



ЕВРОПА

Европейский региональный комитет Пятьдесят пятая сессия

Бухарест, Румыния, 12–15 сентября 2005 г.

Пункт 6(d) предварительной повестки дня

EUR/RC55/10
+EUR/RC55/Conf.Doc./6
22 июня 2005 г.
53669

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

Проблема травматизма в Европейском регионе ВОЗ: масштабы, задачи и стратегические пути ее решения

В Европейском регионе ВОЗ травматизм – это третья ведущая причина смерти, следующая за сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. В 2002 г. от травм погибло около 800 000 человек (8,3% от всех смертей). Бремя травматизма в Регионе неравномерно распределяется как между странами, так и внутри них. Экономические и социально маргинализованные группы наиболее подвержены травматизму и связанным с ним последствиям. Неравенство в этом отношении также существует и между возрастными и половыми группами, при этом наиболее подверженными травматизму и связанным с ним последствиям являются дети и люди до 45 лет.

Травмы оказывают очень значительное влияние на здоровье людей, на службы здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь и поддержку пострадавшим от травматизма, а также на экономическое и социальное развитие Европы.

Травматизм может быть предотвращен, а безопасность людей может быть повышена. В частности, постоянно возрастает объем фактических данных об эффективных стратегиях, позволяющих предотвратить травмы, независимо от их причины. Эти стратегии можно использовать применительно к целым популяциям или группам риска, а также для уменьшения уровня непреднамеренных травм и насилия и связанных с ними последствий для здоровья.

Отрасль здравоохранения может сыграть ключевую роль в решении этой проблемы, не только оказывая медицинскую помощь и поддержку пострадавшим, но и придавая вопросам профилактики травматизма и насилия и соответствующей информационно-разъяснительной работе статус приоритетных направлений здравоохранительной работы, а также развивая партнерское сотрудничество с другими отраслями и со всеми уровнями правительства и общества с целью разработки планов профилактической деятельности. Имеется необходимость в изменении привычных установок, с тем чтобы придать вопросам безопасности первоочередное значение в рамках здравоохранительной и социальной политики.

Цели настоящего документа включают следующее: подчеркнуть масштабы проблемы травматизма и связанных с этим расходов в рамках Региона; дать описание основных проблем и задач, стоящих в этой области, и действий здравоохранения; а также предложить путь вперед с использованием мер общественного здравоохранения, направленных на снижение бремени, связанного с этой во многом предотвратимой проблемой.

Содержание

	<i>Стр.</i>
Введение.....	1
Цели настоящего документа	1
Методология и процесс, использованные при подготовке настоящего документа.....	2
Бремя и тенденции	2
Бремя	2
Расходы для служб здравоохранения.....	3
Общественные расходы.....	4
Тенденции	5
Профилактика травм и преодоление проблем: действия здравоохранения	5
Профилактика.....	5
Медицинская помощь.....	6
Проблемы и задачи	7
Координация профилактической деятельности и удовлетворение потребностей пострадавших от непреднамеренных травм и насилия	8
Существующие политические обязательства.....	9
Платформа для действий	9
Библиография	12

Введение

1. Травмы, независимо от их характера или причины, оказывают очень большое влияние на здоровье населения и на службы здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь и поддержку пострадавшим (1). Травматизм не только является ведущей причиной преждевременных смертей и инвалидизации в рамках Региона, но и приводит к высоким общественным расходам (2). Отрасль здравоохранения может сыграть ключевую роль в решении этой важной проблемы, не только оказывая медицинскую помощь и поддержку пострадавшим, но и придавая вопросам профилактики травматизма и соответствующей разъяснительной деятельности статус приоритетных направлений деятельности здравоохранения и развивая партнерское сотрудничество с другими отраслями и со всеми уровнями правительства и общества.

2. Травма – это физическое повреждение, имеющее место, когда человек внезапно подвергается такому воздействию энергии, которое превышает физиологическую сопротивляемость организма; или когда организм страдает от дефицита одного или нескольких жизненно важных элементов. Согласно традиции травмы классифицируют по такому фактору, как намеренность. Основными причинами непреднамеренных травм являются дорожно-транспортные происшествия, отравления, утопления, падения и ожоги. Причиной преднамеренных травм является насилие, хотя не любое насилие (например, угроза) приводит к травмам (1). Насилие определяется как преднамеренное применение физической силы или власти – или угроза их применения – в отношении самого себя, другого человека, группы или сообщества людей, что приводит к физической или психологической травме, смерти, отклонениям в развитии или депривации. Насилие можно подразделить на следующие категории: направленное на самого себя (самоубийства или самоповреждения), коллективное (войны или деятельность бандитских группировок) и межличностное (совершаемое детьми, партнерами, более взрослыми людьми, знакомыми, незнакомыми людьми) (3). Для целей настоящего документа термин “травмы” охватывает непреднамеренные травмы и насилие.

3. Согласно имеющимся оценкам, в 2002 г. травмы послужили причиной 5,1 млн. смертей, что равно 9% от общего их числа (1, 2, 3). В том же году в Европейском регионе число обусловленных травмами смертей составило 800 000, или 8,3% от всех смертей, имевших место в Регионе. Травмы чаще имеют место у молодежи, и они являются ведущей причиной преждевременной смерти и лет, прожитых с инвалидностью, у людей в возрасте до 44 лет.

4. Травмы могут быть предупреждены, а их последствия могут быть уменьшены. В настоящее время уже имеется множество эффективных стратегий, и их можно использовать как для работы с различными причинами травм, так и с группами высокого риска, а также для снижения последствий травм для здоровья. Программы пропаганды и содействия безопасности, предусматривающие участие всех уровней общества, могут способствовать уменьшению уровня непреднамеренных травм и насилия, а также улучшению индивидуального и коллективного отношения к вопросам безопасности (4).

5. Несмотря на его предотвратимость, травматизм является третьей ведущей причиной смерти в Регионе, следуя после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Для сокращения в Регионе большого ежедневного бремени травматизма, связанного с гибелью и страданиями людей, и высокими общественными расходами, необходимо предпринять скоординированные действия в области общественного здравоохранения.

Цели настоящего документа

6. Они включают следующее:

- привлечь внимание к масштабам травматизма в Регионе, а также к вытекающим из этого расходам;

- дать описание основных проблем и задач, стоящих в этой области, и действий здравоохранения; и
- предложить путь вперед с использованием мер общественного здравоохранения, направленных на снижение бремени, связанного с этой во многом предотвратимой проблемой.

Методология и процесс, использованные при подготовке настоящего документа

7. Документ был подготовлен на основе результатов консультативного обсуждения рассматриваемого вопроса с руководителями сотрудничающих центров ВОЗ по травматизму, экспертами из различных стран, соответствующими программами Европейского регионального бюро ВОЗ, а также Департаментом по профилактике травматизма и насилия в штаб-квартире ВОЗ в Женеве. Помимо этого, выразить свои мнения по рассматриваемому вопросу было предложено национальным координаторам по профилактике насилия и травматизма в министерствах здравоохранения, секретариату и членам рабочей группы по несчастным случаям и травматизму Европейской комиссии, а также представителям соответствующих межправительственных и неправительственных организаций. Проект документа был также размещен на веб-сайте Регионального бюро, посвященного профилактике насилия и травматизма. Комментарии, полученные до 31 мая 2005 г., были учтены при подготовке окончательного документа.

Бремя и тенденции

Бремя

8. Согласно данным ВОЗ, из почти 800 000 случаев смерти от травматизма, имевших место в 2002 г. (8,3% от всех смертей), причиной 534 000 смертей были непреднамеренные травмы, а причиной оставшихся 257 000 случаев – преднамеренные травмы или насилие. Почти половина всех смертей были обусловлены тремя ведущими причинами, а именно: самоубийствами (164 000), дорожно-транспортными происшествиями (127 000) и отравлениями (110 000 случаев). На каждую травму с летальным исходом приходится сотни физических или психических травм, приводящих к инвалидизации, часто на протяжении всей жизни. Однако за исключением данных о смертности, информация о том, какое влияние непреднамеренные травмы и насилие оказывают на здоровье населения, редко собирается систематическим образом в рамках Региона. Дефицит информации и понимания масштабов и важности данной проблемы служит препятствием для разработки и осуществления соответствующих планов действий в странах. Определенная информация о распространенности непреднамеренных травм в Европейском союзе (ЕС) до вступления в него десяти новых стран в мае 2004 г. может быть получена благодаря европейской системе надзора за бытовыми несчастными случаями, согласно которой в период с 1998 по 2000 г. ежегодно имело место 40 млн. непреднамеренных травм, из которых 25 млн. относились к категории бытовых травм. При этом 5 млн. пострадавших были госпитализированы, а в 130 000 случаев травмы стали причиной смерти (5). Это еще раз свидетельствует о том, что травматизм – это не только важная медицинская проблема, но и проблема для общественного здравоохранения.

9. Бремя травматизма в Регионе распределено неравномерно. Так, например, в странах с низким и средним уровнями доходов, особенно в восточной части Региона, показатели смертности от травматизма одни из самых высоких в мире, в то время как в странах с высоким уровнем доходов они относятся к числу самых низких в мире. Это особенно верно для некоторых причин травматизма, таких, например, как отравления, которые относительно реже наблюдаются в странах с высоким уровнем доходов. Однако даже в странах с высоким уровнем доходов наблюдаются выраженные различия в связи с тем, что экономически и социально-уязвимые группы населения подвергаются сравнительно большему риску. Так, например, в

Соединенном Королевстве у детей из семей с самым низким социально-экономическим статусом риск смерти в результате дорожно-транспортного происшествия в 3,5 раза выше по сравнению с детьми из семей с самым высоким экономическим статусом (6). Имеются также различия в показателях между возрастными и половыми группами, в частности, три четверти всех случаев смерти от травм приходится на мужчин. Непропорционально большое бремя ложится на людей в возрасте до 45 лет, в результате чего травматизм является одной из ведущих причин утраченных лет продуктивной жизни, высоких расходов на медицинскую помощь и инвалидности. Травматизм – одна из ведущих причин утраченных лет здоровой жизни (DALYs), так как на него приходится 14% всех DALYs в Европейском регионе. Одни формы насилия могут привести к летальным травмам (так, например, убийства являются четвертой ведущей причиной смерти от травм в рамках Региона), другие виды насилия, например, психологическое и социальное насилие (сексуальное насилие над детьми, насилие по отношению к интимному партнеру или насилие против знакомых или незнакомых), труднее измерить с помощью обычных статистических методов и связанное с ними бремя, как правило, не подвергается количественной оценке, за исключением случаев, когда проводится специальное обследование (3). Обследования показали, что насилие по отношению к интимным партнерам – помимо физических травм – часто приводит к развитию проблем психического и репродуктивного здоровья, а также вредных для здоровья форм поведения (7).

10. В 2002 г. в Европейском регионе в результате травм погибло 26 000 детей в возрасте до 15 лет, что соответствует 70 случаям детской смерти в день, или трем – в час. Дети подвергаются особому риску: дорожно-транспортный травматизм – это ведущая причина смерти детей в возрасте от 5 до 14 лет, после чего следуют заболевания нижних дыхательных путей и утопления (третья по значимости причина детских смертей), которая является особенно распространенной в странах Региона с низким и средним уровнями доходов). При этом следует помнить, что показатели смертности – это только вершина айсберга, так как дети могут страдать от долгосрочных физических и психологических последствий травм, оказывающих серьезное влияние на здоровье в последующей жизни. К сожалению, эти последствия труднее измерить с помощью обычных информационных систем. Дети также уязвимы по отношению к насилию. Так, в частности, в Европейском регионе ежегодно от этой причины погибают почти 3000 детей. Отрасль здравоохранения может сыграть ключевую роль в раннем выявлении случаев насилия над детьми. Выявление случаев жестокого обращения с детьми, независимо от того, носит ли оно физическую, сексуальную или психологическую форму, может быть связано с большими трудностями, однако его последствия могут проявляться в течение длительного времени (3). Так, например, у жертв такого обращения в 4–12 раз выше риск развития в дальнейшей жизни алкоголизма, наркомании, депрессии и суицидального поведения (8).

11. Возрастающей проблемой является высокая распространенность травм среди пожилых. Особую проблему для этой группы населения представляют падения. При этом следует отметить, что для пожилых, пострадавших от падений или других травм, характерны более длительная госпитализация и более высокая летальность, что объясняется функциональной слабостью их организма. Несмотря на то, что люди старше 60 лет составляют только 18,6% населения Региона, 28,2% всех смертей от травматизма приходится на эту возрастную группу. Согласно имеющимся прогнозам, к 2050 г. в Европейском регионе доля людей в возрасте 65 лет и старше составит 28%, что свидетельствует о вероятности увеличения масштабов данной проблемы (9).

Расходы для служб здравоохранения

12. Согласно средним показателям по Нидерландам, Швеции и Соединенным Штатам Америки, на каждый случай смерти от травм приходится 30 случаев госпитализации, а еще 300 человек нуждаются в амбулаторном лечении в травматологических отделениях (10). Согласно недавно полученным данным, в Греции также отмечается аналогичное соотношение этих показателей, а именно: один случай смерти на 34 случая госпитализации и 340 случаев посещений травматологических отделений (11). Это приводит к большим затратам на

медицинскую помощь в условиях, когда службы здравоохранения и так страдают от дефицита ресурсов. В Регионе отмечается недостаток информации о стоимости медицинской помощи по поводу травм. Согласно имеющимся оценкам, в 1999 г. в ЕС (до вступления в него 10 новых стран в мае 2004 г.) расходы, связанные со стационарным лечением пострадавших от бытовых травм, составили около 10 млрд. евро, что соответствует 5,2% общих расходов на стационарную помощь (12). При учете всех случаев травматизма и насилия в Регионе можно утверждать, что доля связанных с ними расходов на медицинскую помощь является весьма существенной. Согласно очень примерным оценкам, расходы на лечение смертельных травм составляют порядка 1–6 млрд. евро¹, а расходы, связанные с травмами, не угрожающими жизни, составляют 80–290 млрд. евро² (13). Большой диапазон приведенных цифр является отражением результатов анализов чувствительности, связанных с неточностью оценок расходов на медицинскую помощь пострадавшим от травм в масштабах всего Региона. Несмотря на эти методологические недостатки, данные показывают, что расходы на медицинскую помощь пострадавшим от травм являются очень высокими, и использование эффективных профилактических стратегий позволит добиться значительной экономии средств, как для отрасли здравоохранения, так и для общества в целом. Большинство профилактических стратегий являются многоотраслевыми по своему характеру, и для того, чтобы полностью оценить достоинства и стоимость профилактических программ, к такой оценке нужно подходить с учетом всех общественных аспектов.

Общественные расходы

13. Экономические расходы, связанные с непреднамеренными травмами и насилием, являются очень высокими, и только сейчас стали предприниматься усилия для их количественной оценки. Проведение такой оценки осложняется рядом методологических проблем, таких, например, как расчет ценности жизни человека в денежном выражении (в рамках Региона различия в результатах такого расчета могут достигать до 10 раз). Несмотря на эти ограничения, оценки экономических расходов имеют большую важность для приоритизации вопросов профилактики травматизма. Что касается дорожно-транспортного травматизма, то, согласно проведенным исследованиям, связанные с ним расходы в Регионе составляют 1–3% валового внутреннего продукта (ВВП) стран Региона (13). Ориентировочные экономические потери, связанные с дорожно-транспортными происшествиями, составили порядка 180 млрд. евро (около 2% ВВП) в ЕС до вступления в него 10 новых стран в мае 2004 г. В странах Центральной и Восточной Европы с переходной экономикой средние ежегодные затраты, связанные с дорожно-транспортными происшествиями, составляют около 1,6% валового национального продукта, или 9,9 млрд. долл. США (14). Наибольшая доля этих расходов связана с травмами, а в их структуре преобладают расходы на медицинскую помощь и расходы, связанные с утраченной продуктивностью. Некоторые страны провели оценки расходов, связанных с непреднамеренными травмами, происходящими в домашних условиях. Например, в Соединенном Королевстве проведенная оценка показала, что стоимость таких травм для общества каждый год составляет 36 млрд. евро (15). Что касается насилия, то в Регионе отмечается дефицит данных (16). Исследование, проведенное в Англии и Уэльсе, показало, что общие расходы, связанные с преступностью, составляют 63,8 млрд. долл. США в год. 63% от этой величины, или 40,2 млрд. долл. США, приходится на насилие, включающее убийства, нанесение травм и сексуальное насилие. Эта сумма включает как прямые расходы, относящиеся к работе органов правопорядка, правосудия и служб здравоохранения, так и косвенные расходы, относящиеся, в частности, к невыпущенной продукции и физическим и эмоциональным последствиям (17). Несмотря на эти шокирующие цифры, в экономических

¹ Анализ чувствительности с ориентировочными средними расходами на медицинскую помощь в размере 1250–7250 евро на случай травмы с летальным исходом в Регионе, рассчитанных исходя из допущения, что ежегодно в Регионе имеют место 800 000 травм с летальным исходом.

² Анализ чувствительности с ориентировочными средними расходами на медицинскую помощь в размере 4800–12 000 евро на случай несмертельной травмы в Регионе, рассчитанных исходя из допущения, что ежегодно в Регионе имеют место 16 млн. несмертельных травм.

оценках недооцениваются реальные расходы общества, так как в них не отражаются страдания и ущерб, нанесенные семьям и социальным поддерживающим сетям жертв, местным сообществам, рабочим коллективам, школам. Для того чтобы улучшить экономическую оценку расходов, связанных с непреднамеренными травмами и насилием, необходимо провести дополнительные научные исследования в этой области.

Тенденции

14. В 15 странах Европейского союза до мая 2004 г. и в странах Юго-Восточной Европы показатели смертности от травматизма имеют тенденцию к снижению с 1990-х годов. Напротив, динамика этого показателя в странах Балтии и Содружества независимых государств (СНГ) характеризуется выраженным пиком в период с 1990 по 1994 г., последующей тенденцией к снижению, а затем вызывающим беспокойство ростом начиная с 1999 г. Тенденции к повышению этого показателя, наблюдающиеся в вышеуказанных странах с переходной экономикой, по-видимому, обусловлены различными факторами, включающими рост моторизованного дорожного транспорта, повышение неравенства в доходах, безработицу, уменьшение социального капитала, либеризацию системы продажи алкогольных напитков, а также слабость регулирующих механизмов и механизмов, обеспечивающих соблюдение законов и нормативов (18).

Профилактика травм и преодоление проблем: действия здравоохранения

Профилактика

15. Травматизм может быть предупрежден, и в настоящее время имеется большой и возрастающий объем фактических данных о проверенных и перспективных эффективных стратегиях профилактики непреднамеренных травм и насилия, которые могут быть использованы для борьбы с наиболее важными причинами травматизма и работы с группами высокого риска.

16. Что касается дорожно-транспортного травматизма, то описание эффективных профилактических стратегий дается в документах “Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма” и “Предупреждение дорожно-транспортного травматизма: перспективы здравоохранения в Европе”. В частности, к этим стратегиям относятся следующие: контроль скорости движения автотранспортных средств и обеспечение более безопасных условий для уязвимых пользователей дорогами, более безопасные дорожные инфраструктуры, обязательное использование защитных шлемов мотоциклистами, а также ремней безопасности и детских сидений в автомобилях, установление и обеспечение соблюдения предельно допустимых концентраций алкоголя в крови водителей (13, 19). Кроме того, необходимо разработать устойчивые стратегии транспортного и городского развития, в которых должны быть учтены вопросы дорожной безопасности, а также необходимость перехода на альтернативные виды передвижения, такие, например, как ходьба, езда на велосипедах, общественный транспорт. Эти меры не только позволят уменьшить частоту дорожно-транспортных происшествий, но и будут способствовать уменьшению других важных негативных последствий чрезмерной зависимости от моторного транспорта, таких как шум, загрязнение воздуха и недостаточная физическая активность, являющаяся ведущей причиной ожирения. Применительно к другим непреднамеренным травмам эффективные меры профилактики включают следующее: производство и использование емкостей, которые не могут быть открыты детьми, и хранение химических веществ в местах, недоступных для детей; токсикологические центры для оказания более квалифицированной медицинской помощи в случае отравления; предотвращение производства некачественных алкогольных напитков и доступа к ним с целью профилактики отравлений среди взрослых; благоустройство домов с

целью устранения факторов риска и содействие и пропаганда физической активности для профилактики падений среди пожилых; строительство или реконструкция игровых площадок таким образом, чтобы их поверхность была адекватной (например, нескользкой); установка защитных решеток на окнах и перил на лестницах для предупреждения падений среди детей; ограждение бассейнов и других водных резервуаров и размещение на берегах, спасательных кругов и других плавсредств и обеспечение работы спасательной службы в местах купания; установка детекторов дыма, использование огнезащитной одежды и расположение поверхностей, предназначенных для приготовления пищи, на высоте, обеспечивающей предупреждение случайных ожогов (20). Проведение этих экономически эффективных мер позволит добиться существенного снижения смертности и заболеваемости. Этим мерам уделялось бы больше внимания, если бы имелась подробная информация о характере рисков дома, на работе и в других местах, а также о степени такой опасности. Полезным будет также улучшение информирования населения о действиях, предпринимаемых в случае получения травмы.

17. Насилие часто рассматривается как неизбежная часть жизни людей, вызываемая событиями, на которые скорее реагируют, чем предупреждают. В документе “Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире” это утверждение подвергается критике и демонстрируется, что насилие можно прогнозировать и что оно является предотвратимой проблемой здравоохранения. Для профилактики насилия имеются следующие эффективные стратегии: меры, принимаемые на индивидуальном уровне, такие, например, как программы дошкольного развития и дошкольной подготовки, или программы обучения жизненным навыкам и использование подходов, служащих стимулом для завершения школьного обучения; на уровне межличностных отношений – посещение домов, подготовка родителей и наставничество; на уровне местных сообществ – снижение доступности алкоголя и улучшение институциональных стратегий в школах, на рабочих местах, в больницах и в домах социального назначения; на общественном уровне – кампании общественного информирования, уменьшение доступа к средствам насилия (например, к огнестрельному оружию), сокращение неравенства и усиление систем правопорядка и правосудия (3).

18. Отрасль здравоохранения может играть важную роль не только в оказании медицинской помощи и поддержке пострадавшим от насилия, но также и в области первичной профилактики, в том числе посредством пропагандирования стратегий, основанных на фактических данных. Так, например, Британская медицинская ассоциация, Ассоциация хирургов-травматологов, Королевский колледж хирургов, Британская педиатрическая ассоциация и Комитет по профилактике детского травматизма (сейчас переименованный в Доверительный фонд) – все вместе сыграли ключевую роль в рамках коалиции, которая в конечном итоге помогла включить в Транспортный акт Соединенного Королевства 1981 г. статью об обязательном использовании ремней безопасности на передних сидениях автомобилей (21).

19. Важно подчеркнуть, что во многих случаях осуществление экономически эффективных вмешательств может привести к быстрому и ощутимому снижению смертности и заболеваемости. Это утверждение можно проиллюстрировать примером из Франции, где за двухлетний период (2002–2004 гг.) благодаря проведению профилактических мер (снижение скорости транспорта, использование ремней безопасности, борьба с управлением мототранспортными средствами в нетрезвом виде) смертность от дорожно-транспортных происшествий была снижена на 34%. Реализация вышеуказанных мер потребовала сильной политической поддержки, а отрасль здравоохранения внесла важный вклад в этот процесс (22).

Медицинская помощь

20. В случае как непреднамеренных, так и преднамеренных травм службы здравоохранения оказывают пострадавшим соответствующую медицинскую помощь, которая включает следующие этапы: первичная медицинская помощь и – в случае более тяжелых травм –

неотложная добровольная помощь, оказываемая работниками скорой медицинской помощи; интенсивная медицинская помощь в травматологических отделениях и больницах; реабилитация и реинтеграция. Данные из ряда стран с высоким уровнем доходов свидетельствуют о том, что улучшение травматологической помощи позволяет снизить примерно на 30% смертность от травматизма (23). По другим странам Региона мы располагаем очень ограниченным объемом документированной информации об аналогичных улучшениях, и улучшение травматологической помощи на основе фактических данных могло бы принести значительную пользу.

21. На сегодняшний день медицинская помощь – особенно травматологическая – не является оптимальной из-за следующих проблем: а) методы травматологической помощи были неадекватно апробированы в сравнении с методами в других областях медицины, например, в кардиологии или онкологии (24); б) недостаточные фактические данные об эффективности различных подходов к организации травматологической помощи (25); в) явно недостаточные объемы инвестиций в научные исследования по травматологии в сопоставлении с масштабом данной проблемы (26); г) недостаточные инвестиции ресурсов в развитие служб и людских ресурсов. Вследствие этого как в практике, так и в качестве травматологической помощи, оказываемой в различных частях Региона (как на международном уровне, так и внутри стран), имеются различия. Систематическая оценка и улучшение качества медицинской помощи позволят спасти многие жизни и предупредить большое число инвалидизаций и долгосрочных негативных последствий для здоровья людей.

Проблемы и задачи

22. Несмотря на то, что травматизм оказывает значительное влияние на общественное здоровье и службы здравоохранения, исторически сложилось так, что внимание, уделяемое этой проблеме, не соответствует ее масштабам. Из-за этой неспособности признать важность травматизма и поставить его в число первоочередных задач политики здравоохранения в этой области имеется ряд проблем, нуждающихся в преодолении, а именно:

- недостаточная осведомленность о подлинных масштабах травматизма;
- недостаточная осведомленность о возможности его профилактики;
- нежелание взять на себя ответственность и лидерство за работу в этом направлении ввиду многоотраслевого характера необходимых действий, в которых должны также принимать участие другие отрасли и ведомства, занимающиеся, например, вопросами транспорта, правосудия, образования, социального обеспечения, жилья;
- недостаточное внимание, уделяемое вопросам оказания научно обоснованной травматологической помощи на добровольном, больничном и реабилитационном этапах.

23. В результате вышеуказанного можно отметить следующие недостатки:

- малая известность проблемы травматизма и недостаточность политической поддержки усилиям, направленным на ее решение;
- неадекватное выделение финансовых и других ресурсов для усиления реагирования служб общественного здравоохранения на проблему травматизма, особенно применительно к таким аспектам, как профилактика, содействие безопасности и межотраслевое сотрудничество;
- неадекватный сбор информации, позволяющей определить масштабы и последствия несмертельных травм и оценить эффективность проводимых программ; такая информация могла бы быть использована для повышения осведомленности о проблеме травматизма и путях ее решения как среди лиц, определяющих политику, так и среди широкой общественности;

- недостаточный потенциал для эффективной лечебно-профилактической и реабилитационной работы;
- фрагментарный подход к решению проблем насилия и непреднамеренных травм, который следует заменить скоординированной и комплексной стратегией;
- необходимость оптимизации качества травматологической помощи на всех ее последовательных этапах (добольничный, больничный, реабилитационный) посредством улучшения базы фактических данных, а также научно-технического, кадрового и организационного потенциала травматологических служб.

Координация профилактической деятельности и удовлетворение потребностей пострадавших от непреднамеренных травм и насилия

24. Важный стратегический шаг в этой области заключается в объединении усилий, направленных на решение проблемы насилия и проблемы непреднамеренных травм. В качестве аргументов в пользу такого подхода можно привести следующие:

- а) улучшение возможностей для информационно-разъяснительной деятельности за счет доведения масштабов вышеуказанных проблем и потенциальных путей их решения до сведения лиц, определяющих политику;
- б) возможность использования синергического эффекта, обеспечиваемого применением общих подходов к эпидемическому мониторингу в больницах и на уровне местных сообществ;
- в) наличие общих основных детерминант (например, экономические и социальные, политические и средовые) и факторов риска (например, употребление алкоголя и наркотиков), а также тот факт, что эти факторы оказывают непропорционально большое воздействие на уязвимые группы населения;
- г) многоотраслевой подход, необходимый для разработки программ, направленных на борьбу с общими факторами риска, такими как употребление алкоголя, являющегося ведущим фактором риска для многочисленных видов непреднамеренных травм и насилия;
- д) использование здравоохранительного подхода, предусматривающего проведение основанных на фактических данных мер и оценок, которые могут использоваться по отношению к обеим проблемам;
- е) тот факт, что при рассмотрении вопроса об удовлетворении потребностей уязвимых групп населения необходимо учитывать как спрос на услуги, так и такие этические аспекты, как социальная справедливость и равенство возможностей;
- ж) тот факт, что одни и те же медицинские работники или службы оказывают помощь пострадавшим и от непреднамеренных травм, и от насилия (неотложная добольничная и травматологическая помощь, помощь токсикологических центров, оказываемая в случае как преднамеренных, так и непреднамеренных отравлений, оказание адекватной психологической поддержки лицам, страдающим от посттравматических стрессовых расстройств, реабилитационная помощь пострадавшим, организация служб неотложной медицинской помощи, развитие институционального и технического потенциала).

25. Независимо от причин травм службы здравоохранения могут сыграть исключительно важную роль в оказании поддержки пострадавшим, в идентификации и содействии осуществлению стратегий, основанных на фактических данных, а также в плане направления научно-исследовательской и инновационной деятельности, содействия информационно-разъяснительной работе и развития тесного сотрудничества с другими отраслями и секторами для решения этих проблем, в том числе помогая поставить во главу повестки дня вопросы профилактики травматизма на самых различных уровнях здравоохранения и других отраслей.

Существующие политические обязательства

26. В настоящее время непреднамеренные травмы и насилие рассматриваются в основном как предотвратимая проблема, а профилактические стратегии стали неотъемлемым элементом программы общественного здравоохранения, о чем свидетельствует принятие следующих резолюций:

- резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA49.25 “Предупреждение насилия – приоритет общественного здравоохранения”;
- резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA56.24 “Выполнение рекомендаций, содержащихся в Докладе о насилии и здоровье в мире”;
- резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA57.10 “Дорожная безопасность и здоровье”;
- резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA57.12 “Репродуктивное здоровье: проект стратегии по ускорению хода работы в направлении достижения международных целей и задач в области развития”;
- резолюция Регионального комитета EUR/RC54/R3 по окружающей среде и здоровью, приняв которую государства-члены одобрили Европейский план действий “Окружающая среда и здоровье детей” (План действий ОСЗД);
- резолюция Регионального комитета EUR/RC53/R7 по охране здоровья детей и подростков в Европейском регионе ВОЗ;
- резолюция Регионального комитета EUR/RC51/R4 “Отчет о реализации Европейского плана действий по борьбе с потреблением алкоголя, в том числе о выполнении рекомендаций конференции ВОЗ на уровне министров “Молодежь и алкоголь”;
- резолюция Регионального комитета EUR/RC49/R8 “Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя – третий этап”;
- резолюция Регионального комитета EUR/RC49/R4 по окружающей среде и здоровью;
- резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 58/289 “Повышение безопасности дорожного движения во всем мире”.

27. Кроме того, существуют и другие обязательства такого рода со стороны Совета Европы, Европейской комиссии и Европейской экономической комиссии ООН, а также соответствующие европейские стратегии и программы ВОЗ, такие, например, как Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000–2005 гг. и Декларация и План действий по охране психического здоровья в Европе, принятые на Европейской министерской конференции ВОЗ по охране психического здоровья (Хельсинки, Финляндия, 12–15 января 2005 г.). Более того, Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, в частности Цель 4 (сократить к 2015 г. на две трети смертность среди детей в возрасте до 5 лет) не будет достигнута, если вопросам уменьшения смертности от травм не будет уделяться достаточного внимания.

Платформа для действий

28. Непреднамеренные травмы и насилие относятся к числу важных проблем общественного здравоохранения, и для их решения следует предпринять соответствующие действия. В недавно принятых резолюциях Всемирной ассамблеи здравоохранения (WHA56/24 – по насилию и здоровью и WHA57/10 – по дорожной безопасности и здоровью) признается необходимость многоотраслевого подхода к решению этих проблем. В этих резолюциях отрасли здравоохранения предлагается взять на себя координирующую роль в предупреждении насилия и дорожно-транспортного травматизма, а государствам-членам предлагается назначить

национальных координаторов по этим проблемам и приступить к разработке национальных планов действий. Эти резолюции являются очень своевременными и способствуют разработке соответствующей политики в странах Региона. Для сокращения бремени травматизма необходима политическая поддержка на всех уровнях государственной власти в сочетании с выделением адекватных ресурсов для осуществления необходимых действий. Для этого также необходимо перейти с позиции, когда ответственность за личную безопасность возлагается на самих на людей, к признанию того, что обеспечение безопасности и предупреждение травматизма относятся к числу общественных обязанностей. Создание более безопасной физической и социальной среды требует организованных усилий всего общества.

29. Для обеспечения этих изменений необходимо предпринять комплексные и скоординированные стратегические действия. Здравоохранительный подход к профилактике травматизма представляет собой общую платформу для действий в этом направлении. В частности, в этом подходе идентифицируются основные элементы необходимых интегрированных действий, включающие обеспечение лучшего эпидемиологического мониторинга для выявления подлинного бремени травматизма и лежащих в его основе факторов риска, выявление и осуществление экономически эффективных профилактических широкомасштабных программ, мониторинг и оценка таких программ, а также содействие межотраслевым действиям и партнерствам.

30. Для достижения вышеуказанного Европейское региональное бюро ВОЗ планирует тесно сотрудничать с государствами-членами, придерживаясь платформы и подхода, выбранных на глобальном уровне. Оно предоставит в распоряжение стран ряд методик и услуг, которые будут адаптированы к конкретным потребностям и условиям стран. Предлагаемые пути дальнейшей работы обозначены ниже.

31. **Содействие разработке национальных планов предупреждения травматизма,** сформулировав для этой цели общие введение и стратегию с уделением особого внимания первичной профилактике и с приданием отрасли здравоохранения координирующей роли в этой многоотраслевой деятельности. Такая стратегия должна быть нацелена на улучшение эпидемиологического надзора, развитие методов первичной профилактики, неотложной медицинской помощи, основанных на фактических данных и на учете гендерных особенностей, а также на оценку, мониторинг и информационно-разъяснительную деятельность, что позволит более успешно бороться с проблемой травматизма и послужит согласованной платформой для действий на всех уровнях правительства (национальный, субнациональный, местный). Отрасли здравоохранения следует пропагандировать и содействовать принятию профилактических мер, основанных на фактических данных, возглавлять научно-исследовательскую и инновационную работу, а также пропагандировать здравоохранительный подход к предупреждению насилия и непреднамеренных травм. Объем фактических данных о том, что действительно срабатывает на практике, возрастает с каждым днем, и сейчас системе здравоохранения нужно приложить больше усилий для разработки и реализации программ первичной профилактики. Эти программы могут включать ряд относительно недорогостоящих мер, которые могут позволить добиться большой отдачи уже в ближайшей перспективе. Несмотря на желательность решения проблемы непреднамеренных травм и насилия в комплексе (см. раздел по координации профилактических мероприятий), важно помнить о том, что, когда речь идет об отдельных видах травм, соответствующие меры следует подбирать с учетом причин этих травм, а также характера целевых групп и конкретных условий. Региональное бюро поддержит государства-члены в этой работе, в частности, предоставляя и адаптируя руководящие принципы по разработке национальных стратегий по профилактике насилия и травматизма.

32. **Улучшение системы мониторинга за непреднамеренными травмами и насилием** посредством документирования различных причин, факторов риска, последствий и расходов. Это имеет важнейшее значение для понимания общего бремени этой проблемы и ее причин, проведения целенаправленных мероприятий, мониторинга прогресса и оценки специфических программ профилактики и оказания медицинской помощи. Хорошим отправным моментом для

этого послужит улучшение в Регионе статистики смертности, уделяя особое внимание улучшению отчетности не только по типу травм, но также по месту, где они имели место, и соответствующей деятельности, как это предусматривается в *Международной классификации болезней*, десятый пересмотр (27). Для улучшения регистрации данных о заболеваемости имеются рекомендации по регистрации травм в стационарах (10). Обследования на уровне общин могут послужить эффективным методом оценки масштабов проблемы травматизма и факторов риска, и они могут также оказаться особенно полезными при определении масштабов и характера проявлений насилия, не обязательно приводящего к травмам (28). Региональное бюро окажет государствам-членам техническую поддержку в проведении таких обследований.

33. Укрепление национального потенциала для уменьшения проблемы травматизма. При этом необходимо учитывать различия, существующие в рамках Региона, а также необходимость укрепления роли и потенциала отрасли здравоохранения как на национальном, так и на субнациональном уровнях, особенно в странах с низким и средним уровнями доходов, о чем свидетельствуют результаты консультирования с соответствующими координаторами в министерствах здравоохранения. Региональное бюро окажет техническую помощь наращиванию потенциала с помощью своей программы по профилактике насилия и травматизма (29).

34. Укрепление национального потенциала по предоставлению пострадавшим от травм соответствующих услуг и улучшение добольничной, больничной и реабилитационной помощи пострадавшим. Роль системы здравоохранения в экономически эффективном медицинском обслуживании пострадавших от травм должна быть усилена посредством содействия основанному на фактических данных подходу к травматологической помощи с точки зрения как ее организации, так и проведения клинических вмешательств. Важным также является наращивание потенциала на таких уровнях, как добольничная и неотложная травматологическая помощь. Региональное бюро окажет техническую поддержку в наращивании потенциала, в частности, посредством предоставления руководящих принципов, которые смогут послужить полезной отправной точкой (30, 31).

35. Пропаганда профилактики травматизма и содействие осуществлению эффективных профилактических мер, например, наподобие мер, упомянутых в разделе по профилактике. Это также будет означать необходимость включения этих действий в стратегии здравоохранения и других отраслей в качестве одного из ключевых элементов. Это может быть достигнуто путем подчеркивания важности проблемы травматизма, разъяснения потенциального вклада различных отраслей в ее предупреждение, а также выявления возможностей для синергического эффекта, что будет способствовать оптимизации использования ресурсов. Региональное бюро окажет поддержку пропагандистской и информационно-разъяснительной деятельности, предоставляя для этой цели имеющиеся фактические данные о масштабах травматизма и способах его профилактики.

36. Способствование обмену знаниями и опытом в рамках Региона путем идентификации и распространения примеров хорошей практики и оказания поддержки созданию и расширению сетей национальных координаторов по профилактике насилия и непреднамеренных травм, а также других сторон, занимающихся этими вопросами. Другими примерами таких сетей являются Европейский альянс за безопасность детей, Европейская сеть по безопасности для пожилых, Европейская сеть школ укрепления здоровья, Сеть здоровых городов ВОЗ и Международное общество “Спинной мозг”. Помимо этого, сеть “Здоровые местные сообщества” продвигает концепцию “безопасных сообществ”, в которой безопасность признается как вопрос, касающийся каждого человека, и как ответственность каждого человека (32). Региональное бюро окажет поддержку сбору и распространению примеров хорошей практики, особенно с помощью тесного сотрудничества с сетью национальных координаторов по профилактике насилия и непреднамеренных травм.

37. Развитие и укрепление партнерств с заинтересованными лицами и структурами из различных отраслей на местном, национальном и международном уровнях с целью

обеспечения координации и синергического эффекта в этой области, а также оптимального использования имеющихся ресурсов, знаний и опыта. На международном уровне необходимо развивать сотрудничество, в частности, с Европейской комиссией (через Рабочую группу по несчастным случаям и травмам), Советом Европы, Европейской конференцией министров транспорта, Организацией экономического сотрудничества и развития, Детским фондом ООН, Европейской экономической комиссией ООН, Европейской сетью предупреждения преступности и неправительственными организациями, а также с международными финансовыми учреждениями, занимающимися этими вопросами в Европейском регионе.

38. Усиление работы по решению приоритетных задач на местном уровне, особенно в странах с переходной экономикой, например, в странах Балтии, СНГ и Юго-Восточной Европы с учетом выраженных географических различий в структуре травматизма. Это, в частности, требует сильного потенциала общественного здравоохранения, необходимого для проведения экономически эффективных мероприятий на местном уровне, а также сильной политической поддержки и руководства на всех уровнях правительства. Региональное бюро будет приоритизировать свое сотрудничество с государствами-членами с переходной экономикой, особенно в таких областях, как информационно-разъяснительная деятельность, мониторинг травматизма, разработка национальных планов действий и наращивание технического и институционального потенциала для борьбы с травматизмом.

39. Выявление пробелов в знаниях и приоритизация научных исследований и разработок в сфере профилактики травм оказания и травматологической помощи. Эта область научно-исследовательской работы нуждается в особом внимании для того, чтобы преодолеть традиционное отставание и несоответствие между инвестициями в работу в этом направлении и существующими и прогнозируемыми масштабами травматизма. Оценочные исследования также необходимы в случаях переноса тех или иных мероприятий и подходов в страны и зоны с иными условиями, а также для выявления оптимальной организационной модели травматологических служб.

40. Должное реагирование на обеспокоенность гражданского общества относительно безопасности и работа с общественностью в целях осуществления профилактических программ в различных условиях (например, в школах, на рабочих местах, на уровне семей), особенно на пользу уязвимых групп и групп высокого риска. Региональное бюро укрепит свое сотрудничество с соответствующими неправительственными организациями и гражданским обществом. В частности, для этой цели оно будет предоставлять фактические данные для информационно-разъяснительной работы и будет развивать партнерское сотрудничество для оказания политической поддержки усилиям, направленным на профилактику травматизма.

Библиография³

1. Krug E, Sharma G, Lozano R. The global burden of injuries. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:523–526.
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. Krug E et al, eds. *Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире*. Женева, Всемирная организация здравоохранения. 2002 г. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_ru.pdf).
4. Welander G, Svanström L, Ekman R. *Safety promotion – an introduction*, 2nd ed. Stockholm, Karolinska Institute, 2004 (<http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Books/Safety%20Promotion%20an%20Introduction%202004%20Book%20incl%20pictures.pdf>).

³ Доступ на все веб-сайты был осуществлен 28 июня 2005 г.

5. Institut Sicher Leben. *Comprehensive view on European (HLA) injury data*. Vienna, Sicher Leben, 2004
 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/injury/fp_injury_2000_exs_16_en.pdf).
6. 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, 313:784–786.
7. Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331–1336.
8. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.
9. World Population Prospects: The 2004 Revision. Population database [online database]. New York, United Nations, 2005 (<http://esa.un.org/unpp/>).
10. Holder Y et al, eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/surveillance_guidelines/en/).
11. Petridou E. Injury surveillance in Greece (personal communication).
12. Polinder S et al. *A surveillance based assessment of medical costs of injury in Europe (Phase 2)*. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 2004
 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/injury/fp_injury_2002_inter_10_en.pdf).
13. Racioppi F et al. *Предупреждение дорожно-транспортного травматизма: перспективы здравоохранения в Европе*. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2004 г.
 (<http://www.euro.who.int/document/e82659R.pdf>).
14. Jacobs G, Aeron-Thomas A, Astrop A. *Estimating global road fatalities*. Crowthorne, Transport Research Laboratory, 2000
 (http://www.transport-links.org/transport_links/filearea/publications/1_329_TRL445.pdf).
15. *HASS 23rd Annual report*, London, DTI, 2002
 (<http://www.dti.gov.uk/homesafetynetwork/hass/1-27.pdf>).
16. Waters H et al. *The economic dimensions of interpersonal violence*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591609.pdf>).
17. 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>).
18. Koupilova I et al. *Injuries*. In: Tamburlini G, Ehrenstein OV, Bertollini R, eds. *Children's health and environment: a review of evidence*. Copenhagen, World Health Organization and European Environment Agency, 2002:130–140 (Environmental issue report No 29.)
 (http://reports.eea.eu.int/environmental_issue_report_2002_29/en/eip_29.pdf).
19. Peden M et al. *Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма*. Женева. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2004 г.
 (http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/en/summary_ru.pdf).
20. *How can injuries in children and older people be prevented?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/Document/E84938.pdf>).
21. Breen, J. Road safety advocacy. *British Medical Journal*, 2004, 328:888–890
 (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/bmj;328/7444/888>).
22. Chapelon J. *France: recent developments in road safety*. Paris French National Observatory of Road Safety, 2004 (<http://www.securiteroutiere.gouv.fr/IMG/pdf/FRD1.pdf>).
23. 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.

24. Sauerland S, Maegele M. A CRASH landing in severe head injury. *Lancet*, 2004, 364:1291–1292.
25. Sethi D et al. Advanced trauma life support training versus basic life support training. *Cochrane Review*. The Cochrane Library, 2001.
26. Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. *Investing in Health Research and Development*. Geneva, World Health Organization, 1996 (http://www.who.int/tdr/publications/publications/investing_report.htm).
27. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: десятый пересмотр*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. (<http://www3.who.int/icd/vol11htm2003/fr-icd.htm>).
28. Sethi D et al. *Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546484.pdf>).
29. *Training, educating and advancing collaboration in health on violence and injury prevention*, Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teachvip/en/).
30. Mock C et al. *Guidelines for essential trauma care*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546409.pdf>).
31. Sasser S et al. *Prehospital trauma care systems*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159294X.pdf>).
32. *European collaboration and development in creating Safe Communities*. European Safe Community Network. (<http://www.safecommunity.net/ESCON>).