

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая Югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова

Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

ISBN 92-890-2188-8



9 789289 021883

Травмы создают для общества колоссальные человеческие, финансовые и другие издержки. Каждый день в Европейском регионе ВОЗ в результате дорожно-транспортного травматизма, утопления, отравления, падений, пожаров, членовредительства и межличностного насилия погибает более 2000 человек, 60 тысяч человек попадают в больницы, а 600 тысяч вынуждены обращаться за неотложной амбулаторной помощью. Однако факты свидетельствуют о том, что все эти формы травматизма и несчастных случаев можно предсказывать и предупреждать.

В настоящей брошюре в сжатом виде изложены основные положения, содержащиеся в большей по объему основной публикации, в которой показано, что тяжелый урон, который причиняют здоровью травмы и насилие, можно значительно уменьшить, если принять более широкий подход с позиций здравоохранения. В ней обосновывается необходимость выработки и реализации многоотраслевой политики и образования коалиций на разных уровнях общества, чтобы создать более безопасную физическую и социальную среду и повысить безопасность. Если бы все страны Региона сравнялись по своим показателям травматизма с самыми безопасными странами, было бы предупреждено более двух из трех травм и было бы спасено 500 тысяч жизней в год.

Так же, как и более полная публикация, данное резюме предназначено для того, чтобы вооружить лиц, вырабатывающих политику, общественные организации и специалистов сектора здравоохранения аргументами и фактами в пользу необходимости профилактики травматизма и помочь им бороться за обеспечение безопасности и работать с другими секторами над составлением планов и мероприятий по профилактике. В брошюре выделены восемь уникальных возможностей для того, чтобы сектор здравоохранения мог определять политику и выступать в роли лидера в интересах улучшения здоровья путем снижения бремени травматизма, которое несет Европейский регион.

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17. Факс: +45 39 17 18 18. Эл.почта: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int



ЕВРОПА

ТРАВМАТИЗМ и НАСИЛИЕ В ЕВРОПЕ

В чем важность этой проблемы и что можно сделать

РЕЗЮМЕ



ЕВРОПА

Травматизм и насилие в Европе

**В чем важность
этой проблемы и что
можно сделать**

Резюме

Ключевые слова

VIOLENCE
WOUNDS AND INJURIES – prevention and control
COST OF ILLNESS
SOCIAL JUSTICE
PUBLIC POLICY
HEALTH CARE COSTS
SUBSTANCE-RELATED DISORDERS – prevention and control
EUROPE

ISBN 92-890-2188-8

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на веб-сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Напечатано в Италии

Дизайн обложки: Sven Lund

Возможность предупреждения

Каждый день в Европейском регионе ВОЗ в результате травм погибает более 2000 человек, 60 тысяч человек попадают в больницы, а 600 тысяч вынуждены обращаться за неотложной амбулаторной помощью. Травмы создают для общества колоссальные человеческие, финансовые и другие издержки (1, 2). Они являются в Регионе главной причиной смерти среди людей в возрасте до 45 лет. Фактические данные о дорожно-транспортном травматизме (ДТТ), утоплениях, отравлениях, падениях, пожарах, членовредительстве и межличностном насилии в 52 странах Европейского региона ВОЗ указывают на то, что все эти формы травматизма и несчастных случаев можно изучать, предсказывать и предупреждать.

Если бы все страны Региона сравнялись по своим показателям травматизма со странами, у которых эти показатели самые лучшие, были бы предупреждены две из трех травм (68%), и каждый год было бы спасено 500 тысяч жизней (1). Это позволило бы избавиться от многих страданий и направить критически важные ресурсы сектора здравоохранения и другие ресурсы, которые сегодня выделяются на лечение травм, на другие приоритетные цели.

Травмы причиняют большой ущерб и страдания, но случайностью они не являются. То, что можно предсказать, можно и предупредить. До недавнего времени систематического подхода к пониманию наиболее рациональных решений проблемы не было. Прогресс сдерживается еще и потому, что бытует заблуждение, будто травмы есть нечто случайное и неизбежное. Более того, поскольку ответственность за травматизм возлагалась главным образом на самих людей, вполне достаточной мерой реагирования считалась просветительная работа, направленная на изменение поведения людей.

Однако научные исследования, проведенные в последние несколько десятилетий в Европе и на других континентах, показывают, что тяжелый урон, который причиняют здоровью травмы и насилие, можно значительно уменьшить, если принять более широкий подход с позиций здравоохранения. Такой подход предполагает понимание бремени и угроз этих явлений, выявление тех мер, которые дают эффект, а затем осуществление

успешных мер вмешательства в более широких масштабах. Таким образом, предупреждение травматизма требует выработки и реализации многоотраслевой политики и образования коалиций на разных уровнях общества, чтобы создать более безопасную физическую и социальную среду и повысить безопасность.

В настоящей брошюре в сжатом виде изложены основные положения, содержащиеся в большей по объему основной публикации (1). Она предназначена для того, чтобы вооружить лиц, вырабатывающих политику, общественные организации и специалистов сектора здравоохранения аргументами и фактами в пользу необходимости профилактики травматизма и помочь им бороться за обеспечение безопасности и работать с другими секторами над составлением планов и мероприятий по профилактике. В брошюре выделены восемь уникальных возможностей для того, чтобы сектор здравоохранения мог определять политику и выступать в роли лидера в интересах улучшения здоровья путем снижения бремени травматизма, которое несет Европейский регион.

Определения

Травма – это физическое повреждение, которое происходит в результате того, что человеческий организм внезапно подвергается воздействию энергии в таких количествах, которые превышают порог физической переносимости, или является результатом отсутствия одного или нескольких жизненно важных элементов, например, кислорода. Эта энергия может быть механической, тепловой, химической или лучистой (3).

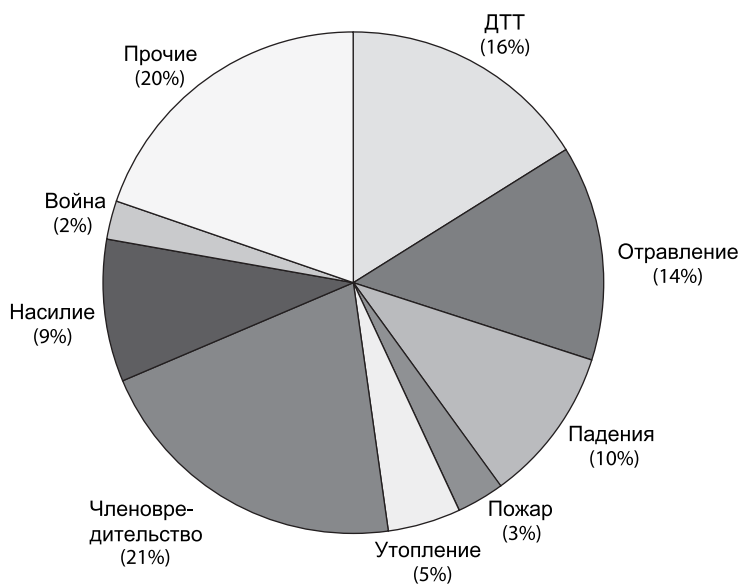
Травмы обычно определяются как непреднамеренные или умышленные. Главными причинами непреднамеренных травм являются ДТТ, отравление, утопление, падения и ожоги. Насилие определяется как умышленное применение физической силы или власти, угрожаемое или реальное, против самого себя, другого лица или группы лиц или сообщества, которое приводит к травме, смерти, психологическому вреду, нарушению развития или лишениям (4). Насилие можно классифицировать по типу: направленное против самого себя (как в случае самоубийства или причинения вреда самому себе), коллективное (во время войны или со стороны преступных банд) и межличностное (против ребенка, партнера, человека старшего возраста, знакомого или незнакомого человека).

Кроме категорий умысла и причины, травмы могут классифицироваться в зависимости от обстановки, в которой они случаются, например, дома, на работе и на дороге, или в зависимости от вида деятельности, например, во время занятия спортом или другими формами проведения досуга.

Бремя нездоровья, обусловленное травматизмом, в Европе

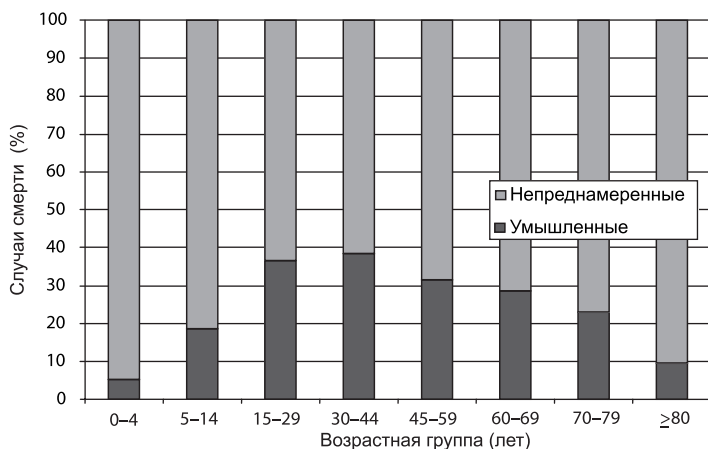
По имеющимся оценкам, в 2002 году травмы явились причиной около 800 тысяч случаев смерти (8,3% всех смертей) в Европейском регионе. Одна треть этих смертей приходится на долю умышленных травм (рис. 1). Однако эта доля колеблется в зависимости от возраста: наиболее высока она в возрастной категории 30-44 лет (рис. 2). Три ведущие причины смерти –

Рис. 1. Процент случаев смерти от травм, приходящийся на различные причины, в Европейском регионе ВОЗ, 2002 г.



Источник: GBD 2002 estimates [web site] (5).

Рис. 2. Соотношение случаев смерти от умышленных травм и от непреднамеренных травм в зависимости от возраста в Европейском регионе ВОЗ для обоих полов, 2002 г.



Источник: GBD 2002 estimates [web site] (5).

членовредительство, ДТТ и отравление (см. “Основные факты”). Если взять все возрастные группы вместе, травматизм находится на третьем месте среди главных причин смерти в Регионе – после сердечно-сосудистых заболеваний и рака.

Травматизм также является одной из ведущих причин бремени нездоровья, измеряемого годами жизни с коррекцией на инвалидность (DALYs – годы жизни, утраченные вследствие инвалидности или преждевременной смерти). В 2002 году на долю травматизма пришлось около 21 миллиона DALYs: 14% суммарного показателя бремени нездоровья в Регионе.

Мужчины и молодые люди подвергаются большему риску, чем другие. Мужчины умирают в трех из четырех случаев смерти от травм (586 тысяч), и на них приходится 77% утраченных DALYs. На долю молодых людей (людей в возрасте от 0 до 29 лет) приходится 21% случаев смерти и 44% утраченных DALYs.

ОСНОВНЫЕ ФАКТЫ

1. По имеющимся оценкам, каждый год от ДТТ погибают примерно 127 000 человек, 55% которых находятся в возрасте от 15 до 44 лет, и 2,4 миллиона человек получают травмы или становятся инвалидами. 75% всех случаев происходит с мужчинами. Риск ДТТ для людей, живущих в странах с низким и средним уровнем доходов (СНСД), в полтора раза выше, чем для людей в странах с высоким уровнем доходов (СВД).
2. Отравление является причиной около 110 000 случаев смерти, причем до 70% этих случаев в некоторых странах, особенно в восточной части Региона, приходится на долю алкоголя. Для мужчин, живущих в СНСД, риск в 18 раз выше, чем в СВД.
3. Утопление приводит примерно к 38 000 случаев смерти и является третьей ведущей причиной смерти у детей в возрасте от 5 до 14 лет. Риск для людей в СНСД в девять раз выше, чем в СВД.
4. Падения ежегодно убивают почти 80 000 человек, причем наиболее высока смертность среди людей старше 80 лет. Из-за хрупкости своего организма эти люди чаще не только падают, но и гибнут в результате падений. Большинство падений происходит дома или около дома. Факторами риска для детей являются бедность и небезопасная конструкция зданий. Для мужчин в СНСД риск вдвое выше, чем в СВД.
5. Пожары являются причиной около 24 000 случаев смерти, а ожоги являются серьезной причиной смерти и увечий у детей и взрослых. Риск для людей в СНСД в восемь раз выше, чем в СВД. Основными факторами риска бытовых пожаров являются курение и алкоголь.
6. В результате членовредительства гибнет около 164 000 человек в год, 54% из которых находятся в возрасте от 30 до 59 лет. Четвертая часть случаев связана со злоупотреблением алкоголем. Для мужчин риск выше, чем для женщин. Люди, проживающие в СНСД, в 2,5 раза чаще совершают самоубийства, чем в СВД.
7. Межличностное насилие является причиной около 73 000 случаев смерти и примерно 20–40 посещений больницы на одну смерть. Алкоголь замешан в 40% случаев. Мужчины преобладают как среди преступников, так и среди жертв, и чаще погибают насильственной смертью, чем женщины. Риск насильственной смерти в СНСД в 14 раз выше, чем в СВД. Насилие оказывает долгосрочные последствия для психики, поведения и здоровья (5).

Возможность 1. Спасение жизней и уменьшение страданий может сократить неравенство и укрепить решимость добиваться социальной справедливости.

Проблема

В Европейском регионе ВОЗ наблюдаются наибольшие различия в мире по смертности и заболеваемости между более бедными и более богатыми странами и между социальными классами в пределах отдельных стран. Кроме того, последние данные показывают, что этот разрыв продолжает расти, и тенденции в Содружестве Независимых Государств (СНГ)¹ характеризуются тем, что показатель травматизма является одним из самых высоких в мире и продолжает ухудшаться, в то время как в странах Европейского Союза (ЕС)² он является одним из лучших в мире и продолжает улучшаться (рис. 3). В среднем риск смерти от травмы для мужчин в СНГ почти в четыре раза выше, чем для мужчин в ЕС.

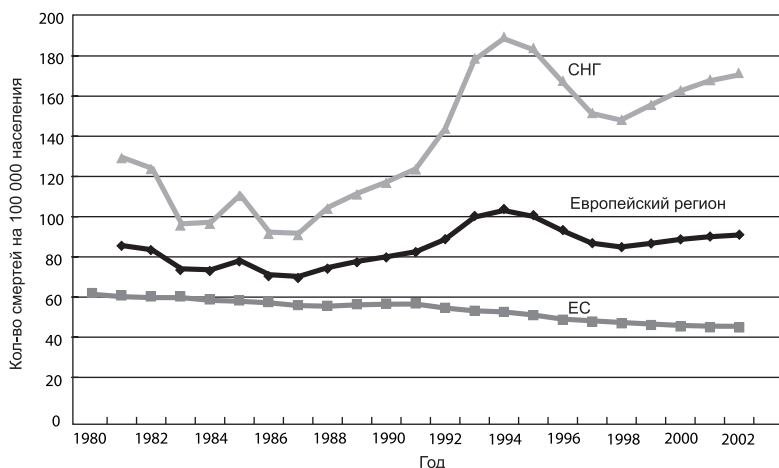
Считается, что тенденции роста в некоторых восточных странах Региона обусловлены действием таких факторов, как рост интенсивности дорожного движения, углубление неравенства в отношении богатства, более высокая безработица, сокращение социального капитала, либерализация рынка и рост доступности алкоголя, а также слабость механизмов регулирования и правоприменения (7).

Во всем Регионе большему риску подвергаются дети, люди старшего возраста и бедные. В некоторых странах в восточной части Региона 30-80% населения живет за чертой бедности. Однако бедность по-прежнему существует даже в наиболее богатых европейских странах, и там в группы повышенного риска входят безработные, этнические меньшинства, рабочие из других стран, беженцы, инвалиды и бездомные. Например, дети из низших социальных классов в Соединенном Королевстве умирают от травм в 3-4 раза чаще, чем дети из высших классов (8).

¹ Армения, Азербайджан, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украина и Узбекистан.

² Австрия, Бельгия, Чешская Республика, Кипр, Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Венгрия, Ирландия, Италия, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Польша, Португалия, Словакия, Словения, Испания, Швеция и Соединенное Королевство.

Рис. 3. Тенденции стандартизированных показателей смертности от всех видов травм в Европейском регионе, 1980-2002 годы



Источник: Mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (HFA-MDB) [online database] (6).

Более того, люди и семьи, живущие в бедности, особенно уязвимы для травм по причине их большей подверженности опасным ситуациям, небезопасным условиям окружающей среды и рискованному поведению. Отсутствие доступа к социальному капиталу, недостаточное единство общества и социальная отверженность снижают способность людей выдерживать социальный конфликт, не прибегая к насилию, включая насилие против себя самого. При получении травмы бедные люди очень часто не имеют достаточного доступа к высококачественной неотложной медицинской помощи и реабилитационным услугам. Также затраты на медико-санитарные услуги и потеря способности заработка могут значительно ухудшить их финансовое положение, тем самым увеличивая неравенство.

Возможность

Огромные различия в показателях травматизма между странами и в пределах стран в Регионе указывают на возможность спасения жизней и уменьшения страданий за счет использования уроков из опыта стран, имеющих наилучшие показатели.

Лучшее понимание того, как непреднамеренные травмы и насилие связаны с бедностью и неравенством, позволило разработать эффективные программы борьбы с проблемой и преодоления социальной несправедливости в этой области. Например, выяснилось, что программы посещений на дому и обучения родителей, нацеленные на бедные семьи с одним родителем, снижают межличностное насилие в дальнейшей жизни.

Как уже говорилось, улучшение показателей во всех странах Региона до наивысшего достигнутого уровня позволило бы спасти около 500 000 жизней в год, включая 15 тысяч детей. Это означает, что применение существующих стратегий профилактики могло бы предотвратить три из четырех детских смертей от травм.

Очевидно, что очень многого можно достигнуть за счет нахождения способов передачи опыта, полученного в некоторых СВД, другим странам Региона с учетом их специфики. Лица, вырабатывающие политику, могут поддерживать обмен знаниями и опытом путем выявления и распространения передовой практики и помощи в создании и расширении сетей по предотвращению травматизма. В качестве примеров таких сетей можно назвать национальных координаторов, работающих с ВОЗ, Европейский союз безопасности для детей (9), Европейскую сеть безопасности для пожилых людей (10), Европейскую сеть школ, способствующих укреплению здоровья (11), инициативу “Здоровые города” (12) и Международное общество спинного мозга (13). Кроме того, Сеть безопасных общин (14) пропагандирует концепцию общины, в которой безопасность признается задачей и ответственностью всех.

Возможность 2. Действия на системном уровне могут дать скорые, осязаемые результаты.

Как явствует из опыта стран с наилучшими показателями безопасности, быстрое и осязаемое снижение показателей смертности и заболеваемости от травматизма часто достигается благодаря политическому руководству и хорошо организованным усилиям общества по созданию более безопасных физических и социальных окружающих условий.

Например, поскольку ДТП являлся ведущей причиной смерти среди молодых людей во Франции, президент Ширак сделал безопасность дорожного движения национальным приоритетом в

своей речи в День взятия Бастилии в июле 2002 года. Это привело к созданию межведомственной комиссии и разработке национального плана действий, который расширил полномочия различных ведомств по принятию мер на национальном и местном уровне. Это в свою очередь привело к сокращению смертей от ДТТ в 2002–2004 годах на 34% за счет реализации таких мер профилактики, как контроль соблюдения скоростного режима, смягчение интенсивности дорожного движения, использование ремней безопасности и борьба с управлением автомобилем в нетрезвом виде (15).

Все наиболее эффективные меры вмешательства включали в себя многоотраслевое сотрудничество. Развитие и укрепление партнерских отношений с заинтересованными сторонами на местном, национальном и международном уровнях может обеспечить принятие согласованных и комплексных ответных мер против травматизма. На международном уровне это может включать установление заинтересованными партнерами в стране сотрудничества с Европейской Комиссией (например, с ее Рабочей группой по несчастным случаям и травмам), Советом Европы, Европейской конференцией министров транспорта, Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Фондом помощи детям ООН (ЮНИСЕФ), Экономической комиссией ООН для Европы (ЭКЕ ООН), Европейской сетью профилактики преступлений и неправительственными организациями (НПО) и международными финансовыми учреждениями, действующими в Регионе.

Факты указывают на необходимость иметь обязательства на системном уровне по выдвиганию задачи безопасности на первое место, например, при проектировании более безопасных дорог, городской среды, жилья, детских площадок и продукции, и по обеспечению максимальной безопасности в повседневной деятельности людей (16). Для этого основную долю ответственности за травмы должно принять на себя общество, а не отдельные люди. Для снижения ежедневных потерь от непреднамеренных травм и насилия нужно также иметь возможности создавать богатство и снижать социально-экономическое неравенство (17).

К примерам инициатив в области безопасности, которые позволили добиться снижения травматизма в Регионе, относятся:

- национальная программа езды на велосипеде в Финляндии, благодаря которой снизилось число случаев гибели

- велосипедистов на 75% и повысила польза для здоровья за счет повышения уровня физической активности;
- межотраслевая программа по внедрению тары, которую не могут открыть дети, в Нидерландах, позволившая вдвое снизить детскую смертность от отравления; и
 - Инициатива ВОЗ “Безопасные общины”, которая предусматривает вовлечение всей общины к просвещению в области безопасности и профилактике травматизма и в одной из провинций Австрии не только снизила на 39% смертность от травматизма, но и позволила сократить продолжительность пребывания в больницах травмированных людей в общей сложности на 30 000 дней за 10 лет.

Возможность 3. Эффективные стратегии профилактики могут снижать расходы на здравоохранение и другие затраты.

Проблема

Помощь при травмах составляет значительную часть расходов служб здравоохранения и отвлекает и без того дефицитные ресурсы здравоохранения. Хотя данные о затратах здравоохранения на помощь при травмах в Регионе для широкой общественности не доступны, для этого доклада были сделаны соответствующие оценки. Цифры просто поразительны. Например, в 1999 году расходы на госпитализацию по поводу бытовых травм и травм, полученных при проведении досуга, в 15 странах Европейского Союза до мая 2004 года составили около 10 миллиардов евро, или около 5,2% от всех расходов на стационарное лечение (18). По всему Региону ежегодные расходы сектора здравоохранения на лечение пациентов, которые впоследствии умирают, составляют, по оценкам, от 1 до 6 миллиардов евро, а расходы на лечение несмертельных травм – от 80 до 290 миллиардов евро³.

Помимо затрат здравоохранения, поистине огромны экономические издержки, и их масштаб начали подсчитывать только сейчас. Исследования показывают, что только на долю ДТТ приходится потеря каждый год 1–3% валового внутреннего продукта

³ Анализ чувствительности показал, что средняя стоимость оказания медико-санитарной помощи в Регионе составляет 1250-7250 евро на одну смертельную травму (19), исходя из того, что в Регионе имеет место около 800 000 смертельных случаев. Средняя стоимость медико-санитарной помощи при несмертельных травмах составляет в Регионе 4800-12000 евро на одну травму, исходя из того, что в Регионе имеет место 16 миллионов несмертельных травм.

(ВВП) стран (19). Большая часть этих затрат связана с травмами и их следствием – потерей производительности. Исследование, проведенное в Англии и Уэльсе, показало, что общие издержки, вызываемые преступлениями, связанными с насилием, составляют 34 миллиарда евро; сюда относятся как прямые затраты, например, полиции, судебной системы и медико-санитарной службы, так и косвенные затраты, включая потерю производительности и физический и психический ущерб (20). Более того, в экономических оценках недооцениваются реальные расходы, которые несет общество, поскольку они не учитывают страдания, причиненные семьям жертв, и ущерб системам социальной поддержки, общинам, предприятиям и организациям и школам.

Возможность

Насколько огромны издержки вследствие травматизма, настолько же велики и потенциальные экономические выгоды от эффективных стратегий профилактики. Анализ затрат и выгод, связанных с некоторыми мерами безопасности показывает, что они дают значительную денежную выгоду, как видно из таблицы 1 (21–23). Поэтому вложение средств в первичную профилактику травматизма для общества весьма целесообразно.

Таблица 1. Экономия денежных средств от некоторых вмешательств по профилактике травматизма

Вложение 1 евро по каждому из пунктов:	Экономия (евро)
Всеобщее лицензирование оружия	79
Устройства дымовой сигнализации	69
Детские сиденья безопасности	32
Велосипедные шлемы	29
Посещения на дому и просвещение родителей в целях предотвращения жестокого обращения с детьми	19
Профилактические консультации педиатров	10
Службы борьбы с отравлениями	7
Повышение безопасности дорог	3

Возможность 4. Можно оптимизировать системы неотложной и травматологической помощи.

Сектор здравоохранения оказывает помощь жертвам как непреднамеренных, так и умышленных травм. Сюда входит первичная медико-санитарная помощь, неотложная помощь, оказываемая

сотрудниками бригады скорой помощи, экстренная помощь в отделениях и больницах скорой помощи и реабилитация и реинтеграция жертв. Фактические данные из некоторых стран с высоким уровнем дохода показывают, что усовершенствования в области травматологической помощи привели к снижению смертности примерно на 30% (24). Документальных данных об аналогичных усовершенствованиях во всех странах Региона мало, а ведь подход к организации травматологической помощи, в большей степени основанный на фактических данных, принес бы значительную пользу.

Недостаточное качество помощи, оказываемой жертвам травм, обусловлено целым рядом проблем. К ним относятся:

- недостаточное внимание к апробации вмешательств по оказанию травматологической помощи и к организации такой помощи;
- малый объем инвестиций в исследования в сравнении с масштабом проблемы; и
- недостаточные инвестиции ресурсов в развитие услуг и укрепление кадров.

Поэтому практика оказания и качество травматологической помощи различаются в разных странах Региона и внутри отдельных стран. Систематическая оценка и улучшение качества помощи, а также выделение большего объема ресурсов на ее развитие и расширение исследований могут спасти жизнь людям и предупредить инвалидность и другие долгосрочные отрицательные последствия для здоровья.

Возможность 5. Можно контролировать употребление алкоголя и бороться с его злоупотреблением.

Проблема

Употребление алкоголя и наркотиков являются ключевыми факторами риска всех неумышленных травм и насилия (4, 25); на счет употребления алкоголя относят 40–60% всех смертельных травм (26). Пьянством обусловлена значительная доля излишней смертности среди взрослых в СНГ и других восточных странах Региона (27, 28). Цифры по насилию в семье еще хуже: по имеющимся оценкам, в Российской Федерации злоупотребление алкоголем

является основной причиной в 85% случаев. Дети подвергаются опасности как от насилия, так и от небрежности со стороны родителей в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Опасное и вредное употребление алкоголя возросло по мере того, как были ослаблены меры нормативного регулирования его доступности. Особо серьезными проблемами в СНГ являются незаконное производство и контрабанда алкогольных напитков. Агрессивный маркетинг со стороны производителей алкоголя способствовал значительному росту потребления алкоголя молодыми людьми во всех странах. Дополнительное влияние на структуру потребления оказывают социально-экономические факторы.

Возможность

Вопросы вреда, связанного с алкоголем, затрагиваются в нескольких резолюциях Европейского регионального комитета ВОЗ и в Европейском плане действий ВОЗ по борьбе с алкоголем на 2000–2005 годы (26), где определены разнообразные меры борьбы, включая создание безалкогольной среды, закон об употреблении алкоголя при управлении автомобилем, механизмы контроля за рекламой, улучшение доступа к лечению, повышение безопасности продукции и улучшение подготовки специалистов по профилактике, выявлению и борьбе с алкоголем. Для мониторинга эффективности стратегий борьбы с алкоголем могут использоваться данные о связанных с алкоголем травмах, которые также служат доказательной базой для новых инициатив.

Например, в инициативе “Безопасный центр города” в г. Манчестер, Соединенное Королевство, используется комплексный подход, при котором совмещаются просвещение/обучение, законодательство, мониторинг и безопасность, широко рекламируемое вручение наград и социальный маркетинг в целях снижения связанного с алкоголем насилия и обеспечения более безопасных условий в ночное время. Оценка показала, что за три года осуществления этой инициативы количество серьезных нападений в городе снизилось на 12,6%.

Учитывая высокую долю смертельных случаев, относимых на счет вредного употребления алкоголя, меры по борьбе с употреблением алкоголя могут оказаться наиболее эффективным отдельно взятым фактором воздействия на показатели смертности и заболеваемости, обусловленных травмами. Воздействие на травматизм злоупотребления наркотиками нуждается в дальнейшем изучении.

Возможность 6. С насилием можно бороться в рамках общей стратегии борьбы с травматизмом.

Безопасность является предметом постоянно растущей озабоченности общества. Нахождение эффективных способов решения проблемы отсутствия в обществе ощущения безопасности и страха насилия занимает важное место среди вопросов, стоящих в политической повестке дня. Во *“Всемирном докладе о насилии и здоровье”* (4) показано, что насилие, как и другие травмы, может быть предсказуемо и с ним можно эффективно бороться как с предотвратимой проблемой общественного здравоохранения.

Борьба с насилием в рамках общей стратегии борьбы с травматизмом является полезным способом демонстрации масштаба обеих проблем и выработки общих решений. Насилие и другие травмы имеют общие экономические, социальные, политические и экологические корни и факторы риска, такие как алкоголь и наркотики, и оба этих явления оказывают непропорционально большое воздействие на уязвимые группы населения. Для сбора данных, необходимых для стационарного надзора и проведения обследований в общинах, может оказаться полезным комплексный подход.

Как непреднамеренные травмы, так и насилие требуют межотраслевого подхода к преодолению общих для них факторов риска, и при выработке стратегий профилактики, направленных на уязвимые группы населения, оба эти явления требуют учета этических вопросов, таких, как социальная справедливость и равенство. Более того, ответные действия службы здравоохранения в отношении жертв часто осуществляются одними и теми же учреждениями и специалистами, оказывающими неотложную помощь перед госпитализацией и травматологическую помощь, токсикологическую помощь (при отравлениях), психологическую поддержку и услуги по реабилитации. Учитывая частичное сходство между непреднамеренными травмами и насилием, организация неотложной помощи, а также развитие организационного и технического потенциала выиграли бы от применения комплексного подхода.

Демонстрируя эффективность вмешательств со стороны общественного здравоохранения, лидирующая роль сектора здравоохранения в решении проблемы насилия в этот критический момент должна помочь привлечь больше инвестиций в сферу здоровья и здравоохранения.

Возможность 7. Эффективные вмешательства могут воспроизводиться в других странах, и их масштабы могут быть расширены.

В Европейском регионе в самых разнообразных условиях были осуществлены и оценены многие эффективные стратегии профилактики и снижения травматизма, которые подробно обсуждаются в полной публикации (1). В таблице 2 приводятся и кратко описываются важнейшие вмешательства и указывается та потенциальная экономия, которая была бы достигнута, если бы все страны сравнялись по своим показателям смертности от травм со странами с наиболее низкими показателями. В Соединенном Королевстве самые низкие показатели по ДТТ, падениям, утоплениям, членовредительству, межличностному насилию и всем травмам, а в Нидерландах – по отравлениям и пожарам.

Таблица 2. Число жизней, которые могли бы быть спасены в Европейском регионе, если бы все показатели смертности от травм были бы такими же, как в стране с самыми низкими показателями, за 2000–2002 годы или три последних года

Вид травмы	Среднее число смертей в год ^a	Число (и процент) жизней, которые могли бы быть спасены, в год	Эффективные вмешательства
ДТТ	100 710	54 667 (54%)	<p>Обеспечение соблюдения скоростных режимов и обеспечение более безопасных условий для уязвимых участников дорожного движения.</p> <p>Строительство более безопасной дорожной инфраструктуры для уязвимых участников дорожного движения.</p> <p>Требование обязательного использования мотошлемов и ремней безопасности и детских кресел в машинах.</p> <p>Установление и обеспечение соблюдения разрешенного законом уровня алкоголя в крови.</p> <p>Планирование и проектирование дорог и городской среды с учетом интересов безопасности.</p> <p>Создание заметных, безопасных при авариях, “интеллектуальных” транспортных средств.</p> <p>Оказание действенной и полноценной помощи после аварий.</p>

Таблица 2. (продолжение)

Вид травмы	Среднее число смертей в год ^a	Число (и процент) жизней, которые могли бы быть спасены, в год	Эффективные вмешательства
Отравления	101 519	95 317 (94%)	<p>Принятие законодательства и налоговой политики, направленных на сокращение доступа к алкоголю и нелегализованного производства алкогольной продукции.</p> <p>Использование защищенной от детей упаковки и пропаганда безопасного хранения опасных веществ в домашних условиях.</p> <p>Ограничение доступности опасных веществ.</p> <p>Создание сети центров помощи при отравлениях.</p>
Падения	72 104	36 425 (51%)	<p>Проведение оценки риска и последующее усовершенствование домов и детских площадок.</p> <p>Обеспечение безопасности продуктов и конструкции в целях предотвращения падений.</p> <p>Внедрение нормативов техники безопасности.</p> <p>Обучение пожилых людей физической активности и поддержанию своего равновесия.</p>
Утопление	34 026	30 713 (90%)	<p>Ограждение водоемов в местах отдыха и других местах.</p> <p>Обучение плаванию.</p> <p>Организация спасательной службы и улучшение наблюдения за купающимися.</p> <p>Обеспечение доступности и применения спасательных средств.</p>
Пожары	21 742	18 853 (87%)	<p>Применение дымовой сигнализации.</p> <p>Применение более безопасных плит, кухонных принадлежностей и топлива для приготовления пищи.</p> <p>Обеспечение неотложной первой помощи при ожогах (с использованием холодной воды).</p>

Таблица 2. (продолжение)

Вид травмы	Среднее число смертей в год ^a	Число (и процент) жизней, которые могли бы быть спасены, в год	Эффективные вмешательства
Членовредительство	145 493	87 557 (60%)	Ограничение доступа к таким средствам, как огнестрельное оружие, угарный газ в газовой плите, пестициды и другие вредные вещества. Обеспечение раннего выявления и лечения групп риска. Снижение бедности и социальной изоляции Повышение социального единства общества.
Межличностное насилие	61 717	54 666 (89%)	Предупреждение плохого обращения с детьми посредством обучения родителей принципам воспитания детей и посещения семей на дому. Укрепление полицейской и судебной систем. Принятие законов о криминализации всех форм насилия. Пропаганда безопасного хранения и усиление контроля за ношением и применением огнестрельного оружия. Снижение доступности алкоголя. Обучение работников здравоохранения выявлению и ведению случаев насилия против женщин, детей и пожилых людей. Обучение детей и подростков основам жизнеобеспечения. Снижение высокой концентрации бедности и неравенства доходов. Изменение культурных норм таким образом, чтобы насилие было неприемлемым. Уменьшение изображения сцен насилия в СМИ.
Все травмы	746 512	508 313 (68%)	

^a Цифры случаев смерти были получены из системы статистической информации ВОЗ (29), и не охватывают Андорру, Боснию и Герцеговину, Кипр, Исландию, Мальту, Монако, Сан-Марино, Сербию и Черногорию, Таджикистан и Турцию.

Возможность 8. Сектор здравоохранения может взять на себя ведущую роль в агитационной работе и координации.

Вклад сектора здравоохранения может быть больше, чем только лечение и реабилитация. Его положение уникально в том смысле, что он может оказывать поддержку жертвам, намечать стратегии, основанные на фактах, и способствовать их реализации, возглавлять научные исследования и инновации, способствовать агитационной работе и тесно взаимодействовать с другими секторами. Благодаря активному участию во всех этапах подхода с позиции общественного здравоохранения этот сектор может принять на себя функции лидера в области надзора и изучения факторов риска и вмешательств, в работе с другими секторами по осуществлению эффективных мероприятий по профилактике и контролю, в оценке программ, пропаганде профилактики и разработке политики здравоохранения и социального обеспечения и добиться того, чтобы безопасность стала одним из приоритетов.

Прежде, чем осуществлять действия на национальном и местном уровне, следует разработать планы профилактики травматизма и установить партнерские отношения с заинтересованными сторонами из различных секторов и на различных уровнях общества, включая НПО и лидеров общин. Сектор здравоохранения имеет идеальную возможность выступать в качестве координатора. Такие планы позволят обеспечить согласованность и комплексный характер принимаемых мер и представительство всех важнейших секторов (5, 8, 30).

Основа для действий

Реализация программы действий в области профилактики травматизма требует долгосрочных политических обязательств. Для того, чтобы помочь лицам, вырабатывающим политику, в решении вопроса о принятии таких мер в сфере общественного здравоохранения, ВОЗ разработала следующую схему действий стран.

- Разработка национальных планов профилактики непреднамеренных травм и насилия.
- Формирование межведомственного комитета по профилактике травматизма для обеспечения надлежащей интеграции профилактики травматизма в стратегии различных ведомств.

- Улучшение эпиднадзора в стране в целях достижения лучшего понимания бремени и рисков травматизма.
- Укрепление организационно-кадрового потенциала страны по принятию ответных мер, направленных на снижение бремени травм за счет как первичной профилактики, так и первичной медико-санитарной помощи.
- Пропаганда практики на основе фактических данных путем содействия обмену знаниями и опытом в Регионе.
- Признание наличия пробелов в знаниях и выдвигание на первый план научных исследований и разработок как в области первичной профилактики, так и в области первичной медико-санитарной помощи, а также исследований, посвященных изучению затрат.

Заключение

Приходится с прискорбием констатировать, что бремя травматизма в Европейском регионе по-прежнему остается чрезвычайно тяжелым даже теперь, когда существуют основанные на фактических данных и экономически выгодные средства, позволяющие значительно сократить число случаев смерти и страданий. Люди во всем Регионе требуют принятия мер на уровне общества по снижению риска, который создают непреднамеренные травмы и насилие. Подход с позиции общественного здравоохранения демонстрирует, что травмы не являются случайностью.

У руководителей сектора здравоохранения, практических работников, занимающихся профилактикой травматизма и агитационно-пропагандистской работой в этой области, имеется уникальная возможность воспользоваться опытом всего Региона. Это может дать им возможность помогать людям на всех уровнях активно участвовать в выработке политики предупреждения травматизма, в ее пропаганде, принятии и проведении в жизнь. Во всех таких действиях признается приоритетность безопасности в политике здравоохранения и социальной защиты. Это позволит не только сберечь жизнь людей и уменьшить страдания, но и начать создавать противовес потере контроля, ощущению незащищенности и страху, которые слишком часто ведут к изоляции людей и общин, а также содействовать устойчивому развитию и долгосрочному процветанию общества в странах Европы.

Литература⁴

1. Sethi D et al. *Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (in press).
2. Peden M, McGee K, Krug E, eds. *Injury: a leading cause of the global burden of disease: 2000*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562323.pdf>).
3. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241591331.pdf>).
4. Krug E et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>).
5. GBD 2002 estimates [web site]. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,burden,burden_estimates,burden_estimates_2002N).
6. Mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (HFA-MDB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1).
7. Koupilova I et al. Injuries. In: Tamburlini G, von Ehrenstein O, Bertollini R, eds. *Children's health and environment: a review of evidence*. Copenhagen, European Environment Agency, 2002:130–140 (Environmental Issue Report No. 29; <http://www.euro.who.int/document/e75518.pdf>).
8. Roberts I, Power C. Does the decline in child injury mortality vary by social class? A comparison of class specific mortality in 1981 and 1991. *British Medical Journal*, 1996, 313(7060):784–786.
9. European Child Safety Alliance [web site]. Amsterdam, European Consumer Safety Association, 2005 ([http://www.childsafetyeurope.org/csi/ecsa.nsf/index/home/\\$file/index.htm](http://www.childsafetyeurope.org/csi/ecsa.nsf/index/home/$file/index.htm)).
10. EUNESE – European Network for Safety among Elderly [web site]. Brussels, European Communities, 2003 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2003/action3/action3_2003_13_en.htm).

⁴ Все литературные источники в электронном формате были взяты в Интернете 12 августа 2005 года.

11. European Network of Health Promoting Schools [web site]. Copenhagen, International Planning Committee (IPC) of the European Network of Health Promoting Schools, 2004 (<http://www.euro.who.int/ENHPS>).
12. Healthy Cities and urban governance [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/healthy-cities>).
13. International Spinal Cord Society [web site]. Aylesbury, International Spinal Cord Society, 2005 (<http://www.iscos.org.uk>).
14. Safe Community Network [web site]. Stockholm, Karolinska Institute, 2005 (<http://www.safecommunity.net>).
15. French National Observatory of Road Safety. *France: recent developments in road safety*. Paris, Sécurité Routière, 2005 (<http://www.securiteroutiere.gouv.fr/IMG/pdf/FRD1.pdf>).
16. Welander G, Svanstrom L, Ekman R. *Safety promotion – An introduction*. Stockholm, Karolinska Institute, 2004.
17. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Social determinants of health. The solid facts, second edition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/eprise/main/who/InformationSources/Publications/Catalogue/20020808_2).
18. Polinder S et al. *A surveillance based assessment of medical costs of injury in Europe: phase 2*. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 2004.
19. Racioppi F et al. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>, accessed 27 April 2005).
20. Brand S, Price R. *The economic and social costs of crime*. London, Home Office, 2000 (Home Office Research Study 217; <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors217.pdf>).
21. *Working to prevent and control injury in the United States – Fact book for the year 2000*. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, 2000.
22. Caldwell RA. *The costs of child abuse vs. child abuse prevention: Michigan's experience*. East Lansing, MI, Michigan Children's Trust Fund, 1992.

23. Chapedelaine A, Maurice P. Firearms injury prevention and gun control in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 1996, 155:1285–1289.
24. Lecky F, Woodford M, Yates DW. Trends in trauma care in England and Wales 1989–97. UK Trauma Audit and Research Network. *Lancet*, 2000, 355:1771–1775.
25. Watt K et al. Risk of injury from acute consumption and the influence of confounders. *Addiction*, 2004, 99:1262–1273.
26. *European Alcohol Action Plan 2000–2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (<http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>).
27. Walberg P et al. Economic change, crime, and mortality in Russia: regional analysis. *British Medical Journal*, 1998, 317(7154):312–318.
28. Bobak M, Marmot M. Alcohol and mortality in Russia: is it different than elsewhere? *Annals of Epidemiology*, 1999, 9:335–338.
29. WHO Statistical Information System (WHOSIS) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>).
30. Peden M et al., eds. *World report on road traffic injury prevention*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562609.pdf>).

Приложение. Авторы-составители, авторы отдельных разделов и рецензенты

Авторы-составители

Dinesh Sethi

Профилактика насилия и травм, Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и здоровью, Рим, Европейское региональное бюро ВОЗ

Francesca Racioppi

Профилактика насилия и травм, Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и здоровью, Рим, Европейское региональное бюро ВОЗ

Inge Baumgarten

Профилактика насилия и травм, Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и здоровью, Рим, Европейское региональное бюро ВОЗ

Patrizia Vida

Профилактика насилия и травм, Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и здоровью, Рим, Европейское региональное бюро ВОЗ

Авторы отдельных разделов и рецензенты

Franklin Apfel

World Health Communication Associates, Сомерсет, Соединенное Королевство

Mark Bellis

Ливерпульский университет Джона Мурса, Ливерпуль, Соединенное Королевство

Roberto Bertollini

Директор, Специальная программа по здоровью и окружающей среде, Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и здоровью, Рим, Европейское региональное бюро ВОЗ

Xavier Bonnefoy

Шум и жилье, Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и здоровью, Бонн, Европейское региональное бюро ВОЗ

Mariana Brussoni

Университет Западной Англии, Бристоль, Соединенное Королевство

Alex Butchart

Отдел профилактики травматизма и насилия, Всемирная организация здравоохранения

Dania Ermentrout

Отдел профилактики травматизма и насилия, Всемирная организация здравоохранения

Rupert Kisser

Институт “Sicher Leben”, Вена, Австрия

Etienne Krug

Отдел профилактики травматизма и насилия, Всемирная организация здравоохранения

Ulrich Laukamm-Josten

Инфекции, передаваемые половым путем/ВИЧ/СПИД, Европейское региональное бюро ВОЗ

Suvi Anneli Lehtinen

Гигиена труда, Европейское региональное бюро ВОЗ

Yvonne Lievens

Институт безопасности потребителей, Амстердам, Нидерланды

Bettina Menne

Глобальные изменения и здоровье, Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и здоровью, Рим, Европейское региональное бюро ВОЗ

Francesco Mitis

Воздействие стратегий в области окружающей среды и развития на здоровье, Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и здоровью, Рим, Европейское региональное бюро ВОЗ

Matthijs Muijen

Психическое здоровье, Европейское региональное бюро ВОЗ

David Ormandy

Уорвикский университет, Уорвик, Соединенное Королевство

Margie Peden

Отдел профилактики травматизма и насилия, Всемирная организация здравоохранения

Alison Phinney

Отдел профилактики травматизма и насилия, Всемирная организация здравоохранения

Remigijus Prochorskas

Интегрированная база данных, Европейское региональное бюро ВОЗ

Yousif Rahim

Европейская сеть безопасных общин, Осло, Норвегия

Dag Rekve

Алкоголь и наркотики, Европейское региональное бюро ВОЗ

Natalie Röbbel

Шум и жилье, Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и здоровью, Бонн, Европейское региональное бюро ВОЗ

Wim Rogmans

Институт безопасности потребителей, Амстердам, Нидерланды

Risto Saari

Министерство транспорта и связи, Хельсинки, Финляндия

Ian Scott

Отдел профилактики травматизма и насилия, Всемирная
организация здравоохранения

Mathilde Sector

Институт “Sicher Leben”, Вена, Австрия

Joaquim Soares

Karolinska Institute, Стокгольм, Швеция

Leif Svanstrom

Karolinska Institute, Стокгольм, Швеция

Elizabeth Towner

Университет Западной Англии, Бристоль, Соединенное Королевство

Joanne Vincenten

Европейский союз безопасности детей, Амстердам, Нидерланды