



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Травматизм: призыв к действиям в области общественного здравоохранения в странах Европы



Обновленная информация,
представленная на основе
разработанных ВОЗ
глобальных оценочных
показателей здоровья за 2015 г.



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Травматизм: призыв к действиям в области общественного здравоохранения в странах Европы

Обновленная информация,
представленная на основе разработанных ВОЗ
глобальных оценочных показателей здоровья
за 2015 г.

Авторы: Emogene Aldridge,
Dinesh Sethi и Yongjie Yon

Перевод с английского: Injuries: a call for public health action in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017

Министерство здравоохранения Российской Федерации оплатило перевод и печать этой публикации на русском языке. Отпечатано в Российской Федерации.

РЕЗЮМЕ

Разработанные ВОЗ глобальные оценочные показатели здоровья свидетельствуют о том, что в 2015 г. в Европейском регионе ВОЗ (далее – Регион) травматизм и насилие стали причиной смерти 530 000 человек. По сравнению с 2000 г. наблюдается снижение смертности от этих причин на 29%. Травматизм составляет 5,7% от всех причин смерти, 9,4% от общего числа потерянных лет здоровой жизни и является самой распространенной причиной смерти среди людей в возрасте 5–49 лет. Тремя ведущими причинами смерти в результате травм являются насилие, направленное на себя (128 000), падения (94 000) и дорожно-транспортный травматизм (80 000). В Регионе наблюдается неравенство по показателям смертности в результате травм; показатель смертности среди мужчин в 2,5 раза выше по сравнению с показателем смертности среди женщин и в 1,7 раза выше в странах со средним уровнем дохода по сравнению со странами с высоким уровнем дохода. При анализе смертности во всех возрастных группах за период с 2000 г. наблюдается тенденция в сторону сокращения разрыва между странами со средним уровнем дохода и странами с высоким уровнем дохода. Тем не менее в возрастной группе до 15 лет различия в уровне смертности увеличились. Необходимо предпринять действия в области общественного здравоохранения для сокращения неравенства по показателям травматизма в Регионе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

VIOLENCE

WOUND AND INJURIES – PREVENTION AND CONTROL

PUBLIC POLICY

EUROPE

ISBN 978-9-2890-5309-9

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

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2018

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикации 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 полное согласие пока не достигнуто.

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 приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Основные тезисы

- + В 2015 г. непреднамеренные и умышленные травмы были причиной 530 000 смертей в Европейском регионе ВОЗ
- + Травмы обуславливают 5,7% всех случаев смерти и 9,4% от общего числа потерянных лет здоровой жизни.
- + Травмы являются причиной половины всех смертей среди молодых людей в возрасте 15–29 лет, а также трети смертей детей в возрасте 5–14 лет и четверти смертей взрослых в возрасте 30–49 лет.
- + В целом, с 2000 г. смертность в результате травм снизилась на 29%.
- + 57% травм являются результатом преднамеренных самоповреждений, падений и дорожно-транспортных происшествий.
- + Среди пожилых людей в возрасте 70 лет и старше увеличилась смертность в результате падений; 58% случаев падений со смертельным исходом зарегистрированы именно в этой возрастной группе.
- + 70% случаев смерти в результате травм приходятся на мужчин.
- + Смертность в результате травм в 2,5 раза выше среди мужчин, чем среди женщин.
- + Смертность в результате травм в странах со средним уровнем дохода в 1,7 раза выше, чем в странах с высоким уровнем дохода.
- + Смертность в результате травм в странах со средним уровнем дохода среди мужчин в 2,2 раза выше, чем в странах с высоким уровнем дохода; для женщин подобные различия отсутствуют.
- + В возрастной группе до 15 лет наблюдается увеличение неравенства по показателям смертности в результате травм между странами со средним и высоким уровнем дохода.
- + Необходимо осуществление действий в области общественного здравоохранения, направленных на эту предотвратимую причину смерти и нетрудоспособности.



Исходные данные

Травматизм и насилие являются ведущими причинами смерти и нетрудоспособности в Европейском регионе ВОЗ (1, 2). Они наносят значительный ущерб здоровью и социальным ресурсам и создают угрозу для экономического и социального развития в регионе (2–5). Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. активизировала внимание к угрозам здоровью и развитию, связанным с травматизмом. Цели устойчивого развития (ЦУР), являющиеся основой для регулирования межсекторальных профилактических действий, включают целый ряд целей и задач по предупреждению насилия и травматизма (6).

Самые актуальные глобальные, региональные и страновые оценочные показатели смертности от конкретных причин на 2000, 2005, 2010 и 2015 гг. (далее упоминаемые как глобальные оценочные показатели здоровья 2015 г.) позволяют провести всестороннюю оценку смертности и потери здоровья в результате заболеваний и травматизма (7). Оценочные показатели имеют важное значение для принятия решений в области общественного здравоохранения и позволяют оценить бремя травматизма и подчеркнуть необходимость профилактических действий (2–5).

Цель

Целью этого краткого аналитического обзора является информирование организаторов здравоохранения и практикующих врачей о значимости и бремени смертности в результате непреднамеренных и умышленных травм в Европейском регионе ВОЗ. Здесь представлены общие сведения о смертности и неравенстве для разных механизмов травматизма в зависимости от возраста, пола, географического региона и уровня дохода и подчеркивается текущая необходимость в программах профилактики.

Методы

Основным источником информации являются глобальные оценочные показатели здоровья в Регионе за 2015 г., которые охватывают 53 страны (1, 7).¹ Для Региона были получены данные об абсолютных показателях и коэффициентах смертности для различных механизмов травматизма. При сравнении стран со средним уровнем дохода (ССД)² и стран с высоким уровнем дохода (СВД)³ использовались данные глобальных оценочных показателей здоровья за 2015 г. по отдельным странам. Для определения бремени травматизма использовались годы жизни, скорректированные на инвалидность (DALY), или годы здоровой жизни, потерянные из-за преждевремен-

¹ Государства-члены Европейского региона ВОЗ: 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, Чехия, Швейцария, Швеция, Эстония.

² ССД с валовым национальным доходом 1 026–12 475 долларов США на 2016 г. (классификация Всемирного банка по методу Атласа): Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина и Черногория.

³ СВД с валовым национальным доходом более 12 476 долларов США на 2016 г.: Австрия, Андорра, Бельгия, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Сан-Марино, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Хорватия, Чехия, Швейцария, Швеция, и Эстония.

ной смерти или нетрудоспособности. Глобальные оценочные показатели здоровья за 2015 г. аналогичны данным, полученным в четырех временных точках – 2000, 2005, 2010 и 2015 гг. (1), но не сопоставимы с ранее опубликованными глобальными оценочными показателями здоровья (7–11).

Определение понятий «травмы» и «насилие»

Травмы могут быть непреднамеренными, например, полученными в результате дорожно-транспортного происшествия, отравления, падения, ожога или ошпаривания, утопления или неполного утопления, или умышленными. К умышленным травмам относятся насилие, направленное на себя (самоубийство или самоповреждение), межличностное насилие (насилие в отношении интимного партнера, насилие в молодой среде, жестокое обращение с детьми или жестокое обращение с пожилыми людьми), коллективное (военное) насилие или действия, предусмотренные законом. Категории травм, используемые в глобальных оценочных показателях здоровья за 2015 г., описаны в [таблице 1](#) (4).

Насилие определяется как умышленная угроза или использование физической силы против самого себя, другого лица или сообщества, приводящие к травмам, смерти, психологическому ущербу, нарушению развития или лишениям.

Основные причины травм в Европейском регионе ВОЗ в 2015 г.

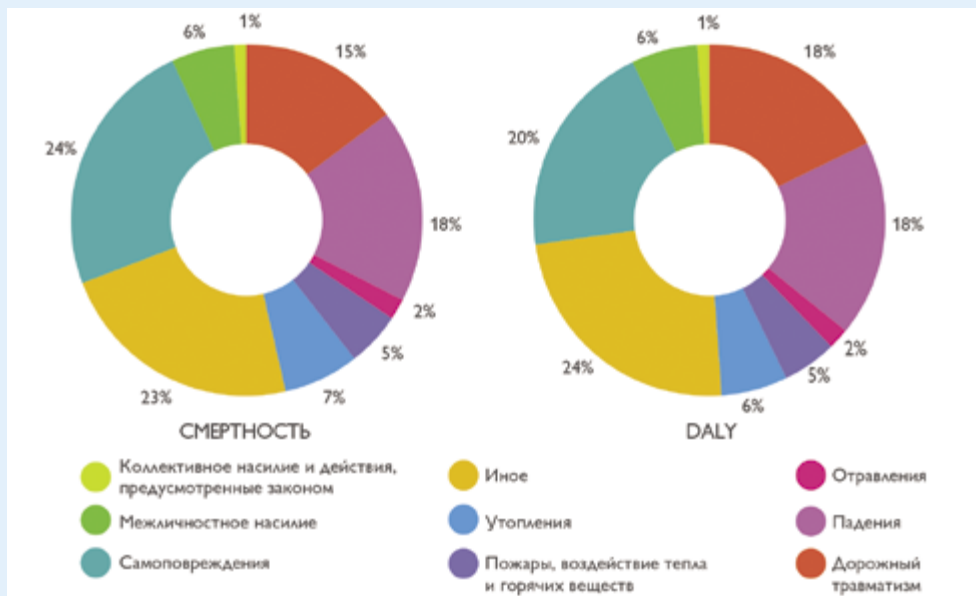
В 2015 г. травмы привели к смерти 530 000 человек, что составляет 5,7% от всех смертей, зарегистрированных в Регионе. Тремя наиболее частыми причинами смерти в результате травм являются насилие, направленное на себя (128 000), падения (94 000) и дорожно-транспортный травматизм (80 000); они обуславливают 57% от всех смертей в результате травм в Регионе ([рис. 1](#)). Другие непреднамеренные травмы, включая случайные угрозы дыханию (асфиксия, удушение и удушье), контакт с ядовитыми животными и растениями и осложнения в ходе проведения терапевтических и хирургических вмешательств, были причиной 23% смертей в результате травматизма в 2015 г.

Таблица 1. Основные причины травматизма

Непреднамеренные травмы	Умышленные травмы
Дорожный травматизм	Преднамеренное самоповреждение
Отравление	Межличностное насилие
Падение	Коллективное насилие и действия, предусмотренные законом
Пожар, воздействие тепла и горячих веществ	
Утопление	
Другие непреднамеренные травмы	

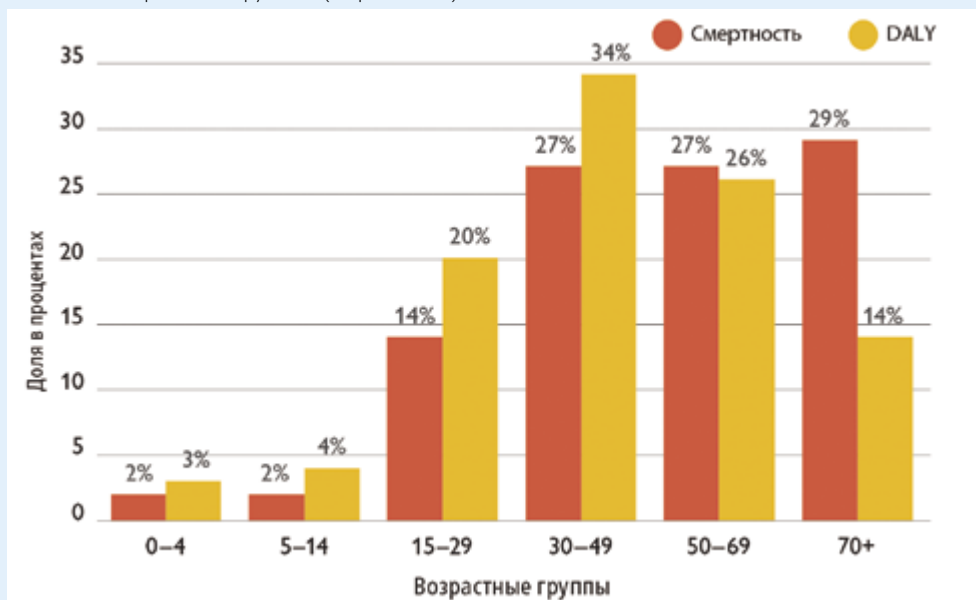


Рис. 1. Доля смертей и утраченных DALY в результате травматизма в Европейском регионе ВОЗ, 2015 г.



Источник: ВОЗ (1)

Рис. 2. Распределение смертности и утраченных DALY в результате всех видов травматизма по возрастным группам (в процентах)



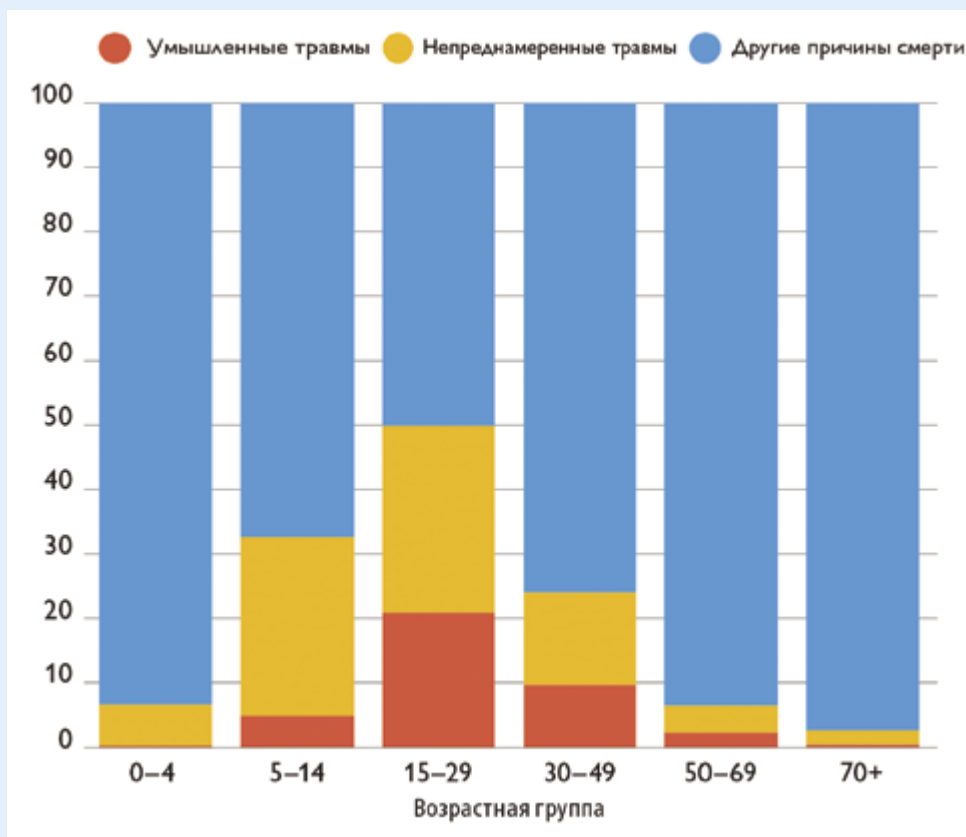
Источник: ВОЗ (1)

В 2015 г. бремя, связанное с травматизмом, обусловило утрату 28 млн. DALY, что составляет 9,4% от всех утраченных DALY. Пятьдесят шесть процентов DALY в результате травм утрачены по причине преднамеренных самоповреждений, дорожно-транспортного травматизма и падений (рис. 1). Среди людей более молодого возраста (15–49 лет) по сравнению с более старшими возрастными группами доля DALY, утраченных в результате травм, была больше, чем доля случаев смерти (рис. 2).

По сравнению со всеми другими причинами травмы являются самой распространенной причиной смерти среди молодых людей в возрасте 5–49 лет (рис. 3). Именно травматизм обуславливает половину всех смертей среди молодых людей в возрасте 15–29 лет, треть – среди детей 5–14 лет и четверть – среди взрослых в возрасте 30–49 лет.

Большинство травм, приводящих к смерти (73%), являются непреднамеренными;

Рис. 3. Доля смертей в результате непреднамеренных и умышленных травм, а также всех прочих заболеваний по возрастным группам в Европейском регионе ВОЗ, 2015 г.





умышленные травмы составляют 27%. Причиной 96% всех смертей в результате травм среди детей в возрасте от 0 до 4 лет являются непреднамеренные травмы; этот же показатель составляет 85% среди детей в возрасте 5–14 лет и 58% среди молодых людей в возрасте 15–29 лет. Самая большая доля смертей в результате умышленных травм (42%) зарегистрирована в возрастной группе 15–29 лет.

Сравнение между данными за 2000 и 2015 гг.

Число смертей в результате травматизма снизилось с 745 000 в 2000 г. до 530 000 в

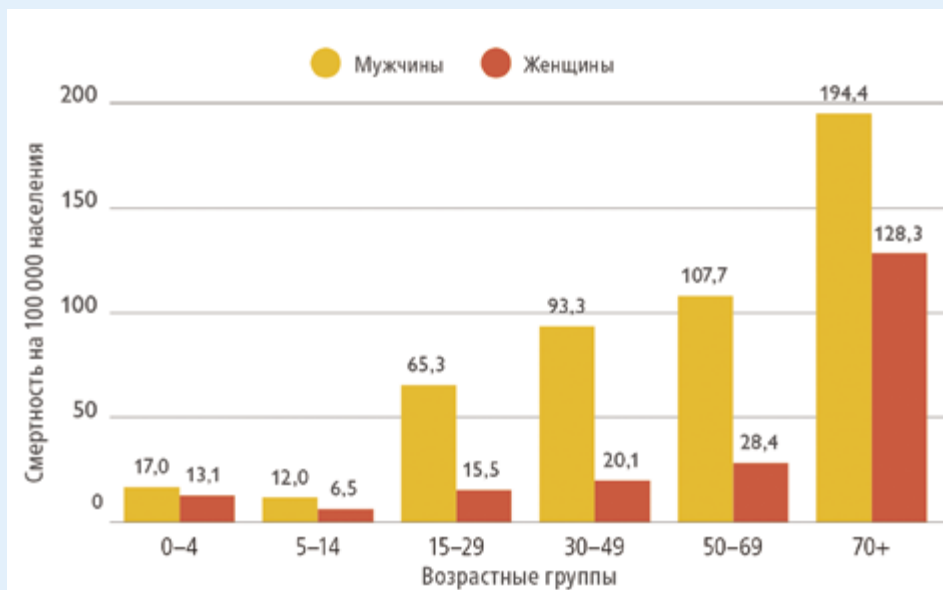
2015 г. – на 29% (таблица 2). За этот 15-летний период связанное с травматизмом бремя уменьшилось на 33%, с 42 миллионов DALY в 2000 г. до 28 миллионов DALY в 2015 г.

Смертность в результате травматизма в Европейском регионе в 2000 г. составила 7,9% от всех случаев смерти и снизилась до 5,7% в 2015 г. Наблюдалось относительно более выраженное снижение смертности в результате умышленных травм (36%) по сравнению с непреднамеренными (25%): наибольшее снижение по каждому из этих показателей было зарегистрировано для отравлений (58%) и межличностного

Таблица 2. Смертность в результате травматизма в Европейском регионе ВОЗ, 2000–2015 гг.

Причина смерти	2000 г. (число смертей)	2015 г. (число смертей)	Разница в % (2000–2015 гг.)
Травматизм	744 805	530 296	–28,8
Непреднамеренные травмы	492 792	367 754	–25,4
Дорожный травматизм	119 757	80 369	–32,9
Отравления	21 909	9 124	–58,4
Падения	103 555	94 347	–8,9
Пожары, воздействие тепла и горячих веществ	50 626	26 272	–48,1
Утопления	72 561	35 707	–50,8
Иное	124 385	121 933	–1,9
Умышленные травмы	252 013	162 543	–35,5
Самоповреждения	172 986	127 882	–26,1
Межличностное насилие	70 199	30 037	–57,2
Коллективное насилие и действия, предусмотренные законом	8 832	4 623	–47,7

Рис. 4. Показатели смертности от травматизма в разбивке по возрасту и полу, Европейский регион ВОЗ, 2015 г.



Источник: ВОЗ (1)

насилия (57%). Смертность из-за дорожно-транспортного травматизма снизилась более значительно (32,9%) по сравнению со смертностью в результате падений (8,9%), которая в 2015 г. являлась основной причиной смерти от травм после самоповреждений.

Неравенства по показателям смертности в результате травм в зависимости от возраста и пола

Зависимость смертности от возраста и пола можно описать при помощи J-образной кривой с самым низким показателем среди детей в возрасте от 5 до 14 лет, несколько более высоким среди детей до 5 лет и увеличением смертности с возрастом после 14 лет; самые высокие показатели смертности для обоих полов зарегистрированы среди

людей в возрасте 70 лет и старше (рис. 4). Несмотря на то, что среди мужчин наблюдалось несколько более выраженное уменьшение абсолютного числа смертей в период между 2000 и 2015 гг. (32%, с 550 000 до 374 000, в отличие от 26% - с 196 000 до 157 000 - среди женщин), 70% всех смертей в результате травматизма приходится на мужчин.

В разных возрастных группах наблюдается различная степень риска получения различных видов травм. В таблице 3 представлена смертность от наиболее распространенных причин для разных возрастных групп. Основные причины смерти представлены от самой распространенной (наибольшее число обусловленных ею смертей) до наименее распространенной, а механизмы



ТРАВМАТИЗМ: ПРИЗЫВ К ДЕЙСТВИЯМ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ

Таблица 3. Место в рейтинге распространенности для 15 ведущих причин смерти и число обусловленных ими случаев смерти для обоих полов в Европейском регионе ВОЗ, 2015 г.

Место	0–4 года	5–14 лет	15–29 лет	30–49 лет	50–69 лет	70+ лет
1	Осложнения, связанные с преждевременными родами (29 249)	Инфекции нижних дыхательных путей (2 860)	Самоповреждения (22 966)	Ишемическая болезнь сердца (74 973)	Ишемическая болезнь сердца (512 036)	Ишемическая болезнь сердца (1 836 502)
2	Врожденные пороки сердца (13 104)	Дорожный травматизм (2 284)	Дорожный травматизм (18 850)	Самоповреждения (42 388)	Инсульт (207 310)	Инсульт (897 854)
3	Инфекции нижних дыхательных путей (12 917)	Утопления (2 260)	Расстройства, вызванные употреблением наркотиков (7 930)	ВИЧ/СПИД (36 626)	Рак трахеи, бронхов и легкого (197 916)	Болезнь Альцгеймера и другие виды деменции (405 133)
4	Асфиксия при рождении и травма при рождении (12 835)	Другие непреднамеренные травмы (1 585)	Другие непреднамеренные травмы (7 100)	Инсульт (29 333)	Рак толстой и прямой кишки (82 611)	Хроническая обструктивная болезнь легких (264 044)
5	Другие врожденные аномалии (12 300)	Другие неврологические заболевания (1 473)	Инфекции нижних дыхательных путей (6 021)	Кардиомиопатия, миокардит, эндокардит (29 017)	Рак молочной железы (63 612)	Другие болезни системы кровообращения (261 074)
6	Другие неонатальные состояния (6 170)	Эпилепсия (1 379)	Утопления (5 973)	Дорожный травматизм (26 436)	Хроническая обструктивная болезнь легких (63 333)	Рак трахеи, бронхов и легкого (196 876)
7	Неонатальный сепсис и инфекции (5 981)	Лейкоз (1 342)	Межличностное насилие (5 810)	Инфекции нижних дыхательных путей (21 553)	Цирроз печени (57 811)	Инфекции нижних дыхательных путей (176 843)
8	Диарейные заболевания (4 403)	Врожденные пороки сердца (1 335)	Ишемическая болезнь сердца (4 934)	Расстройства, вызванные употреблением наркотиков (20 094)	Рак желудка (52 965)	Рак толстой и прямой кишки (168 125)
9	Синдром внезапной смерти младенцев (2 459)	Онкологические заболевания головного мозга и нервной системы (1 189)	ВИЧ/СПИД (4 659)	Другие непреднамеренные травмы (18 513)	Другие заболевания, сопровождающиеся нарушением циркуляции (52 555)	Сахарный диабет (129 292)
10	Другие непреднамеренные травмы (2 408)	Самоповреждения (965)	Кардиомиопатия, миокардит, эндокардит (4 448)	Цирроз печени (18 511)	Кардиомиопатия, миокардит, эндокардит (4 448)	Гипертензивная кардиомиопатия (118 063)
11	Другие болезни крови, эндокринной и иммунной системы (1 621)	Другие врожденные пороки (862)	Падения (3 821)	Расстройства, вызванные употреблением алкоголя (18 432)	Другие злокачественные новообразования (48 192)	Заболевания почек (108 499)
12	Другие инфекционные заболевания (1 430)	Другие болезни крови, эндокринной и иммунной системы (814)	Травмы в результате механического воздействия (3 195)	Рак трахеи, бронхов, легкого (17 339)	Рак поджелудочной железы (45 123)	Рак предстательной железы (96 837)
13	Утопления (1 420)	Другие злокачественные новообразования (787)	Инсульт (3 100)	Туберкулез (16 764)	Инфекции нижних дыхательных путей (42 262)	Кардиомиопатия, миокардит, эндокардит (85 272)
14	Дефекты нервной трубки (1 310)	Травмы в результате механического воздействия (783)	Туберкулез (3 015)	Рак молочной железы (63 612)	Сахарный диабет (39 786)	Рак молочной железы (63 612)
15	Другие хромосомные аномалии (1 174)	Другие инфекционные заболевания (694)	Другие злокачественные новообразования (2 683)	Межличностное насилие (13 212)	Самоповреждения (38 345)	Рак желудка (75 819)

травматизма выделены различными цветами. Дорожный травматизм – вторая по распространенности причина смерти среди молодых людей в возрасте 5–29 лет. Утопление является одной из ведущих причин смерти у лиц младше 30 лет, межличностное насилие занимает высокую позицию в возрастной группе 15–49 лет, а самоповреждение относится к числу 15 наиболее распространенных причин смерти среди людей в возрасте 5–69 лет.

Основные причины смерти среди детей в возрасте 5–14 лет включают дорожный травматизм, утопление, другие непреднамеренные травмы и самоповреждения. В возрастной группе 15–29 лет самоповреждения, дорожный травматизм, другие непреднамеренные травмы, утопления, межличностное насилие, падения и травмы в результате механического воздействия в 2015 г. вошли в число 15 наиболее распространенных причин смерти. Самоповреждения, дорожный травматизм, межличностное насилие и другие непреднамеренные травмы являются распространенными причинами смерти среди молодых взрослых в возрасте 30–49 лет.

Изменения в распространенности ведущих причин смерти среди людей в возрасте 5–49 лет с 2000 по 2015 гг.

В **таблице 4** показано изменение уровней распространенности 15 ведущих причин смерти в возрастных группах 5–49 лет в 2000 и 2015 гг. Травматизм остался одной из самых распространенных причин смерти. Распространенность падений, утоплений и межличностного насилия по сравнению с 2000 г. снизилась, но для

самоповреждений и дорожного травматизма таких изменений не наблюдалось. С 2000 г. в возрастной группе 30–49 лет наблюдалось сокращение распространенности дорожного травматизма и межличностного насилия, но не самоповреждений.

Более высокая смертность в результате травм среди мужчин по сравнению с женщинами

Мужчины в 2,5 раза чаще, чем женщины, погибают в результате травм (**рис. 5**). Самые значительные различия в показателях смертности для мужчин и женщин (М:Ж) наблюдаются для утоплений и самоповреждений, составляя 5,1 и 3,7 соответственно. Самые низкие – для падений (1, 6) и отравлений (1, 9).

Наблюдаемый рост уровней смертности в результате падений среди пожилых людей

Сочетание низких показателей рождаемости и высокой продолжительности жизни в Регионе привело к старению населения, что значительно изменило демографическую пирамиду (12). Ожидается, что эта тенденция сохранится, и число людей трудоспособного возраста будет неуклонно уменьшаться, а доля пожилых людей увеличиваться. Согласно оценкам, число людей в возрасте 85 лет и старше в Европейском союзе (ЕС) увеличится с 14 миллионов до 19 миллионов к 2020 г. и до 40 миллионов – к 2050 г. (12).

Возраст является ключевым определяющим фактором того, являются падения фатальными или нет; самая высокая смертность в результате падений наблюдается



Таблица 4. Изменения в ведущих причинах смерти среди людей в возрасте 5–49 лет в Европейском регионе ВОЗ, 2000–2015 гг.

	5–14 лет		15–29 лет		30–49 лет	
	2000 г.	2015 г.	2000 г.	2015 г.	2000 г.	2015 г.
1	Утопления	Инфекции нижних дыхательных путей	Самоповреждения	Самоповреждения	Ишемическая болезнь сердца	Ишемическая болезнь сердца
2	Дорожный травматизм	Дорожный травматизм	Дорожный травматизм	Дорожный травматизм	Самоповреждения	Самоповреждения
3	Инфекции нижних дыхательных путей	Утопления	Утопления	Расстройства, вызванные употреблением наркотиков	Инсульт	ВИЧ/СПИД
4	Другие непреднамеренные травмы	Другие непреднамеренные травмы	Межличностное насилие	Другие непреднамеренные травмы	Дорожный травматизм	Инсульт
5	Лейкоз	Другие неврологические заболевания	Другие непреднамеренные травмы	Инфекции нижних дыхательных путей	Расстройства, вызванные употреблением алкоголя	Кардиомиопатия, миокардит, эндокардит
6	Врожденные пороки сердца	Эпилепсия	Расстройства, вызванные употреблением наркотиков	Утопления	Туберкулез	Дорожный травматизм
7	Эпилепсия	Лейкоз	Ишемическая болезнь сердца	Межличностное насилие	Межличностное насилие	Инфекции нижних дыхательных путей
8	Другие неврологические заболевания	Врожденные пороки сердца	Падения	Ишемическая болезнь сердца	Кардиомиопатия, миокардит, эндокардит	Расстройства, вызванные употреблением наркотиков
9	Самоповреждения	Онкологические заболевания головного мозга и нервной системы	Туберкулез	ВИЧ/СПИД	Утопления	Другие непреднамеренные травмы
10	Менингит	Самоповреждения	Травмы в результате механического воздействия	Кардиомиопатия, миокардит, эндокардит	Рак трахеи, бронхов, легкого	Цирроз печени
11	Травмы в результате механического воздействия	Другие врожденные пороки	Инфекции нижних дыхательных путей	Падения	Цирроз печени	Расстройства, вызванные употреблением алкоголя
12	Падения	Другие болезни крови, эндокринной и иммунной системы	Кардиомиопатия, миокардит, эндокардит	Травмы в результате механического воздействия	Инфекции нижних дыхательных путей	Рак трахеи, бронхов, легкого
13	Онкологические заболевания головного мозга и нервной системы	Другие злокачественные новообразования	Пожар, воздействие тепла и горячих веществ	Инсульт	Другие непреднамеренные травмы	Туберкулез
14	Пожар, воздействие тепла и горячих веществ	Травмы в результате механического воздействия	Расстройства, вызванные употреблением алкоголя	Туберкулез	Падения	Рак молочной железы
15	Инсульт	Другие инфекционные заболевания	Инсульт	Другие злокачественные новообразования	Рак молочной железы	Межличностное насилие

Рис. 5. Соотношение уровней смертности в результате травм у мужчин и женщин (М:Ж) в Европейском регионе ВОЗ, 2015 г.



Источник: ВОЗ (1)

среди пожилых людей (13). Несмотря на снижение общей смертности в результате падений среди людей всех возрастов в Регионе в период с 2000 по 2015 гг., частота фатальных падений у лиц в возрасте 70 лет и старше увеличилась на 19%. Пятьдесят восемь процентов всех смертей в результате падений были зарегистрированы среди людей в возрасте 70 лет и старше, смертность была выше среди мужчин.

Неравенство по показателям смертности в результате травм в зависимости от географического местоположения в Регионе

Европейский регион ВОЗ охватывает 53 страны. Уровень дохода в них варьирует от высокого до ниже среднего, и наблюдается огромный разброс в социальных, эко-

номических, коммерческих, физических, климатических, экологических, географических и политических детерминантах. Это приводит к неравенствам по показателям травматизма между странами и внутри стран (14, 15).

В последние десятилетия во всем Регионе наблюдалось общее снижение смертности и бремени травматизма, а также уменьшение неравенств между различными частями Региона (рис. 6). Стандартизованный коэффициент смертности (СКС) в Регионе в 1990 г. составил 74,7 на 100 000 населения, а к 2013 г. он снизился до 52,7 (16). Пики смертности в результате травматизма наблюдались в 1994 и 2002 гг., в периоды политических, экономических и социальных реформ в странах Содружества Независимых Государств



(СНГ). Показатели смертности в результате травм в странах СНГ стабильно снижались с 2004 г., однако они все еще остаются значительно более высокими, несмотря на то, что разрыв между странами СНГ и другими частями Региона несколько сократился. Страны ЕС находятся в более благоприятном положении, в них наблюдается общее устойчивое снижение СКС в результате травматизма с 58,6 на 100 000 населения в 1990 г. до 33,1 в 2014 г. (16). В Регионе в целом сохраняются значительные различия: в 2014 г. смертность в результате травматизма в СНГ (96 на 100 000 населения) была в три раза выше, чем в ЕС (рис. 6).

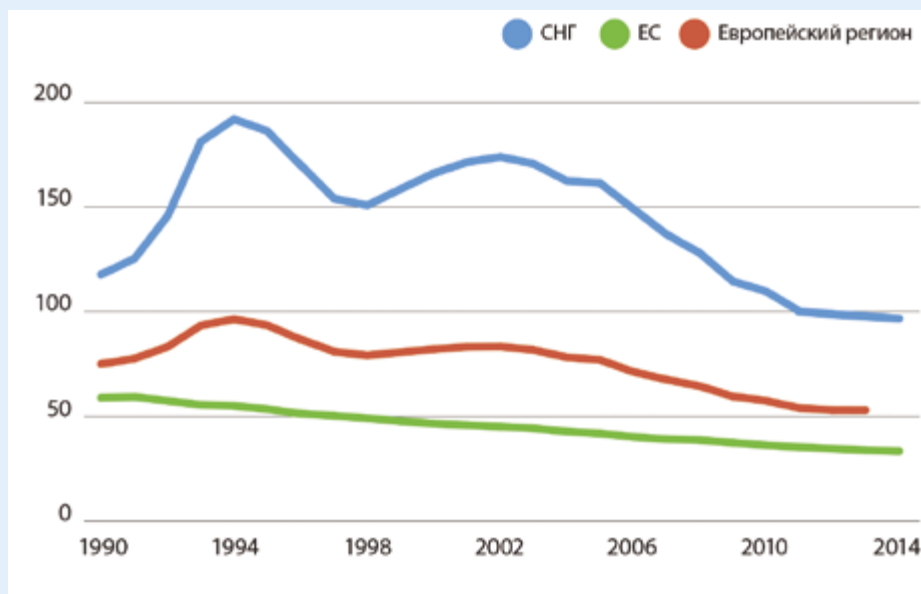
Карта обозначенными на ней СКС в результате травматизма (рис. 7) иллюстрирует неравенства, наблюдаемые в Регионе.

Смертность в результате травматизма намного выше в восточной части, где в большинстве стран она находится в верхнем квинтиле максимальных СКС. Между странами с самым высоким и самым низким уровнем смертности наблюдается шестикратное различие.

Неравенства по показателям смертности в результате травм в зависимости от уровня дохода в странах Региона

В 2015 г. 51% населения Европейского региона ВОЗ проживал в странах, классифицированных как ССД, что сравнимо с 53% по данным на 2000 г. Смертность, связанная с травматизмом, сократилась в ССД с 498 000 в 2000 г. до 310 000 в 2015 г., снижение составило 38%. В то же время в СВД общее число смертей в результате травм

Рис. 6. Соотношение уровней смертности в результате травм у мужчин и женщин (М:Ж) в Европейском регионе ВОЗ, 2015 г.



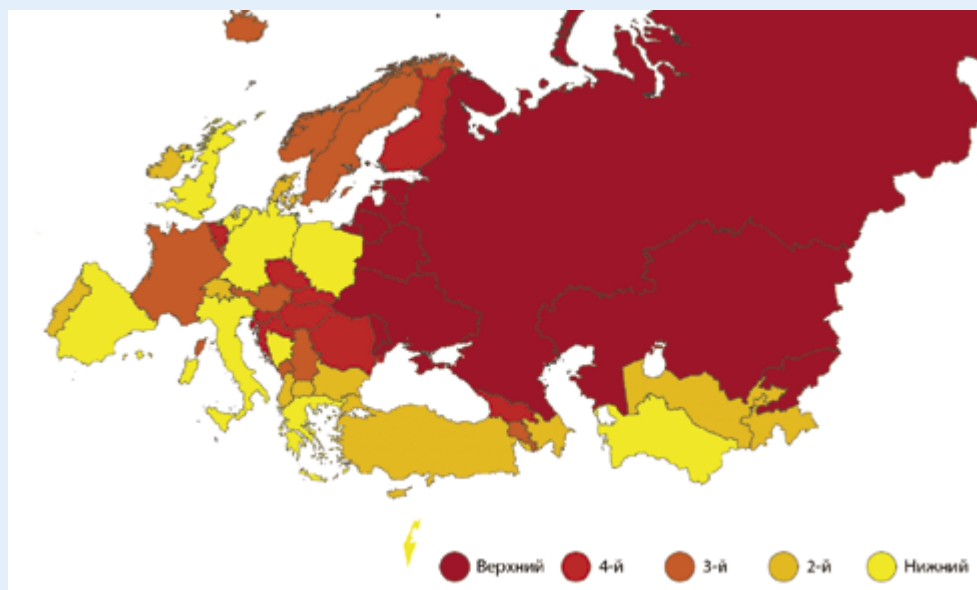
уменьшилось всего на 11% – с 246 000 до 220 000. Следовательно, в ССД наблюдалось пропорционально большее снижение смертности, что указывает на некоторое сокращение разрыва между группами стран с разным уровнем дохода.

В ССД смертность от всех видов травматизма в 1,7 раза выше, чем в СВД. Наибольший разрыв между группами стран с разным уровнем доходов зарегистрирован для смертности в результате пожаров, воздействия тепла и горячих веществ, которая была в 8,1 раза выше в ССД. Разрыв между коэффициентами смертности также является большим для утоплений (соотношение ССД:СВД – 6,8), межличностного насилия (5,7), отравлений (3,8) и дорожного травматизма (2,6) (таблица 5). При сравнении в разбивке по полу разрыв между коэф-

фициентами смертности ССД:СВД намного больше среди мужчин, чем среди женщин, что указывает на то, что значительная избыточная смертность наблюдается в ССД среди мужчин. В течение 15-летнего периода с 2000 по 2015 гг. разрыв в коэффициентах смертности в результате всех видов травматизма между ССД и СВД сокращался. Разрыв в коэффициентах смертности ССД:СВД соответственно уменьшился с 2,4 до 1,7, причем наибольшее снижение наблюдалось для смертности в результате отравлений, межличностного насилия и самоповреждений (рис. 8).

За период с 2000 по 2015 гг. соотношение между показателями смертности в ССД в СВД уменьшилось для всех конкретных причин травм за исключением дорожного травматизма, для которого соотношение

Рис. 7. СКС в результате всех видов травматизма на 100 000 населения в Европейском регионе ВОЗ (квинтили)*



* Данные за 2014 г. или ближайший к нему год. Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (16)



увеличилось с 1,3 до 2,6. Это, вероятно, отражает возросшую автомобилизацию в ССД и неадекватные политические ответные меры в рамках стратегий безопасности на дорогах, что приводит к более медленному снижению смертности в результате дорожно-транспортного травматизма по сравнению с СВД (2, 17, 18).

Неравенства по показателям смертности в результате травм среди детей в зависимости от уровня дохода в странах

Хотя разрыв в показателях смертности между ССД и СВД сокращается, прогресс

не является одинаковым для всех возрастных групп, а для детей в возрасте до 15 лет разрыв в показателях смертности между СВД и ССД увеличился.

Разрыв между ССД и СВД по показателям смертности в результате всех непреднамеренных травм увеличился, разница составила 6,8 раза в 2015 г. по сравнению с 4,9 в 2000 г. Различия в показателях смертности в результате дорожного травматизма и падений тоже увеличились (4,2 и 10,1 соответственно) в связи с более выраженным улучшением ситуации в СВД между 2000 и 2015 гг. (рис. 9). Об этом увеличении нера-

Рис. 8. Показатели смертности в разбивке по различным причинам травматизма в ССД по сравнению с СВД; Европейский регион ВОЗ, 2000 и 2015 гг.

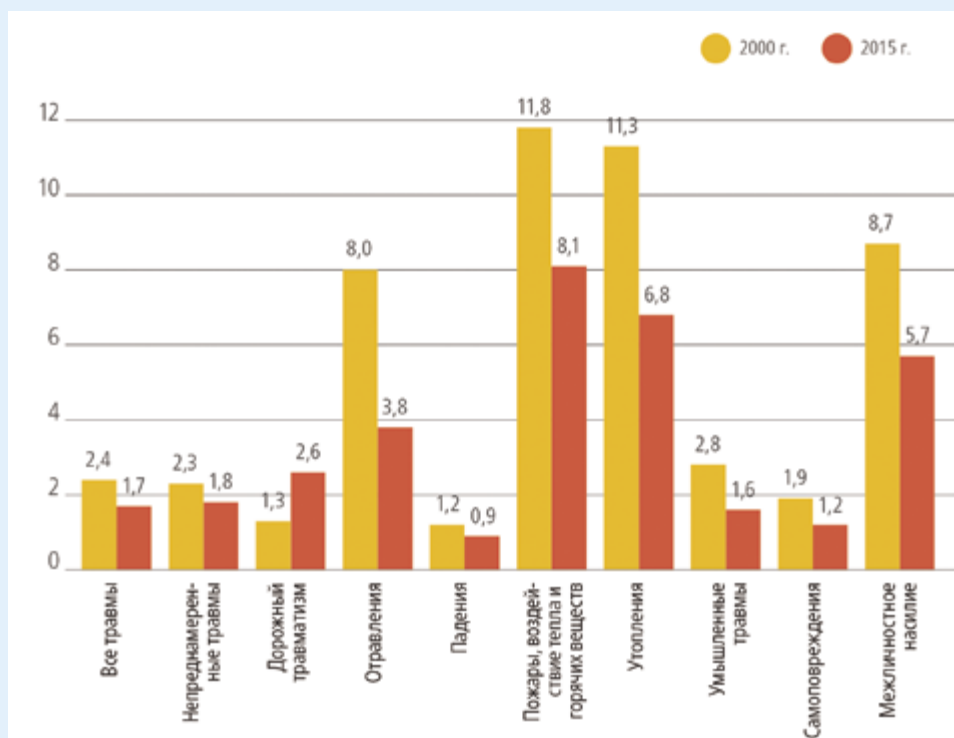


Таблица 5. КС на 100 000 населения и соотношение коэффициентов смертности от всех видов травматизма в зависимости от пола в ССД и СВД в Европейском регионе ВОЗ, 2015 г.

	Мужчины		Женщины		Соотношение коэффициентов смертности ССД:СВД		
	ССД	СВД	ССД	СВД	Мужчины	Женщины	Всего
Все причины	1 198,4	971,6	991,9	952,2	1,2	1,0	1,1
Травматизм	121,9	55,3	33,7	33,1	2,2	1,0	1,7
Непреднамеренные травмы	84,8	33,7	24,5	26,2	2,5	0,9	1,8
Дорожный травматизм	21,1	7,6	6,3	2,7	2,8	2,3	2,6
Отравления	2,5	0,4	0,9	0,5	6,3	1,9	3,8
Падения	15,1	10,9	4,9	10,7	1,4	0,5	0,9
Пожары, воздействие тепла и горячих веществ	8,3	0,9	3,1	0,5	9,6	6,1	8,1
Утопления	12,9	1,7	2,3	0,5	7,7	4,4	6,8
Другие непреднамеренные травмы	24,8	12,2	6,9	11,3	2,0	0,6	1,3
Умышленные травмы	37,1	21,6	9,1	6,9	1,7	1,3	1,6
Самоповреждения	25,6	20,1	5,9	6,3	1,3	0,9	1,2
Межличностное насилие	9,6	1,5	2,8	0,7	6,6	4,1	5,7

Источник: ВОЗ (1)

венств сообщалось в различных публикациях (2, 19).

Бремя для здоровья населения, связанное с травматизмом

Смертность в результате травм – только верхушка айсберга бремени травматизма. По оценкам, на каждую смерть приходится 23 госпитализации и 163 поступления в отделения неотложной помощи (20). Экстраполируя это на весь Регион, можно предположить, что в дополнение к 530 000 смертей в результате травм насчитывается около 12 миллионов госпитализаций и 86 миллионов поступлений в отделения неотложной помощи, связанных с травматизмом (рис. 10).

Политическая основа для действий

Значительные человеческие и социальные издержки, связанные с травматизмом, привели к усилению внимания к вопросам травматизма и насилия за последние 15 лет в различных стратегических документах. Поскольку травматизм и насилие представляют собой угрозу для устойчивого развития, они включены в качестве целей и задач в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (таблица 6). В отличие от Целей тысячелетия в области развития (ЦТР), которые не включают подобных задач (21), ЦУР обеспечивают структуру стратегического руководства для осу-

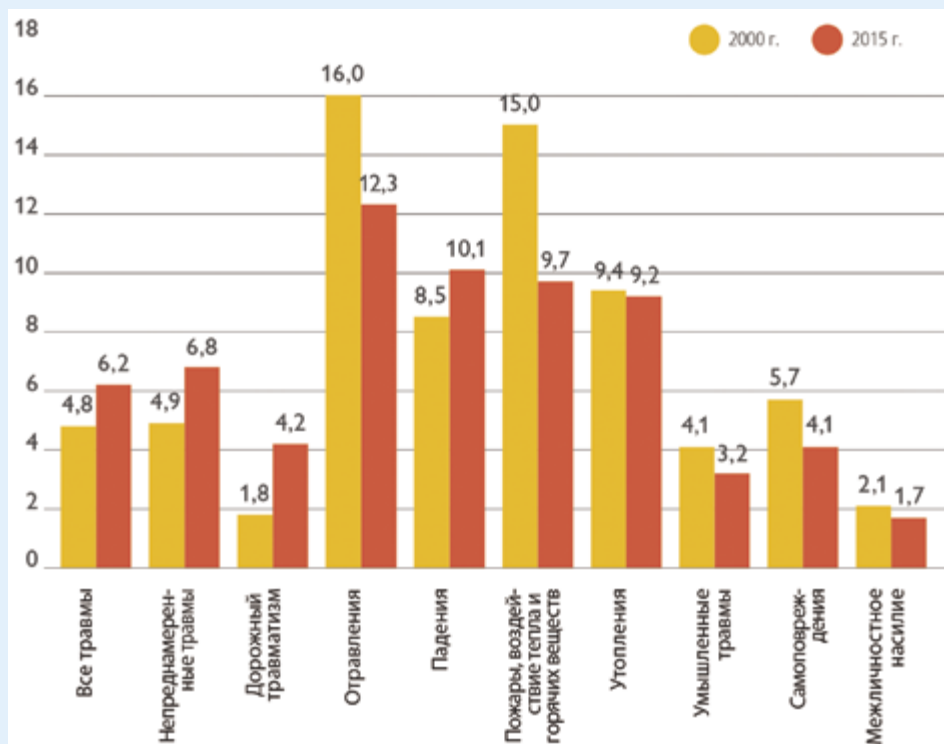


ществления межсекторальных действий и принципа участия всего общества для предупреждения травматизма (5).

В таких документах в области международной политики, как резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения и Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, подчеркивается важность мер реагирования в отношении насилия и травматизма как со стороны обществ в целом, так и со стороны систем здравоохранения, в частности. Среди таких документов: резолюция Всемирной ассамблеи

здравоохранения WHA67.15 об укреплении роли системы здравоохранения в преодолении глобальной проблемы насилия, в частности, в отношении женщин и девочек, а также детей (22); документ A69.9 о глобальном плане действий по борьбе с насилием (23); резолюции WHA69.7 по решению задач в рамках Десятилетия действий Организации Объединенных Наций по обеспечению безопасности дорожного движения (2011–2020 гг.) (24) и WHA64.27 по предупреждению детского травматизма (25). Также актуальны резолюции 70/260 Генеральной Ассамблеи Организации

Рис. 9. Коэффициенты смертности в ССД по сравнению с СВД среди детей в возрасте до 15 лет для всех механизмов травматизма, 2000 и 2015 гг.



Объединенных Наций о повышении безопасности дорожного движения во всем мире (26), 71/170 об активизации усилий в целях предотвращения и искоренения всех форм насилия в отношении женщин и девочек: бытовое насилие (27) и 71/195 о борьбе с нетерпимостью, формированием негативных стереотипных представлений, стигматизацией, дискриминацией, подстрекательством к насилию и насилием в отношении лиц на основе религии или убеждений (28).

Предупреждение травматизма также получило политический приоритет в Европейском регионе ВОЗ, что отражено в

резолюции EUR/RC55/R9 Европейского регионального комитета по предупреждению травматизма в Европейском регионе ВОЗ (29), рекомендации Европейского совета по предупреждению травматизма и повышению безопасности (30), Европейском плане действий по предупреждению жестокого обращения с детьми (31), резолюции EUR/RC64/R6 «Инвестируя в будущее детей: европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков на 2015–2020 гг.» (32), Стратегии в поддержку здоровья и благополучия женщин в Регионе (33), Стратегии и плане действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг. (34), Европейской политике

Рис. 10. Пирамида травматизма в Европейском регионе





ТРАВМАТИЗМ: ПРИЗЫВ К ДЕЙСТВИЯМ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ

Таблица 6. ЦУР, относящиеся к предупреждению травматизма или направленные на факторы риска травматизма и насилия

Механизм травматизма	Задачи, связанные с травматизмом	Цели и задачи, направленные на факторы риска
<p>Самоповреждения</p> <p>Дорожный травматизм</p> <p>Отравления</p> <p>Утопления</p> <p>Падения</p> <p>Пожары</p>	<p>3. Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию всех в любом возрасте</p> <p>3.4. К 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия</p> <p>3.6. К 2020 г. вдвое сократить во всем мире число смертей от травм в результате дорожно-транспортных происшествий</p> <p>3.9. К 2030 г. существенно сократить количество случаев смерти и заболевания в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения и отравления воздуха, воды и почв</p> <p>11. Обеспечение открытости, безопасности, жизнестойкости и устойчивости городов и населенных пунктов</p> <p>11.2. К 2030 г. обеспечить для всех возможность пользоваться безопасными, недорогими, доступными и экологически устойчивыми транспортными системами на основе повышения безопасности дорожного движения, в частности расширения использования общественного транспорта...</p>	<p>1. Повсеместная ликвидация нищеты во всех ее формах</p> <p>3.2. Снизить смертность среди детей в возрасте до 5 лет</p> <p>3.5. Уменьшить пагубное воздействие, связанное с алкоголем</p> <p>3.7. Обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья</p> <p>3.8. Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения</p> <p>4. Обеспечение всеохватного и справедливого качественного образования и поощрение возможности обучения на протяжении всей жизни для всех</p> <p>5. Содействие поступательному, всеохватному и устойчивому экономическому росту, полной и производительной занятости и достойной работе для всех</p> <p>8. Сокращение неравенства внутри стран и между ними</p> <p>10. Сокращение неравенства внутри стран и между ними</p> <p>11. Обеспечение открытости, безопасности, жизнестойкости и устойчивости городов и населенных пунктов</p> <p>11.1. Обеспечить всеобщий доступ к достаточному, безопасному и недорогому жилью и основным услугам и благоустроить трущобы</p> <p>11.7. Обеспечить доступ к безопасным, открытым для всех зеленым зонам и общественным местам</p>
Межличностное насилие	<p>5. Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек</p> <p>5.2. Ликвидировать все формы насилия в отношении всех женщин и девочек в публичной и частной сферах, включая торговлю людьми и сексуальную и иные формы эксплуатации</p> <p>5.3. Устранить все пагубные обычаи, такие как детские, ранние и принудительные браки и калечащие операции на женских половых органах</p>	<p>1. Ликвидация нищеты</p> <p>3. Возраст, здоровье и благополучие</p> <p>4. Качественное образование</p> <p>5. Политика гендерного равенства</p> <p>8. Достойная работа и экономический рост</p> <p>10. Сокращение неравенства</p>
Межличностное насилие	<p>16. Содействие построению миролюбивого и открытого общества в интересах устойчивого развития, обеспечение доступа к правосудию для всех и создание эффективных, подотчетных и основанных на широком участии учреждений на всех уровнях</p> <p>16.1. Значительно сократить распространенность всех форм насилия и уменьшить показатели смертности от этого явления во всем мире</p> <p>16.2. Искоренить насилие, эксплуатацию, торговлю детьми, а также все формы насилия и пыток в отношении детей</p>	<p>10. Сокращение неравенства</p> <p>11. Устойчивый город и населенные пункты</p> <p>16. Мир, правосудие и устойчивые институты</p>

в области здоровья и благополучия Здоровье-2020 (35) и Минской декларации «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020» (36).

Многие из этих инициатив находятся в соответствии с положениями европейской политики Здоровье-2020 (35), в которой основное внимание уделяется четырем приоритетным областям: инвестирование в здоровье на всех этапах жизни и расширение прав и возможностей граждан; решение наиболее актуальных проблем в области здравоохранения в Европе; укрепление ориентированных на нужды людей систем здравоохранения; повышение жизнестойкости местных сообществ и создание поддерживающей среды. Эти инициативы подчеркивают, что травматизм и насилие являются приоритетами для общественного здравоохранения, и обеспечивают стратегическую платформу, на основе которой можно осуществлять более систематический и скоординированный подход к предупреждению травматизма на национальном и местном уровнях.

Вмешательства с целью предупреждения насилия и травматизма

Предупреждение травматизма может быть успешным только в том случае, если вмешательства будут эффективно осуществляться на основе фактических данных, систематических и организованных подходов. В различных европейских и глобальных докладах по предупреждению травматизма и насилия (4, 17, 18, 37–44) систематически представляются соответствующие фактические данные.

Благодаря постоянным инвестициям в безопасность окружающей среды (например, в проектирование дорог и жилья) и различной продукции (например, зажигалки и упаковка для лекарств с защитой от детей), а также применению законодательства и регулирования, обеспечению соблюдения законодательства, просвещению с целью изменения поведения и развития навыков многие страны Региона продолжают сокращать смертность в результате травматизма.

Эффективные стратегии предупреждения умышленных травм, особенно полученных в результате межличностного насилия, подразумевают обеспечение безопасных, стабильных и наполненных заботой взаимоотношений между детьми и их родителями, развитие жизненных навыков у детей и подростков, снижение доступности алкоголя и сокращение его вредного употребления, ограничение доступа к огнестрельному оружию, ножам и пестицидам, пропаганду гендерного равенства для предотвращения насилия в отношении женщин, изменение культурных и социальных норм, поддерживающих насилие, и осуществление программ по выявлению жертв насилия и оказанию им помощи и поддержки (40, 41). Многие из этих инициатив доказали свою экономическую эффективность по сравнению с стоимостью бездействия (таблица 7).

Разработка ЦУР и последующее региональное соглашение о принятии 17 целей и 168 задач обеспечили полезную политическую основу, которую страны могут использовать для предупреждения травматизма и насилия. ЦУР подчеркивают,



Таблица 7. Экономия финансовых средств при осуществлении выбранных вмешательств с целью предупреждения травматизма

Инвестиции 1 евро в различные вмешательства:	Сумма экономленных средств (в евро)
Дымовая пожарная сигнализация	69
Проведение внеплановых проверок водителей на наличие паров алкоголя в выдыхаемом ими воздухе	36
Детские автомобильные кресла	32
Велосипедные шлемы	29
Домашние визиты и просвещение родителей с целью предупреждения насилия над детьми	19
Повышение заметности пешеходных переходов	14
Дорожное освещение	11
Максимально допустимый уровень содержания алкоголя в крови водителей-новичков менее 0,02 г/дл	11
Профилактическое консультирование врачами-педиатрами	10
Лишение прав за вождение в нетрезвом виде	9
Камеры фиксации нарушений скоростного режима	9
Токсикологические службы	7
Использование фар ближнего света в дневное время	4
Повышение дорожной безопасности	3

Источник: Sethi et al. (3); Sethi et al. (4); Peden et al. (42); Sethi (43); Sethi et al. (44).

что для успешной профилактики важно межсекторальное сотрудничество, направленное на изменение социальных, экономических, экологических и политических детерминант и факторов риска травматизма. Исключительно важно, чтобы страны, разрабатывающие стратегии

предупреждения травматизма, делали это при участии всего общества (5, 29). В прошлом стратегии, основанные на фактических данных, внедрялись в Регионе неравномерно. Это подтверждают приведенные в настоящем аналитическом обзоре сведения о неравенстве по пока-

зателям смертности и бремени травматизма. ЦУР могут стать для практикующих врачей и организаторов здравоохранения новым стимулом к предупреждению травматизма путем разработки политики и программ.

Данные, представленные в этом кратком аналитическом обзоре, демонстрируют, что, хотя и достигнут определенный прогресс, в Регионе по-прежнему сохраняется значительное бремя, связанное со смер-

ностью и нетрудоспособностью в результате травматизма, и указывают на увеличение разрыва в показателях между ССД и СВД для детей. Это указывает на необходимость осуществления более активных действий в области общественного здравоохранения. В настоящее время существует возможность обмена экспертными знаниями между государствами-членами в целях содействия внедрению программ профилактики, основанных на фактических данных.



Список литературы

1. Estimates for 2000–2015. Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. In: Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html).
2. Barone A, Mitis F, Sethi D. Injuries in Europe: a call for public health action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/130033>).
3. Sethi D, Mitis F, Racioppi F. Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/preventing-injuries-in-europe-from-international-collaboration-to-local-implementation>).
4. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/injuries-and-violence-in-europe.-why-they-matter-and-what-can-be-done>).
5. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Bertolinni R. Reducing inequalities from injuries in Europe. Lancet 2006;368:2243–50.
6. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015.70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York (NY): United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>).
7. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2015.pdf).
8. Disease and injury regional estimates, 2000–2012. In: Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2000_2012/en/).
9. Disease and injury regional estimates, 2000–2011. In: Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2000_2011/en/).
10. Disease and injury regional estimates, 2004–2008. In: Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2004_2008/en/).
11. Disease and injury estimates, 2000–2002. In: Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_2000_2002/en/).

12. The 2015 ageing report. Underlying assumptions and projection methodologies. Brussels: European Commission; 2014 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf).
13. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf).
14. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Updated reprint 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>).
15. McKee M, Zwi A, Koupilova I, Sethi D, Leon D. Health policy making in central and eastern Europe: lessons from inaction on injuries. *Health Policy Plan*. 2000;15:263–9.
16. Mortality indicator database: mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (HFA-MDB) [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://data.euro.who.int/hfamdb/>).
17. Jackisch J, Sethi D, Mitis F, Szymański T, Arra I. European facts and the Global status report on road safety 2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/2015/european-facts-and-the-global-status-report-on-road-safety-2015>).
18. European status report on road safety. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/43314/E92789.pdf).
19. Gopfert A, Sethi D, Rakovac I, Mitis F. Growing inequalities in child injury deaths in Europe. *Eur J Public Health* 2015;25:660–2.
20. Injuries in the European Union. Summary of injury statistics for the years 2012–2014. Amsterdam: European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EuroSafe); 2016.
21. Resolution adopted by the General Assembly. 55/2. United Nations Millennium Declaration. New York (NY): United Nations; 2000 (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>).
22. Resolution WHA67.15. Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 24 May 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R15-en.pdf?ua=1).
23. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en/>).



24. Resolution WHA69.7. Addressing the challenges of the United Nations Decade of Action for Road Safety (2011–2020): outcome of the second Global High-level Conference on Road Safety – Time for Results. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R7-en.pdf?ua=1&ua=1).
25. World Health Assembly resolution WHA64.27 on child injury prevention. Geneva: World Health Organization. 2011 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R27-en.pdf).
26. Resolution adopted by the General Assembly on 15 April 2016. 70/260. Improving global road safety. New York (NY): United Nations; 2016 (A/RES/70/260; http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/260&referer=/english/&Lang=E).
27. Resolution adopted by the General Assembly on 19 December 2016. 71/170. Intensification of efforts to prevent and eliminate all forms of violence against women and girls: domestic violence. New York (NY): United Nations; 2017 (A/RES/71/170; https://digitallibrary.un.org/record/858763/files/A_RES_71_170-EN.pdf).
28. Resolution adopted by the General Assembly on 19 December 2016. 71/195. Combating intolerance, negative stereotyping, stigmatization, discrimination, incitement to violence and violence against persons, based on religion or belief. New York (NY): United Nations; 2017 (A/RES/71/195; <http://www.refworld.org/pdfid/588f131d4.pdf>).
29. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R9 on prevention of injuries in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/88100/RC55_eres09.pdf).
30. European Council. Council recommendation of 31st May 2007 on the prevention of injury and promotion of safety. Official Journal of the European Union 2007;164:1–2.
31. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC64/13 on investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6413-investing-in-children-the-european-child-maltreatment-prevention-action-plan-20152020>).
32. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC64/R6 on investing in children: the European child and adolescent health strategy and the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/resolutions/eurrc64r6-investing-in-children-the-european-child-and-adolescent-health-strategy-and-the-european-child-maltreatment-prevention-action-plan-20152020>).

33. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC66/14 on a strategy on women's health and well-being in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/66th-session/documentation/working-documents/eurrc6614-strategy-on-womens-health-and-well-being-in-the-who-european-region>).
34. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC62/10 Rev. 1 on a strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/eurrc6210-rev.1-strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>).
35. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>).
36. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC66/R3 on the Minsk Declaration on the Life-course Approach in the Context of Health 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/319095/66rs03e_Rev1_MinskDeclaration_160761.pdf?ua=1).
37. World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2004 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/en/).
38. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/).
39. Global report of drowning: preventing a leading killer. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/global_report_drowning/en/).
40. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013>).
41. Violence prevention, the evidence. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/).
42. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Fazlur Rahman AKM et al. World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization and UNICEF; 2008 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/report/en/).
43. Sethi D. Policy briefing: the role of public health in injury prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98803/Policy_briefing_1.pdf).
44. Sethi D, Townner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European report on child injury prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/pre-2009/european-report-on-child-injury-prevention>).



ТРАВМАТИЗМ: ПРИЗЫВ К ДЕЙСТВИЯМ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ

Авторы выражают благодарность Mark Bellis (Общественное здравоохранение Уэльса, Соединенное Королевство), Ian Roberts (Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство, Англия) и Kobi Peleg (Институт эпидемиологии и исследований политики здравоохранения Гертнера, Израиль) за их полезные комментарии, которые способствовали улучшению качества настоящего документа. Авторы также хотели бы поблагодарить специалиста по статистике Doris Ma Fat и координатора Collin Mathers (Отдел анализа смертности и здоровья и стандартизации данных, ВОЗ) за их помощь в обеспечении доступности данных, технического специалиста Ivo Rakovac (Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ) за полезные комментарии, а также директора отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ Gauden Galea за поддержку и помощь.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

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
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония



Европейское региональное бюро
Всемирной организации здравоохранения
World Health Organization Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 33 70 00
Факс: +45 33 70 01
E-mail: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int