

Баиндурашвили А. Г., Виссарионов С.В., Соловьева К.С., Залетина А.В.

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ И ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В МЕГАПОЛИСЕ (на примере Санкт-Петербурга)

ФГБУ «НИДОИ им Г.И. Турнера» Минздрава России

Aleksey G. Baidurashvili, Sergey V. Vissarionov, Karina S. Solovyova, Anna V. Zaletina

CHILD INJURIES AND SPECIALIZED CARE FOR CHILDREN IN A CITY (for Saint Petersburg)

The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics

Для корреспонденции: Залетина Анна Владимировна. 196603, Санкт-Петербург, г. Пушкин, ул. Парковая, д. 64-68. E-mail: omoturner@mail.ru

For correspondence: Anna V. Zaletina. Parkovaya str., 64-68, Pushkin, St. Petersburg, 196603. E-mail: omoturner@mail.ru

Для цитирования: Баиндурашвили А. Г., Виссарионов С.В., Соловьева К.С., Залетина А.В. ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ И ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В МЕГАПОЛИСЕ.

Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, 2018; 8(2):16-23
doi:10.30946/2219-4061-2018-8-2-16-23

For citation: Aleksey G. Baidurashvili, Sergey V. Vissarionov, Karina S. Solovyova, Anna V. Zaletina. CHILD INJURIES AND SPECIALIZED CARE FOR CHILDREN IN A CITY

Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care, 2018; 8(2):16-23
doi:10.30946/2219-4061-2018-8-2-16-23

Резюме

Введение. На основе государственной статистики и собственных исследований изучены показатели детского травматизма в Санкт-Петербурге в 2015–2017 гг. По сравнению с данными предшествующих лет показатели распространенности травм у детей 0–14 лет (145,2‰) и у подростков 15–17 лет (247,5‰) не имеют тенденции к снижению и превышают показатели в целом по России.

Материалы и методы. Представлены данные по структуре детского травматизма по полу и возрасту пострадавших, по видам травматизма и по локализации травм, по числу переломов костей в различных областях тела в соответствии с классом XIX МКБ-10.

Результаты и обсуждение. Среди внешних причин травм выделены дорожно-транспортные несчастные случаи, физическое насилие (класс XX МКБ-10). Положительным является низкий показатель инвалидности от травм КМС среди детского населения (0,7 на 10 тыс.). Проанализирована деятельность амбулаторных и стационарных лечебно-профилактических учреждений Санкт-Петербурга по оказанию специализированной помощи детям с повреждениями костно-мышечной системы. Представлены уникальные научно-медицинские

Abstract

Introduction. Based on the state statistics and in-house research the rates of child injury in Saint-Petersburg in 2015–2017 were examined. As compared with the previous years, the rates of injury prevalence in children of 0–14 years (145.2%) and adolescents of 15–17 years (247.5%) don't tend to the decrease and exceed the overall rates for Russia.

Materials and methods. The structure of child injury by gender, age, type of injury, injury localization, and number of bone fractures in various locations as per chapter XIX of ICD-10 were presented.

Results and discussion. External causes include road accidents, physical assault (chapter XX of ICD-10). Low disability index associated with musculoskeletal disorders in children is an advantage (0.7 per 10 thousand). The activity of outpatient and inpatient medical facilities providing specialized aid to children with musculoskeletal diseases in Saint-Petersburg was analyzed. The unique research centers for treatment of severe injuries of the musculoskeletal system and their consequences in children located in the municipal

центры по лечению тяжелых повреждений костно-мышечной системы и их последствий у детей, развернутые в городских и федеральных учреждениях Санкт-Петербурга.

Ключевые слова: *детское население Санкт-Петербурга, травматизм вследствие внешних воздействий, статистические данные, травматолого-ортопедическая помощь*

Введение

Детский травматизм является актуальной проблемой не только медицинского, но и социального характера. Статистика зарегистрированных случаев травм костно-мышечной системы (КМС), ожогов, отравлений и других внешних воздействий позволяет судить о частоте и структуре детского травматизма в целом по России и в отдельных административных территориях, распределяя пострадавших по полу и возрасту, по обстоятельствам получения травм, по видам и характеру повреждений [1, 2, 3, 4]. Любые травмы, вне зависимости от тяжести повреждения, могут не только негативно влиять на физическое здоровье пострадавших и качество их жизни, но оставлять последствия в виде психологической и моральной травмы [5]. Показатели детского травматизма от внешних воздействий непосредственно связаны с показателями инвалидности и смертности детского населения. Пациенты с тяжелыми сочетанными и множественными травмами КМС нуждаются в оказании неотложной специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Неполное восстановление анатомии и функции поврежденных органов и систем является причиной инвалидности детей [6, 7]. Дорожно-транспортные несчастные случаи, падение с высоты, воздействия дыма и огня могут быть причиной смертности детей на месте происшествия и в первые дни после травмы [8]. В последние годы не отмечено тенденции к уменьшению количества повреждений КМС у детей, поэтому профилактика детского травматизма не теряет своей актуальности много лет.

Состояние медицинской помощи детям при повреждениях опорно-двигательной системы во многом зависит от развития в каждой территории России службы скорой помощи, от доступности амбулаторных и стационарных детских медицинских учреждений, от качества оказания неотложной спе-

and federal institutions of Saint-Petersburg were presented.

Key words: *children of Saint-Petersburg, injury due to external effects, statistical data, traumatological and orthopedic aid*

циализированной травматолого-ортопедической помощи и возможностей применения высокотехнологичной помощи и реабилитации [9, 10]. Оценка результатов лечения и реабилитации детей после травм, показатели инвалидности и смертности детей вследствие повреждений КМС являются кардинальными показателями в оценке деятельности лечебных учреждений территории [11, 12].

Показатели травматизма и специализированной помощи детскому населению позволяют организаторам здравоохранения и травматологам-ортопедам СПб увидеть данные по своей территории в динамике, а также сравнить их со средними показателями по России и с данными в различных административных территориях.

Цель исследования. Проанализировать показатели детского травматизма в Санкт-Петербурге (СПб) в 2017 г. и сравнить их с данными 2015–2016 гг. в СПб и в целом по Российской Федерации. Представить состояние амбулаторной, стационарной и реабилитационной травматологической помощи детям в СПб, а также особенности помощи детям при тяжелых травмах в специализированных научно-практических центрах городских и федеральных учреждениях.

Материал и методы

В СПб показатели детского травматизма анализировались по данным Городского бюджетного учреждения здравоохранения «Медико-информационный аналитический центр» [1, 2]. Изучены особенности пострадавших в зависимости от пола и возраста, локализации и характера повреждений, обстоятельств и причин травмы. Проанализированы данные по оказанию специализированной травматологической помощи детям в амбулаторных и стационарных учреждениях.

Государственная статистическая отчетность Министерства здравоохранения Российской Федера-

ции ежегодно представляет основные показатели, характеризующие заболеваемость населения и состояние медицинской помощи в России. Данные о травматизме приводятся по каждой территории России, в том числе и по Санкт-Петербургу. Эти показатели ежегодно анализируются и публикуются в сборниках НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова «Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению» под редакцией акад. РАН С.П. Миронова [3, 4].

В работе использованы собственные данные по состоянию амбулаторной и стационарной помощи детям при повреждениях КМС.

Результаты и их обсуждение

Детский травматизм в Санкт-Петербурге в 2015–2017 гг.

На 01.01.2018 г. в Санкт-Петербурге (СПб) проживает 899 тысяч детей от 0 до 17 лет (16,8% к общему количеству городского населения). Из них дети от 0 до 14 лет составляют 87,3% и подростки 15–17 лет – 12,7%. За последние 3 года общее число детей в СПб увеличилось на 75,6 тыс., в основном в группах населения от 0 до 14 лет.

В амбулаторных и стационарных лечебно-профилактических учреждениях СПб в 2017 г. были зарегистрированы 136,5 тысяч случаев травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин у детей в возрасте от 0 до 17 лет.

У детей 0–14 лет число травм костно-мышечной системы (КМС) составило 4,6% от общего числа всех зарегистрированных заболеваний данной возрастной группы, а у подростков – 6,7% случаев. У детей СПб от 0 до 14 лет показатель распространенности травм на 1000 населения соответствующего возраста составлял 145,2‰, а у подростков 15–17 лет – 247,5‰ [1, 2]. Эти показатели остались на уровне данных по СПб в 2015–2016 гг., но выше средних по России (в 2016 г. соответственно 105,2‰ и 174,6‰) [3, 4].

Много лет показатели СПб по структуре детского травматизма по полу и возрасту пострадавших, по видам травматизма и характеру повреждений с небольшими колебаниями повторялись ежегодно и были близки к средним показателям по России.

В 2015 г. в СПб среди пострадавших от травм преобладали мальчики (58%) и дети в возрасте от 14 до 17 лет. В зависимости от обстоятельств и причин получения повреждений выделялись виды

травматизма: бытовой – 45%, уличный – 39%, транспортный – 0,5%, школьный – 7%, во время занятий организованным спортом – 3,7% и прочие. Среди общего числа травм у детей СПб более частыми были поверхностные травмы (40%), вывихи и растяжения связок суставов (15%), раны (11%). Переломы костей верхней конечности составляли 13,3% от всех зарегистрированных травм КМС, переломы костей нижних конечностей – 5,4%, переломы позвоночника и костей туловища – 1,4%, термические и химические ожоги – 2,1%. У мальчиков почти в 2 раза чаще, чем у девочек, наблюдались переломы костей черепа, лицевых костей, разможнения и травматические ампутации, раны, переломы костей нижних конечностей и в 1,5 раза чаще регистрировались внутричерепные травмы, переломы костей верхних конечностей, ожоги и последствия травм [2].

С 2016 г. форма №57 государственной статистики изменилась. В ней не выделены виды и структура повреждений, но она позволяет получать новые данные по локализации травм у детей в соответствии с классом XIX МКБ-10. Анализ этих данных показал, что зарегистрированные в 2016-м и в 2017 гг. абсолютное количество и процентный состав повреждений у детей 0–17 лет по кодам S00-T98 были очень близки друг к другу. Наиболее частой локализацией явились травмы головы (17,2%), локтя и предплечья (10,7%), запястья и кисти (22,7%), колена и голени (10,5%), голеностопного сустава и стопы (10,5%). В 3,5% случаев повреждения располагались в области грудной клетки, живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза. Менее 2% случаев приходилось на долю травм шеи и области тазобедренного сустава. Травмы нескольких областей тела не превышали 0,2%. Термические и химические ожоги были у 2,1% пострадавших. Этот показатель совпадает с данными 2015 г. и 2016 г.

Более подробно новая форма статистики №57 выделяет переломы костей. В 2016 г. переломы костей у детей СПб составили 24,5%, в 2017 г. – 24,8% от числа всех травм. По отношению к общему числу переломов костей (33,8 тыс. случаев) наиболее часто были переломы костей запястья и кисти (28,4%), костей предплечья (24,3%), костей стопы (16%), костей голени, включая голеностопный сустав (10,7%) и переломы на уровне плечевого пояса и плеча (9,5%). Переломы ребра (ребер), грудины и грудного отдела позвоночника составили 4,9%, переломы костей черепа и лицевых костей – 3,8%, переломы поясничного

отдела позвоночника и костей таза – 1,3%. Наиболее редко были обнаружены переломы бедренной кости (0,8%), шейного отдела позвоночника (0,2%) и переломы нескольких областей тела (0,1%). С небольшими колебаниями показатели повторялись ежегодно и были близки к средним показателям по России.

Современная форма № 57 государственной статистики озаглавлена как «Травмы по характеру и соответствующие им внешние причины заболеваемости и смертности». То есть статистика одновременно указывает как на разнообразие и количество повреждений у детей, так и на внешние факторы, которые явились причинами заболеваемости и смертности от травм в соответствии с классом XX МКБ-10. Среди внешних причин выделены: транспортные, а в их числе дорожно-транспортные несчастные случаи (код V01-V99 класса XX). Среди других внешних причин уточняются: случайное утопление; воздействие дыма, огня и пламени; случайное отравление, отравление наркотиками и алкоголем; нападения; повреждения с неопределенными намерениями; действия, предусмотренные законом; военные операции и терроризм; осложнения терапевтических и хирургических вмешательств и последствия внешних причин заболеваемости и смертности (коды W00-X59 класса XX).

В 2016 г. у детей 0–17 лет причиной травм в 0,45% явились транспортные несчастные случаи и в их числе 0,24% дорожно-транспортных происшествий, а в 2017 году эти же данные составили 0,43% и 0,13%. Это меньше, чем в 2015 г. (0,5% и 0,48%) и в предыдущие годы. Наиболее часто в результате дорожно-транспортных происшествий повреждались область тазобедренного сустава и бедренная кость, шейный отдел позвоночника, голень, голова, шея, грудная клетка, живот (от 0,5 до 4,9% случаев при каждой локализации). Травмы и переломы в нескольких областях тела составили всего 0,1% от общего числа повреждений, однако 7,9% этих травм произошли в результате несчастных случаев на транспорте.

Из других внешних причин травм у детей выделены «нападения» – 0,39% и «повреждения с неопределенными намерениями» – 0,32%. Случайные отравления и осложнения хирургических вмешательств представлены единицами пострадавших. Ранее эти причины в статистику не входили. Несмотря на большое количество вариантов внешних причин заболеваемости и смертности 98,8% травм, полученных детьми, остаются нерасшифрованными.

Из статистики исключены разделение травм у детей на бытовые, уличные, школьные и спортивные.

Показатель инвалидности детей СПб вследствие повреждений КМС и их последствий на 10000 детского населения составил в 2016 г. 0,8, а 2017 г. – 0,7, что меньше, чем средние данные по России (2,1 на 10 тысяч) [1, 2, 3]. Среди общего числа детей-инвалидов СПб число детей, получивших инвалидность связи с воздействиями внешних причин, не превысило 0,4%. Причиной инвалидности являются стойкие нарушения двигательных функций конечностей, нарушения статики и координации движений. Как и в прошлые годы, среди этой группы преобладают мальчики (62,5%) в возрасте от 10 до 17 лет (72%) [7].

Уменьшение числа детей в СПб, имеющих категорию «ребенок-инвалид», может служить косвенным показателем своевременного и качественного оказания специализированной помощи на всех этапах медицинской помощи при травмах: скорая помощь, специализированное амбулаторное и стационарное лечение, диспансерное наблюдение и реабилитация.

Причиной смерти детей преимущественно в возрасте 10–17 лет в 2015–2016 гг. явились воздействия внешних причин, которые привели к тяжелой травме головы, шеи, сочетанным и множественным травмам. Наблюдались единичные случаи отравления химическими и биологическими веществами, падение инородного тела через естественные отверстия и утопления. Наиболее частой причиной гибели детей были дорожно-транспортные происшествия, где дети являлись пешеходами, велосипедистами, водителями мопедов или находились как пассажиры в автотранспортном средстве. Наблюдались единичные случаи падения детей с высоты, с балконов и из окон, а также последствия экстремальных игр подростков, в том числе на железной дороге.

Статистика травматизма, показатели инвалидности и смертности детей от травм свидетельствуют о необходимости регулярно привлекать внимание администрации и общественности СПб к вопросам профилактики детского травматизма, особенно в подростковом возрасте. Профилактика травматизма остается актуальной медико-социальной проблемой.

Специализированная травматологическая помощь детскому населению Санкт-Петербурга

В основу специализированной помощи детям с повреждениями КМС должны быть положены следующие принципы:

- Восстановление анатомических взаимоотношений в поврежденном сегменте.
- Минимально-инвазивные хирургические технологии.
- Стабильная фиксация поврежденного костного или костно-мышечного сегмента с учетом роста и развития организма ребенка.
- Восстановление функции поврежденного отдела опорно-двигательного аппарата.
- Социальная адаптация ребенка.

Первичную неотложную специализированную медицинскую помощь дети с повреждениями КМС получают в амбулаторных условиях в двухсменных травматологических отделениях детских поликлиник СПб. В ночное время детям оказывают помощь в круглосуточных травмпунктах для взрослых и в приемных покоях детских городских больниц. Объем помощи включает: осмотр травматолога-ортопеда (хирурга), рентгенологическое обследование у 30% обратившихся, наложение и смену гипсовых повязок у 25% пациентов, оперативные вмешательства у 10% пациентов. 85% пострадавших начинают и заканчивают лечение в амбулаторных условиях, около 15% нуждаются в специализированной помощи и госпитализации в стационаре. Показаниями к госпитализации служат: переломы костей со смещением, подозрение на черепно-мозговую травму и необходимость динамического наблюдения специалистами различного профиля, ожоги у детей младшего возраста, потребность в проведении манипуляций под наркозом у детей [5].

Для стационарного лечения детей с травмами в СПб развернуты 190 специализированных травматологических коек, что позволяет пролечить всех пострадавших на специализированных койках. Они располагаются в детских городских больницах (ДГБ) №1 (39 коек), №2 им. Св. Марии Магдалины (40), в №5 им. Н.Ф. Филатова (40), №19 им. К.А. Раухфуса (34), №22 (21), в клинике СПб Государственного педиатрического медицинского университета (11) и в клинике «НИДОИ им. Г.И. Турнера» (5 коек). В этих учреждениях ежегодно получают лечение около 9,5 тысячи детей с травмами, из которых 92% госпитализируются по экстренным показаниям. Средний койко-день при лечении на специализированных койках составил от 7 до 9 койко-дней и зависел от патологии КМС и объема специализированной помощи пострадавшим. Выполнялись операции на мягких тканях, на костно-мышечной системе, в том числе

корректирующие остеотомии, операции при около- и внутрисуставных переломах, вправление вывихов и репозиция отломков костей, проводилось консервативное лечение детей с компрессионными переломами позвоночника. Загрузка коек составила 89,2% (в ДГБ №2–107%). За 2 года ни в одном учреждении не было случая летальности от травмы [1, 2].

Комитет по здравоохранению СПб утвердил детские больницы №1, 2, 5 и 19 в качестве медицинских организаций, оказывающих экстренную помощь детям, пострадавшим в ДТП. Все эти больницы многопрофильные, имеют хорошее оснащение и обладают опытными кадрами врачей различных специальностей, что делает возможным оказывать экстренную помощь пострадавшим с множественными и сочетанными повреждениями на междисциплинарном уровне.

Уникальные научно-медицинские центры по лечению тяжелых повреждений КМС и их последствий у детей и подростков развернуты в городских и федеральных учреждениях СПб. В детском ожоговом центре на базе детской городской больницы №1 ежегодно получают лечение до 900 пациентов, из которых половина – малыши до 2 лет. Причиной 70% от общего числа травм явились ожоги кипятком, 4,5% – ожоги пламенем, 3% – электроожоги. Около 40% детей поступают с глубокими ожогами с общей площадью от 20 до 80% поверхности тела. Пациенты с глубокими и обширными ожогами находятся в ожоговой реанимации, оборудованной на современном уровне. Стационарное лечение может продолжаться до 3–6 мес., а затем пациенты могут поступать повторно. Ожоговый центр является базой НИДОИ им. Г.И. Турнера, руководитель научных исследований – акад. РАН А.Г. Баиндурашвили.

Даже при адекватной хирургической тактике в остром периоде термической травмы у пациента после глубоких и обширных ожогов формируются грубые рубцовые поражения кожи, вторичные контрактуры и деформации суставов, которые со временем все труднее поддаются лечению. В клинике детского ортопедического института (НИДОИ им. Г.И. Турнера) оказывают высокотехнологичную помощь пациентам с последствиями ожоговых травм. Многочисленные реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства, сочетающие все виды пластики кожных покровов и подлежащих тканей, в том числе с использованием микрохирургической техники, требуются для создания эстетического внешнего вида и восстановления функции суставов конечностей у пациента [13].

Микрохирургическое отделение клиники Педиатрического медицинского университета является центром в СПб и Северо-Западном регионе РФ, который готов оказать экстренную круглосуточную ангио-микрохирургическую помощь детям и подросткам. Хирурги проводят реконструктивно-восстановительные операции при травматических повреждениях кисти, осуществляют восстановление крупных и мелких сегментов конечностей.

Центр хирургии кисти и микрохирургии НИДОИ им. Г.И. Турнера с 1990 г. использует микрохирургическую технику при лечении последствий травмы верхней конечности. Приобретен уникальный опыт восстановления пальцев кисти, утраченных вследствие травмы, методом пересадки пальцев стоп на кисть. На большом материале изучены последствия заимствования пальцев стоп на опороспособность стопы, и подтвержден положительный эффект этих операций с точки зрения восстановления функциональной способности пальцев кисти. После тщательного изучения структуры кровеносного русла широко применяется пластика посттравматических дефектов кожи и подлежащих тканей торакодорзальным лоскутом с включением фрагментов ребра на общей сосудистой ножке [14].

В 2006 г. на базе отделения патологии позвоночника и нейрохирургии НИДОИ им. Г.И. Турнера организован городской центр по оказанию помощи детям с повреждениями позвоночника и спинного мозга, который с 2011 года приобрел статус Федерального детского центра по оказанию неотложной помощи детям с повреждениями позвоночника и спинного мозга. Обеспечена круглосуточная консультативная помощь квалифицированных специалистов – сотрудников института врачам любого стационара города и Ленинградской области, определены организационные моменты транспортировки и госпитализации пациентов, усовершенствованы методы диагностики. По экстренным показаниям в первые часы и сутки от момента травмы осуществляется высокотехнологичное хирургическое вмешательство при нестабильных переломах позвонков, перелома-вывихах и позвоночно-спинномозговых повреждениях. Травматологи-ортопеды и нейрохирурги используют современные спинальные металлические конструкции. Эта методика позволяет быстро реабилитировать ребенка и максимально снизить частоту необратимых неврологических осложнений [15, 16]. В послеоперационном

периоде у детей, оперированных по поводу переломов позвоночника в сочетании с повреждениями спинного мозга, применяется разработанная в институте методика неинвазивной чрескожной электростимуляции спинного мозга.

В НИДОИ им. Г.И. Турнера также осуществляется лечение детей с последствиями переломов, приводящих к деформациям и укорочению длинных трубчатых костей. Для коррекции деформаций используют метод чрескостного остеосинтеза с применением аппарата нового поколения на базе компьютерной навигации Орто-СУВ. При этом возможно дополнительное применение вмешательств на зонах роста деформированных костей [17].

Пациенты с повреждениями КМС нуждаются в реабилитационном лечении иногда в течение длительного времени. В СПб медицинскую реабилитацию осуществляют в детско-подростковых отделениях больниц №40 и №22, где используются разнообразные возможности комплексного восстановительного лечения. В Городском восстановительном центре травматологии и ортопедии «Огонек» разработана специальная программа реабилитации детей с компрессионными переломами позвонков. В реабилитационном отделении НИДОИ им. Г.И. Турнера применяют роботизированные средства реабилитации [16].

Диспансерное наблюдение детей с тяжелыми травмами в амбулаторных условиях осуществляют ортопеды детских поликлиник. Это уменьшает степень анатомических и функциональных нарушений, способствует предупреждению рецидивов и осложнений. Среди диспансерной группы пациентов наибольшее число составляют дети с компрессионными переломами грудных и поясничных позвонков. После стационарного лечения и пребывания в стационарных отделениях восстановительного лечения пациенты с компрессионными переломами находятся под наблюдением ортопедов в течение двух лет. Ежегодно они получают в амбулаторных условиях 2 курса восстановительного лечения: массаж, физиотерапию, лечебную гимнастику.

Дети-инвалиды с последствиями тяжелых травм опорно-двигательного аппарата также находятся на диспансерном наблюдении у районных ортопедов. В зависимости от состояния ребенка индивидуальная программа реабилитации включает курсовое восстановительное лечение (лечебная гимнастика, различные виды физиотерапии, массаж) с использованием технических вспомогательных средств [7].

Выводы

1. Детский травматизм в СПб, его профилактика, особенно в подростковом возрасте, является актуальной медико-социальной проблемой. Показатели распространенности травм у детей от 0 до 14 лет (145,2‰) и у подростков 15–17 лет (247,5‰) на 1000 соответствующего населения не имеют тенденции к снижению по сравнению с данными предыдущих лет и по-прежнему высоки при сопоставлении с общероссийскими показателями. Профилактика детского травматизма, особенно в подростковом возрасте, является актуальной задачей.

2. Статистика детского травматизма по полу и возрасту пострадавших, по причинам и характеру повреждений с небольшими колебаниями повторялась в СПб ежегодно и была близка к средним показателям по России. Отмечается тенденция к увеличению числа более тяжелой и сочетанной травмы опорно-двигательной системы в 2017 г. по сравнению с предыдущими годами.

3. Новая статистическая форма 57 представляет характер травм в соответствии с классом XIX МКБ-10 и сопоставляет травмы с внешними причинами заболеваемости и смертности (класс XX). Это позволяет получать новые данные по локализации повреждений и обстоятельствам получения травмы.

Однако большая часть причин внешних воздействий остается нерасшифрованной.

4. Показатели инвалидности детей с тяжелыми повреждениями и последствиями травм КМС (0,7 на 10 000 детей) в СПб меньше общероссийских показателей (2,1 на 10 тыс.), что может явиться косвенным доказательством высокого уровня специализированной травматолого-ортопедической помощи детям в СПб.

5. Система оказания специализированной помощи детям с повреждениями в СПб имеет устоявшийся многоукладный характер. 85% пострадавших получают специализированную помощь в амбулаторных условиях, 15% нуждаются в стационарном лечении. Чрезвычайно важна преемственность между стационарной и амбулаторной специализированной помощью, реабилитация и диспансерное наблюдение за пациентами с последствиями травм, осуществляемая травматологами-ортопедами детских поликлиник.

6. Представлена система травматологической службы СПб для оказания помощи пациентам при травмах КМС и их последствиях в детских городских больницах и федеральных учреждениях, выполняющих высокотехнологичные хирургические вмешательства пострадавшим, которая обеспечивает высокий уровень специализированной помощи детям.

Литература

1. Статистические данные СПб ГБУЗ «МИАЦ» за 2017 г. (форма 57 «Травмы по характеру и соответствующие им внешние причины у детей» и форма 19 «Детская инвалидность»).
2. Статистические данные СПб ГБУЗ «МИАЦ» за 2016 г. (форма 57 «Травмы по характеру и соответствующие им внешние причины у детей» и форма 19 «Детская инвалидность»).
3. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России в 2015 году // Минздрав России, ФГБУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова»: сборник / под ред. С.П. Миронова. М., 2016. 145 с.
4. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России в 2016 году // Минздрав России, ФГБУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова»: сборник / под ред. С.П. Миронова. М., 2017. 149 с.
5. Соловьева К.С., Мартынова М.В., Залетина А.В., Купцова О.А. Травмы у детей, пострадавших от физического насилия // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2016. Т. 4. Вып. 3. С. 47–51.
6. Боляев Ю.В., Жила Н.Г. Детский травматизм и инвалидизация детей // Дальневосточный медицинский журнал. 2003. № 1. С. 47–49.
7. Баиндурашвили А.Г., Соловьева К.С., Залетина А.В. Инвалидность детского населения России вследствие травм и заболеваний костно-мышечной системы // Геней ортопедии. 2013. № 1. С. 5–8.
8. Суворов С.Г., Лекманов А.У., Розинов В.М. Эпидемиология детского дорожно-транспортного травматизма в России // Медицинский алфавит. 2010. Т. 4. № 17. С. 5–11.
9. Агаджанян В.В., Сеница Н.С. Детский травматизм, организация медицинской помощи больным детям с политравмой // В кн. Политравма / под ред. В.В. Агаджаняна. Новосибирск., 2014. С. 9–24.
10. Суворов С.Г., Езельская Л.В., Розинов В.М. и др. Организация специализированной медицинской помощи детям, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на территории Московской области // Росс. вестник детской хирургии, анестезии и реаниматологии. 2009. № 1. С. 34–36.

11. Миронов С.П., Еськин Н.А., Андреева Т.М. Состояние амбулаторной травматолого-ортопедической помощи пострадавшим от травм и больным с патологией костно-мышечной системы // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2010. №1. С. 3–8.
12. Миронов С.П. Состояние ортопедо-травматологической службы в Российской Федерации и перспективы внедрения инновационных технологий в травматологии и ортопедии // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2010. №4. С. 10–13.
13. Афоничев К.А., Филиппова О.В. Диспансерное наблюдение детей, перенесших ожоги // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2015. Т.3, вып. 1. С. 32–37.
14. Голяна С.И., Говоров А.В., Балашов А.В. Основной аспект, определяющий успех микрохирургической аутотрансплантации пальцев стопы на кисть у детей // Новые технологии в травматологии и ортопедии детского возраста. Сборник статей, посвящ. 125-летию НИДОИ им. Г.И. Турнера / под ред. А.Г. Баиндурашвили. СПб., 2017. С.101–111.
15. Виссарионов С.В., Белянчиков С.М. Оперативное лечение детей с осложненными переломами позвонков грудной и поясничной локализации // Травматология и ортопедия России. 2010. №2 (56). С. 48–50.
16. Виссарионов С.В., Павлов И.В., Гусев М.Г., Леин Г.А. Комплексное лечение пациента с множественными переломами позвонков в грудном отделе позвоночника // Травматология и ортопедия России. 2012. №2 (64). С. 91–95.
17. Виленский В.А., Поздеев А.А., Зубаиров Т.Ф. с соавт. Лечение детей с деформациями длинных трубчатых костей нижних конечностей методом чрескостного остеосинтеза с использованием аппарата ОРТО-СУВ: анализ 213 случаев // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2016. Т. 4, вып. 4. С.21–32.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи. Источник финансирования не указан.

Information on funding and conflict of interest

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article. Source of funding is not specified

Получена 18.05.2018. Принята к печати: 20.06.2018 г.

Received 18.05.2018. Adopted for publication: 20.06.2018 г.

Авторы

БАИНДУРАШВИЛИ Алексей Георгиевич ALEXEI G. Baindurashvili	<p>Доктор медицинских наук, профессор, действительный член Российской Академии наук, заслуженный врач РФ, директор ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России. 196603, Санкт-Петербург, г. Пушкин, ул. Парковая, д. 64–68; Тел.: 8 (812) 465-28-57; e-mail: turner01@mail.ru</p> <p><i>MD, PhD, professor, member of RAS, honored doctor of the Russian Federation, Director of the Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics. E-mail: turner01@mail.ru.</i></p>
ВИССАРИОНОВ Сергей Валентинович SERGEI V. Vissarionov	<p>Доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России. 196603, Санкт-Петербург, г. Пушкин, ул. Парковая, д. 64–68; тел.: 8 (812) 465-28-57; e-mail: turner01@mail.ru</p> <p><i>MD, PhD, professor, deputy director for research and academic affairs, head of the Department of Spinal Pathology and Neurosurgery. The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics, Saint Petersburg, Russia.</i></p>
СОЛОВЬЕВА Карина Суменовна KARINA S. Solovyova	<p>Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России. 196603, Санкт-Петербург, г. Пушкин, ул. Парковая, д. 64–68; тел.: 8 (812) 465-56-84; e-mail: omoturner@mail.ru</p> <p><i>PhD, senior research associate of the scientific-organizational department of the Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics. E-mail: omoturner@mail.ru.</i></p>
ЗАЛЕТИНА Анна Владимировна ANNA V. Zaletina	<p>Кандидат медицинских наук, руководитель научно-организационного отдела ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России. 196603, Санкт-Петербург, г.Пушкин, ул. Парковая, д. 64–68; тел.: 8 (812) 465-56-84; e-mail: omoturner@mail.ru</p> <p><i>PhD, head of the scientific-organizational department of the Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics. Parkovaya str., 64-68, Pushkin, St. Petersburg, 196603, E-mail: omoturner@mail.ru</i></p>