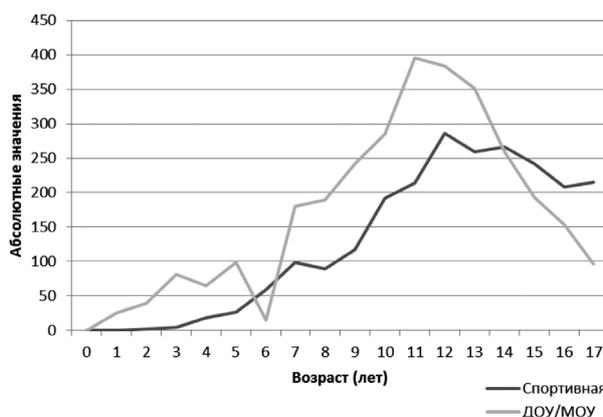


Рис. 5. Возрастная структура спортивных травм и травм, полученных в образовательных дошкольных/школьных учреждениях

Занятия спортом могут быть потенциально опасными и спортивная травма в наших исследованиях достаточно распространена (2 297 случаев, 11 %) (табл. 4),

отличалась преобладанием мальчиков (65,17±0,99 %), что, вероятно, связано с особенностями травмоопасных «мужских» видов спорта и требует дальнейшего изучения и детализации.

Ожоги являются пятой по значимости причиной несмертельных детских травм в мире, при этом основную опасность представляет ненадлежащее наблюдение взрослых за детьми [1, 2, 7]. Дети обычно получают ожоги на кухне, при опрокидывании емкостей с горячей жидкостью, от пламени [9]. В нашем исследовании термические и химические ожоги были зарегистрированы у 258 детей: I степени тяжести у 64 детей (24,81±2,69 % случаев), II степени – 171 ребенок (66,28±2,94 % случаев), III степени – 23 ребенка (8,91±1,77 % наблюдений).

Транспортная травма, одна из малочисленных но наиболее серьезных по тяжести и исходам причин детского травматизма [4], составляла в нашем исследовании 2,11±0,10 % (444 случая: 56,31±2,35 % мальчиков и 43,69±2,35 % девочек) (табл. 4), отмечались случаи автотравмы детей первого года жизни (39 детей, 8,78±1,34 % от общего числа случаев).

Жертвами нападений и преднамеренных действий были 347 детей, что составило 1,65 % всех травм (41 % мальчиков и 59 % девочек) (табл. 5). Проблема насилия над детьми в нашей стране плохо изучена, зачастую результаты насилия маскируются под несчастный случай, бытовую травму [2, 9].

Обращает на себя внимание наличие статистически значимых половых различий в частоте всех видов детского травматизма, кроме транспортной травмы ( $p < 0,001$ ). При этом, у девочек преобладала бытовая травма ( $p < 0,001$ ), в то время, как мальчики чаще были подвержены спортивному и уличному травматизму ( $p < 0,001$ ), а также травмам, полученным в результате нападений и преднамеренных действий ( $p < 0,001$ ) (табл. 4).

Результатом нашей работы явилось выявление причин, структуры, обстоятельств возникновения и других характеристик фактических случаев детского травматизма в г. Хабаровске, которая позволила сформулировать следующие группы риска, требующие повышенного внимания со стороны родителей, взрослых родственников и медицинских работников:

- дети до 4 лет;
- дети 11-14 лет, особенно мальчики, с учетом высокой частоты травматизации в различных условиях (уличная, спортивная, травма в общеобразовательных учреждениях);
- дети, безнадзорно находящиеся на улице (во дворе, по дороге в школу и т. д.) в любом возрасте, особенно подростки.

Таблица 4

Структура травматизма по виду травм в гендерном аспекте

Вид травмы	Всего		Мальчики		Девочки		P
	абс.	P±m,%	абс.	P±m,%	абс.	P±m,%	
Транспортная	444	2,11±0,10	250	2,10±0,13	194	2,12±0,15	>0,05
Бытовая	6 435	30,53±0,32	3 231	27,13±0,41	3 204	34,94±0,50	<0,001
Спортивная	2 297	10,90±0,21	1 497	12,57±0,30	800	8,72±0,29	<0,001
Уличная	8 505	40,34±0,34	5 004	42,01±0,45	3 501	38,18±0,51	<0,001
Нападения и преднамеренные обстоят.	347	1,65±0,09	143	1,20±0,10	204	2,22±0,15	<0,001
ООУ	3 053	14,48±0,24	1 786	14,99±0,33	1 267	13,82±0,36	<0,01
Всего	21 081	100,00	11 911	56,50±0,34	9 170	43,50±0,34	<0,001

По данным недавнего исследования ВОЗ [11], за 2017 год до одного миллиарда детей в мире сталкивались с физическим, сексуальным или психологическим насилием. Медицинские работники должны участвовать в мерах профилактики жестокого обращения с детьми путем расширения знаний родителей о развитии ребенка, стимулирования стратегий позитивного обращения с детьми. Программы по предотвращению травм головы в результате жестокого обращения (в т. ч. синдрома «встряхнутого ребенка») необходимо проводить, начиная с учреждений родовспоможения [1, 2, 4]. Выявленные особенности детского травматизма г. Хабаровска представляют возможность создания целевых программ его профилактики, ориентированных на конкретные особенности структуры, с использованием рекомендаций экспертов ВОЗ, опыта других стран, материалов ВОЗ и ЮНИСЕФ для проведения разъяснительных кампаний профилактики травматизма в средствах массовой информации, родителям, работникам здравоохранения, образовательных учреждений [1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 14].

#### Литература

1. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма в Европе. ВОЗ. ЮНИСЕФ. 2008. Ссылка активна на 18.08.2018 [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98744/E92049R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98744/E92049R.pdf).
2. Дети: сокращение смертности. Информационный бюллетень ВОЗ, 2017. Ссылка активна на 18.08.2018 <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.
3. Статистический сборник «Здравоохранение в России» 2018. Ссылка активна на 18.08.2018 [http://www.gks.ru/free\\_doc/doc\\_2018/zdrav18.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/zdrav18.pdf).
4. Спасти жизнь: пакет технической документации по вопросам безопасности дорожного движения. ВОЗ. 2017. Ссылка активна на 18.08.2018. <http://www.who.int/iris/handle/10665/258524>.
5. Головки О.В., Павленко Т.Н., Заришняк Н.В. Клинико-статистический анализ детского травматизма в г. Оренбурге // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2017. – № 11.
6. Горлов А.А., Вишневецкая Е.К. Система профилактики травм у детей: психологические аспекты // Педиатрия. – 1991. – № 1. – С. 69-70.
7. Соловьева К.С., Залетина А.В. Травматизм детского населения Санкт-Петербурга // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста.
8. Профилактика детского травматизма, организация травматической помощи и лечение травм у детей / Под ред. В.Л. Андрианова. – Л.: Просвещение, 1981. – 120 с.
9. Ожоги. Информационный бюллетень ВОЗ. 2018. Ссылка активна на 18.08.2018 <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/burns>.

Максимальная детализация событий, приведших к травме ребенка, позволит, на постоянной и унифицированной основе, разрабатывать таргетные и эффективные меры профилактики детского травматизма на региональном и федеральном уровне, в конечном итоге влияя на уровень заболеваемости и смертности детей.

Спорным является представление о том, что медицинские работники могут существенно предупреждать детский травматизм. Задачи врачей – это оказание медицинской помощи пациентам, информация органов МВД о случаях насилия и противоправных действий по отношению к ребенку, участие в составлении информационных листовок для населения и выступления в средствах массовой информации и др. Главная роль в предупреждении травматизма принадлежит родителям, а также различным властным и надзорным структурам: администрации, МВД, ГИБДД, жилищно-коммунальным службам, СМИ и другим органам.

*Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой или какой-либо другой поддержки / конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.*

10. Падения. Основные факты. Информационный бюллетень ВОЗ. 2018 Ссылка активна на 18.08.2018 <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
11. Семь стратегий по ликвидации насилия в отношении детей. ВОЗ. 2017. Ссылка активна на 18.08.2018 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789244565353-rus.pdf;jsessionid=2666C27B145D2060856E2A605A768DB9?sequence=7>.
12. Живи интересно и безопасно. Брошюра. Приложение к Всемирному докладу о профилактике травматизма. ВОЗ. ЮНИСЕФ. 2008. Ссылка активна на 18.08.2018. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/Child\\_friendly\\_Russian.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Child_friendly_Russian.pdf?ua=1).
13. Как можно предотвратить насилие в отношении детей? ВОЗ. 2013. Ссылка активна на 18.08.2018 <http://www.who.int/features/qa/44/ru/>.
14. Gallagher S., et al. The incidence of injuries among 87,000 Massachusetts children and adolescents: results of the 1980–81 Statewide Childhood Injury Prevention Program Surveillance System // American Journal of Public Health. – 1984. – № 74. – P. 1340-1347.
15. Miller T., Levy D. Cost-outcome analysis in injury prevention and control: eighty-four recent estimates for the United States // Medical Care. – 2000. – № 38. – P. 562-582.
16. Polinder S., et al. APOLLO: the economic consequences of injury // Final report. Amsterdam, EuroSafe. – 2008.
17. Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 1998 года № 124-ФЗ, поправки от 28.04.2009 № 71-ФЗ, от 05.04.2013 № 58-ФЗ, от 02.07.2013 № 185-ФЗ.

#### Literature

1. World report on child injury prevention. WHO. UNICEF.2008. (In Russ.)] link 18.08.2018 [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98744/E92049R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98744/E92049R.pdf).
2. Children: reducing mortality. News bulletin. WHO. 2017. (In Russ.)] link 18.08.2018 <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.

3. Statistical compilation «Public health in Russia» 2018. (In Russ.)] link 18.08.2018 [http://www.gks.ru/free\\_doc/doc\\_2018/zdrav18.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/zdrav18.pdf).
4. Save lives: a road safety technical package. WHO. 2017. (In Russ.)] link 18.08.2018. <http://www.who.int/iris/handle/10665/258524>.
5. Golovko O.V., Pavlenko T.N., Zarishnyak N.V. Clinical and statistical analysis of childhood injuries in Orenburg // Journal of scientific articles Health and Education in the XXI Century. – 2017. – № 11.
6. Gorlov A.A., Vishnevetskaya E.K. The system of prevention of injuries in children: psychological aspects // Pediatrics. – 1991. – № 1. – P. 69-70.
7. Solovieva K.S., Zaletina A.V. Injuries to the children of St. Petersburg // Pediatric Traumatology, Orthopedics and Reconstructive Surgery.
8. Prevention of childhood injuries, the organization of traumatic care and treatment of injuries in children / Ed. V.L. Andrianova. – L. : Education, 1981. – 120 p.
9. News bulletin. WHO. 2018. (In Russ.). link 18.08.2018 <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/burns>.
10. Falls. News bulletin. WHO. 2018. (In Russ.). link 18.08.2018 <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
11. INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children. WHO. 2017. (In Russ.). link 18.08.2018 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789244565353-rus.pdf;jsessionid=2666C27B145D2060856E2A605A768DB9?sequence=7>.
12. Child-friendly report. Addition. WHO. UNICEF. 2008 (In Russ.)] link 18.08.2018. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/Child\\_friendly\\_Russian.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Child_friendly_Russian.pdf?ua=1).
13. How can violence against children be prevented? WHO. 2013. (In Russ.) link 18.08.2018 <http://www.who.int/features/qa/44/ru/>.
14. Gallagher S., et al. The incidence of injuries among 87,000 Massachusetts children and adolescents: results of the 1980–81 Statewide Childhood Injury Prevention Program Surveillance System // American Journal of Public Health. – 1984. – № 74. – P. 1340-1347.
15. Miller T., Levy D. Cost-outcome analysis in injury prevention and control: eighty-four recent estimates for the United States // Medical Care. – 2000. – № 38. – P. 562-582.
16. Polinder S., et al. APOLLO: the economic consequences of injury // Final report. Amsterdam, EuroSafe. – 2008.
17. Federal law No. 124-FZ of 1998 on basic guarantees of children's rights in the Russian Federation, amendments No. 71-FZ of 28.04.2009, No. 58-FZ of 05.04.2013 and No. 185-FZ of 02.07.2013.

**Координаты для связи с авторами:** *Марега Лариса Александровна* – канд. мед. наук, доцент кафедры дополнительного профессионального образования Института непрерывного профессионального образования и аккредитации ДВГМУ, e-mail: [drnaum@mail.ru](mailto:drnaum@mail.ru); *Сенькевич Ольга Александровна* – д-р мед. наук, профессор кафедры дополнительного профессионального образования Института непрерывного профессионального образования и аккредитации ДВГМУ, тел. +7-914-154-01-70, e-mail: [senkevicholga@yandex.ru](mailto:senkevicholga@yandex.ru); *Лемещенко Ольга Валентиновна* – канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, e-mail: [kiko@mail.fesmu.ru](mailto:kiko@mail.fesmu.ru); *Каплиева Ольга Викторовна* – доцент кафедры госпитальной и факультетской педиатрии с курсом пропедевтики детских болезней ДВГМУ, e-mail: [habmed@ya.ru](mailto:habmed@ya.ru).

