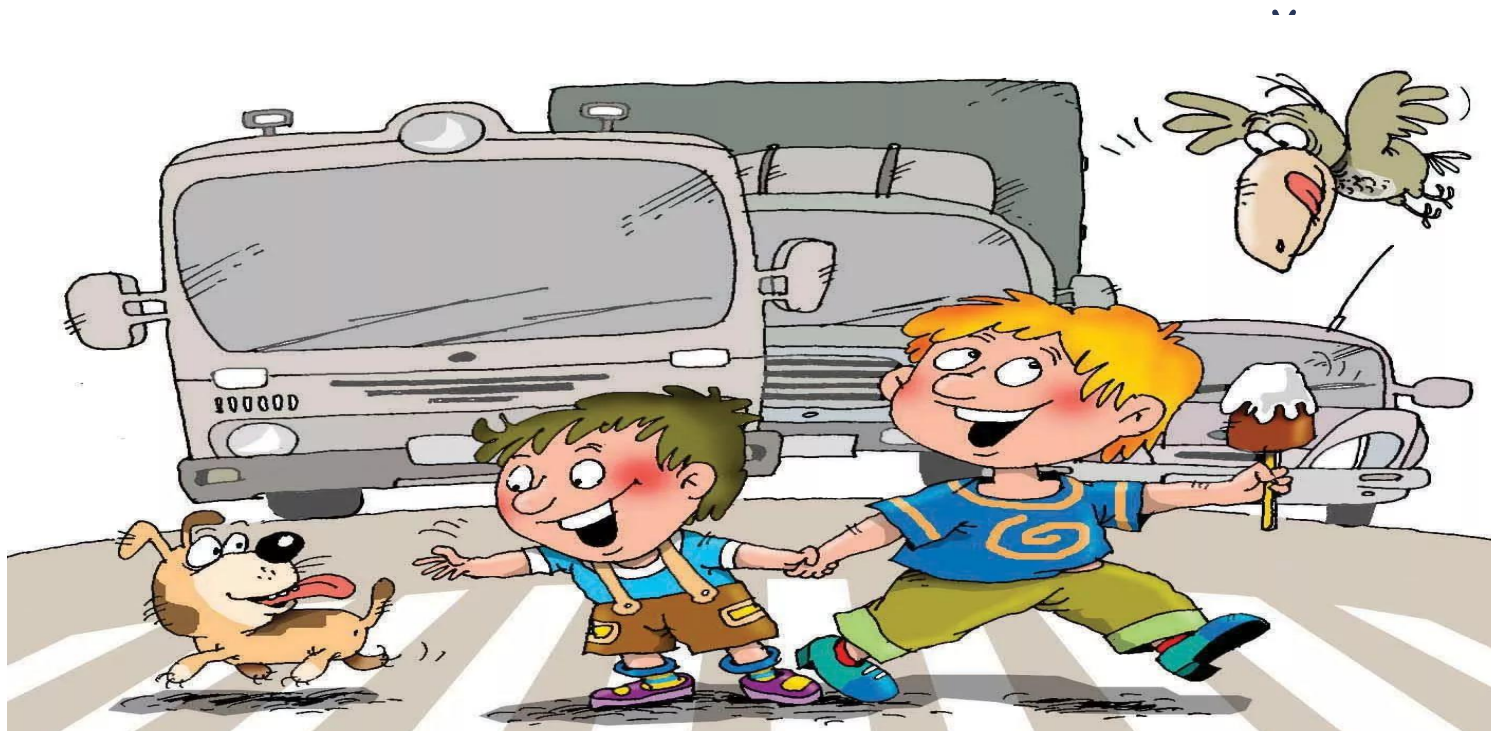


ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ



**Врач педиатр ССиНМП ИМ.А.С Пучкова,
подстанция №16
Мишкина Елена Борисовна**

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ):

«Ежедневно во всем мире жизнь более 2000 семей омрачается из - за гибели ребенка по причине неумышленной травмы или «несчастливого случая», которые можно было бы предотвратить...».

«Ежегодно по этой причине погибает более 1 000 000 детей и молодых людей моложе 18 лет.

**Это означает, что каждый час ежедневно гибнет
более 100 детей...»**

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

В структуре смертности у детей в возрасте с 1 года до 18 лет травмы и несчастные случаи составляют 59%



*ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ
ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ*

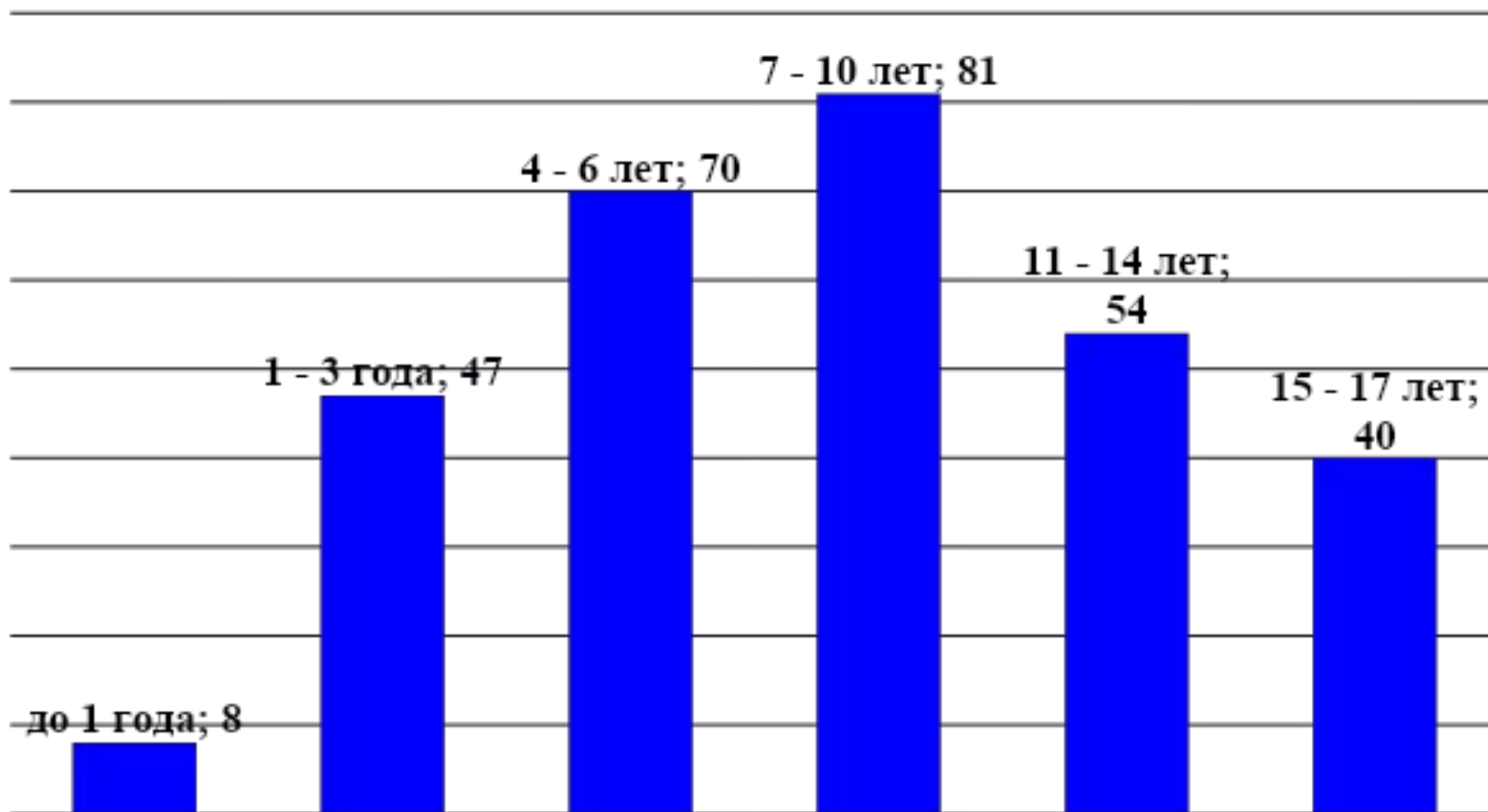
***ЕЖЕДНЕВНО ОТ
НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ
ПОГИБАЕТ 15 ДЕТЕЙ***

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

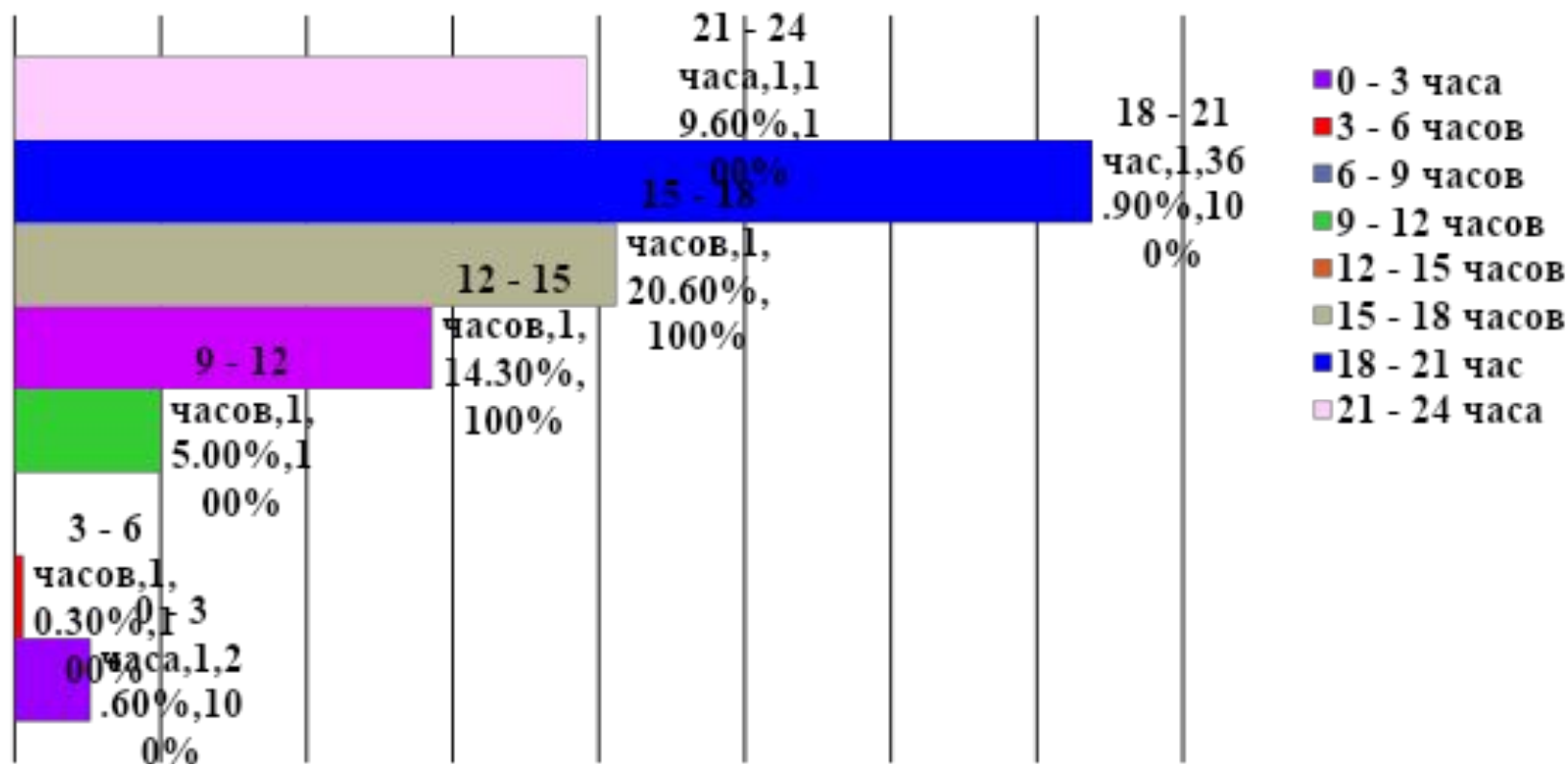
**От травм погибают
практически здоровые дети**



РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ ДЕТЕЙ ПО ВОЗРАСТУ (N =300)



ВРЕМЯ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ



ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

У детей **первого года** жизни 98% повреждений составляют бытовые травмы, связанные с недостаточным вниманием родителей.

Причины:

Удушье детей плотно закрытым одеялом, подушкой;

Сдавление шеи перекладинами ограждений кроватки;

Ожоги от грелки, горячей воды во время купания и подмывания;

Аспирация во время кормления через соску;

Падения с пеленального стола; Падение с медицинских весов;

«Три раза подбросили – два раза поймали», т.е взрослому человеку не удалось поймать подброшенного вверх малыша;

При подбрасывании ребенка вверх взрослые не рассчитывают силу и высоту потолка, ребенок ударяется головой о потолок или люстру

Аспирация инородных тел (монеты, бусинки, пуговицы);

Отравления ядовитыми жидкостями, таблетками;

Скандал в семье;

СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТИ

SIDS, «СМЕРТЬ В КОЛЫБЕЛИ»

СВСМ – это внезапная смерть ребенка в возрасте от 7 дней до 1 года жизни, которая остается необъяснимой после проведения полного посмертного исследования, включая вскрытие, исследование места смерти и анализ медицинской документации.

Риск внезапной смерти в кроватки максимален у детей в возрасте 2-4 месяцев, постепенно снижается к 6 месяцам и стремится к нулю после 9 месяцев.

Смерть ребенка обычно наступает в утренние часы на фоне внезапно развившегося острого нарушения основных жизненно важных функций (дыхания или сердечной деятельности). В 80 % случаев причиной внезапной остановки сердца является асистолия на фоне нарастающего гипоксического синдрома.

Факторы, связанные с беременностью и родами:

(наркомания и табакокурение матери во время беременности внутриутробная гипоксия и задержка развития недоношенность)

Особенности ребенка

(мужской пол, возраст 2-4 месяца реанимационные мероприятия в прошлом (чем больше в жизни ребенка было эпизодов, требующих неотложной помощи, тем выше риски) брат или сестра ребенка погибли от СВДС (это касается гибели от любого неинфекционного заболевания, а не только от СВДС) частые и длительные эпизоды апноэ, высокий порог пробуждения)

Условия сна ребенка сон в положении на животе и на боку курение родителей после рождения ребенка мягкая кровать, перина, подушка перегревание

СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТИ **SIDS, «СМЕРТЬ В КОЛЫБЕЛИ»**

Обычно дети, уложенные на живот в мягкую постель, моментально просыпаются при недостатке кислорода и меняют позу. Но у некоторых малышей этот защитный механизм не срабатывает. Они могут уткнуться в перину, в крови упадет содержание кислорода и вырастет уровень углекислого газа, но рефлекторного просыпания не произойдет. Ребенок снова и снова будет вдыхать отработанный воздух, пока уровень кислорода не станет критическим и не приведет к смерти. Такой дополнительный фактор, как курение родителей, также вызывает нарушение этого защитного рефлекса.



СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТИ
SIDS, «СМЕРТЬ В КОЛЫБЕЛИ»

Что может скрываться под маской СВДС?

Последствия жестокого обращения

Непреднамеренное удушение

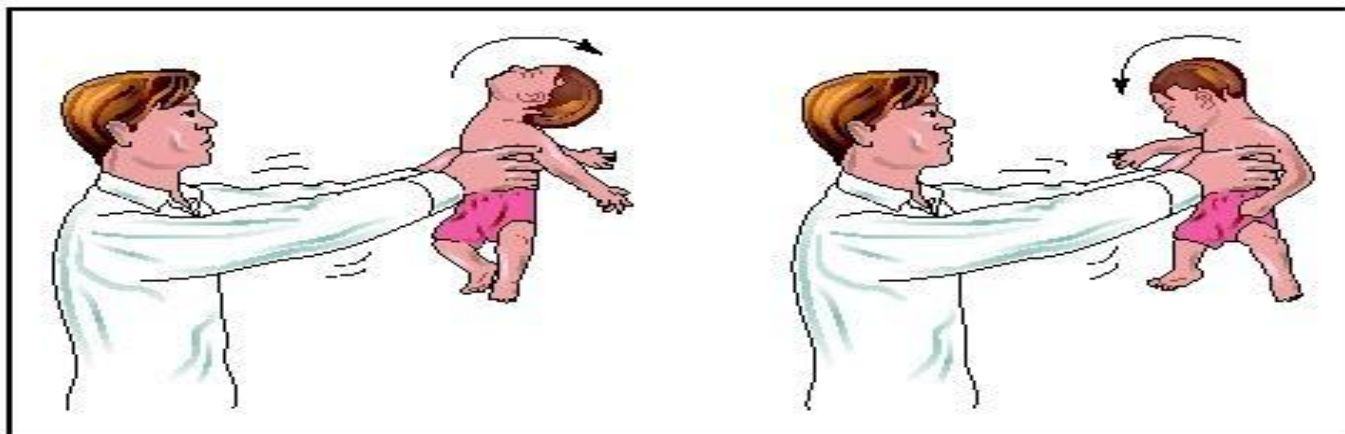
Вирусные и бактериальные инфекции

СИНДРОМ "SHAKEN BABY"

SB-синдром - его называют **синдром потрясения, синдром травматической тряски ребенка, синдром встрянутого ребенка, детский синдром встряски и т.д.** - представляет своеобразный вариант травмы головы у грудного ребенка, отличный от «легкой травмы головы» (травма при падении с высоты, не превышающей высоту своего роста) и от «травмы головы при катастрофах» (автотравма, удар по голове посторонним предметом, падение предмета на голову)).

SB-синдром относится к разряду грубого или жестокого обращения с детьми, которое часто приводит к инвалидизации новорожденных и детей первого года жизни, а в 25% случаев – и к летальному исходу.

Наиболее распространенные причины и механизмы нанесения повреждений, результатом которых становится возникновение у ребенка синдрома Shaken Baby: представляет собой результат достаточно продолжительной намеренной резкой тряски ребенка в вертикальном положении (взрослый, как правило, держит ребенка под мышки), из-за чего его незафиксированная головка совершает значительное число произвольных движений вперед-назад. Чаще всего подобная реакция взрослого возникает в ответ на плач младенца и служит выходом для гнева и раздражения взрослого. Плач после тряски не прекращается, если ребенок остался в сознании.



СИНДРОМ "SHAKEN BABY"

Поскольку в отечественных изданиях МКБ -10 рассматриваемая нозология отсутствует, приводятся диагностические критерии **Pediatric Committy on Child Abuse and Neglect of American Academy** (Педиатрический комитет по «жестокому обращению» с ребенком) данные критерии практически не отличаются от таковых, принятых в других странах:

Классическая триада повреждений при рассматриваемом синдроме включает:

- 1) **внутричерепные кровоизлияния/кровоотечения**
- 2) **отек мозга**
- 3) **интраорбитальные повреждения —кровоизлияния в сетчатку глаза и зрительные нервы.**

Названные поражения, как правило, не сочетаются с признаками внешних повреждений (во всяком случае локализованных в области головы)



СИНДРОМ "SHAKEN BABY"

Травмы при синдроме детского сотрясения (СДС)

При встряхивании ребенка легко травмировать, поскольку его соединительные ткани и кости не достаточно развиты, чтобы обеспечить защиту



СИНДРОМ "SHAKEN BABY"

КОГДА ПРОИСХОДИТ СИНДРОМ ДЕТСКОГО СОТРЯСЕНИЯ?

- 1. При встряхивании ребенка;***
- 2. Если ребенка с усилием кинули даже на мягкую кровать;***
- 3. При подбрасывании ребенка до 2 лет в воздух;***
- 4. При автомобильной аварии, при наезде на машину сзади***

СИНДРОМ "SHAKEN BABY"

СИМПТОМЫ

- 1. Сонливость***
- 2. Судороги***
- 3. Потеря сознания***
- 4. Рвота***
- 5. Выраженное беспокойство***

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Удушье (асфиксия) - 25 % всех случаев асфиксий бывает у детей в возрасте до года из - за беспечности взрослых:

1. аспирация пищей (вдыхание остатков пищи), прижатие грудного ребенка к телу взрослого во время сна в одной постели;
2. закрытие дыхательных отверстий мягкими игрушками и др.;
3. маленьким детям нельзя давать еду с маленькими косточками или семечками;

Во время еды нельзя отвлекать ребенка—смешить, играть и др. Не забывайте:
«Когда я ем, я глух и нем!»





ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВДП

В 85 - 93% случаев возраст детей менее 5 лет.

Инородные тела гортани -13%, трахеи - 22%, бронхов - 65%.

Инородные тела чаще попадают в правый бронх(56 - 67%).

*Преобладают инородные тела растительного происхождения
(70 - 80%).*

Острое, бурное начало. Выраженное шумное дыхание. Ребенку тяжело дышать, синеет. Приступообразный кашель. Осиплость голоса или афония.

Обструкция дыхательных путей инородным телом

Техника у грудного ребенка в сознании



5 ударов по спине

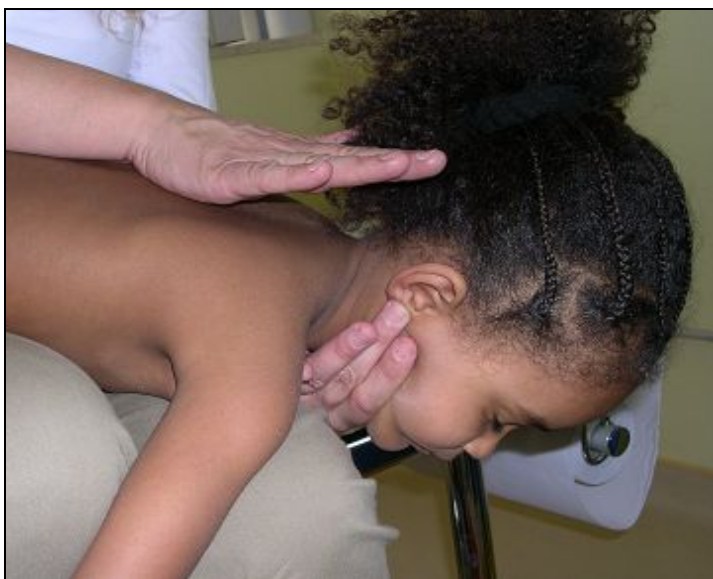


**5 вдавливаний в области
нижней трети грудины**

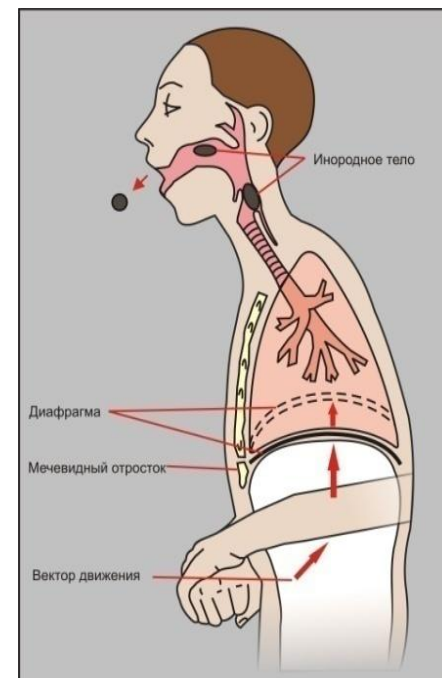
Обструкция дыхательных путей инородным телом

Техника у ребенка старше одного года в сознании

5 абдоминальных вдавливаний



5 ударов по спине

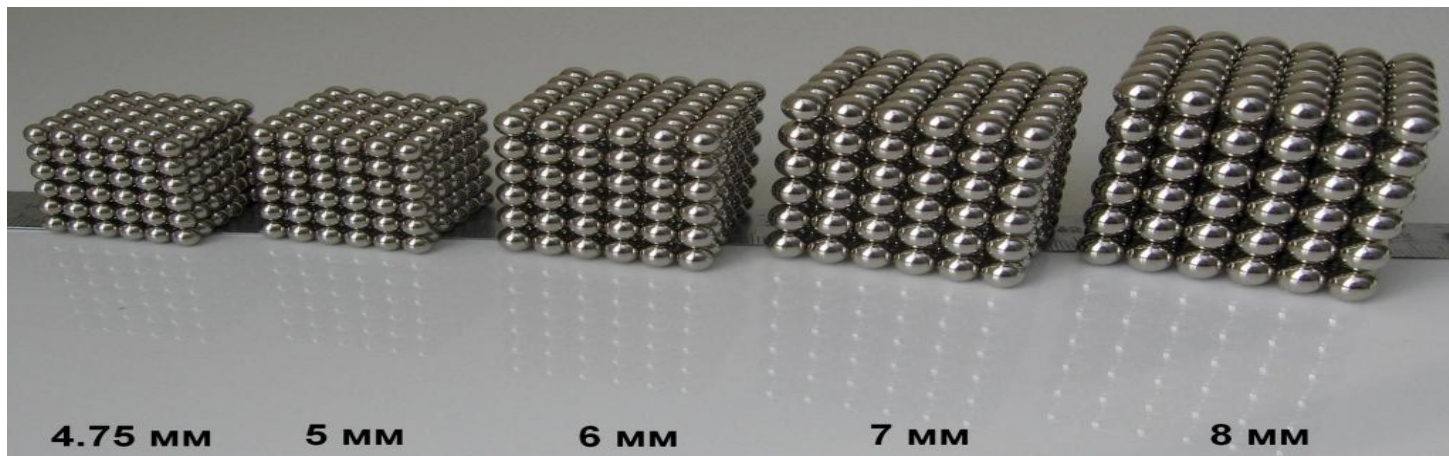


ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ



ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Несмотря на постоянные предупреждения, опасность проглатывания неодимовых магнитов маленькими детьми – часто недооценивается как родителями, так и врачами. Эти невинные с виду магниты – являются весьма мощными, недаром их называют еще «супермагнитами».



Как правило, 80 - 90% проглоченных инородных тел (например, монеты) выходят самопроизвольно с калом, однако 10 - 20% требуют эндоскопического удаления, а около 1% - требуют даже хирургического вмешательства.

Все вышесказанное – относилось только к инородным телам, не имеющим магнитного притяжения. Когда речь идет о магнитах – правила меняются.

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

В большинстве случаев, проглатывают магниты - дети младше 5 лет. Тем не менее, в последние несколько лет наблюдается увеличение частоты проглатывания магнитных шариков у детей более старшего возраста.

Современные неодимовые магнитные игрушки – обычно состоят из 100-200 мелких магнитных шариков, имеющих очень мощное магнитное поле. На первый взгляд неодимовые магниты совершенно безобидны: они гладкие, круглые – то есть не должны повреждать стенку желудочно-кишечного тракта при проглатывании, и могут без проблем выйти обратно с калом.

Однако следует учитывать, что неодимовые магниты намного сильнее, чем обычные, и способны вступать во взаимодействие с другими металлическими телами на весьма большом расстоянии. Поэтому если один проглоченный магнитный шарик действительно легко выйдет сам, то 2 или более шарика непременно вступят между собой во взаимодействие, притянув и сдавив между собой различные отделы ЖКТ, и вызвав катастрофические последствия. Чаще всего слипание магнитных шариков вызывает язву стенки ЖКТ с перфорацией.

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ



ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Маленькие дети очень любознательны, и с активно изучают окружающий мир, особенно собственный дом. При нарушении техники безопасности эта любознательность может обернуться большой бедой, особенно если в доме используют для стирки не классический порошок, а жидкие капсулы для стиральной маш



Капсулы со стиральным концентратом имеют небольшие размеры, яркий цвет, и могут напоминать маленькому ребенку конфеты или сок", "Для получения высоких доз этого токсичного вещества ребенку может быть достаточно нескольких секунд: он хватает капсулу, кладет в рот, прокусывает и проглатывает ее содержимое. Между тем содержимое капсул крайне токсично, оно может вызывать не только отравление при проглатывании, но и химические ожоги глаз и полости рта".

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

ДЕТИ ОТ 1 ГОДА ДО 4 ЛЕТ

Из – за несовершенства механизмов поддержания вертикального положения и высокого расположения центра тяжести тела, за счет относительно крупной головы – дети часто падают.

Падения на полу не опасны

Падения с балконов, окон – могут закончиться трагически



КАТАТРАВМА

Кататравма (падение с высоты)–в 20% случаев страдают дети до 5 лет–нередкая причина тяжелейших травм, приводящих к инвалидизации или смерти.

ДЕТИ НЕ УМЕЮТ ЛЕТАТЬ!



КАТАТРАВМА

ее последствия и дислокация повреждений находятся во взаимосвязи с высотой и траекторией полета, углом приземления, возможностью человека сгруппироваться в момент старта, оттолкнувшись от точки опоры, со спецификой движения перед ударом, с положением тела, головы, верхних и нижних конечностей, наличием у пострадавшего алкогольного опьянения, порывом ветра, возможностью одежды парашютировать, манерой приземления и пунктом дальнейшего перемещения тела.

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Врачи бьют тревогу: противомоскитные сетки все чаще становятся причиной смерти детей в возрасте от года до 7 лет.



ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Иллюзорная защита

«Мама ушла в магазин, маленький Антоша остался дома с бабушкой. Он спокойно сидел за столом и рассматривал картинки в новой книжке. Бабушка вышла ненадолго на кухню, и этого времени малышу хватило для того, чтобы забраться на стол и подоконник. Окно было открыто, мальчик оперся на сетку, она не выдержала и оборвалась. Лежащего на тротуаре Антона заметили прохожие, вызванная бригада «Скорой помощи» доставила малыша в больницу, однако спасти его не удалось».

«За окном слышались взрывы петард и в небо взмыли фонтаны праздничного фейерверка. Верочка взобралась на подоконник, зрелище завораживало. Малышка облокотилась на сетку и выпала из окна».



ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

По статистике, каждые две недели погибает один ребенок — из-за того, что на него падают тяжелые предметы. Незакрепленный телевизор, мебель, бытовая техника...

Очень часто дети используют незакрепленную мебель — например, ящики комода — как ступеньки, карабкаются по ним, тянут на себя тот же телевизор — и погибают, раздавленные их тяжестью. Падающий с комода средней высоты телевизор наносит ребенку удар в сотни килограммов.

Центр тяжести того же телевизора смещается ближе к краю, если поставить его на комод или на книжную полку, что делает его неустойчивым. И достаточно совсем небольшого «добавочного» веса (как раз веса маленького ребенка), чтобы он опрокинулся, обрушился на ребенка.



*ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ
ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ*

**ЖИДКОСТИ ДЛЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ ОПАСНЫ ДЛЯ
ДЕТЕЙ!!!!!!!!!!!!!!**

**Чайная ложка концентрированного никотина может
быть смертельно опасной для ребенка весом 12 кг**



ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

В организм ребенка никотин поступает несколькими путями:

1. При проглатывании – всасывается через ЖКТ;
2. При попадании на кожу – всасывается с поверхности подобно никотиновому пластырю;
3. При попадании в ротовую полость , даже не будучи проглоченным, всасывается подобно никотину из жевательной резинки

Симптомы отравления никотином:

1. Рвота;
2. Тремор конечностей;
3. Нарушение координации;
4. Затруднение дыхания; учащение сердцебиения;
5. Слюнотечение



ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

ДЕТИ ОТ 4 – 7 ЛЕТ

В этом возрасте ребенок интенсивно исследует окружающую среду. У него большое желание подражать трудовым процессам взрослых



ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

В школьном возрасте ребенок «осваивает» мир за пределами дома.



КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА

Бытовой

Уличный: дворовый и транспортный

Наиболее частой причиной уличных травм у детей являются падения с высоты (до 28%, включая падения с деревьев, заборов, крыш, гаражей и погребов); на ровном месте - 20%, с ледяной горки - 11%, с качелей - 9,5% и в открытые люки - до 1,5%.

Причиной транспортной травмы в 44% случаев является внезапное появление ребенка на проезжей части перед близко идущим транспортом (недисциплинированность детей), в 10% случаев - недостаточный присмотр со стороны родителей, в 9% - игра на проезжей части дороги, в 5,5% - выпадение из движущегося транспорта и в менее 1% случаев - езда детей на подножках и наружных выступках, около 1% - по вине водителей транспорта.

Школьный

Травмы, полученные в спортзале на уроках физической культуры, учебном классе на переменах и на уроках труда, химии, физики (2%).

Дошкольных детских учреждений

Спортивный:

- при организованных занятиях спортом – 2- 3 %;
- при неорганизованных занятиях спортом - 3 – 4%

Акушерский (родовые травмы) – единичные случаи

Прочий – 0.4 – 1.5%

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА

Существует классификация - по характеру повреждения, в которой выделяют следующие виды травм:

1. Утопления и другие виды асфиксий (в 47% случаев страдают дети около 11 лет из-за неумения плавать).
2. ДТП (дают 25% всех смертельных случаев).
3. Кататравмы (падение с высоты) (в 16,5% случаев страдают дети до 5 лет).
4. Травмы от воздействия температурных факторов (ожоги, обморожения, солнечный и тепловой удар и т.п.).
5. Отравления (лекарствами, угарным газом). Чаще всего дети травятся лекарствами из домашней аптечки (57% всех случаев отравлений), причем в 70% случаев - это дети до 5 лет. Отравление угарным газом по статистике считается самым опасным, так как при этом в 85% наблюдается смертельный исход.
6. Повреждение электрическим током (на Западе эта причина бытового травматизма стоит на 1-м месте, у нас пока слишком мало электробытовых приборов).
7. Огнестрельные ранения.
8. Прочие.

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Особенности анатомического строения костной системы у детей и ее физиологические свойства обуславливают возникновение некоторых видов переломов , характерных только для детского возраста.

*Известно, что маленькие дети часто падают во время подвижных игр, но это относительно редко сопровождается переломом костей. Это объясняется меньшей массой тела и хорошо развитым покровом мягких тканей ребенка, а следовательно ослаблением травмирующей силы при падении. **У РЕБЕНКА КОСТИ ТОНЬШЕ И МЕНЕЕ ПРОЧНЫЕ, НО ЭЛАСТИЧНЕЕ, ЧЕМ У ВЗРОСЛОГО, ПОЭТОМУ У ВЗРОСЛОГО ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЧАЩЕ.***

Эластичность и гибкость определяется меньшим содержанием минеральных солей, а также повышенной растяжимостью надкостницы, которая у детей отличается большей толщиной и обильным кровоснабжением. Надкостница формирует эластичный футляр вокруг кости, который придает ей большую гибкость и защищает ее при травме.

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ

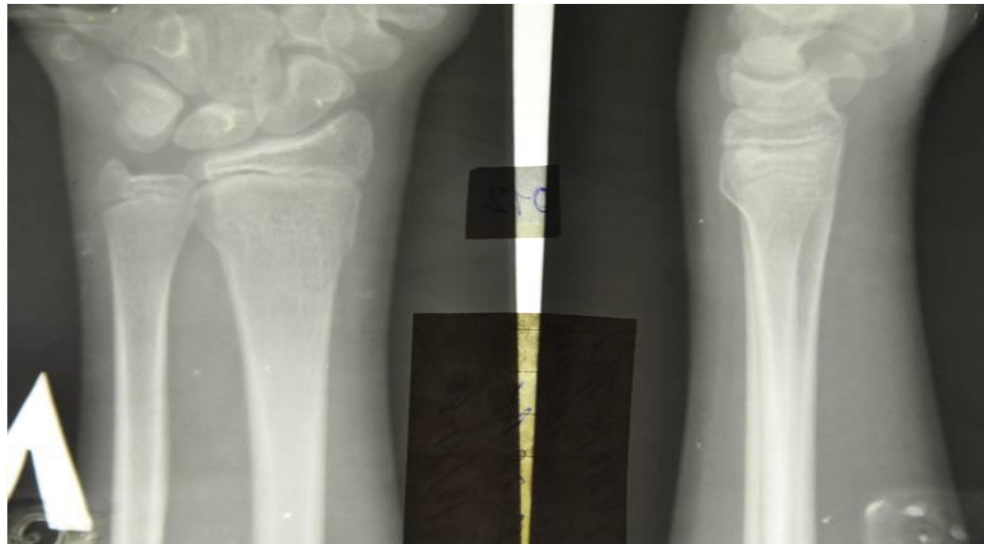
Анатомо – физиологические особенности опорно – двигательного аппарата у детей

- 1. Наличие зон роста – физиса;*
- 2. Эпифизы в раннем возрасте представлены хрящевой тканью;*
- 3. Прочная и эластичная надкостница с богатой сосудистой сетью;*
- 4. Лучшее кровоснабжение костей*

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ

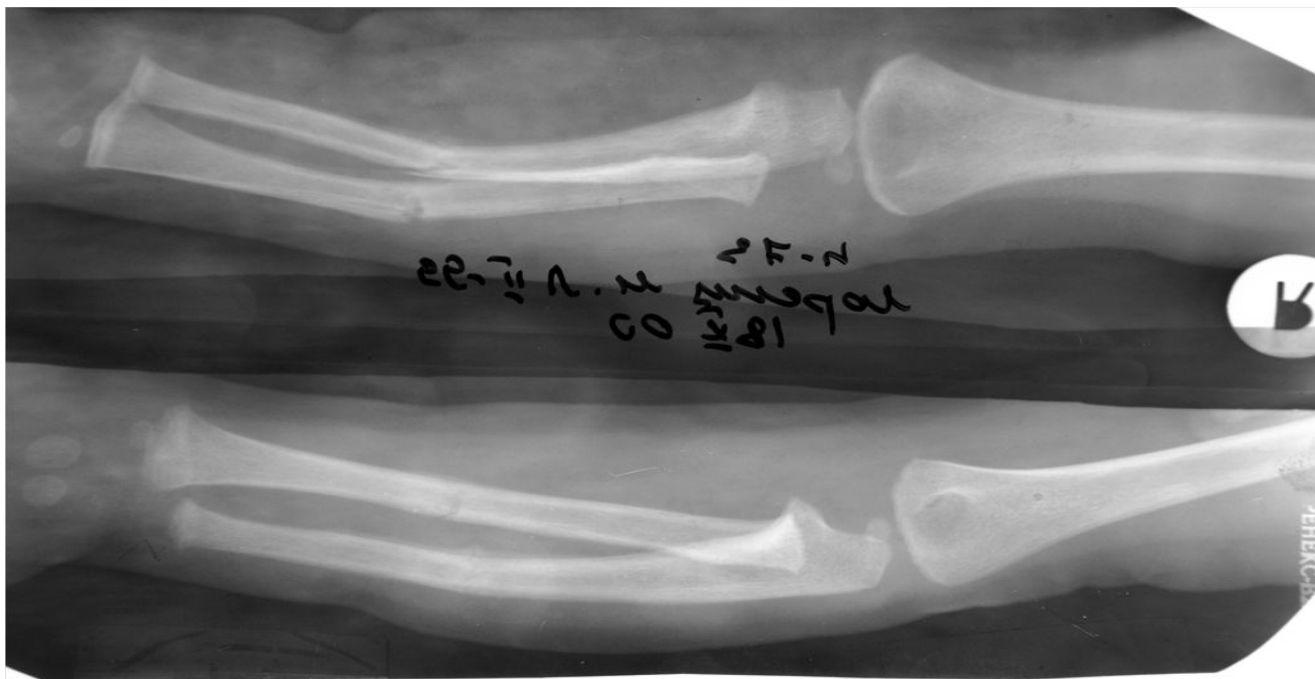
Виды переломов у детей

1. **Эпифизеолизы** (перелом проходит по зоне роста, что может привести к деформации и укорочению конечности);
2. **Поднадкостничные** (перелом с минимальным смещением отломков, чаще наблюдается в метафизах костей предплечья и голени, целостность надкостницы не нарушена, что определяет скудную клиническую картину);

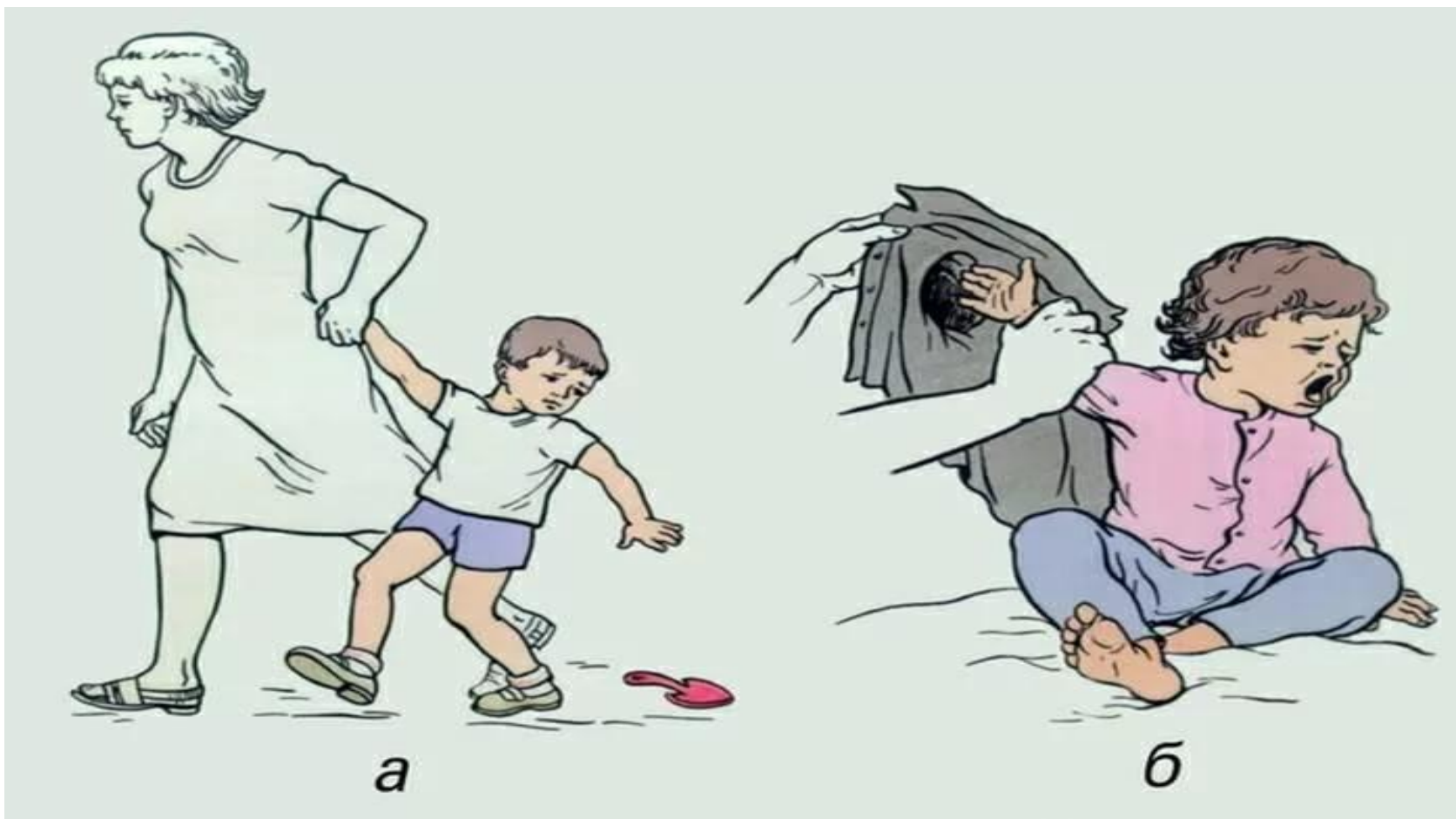


ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ

3. По типу «зеленой веточки» (целостность надкостницы сохранена на вогнутой стороне, что определяет особенности сращения перелома и риск вторичного смещения)



ПОДВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ



ПОДВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Чаще всего проблема с головкой лучевой кости возникает, когда рука ребенка находится в вытянутом вверх положении: взрослый держит его за руку, и внезапно малыш падает. **Взрослый** при этом старается удержать его от падения, **тянет за ручку и тем самым провоцирует вывих лучевой кости.** Поэтому неудивительно, что именно самостоятельные, но еще плохо ходящие дети-двухлетки составляют наибольший процент пациентов травматологов. Такая травма возможна и при приподнимании за ручки грудничка, и при подвижных играх с более старшими детками, и даже при одевании малыша в одежду с узкими рукавами.

По статистике девочки чаще, чем мальчики подвержены вывихам и подвывихам рук (почти в два раза больше случаев). А левая рука почему-то страдает чаще правой.

ПОДВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Пронационный подвывих головки лучевой кости встречается у детей до 6 лет.

Локтевой сустав образован с одной стороны плечевой костью, а с другой – локтевой и головкой лучевой кости. Вокруг головки лучевой кости расположена кольцевидная связка. У детей связки более растяжимые, поэтому, если сильно и резко потянуть ребенка за руку, то головка лучевой кости может частично «выскользнуть» из кольцевидной связки, ущемив ее при этом в локтевом суставе. Это провоцирует боль и ребенок не может поднять руку ладонью кверху.



Так происходит вывих руки у детей



ПОДВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

1. Вынужденное положение конечности: рука вытянута вдоль туловища, слегка согнута в локтевом суставе.
2. Пассивное медленное сгибание и разгибание в локтевом суставе безболезненны.
3. **Ротационные движения резко болезненны.**
4. Рентгенологическое исследование нецелесообразно, на снимке эта патология не диагностируется.

✗ Так делать не надо:



это может привести
к подвывиху лучевой
кости:



@doctor_annamama

ЧЕРЕПНО – МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ



ЧЕРЕПНО – МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ

В общей популяции детей наиболее распространенным механизмом травмы головы было:

- 1. Падение с любой высоты (27%);***
- 2. Ходьба или бег с последующим падением (11%);***
- 3. Столкновение с неподвижным объектом при ходьбе или беге (6%);***
- 4. Автомобильные аварии (9%);***
- 5. Велосипедные аварии (4%)***

ЧЕРЕПНО – МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ

КЛАССИФИКАЦИЯ :

ЗАКРЫТАЯ ЧМТ:

1. **Сотрясение ГМ**
2. **Ушиб ГМ** (легкой, средней, тяжелой степени, в т.ч диффузно – аксональное повреждение мозга);
3. **Сдавление ГМ** (гематома - острая, подострая, хроническая: эпидуральная, субдуральная, внутримозговая, внутрижелудочковая); субарахноидальное кровоизлияние, отек мозга

ЧЕРЕПНО – МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ

КЛАССИФИКАЦИЯ :

Открытая травма черепа:

- 1. Непроникающая, т.е без повреждения твердой мозговой оболочки;***
- 2. Проникающая, т.е с повреждением твердой мозговой оболочки;***
- 3. Огнестрельные ранения***

ЧЕРЕПНО – МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ

СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Является легкой и часто встречающейся формой закрытой острой черепно – мозговой травмы с нарушением функции и наличием молекулярных сдвигов мозговой ткани.

80% всех черепно – мозговых повреждений у детей

СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- 1. *Нарушение сознания на момент травмы от оглушения до сопора, продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут;***
- 2. *Расстройство сознания сопровождается бледностью кожных покровов, холодным потом, рвотой;***
- 3. *Рвота нередко появляется вскоре после травмы, у детей до 3 – летнего возраста бывает многократной.***
- 4. *После восстановления сознания типичны жалобы на головную боль, головокружение, слабость, сонливость, звон в ушах, боль в глазных яблоках;***
- 5. *При осмотре детей выявляется ретроградная амнезия на события предшествующие травме, редко – антероградная амнезия;***
- 6. *В неврологической картине могут наблюдаться быстро проходящее легкое сужение или расширение зрачков с сохраняющейся реакцией на свет, непостоянный мелкоамплитудный нистагм.***

УШИБ МОЗГА

Различают очаговые и диффузные повреждения мозга.

***Очаговый ушиб ГМ** – тяжелая форма повреждения, определяется очагами поражения мозговой ткани в виде размозжений, размягчений и кровоизлияний.*

Клиника:

Складывается из картины сотрясения и очаговой неврологической симптоматики (парезы, параличи, расстройства чувствительности)

***Диффузное аксональное повреждение головного мозга** – длительное многосуточное коматозное состояние с момента травмы, изменение ритма и частоты дыхания, вегетативные расстройства (артериальная гипертензия, гипертермия, гипергидроз, гиперсаливация)*

СДАВЛЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ВИДЫ:

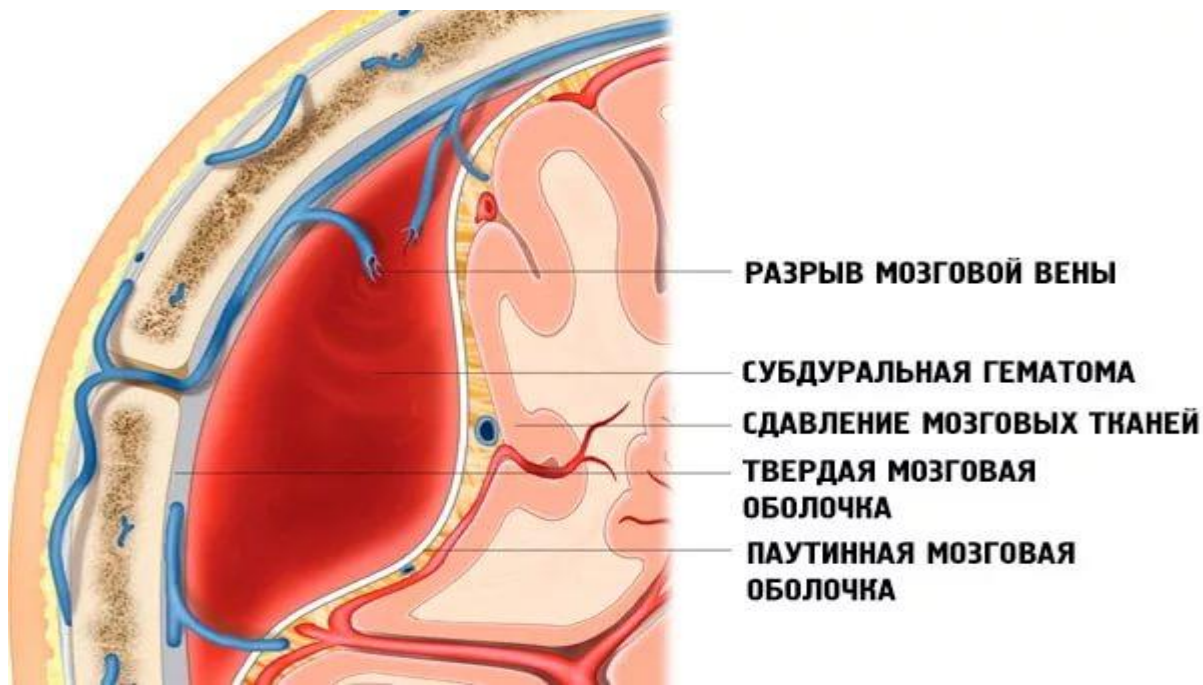
1. Эпидуральные;
2. Субдуральные;
3. Внутримозговые;
4. Вентрикулярные;
5. Субарахноидальные

Формы течения:

- **острая**, в первые 3 суток с момента травмы;
- **подострое**, клинические проявления на 4 – 14 – е сутки с момента травмы;
- **хроническое**, клинически проявившееся в срок после травмы от 2 недель до нескольких лет

ЧЕРЕПНО – МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ

Наиболее частой находкой на КТ была субдуральная гематома, реже встречались субарахноидальное кровоизлияние и ушиб мозга.



СДАВЛЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ЭПИДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА

Травматическое кровоизлияние, располагающееся между внутренней поверхностью кости и твердой мозговой оболочкой

Стадии:

1. *Изливающаяся кровь вытесняет некоторое количество ЦСЖ из полости черепа (общее состояние ребенка удовлетворительное, жалобы на слабость, головную боль);*
2. *Венозного застоя (в результате продолжающегося кровотечения и нарастания сдавления ГМ гематомой нарушается венозный отток).
Нарастает беспокойство, распирающая головная боль, многократная рвота, дезориентация в месте и времени.*
3. *Нарастание компрессии. Ребенок впадает в сопорозное состояние, переходящее в коматозное. Четкая анизокория (расширение зрачка на стороне поражения, нет реакции на свет)*

СДАВЛЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

СУБДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА

Травматическое кровоизлияние, расположенное между твердой и паутинной мозговыми оболочками.

Более продолжительный светлый промежуток

СУБАРАХНОИДАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ

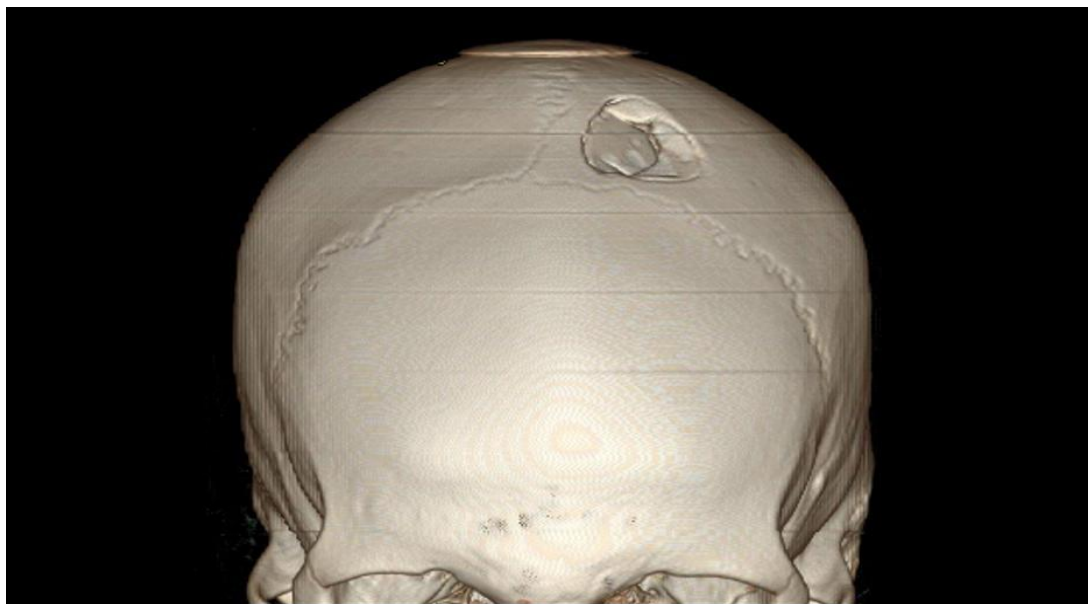
Сразу после травмы наблюдается головная боль, психомоторное возбуждение, менингеальные симптомы, головная боль, многократная рвота

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА

1. *Свода черепа;*
2. *Основания черепа;*
3. *Комбинированные*

У детей наблюдаются следующие переломы свода черепа:

1. *линейные;*
2. *Вдавленные;*
3. *Оскольчатые*



ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА

ПЕРЕЛОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

1. КРОВОТЕЧЕНИЕ И ЛИКВОРЕЯ ИЗ НОСОВЫХ И СЛУХОВЫХ ХОДОВ;
2. ГЕМАТОМА В КЛЕТЧАТКЕ ГЛАЗНИЦЫ (СИМПТОМ «ОЧКОВ»)

В связи с угрозой проникновения инфекции в полость черепа переломы основания черепа, сопровождающиеся истечением ЦСЖ и крови из носовых и слуховых ходов и полости рта следует относить к открытым



ОТКРЫТАЯ ЧЕРЕПНО – МОЗГОВАЯ ТРАВМА

К открытым травмам относят те повреждения, при которых раны мягких покровов головы совпадают с проекцией перелома костей черепа (*непроникающие*) и проекцией поврежденной части твердой мозговой оболочки (*проникающие*).

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ



КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Наиболее частой причиной повреждения является падение с высоты (дерева, качелей, крыши), падения на уроках физкультуры, тренировках, прыжках в воду.

Чаще наблюдается компрессионный перелом тел позвонков, реже – изолированный перелом дужек, поперечных или остистых отростков.

Чаще имеют неосложненный характер.

КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА

ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА

1. **НЕОСЛОЖНЕННЫЙ** (без неврологической симптоматики);
2. **ОСЛОЖНЕННЫЙ** (наличие неврологической симптоматики)



КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА

ПЕРЕЛОМ ОТРОСТКОВ ПОЗВОНКОВ

При прямом механизме травмы (удар в область отростка)

Клиника:

- 1. Боль в области повреждения, усиливающаяся при сгибании и разгибании позвоночника;**
- 2. В проекции отростка припухлость и резкая болезненность при пальпации**

КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА

КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

Возникает при падении на ноги, ягодицы, при форсированном сгибании туловища. При падении вниз головой страдают шейные и верхнегрудные позвонки, при падении на ноги и ягодицы – нижнегрудные и поясничные

Клиника:

1. **Постоянная боль в области повреждения;**
2. **Ограничение подвижности;**
3. **Напряжение мышц в области повреждения;**
4. **Иррадиирующая боль в живот;**
5. **Затруднение дыхания (посттравматическое апноэ);**
6. **Неврологическая симптоматика с парезами, параличами со стороны конечностей и нарушение функции тазовых органов встречаются редко, в основном при переломах тел позвонков со смещением**

ОЖОГИ У ДЕТЕЙ



ОЖОГИ У ДЕТЕЙ

Повреждение живых тканей, вызванное воздействием высокой температуры, химическими веществами, электрической или лучистой энергии, называют ожогом .

По данным ВОЗ, среди всех видов травм ожоги занимают третье место, уступая только дорожно-транспортным происшествиям, падениям с высоты и составляют 10-12 %, из которых на долю детей приходится три четверти случаев, 85% - пациенты до 5 лет

С 2005 ПО 2013 Г.Г. ПРОЛЕЧЕНО
11010 ДЕТЕЙ Г. МОСКВЫ С
ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С

ОЖОГАМИ ПО АДМИНИСТРАТИВНЫМ ОКРУГАМ

ЦАО-1%

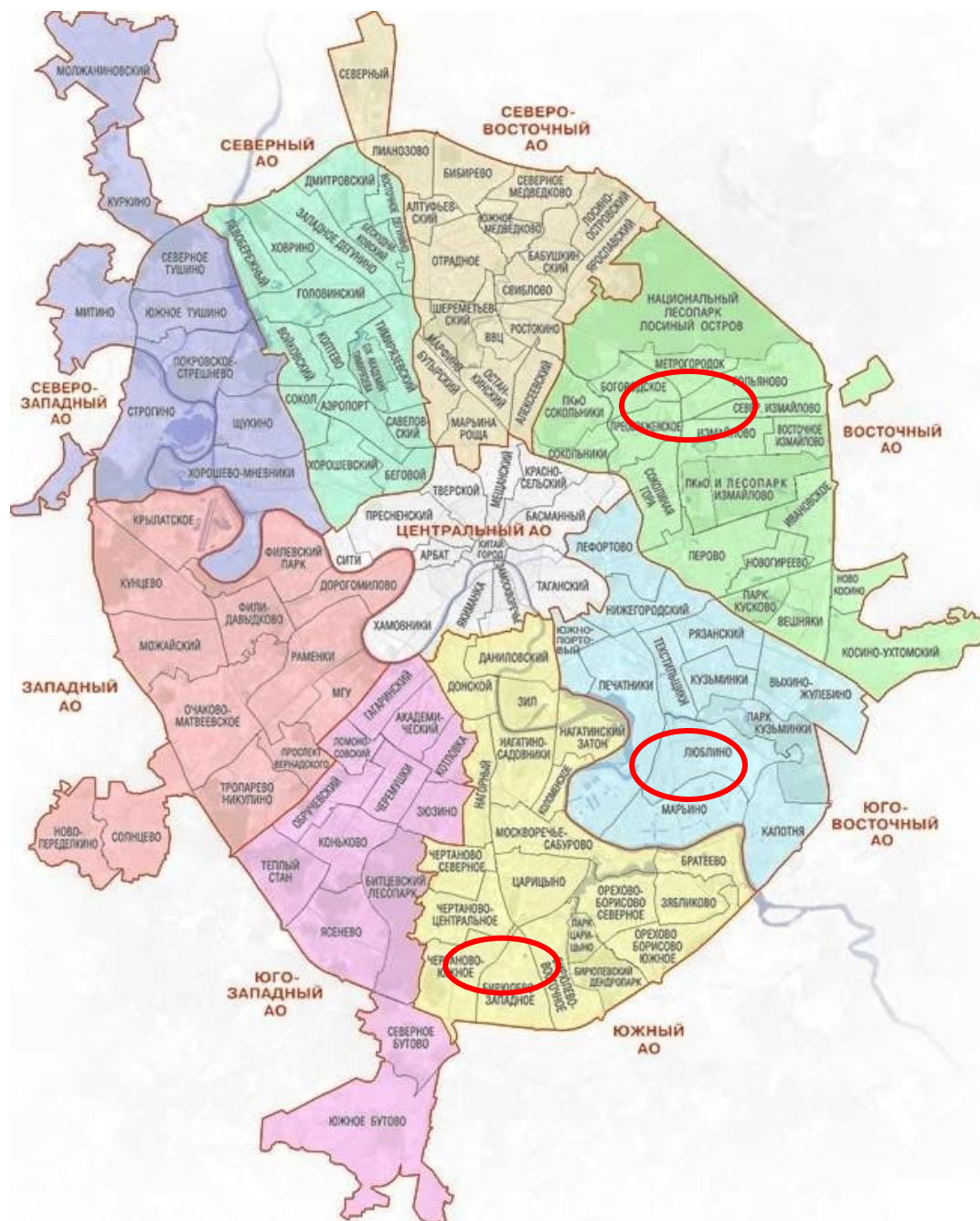
СЗАО-7%

ЮЗАО-6%

ЮВАО, ВАО, ЮАО-68%

СВАО-14%

САО-4%



ОЖОГИ У ДЕТЕЙ

Термические ожоги происходят в случае, когда некоторые или все клетки кожи или других тканей разрушаются под воздействием:

- 1. Горячих жидкостей (ожог кипятком или паром);***
- 2. Горячих твердых предметов (контактные);***
- 3. Пламени (ожоги пламенем)***

*В педиатрической популяции **ожоги горячей жидкостью** (суп, бульон, чай), который ребенок выливает на себя, четко доминируют, на них приходится от **60% до 75%** от всех госпитализированных ожоговых больных, затем следуют ожоги пламенем и контактные ожоги*

ОЖОГИ У ДЕТЕЙ

**Глубина поражения при
ожоговой травме зависит от
температуры повреждающего
агента и времени его
воздействия на кожный покров**

ФУНКЦИИ КОЖИ

Защитная

Терморегуляторная

Дыхательная

Обменная

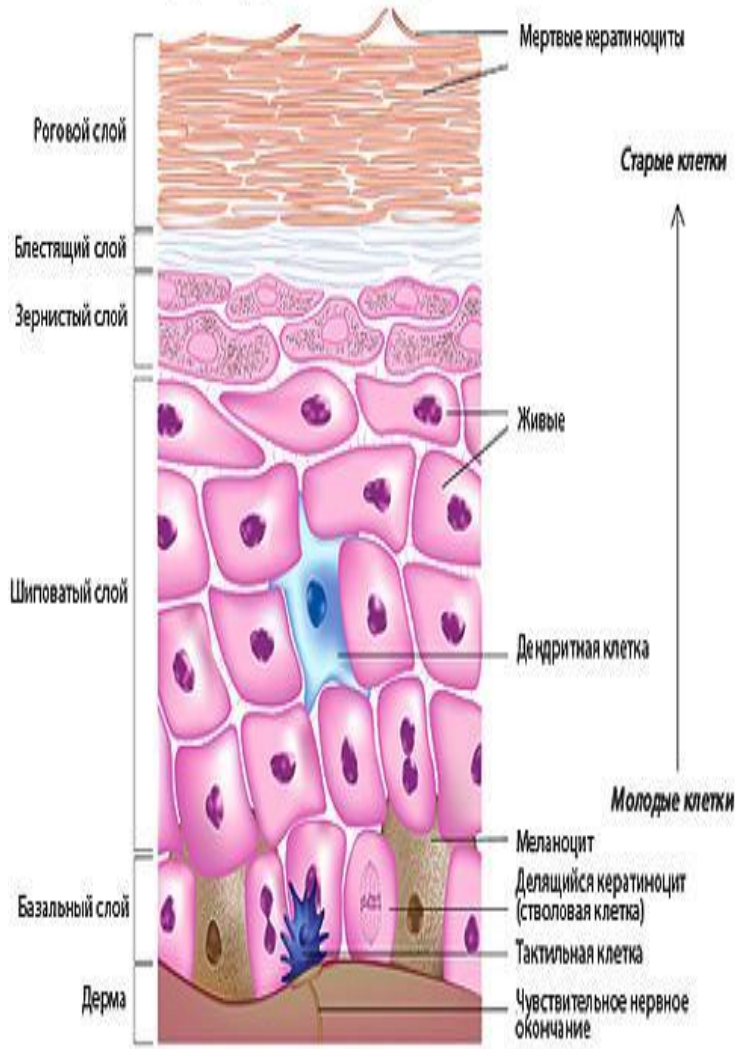
Выработка кожного сала и пота (с потом в течение суток через кожу выделяется около 500 мл воды, солей, конечных продуктов азотистого обмена)

Участие в обмене витаминов, особенно важен синтез витамина Д под воздействием ультрафиолетовых лучей

Депозит крови (депонируется до 1 л крови)

Площадь кожного покрова 1,5-2 кв. м. Эта поверхность является обширным рецепторным полем тактильной, болевой, температурной и кожной чувствительности

Структура эпидермиса



Базальный слой – самый нижний слой эпидермиса. В нем зарождаются кератиноциты – клетки из которых формируются все выше лежащие слои эпидермиса. От интенсивности деления клеток базального слоя зависит скорость обновления кожи, а значит ее внешний вид.

Цикл обновления кожи определяется возрастом:

до 35 лет – 28-30 дней

30-45 лет – 30-40 дней

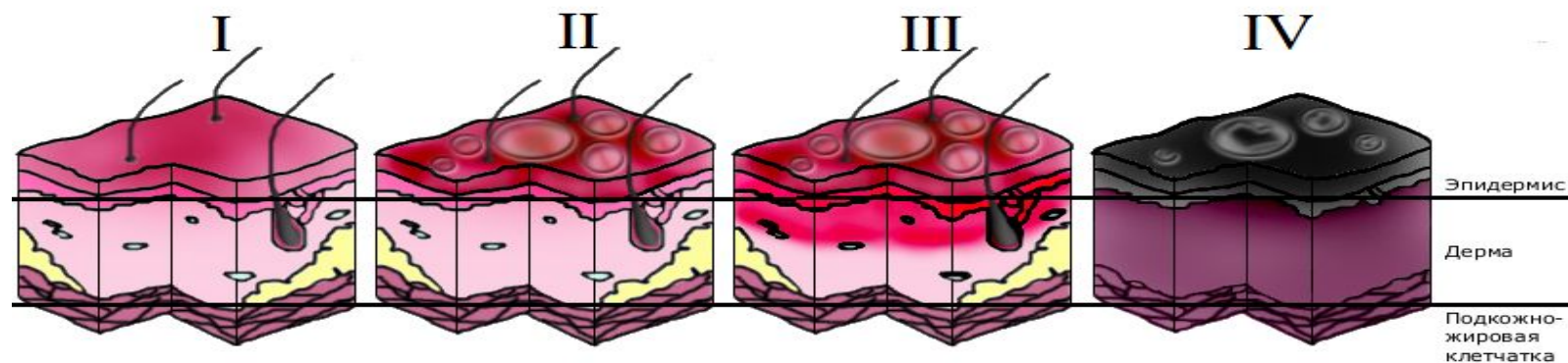
От 45 лет - 40-60 дней

Роговой слой – самый верхних слой эпидермиса.

Состоит из роговых чешуек, в которые превращаются кератиноциты за время прохождения от базального слоя до поверхности кожи. Роговые чешуйки постепенно слущиваются с поверхности кожи, уступая место более «молодым» чешуйкам

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОЖОГОВ

Степень ожога	Глубина поражения	Проблемы пациента
I	Поверхностный слой эпителия (эпидермис)	Боль, гиперемия, отек кожи
II	Весь эпителий до ростковой зоны	Боль, гиперемия, отек кожи, пузыри с серозным содержимым
IIIa	Некроз эпителия и поверхностных слоев дермы	Пузыри с геморрагическим содержимым, багрово-красное дно ожоговой раны, участки некроза, точечные кровоизлияния, отек и гиперемия вокруг обожженного участка, чувствительность сохранена
IIIб	Некроз всех слоев дермы (волосные луковицы, потовые и сальные железы) с переходом на подкожную клетчатку	Струп белого или черного цвета, плотный; потеря чувствительности в области струпа; вокруг очага поражения обширный отек
IV	Некроз всей кожи и глубже лежащих тканей (подкожная клетчатка, фасции, мышцы, кости)	Плотный коричневый или черный струп, обугливание



МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОЖОГОВ

МКБ - 10

Включает три степени разделения ожогов по глубине:

I – поверхностный ожог (соответствует российской классификации I степени);

II – поверхностный с поражением эпидермального слоя и верхнего слоя дермы (соответствует II и III А степени);

III – глубокий ожог – тотальный некроз дермы (соответствует III Б и IV степени)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕНИЯ «ПРАВИЛО ДЕВЯТКИ» (A.V. WALLACE, 1951 ГОД)

Площадь покровов отдельных частей тела и конечностей взрослого человека равна или кратна 9 % поверхности тела (п. т.) человека и составляет:

кожа головы и шеи – 9% п.т.,

спина– 9% п.т.,

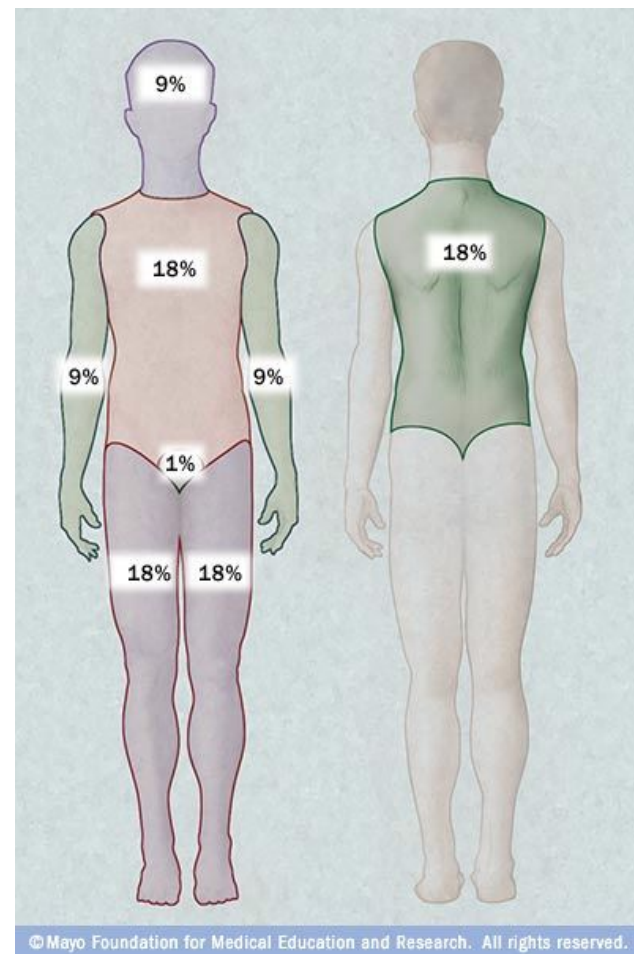
поясница и ягодицы – 9% п.т.,

руки – по 9% п.т.,

бедра – по 9% п.т.,

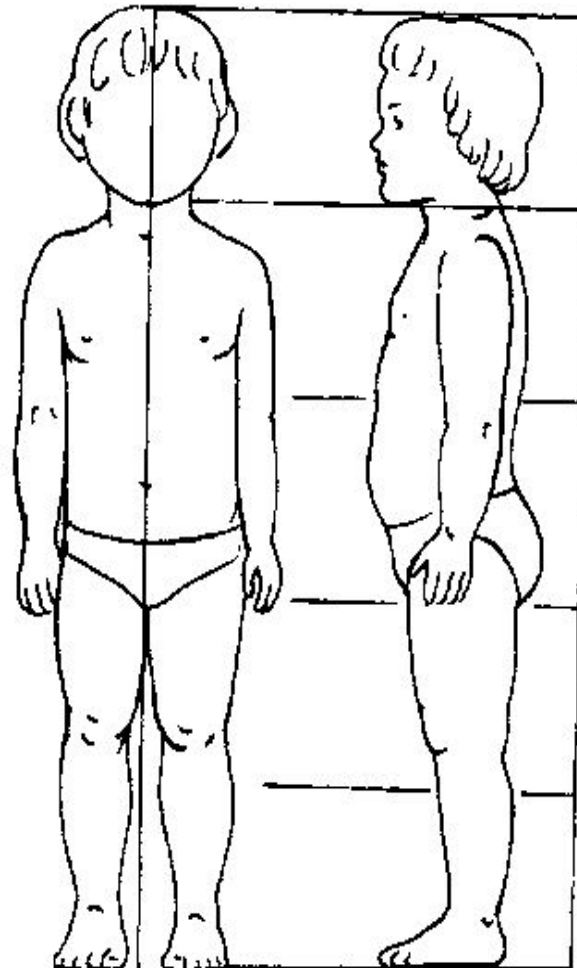
голени и стопы - по 9% п.т..

промежность и наружные половые органы - 1 % п.т.



ПРАВИЛО ЛАДОНИ

**Площадь ладони
составляет 1,2 %
площади поверхности
тела**



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ

Определение площади ожогов у детей (по Lund и Browder)

Область \ Возраст	0	1 год	5 лет	10 лет	15 лет
Половина головы	10%	8,5%	6,5%	5%	4%
Шея: задняя, передняя поверхность	по 1%	по 1%	по 1%	по 1%	по 1%
Передняя поверхность грудной клетки, живот	18%	18%	18%	18%	18%
Задняя поверхность грудной клетки, поясничная область	11%	11%	11%	11%	11%
Плечо: задняя, передняя поверхность	по 2%	по 2%	по 2%	по 2%	по 2%
Предплечье: задняя, передняя поверхность	по 1,25%	по 1,25%	по 1,25%	по 1,25%	по 1,25%
Кисть: задняя, передняя поверхность	по 1,25%	по 1,25%	по 1,25%	по 1,25%	по 1,25%
Ладонь	1%	1%	1%	1%	1%
Промежность	1%	1%	1%	1%	1%
Ягодицы	по 2,5%	по 2,5%	по 2,5%	по 2,5%	по 2,5%
Половина бедра	2,75%	3,25%	4%	4,5%	4,75%
Половина голени	2,25%	2,5%	2,75%	3%	3,25%
Стопа: подошвенная, тыльная поверхность	1,25%	1,25%	1,25%	1,25%	1,25%



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГЛУБИНЫ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ

***I степень – эритема и отек
кожи. Не напряженный и не
разрушенный пузырь с жидким
содержимым, слегка
опалесцирующим или светло-
желтым***

II степень – большой, напряженный, часто разрушенный пузырь, содержимое которого жидкое или желеобразное, насыщенного желтого цвета. Если пузырь разрушен, дно ожоговой раны розовое, влажное, болевая чувствительность при прикосновении инъекционной иглой сохранена или незначительно снижена. Эта степень поражения может быть представлена и струпом светло-желтого, коричневого или серого оттенков.

ОЖОГ ГОРЯЧЕЙ ЖИДКОСТЬЮ I-II СТЕПЕНИ



III степень – пузырь с явно геморрагическим содержимым. Если пузырь разрушен, дно ожоговой раны сухое, тусклое, с бледными отдельными пятнами и белесоватое, иногда с мраморным рисунком; болевая чувствительность резко снижена или вовсе отсутствует. Струп более темный, желтый, серый или всех оттенков коричневого цвета.

Коричневый или черный, различной толщины ожоговый струп, сквозь который может просматриваться тромбированная поверхностная венозная сеть.

ОЖОГ ПЛАМЕНЕМ III СТЕПЕНИ



ОЖОГ ГОРЯЧЕЙ ЖИДКОСТЬЮ III СТЕПЕНИ



КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

*Ожог пламенем I-II-III степени правой верхней
обеих нижних конечностей, передней поверхности
туловища, промежности 40% поверхности тела (п.
т.). Шок. Термоингаляционное поражение.
Отравление продуктами горения.*

Недостаточная терапия болевого синдрома при оказании первой медицинской помощи, особенно среди детей раннего возраста, может иметь неблагоприятные последствия.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ

Все дети с ожогами независимо от глубины поражения свыше 10% поверхности тела (п.т.), дети до 3 лет – свыше 5 % п.т.

Дети с ожогами II-III степени более 1 % п.т.

Дети с ожогами II-III степени лица, головы, половых органов, кистей, стоп, суставов более 0,5% п.т.

Пострадавшие с признаками ожогового шока при любой локализации и проценте ожога

*Дети с инфицированными ожогами, гранулирующими ранами более
1 % п.т.*

Дети с электротравмой, электроожогами

Дети с локальными по площади ожогами, сочетающимися с легкими механическими травмами

Дети с термоингаляционным поражением

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ



ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В структуре смертности детей старше одного года устойчиво лидируют травмы и несчастные случаи.

Среди травм на первом месте по причине смертности – ЗЧМТ, на втором – закрытые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

У детей закрытые повреждения (тупая травма) преобладают над открытыми – ножевыми и огнестрельными.

Причинами их в большинстве случаев являются падения с высоты, автодорожные происшествия и занятия неорганизованным спортом. У новорожденных – родовая травма.

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*По особенностям клинической картины травмы
брюшной полости и забрюшинного пространства
подразделяют:*

- 1. Ушибы брюшной стенки;**
- 2. Повреждения паренхиматозных органов;**
- 3. Повреждения полых органов**

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ушибы брюшной стенки (кожи, подкожной клетчатки, мышечно – апоневротического слоя) относятся к легким повреждениям .

Общее состояние не нарушено. Жалобы на боль в животе. При осмотре болезненность и напряжение мышц при пальпации.

Ребенок госпитализируется на несколько дней для наблюдения (для исключения двухмоментного разрыва паренхиматозных органов)

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

К паренхиматозным органам брюшной полости относят **печень, селезенку и поджелудочную железу.**

Клиническую картину повреждений печени и селезенки определяет внутреннее кровотечение.

Тяжесть повреждения определяется формой повреждения:

- **ушиб органа;**
- **разрыв капсулы;**
- **подкапсульные гематомы;**
- **отрыв органа от кровоснабжающих сосудов**

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Наименьшая интенсивность кровотечения, не требующая хирургических вмешательств, бывает **при ушибах органа**. Его трудно отличить от ушиба брюшной стенки. Лечиться консервативно (холод и постельный режим).

Небольшое кровотечение в брюшную полость с соответствующей симптоматикой со стороны живота дают **разрывы капсулы органа**. Кровотечения при них, как правило, останавливаются самостоятельно.

Наибольшее кровотечение, безусловно, требующие экстренных хирургических вмешательств, дают разрывы капсулы и паренхимы органа и отрыв от сосудистой ножки

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Подкапсульные гематомы представляют собой разрывы паренхимы при сохранении целостности капсулы. Как правило, это временное явление.

Рано или поздно накопление крови в гематоме приводит к разрыву капсулы и профузному кровотечению в брюшную полость. В таких случаях говорят о клинике двухмоментных разрывов.

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Клиническая картина внутреннего кровотечения

- 1. Общие признаки** (жалобы на слабость, головокружение, жажда, однократная рвота съеденной пищей, потеря сознания);
- 2. Местные** (жалобы на постоянные боли в животе, усиливающиеся при движениях, с типичной иррадиацией в правое или левое надплечье).

Такая иррадиация объясняется раздражением кровью, располагающегося под диафрагмой, окончаний диафрагмального нерва, который берет свое начало из шейного сплетения).

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

При осмотре:

- Живот вздут;
- отставание передней брюшной стенки в акте дыхания (преимущественно грудной тип);
- живот при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, с максимальной болезненностью в области поврежденного органа, с резко выраженными симптомами раздражения брюшины
- - при перкуссии (умеренно болезненна) укорочение перкуторного звука в отлогах местах

Если при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости резко положительные симптомы раздражения брюшины сочетаются с напряжением мышц передней брюшной стенки, то при наличии в брюшной полости стерильной жидкости (кровь, моча) они резко положительны при совершенно мягком животе.

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Разрыв селезенки

Его можно заподозрить при локализации травмы и болей в левом подреберье, и характерной иррадиации в левое надплечье. У старших детей в области левой реберной дуги и левого подреберья можно обнаружить следы травмы в виде ссадин и кровоподтеков.

Следует отметить характерную для разрыва селезенки слабую выраженность общих симптомов кровопотери в течение довольно длительного времени (бледность кожного покрова – ушной раковины и красной каймы губ, незначительная тахикардия, долго не снижается артериальное давление). Это связано с тем, что при разрыве селезенки в брюшную полость вначале вытекает кровь, депонированная в этом органе и не участвующая в кровотоке (депонирует 15% объема крови). Кроме того, селезенка способна сокращаться за счет гладких мышечных волокон фиброзной оболочки и трабекул. В ответ на травму она длительное время может находиться в состоянии сокращения.

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Разрывы печени

Клиника кровотечения разворачивается стремительней, так как печень не обладает сократительными свойствами, а в брюшную полость вытекает кровь, участвующая в кровотоке.

- бледность, тахикардия;**
- снижение артериального давления;**
- максимальная интенсивность болей в правом подреберье, с иррадиацией в правое надплечье**

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Повреждения поджелудочной железы у детей встречаются редко.

Характер травмы типичен: сдавление вагонами, колесом автомашины, удар о руль велосипеда.

В отличие от разрыва других органов клиническую картину определяет не кровотечение, которое бывает незначительным, а воздействие агрессивного панкреатического сока «ферментативный перитонит»

Резкие боли в животе, усиливающиеся при движении, резко выражено напряжение мышц, многократная рвота.

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Разрывы мочевого пузыря возникают при ударах в нижнюю часть живота, если пузырь НАПОЛНЕН.

Пустые пузыри обычно не разрываются.

Внутрибрюшинный разрыв: моча с примесью крови поступает в околопузырную клетчатку (урогематома), моча свободно поступает в брюшную полость и больной не мочиться. Жалобы на боль во всех отделах живота. При осмотре: живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, резко выражены симптомы раздражения брюшины. При перкуссии отмечается свободная жидкость.

Внебрюшинные разрывы: больной мочиться, но моча с примесью крови. Жалобы на боль в нижних отделах живота. При пальпации определяется болезненность над лоном.

ДЕТСКИЙ СУИЦИД



СТРАШНАЯ СТАТИСТИКА

В России за последних 3 года самоубийство совершили 1500 детей, а неудавшихся попыток покончить с собой было в 3 раза больше.

За одну неделю в феврале текущего года в Российской Федерации зафиксировано 9 случаев суицида.

ДЕТСКИЙ СУИЦИД

Суицид – умышленное самоповреждение со смертельным исходом (лишение себя жизни).

Суицидальное поведение – проявление суицидальной активности (мысли, намерения, высказывания, угрозы).

Суицидент – человек, совершавший попытку суицида, либо демонстрирующий суицидальные наклонности.

ДЕТСКИЙ СУИЦИД

Ни один ребенок не решит уйти из жизни и воплотит свое решение в жизнь за считанные часы. Как правило, подобное решение зреет в голове у ребенка не один день, и даже не неделю. И все это время ребенок отчаянно взывает к взрослым, различными способами давая понять родителям, что ему очень плохо.

Как показывает статистика подростковых самоубийств, как правило, попытки суицида не совершают детки младше 11 лет. Но не стоит обольщаться и считать, что у маленьких деток не бывает тяжелого психического состояния. Просто малыши еще до конца не осознают, что такое смерть. Однако зачастую в их разговорах и мыслях любящие и внимательные мама и папа могут заметить повод для тревоги.

Среди людей очень широко распространено мнение, что попытки суицида совершают только психически неуравновешенные люди, которые страдают различными психическими заболеваниями, такими как шизофрения, паранойя, а также некоторые другие заболевания нервной системы. На самом же деле это совершенно не так. Подавляющее большинство самоубийств совершаются абсолютно психически здоровыми людьми, которые очень четко отдают себе отчет в своих действиях.

ПРИЗНАКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Предпочтение скорбной музыки

Раздача личных вещей

Смерть и самоубийство как постоянная тема

Разговоры об отсутствии ценности жизни

Фантазии на тему о своей смерти

Интерес, проявляющийся косвенно или прямо, к возможным средствам самоубийства

Прямые высказывания «Я не могу это выдержать», «Я не хочу жить»

Косвенные высказывания типа «Скоро вы отдохнете от меня, скоро все закончится для меня»

Жалобы на собственную беспомощность

Несвойственная молчаливость

Особый интерес к тому, что происходит с человеком после смерти



ПРИЗНАКИ ДЕПРЕССИИ (СНИЖЕНИЯ НАСТРОЕНИЯ)

Потеря свойственной детям энергии, подвижности

Печальное настроение

Демонстративное непослушание

Снижение интереса к общению со сверстниками

Ухудшение успеваемости

Чувство неполноценности

Агрессивное поведение

Нарушение сна

Пропуски в школе



ТИПЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Демонстративное

Аффективное или чувственное

Истинное



ДЕМОНСТРАТИВНЫЙ ТИП СУИЦИДА

Демонстративное суицидальное поведение – это изображение попыток самоубийства без реального намерения покончить с жизнью, с расчетом на спасение. Все действия направлены на привлечение внимания, возобновление интереса к собственной персоне, жалость, сочувствие, возмездие за обиду, несправедливость. Место совершения попытки самоубийства указывает на ее адрес: дома – родным, в компании сверстников – кому-то из них.

АФФЕКТИВНЫЙ (ЧУВСТВЕННЫЙ) СУИЦИДА

ТИП

Аффективное (чувственное) суицидальное поведение – тип поведения, характеризующийся, прежде всего, действиями, совершаемыми на высоте аффекта. Суицид во время аффекта может носить черты спектакля, но может быть и серьезным намерением, хотя и мимолетным.

ИСТИННЫЙ ТИП СУИЦИДА

Истинное суицидальное поведение – намеренное, обдуманное поведение, направленное на реализацию самоубийства, иногда долго вынашиваемое. Подросток заботится об отсутствии помех при их совершении. В оставленных записках звучит мотив собственной вины, забота о близких, которые не должны чувствовать причастность к совершенному действию.