

РЕЗЮМЕ

Всемирный доклад о профилактике детского травматизма



Всемирная организация
здравоохранения

ЮНИСЕФ



WHO/NMH/VIPO8.01

Цитата: *Всемирный доклад о профилактике детского травматизма*. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008.

© Всемирная организация здравоохранения 2008

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения можно получить по адресу: WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel. + 41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Заявки на разрешение на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – как для продажи, так и для некоммерческого распространения – должны направляться в WHO Press по вышеуказанному адресу (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

Используемые обозначения и изложение материала в этой публикации не подразумевают выражения какого бы то ни было мнения со стороны Всемирной организации здравоохранения или ЮНИСЕФ относительно правового статуса какой-либо страны, территории, города или области и их властей, или относительно определения их границ. Пунктиры на картах представляют собой приблизительные пограничные линии, в отношении которых, возможно, еще нет полного согласия.

Упоминание об отдельных компаниях и продукции некоторых производителей не означает, что они утверждены или рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения или ЮНИСЕФ, или что им отдается предпочтение перед другими, не упоминаемыми здесь компаниями и продукцией подобного рода. За исключением ошибок и пропусков, названия патентованной продукции отмечены начальными заглавными буквами.

Для проверки содержащейся в этой публикации информации Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ приняли все разумные меры предосторожности. Однако публикуемый материал распространяется без каких-либо гарантий, как высказанных, так и подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование материала лежит на читателях. Всемирная организация здравоохранения или ЮНИСЕФ ни в коем случае не несет ответственности за возможный вред в результате его использования.

Дизайн обложки – INIS.

Дизайн и вёрстка – L'IV Com Sàrl.

Графика – графический минимум.

Перевод на русский язык – издательство «Весь Мир».

Отпечатано в Швейцарии.

Всемирный доклад о профилактике детского травматизма: Резюме

Выражение признательности

Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ выражают признательность Джоанн Винсенген и Морэг Маккей из Европейского союза за безопасность детей, которые написали это резюме и составили комплект таблиц данных, основанных на полном тексте *Всемирного доклада о профилактике детского травматизма*. Последний был создан коллективом из более чем 180 сотрудников (редакторов, ведущих авторов, членов рабочей группы, участников региональных консультативных совещаний и независимых экспертов) из 56 стран мира. Свою помощь и рекомендации предоставили консультанты доклада, региональные консультанты ВОЗ и штатные сотрудники ЮНИСЕФ. Создание данного документа было бы невозможно без самоотверженности, поддержки и опыта всех этих людей.

Подготовке *Всемирного доклада о профилактике детского травматизма*, резюме доклада и таблиц данных содействовало множество других людей, в частности, Тони Кэхейн, который редактировал заключительный текст основного доклада и Анжела Бертон, редактировавшая этот вариант резюме. ВОЗ и ЮНИСЕФ выражают также благодарность Кидисту Бартоломеосу и Яну Скотту за каждодневную работу по координации проекта; Майку Линнану за анализ данных ЮНИСЕФ/ТАСК* (UNICEF/TASC); Кидисту Бартоломеосу, Колину Матерсу и Карен Олдензил за анализ и интерпретацию данных ВОЗ; Эднану Хайдеру и Празанти Паваначандре за анализ данных, полученных в результате межстрановых исследований; Лауре Сминкей и Стивену Лоуэрсу за связь и содействие; Сьюзен Каплан за корректорскую вычитку и Лизе Фернивал за составление указателя; Сьюзен Хоббс, фирме L'IV som Sàrl и Эрону Эндрейду за графический дизайн; Паскаль Бройзин и Фредерику Робин-Уолину за координацию печати; и, наконец, Паскаль Лэнверс-Касасоле за ее административную поддержку и координацию перевода различных версий этого доклада.

Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ выражают также благодарность за щедрую финансовую поддержку подготовки, перевода и публикации доклада: Программе арабских стран Залива для организаций системы Организации Объединенных Наций, занимающихся вопросами развития (AGFUND); Агентству общественного здравоохранения Канады, Правительствам Бельгии, Мексики, Нидерландов, Норвегии, Швеции и Великобритании; Глобальному форуму для научных исследований в области здравоохранения, Центрам по контролю за заболеваниями и профилактике США, Национальному Центру профилактики травматизма и управления США.

Предисловие

Ежедневно во всем мире жизнь более 2000 семей омрачается из-за гибели ребенка по причине неумышленной травмы или так называемого «несчастливого случая», которые можно было бы предотвратить. Неизмеримо горе этих семей – матерей, отцов, братьев и сестер, бабушек и дедушек, – как и друзей погибших, и часто оно оказывает влияние на все сообщество. Такая трагедия может бесповоротно изменить жизнь многих людей.

Как только дети достигают пятилетнего возраста, неумышленные травмы становятся самой большой угрозой их жизни. Неумышленные травмы являются также основной причиной инвалидности, которая может надолго повлиять на все аспекты детской жизни: отношения с другими людьми, учебу и игры. Доля таких травм наиболее высока среди детей, живущих в бедности, поскольку они в значительно меньшей степени защищены профилактическими мерами, которые доступны другим детям.

Проблемой детского травматизма пренебрегали много лет, она и теперь в значительной степени отсутствует в проектах по охране здоровья детей. Настоящим *Всемирным докладом о профилактике детского травматизма* Всемирная организация здравоохранения, Детский фонд ООН и многие партнерские организации намерены повысить статус проблемы детского травматизма и сделать ее приоритетной задачей для всемирного здравоохранения и всего сообщества, занимающегося вопросами развития. Благодаря знаниям и опыту почти двухсот специалистов, представляющих все континенты и различные секторы, доклад рассматривает именно те реальные ситуации, с которыми сталкиваются во многих странах.

Степень зрелости, интересы и потребности у детей иные, чем у взрослых. Поэтому стратегии простого воспроизведения профилактики травматизма, которые подходят для взрослых, недостаточны для защиты детей. В числе испытанных мер профилактики можно упомянуть, например, следующие: специальные места для детей в транспорте, велосипедные шлемы, недоступные для детей упаковки медицинских препаратов, ограждение плавательных бассейнов, регулирование температуры горячей воды в кранах и наличие на окнах решеток.

Министерства здравоохранения должны играть центральную роль в профилактике, содействии и исследованиях, а также в уходе за детьми-инвалидами и их реабилитации. В число других ключевых секторов входят образование, транспорт, экология и обеспечение правопорядка.

Данный *Всемирный доклад о профилактике детского травматизма* должен рассматриваться как дополнение к *Исследованию Генерального секретаря ООН по вопросам насилия в отношении детей*, изданному в конце 2006 г. Он был посвящен умышленным и связанным с насилием травмам. Оба доклада предполагают, что программы по предотвращению детского травматизма и насилия над детьми должны быть интегрированы в стратегии сохранения жизни детей и другие широкие стратегии, нацеленные на улучшение условий жизни детей.

Факты показывают значительные успехи в профилактике детского травматизма в странах, приложивших к этому комплексные усилия. Полученные результаты говорят в пользу повышения инвестиций в человеческие ресурсы и институциональный потенциал. Это сделает возможным выработать, внедрить и оценить программы, способные остановить волну детского травматизма и повысить уровень здоровья и благополучия детей и семей во всем мире. Применение испытанных мер может ежедневно спасать более тысячи детских жизней.



Маргарет Чен
Генеральный директор
Всемирной организации здравоохранения



Энн Венеман
Исполнительный директор
Детского фонда ООН

Условия детского травматизма

Введение

Историческая Конвенция о правах ребенка, ратифицированная почти всеми правительствами мира, утверждает, что все дети имеют право на безопасные условия жизни и на защиту от травм и насилия. В Конвенции говорится, что институты, службы и учреждения, ответственные за уход за детьми или их защиту, должны соответствовать установленным нормам, особенно в области безопасности и здравоохранения. Гарантировать обеспечение этих прав повсеместно не легко, но этого можно добиться согласованными действиями. Дети везде подвержены опасностям и рискам повседневной жизни и уязвимы в отношении травм одних и тех же типов. Однако физическое, социальное, культурное, политическое и экономическое окружение, в котором они живут, сильно варьируется. Таким образом, очень важно их конкретное окружение.

Этот доклад – предназначенный разработчикам политики, – является кратким изложением *Всемирного доклада о профилактике детского травматизма*¹, в котором дается всесторонний обзор современных знаний о различных типах неумышленных детских травм (дорожно-транспортных травм, утоплений, ожогов, падений с высоты и отравлений), и о том, как их предотвратить.

Общие цели основного доклада и данного резюме следующие:

- повысить осознание размаха, факторов риска и влияния детского травматизма во всем мире;
- привлечь внимание к возможности предотвращения детских травм и представление всего, что известно об эффективности стратегий профилактических мер;
- дать рекомендации, которые могут быть реализованы всеми странами для эффективного уменьшения детского травматизма.

Термин «ребенок» в данном докладе соответствует определению в Конвенции о правах ребенка, и поэтому доклад сосредотачивает внимание на явлениях травматизма среди детей «до достижения 18-летнего возраста». Однако некоторые данные ВОЗ не могут быть отнесены к возрастной группе до 18 лет, и поэтому вместо этого используется категория «до 20 лет». Во избежание путаницы возраст всегда указывается в таблицах и схемах.

¹ Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, et al., eds. *World report on child injury prevention*. Geneva, World Health Organization and UNICEF, 2008.

В Исследовании Генерального секретаря ООН по вопросам насилия в отношении детей 2006 г. и дополняющем его *Всемирном докладе о насилии в отношении детей* дан всесторонний обзор умышленных травм детей. Кроме того, в докладе *Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире* были включены главы о жестоком обращении с детьми, насилии и сексуальном насилии над несовершеннолетними. Поэтому в настоящем докладе внимание сконцентрировано только на неумышленных или «случайных» травмах.

ИСТОРИЯ ХУАНА

Хуан живет с матерью, отцом, четырьмя младшими братьями и двумя младшими сестрами в маленькой деревушке за пределами города Мерида, в Мексике. В возрасте 14 лет Хуан перестал ходить в школу, поскольку он был вынужден помогать своему отцу, продающему фрукты на обочине дороги. Причина того, почему он ушел из школы, связана с ужасным несчастным случаем, происшедшим 18 месяцев назад с самым младшим в семье ребенком, его сестренкой Мартой.

Марта, которой тогда было шесть лет, упала в колодец на заднем дворе дома, пытаясь достать игрушку, которую она в него уронила. Хуан оказался первым на месте происшествия и позвал отца, находившегося дальше вверх по дороге и продававшего фрукты. Держа на руках Марту, которая не двигалась и не кричала, они прибежали в ближайшую клинику. Доктора сумели реанимировать девочку, но она оставалась в критическом состоянии и ее нужно было перевезти в большую больницу в Мериде, где она оставалась в течение многих недель.

Хуан до сих пор очень переживает по поводу этого происшествия. Он чувствует себя ответственным за то, что Марта упала в колодец, он убежден в том, что этого не случилось бы, если бы он находился рядом. В то же время он с гордостью показывает посетителям деревянную конструкцию, которую они сделали вместе с отцом, установив ее над колодцем, чтобы предотвратить подобные происшествия.



© WHO

Действительно ли детский травматизм является важной для здравоохранения проблемой?

Травматизм и насилие являются главной причиной гибели детей во всем мире. Ежегодно по этой причине погибает примерно 950 000 детей и молодых людей моложе 18 лет. Это означает, что каждый час ежедневно напрасно гибнет более 100 детей. Неумышленные травмы составляют почти 90% этих случаев. Одни только дорожно-транспортные травмы являются главной причиной смертности среди 15–19-летних и второй по значимости причиной гибели 5–14-летних детей (см. Таблицу 1).

Таблица 1: Главные причины смерти среди детей обоих полов в мире за 2004 г.

Категория	До 1 года	1–4 года	5–9 лет	10–14 лет	15–19 лет	До 20 лет
1	Перинатальные причины	Инфекционные заболевания нижних дыхательных путей	Инфекционные заболевания нижних дыхательных путей	Инфекционные заболевания нижних дыхательных путей	Дорожно-транспортные происшествия	Перинатальные причины
2	Диарея	Диарея	Дорожно-транспортные происшествия	Дорожно-транспортные происшествия	Нанесенная самому себе травма	Инфекционные заболевания нижних дыхательных путей
3	Инфекционные заболевания нижних дыхательных путей	Корь	Малярия	Утопление	Насилие	Диарея
4	Малярия	Малярия	Диарея	Малярия	Инфекционные заболевания нижних дыхательных путей	Малярия
5	Врожденные пороки развития	ВИЧ/СПИД	Менингит	Менингит	Утопление	Корь
6	Коклюш	Врожденные пороки развития	Утопление	ВИЧ/СПИД	Туберкулез	Врожденные пороки развития
7	ВИЧ/СПИД	Недостаток белка в питании	Недостаток белка в питании	Туберкулез	Ожоги	ВИЧ/СПИД
8	Столбняк	Утопление	Корь	Диарея	ВИЧ/СПИД	Дорожно-транспортные происшествия
9	Менингит	Дорожно-транспортные происшествия	Туберкулез	Недостаток белка в питании	Лейкемия	Коклюш
10	Корь	Менингит	ВИЧ/СПИД	Нанесенная самому себе травма	Менингит	Менингит
11	Недостаток белка в питании	Ожоги	Ожоги	Лейкемия	Кровотечение из-за ранних родов	Утопление
12	Сифилис	Коклюш	Падения с высоты	Ожоги	Падения с высоты	Недостаток белка в питании
13	Расстройства эндокринной системы	Туберкулез	Врожденные пороки развития	Война	Отравление	Столбняк
14	Туберкулез	Инфекционные заболевания верхних дыхательных путей	Эпилепсия	Насилие	Аборты	Туберкулез
15	Инфекционные заболевания верхних дыхательных путей	Сифилис	Лейкемия	Трипаносомоз	Эпилепсия	Ожоги

Источник: WHO(2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

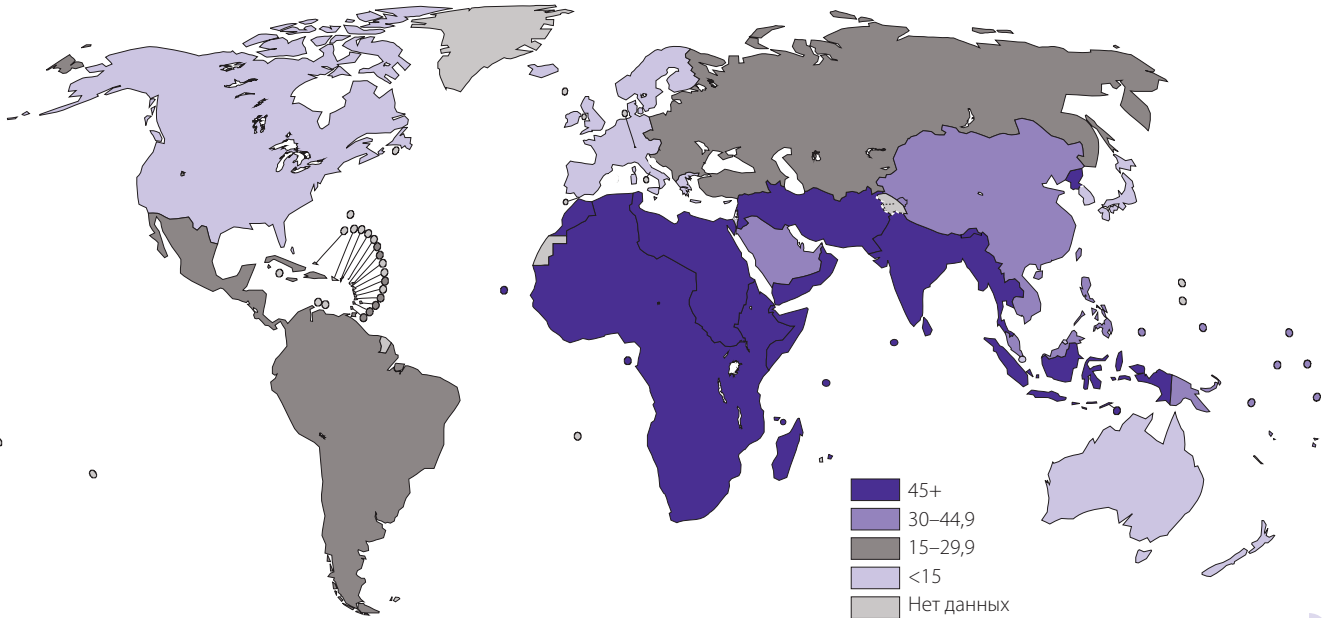
В дополнение к смертельным случаям от неумышленных травм, десятки миллионов детей нуждаются в больничном уходе из-за полученных не-смертельных травм. Многие из них остаются с какой-либо из форм инвалидности, часто с последствиями на всю жизнь. Категории дорожно-транспортных происшествий и падений с высоты попадают в число 15 главных причин болезней во всем мире среди детей возрастом до 14 лет. И для выживших после травм потребность в больничном уходе и реабилитации и вероятность наступления постоянной инвалидности могут иметь далеко идущие последствия для их будущего, здоровья, образования, социальной адаптации, а также для средств к существованию их родителей.

Что такое травма?

Травма определяется как «физическое повреждение, возникающее, когда человеческое тело внезапно подвергается воздействию энергии такого уровня, который превышает порог физиологической переносимости, или же является результатом нехватки одного или более жизненно-важных элементов, например, кислорода».

Бремя детского травматизма распространено неравномерно. Дети в бедных странах и дети из бедных семей в богатых странах являются самыми уязвимыми для травм (Рисунок 1). Более 95% всех смертельных случаев от травм среди детей во всем мире происходят в странах с низким и средним доходом. Хотя в развитых странах показатель смертности детей от травм намного ниже, травматизм и там является нередкой причиной смерти, составляя примерно 40% всех смертельных случаев среди детей.

Рисунок 1: Процент неумышленных травм на 100 000 детей^а в зависимости от уровня доходов населения, по регионам ВОЗ и миру в целом, 2004 г.



Африка	Сев. и Южн. Америка		Юго-Восточная Азия	Европа		Восточное Средиземноморье		Западная часть Тихого океана	
	СНСД	СВД		СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД
53,1	14,4	21,8	49,0	7,9	25,4	41,6	45,7	7,8	33,8

^а Эти данные относятся к детям в возрасте до 20 лет. СВД – страны с высоким доходом, СНСД – страны с низким и средним доходом. Источник: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Данные о детском травматизме

- Примерно 830 000 детей моложе 18 лет ежегодно умирают в результате неумышленной травмы.
- Неумышленные травмы являются **главной причиной смертности** среди детей старше 9 лет.
- Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий и утопления составляют почти половину всех неумышленных детских травм.
- Десятки миллионов детей ежегодно нуждаются в медицинском уходе в стационарных клиниках в связи с несмертельными травмами.
- Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий и падения с высоты являются главными причинами детской инвалидности, связанной с травмами.
- 95% детских травм наблюдается в странах со средним и низким доходом.
- Детский травматизм остается серьезной проблемой и в странах с высоким доходом, составляя 40% всех случаев смерти детей.
- За прошедшие три десятилетия многие страны с высоким доходом сумели **уменьшить** уровень детской смертности от травм на 50% за счет реализации многосекторных, многосторонних подходов к профилактике детского травматизма.

Как детский травматизм связан с другими проблемами здоровья детей?

Поскольку травматизм является главной причиной смертности и инвалидности среди детей во всем мире, предотвращение детского травматизма тесно связано с другими проблемами, относящимися к здоровью детей. Решение проблемы детского травматизма должно быть центральной частью всех проектов и инициатив по улучшению ситуации с детской смертностью и заболеваемостью и общим благополучием детей.

Сохранение жизни детей описывают как «самую неотложную моральную дилемму нового тысячелетия», а в принятой в ноябре 1989 г. Конвенции о правах ребенка утверждается, что каждый ребенок имеет право на наивысший достижимый уровень здоровья и безопасную окружающую среду. Большинство стран мира ратифицировали эту Конвенцию, которая требует, чтобы все страны приняли надлежащие законодательные, административные, социальные и образовательные меры для защиты детей от всех форм травматизма. Конвенция представляет собой мощное выражение коллективной точки зрения на обязанности по отношению к детям, но одной лишь декларации недостаточно – необходимы действия.

“Если мы собираемся в конечном счете достичь Цели развития тысячелетия по уменьшению детской смертности, то крайне важно, чтобы мы взяли за устранение причин детского травматизма”.

Анупама Рао Сингх
Региональный директор ЮНИСЕФ по странам Восточной Азии и Тихоокеанского региона

Во многих странах доля смертельных случаев из-за травм среди детей от 1 года до 4 лет настолько велика, что если не решить проблему травматизма одновременно с решением проблемы инфекционных заболеваний, то это воспрепятствует достижению четвертой из Целей развития тысячелетия – уменьшению детской смертности.

Детский травматизм и меняющийся мир

Благодаря улучшениям в других областях здоровья детей и совершенствованию методов сбора данных, стало очевидным, что в большинстве стран травматизм является главной причиной смертности и плохого состояния здоровья детей. Этот факт был признан недавно, а вместе с этим признанием приходит и понимание того, что во многих странах весь масштаб проблемы травматизма осознан пока не полностью. Например, в результате недавних масштабных исследований общей детской смертности, проведенных на уровне общин в пяти странах Юго-Восточной Азии, было обнаружено, что среди детей всех возрастов количество смертельных случаев из-за травм намного больше, чем считалось ранее. Кроме того, потенциально проблему могут усугубить такие факторы, как глобализация, урбанизация, автомобилизация и экологические изменения.

Какие существуют модели детского травматизма?

Детские травмы бывают разными в зависимости от причины, серьезности повреждения, возраста ребенка и места его проживания. Все это следует принимать во внимание при планировании действий.

Смертельный детский травматизм

Большинство смертельных травм среди детей младше 18 лет в 2004 г. стало результатом дорожно-транспортных происшествий, утоплений, ожогов, падений с высоты или отравлений. Эти пять категорий составляли 60% всех смертельных случаев от травм среди детей (Рисунок 2).

Рисунок 2: Причины смертельных случаев от травм среди детей в возрасте от 0 до 17 лет, мир в целом, 2004 г.



^a «Другие неумышленные травмы» включают такие категории, как удушение, асфиксия, удушье, укусы животных и ядовитых насекомых, общее охлаждение и перегревание организма, а также стихийные бедствия.

Источник: WHO(2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Показатель детской смертности от травматизма в странах со средним и низким доходом более чем в три раза превышает аналогичный показатель в странах с высоким доходом, но по категориям смертности от травм есть большие вариации. Для смертельных случаев от ожогов этот показатель в странах с низким доходом почти в одиннадцать раз выше, чем в странах с высоким доходом, для смертельных случаев от утопления он выше в шесть раз, для смертельных случаев от падений с высоты – почти в пять раз выше, а для смертельных случаев от отравлений в четыре раза выше (Таблица 2).

Таблица 2: Показатели неумышленных смертельных случаев от травм на 100 000 детей^а в зависимости от причины травмы и уровня дохода страны, мир в целом, 2004 г.

	НЕУМЫШЛЕННЫЕ ТРАВМЫ						Всего
	Дорожно-транспортные травмы	Утопление	Ожоги	Падения с высоты	Отравления	Другие ^б	
СВД	7,0	1,2	0,4	0,4	0,5	2,6	12,2
СНСД	11,1	7,8	4,3	2,1	2,0	14,4	41,7
В мире	10,7	7,2	3,9	1,9	1,8	13,3	38,8

^а Эти данные относятся к детям младше 20 лет. СВД – страны с высоким доходом, СНСД – страны с низким и средним доходом.

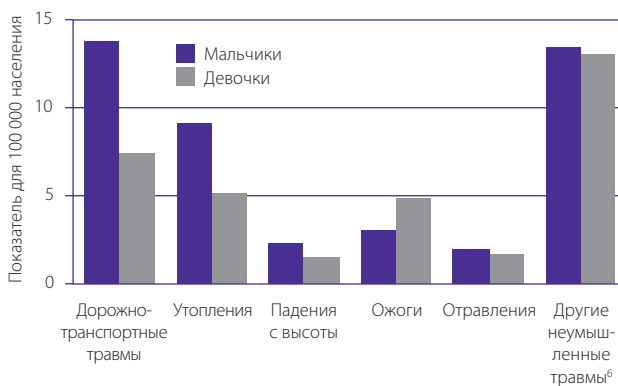
^б «Другие» включает такие категории, как удушение, асфиксия, удушье, укусы животных и ядовитых насекомых, общее охлаждение и перегревание организма, а также стихийные бедствия.

Источник: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Показатель смертности и категории смертельных случаев от неумышленных травм варьируются в зависимости от возрастных групп, и в этом наблюдается огромная разница между богатыми и бедными странами. Например, в то время как утопление является главной причиной смертельных случаев от травм среди детей до 5 лет как в Соединенных Штатах, так и в Азии, показатель смертности в Азии в 30 раз выше.

Мальчики погибают чаще, чем девочки, по всем категориям неумышленного травматизма, за исключением ожогов (Рисунок 3), по этой категории в некоторых частях мира, например, в странах региона Юго-Восточной Азии и в странах со средним доходом в регионе Восточного Средиземноморья, смертность среди девочек-подростков превышает смертность мальчиков-подростков на 50%. В большинстве регионов и стран разница в смертельных травмах между мальчиками и девочками с возрастом повышается. Эти показатели почти равны до возраста 5 лет, после которого мальчики составляют все более возрастающий процент, вплоть до наступления пубертатного периода, когда 15–17-летние мальчики составляют уже 86% неумышленных смертельных случаев от травм.

Рисунок 3: Показатели неумышленных смертельных случаев от травм на 100 000 детей^а в зависимости от причины смерти и пола, мир в целом, 2004 г.



^а Эти данные относятся к детям младше 20 лет.

^б «Другие» включают такие категории, как удушение, асфиксия, удушье, укусы животных и ядовитых насекомых, общее охлаждение и перегревание организма, а также стихийные бедствия. Источник: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Несмертельный детский травматизм и инвалидность

Смертельные случаи от травматизма – это только верхушка айсберга, и причины детских травм, приводящих к смертельным случаям, отличаются от причин несмертельного травматизма и инвалидности (см. Рисунок 4, на котором в виде пирамиды показаны последствия травм, связанных с падением детей с высоты). Поэтому важно принимать во внимание не только смертельные случаи от травм, так как сосредоточение на одних лишь смертельных случаях может привести к выбору стратегий профилактики травматизма, игнорирующим распространенные несмертельные травмы, что дорого обходится системе здравоохранения.

Черепно-мозговые травмы – это самый распространенный отдельно взятый (и потенциально самый тяжелый) тип травматизма, от которого страдают дети. Среди небольших травм, которым подвергаются дети, чаще всего встречаются порезы и ушибы. Однако самую распространенную категорию неумышленных травм, требующих госпитализации детей в возрасте до 15 лет, составляют переломы рук и ног.

Данные исследования «Глобальный надзор за детским неумышленным травматизмом», проведенного в четырех странах (Бангладеш, Колумбии, Египте и Пакистане), показали, что почти половина детей младше 12 лет, настолько пострадавших от тяжелых неумышленных травм, что они нуждались в лечении в отделении травматологии, остались с какой-либо из форм инвалидности. Среди пострадавших от ожогов детей, 8% осталось с постоянной формой инвалидности, а дети, пострадавшие в дорожно-транспортных происшествиях, остаются с какой-либо из форм инвалидности еще чаще. Даже если дети выживают после полученной обширной травмы, то еще долго остаются в состоянии физической, психической или психологической нетрудоспособности, что серьезно влияет на их собственную жизнь, а также на жизнь их близких родственников. Кроме того, на жизнь детей влияют не только их собственные травмы, но и травмы, полученные другими людьми. Это особенно верно в тех случаях, когда травма родителя или попечителя приводит к их смерти или инвалидности, что, соответственно, сказывается на доходах семьи.

Несмотря на чудовищность проблемы травматизма, ее решение возможно. Опыт и исследования в странах с высоким доходом показали, что большую часть детских травм и смертельных случаев из-за травм можно предотвратить, и большую часть этого знания можно применить во всех странах.

Рисунок 4: Схема в виде пирамиды, на которой показаны последствия травм, связанных с падением с высоты детей возрастом до 17 лет, область Цзянси, Китай



Что делает ребенка особенно подверженным травмам?

Дети – это не маленькие взрослые. Их способности и поведение иные, чем у взрослых. Физические и умственные способности детей, степень зависимости, тип активности и рискованность поведения существенно изменяются по мере того как они становятся старше. Но пока дети развиваются, их любопытство и потребность в экспериментировании не всегда соответствуют их способности к пониманию или реагированию на опасность, что ставит их под угрозу получения травмы. Таким образом, детский травматизм сильно связан с типом их активности, а это в свою очередь связано с возрастом и стадией развития.

Проблемы возраста и развития

Смертельные случаи от травм среди детей и несмертельные травмы существенно зависят от возраста. Важно, чтобы стратегии профилактики травматизма принимали во внимание возраст и стадии развития детей, а также реальности нашего меняющегося мира. Например, ситуация в различных частях Африки к югу от Сахары, где ВИЧ и СПИД порождают появление домохозяйств, в которых нет родителей, и где маленькие дети вынуждены брать на себя обязанности взрослых, показывает, как радикально изменяется сама сущность детства.

Множество физических особенностей делает детей уязвимыми для травм. Небольшой размер тела детей повышает для них риск в дорожных ситуациях. Дети менее заметны, чем взрослые, и если их сбивает машина, они с большей вероятностью, чем взрослые, пострадают от травмы головы или шеи. В то же время маленьким детям труднее заметить машину, оценить скорость ее приближения и расстояние до нее по звуку двигателя. Кожа ребенка обжигается глубже, быстрее и при более низких температурах, чем более толстая кожа взрослых. Кроме того, определенные физические

особенности маленьких детей могут повлиять и на последствия травмы. Например, конкретное количество ядовитого вещества будет более ядовито для ребенка, чем для взрослого, из-за меньшей массы тела ребенка. Меньший размер тела ребенка также создает риск ущемления различных частей тела, что особенно опасно для головы. Во многих изделиях и установках эти риски адекватно не учитываются.

Изучение поведения детей на дороге показали, что маленьким детям может не хватить знаний, навыков и уровня концентрации внимания для того, чтобы справиться с ситуацией на дороге, независимо от того, насколько она спокойная. Кроме того, возросшим физическим способностям детей могут не соответствовать их умственные способности. Например, маленькие дети в процессе исследования мира могут упасть с высоты, потому что их способность к лазанью превышает их способности удерживать равновесие или обдумывать шаги.

Пол

Травмы у мальчиков встречаются чаще, а их последствия бывают тяжелее, чем у девочек. Для объяснения разницы в уровне травматизма между мальчиками и девочками выдвинуты различные теории. В их числе идея о том, что мальчики участвуют в более рискованных предприятиях, чем девочки, у них более высокий уровень активности, и они ведут себя более импульсивно. В число объяснений входит и предположение, что мальчики социализируются иначе, чем девочки. Их исследовательские действия родители ограничивают реже, как правило, позволяя им уходить на прогулки дальше, и чаще позволяют им играть в одиночку.

Бедность

Повышенному риску травматизма подвержены дети, живущие в более бедных странах, а также дети, живущие в менее благополучных семьях в богатых странах. Широкий диапазон социально-экономических факторов влияет на риск получения ими травм. В число этих факторов входят семейный доход, материнское образование, воспитание в семье с одним родителем, возраст матери, количество детей, численность членов домохозяйства, тип жилья и степень его перенаселенности. Дети, живущие в бедности, с большей вероятностью подвергаются воздействию опасного окружения, включая интенсивное, скоростное движение на дорогах, отсутствие специальных площадок и приспособлений для безопасных игр, стесненные условия жизни без кухни, оборудованной надлежащим образом, приготовление пищи на открытом огне, незащищенные окна и крышу без чердачного перекрытия, а также лестницу без перил.

Кроме того, травмы также могут стать причиной бедности, дав начало порочному кругу. Бедное население особенно подвержено семейным финансовым кризисам, возникающим из-за дорожно-транспортных происшествий или наводнений, которые могут вызвать еще большее истощение ресурсов семьи. Дети особенно подвержены риску, когда они либо сами могут пострадать от травм, либо из-за утраты родителей. Например, в Бангладеш в результате исследования было установлено, что травматизм, из-за которого ежегодно погибают около 7900 отцов и 4300 матерей, является главной причиной утраты детьми родителя.

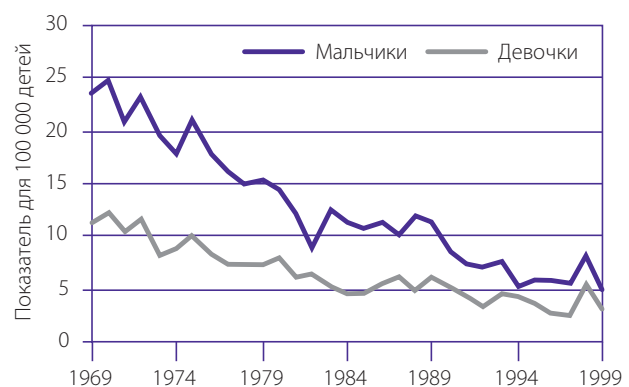
Среда

Стадии физического и умственного развития, возраст и пол детей имеют важное значение, но дети подвержены травмам также и потому, что живут в мире, в котором их возможности для влияния и контроля невелики. Это еще больше осложняется отсутствием у детей возможности изменять свое окружение. Дети живут в городской и сельской среде, созданной взрослыми и для взрослых. Их голос редко бывает услышан, и существует немного мест, созданных с учетом мнения детей. Градостроители и разработчики политики часто полагают, что вносимые ими изменения будут полезны всем, но не учитывают интересы детей. Новые изделия часто разрабатываются без учета их возможного использования детьми и соответствующего вреда для них. Детские потребности должны быть учтены в окружающем их жизненном пространстве.

Травмы можно предотвращать

Травмы можно предотвращать или контролировать. Ряд стран с высоким доходом достигли заметного уменьшения показателей детской смертности от травм, в некоторых случаях более чем на 50% (см. Рисунок 5). Однако этот успех не был результатом простого воспроизведения стратегий безопасности, которые подходят для взрослых. Уникальные, реальные потребности детей могут быть учтены в базовых принципах, лежащих в основе большинства успешных программ профилактики травматизма во всем мире.

Рисунок 5: Тенденции детского травматизма, Швеция, 1969–1999 гг.



Какие подходы действенны?

Те страны, которые используют комбинацию широких подходов в дополнение к поощрению культуры безопасности и демонстрации сильной политической приверженности, достигли самых значительных успехов в снижении доли детского травматизма. Каждый из широких подходов применялся в различных областях детского травматизма, и в каждом случае были разработаны конкретные стратегии профилактики, многие из которых оказались эффективными для снижения травматизма или показали свою высокую перспективность.

Законодательство и правоприменение

Законодательство является мощным инструментом профилактики травматизма. Его можно рассматривать как «проверку приверженности делу безопасности детей». Существуют свидетельства того, как законодательство приводило к увеличению применения профилактических мер и уменьшало детский травматизм в целом ряде сфер. Многие страны имеют особые стандарты или требования для широкого диапазона товаров и услуг, например, предметов для ухода за ребёнком и защитных шлемов. Как правило существуют требования и стандарты, относящиеся к строительству зданий, а также к обеспечению здоровья и безопасности на рабочих местах. Например, закон, установивший норму более низкого содержания алкоголя в крови у молодых водителей, привел к 4%-му сокращению аварий. Значительного сокращения числа отравлений удалось достичь в странах с высоким доходом благодаря законам, требующим защищенной от детей упаковки ядовитых товаров. Тем не менее важным является не только само введение новых законов, но и то, насколько последовательно они применяются и насколько строго они приводятся в исполнение.

Подходы к профилактике детского травматизма

- Законодательство и правоприменение
- Модификация изделий
- Модификация окружающей среды
- Вспомогательные обходы домов и пропаганда систем безопасности
- Образование, развитие навыков и изменение поведения
- Проекты, рассчитанные на сообщества
- Догоспитальная и скорая помощь, а также реабилитация

Модификации изделий

Изменение дизайна и способа производства различных изделий может уменьшить риск травматизма, ограничить доступ к опасным предметам и снизить тяжесть травм. Модификации изделий внесли свой вклад в предотвращение детского травматизма. Например, появление защищенных от детей упаковок было эффективным средством снижения числа случаев смерти детей от отравления такими веществами, как парафин, бытовые товары и химикаты. Изменение конструкции дровяных печей способно уменьшить число не только острых инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей у детей, но и ожогов огнем и кипятком.

“К самым успешным детским стратегиям профилактики травматизма относятся адаптация окружения к особенностям детей и встраивание мер безопасности в дизайн различных изделий”.

Вим Розманз

Директор Института безопасности потребителя

Изменение окружающей среды

Важным подходом в профилактике травматизма является изменение окружающей среды таким образом, чтобы сделать ее более удобной. Уже разработаны эффективные усовершенствования для дорожно-транспортной среды и для дома. Например, страны с высоким доходом добились значительного прогресса в создании более безопасной транспортной инфраструктуры, включая дороги вокруг школ и детских садов. Поскольку не все эти меры могут быть действенными в странах с низким доходом, одним из вариантов является физическое разделение дорожных пользователей на различные типы. Например, в Малайзии внедрение отдельных полос дороги для мотоциклистов привело к сокращению аварий на 27%.

Вспомогательные обходы домов и пропаганда систем безопасности

Обходы семей с высоким риском травматизма детскими медицинскими сестрами служат самым разным целям, в том числе улучшению ситуации в семье, укреплению семьи и решению вопросов, связанных с поведением детей. Улучшение качества домашней среды приводит к снижению риска некоторых видов травматизма, например, падения с высоты очень маленьких детей. Наибольшее воздействие оказывают программы, в рамках которых профессиональные инспекторы располагают возможностью дольше задерживаться в семьях и объяснять правила пользования системами безопасности.

Системы безопасности

Разработка и продвижение на рынке систем безопасности могут привести к значительному сокращению травматизма. Например, велосипедные шлемы уменьшают риск средней и тяжелой травмы головного мозга среди велосипедистов всех возрастов на 63–88%, а детекторы дыма уменьшают риск смертельных случаев, связанных с пожаром, на 70%.

Образование, навыки и изменение поведения

Ясно, что образование подкрепляет другие стратегии, такие как введение новых законов, пропаганда систем безопасности и обходы домов. Однако образовательные программы *сами по себе* не уменьшают травматизм и не должны быть единственным средоточием усилий в области профилактики детского травматизма, особенно когда существуют другие испытанные и перспективные стратегии.

Неотложная медицинская помощь

Укрепление служб травматологической помощи по всему спектру услуг, от догоспитального ухода, стационарного ухода, до реабилитации больных, сильно способствует снижению доли смертности и инвалидности от травматизма. Догоспитальный и стационарный уход может быть усовершенствован путем стандартизации оборудования, обучения,

инфраструктуры и операций, а там, где нет никакой официальной службы экстренной медицинской помощи, догоспитальный уход может быть усовершенствован за счет опоры на существующие неформальные системы и транспорт.

Затраты и экономическая эффективность

Многим родителям понадобятся десятилетия, чтобы затянулась рана от неожиданной утраты ребенка из-за травмы, а у кого-то она так никогда и не заживает. Некоторые семьи еще острее чувствуют эмоциональную боль, когда осознают, что простые меры могли предотвратить случившееся. Даже когда травма в результате оказывается несмертельной, затраты на лекарства и особый уход, которые часто необходимы серьезно травмированному или искалеченному ребенку, могут возложить на родителей огромную финансовую нагрузку и повлечь за собой значительные материальные трудности для семьи или опекунов.

В дополнение к тому, что приходится выдержать родителям, братьям и сестрам, семьям и сообществам, детский травматизм подвергает также значительному напряжению и без того часто перегруженные системы здравоохранения. Затраты на программы первичной профилактики намного меньше, чем затраты на лечение ребенка (иногда в течение многих месяцев) после получения травмы, которую можно было предотвратить. Многие богатые страны уже внедрили экономичные программы первичной профилактики, что привело к сокращению расходов на здравоохранение. Например, в США было подсчитано, что каждый доллар, потраченный на систему безопасности для детей, экономит 29 долларов прямых и косвенных затрат на здравоохранение и других расходов общества. Как показывает Таблица 3, многие экономичные стратегии профилактики неумышленного травматизма могут не только сберечь жизни, но и затраты общества. Если бы подобные эффективные меры профилактики детского травматизма были реализованы во всем мире, то можно было бы ежедневно спасать более 1000 детских жизней.

Таблица 3: Экономия средств от некоторых мер по профилактике травматизма

РАСХОДОВАНИЕ ОДНОГО ДОЛЛ. США НА:	ЭКОНОМИЯ (В ДОЛЛ. США)
Дымовую пожарную сигнализацию	65
Системы безопасности для детей	29
Велосипедные шлемы	29
Профилактические меры по рекомендации педиатров	10
Службы контроля за ядами	7
Улучшение безопасности на дорогах	3

Финансовая цена травматизма для государства огромна. В развивающихся странах одни лишь издержки из-за дорожно-транспортных травм ежегодно составляют 1–2% валового национального продукта (около 100 млрд долл. США), то есть вдвое больше всей помощи на развитие, получаемой во всем мире развивающимися странами. Общемировых данных по издержкам вследствие неумышленных детских травм нет, но недавние исследования в США показали, что ежегодные затраты на медицинскую помощь и потери способности к воспроизводству потомства в результате всех травм детей в возрасте до 14 лет измеряются суммой порядка 50 млрд долл. США. Таким образом, существует большая потребность в экономически эффективных и точно нацеленных действиях по профилактике травматизма.

“Мы не можем воспринимать эти травмы лишь как неизбежные несчастные случаи. Если бы болезни убивали наших детей в тех же масштабах, что и неумышленные травмы, то общество с невероятной силой возмутилось бы и потребовало остановить этого убийцу”.

К. Эверетт Куп
Бывший Главный хирург Соединенных Штатов

Доказано, что многие профилактические стратегии могут быть и действенными и экономичными. Однако эффективные устройства безопасности должны быть в наличии и продаваться по доступной цене, чтобы их могли позволить себе все семьи, особенно в странах с низким и средним доходом. Было произведено сопоставление данных по 18 странам с разным уровнем экономического развития о четырех эффективных приспособлениях, обеспечивающих безопасность: детским автомобильным креслам, детским автомобильным сиденьям без спинки (бустерам), детским велосипедным шлемам и дымовой пожарной

сигнализации. Цены на эти устройства варьируются в широком диапазоне, и во многих странах они очень дорогие. Для того чтобы купить велосипедный шлем, рабочий завода в стране с низким доходом должен работать в 11 раз дольше, чем его коллега в стране с высоким доходом, в то время как для того чтобы заработать необходимую сумму для покупки детского автомобильного кресла, первому нужно работать в 16 раз дольше, чем второму.

Настоятельно необходимо провести анализ затрат и экономической эффективности профилактических стратегий по снижению детского травматизма или смягчению его последствий. Такого рода данные могут оказать сильное влияние на разработчиков политики и убедить их к инвестициям в соответствующие меры первичной профилактики.

Преодоление препятствий

«Данные сами по себе не содержат полного рецепта успеха и не являются императивом к действию». Результаты исследования еще надо перевести на язык практики таким образом, чтобы приспособить их к местным условиям и обстоятельствам. В тех регионах мира, где уже достигнуты значительные успехи, необходимо приложить усилия, чтобы эффективные меры применить более широко. Например, проведенный не так давно в США анализ показал,

что смертельные случаи из-за травматизма среди детей можно уменьшить на треть, если бы практики, доказавшие свою эффективность в одних штатах, были приняты в других, схожих по условиям жизни, штатах. В тех же областях мира, где подобного рода деятельность только разворачивается, необходимо расставить приоритеты в принятии мер, но сделать это следует после изучения масштаба проблемы, с учетом сведений об эффективности, экономичности или величины затрат на осуществление каждой профилактической меры (где это возможно) и с учетом условий конкретной страны. К сожалению, профилактика детского травматизма осложняется из-за множества заблуждений, ограничений и других препятствий, но ни одно из них не является непреодолимым.

Заключение

Несмотря на многочисленность и сложность препятствий, профилактика травматизма создает и благоприятные возможности. За последние годы все большее признание получило значение дорожно-транспортного травматизма и насилия для состояния общественного здоровья. Накоплен большой опыт и возникло понимание всех аспектов профилактики травматизма. Во всем мире эти разработки могут создать прочную основу, для того чтобы привести к значительному и устойчивому снижению детской смертности и потери здоровья из-за травм.

Очень успешными были инициативы по сохранению жизни детей. В начале «революции сохранения жизни детей» более 75% детей мира жили в странах, где детская смертность была высокой, в то время как теперь, всего лишь тридцать лет спустя, детская смертность составляет менее 20%. Тем не менее, дальнейшие улучшения в области охраны здоровья детей потребуют осуществления широких программ по снижению и мониторингу травматизма для детей в возрасте до 18 лет.

Проблемы, стоящие перед профилактикой детского травматизма

- Многие до сих пор полагают, что травмы неизбежны
- Лишь немногие страны располагают добротными содержательными данными по детскому травматизму
- Недостаточно оценено то, «что работает», в странах со средним и низким доходом
- Ограниченность человеческого потенциала для решения проблемы
- Слабое взаимодействие между организациями по согласованному решению вопросов детского травматизма
- Недостаточное финансирование для поддержания усилий по профилактике травматизма
- Нехватка политической воли и понимания

Сейчас самое время приступить к решению проблемы этого преодолимого ущерба детям и обществу. Каждый случай, когда ребенок пострадал от травмы или стал инвалидом, приводит к издержкам для будущей экономики страны. Внедрение в практику всего, что известно об уменьшении детского травматизма, поможет достичь Целей развития тысячелетия. Это снизит расходы на систему здравоохранения, повысит способность еще больше сократить масштабы травматизма и позволит защитить детей.

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА

Учет детского травматизма

Программа учета и профилактики травматизма для канадских больниц (CHIRPP) представляет собой образец программы наблюдения за детским травматизмом на основе отделения неотложной медицинской помощи. Она вступила в действие с 1990 г. и собирает информацию об обстоятельствах, при которых происходят травмы, а также о типах и тяжести травм.

За прошедшие 18 лет CHIRPP издала много докладов по широкому кругу проблем травматизма, например о влиянии законодательства на использование велосипедного шлема; о влиянии новых инструкций, разрешающих применение силовых приемов игроками в хоккей на льду младшего возраста; и о влиянии новых канадских стандартов на оборудование детских площадок. Например, доклад CHIRPP о травмах детей в результате использования детских ходунков привел к тому, что Бюро безопасности здоровья Канады решило, что ходунки подвергают маленьких детей значительным и неоправданным рискам. Это, в свою очередь, привело к тому, что в июне 2007 г. министр здравоохранения Канады выступил за сохранение запрета на ходунки, включая их рекламирование, продажу и импорт. До настоящего времени Канада остается единственной страной в мире, в которой запрещены все типы ходунков.



© P. Lanvers-Casola, WHO

Дорожно-транспортный травматизм

По мере того как дети вырастают, их жизнь выходит за пределы своего двора и они попадают на местные дороги, подвергаются опасностям и рискам. Несмотря на то что дети пользуются дорогой как пешеходы, велосипедисты, мотоциклисты и пассажиры транспортных средств, во многих странах не учитываются потребности детей в дорожной инфраструктуре. В некоторых странах дети даже работают, играют или живут вблизи дороги. Такая беззащитность, наряду с другими присущими детству факторами риска, делает детей еще более уязвимыми на дорогах.

Масштабы дорожно-транспортного травматизма

Что такое дорожно-транспортное происшествие?

Дорожно-транспортное происшествие определяется как столкновение или авария, произошедшее на дороге общественно по крайней мере одно движущееся транспортное средство, а дорожно-транспортная травма определяется как травма со смертельным исходом или без смертельного исхода, возникшая в результате дорожно-транспортного происшествия.

Дорожно-транспортный травматизм является главной причиной смертности среди детей в возрасте 10–19 лет.

Ежегодно в результате дорожно-транспортных происшествий погибает более 260 тысяч детей. По приблизительным оценкам в результате этих происшествий более 10 миллионов детей получают травмы. Материальные издержки во всем мире из-за дорожно-транспортного травматизма и смертельных случаев на дорогах ежегодно оцениваются примерно в 518 миллиардов долларов, то есть в размере 3% валового национального продукта большинства стран. Жертвами дорожно-транспортных происшествий становятся не только дети. Например, в Юго-Восточной Азии 20–66% детей становятся сиротами, теряя одного или обоих родителей из-за несчастных случаев на дорогах.

Девяносто три процента смертельных случаев среди детей в результате дорожно-транспортных происшествий происходят в странах с низким и средним доходом. Около двух третей смертельных случаев среди детей из-за дорожно-транспортного травматизма происходят в странах Юго-Восточной Азии и Африки, а также в странах с низким и средним доходом Западной части Тихого океана, хотя самые высокие показатели смертности имеют страны Африки и Восточного Средиземноморья (Таблица 4). Даже в странах Европейского Союза, где эти показатели не столь высоки, дорожно-транспортный травматизм, становится причиной каждой пятого смертельного случая от травм среди детей.

ИСТОРИЯ ДИНЫ

Дина – это моя дочь. Когда ее жизнь оборвалась, ей было всего 17 лет. Как-то вместе с тремя подругами она отправилась на вечеринку по случаю дня рождения. Покинув такси, они должны были перейти дорогу с интенсивным движением, где не было ни светофора, ни пешеходного перехода. На этой дороге ее и сбил набравший скорость автобус. Дина любила множество вещей, она любила жизнь. Она всегда тратила больше времени на других, чем на саму себя. Для нас она навсегда осталась «Ангелом Нила».



© D. Blanchard

Неправительственная организация «Общество безопасных дорог» родилась именно потому, что погибла наша дочь. Эта организация предназначена для того, чтобы сделать дороги в Египте более безопасными для его граждан. Наш первый проект состоит в строительстве пешеходного туннеля под дорогой Корниш-эль-Нил в каирском районе Маади, как раз там, где погибла Дина. Эта смертельно опасная дорога с интенсивным движением проходит рядом со спокойно текущим Нилом. Множество заинтересованных и самоотверженных египтян и иностранцев объединилось с целью сделать этот туннель реальностью. Были получены разрешения со стороны правительства, и объявлен тендер на строительство. Следующий наш шаг – за счет добровольных пожертвований собрать достаточные средства для выполнения этого спасительного проекта. Кроме того, в школе Дины была учреждена стипендия в ее честь, и ежегодно она присуждается той выпускнице, которая больше всех улыбается и дарит другим людям радость. Строя пешеходный туннель, мы надеемся спасти множество жизней, и я мечтаю увидеть, как моя Дина, мой Ангел Нила, посмотрит на нас с небес и улыбнется в знак одобрения.

Дэвид Блэнчард, отец Дины

Таблица 4: Показатели смертности в результате дорожно-транспортного травматизма на 100 000 детей^а в зависимости от пола, региона ВОЗ и уровня дохода страны, 2004 г.

	Африка	Сев. и Южн. Америка		Юго-Восточная Азия	Европа		Восточное Средиземноморье		Западная часть Тихого океана	
	СНСД	СВД	СНСД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД
Мальчики	23,9	10,8	10,5	9,6	7,4	11,2	27,8	22,3	5,8	12,2
Девочки	15,9	6,5	4,8	5,1	2,8	5,3	8,6	12,2	2,5	4,7
Оба пола	19,9	8,7	7,7	7,4	5,2	8,3	18,3	17,4	4,2	8,6

^а Эти данные относятся к детям не старше 20 лет.
СВД – страны с высоким доходом, СНСД – страны с низким и средним доходом.
Источник: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

В большинстве регионов мира в результате дорожно-транспортных происшествий мальчики гибнут по меньшей мере вдвое чаще девочек, причем наибольшей опасности на дороге подвергаются дети в возрасте 15–19 лет (Таблица 5).

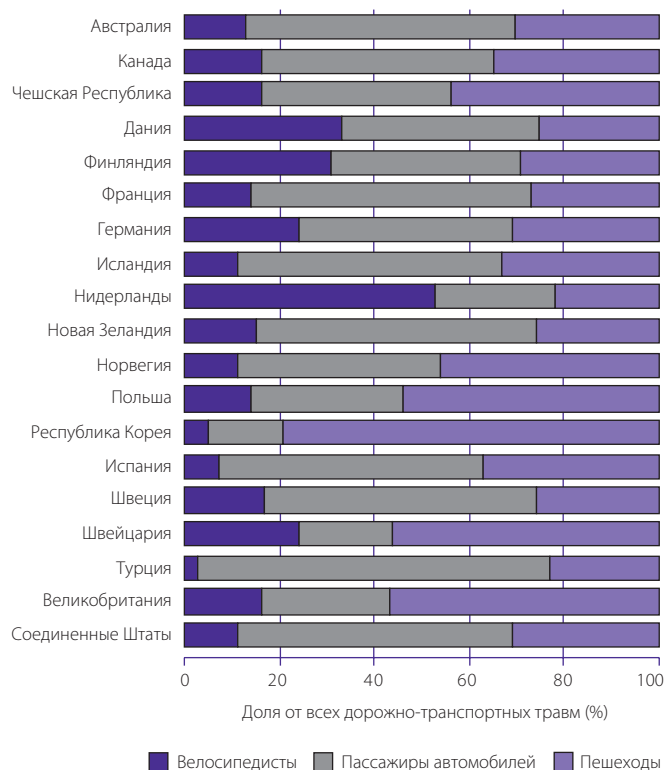
Таблица 5: Показатели смертности в результате дорожно-транспортного травматизма на 100 000 детей в зависимости от возраста и пола, мир в целом, 2004 г.

	ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ (В ГОДАХ)					
	До 1	1–4	5–9	10–14	15–19	До 20
Мальчики	11,5	9,7	13,3	8,7	23,4	13,8
Девочки	7,4	8,3	9,3	4,5	7,9	7,5
Оба пола	9,5	9,0	11,4	6,6	15,9	10,7

Источник: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Дети гибнут или получают травмы как пешеходы, велосипедисты, пассажиры автомобилей, водители или пассажиры мотоциклов, либо как пользователи общественного транспорта, например, общественных или школьных автобусов (Рисунок 6). Вдобавок к этому, во многих странах дети живут, играют или вынуждены работать на улицах.

Рисунок 6: Процент смертности среди детей^а в результате дорожно-транспортных происшествий в зависимости от типа пользователя дороги в некоторых странах ОЭСР



^а Эти данные относятся к детям в возрасте до 15 лет.
ОЭСР – Организация экономического сотрудничества и развития.

Почему дети подвержены опасности дорожно-транспортного травматизма?

Дети подвержены опасности дорожно-транспортного травматизма в силу множества разнообразных причин. Если установить и понять факторы, ставящие детей под угрозу попасть в дорожно-транспортное происшествие или получить травму, то можно в значительной мере помочь их предотвращению.

Возраст и стадия развития

Во всем мире опасность получения детьми травм в результате дорожно-транспортных происшествий с возрастом повышается, что отражает как увеличение подверженности риску, так и разницу в том, как дети разных возрастов пользуются дорогой. Например, дети младшего возраста чаще ходят в сопровождении родителей, в то время как дети более старшего возраста начинают везде передвигаться самостоятельно: сначала пешком, затем ездить на велосипеде, мотоцикле и, наконец, начинают водить транспортное средство. Опасности связаны с физическим и когнитивным развитием, рискованным поведением и влиянием сверстников.

Физическое развитие

Физически дети более уязвимы для травматического воздействия, чем взрослые, потому что меньшие размеры их тела могут ограничивать способность замечать все вокруг или быть замеченными в ситуации на дороге, а меньшая развитость у них сенсорных способностей приводит к тому, что они не улавливают важные сигналы опасности, таким образом повышая их риски.

Когнитивное развитие

Уровень когнитивного развития детей также влияет на их способность принимать безопасные решения в ситуациях на дороге. Многие из представлений, которые необходимы для безопасного движения в транспортном потоке, такие как представления о скорости и расстоянии, вырабатываются лишь к 5–7 годам, а до тех пор пока дети не достигнут возраста 11 лет, они не могут уверенно распознавать опасные ситуации на дороге. Способности подростков размышлять, рассуждать, принимать решения и контролировать свои побуждения созревают лишь к 20 годам, из-за чего дети более младшего возраста, выступающие в качестве водителей транспортных средств, подвержены повышенной опасности.

Рискованное поведение

Дети постарше и подростки могут активно стремиться к риску, чтобы получить ощущение владения ситуацией, а иногда чтобы оказать сопротивление чьему-либо авторитету. Установлено, что стремление к поиску необычного растет в возрасте 9–14 лет, достигая максимума на последней стадии периода полового созревания, чем и обусловлен высокий процент дорожно-транспортного травматизма среди пешеходов и водителей такого возраста.

Влияние сверстников

Несовершеннолетние водители испытывают более высокое давление со стороны сверстников, чем взрослые. Это подталкивает их к нарушению правил дорожного движения, таких как превышение скорости, управление автомобилем в состоянии алкогольного опьянения или опасный обгон, особенно в присутствии пассажиров примерно такого же возраста.

Влияние половых различий

Мальчики больше рискуют получить на дороге травму, чем девочки, потому что больше предоставлены сами себе, чаще совершают рискованные поступки и более активны в поисках необычных ощущений.

Пользователи дороги

Пешеходы

Дети-пешеходы подвержены опасности по причине того, что их физическое и когнитивное развитие и меньшие размеры тела ухудшают их способность принятия безопасных решений в ситуации на дороге. Во многих странах со средним и низким доходом дети также подвержены более высокому риску, поскольку дорога используется ими как место для игр и работы.

Пассажиры

Дети в качестве пассажиров автомобилей подвержены опасности в том случае, если они не пристегнуты ремнем безопасности или пристегнуты им неправильно. Распространённость правильного использования креплений варьируется в пределах от почти 90% в США до едва ли не нулевого использования во многих странах со средним и низким доходом. Во всем мире самые низкие показатели использования ремня безопасности наблюдаются среди подростков и совершеннолетних молодых людей.

Велосипедисты или мотоциклисты

Риск для детей-велосипедистов напрямую зависит от степени их незащищенности при езде. В большинстве стран с высоким доходом, где на велосипеде ездят для удовольствия, степень риска невелика, однако во многих странах со средним и низким доходом уровень риска значительно выше – почти на треть. В число других рисков входит неправильное ношение шлема, езда по дороге со смешанным движением, по тротуарам или пешеходным дорожкам, а также узкое поле обзора у велосипедиста.

Риски для детей-водителей или детей-пассажиров мотоцикла также непосредственно связаны с незащищенностью, притом что многие дети ездят на мотоциклах в качестве пассажиров, а в ряде стран разрешается водить мотоцикл подросткам начиная с 15-летнего возраста. Во многих странах недостаточно распространено правильное использование защитного шлема мотоциклистами и их пассажирами на заднем сиденье, поэтому в случае аварии там высока опасность получения черепно-мозговых травм.

Водители

Водители-подростки – это особая группа риска. На единицу преодолеваемого расстояния вероятность попадания в аварию с летальным исходом у 16-летних водителей более чем в два раза выше, чем у 20–24-летних, и в 4 раза выше, чем у 25–29-летних водителей. При одинаковом опыте вождения начинающие водители в возрасте 16–19 лет также попадают в аварии чаще, чем начинающие водители старшего возраста. Первые не только чаще ездят в состоянии алкогольного опьянения, но, к тому же, и само алкогольное опьянение сильнее влияет на качество их вождения. В число дополнительных факторов риска входят склонность к превышению скорости, неиспользование ремня безопасности, пользование мобильным телефоном или другим отвлекающим внимание устройством, утомляемость от вождения или нарушение правил дорожного движения.

Бедность

Существует прочная связь между социально-экономическим статусом и дорожно-транспортным травматизмом среди детей. В странах с высоким доходом эта опасность для детей и совершеннолетних молодых людей более высока, если они происходят из семьи, принадлежащей к низшему социальному слою. Исследование, проведенное в одной из стран с низким доходом, установило наличие связи семейного дохода с выбором вида используемого транспорта, что, в свою очередь, может повышать риск травматизма. В другой стране выявлена корреляция между риском травматизма среди детей-пешеходов и размерами семьи.

Конструкция транспортного средства

Конструкция транспортного средства является важным фактором риска для дорожно-транспортного травматизма среди детей, учитывая небольшие размеры тела ребенка. Это может влиять на вероятность и тяжесть травм, которым подвержены дети-пешеходы. В частности для уменьшения числа черепно-мозговых травм среди детей-пешеходов производится изменение конструкции бамперов. Кроме того, многие транспортные средства теперь оснащают сенсорами заднего хода, чтобы уменьшить вероятность травмирования детей во время движения задним ходом на подъездных дорогах и парковках. Эргономические изменения в конструкции велосипеда тоже могут способствовать снижению риска травматизма.

Ситуация на дороге

Опасность нахождения детей в дорожных системах повышает множество факторов, связанных с ситуацией на дороге. Особая опасность для детей-пешеходов возникает в том случае, когда:

- плотность движения превышает 15 000 автомашин в день;
- нет безопасных и эффективных систем общественного транспорта;
- транспортные средства движутся с неприемлемо высокой скоростью;
- неудовлетворительное землепользование и использование сети дорог приводит к отсутствию детских площадок для игр и разделения пользователей дорог;
- протяженные прямые дороги способствуют движению на повышенных скоростях в районах со смешанным землепользованием, включающим жилые дома, школы и торговые точки.

Отсутствие доступа к медицинской помощи и реабилитации

Наличие, доступность и качество травматологической службы – все это влияет на восстановление после дорожно-транспортной травмы. Во многих странах со средним и низким доходом эти службы либо отсутствуют, либо недостаточно развиты, что обуславливает для детей невозможность получения медицинской помощи.

Необходимость создания менее пугающей обстановки в пунктах неотложной медицинской помощи

Исследования в Великобритании показали, что часто первый опыт знакомства молодого человека с больницей связан с попаданием после дорожной аварии в отделение несчастных случаев и неотложной помощи. Этот опыт может усилить физические страдания пациента из-за нехватки информации, недостатка понимания и ощущения изолированности или одиночества.

При лечении пострадавшего в дорожно-транспортном происшествии ребенка персонал системы здравоохранения должен предоставлять ему больше информации, передавая ее понятным ему языком, и стараться создать для него менее пугающую обстановку.

Что можно предпринять для предотвращения дорожно-транспортных травм?

За прошедшее десятилетие было много написано о том, как наилучшим образом уменьшить число случаев дорожно-транспортного травматизма. Во *Всемирном докладе о предупреждении дорожно-транспортного травматизма* описаны проверенные меры и даны шесть рекомендаций по предотвращению дорожно-транспортного травматизма на уровне отдельных стран. Агитируя за системный подход, рекомендации доклада в равной степени применимы и в отношении профилактики дорожно-транспортных происшествий с участием детей.

Системный подход имеет особую ценность для обеспечения безопасности детей на дороге, потому что он не предполагает возложения всей ответственности на детей, когда от них самих требуется адаптировать свое поведение к дорожному движению. Вместо этого он признает, что потребность детей в безопасном передвижении должна учитываться при проектировании и в управлении всей транспортной системой. Тем не менее, существует ряд мер, специально предназначенных для детей (см. Таблицу 6).

Что такое системный подход к безопасности на дорогах?

Создание менее опасной дорожно-транспортной системы требует целостного понимания этой системы, понимания взаимодействия между ее элементами (транспортными средствами, дорогами, пользователями дорог и их физическими и социально-экономическими характеристиками) и определения того, где следует принимать меры.

Таблица 6: Краткий обзор испытанных стратегий профилактики дорожно-транспортного травматизма среди детей

СТРАТЕГИЯ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ
Введение (и реализация на практике) минимальных возрастных пределов для употребления спиртных напитков	✓
Установление (и реализация на практике) более низких пределов допустимой концентрации алкоголя в крови для неопытных водителей и создание атмосферы нетерпимости к нарушителям этих норм	✓
Использование подходящих детских удерживающих устройств и ремней безопасности	✓
Ношение мотоциклистами и велосипедистами защитных шлемов	✓
Обеспечение снижения скорости движения транспорта у школ, жилых домов, детских игровых площадок	✓
Разделение различных типов пользователей дороги	✓
Введение (и реализация на практике) использования фар ближнего света в дневное время на мотоциклах	✓
Введение систем ступенчатого лицензирования водителей	✓

Подходы в городском проектировании и планировании

- Установление более низких пределов скорости для транспортных средств у школ, жилых домов, детских игровых площадок. Процент выживания пешеходов и велосипедистов гораздо выше при скорости столкновения ниже 30 км/ч, поэтому необходимо принимать меры по уменьшению интенсивности дорожного движения, снижающие скорость движения транспорта в районе школ и жилых кварталов, например: устанавливать ограничители скорости, визуальные изменения (такие как поверхностная обработка шоссе/дороги), или осуществлять перераспределение дорожного движения (например, вблизи школ создавать улицы с односторонним движением).
- Создание инфраструктуры для разделения пользователей дороги. Риск для детей-велосипедистов и мотоциклистов можно уменьшить физическим разделением их посредством барьеров, обочин или зрительных ориентиров. Доказано, что велосипедные дорожки снижают риск травм на 4%, а, например, единственные в своём роде дорожки для мотоциклов в Малайзии привели к снижению дорожных аварий на 27%.

Конструкция и защитные приспособления транспортных средств

- Введение и реализация на практике применения фар ближнего света в дневное время для повышения видимости мотоциклистов. Эта стратегия оказалась эффективной в уменьшении процента несчастных случаев с летальным исходом в странах, где мотоциклы являются распространённым транспортным средством.
- Поощрение использования защитных средств в транспортных средствах, например, детских пассажирских удерживающих систем, дополнительных подушек, позволяющих детям использовать стандартные ремни безопасности, а также размещения детей на задних сиденьях. В случае аварии правильно установленные и используемые детские удерживающие системы могут снизить показатель смертности среди детей младшего возраста на 70%, среди маленьких детей возрастом 1–4 года – на 54%, а среди детей возрастом 4–7 лет использование дополнительных подушек уменьшает количество серьезных клинических травм на 59% по сравнению с использованием одного лишь ремня безопасности. Для детей возрастом более 10 лет или ростом выше 150 см должны использоваться обычные ремни безопасности, которые на 40–65% уменьшают риск выброса из машины и риск получения серьезных или смертельных травм.
- Поощрение использования защитных шлемов велосипедистами и мотоциклистами. Велосипедные шлемы уменьшают риск получения черепно-мозговой травмы среди велосипедистов всех возрастов на 63–88%, и они особенно важны для детей по причине их повышенной подверженности опасности на дороге. Подобным образом защитные шлемы мотоциклиста защищают голову в случае дорожной аварии, снижают риск получения травмы и их тяжесть почти на 72% и риск смертельного исхода на 39%. Шлемы представляют собой единственное и самое эффективное средство уменьшения процента черепно-мозговых травм и смертельных случаев в результате аварий с участием мотоцикла.

Законы и стандарты

- Создание и проведение в жизнь законов о возрастном минимуме при употреблении спиртных напитков. Эти законы определяют возрастной предел, ниже которого покупка или употребление алкоголя в общественном месте считаются незаконными. По имеющимся данным установление в США такого возрастного минимума на уровне 21 года уменьшило употребление спиртных напитков, вождение транспортными средствами после употребления спиртных напитков и связанных с алкогольным опьянением аварий среди несовершеннолетних.
- Создание и проведение в жизнь закона о более низком допустимом уровне концентрации алкоголя в крови для начинающих водителей и создание атмосферы нетерпимости к нарушителям правил дорожного движения всех возрастов. Во многих странах установлен более низкий предел допустимой концентрации алкоголя в крови (обычно в пределах 0–0,02 г/дл) для водителей моложе 21 года. Выяснилось, что такая стратегия привела к сокращению числа аварий на 4–24% среди этих неопытных водителей.
- Создание и реализация на практике ступенчатых систем лицензирования водителя. Установлено, что эти системы, которые обычно накладывают ограничения на начинающих водителей в течение первых двух лет вождения, значительно уменьшают число аварий и несчастных случаев с летальным исходом. По имеющимся оценкам эффективность этой меры составляет 4–60%. Самая эффективная разовая мера – продление периода обучения, что отсрочивает начало самостоятельного вождения.
- Создание и реализация на практике использования защитного оборудования в транспортных средствах, например, детских пассажирских удерживающих систем, дополнительных подушек и ремней безопасности, а также размещение детей на задних сиденьях.
- Создание и проведение в жизнь законов, требующих использования шлема людьми всех возрастов. Для максимальной эффективности законы о ношении шлема должны включать пассажиров на заднем сидении мотоцикла, чтобы в их число входили и пассажиры мотоциклов из числа детей.

Обучение и развитие навыков

- Посредством кампаний по повышению информированности общественности и применения стратегий решения вопросов наличия и доступности защитных средств необходимо повышать в обществе стремление использовать в транспортных средствах такие защитные средства как детские пассажирские удерживающие системы, дополнительные подушки и ремни безопасности. Мерой защиты служит также размещение детей на задних сиденьях.
- Посредством кампаний по повышению информированности общественности и применения стратегий решения вопросов наличия и доступности защитных средств необходимо повышать стремление использования защитных шлемов велосипедистами, мотоциклистами и их пассажирами.

Что еще требует подтверждения, или чего следует избегать?

- Хотя **воздушные подушки безопасности** и доказали свою полезность для взрослых, они могут составлять серьезную угрозу для детей до 13 лет, поэтому дети не должны сидеть на передних местах автомобилей с воздушными подушками безопасности, кроме случаев если этому нет альтернативы, или если воздушная подушка безопасности не была деактивирована. Более того, детское кресло безопасности на заднем сиденье никогда не должно располагаться напротив воздушной подушки безопасности.
- Выяснилось, что **обучение вождению** не является эффективным способом уменьшения дорожно-транспортного травматизма, есть данные о том, что такая стратегия может повышать показатель дорожно-транспортных происшествий, потому что это приводит к появлению на дороге слишком молодых водителей.
- Учитывая данные о повышенном риске дорожно-транспортного травматизма среди молодых водителей, не рекомендуется **выдавать водительские права подросткам**, если только при этом не используется ступенчатая система выдачи водительских прав.

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА

Наденем шлемы на головы детей: вьетнамский опыт

Начиная с 1999 г. Фонд профилактики травматизма в Азии работал над вопросами повышения во Вьетнаме показателей ношения шлема и уменьшения числа несчастных случаев на дорогах среди детей. Было использовано сочетание нескольких стратегий, включая кампании по повышению информированности общественности, лоббирование новой практики со стороны правительства, разработку стандартов шлемов для взрослых и детей, проекты распродаж дешевых детских шлемов в сочетании с просветительской работой, и увеличение производства шлемов. Эти усилия достигли кульминации с принятием в декабре 2007 г. закона об обязательном ношении шлемов. Закон оказался чрезвычайно успешным, так как после его введения наблюдалось 90%-е использование шлемов и уменьшение числа смертельных случаев и травм головного мозга в результате дорожных аварий с участием мотоциклов.

Однако не обошлось и без проблем. Спустя две недели после того как данный закон вступил в силу, средства массовой информации нашли в нем пробел – в нем не было штрафа для водителя, перевозившего пассажиров-детей без шлемов. В то же время представители медицинского сообщества страны публично обсуждали вопрос о том, могут ли шлемы в случае аварийного столкновения нанести детям возрастом менее 14 лет серьезные шейные повреждения. Родители отреагировали на это тем, что перестали надевать шлем своим детям, и его использование среди детей этой возрастной группы упало до 10–25%. Понадобились срочные меры, чтобы свести к минимуму риски для детей из-за неточной информации и пробела в законе. Была разработана и в настоящее время осуществляется на практике стратегия, включающая просвещение общественности на фактических примерах, дальнейшие исследования ношения детьми шлемов, а также обращение к правительству Вьетнама пересмотреть закон и устранить в нем пробел.



© Asia Injury Prevention Foundation

Утопление

С водой связаны все стороны жизни детей. Она нужна им для роста, ею они умываются, в ней купаются, с ее помощью защищаются от жары – без нее они вообще не могли бы жить. Для большинства детей вода означает забавы, игры и приключения – в бассейне, в пруду, в озере или просто в лужах на дороге после ливня. Тем не менее, вода может представлять опасность. Маленький ребенок может захлебнуться в ведре, где глубина воды всего несколько сантиметров; он может утонуть в ванне или на рисовом поле.

Масштабы утопления

Что такое утопление?

Утопление происходит в том случае, когда дыхательные пути ребенка заполняются жидкостью, что приводит к расстройству дыхания. Исход может быть смертельным или несмертельным, причем некоторые случаи утопления с несмертельным исходом приводят к серьезным неврологическим нарушениям.

Во многих странах Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана утопление является главной причиной смертельных случаев среди детей из-за травматизма.

Утопление ежегодно приводит к более чем 175 тысячам смертельных случаев среди детей и подростков в возрасте до 19 лет. Каждый день во всем мире тонет более 450 детей, и тысячи детей вследствие утопления без смертельного исхода остаются инвалидами до конца жизни, в том числе в результате получения повреждений головного мозга. Ежегодно от двух до трех миллионов детей в возрасте до 15 лет тонут, но без смертельного исхода.

Дети, которые пострадали от утопления без смертельного исхода, часто нуждаются в пожизненной финансовой и медицинской помощи, которая, по оценкам, превышает по затратам на протяжении всей жизни помощь при травмах любого иного рода. Последствия утопления могут также разрушительно повлиять на семью пострадавшего как в эмоциональном, так и в экономическом отношении, приводя к кризису, который может ввергнуть семью в нищету. В Юго-Восточной Азии утопление является главной причиной смертельных случаев среди детей, в то время как в среднем по всему миру этот показатель занимает третье место.

Группу самого высокого риска составляют дети, живущие в странах с низким доходом, особенно в густо населенных районах с высоким уровнем доступности открытых водоемов. Утопление захватывает многих людей врасплох, поскольку оно происходит тихо, обычно в течение нескольких минут.

Более 98% всех случаев утопления детей во всем мире происходит в странах со средним и низким доходом, а наибольшее число подобных случаев наблюдается в странах Западной части Тихого океана, где показатель утопления почти

ИСТОРИЯ РУБИ

Для большинства людей Рождество – это веселое время, однако для родителей Руби – Скотта и Аманды, ее старшей сестры Эбби сочельник 2006 г. стал днем, когда они обнаружили 14-месячную Руби лежащей в домашнем бассейне лицом вниз. Ее кожа посерела, пульс не бился, дыхание отсутствовало. Руби достали из воды, Скотт начал проводить сердечно-лёгочную реанимацию, в то время как Аманда отчаянно звывала по телефону скорую помощь, которая приехала лишь через 40 минут. Ко всеобщему облегчению сердце Руби начало биться, и ее срочно отправили в больницу.

Руби имела лишь 10%-й шанс на выживание, Скотта и Аманду предупредили, что если она действительно останется в живых, то долговременное повреждение головного мозга будет весьма вероятным. Но после того как Руби провела Рождество в индуцированной коме и пробыла в общей сложности три недели в педиатрическом отделении интенсивной терапии, несмотря ни на что, она чудесным образом выздоровела. Хотя случай выживания Руби не типичен для детей, переживших утопление без смертельного исхода, обстоятельства, при которых это произошло, являются довольно распространенными. Упущения в присмотре за ребенком со стороны взрослых – даже на очень короткий промежуток времени – это фактор, который в значительной мере способствует высоким показателям утопления детей.



© S. Cooper

вдвое выше среднего мирового (Таблица 7). Данные об утоплении в большинстве регионов мира указывают на то, что мальчики тонут почти вдвое чаще девочек, а группу наибольшего риска образуют дети в возрасте от 1 года до 4 лет. Однако недавние исследования на уровне сообществ, предпринятые в странах Южной и Восточной Азии, заставляют предположить, что текущие мировые показатели могут скрывать недооценку истинного масштаба детской смертности от утопления, что выдвигает на первый план ключевую необходимость повысить безопасность, связанную с водой.

Таблица 7: Показатели утопления со смертельным исходом на 100 000 детей^а в зависимости от пола, уровня дохода страны и региона ВОЗ, мир в целом, 2004 г.

	Африка	Сев. и Южн. Америка		Юго-Восточная Азия	Европа		Восточное Средиземноморье		Западная часть Тихого океана	
	СНСД	СВД	СНСД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД
Мальчики	9,0	1,8	5,0	7,1	0,8	5,5	10,7	9,0	1,7	17,5
Девочки	5,4	0,7	1,8	5,2	0,3	2,4	1,6	4,5	0,7	9,9
Оба пола	7,2	1,3	3,4	6,2	0,6	4,0	6,2	6,8	1,2	13,9

^а Эти данные относятся к детям в возрасте до 20 лет. СВД – страны с высоким доходом, СНСД – страны с низким и средним доходом. Источник: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Почему дети подвержены опасности утопления?

Дети подвержены опасности утопления в силу множества разнообразных причин. Для ее предотвращения важно определить и понять факторы, подвергающих детей опасности утопления.

Возраст и стадия развития

Дети младше 5 лет образуют группу наиболее высокого риска утопления, за ними следуют подростки в возрасте 15–19 лет (Рисунок 7). Эта тенденция в целом устойчиво прослеживается во всем мире и связана с процессами роста и развития. Поскольку дети до 1 года обычно не имеют доступа к воде, неумышленное утопление в этом возрасте происходит главным образом в результате того, что ребенка оставляют у воды без присмотра или под присмотром человека, непригодного для выполнения этой задачи, например, юного брата или сестры. С другой стороны, дети, которые более подвижны и любознательны, но все еще слишком малы, чтобы у них были развиты навыки предотвращения или понимания опасностей, часто ускользают из-под присмотра взрослых и забираются или падают в близлежащий водоем. Что касается подростков, то их склонность к экспериментированию, принятию рискованных решений и чрезмерной независимости приводят к повышенной опасности утопления.

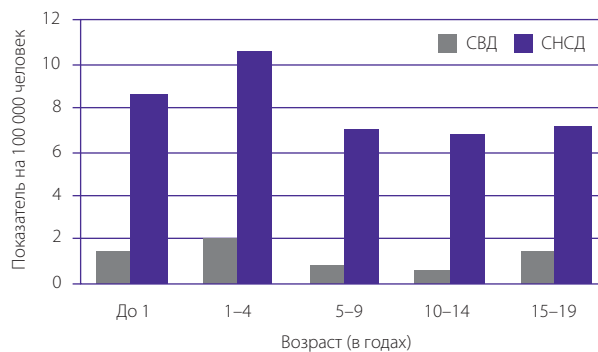
Пол

Мальчики больше подвержены опасности утопления, чем девочки, из-за более частого пребывания в водной среде и рискованного поведения, особенно в подростковом возрасте.

Бедность

Существует прочная связь между социально-экономическими факторами и показателем утопления детей, особенно это относится к образованию родителей или попечителей, этнической принадлежности семьи и численности ее членов. Различные исследования показали, что специфические этнические группы образуют группу повышенного риска утопления. Причины этого не ясны, но в число объяснений могут входить различия в способности плавать и опыт пребывания в воде, отсутствие возможности научиться плавать и отсутствие надзора за средой, где плавают члены той или иной группы населения, составляющей группу риска.

Рисунок 7: Показатели утопления со смертельным исходом на 100 000 детей в зависимости от возраста и уровня дохода страны, мир в целом, 2004 г.



СВД – страны с высоким доходом, СНСД – страны с низким и средним доходом. Источник: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Спасательные средства

Плавательные средства, например, спасательные жилеты, необходимо иметь на всех судах независимо от того, используются последние в транспортных или развлекательных целях. Кроме отсутствия спасательных средств, дополнительные риски создает неудовлетворительное содержание таких средств. Для детей должны использоваться только соответствующие стандарту проверенные спасательные средства, и они не должны заменять собой надлежащий присмотр со стороны взрослых.

Опасный транспорт

Плавание на больших, переполненных людьми, не приспособленных к плаванию на море или не имеющих на борту спасательных средств судах и паромах, чревато повышенным риском утопления как для детей, так и для взрослых.

Алкоголь

С употреблением спиртных напитков связано от 25 до 50% смертельных случаев во время отдыха детей и взрослых на воде и на берегу. Употребление спиртных напитков подростками во время такого отдыха может привести к потере ими здравомыслия, ухудшению координации и чувства равновесия, повышая тем самым риск утопления в затруднительной ситуации. Хотя непосредственному влиянию алкоголя на утопление уделяется много внимания, но пока мало было сделано для оценки рисков для детей, связанных с употреблением спиртных напитков теми лицами, что должны присматривать за детьми. И этот вопрос требует изучения.

Физическое местоположение

Большинство случаев утопления происходит в доме или поблизости от дома. В странах со средним и низким доходом утопление обычно происходит в открытых водоемах или водохранилищах во время обычной повседневной жизни, например, во время игры, купания, набора воды или пересечения водоема по дороге в школу. В странах с высоким доходом большинство случаев утопления происходит в домах или в местах отдыха, где есть водоемы для плавания. Дети, живущие в сельских районах, подвержены большему риску утопления, чем живущие в городской обстановке.

Климат

Климатические условия также подвергают детей опасности утопления в результате разрушительных наводнений и *цунами*. Согласно ЮНИСЕФ, треть жертв, погибших во время *цунами* в Юго-Восточной Азии в 2004 г., составляли дети.

Каникулы

Дети также могут подвергаться более высокому риску утопления во время каникул, потому что в это время они чаще имеют дело с водной средой, нередко в незнакомых местах. В некоторых странах дети чаще тонут, когда отдыхают за границей, а не у себя на родине.

Места, где тонут дети

- Море, озера, реки
- Плавательные бассейны
- Колодцы, цистерны
- Ведро
- Ванны, водолечебницы
- Садовые пруды

“Учитывая, что утопление является второй главной причиной смертности из-за травматизма во всем мире, а в некоторых странах – главной причиной детской смертности (и заболеваемости), чрезвычайно важно то, что в этом ключевом докладе данная проблема поставлена в центр внимания. Необычайно важны и жизненно необходимые профилактические меры. Пришло время действовать”.

Алан Веллтон
Президент Международной федерации спасения жизни

Что можно предпринять для предотвращения утопления?

Число случаев утопления можно уменьшить с помощью эффективных профилактических стратегий (см. Таблицу 8). Кроме того, надо оценить некоторые из перспективных практик при различных обстоятельствах.

Таблица 8: Краткий обзор испытанных и перспективных стратегий профилактики утопления

СТРАТЕГИЯ	ЭФФЕКТИВНАЯ	ПЕРСПЕКТИВНАЯ
Устранение (закрытие) мест с риском утопления	✓	
Требование изолирующих ограждений (с четырех сторон) вокруг плавательных бассейнов	✓	
Ношение персональных спасательных средств	✓	
Обеспечение немедленной реанимации	✓	
Обеспечение присутствия спасателей в местах купания		?
Осуществление целенаправленного разъяснения о рисках утопления		?

Учитывая сложность событий утопления, профилактические стратегии должны соотноситься с конкретными обстоятельствами и местом действия, что связано с максимальным использованием многосторонних подходов.

Экологические и инженерные подходы

- Слив ненужных скоплений воды из ванн, прудов, ведер и т.д. Эксперты единогласны в том, что уменьшение опасной доступности источников воды, в которые могут упасть маленькие дети, снижает показатели утопления.
- Строительство безопасных мостов и установление водопроводных систем уменьшает опасный доступ к открытым водоемам. Исторически в странах с низким и средним доходом снижение показателя утопления было достигнуто путем осуществления этих двух стратегий.
- Установка тяжелых решеток на колодцах и местах сбора дождевой воды (например, на цистернах, бочках). Если поставить барьер между детьми и контейнерами для сбора воды, то это снизит риск утопления.

Законодательство и стандарты

Вокруг плавательных бассейнов необходимо строить и поддерживать в надлежащем порядке изолирующие с четырех сторон ограждения с самозапирающимися воротами, и законодательно закрепить обязательность таких ограждений. Доказано, что там, где это осуществлялось на практике, наличие барьеров успешно снижает показатели утопления.

Обучение и развитие умений

- Уроки плаванию дают детям старше 5 лет соответствующие навыки, но существует некоторое противоречие между обучением детей плавать и стратегией профилактики утопления. Необходимо провести дополнительные исследования, чтобы оценить эффективность уроков плавания для профилактики утопления и определить, каким именно навыкам плавания и выживания нужно обучать.
- Хотя не существует исследований эффективности работы спасателей в качестве самой первой профилактической меры, но присутствие обученных спасателей на берегу и в общественных плавательных бассейнах гарантирует соблюдение стандартов поведения, осуществление спасения на воде, помогает контролировать рискованное поведение и формирует стиль безопасного поведения.
- Необходимо разъяснять родителям и воспитателям риски утопления и важность надзора. В особенности важно объяснить то, насколько опасно оставлять у каких-либо емкостей с водой маленьких детей до 5 лет одних или с другими несовершеннолетними детьми.
- Необходимо обучать родителей и воспитателей элементарным навыкам спасения утопающих и первой помощи. Без немедленной первой помощи (включая элементарную сердечно-лёгочную реанимацию) последующие более сложные и инвазивные реанимационные методы во большинстве случаев утопления практически бесполезны.
- Необходимо, чтобы все члены сообщества обладали навыками сердечно-лёгочной реанимации. Если любой, кто окажется рядом, будет в состоянии предпринять меры по немедленной реанимации, это увеличит выживаемость утопающих детей.

Что еще требует подтверждения, или чего следует избегать?

- Множество противоречий существует вокруг проблемы обучения умению плавать детей в возрасте до 5 лет. Ясно, что умение плавать является важным навыком, но вопрос о том, защитит ли это от утопления, требует более тщательного изучения.
- В дополнительном изучении нуждаются и другие меры, например, ограничение доступа к опасным местам, консультирование врачами родителей или принятие законов о допустимом содержании алкоголя в крови пловцов.
- Солнцезащитные ограждения у водоемов и детские креслица для ванны не являются средствами предотвращения утопления, и не могут заменить присмотра за детьми со стороны взрослых.

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА

Устройство крышек для колодцев в Мексике

В Мексике есть поговорка: «Закрывать колодец после того, как в нем утонет ребенок». Это весьма меткое выражение, учитывая, что наличие в хозяйстве колодца повышает риск утопления ребенка почти в семь раз. Риск утопления детей в колодцах можно существенно уменьшить, если закрыть отверстие колодца, запирающейся на замок крышкой. Однако, поскольку доставать воду из колодца приходится постоянно в течение дня, это неудовлетворительное решение, особенно в том случае, если люк или крышка являются такими широкими, что малыш может провалиться сквозь них. Самым эффективным способом предотвращения утопления детей в колодцах является установка насоса (ручного или электрического), который может выкачивать оттуда воду. Такое решение облегчает труд добывания воды для домашнего хозяйства и устраняет опасность утопления детей.



© M. Peden, WHO

Ожоги

Дети по природе своей любопытны. Едва научившись передвигаться, они начинают исследовать все, что их окружает и играть с новыми предметами. Тем не менее, этот познавательный процесс означает, что они начинают сталкиваться с объектами, которые могут стать причиной тяжелых травм. Игры с огнем или прикосновение к горячим предметам могут привести к ожогам, вызвать острую боль и нередко повлечь за собой долговременные отрицательные последствия. Это порождает страдания не только детей, но и их родных и близких.

Масштабы распространенности ожогов

Что такое ожог?

Ожогом считается травма кожи или другой ткани тела, вызванная высокой температурой. Он возникает в том случае, когда группа клеток или все клетки кожи или других тканей разрушаются под воздействием горячей жидкости (ожог кипятком), горячего твердого предмета (контактный ожог), или огнем (ожог пламенем). Повреждения кожи или других тканей тела в результате радиации, воздействия радиактивности, электрического тока, трения или контакта с агрессивными химическими веществами, также рассматриваются как ожоги.

В 2004 г. во всем мире почти 96 тысяч детей и подростков моложе 20 лет получили смертельные травмы в результате ожога огнем (Таблица 8). Хотя основной причиной смертности детей от ожогов являются ожоги пламенем (около 95%), ожоги горячей жидкостью и контактные ожоги являются важной причиной несмертельных ожогов и инвалидности.

Ожоги могут приводить к значительным долговременным последствиям, из-за которых – в отсутствие всесторонней и скоординированной программы медицинской реабилитации – у детей могут на всю жизнь остаться рубцы, как физические, так и психические. В число самых распространенных физических долговременных последствий ожога входят серьезные рубцы, ограниченная подвижность или ампутация конечности.

Ожоги ложатся тяжелым экономическим бременем на систему здравоохранения. Исследования, проведенные в США, показали, что расходы на госпитализацию в связи с ожогами, колеблются в пределах от 1187 долларов США на одну травму из-за ожогов горячей жидкостью до 4102 долларов на травму из-за ожогов в результате пожаров. Вдобавок к этому, существуют также расходы родственников детей, связанные с госпитализацией, необходимостью долговременной медицинской реабилитации, пропущенными днями в школе и потерянными образованиями, возможной

Типы ожогов

К термическим ожогам относятся:

- ожоги горячей жидкостью – вызываемые кипятком или паром;
- контактные ожоги – вызываемые прикосновением к горячим предметам или таким вещам, как горячие утюги, кухонные принадлежности, а также зажженные сигареты;
- ожоги пламенем – вызываемые открытым огнем или раскалёнными частицами, испускаемыми такими предметами, как горящие сигареты, свечи, лампы или печи;
- химические ожоги – вызываемые химически активными веществами, например, едкими кислотами или щелочами;
- электрические ожоги – вызываемые электрическим током, проходящим по телу от штепсельной розетки, электропровода или бытового электроприбора.

Ожог дыхательных путей возникает в результате вдыхания перегретых газов, пара, попадания в них горячей жидкости или вредных продуктов горения. Вдыхание дыма является самым значительным определяющим фактором смертности от ожогов.

ИСТОРИЯ ВУЗИ

Пять лет назад, когда Вузи было 13 лет, он получил сильные ожоги. Однажды ночью Вузи проснулся и обнаружил, что его одеяло и вся спальня загорелись от упавшей свечи. Огонь обжег его лицо, руки и ноги. После многих месяцев, проведенных в больнице, он стал носить коричневый прорезиненный герметический костюм. Поначалу Вузи очень болезненно относился к своему внешнему виду. Кроме того, длительное пребывание в больнице и психологический стресс привели к возникновению проблем в школе, и его учебу в пришлось отложить. Несмотря на все это, Вузи стал очаровательным, дружелюбным человеком с притягательной улыбкой. Он любит музыку и добровольно проводит время со слепыми детьми и другими инвалидами, воодушевляя их на то, чтобы они больше занимались физическими упражнениями.

Ему оказало поддержку одно африканское благотворительное общество первой помощи при ожогах, которое помогает детям с тяжелыми ожогами получить сложную хирургическую помощь, лечение и образование. Эта организация осуществляет также просветительскую деятельность в обществе и участвует в кампании по продвижению более безопасных печей и подсвечников. В июне 2007 г. Вузи и 14 других переживших ожоги подростков поднялись на гору Килиманджаро, чтобы привлечь внимание к ожоговым травмам и их профилактике, и повысить в обществе терпимость к инвалидам и людям с физическими недостатками.



© Children of Fire

в будущем безработицей, социальным отторжением и другими психосоциологическими проблемами.

Существует огромный потенциал для уменьшения всех этих индивидуальных и общественных расходов за счет эффективных мер по профилактике ожогов. Например, проведенные недавно исследования в штате Онтарио (Канада) показали, что сочетание просветительских и законодательных мер могло бы сэкономить 531 канадский доллар (507 долл. США) на каждый случай ожога горячей жидкостью.

Ожоги могут привести к значительным долговременным последствиям – физическим, психологическим и финансовым.

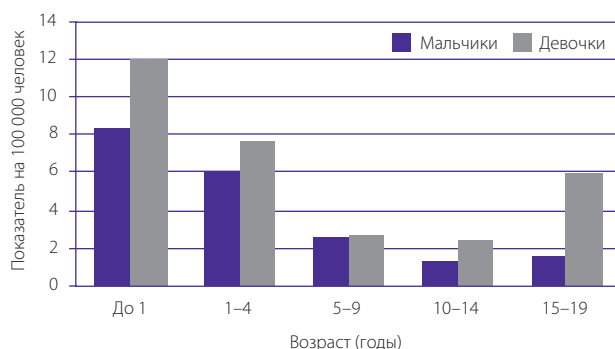
Таблица 9: Показатели смертности из-за связанных с огнем ожогов на 100 000^a детей в зависимости от пола, региона ВОЗ и уровня дохода страны, 2004 г.

	Африка		Сев. и Южн. Америка		Юго-Восточная Азия		Европа		Восточное Средиземноморье		Западная часть Тихого океана	
	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД
Мальчики	8,9	0,7	0,7	3,3	0,2	1,3	0,6	3,6	0,3	0,4		
Девочки	8,5	0,6	0,6	9,1	0,2	1,0	0,1	5,8	0,3	0,8		
Оба пола	8,7	0,7	0,6	6,1	0,2	1,1	0,4	4,7	0,3	0,6		

^a Эти данные относятся к детям в возрасте до 20 лет.
СВД – страны с высоким доходом, СНСД – страны с низким и средним доходом.
Источник: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update

Показатели смертности от ожогов среди детей в странах со средним и низким доходом в одиннадцать раз выше, чем в странах с высоким доходом. Большинство смертельных случаев происходит в более бедных регионах мира, включая Африку и Юго-Восточную Азию, а также в странах со средним и низким доходом Восточного Средиземноморья. Самые высокие показатели смертности наблюдаются среди младенцев, в то время как самые низкие – среди детей в возрасте 10–14 лет. Показатель смертности снова повышается среди детей в возрасте 15–19 лет, возможно, в результате большей подверженности опасности, экспериментирования и принятия рискованных решений, а также из-за того факта, что многие подростки этой возрастной группы начинают работать.

Рисунок 8: Показатели смертельных случаев от ожогов, связанных с огнем, на 100 000 детей в зависимости от возраста и пола, мир в целом, 2004 г.



Источник: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Ожоги – это единственный тип неумышленных травм, по которым у девочек наблюдается более высокий показатель травматизма, чем у мальчиков.

Самая большая разница в показателях для мальчиков и девочек наблюдается в Юго-Восточной Азии и в странах со средним и низким доходом Восточного Средиземноморья, где показатели для девочек в возрасте 15–19 лет значительно более высокие, чем у мальчиков той же возрастной группы в любом другом регионе.

Почему дети подвергаются опасности ожога?

Дети подвергаются опасности ожога в силу разнообразных причин. Выявление и понимание факторов, подвергающих детей опасности ожога, в значительной мере способствует их предотвращению.

Возраст и стадия развития

У маленьких детей уровень моторного развития не всегда соответствует когнитивному и интеллектуальному развитию, что с легкостью приводит к ожогам. Младенцы младше 1 года подвержены особой опасности, поскольку в этом возрасте они начинают передвигаться, тянутся к различным предметам, пытаются к ним прикоснуться. Ожоги, которые они получают, обычно становятся результатом ожога горячим напитком в чашке или ожога от прикосновения к радиаторам или трубам с горячей водой. Ожоги горячей жидкостью – самый частый тип ожогов среди детей до 6 лет. Они часто происходят, когда ребенок тянет сосуд с горячей жидкостью, например, чашку с кофе, к лицу, верхним конечностям или туловищу. Мальчики старше 6 или 8 лет часто проявляют любопытство по отношению к огню, что приводит их к экспериментам со спичками, зажигалками или пиротехническими средствами.

Пол

Ожоги – это единственный тип смертельных травм, который наблюдается в Юго-Восточной Азии и странах со средним и низким доходом в Восточном Средиземноморье и Западной части Тихого океана у девочек чаще, чем у мальчиков. Местные обычаи использования открытого огня для приготовления пищи и обогрева, вместе с ношением просторной одежды, особенно девочками-подростками в Юго-Восточной Азии и Восточном Средиземноморье, связаны с повышенным процентом ожогов среди несовершеннолетних девушек. Картина с несмертельными ожогами не совсем ясна, и при некоторых обстоятельствах мальчики могут подвергаться большей опасности ожога, чем девочки, из-за большей любознательности и рискованного поведения.

Социально-экономические факторы и бедность

Смертность и инвалидность от ожогов прочно связаны с бедностью. В дополнение к заметно более высокой частоте случаев ожогов среди детей в странах со средним и низким доходом, есть также различия по социально-экономическим слоям населения *внутри* стран с высоким доходом, поскольку исследования показывают повышенный риск получения ожогов среди более бедных детей. Систематические исследования показали, что дети из категории семей с самым низким доходом на человека, в 2,4 раза чаще погибают во время пожара в доме, чем дети из семей двух других категорий с более высоким доходом. В число других социально-экономических факторов входят: низкий процент грамотности членов семьи; проживание в перенаселенном жилье или в загроможденном пространстве в доме; отсутствие надлежащего присмотра за детьми; наличие в прошлом ожогов у братьев и сестер; а также отсутствие законов и норм, касающихся строительных правил, датчиков дыма и ношение легковозгораемой одежды. Еще одним значительным фактором риска является ненадлежащий доступ к надежному источнику воды в виде водопроводного крана, шланга или противопожарной системы, позволяющих потушить огонь или остановить распространение пламени.

Опасное оборудование

В странах со средним и низким доходом, источники тепла, источники света и устройства для приготовления пищи, особенно те, которые работают на ископаемом топливе, несут в себе присущую им опасность. В частности, нагревание или приготовление пищи на открытом огне, источник которого находится на уровне пола, представляет значительную угрозу для безопасности детей. Подобные опасности существуют при использовании в доме небольших керосиновых примусов или светильников, свечей для освещения и других видов легкоиспаряющегося или легковоспламеняющегося топлива. Легкий доступ детей к электроплите или кастрюле с кипящей жидкостью является еще одним дополнительным фактором риска получения ожога.

Огнеопасные вещества

Огнеопасные вещества, такие как керосин и парафин, должны храниться вне дома. В качестве стратегий первичной профилактики ожогов предлагаются действующие на уровне сообществ программы обеспечения надлежащего присмотра за детьми, особенно за детьми с инвалидностью вследствие порока развития, просвещение родителей насчет ожогов и рекомендации не хранить в доме огнеопасные вещества. Вдобавок к тому, что последние создают угрозу возникновения пожара, они также представляют опасность отравления маленьких детей, поскольку часто такие вещества хранятся в емкостях без крышки, недоступной для открывания детьми.

Пиротехнические средства

Пиротехнические средства представляют значительную опасность для детей, особенно для мальчиков-подростков. Во многих странах принято отмечать религиозные и государственные праздники фейерверками, и во время этих празднеств регулярно случаются травмы, связанные с ожогами. Во многих странах с высоким доходом использование пиротехнических средств было запрещено, однако в странах с низким и средним доходом нет никаких законов, ограничивающих их использование.

Приготовление пищи и жилое помещение

Подавляющее большинство ожогов среди детей происходит в доме, в особенности на кухне. Предполагается, что расположение в доме нагревательных приборов и кухонного оборудования может представлять значительную опасность для детей. Дома, которые состоят из одной или двух основных комнат, разделенных занавесками или картоном на временные внутренние секции и используемых для таких функций, как сон, стирка, приготовление и приём пищи, могут сильно облегчить детям доступ к бытовым приборам и источникам высокой температуры. Подобным образом в некоторых развитых странах отсутствие датчиков дыма или наличие нефункционирующих датчиков дыма связаны с повышенным риском ожогов среди детей.

Время происшествий

По имеющимся данным происшествия, связанные с ожогами, приходится на два пиковых периода времени в течение дня – в конце утра, когда выполняют работу по дому, и до, после или во время ужина. В некоторых регионах мира наблюдаются сезонное, а также связанное с общественными или религиозными праздниками увеличение количества ожогов.

“ Наихудший момент в жизни я пережил в переполненном автобусе. Другие пассажиры все время таранились на меня, поэтому я снял куртку и накрыл голову. Я просто хотел стать невидимым, и мне хотелось, чтобы они все тоже исчезли ”.

Майкл

17-ти лет, из неправительственной организации «Меняющиеся лица», объединяющей людей с обезображенными чертами (Великобритания)

Что можно предпринять для предотвращения ожогов?

Количество ожогов можно уменьшить благодаря использованию эффективных стратегий профилактики (см. Таблицу 10). Кроме того, ряд многообещающих методик следует опробовать применительно к разным обстоятельствам.

Таблица 10: Краткий обзор испытанных и перспективных стратегий профилактики ожогов

СТРАТЕГИЯ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ	ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ
Принятие (и проведение в жизнь) законов по дымовой пожарной сигнализации	✓	
Разработка стандарта для зажигалок, защищенных от использования детьми	✓	
Принятие (и проведение в жизнь) законов о температуре горячей воды в домашних кранах, и соответствующая просветительская работа в обществе	✓	
Лечение пострадавших от ожогов в специальных ожоговых центрах	✓	
Разделение мест приготовления пищи и жилых помещений		?
Разработка стандартов и норм для огнестойкой одежды		?
Запрещение изготовления и продажи пиротехнических средств		?
Популяризация использования безопасных ламп и кухонных плит		?
Оказание первой помощи при ожогах горячей жидкостью (то есть «охлаждение ожога»)		?

Экологический и инженерный подходы

- Необходимо разработать и сделать доступными по стоимости безопасные лампы и кухонные плиты, убрать приемы с пола, чтобы уменьшить опасный доступ детей к горячим продуктам сгорания внутри помещения. Пробное использование усовершенствованных кухонных плит в сельских районах Гватемалы снизило число острых заболеваний нижних дыхательных путей и связанных с огнем ожогов.
- Разделение мест приготовления пищи и жилых помещений оказалось перспективной стратегией, но она все еще нуждается в тщательном исследовании.

Законы и стандарты

- Создание и проведение в жизнь законов, требующих установки дымовой пожарной сигнализации. Необходимо обеспечить, чтобы во всех домах была установлена и находилась в рабочем состоянии дымовая пожарная сигнализация на всех уровнях, включая спальни. Для оптимальной защиты ежемесячно проверяйте детекторы дыма и меняйте батарейки два раза в год, или используйте новые устройства, в которых имеются батарейки с длительным сроком эксплуатации, или используйте стационарные устройства, вмонтированные в жилое сооружение. Установлено, что детекторы дыма уменьшают опасность смертельных исходов во время пожара более чем на 70%.
- Разработка и применение стандартов конструкции и производства зажигалок, недоступных для использования детьми. Исследования в США показали, что введение такого стандарта уменьшило количество пожаров, смертельных случаев и травм, причиной которых стали игры маленьких детей с зажигалками, на целых 58%, что в одном лишь 1998 году сэкономило более 1,5 миллиарда долларов США в расходах общества в целом.
- Разработка и проведение в жизнь законов, требующих регулирования температуры горячей воды в домашних кранах. Канадские исследования выявили эффективность сочетания просветительского и законодательного подходов по установке терморегуляторов и уменьшение на 56% количества ожогов горячей жидкостью.
- Разработка и проведение в жизнь стандартов и норм для огнестойкой одежды. Перспективным подходом является модификация изделий, связанных с ожогами огнем. После внедрения в 1979 г. в Австралии огнестойкого материала для детского постельного белья ежегодное количество ожогов, связанных с возгоранием одежды, снизилось примерно с 300 до 30.
- Разработка и проведение в жизнь законов, запрещающих изготовление и продажу пиротехнических средств. Во многих странах с высоким доходом были запрещены продажа или передача в собственность пиротехнических средств детям. Недавние исследования, проведенные в Великобритании, показали, что, хотя введение в 2003 г. Закона о пиротехнических средствах и связанных с ним Правил 2004 г. (ограничивающих продажу пиротехнических средств и запрещающих продажу или передачу в собственность детям до 18 лет пиротехнических средств) оказало несомненное влияние на уменьшение количества травм из-за пиротехнических средств, необходимо более строгое исполнение данного Закона и Правил.

Образование и обучение навыкам

- Обучение родителей, тех кто присматривает за детьми, и сообществ в целом умению оказывать экстренную первую помощь в случае ожогов горячей жидкостью. Общая задача состоит в том, чтобы охладить ожог водой, предотвратить продолжение горения и инфекционное заражение поврежденного участка кожи.

Лечение ожогов

- Охлаждение поверхности ожога. Это один из самых старых методов первой помощи. Во Вьетнаме в одном исследовании было проведено сравнение детей, которые получили экстренную первую помощь в форме охлаждения водой после получения ожога, с теми, кто ее не получал. Оказалось, что получившие первую помощь на 32% меньше нуждались в последующей пересадке кожи.
- Создание, введение в действие и поддержание специальных ожоговых центров. Хотя не все дети нуждаются в лечении в ожоговом центре, специалисты придерживаются того мнения, что для детей с серьезными ожогами достигаются лучшие результаты при менее дорогостоящем лечении, когда дети пребывают в специальном ожоговом центре.
- Обеспечение средств медицинской реабилитации. Дети, которые получили ожоги, заслуживают наилучших имеющихся средств медицинской реабилитации, чтобы дети смогли вернуться к активной жизни в их сообществе. Неудовлетворительная реабилитация может привести к физическому и психологическому ущербу с тяжелыми последствиями на всю жизнь.

Что еще требует подтверждения, или чего следует избегать?

- Пока еще недостаточно свидетельств, чтобы убеждать в необходимости проведения **самими местными сообществами** кампаний по добровольному (без соответствующего закона) принятию таких мер как установка дымовой пожарной сигнализации, установки в жилых домах оросителей (спринклеров) и других домашних видов противопожарных средств, или осуществления программы посещения семей в домах с повышенной пожароопасностью.
- При ожогах не должны использоваться **масло, сахар, жир** и другие традиционные средства первой помощи.

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА

Кампания «Горячая вода жжет как огонь» в Новом Южном Уэльсе

В 1992 г. в австралийском штате Новый Южный Уэльс развернулась первая в стране (в масштабах штата) кампания по профилактике ожогов горячей жидкостью среди детей под названием «Горячая вода жжет как огонь». Эта кампания началась после публикации доклада, основанного на данных отделений неотложной помощи, о травматизме. Доклад показал, что ожоги горячей жидкостью составляют четвертую по значению причину госпитализации маленьких детей. В результате этой кампании во всей Австралии были приняты законы, установившие максимально допустимую температуру воды в кранах с горячей водой в ваннных комнатах на уровне 50°C, поэтому и как в новых, так и в старых водопроводных системах терморегуляторы подлежали замене.

Во время первого этапа кампании было привлечено внимание к тому, что самой серьезной и предотвратимой причиной ожогов является горячая вода. Второй этап был сосредоточен на том, как соответствующие специалисты должны изменить, в соответствии с новым стандартом, температуру горячей воды в ванной комнате, а затем осуществить это на практике. С 1989 по 1996 гг. показатель госпитализации по поводу ожогов горячей водой, включая детей в возрасте 0–4 года, упал на 13%, а длительность пребывания в больнице уменьшилась на 18%, что обеспечило снижение общего числа используемых больничных коек на 27%. За два года после начала второго этапа кампании показатели для большинства тяжелых ожогов горячей жидкостью снизились в огромной степени — на 30%. В целом, ежегодная экономия для системы здравоохранения составила от 3,8 до 6,5 миллионов австралийских долларов.



© К. McGee

“Во всем мире термические ожоги являются частой причиной несчастных случаев со смертельным исходом среди детей. Несмотря на различные методы профилактики и лечения, количество таких травм увеличивается. Только благодаря более глубокому осознанию основных причин мы можем выработать действительно жизнеспособные альтернативные решения. Если описанные в этом докладе предложения будут правильно проводиться в жизнь, это может привести к необходимым изменениям”.

Мехмет Хэберел

Президент Международного общества ожоговых травм

Падения

Падение – это обычный аспект развития детей и часть процесса приобретения навыков ходить, бегать, прыгать, карабкаться, обследовать окружающую среду и справляться с возникающими в ней ситуациями. К счастью, большинство детей падает, получая при этом лишь незначительные порезы или ушибы. Однако некоторые падения превышают по силе упругость человеческого тела и способность поверхности контакта поглотить передаваемую при этом энергию. Это делает падения значимой причиной детского травматизма, включая травмы, приводящие к постоянной инвалидности и гибели.

Масштаб падений

Ежегодно во всем мире почти 47 тысяч детей и подростков младше 20 лет погибают в результате падений с тяжелыми последствиями, то есть ежедневно более 128 детей и подростков падают и разбиваются насмерть. Падения – это двенадцатая по значимости причина смертности среди детей в возрасте 5–9 и 15–19 лет. Дети младше 1 года имеют самые высокие показатели падения (Рисунок 9).

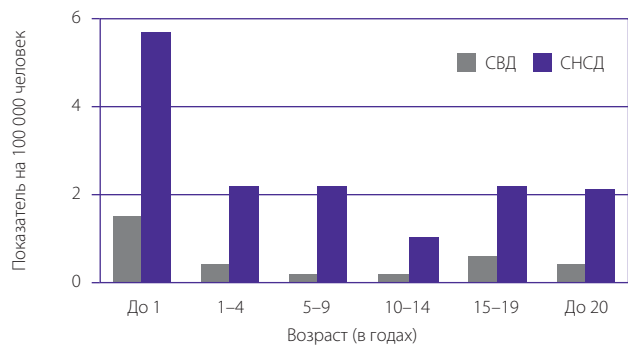
Падения составляют наибольший процент причин травм и нарушений здоровья среди детей в возрасте 5–14 лет, и в большинстве стран падения являются самым распространенным типом детских травм, регистрируемых в отделениях реанимации, составляя 25–52% всех посещений. Например, исследования в Китае показали, что на каждый смертельный случай из-за падения приходится 4 случая постоянной инвалидности, 13 случаев, требующих госпитализации на 10 или более дней, 24 случая, требующих госпитализации на 1–9 дней, и 690 случаев, требующих обеспечения медицинского ухода или пропуска по крайней мере одного дня на работе или в школе, что показывает влияние такого рода травм, дополняя статистику смертности из-за падений.

Обычно чем больше высота, с которой ребенок упал, тем тяжелее травма, и по мере того, как ребенок становится старше, увеличивается количество падений с большей высоты. Падения представляют

Что такое падение?

Падение – это происшествие, приводящее к тому, что человек непроизвольно оказывается лежащим на земле, полу или на поверхности более низкого уровня.

Рисунок 9: Показатели смертельных случаев, связанных с травмами от падения, на 100 000 детей в зависимости от возраста и уровня дохода страны, мир в целом, 2004 г.



СВД – страны с высоким доходом, СНСД – страны с низким и средним доходом.
Источник: WHO(2008), Global Burden of Disease: 2004 update

ИСТОРИЯ СОХЕЛА

Четырнадцатилетний подросток Сохел был главным кормильцем в семье, состоящей из четырех человек. Он жил в деревне Кришнапур (округ Нарсингди, Бангладеш). Своего отца он потерял, когда ему было 7 лет. Из-за экономических трудностей Сохел вынужден был уйти из школы, когда учился в седьмом классе. Чтобы зарабатывать на жизнь, он начал обрабатывать маленький надел земли. Обычно Сохел выращивал рис и другие сельскохозяйственные культуры, которые были необходимы для пропитания семьи. Сохел вместе с друзьями обычно ходил ловить рыбу, чтобы заработать дополнительные деньги для насущных потребностей повседневной жизни.

Это произошло в дождливый сезон в 2004 г. Сохел отправился рыбачить с двумя друзьями. Они остановились у старой мечети, где проводились ремонтные работы. Будучи любознательным мальчиком, Сохел поднялся вверх на крышу мечети, игнорируя просьбы своих друзей спуститься. Он подошел к краю крыши, но наткнулся на какой-то строительный материал, оступился и упал вниз. Он получил ужасные травмы, и его отвезли в ближайший медицинский центр, находившийся на расстоянии 15 километров, где он и умер. Дети, подобные Сохелу, не должны погибать от таких травм, которые можно предотвратить. Надо действовать немедленно.



© С. Khasnabis

собой главную причину травматических повреждений головного мозга, особенно среди маленьких детей, с риском значительного долговременного неврологического повреждения. Кроме того, падения обходятся дорого. Анализ, проведенный в Канаде, показывает, что, если бы были реализованы на практике испытанные стратегии профилактики падения, это ежегодно приводило бы к 20%-му сокращению числа случаев падения, и чистая экономия составила бы свыше 126 миллионов канадских долларов (120 млн долл. США).

Страны со средним и низким доходом в Юго-Восточной Азии и Восточном Средиземноморье имеют самые высокие показатели смертности детей из-за падений. Это более чем в 10 раз выше показателей в странах с высоким доходом в Америке (Таблица 11). Наибольшему риску падения подвержены дети младше 1 года в странах со средним и низким доходом. Во всех регионах мира от падений погибает больше мальчиков, чем девочек. В большинстве стран с высоким доходом дети младше 1 года чаще всего падают с мебели или автомобильных сидений, или в результате того, что их роняют; дети в возрасте 1–3 лет чаще всего падают с лестниц и ступенек, выпадают из окон, падают с мебели или игровых устройств. Дети постарше обычно падают с предметов оборудования детской площадки, когда их толкают, пытаются спасти из горящего помещения, а также с крыш и балконов.

Таблица 11: Показатели смертности от травм, связанных с падением, на 100 000 детей^a в зависимости от пола, региона ВОЗ и уровня дохода страны, 2004 г.

	Африка		Сев. и Южн. Америка		Юго-Восточная Азия		Европа		Восточное Средиземноморье		Западная часть Тихого океана	
	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД
Мальчики	1,8	0,3	1,0	3,0	0,5	1,3	4,0	3,5	0,5	2,5		
Девочки	1,1	0,1	0,4	2,4	0,2	0,6	0,3	2,3	0,3	1,9		
Оба пола	1,5	0,2	0,7	2,7	0,3	1,0	2,2	2,9	0,4	2,2		

^a Эти данные относятся к детям в возрасте до 20 лет.
СВД – страны с высоким доходом, СНСД – страны с низким и средним доходом.
Источник: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Почему дети подвержены опасности падения?

Дети подвержены опасности падения в силу разнообразных причин. Выявление и понимание факторов, подвергающих детей опасности падения, в значительной мере способствует их предотвращению.

Возраст и стадия развития

Дети младшего возраста подвержены опасности падения, так как их любопытство и стремление исследовать окружающую обстановку обычно не соответствует их способности оценивать опасность и реагировать на нее. По мере того как дети становятся старше, их способность реагировать на опасность чаще совпадает с повышенным уровнем независимости, с тем, что они все больше играют и гуляют вдалеке от дома, с их повышенной физической активностью, а также более смелым поведением, связанным с принятием рискованных решений, из-за чего они чаще попадают в ситуации, в которых может произойти падение.

Пол

Мальчики больше подвержены риску падений как со смертельным исходом, так и без смертельного исхода. Это частично объясняется различиями в характере воспитания детей разного пола, социализации, ролевых ожиданиях, а также большим участием мальчиков в рискованном поведении и опасных играх.

Бедность

Как в межрегиональной статистике, так и в статистике внутри отдельных стран наблюдается прочная связь между социальным статусом и случаями падения детей. В число выявленных рисков входят: более длительное пребывание в переполненном людьми пространстве, в опасной обстановке, наличие лишь одного родителя, безработица, слишком молодой возраст матери, низкий уровень образования матери, стресс и проблемы с психическим здоровьем присматривающего за ребенком лица, а также неравенство в доступе к услугам здравоохранения.

Дети с инвалидностью

Наличие умственной неполноценности может приводить к восьмикратному повышению риска получения неумышленной травмы, в том числе к повышенному риску падения. Дети в инвалидных креслах также подвержены особой опасности, независимо от их когнитивной способности, так как, по оценкам, падения составляют 42% всех случаев травм среди пользователей инвалидных кресел.

Физическое окружение

Преобразованная человеком среда, включающая то, как спроектированы и построены здания, спланированы города, места отдыха и ведется землепользование, является существенным фактором, влияющим на здоровье и развитие детей, но она может также быть источником связанных с падением травм. В число влияющих факторов могут входить ненадлежащее или несвоевременное обслуживание домов, особенно сдаваемых в аренду лицам с низким доходом, а также здания и конструкции, в которых не учитываются связанные с развитием способности маленьких детей или потребности их родителей, например, слабое освещение, отсутствие оконных решёток в высотных зданиях, отсутствие перил на лестницах, свободный выход на балконы и открытый доступ на крышу.

Социокультурная среда

Неудовлетворительный присмотр со стороны взрослых часто оказывается главным фактором в возникновении детских травм, но связанные с этим проблемы сложны и они взаимодействуют со многими факторами, осложняющими ситуацию в наиболее уязвимых и подверженных риску семьях. Родители, работники социальных служб и медики обычно единогласны в том, что дети дошкольного возраста в особенности должны находиться под «постоянным» контролем. Это означает, что для минимизации риска получения травмы дети не должны оставаться без присмотра более пяти минут. В более бедных семьях дети могут не только оставаться без присмотра, но и вынуждены заботиться о своих младших братьях и сестрах.

Доступность лечения и реабилитации

Обследования, проведенные в странах с низким и средним доходом, показывают, что значительная часть детей, включая детей с умеренными и тяжелыми травмами в результате падения, не получает медицинского обслуживания из-за большого расстояния до больницы, запретительной стоимости проезда, недоступности медицинских услуг из-за их стоимости, и в силу недостаточного понимания необходимости своевременной медицинской помощи со стороны тех, кто присматривает за ребенком.

Откуда дети падают?

- С детской коляски, ходунка, высокого стула, раздвижного стола
- С детской кровати, кровати, двухъярусной кровати
- С крыши, окна, балкона
- С лестницы, балюстрады и поручней
- С деревьев
- С оборудования детской площадки, например, с качелей, карусели, детской горки, трамплинов
- Во время спортивных игр
- Во время катания на роликовых коньках, лыжах, коньках
- Во время езды верхом на лошади, верблюде

Падения представляют самый распространенный тип травм среди детей, регистрируемый в отделениях неотложной помощи, составляя 25–52% всех подобных посещений.

Что можно предпринять для предотвращения падений?

Количество падений можно уменьшить с помощью эффективных стратегий профилактики (см. Таблицу 12). Целый ряд многообещающих мер предстоит проверить в различных обстоятельствах.

Таблица 12: Краткий обзор испытанных и перспективных стратегий профилактики падений

СТРАТЕГИЯ	ЭФФЕКТИВНОСТЬ	ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ
Внедрение многосторонних социальных программ, таких как например, «Дети не могут летать»	✓	
Перепроектирование детской мебели и других изделий	✓	
Установление стандартами оборудования детских игровых площадок толщины материала, покрывающего поверхность оборудования, а также высоты и эксплуатации оборудования	✓	
Издание законов об установлении оконных решеток	✓	
Использование на лестницах входных калиток и поручней		?
Осуществление поддерживающих посещений семей с повышенным риском и просветительской работы с ними		?
Проведение кампаний в средствах массовой информации, предназначенных для родителей и работников службы здравоохранения		?
Обеспечение надлежащей педиатрической скорой помощи		?

Высокое бремя смертности, расходов здравоохранения и значительного риска смертности из-за черепно-мозговых травм требует, чтобы профилактика связанного с падением травматизма стала средоточием усилий по обеспечению безопасности детей во всем мире.

Экологические и инженерные подходы

- Выявление, замена или модификация опасных изделий. Многие страны с высоким доходом достигли существенного снижения связанного с падением травматизма среди детей посредством устранения или перепроектировки таких предметов детской мебели, как детские кроватки с сеткой, передвижные настилы, ходунки и двухъярусные кровати, элементы оборудования детской площадки, спортивного и развлекательного оборудования.
- Предоставление и установка калиток на лестницах. Материальная поддержка семей, например, предоставление им бесплатных домашних средств безопасности. Например, калитки для лестницы и их бесплатное установление может улучшить безопасность семей, живущих в неблагополучных районах.

Законодательство и стандарты

- Создание и проведение в жизнь законодательства, требующего установки владельцами домов оконных решеток. В одном из штатов США наблюдалось значительное уменьшение количества смертельных случаев из-за падения маленьких детей с высотных зданий после принятия закона об установлении в таких домах оконных решеток.
- Разработка и внедрение на практике безопасных стандартов конструкции и обслуживания детских площадок с установлением на земле резиновых или кожаных покрытий достаточной толщины, а также изготовление конструкций и оборудования детских площадок более безопасной высоты, например, детских горок. Эти подходы существенно уменьшили травматизм на детских площадках во многих странах с высоким доходом.

Обучение и развитие навыков

- Разработка и обеспечение агитационных кампаний в средствах массовой информации и рассылка листовок для стран с низким и средним доходом, предназначенных для разъяснения мер домашней безопасности и профилактики травматизма родителям, работникам здравоохранения, работникам правоохранительных органов, муниципальным чиновникам, рабочим-строителям и разработчикам политики.

Комбинированные стратегии

- Введение и обеспечение практики посещения семей с маленькими детьми. Эти посещения используются для того, чтобы выполнить широкий круг задач, включая улучшение семейной обстановки, поддержку семей и профилактику проблемного поведения детей. Данные показывают, что посещения семей, включая программы, предназначенные для бедных семей, эффективны в улучшении домашней безопасности и уменьшении рисков травматизма. Такие посещения, по-видимому, наиболее эффективны, когда предоставляемая информация является целевой, соответствующей возрасту, и соединяется с обеспечением и установкой в доме защитных средств.
- Использование комплексных стратегий повторяется в различных формах и контекстах как средство создания в обществе культуры безопасности. Профилактика падений обычно включается в число целей социальных программ, предназначенных для уменьшения детского травматизма, и оказалась особенно эффективной в установке оконных решеток в высотных зданиях.

Что еще требует подтверждения, или чего следует избегать?

- Пока недостаточно данных для популяризации использования просветительских кампаний только в целях профилактики падений и внедрения соответствующих строительных правил и норм содержания жилья.
- Ограждение колодцев и котлованов, хотя и доказало свою эффективность в предотвращении утопления в них, все еще не оценено как средство профилактики падения.

Профилактика травматизма

Кампания «Дети не могут летать», Нью-Йорк

Программа «Дети не могут летать» была разработана департаментом здравоохранения Нью-Йорка в начале 1970-х гг. для борьбы с высокими показателями смертности и травматизма среди детей по причине падения из окон. Программа включала в себя принятие закона, требующего установления оконных решеток в высотных зданиях, в которых жили маленькие дети. В дополнение к закону действовала добровольная система оповещения, требовавшая от людей сообщать обо всех случаях падениях детей. Благодаря этому медсестра могла прибыть на место происшествия и оценить ситуацию, дать рекомендации родителям относительно профилактики падений и предоставить бесплатные оконные решетки семьям с маленькими детьми, живущим в районах повышенного риска.

В результате действия этой программы было зарегистрировано значительное сокращение числа случаев падений, особенно в городском районе Бронкс, где регистрируемое количество падений уменьшилось на 50%. С тех пор многие другие города во всем мире последовали примеру Нью-Йорка. В дополнение к спасению многих жизней, эти меры оказались рентабельными с точки зрения экономики на госпитализации, реабилитации травмированных или искалеченных детей и расходов на уход за ними.



© T. Toroyan, WHO

Отравление

Дом и прилегающая к нему территория могут быть опасными для детей, в частности из-за возможности неумышленного отравления. Дети от природы любопытны, исследуют обстановку внутри и снаружи дома. Вследствие этого ежегодно миллионы звонков об отравлениях поступают в токсикологические центры (также называемые информационными токсикологическими центрами), и тысячи детей госпитализируют в отделения реанимации, потому что они по недосмотру употребили внутрь какой-нибудь бытовой товар, лекарство или пестицид. Большинство этих «случайных» отравлений можно было предотвратить.

Масштаб отравлений

Ежегодно случайное отравление приводит к более 45 тысячам смертельных случаев среди детей и подростков в возрасте до 19 лет, составляя 13% всех случайных отравлений во всем мире. В исследовании, проведенном в 2000/2001 гг., в 16 странах с высоким и средним доходом было установлено, что среди причин смертности из-за неумышленного травматизма среди детей в возрасте 1–14 лет, отравление является четвертой по значимости причиной после дорожно-транспортного травматизма, ожогов и утоплений.

В то время как точных общемировых данных об отравлениях без смертельного исхода нет, существующие оценки этого явления позволяют утверждать, что такие травмы возлагают на общество тяжелое бремя. Отдельные исследования, проведенные как в странах с низким, так и с высоким доходом указывают, что последствия отравлений обходятся дорого.

Самые распространенные вещества, вызывающие отравление детей

- Продаваемые без рецепта медицинские препараты, например, парацетамол, средства от кашля/простуды, витамины и железосодержащие таблетки, антигистаминные средства и противовоспалительные препараты.
- Препараты, продаваемые по рецепту, например, антидепрессанты, наркотики, анальгетики и запрещенные наркотики.
- Парафин/керосин.
- Продукты бытовой химии, например, отбеливатели, дезинфицирующие и чистящие средства, косметика, уксус.
- Пестициды, включая инсектициды, родентициды и гербициды.
- Различные ядовитые растения.
- Укусы животных и насекомых.

Что такое отравление?

Отравление связано с повреждением или смертью клеток, вызванными вдыханием, глотанием, вливанием или поглощением токсичного вещества, то есть «яда». Ключевыми факторами, которые определяют тяжесть и исход отравлений, являются: природа вещества, его доза, химический состав и путь попадания в организм; одновременное попадание в организм других ядов; произошло ли отравление после принятия пищи ребенком или натошак; возраст и предшествовавшее отравлению состояние здоровья.

“Все вещи – яд, и ничего нет такого, в чем он отсутствует. И только от дозы зависит, чтобы вещь перестала быть ядом.”

Парацельс (Encyclopaedia Britannica)

ИСТОРИЯ ХАРРИСОНА

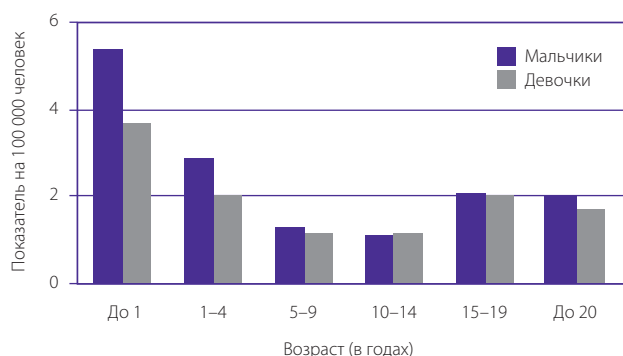
Харрисон – самый младший из пяти детей. В первый день летнего отпуска Лиза, мама Харрисона, изменила свой обычный утренний режим и вместо того, чтобы проверить, запорты ли на кухне все буфеты, она пошла в зал, чтобы включить видеопроигрыватель для своего старшего ребенка. В это время 18-месячный Харрисон открыл буфет, снял колпачок контейнера с моющими средствами для посудомоечной машины и выпил часть содержимого. Хотя у контейнера был колпачок, недоступный для открывания детьми, для того, чтобы правильно защитить колпачок от открывания, его нужно было повернуть дважды. Так как на упаковке не было никаких инструкций, мать Харрисона не знала об этом.

Харрисон остался в живых, но его травмы изменили его жизнь и жизнь его семьи. Его история и истории других малышей, переживших подобные травмы, были быстро подхвачены средствами массовой информации. В течение нескольких недель компания-производитель поместила предупреждающие ярлыки на все свои контейнеры, предупреждающие потребителей о «механизме с двумя щелчками». Несколько месяцев спустя контейнер был перепроектирован, и в него были вмонтированы ограничитель расхода и крышка с механизмом «одного щелчка». Теперь в Австралии действует закон, требующий, чтобы все порошки для посудомоечной машины упаковывались в контейнеры, которые ребенок не может открыть, со специальными предупреждающими ярлыками, если pH содержимого превышает 11,5. Моющие средства с pH больше 12,5 были сняты с продажи на внутреннем рынке.



© Royal Children's Hospital Foundation

Рисунок 10: Показатели отравлений со смертельным исходом на 100 000 детей в зависимости от возраста и пола, мир в целом, 2004 г.



СВД – страны с высокими доходами, СНСД – страны с низким и средним доходом. Источник: WHO(2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Европы с низким и средним доходом и Западной части Тихого океана. В большинстве регионов среди мальчиков показатели выше, чем среди девочек. Хотя общемировые данные об отравлениях без смертельного исхода в настоящее время отсутствуют, но на одну смерть от отравления приходится многие тысячи звонков в токсикологические центры по всему миру, сообщающие о случаях отравления без смертельного исхода.

Таблица 13: Показатели смертности от отравления на 100 000 детей^a в зависимости от пола, уровня дохода страны и региона ВОЗ, 2004 г.

	Африка		Сев. и Южн. Америка		Юго-Восточная Азия		Европа		Восточное Средиземноморье		Западная часть Тихого океана	
	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД	СВД	СНСД
Мальчики	4,9	1,2	0,4	1,7	0,3	2,4	1,3	1,7	0,1	1,5		
Девочки	3,0	0,4	1,6	1,6	0,2	1,7	0,0	1,5	0,1	2,1		
Оба пола	4,0	0,8	0,3	1,7	0,2	2,0	0,7	1,6	0,3	1,8		

^a Эти данные относятся к детям возрастом до 20 лет. СВД – страны с высокими доходами, СНСД – страны с низким и средним доходом. Источник: WHO(2008), Global Burden of Disease: 2004 Update.

Почему дети подвержены риску отравления?

Дети подвергаются риску отравления в силу разнообразных причин. Выявление и понимание опасностей в значительной мере способствует их предотвращению.

Проблемы возраста и стадии развития

Отравления тесно связаны с возрастом и стадией развития ребенка. Они влияют и на подверженность опасности отравления ядами различных типов, и на исход случайного отравления. Маленькие дети особенно склонны проглатывать ядовитые вещества, особенно жидкие, так как большинство предметов они тянут в рот, очень любознательны и не осознают последствий. С другой стороны, подростки в большей мере осознают возможные последствия своих действий, но давление со стороны ровесников и склонность к рискованному поведению могут привести к тому, что они по неосторожности могут неправильно употребить спиртные напитки или запрещенные наркотики, что приводит к более высокому показателю смертности, чем у детей более младшего возраста.

Пол

За редким исключением мальчики подвержены более высокому риску отравления, чем девочки. Там, где есть эти исключения, расхождения можно объяснить отличиями в социализации мальчиков и девочек, различиями между странами и культурами.

Бедность

Низкий социально-экономический статус в значительной мере соотносится как с отравлениями со смертельным исходом, так и с отравлениями без смертельного исхода, и эта связь прослеживается как при сравнении разных стран, так и внутри отдельных стран. Бедные семьи, вероятно, больше подвержены опасности отравления некоторыми отравляющими веществами, потому что они используют керосин для обогрева и приготовления пищи, имеют слишком

Дети в возрасте до 1 года подвержены наибольшему риску отравления со смертельным исходом, особенно в странах с низким и средним доходом (Рисунок 10). После грудного возраста число отравлений со смертельным исходом с возрастом уменьшается, однако с 14-летнего возраста наблюдается небольшое увеличение этого показателя, что можно объяснить либо неправильным использованием веществ, либо увеличением рисков, связанных со вступлением в трудоспособный возраст. Количество отравлений без смертельного исхода обычно больше среди детей старше 1 года и подростков.

В странах с низким и средним доходом показатели отравлений со смертельным исходом выше, чем в странах с высоким доходом во всех регионах, кроме стран Северной и Южной Америки, где эти показатели выше в странах с высоким доходом (Таблица 13), особенно среди подростков 15–19 лет. Самые высокие показатели наблюдаются в Африке и в странах

ограниченное пространство для хранения опасных веществ вне пределов досягаемости детей, вероятнее всего, живут вблизи от токсичной среды и, возможно, вынуждены употреблять в пищу небезопасные продукты. Кроме того, бедным семьям труднее получить доступ к токсикологическим центрам и качественным услугам неотложной помощи.

Характеристики яда

Чем больше концентрация или сильнодействие яда, тем больше риск тяжелого отравления или смертельного исхода. Жидкие яды, например, раствор парацетамола представляют большую опасность, чем твердые яды, такие как моющие средства для посудомоечной машины или таблетки, поскольку проглотить жидкость легче. Если токсичность веществ проявляется при контакте с кожей или после попадания в рот, как в случае с кислотами или щелочами, тогда это приводит к более серьезным последствиям. Физические характеристики веществ, такие как объём, цвет и внешний вид, могут привлекать ребенка или удерживать его от того, чтобы взять вещество или предмет в руки или проглотить. Исследования показывают, что светлые жидкости наиболее привлекательны для детей, так же как и ярко окрашенные таблетки.

Хранение и доступность химических веществ

Доступность для ребенка ядовитых веществ представляет собой главную предпосылку отравления. Размещение ядовитых веществ в емкостях с крышками, доступными для открывания детьми, повышает вероятность отравления. Даже когда опасные вещества упакованы и промаркированы правильно, маленькие дети подвергаются опасности, если взрослые не хранят емкости должным образом. Кроме того, многие родители не понимают, что надпись на маркировке «недоступно для открывания детьми» не означает «полностью защищено от детей», и маленькие дети, все же, могут открыть упаковку. Поэтому наличие таких крышек не отменяет необходимости надлежащего присмотра за детьми.

Время года и погодные условия

Отравления детей происходят в течение всего года, хотя наблюдаются значительные сезонные колебания этого показателя. Укусы ядовитых животных и случаи приема внутрь керосина, медикаментов и пестицидов чаще всего происходят летом. Возможное объяснение состоит в том, что в летние месяцы дети проводят больше времени на открытом воздухе, ослабляется присмотр за ними со стороны взрослых и увеличивается объем выпиваемых жидкостей. Отравление оксидом углерода, выделяющимся из отопительных устройств, отравление такими лекарствами, как средства от кашля и простуды, чаще происходят зимой.

Социокультурная среда

Фактические данные из стран с низким и средним доходом указывают на важность социодемографических факторов, влияющих на показатель отравления детей. В число этих факторов входят: молодой возраст родителей, недостаточный присмотр со стороны взрослых и частая смена места жительства. Кроме того, факторами риска, связанными с острым отравлением, являются плохие условия жизни, местные верования, обычаи и невежество в обращении с химическими веществами.

Стратегии, стандарты и законодательство

Во многих странах нет стратегий, стандартов или законов, регулирующих производство, маркировку, распространение, хранение и обезвреживание токсичных веществ и побочных продуктов их производства. В результате, дети подвергаются опасности отравления из-за воздействия на них ядовитых веществ как в доме, так и вне его. Нерегламентированные способы упаковки и распространение лекарственных препаратов и других ядовитых веществ в незащищенных от детей упаковках повышает доступность для детей токсичных веществ и смертельных доз. Бесконтрольное использование, хранение и выгрузка пестицидов вблизи жилых домов и водопроводной сети подвергают детей опасности воздействия токсинов, особенно детей из семей с низким социально-экономическим статусом. Это особенно справедливо в отношении развивающихся стран, где экономическая ситуация предрасполагает к использованию просроченных и рискованных лекарственных и нелекарственных веществ.

Доступ к соответствующим учреждениям здравоохранения

Если отравление произошло, то, чтобы добиться благоприятного исхода, необходимо срочное и надлежащее лечение. Наличие и доступность токсикологических центров и высококачественных услуг медицинских учреждений влияет на тяжесть поражения из-за отравления. Таким образом, дети, живущие в сельских или удаленных районах, где нет медицинских учреждений, где они недоступны или низкого качества, подвергаются большому риску неблагоприятного исхода.

Что можно предпринять для предотвращения отравления?

Поскольку отравление часто неверно диагностируется или долго остается нераспознанным, начало лечения может откладываться, что часто приводит к трагическому исходу. Поэтому наилучшим решением является профилактика, которую можно осуществлять с помощью испытанных стратегий (см. Таблицу 14). Хранение под замком лекарств и других токсичных веществ, хотя интуитивно и является хорошей практикой, еще не прошло тщательного исследования.

Таблица 14: Краткий обзор испытанных и перспективных стратегий профилактики отравления

СТРАТЕГИЯ	ЭФФЕКТИВНАЯ	ПЕРСПЕКТИВНАЯ
Устранение токсичного агента	✓	
Принятие (и проведение в жизнь) законов о недоступных для открывания детьми упаковок лекарственных средств и ядов	✓	
Фасовка лекарственных средств в несмертельных дозах	✓	
Создание токсикологических центров	✓	
Хранение под замком лекарств и других токсичных веществ		?

Экологические и инженерные подходы

- Устранение ядов, например, ядовитых растений из помещений, и переход от использования индивидуальных отопительных устройств, работающих на горючих материалах, например бутилированном керосине, к коммунальному отоплению, работающему на электричестве или природном газе.
- Замена ядовитого вещества веществом с меньшей токсичностью, например, замена высокотоксичных барбитуратов (успокаивающих снотворных средств, используемых от бессонницы) другими седативными снотворными средствами (бензодиазепинами) более безопасного класса; изменение формулы метиловых спиртов путем замены метанола на этиловый спирт.
- Уменьшение токсичности ядовитого вещества путем фасовки его с соблюдением несмертельной концентрации или дозировки. Например, продажа уксусной кислоты только в разбавленной форме в Сент-Люсии уменьшило количество отравлений этим веществом.

Законодательство и стандарты

- Разработка и внедрение стандартов на защищенные от детей упаковки для таких необходимых ядов, как лекарственные средства, бытовые химикаты и другие токсичные продукты. В странах с высокими доходами, использующих этот подход, было достигнуто значительное снижение показателя отравлений.

Обучение и развитие навыков

- Необходимо обеспечить более безопасную упаковку и более безопасное хранение лекарственных средств и других токсичных продуктов в доме. Специалисты согласны в том, что этот подход включает: просветительскую работу с теми, кто присматривает за детьми, в отношении рисков отравления и необходимости безопасного хранения; стандарты, препятствующие использованию неподходящих емкостей для хранения вредных веществ; а также участие в просветительской работе изготовителей и распространителей таких продуктов. В Африке оказалось успешной мерой бесплатное распространение емкостей с крышками, защищенными от открытия детьми, что позволило почти наполовину уменьшить число отравлений керосином.

Что еще требует подтверждения, или чего следует избегать?

- Пока недостаточно фактических данных, позволяющих требовать регламентирования или устранения токсичных веществ, которые легко принять за съедобные, или уменьшения привлекательности вида токсичных продуктов.
- Использование нестандартных, неподдающихся повторному закрытию, блистерных упаковок для таблеток может быть вредным, поскольку такие упаковки могут оказаться незащищенными от использования детьми.

Здравоохранение

- Создание токсикологических центров позволяет придать приоритетное значение борьбе с отравлениями, давать точные и своевременные рекомендации лицам, присматривающим за детьми, и медицинским учреждениям, оказывать непосредственную экстренную помощь в необходимых случаях и направлять пострадавших с более тяжелым отравлением в медицинские учреждения.

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА

Измени упаковку, сохрани жизнь

Каждый ребенок имеет право расти в окружающей среде, которая не представляет угрозы для здоровья и хорошего самочувствия. Однако в ЮАР около 40 000–60 000 детей отравляются керосином (который обычно используется в большинстве семей в качестве топлива для отопления и приготовления пищи) из немаркированных емкостей. Несмотря на то, что не все эти отравления смертельны, боль и страдания детей и их близких, расходы на лечение для государства велики.

Все это происходит в то время, когда существует эффективное решение данной проблемы. Недоступные для открывания детьми укупорочные средства (то есть упаковки, которые трудно открыть детям младше пяти лет, но легко открываются взрослыми) являются единственной испытанной мерой, которая уменьшает число случаев глотания керосина детьми. В одной общине в ЮАР эта испытанная стратегия оказалась вполне применимой, и выяснилось, что обязательное использование укупорочных средств, недоступных для открывания детьми, ежегодно может спасти более 80 жизней по всей стране и наполовину уменьшить число случаев глотания керосина детьми.



© L. Matzopoulos, Khusela Abantwana

Путь вперед

Данный доклад – первый всемирный доклад на тему детского травматизма – представляет состояние современных знаний о пяти самых значимых причинах неумышленных травм среди детей в возрасте до 18 лет, а также некоторые из мер, которые должны быть приняты для решения данной проблемы.

Основные идеи доклада

Детский травматизм является важной проблемой общественного здравоохранения, непосредственно связанной с сохранением жизни детей. Во всем мире ежегодно около 830 тысяч детей до 18 лет умирают в результате неумышленных травм, и десятки миллионов детей страдают от травм с несмертельным исходом. Все это происходит, несмотря на то, что большинство стран мира ратифицировали Конвенцию ООН о правах ребенка, которая требует принятия всех надлежащих мер для защиты детей от таких травм.

Хорошая новость заключается в том, что мы знаем, что представляют собой многие из этих мер – детский травматизм можно предотвратить и большую часть этого исполнительного резюме составляет перечисление имеющихся испытанных и перспективных стратегий. Многие страны с высоким доходом смогли существенно уменьшить показатели детского травматизма со смертельным исходом. Например, в Швеции за 30-летний период показатели детского травматизма были снижены более чем на 50%. Если бы во всем мире повсеместно сумели воплотить в жизнь хотя бы дюжину испытанных стратегий, рассмотренных в том докладе, то ежегодно почти половину всех смертельных случаев среди детей можно было бы предотвратить, при этом ежедневно можно было бы спасти более 1000 детских жизней. Мы не можем позволить себе ждать – цена бездействия слишком высока, и оно недопустимо.

Основные идеи доклада

- Детский травматизм представляет собой важную проблему общественного здравоохранения
- Травмы прямо угрожают выживаемости детей
- Дети подвержены травмам
- Травмы среди детей можно предотвратить
- Цена бездействия слишком высока, и оно недопустимо
- Лишь в немногих странах есть фактические данные о детском травматизме
- Исследования детского травматизма слишком ограничены
- В области детского травматизма существует слишком мало врачей-специалистов
- Ответственность за профилактику детского травматизма лежит на многих отраслях
- Профилактика детского травматизма недостаточно финансируется
- Необходимо создавать и поддерживать осведомленность в обществе

ИСТОРИЯ АНУПАМЫ

Дети – это мощная действующая сила изменений, и они должны участвовать в развитии и реализации проектов профилактики детского травматизма на местном, национальном и международном уровнях. То, что вы прочтете ниже – выдержка из эссе, написанного шестнадцатилетней Анупамой Кумар Кералой из Индии. Она победила в конкурсе эссе о дорожной безопасности «Голоса молодежи» ЮНИСЕФ и получила премию на Всемирной ассамблее молодежи, проходившей в апреле 2007 г. во Дворце Наций Организации Объединенных Наций в Женеве (Швейцария).

«Средства массовой информации остаются сильно недооцененным фактором в создании осведомленности насчет дорожной безопасности. Поддержка со стороны знаменитых людей, вместе с телевизионными передачами, идущими в лучшее время, и равноценными им образовательными программами, могут дать доступное и привлекательное средство углубления понимания проблемы, особенно среди молодежи. Они могли бы передать идею о том, что безопасное движение – это «спокойное» движение, и постоянно убеждать в том, что вождение автомобилем в состоянии алкогольного опьянения, использование сотового телефона на дороге и езда без ремня безопасности (или шлема) не только опасны, но и «совершенно немодны». Кроме того, при каждом удобном случае знаменитые люди могли бы активно призывать как можно больше ходить пешком или ездить на велосипеде.



© M. Kokić, WHO

Испытанные меры профилактики детского травматизма

Дорожная безопасность

- ✓ Принятие (и проведение в жизнь) законов о возрастном минимуме при употреблении спиртных напитков
- ✓ Установление (и проведение в жизнь) нормы о более низких пределах концентрации алкоголя в крови для начинающих водителей и проявление нетерпимости к ее нарушителям
- ✓ Ношение шлемов мотоциклистами и велосипедистами
- ✓ Принятие (и проведение в жизнь) законов о применении ремней безопасности, удерживающей системы безопасности для детей и шлемов
- ✓ Принуждение к снижению скорости вблизи школ, жилых районов, детских площадок
- ✓ Разделение различных типов пользователей дороги
- ✓ Введение (и проведение в жизнь) правила включения фар ближнего света в дневное время для мотоциклов
- ✓ Введение (и проведение в жизнь) ступенчатых систем лицензирования водителей



Утопление

- ✓ Устранение (или накрытие) опасных источников воды
- ✓ Требование установки изолирующих ограждений (с четырех сторон) вокруг плавательных бассейнов
- ✓ Ношение личных спасательных средств для плавания
- ✓ Обеспечение немедленной реанимации



Ожоги

- ✓ Принятие (и проведение в жизнь) законов о дымовой пожарной сигнализации
- ✓ Разработка и внедрение стандартов для защищенных от использования детьми зажигалок
- ✓ Принятие (и проведение в жизнь) законов о терморегуляторах на кранах с горячей водой и соответствующая просветительская работа с общественностью
- ✓ Лечение пострадавших от ожогов в специальных ожоговых центрах



Падения

- ✓ Реализация многосторонних программ на уровне сообществ, таких как «Дети не могут летать»
- ✓ Перепроектирование предметов детской мебели и других изделий
- ✓ Установление стандартов детских площадок в отношении толщины соответствующего покрытия их поверхности, материала, высоты и эксплуатации оборудования
- ✓ Законодательное требование установления оконных решеток



Отравление

- ✓ Устранение токсичных агентов
- ✓ Законодательное оформление (и проведение в жизнь) требования об использовании недоступных для открывания детьми упаковок для лекарственных средств и ядовитых веществ
- ✓ Фасовка лекарственных средств в несмертельных дозах
- ✓ Создание токсикологических центров



В дополнение к принятию и осуществлению испытанных и перспективных стратегий профилактики детского травматизма, страны также должны проверить, насколько их инфраструктура позволяет предпринимать такие меры. Лишь немногие страны располагают добротными данными о детском травматизме, а исследования детского травматизма носят ограниченный характер. В частности, необходимо понять, какие стратегии работают в странах с низким и средним доходом. Исследования детского травматизма повсеместно испытывают недостаток финансирования, а для того чтобы достичь необходимых результатов, не хватает врачей, специализирующихся на профилактике детского травматизма.

Ответственность за профилактику детского травматизма лежит на многих отраслях, поэтому следует добиваться широкой осведомленности и глубокого понимания масштабов проблемы, факторов риска и необходимости предотвращения травм. Уменьшение риска травм среди детей требует участия и приверженности со стороны широкого круга групп, включая международные организации, организации развития и донорские организации, правительства, неправительственные организации, частный сектор, средства массовой информации, преподавателей и лидеров местных сообществ, родителей и детей, а также молодежи. Для каждого найдется своя роль.

Рекомендации по практическим действиям

«Всемирный доклад о профилактике детского травматизма» – это призыв к принятию обоснованных фактическими данными мер и направлению устойчивых инвестиций всеми секторами – государственным, частным и гражданским – в профилактику и на борьбу с детским травматизмом. Настало время, чтобы правительства своими активными действиями подтвердили свою приверженность решению проблемы детского травматизма и создали мир, в котором дети могут жить, учиться и играть, не подвергаясь риску погибнуть или получить травму. Необходимо побудить правительства и другие организации действовать, чтобы остановить эпидемию детского травматизма, и следовать этим семи рекомендациям при разработке программ профилактики детского травматизма.

Рекомендация 1: Интегрировать детский травматизм во всесторонний подход к здоровью и развитию детей

Всесторонняя стратегия здоровья и развития детей должна включать все главные причины ухудшения состояния здоровья и инвалидности среди детей, и поэтому включать травмы. В существующие программы сохранения жизни необходимо ввести стратегии профилактики детского травматизма в качестве части базового комплекса услуг детского здравоохранения. Нынешний обновлённый акцент на первичной медицинской помощи дает возможность правительствам, министерствам здравоохранения и организациям гражданского общества реструктурировать свои программы детского здравоохранения, включив в них профилактику детского травматизма. Успешность программ детского здравоохранения следует оценивать не только по традиционным меркам смертности от инфекционных болезней, но и по другим показателям травм со смертельным исходом и травм без смертельного исхода.

Рекомендация 2: Разработать и осуществить политику профилактики детского травматизма и соответствующий план действий

Каждая страна должна выработать политику профилактики детского травматизма и борьбы с ним, задействовать в ней широкий круг секторов. В выработку политики должны быть вовлечены агентства, связанные с транспортом, здравоохранением, планированием, безопасностью потребительских товаров, сельским хозяйством, образованием и правом. При этом необходимо обеспечить участие представителей разных дисциплин: специалистов по детскому развитию, эпидемиологов-травматологов, инженеров, градостроителей, клинических врачей, социологов и другие специалистов. В работе заинтересованных групп должны также участвовать представители правительств, частного сектора, неправительственных организаций, средств массовой информации и широкой общественности.

Политика должна принимать в расчет потребности всех детей, особенно уязвимых, например, из бедных семей и бездомных, а также девочек, и она должна быть связана с другими стратегиями здравоохранения детей. Политика страны в отношении детского травматизма должна способствовать развитию национальных стандартов и правил по проблемам, имеющим прямое отношение к детскому травматизму, включая такие, как безопасность продуктов и устройств, детских площадок и школ, а также законы и правила жилищного строительства.

Правительства должны:

- повысить приоритетность профилактики детского травматизма;
- назначить организацию или группу людей, чтобы она руководила профилактикой детского травматизма – в пределах более широкой стратегии детского здравоохранения или конкретного плана профилактики детского травматизма;
- назначить, по крайней мере одного штатного специалиста в соответствующем министерстве ответственным за профилактику травматизма, в том числе детского;
- создать жизнеспособную систему сбора фактических данных, основанную на потребностях страны и специфических местных проблемах, связанных с детьми;
- разработать многосекторный план действий для профилактики детского травматизма, включая постановку целей;
- координировать деятельность и способствовать сотрудничеству различных отраслей для выполнения и оценки детских программ профилактики травматизма;
- предписывать и проводить в жизнь законы и стандарты, которые, как было показано, уменьшают травматизм;
- гарантировать достаточные финансовые средства и человеческие ресурсы для усилий по профилактике детского травматизма;
- обеспечить всем детям доступ ко всем уровням здравоохранения и медицинских услуг;
- способствовать интеграции вопросов здравоохранения и безопасности и оценки влияния травм на все новые проекты, включая проекты, связанные с инфраструктурой;
- подключать детей и подростков к разработке и выполнению проектов на государственном и местном уровнях.

Национальная стратегия должна устанавливать масштабные, но реалистичные цели на срок, по крайней мере пять-десять лет. Это должно дать заметные результаты и достаточное финансирование для развития, внедрения, управления, мониторинга и оценки действий. Как только стратегия профилактики детского травматизма определена, должны быть подготовлены общенациональный и местные планы действий, устанавливающие, какие конкретные меры будут приняты, и выделяющие ресурсы для этих реализации этих мер.

Рекомендация 3: Осуществлять конкретные действия для предотвращения детского травматизма и борьбы с ним

Для того чтобы предотвратить детский травматизм, бороться с ним и минимизировать его последствия, необходимы конкретные действия. Эти действия, – образующие отчасти национальную стратегию здравоохранения детей, – должны быть основаны на ясных доказательствах, быть адекватными с точки зрения культуры и местной ситуации, и должны быть проверены в местных условиях. Неотъемлемой частью программы должна быть оценка принимаемых мер.

Конкретные меры, принимаемые для каждого типа травм, довольно подробно рассматривались в предыдущем разделе настоящего Резюме, как и их влияние на частоту и тяжесть травм. В тех случаях, когда об этом имелись сведения, рассматривался вопрос об экономической эффективности. Ни один стандартный комплекс мер не будет подходить для всех стран, но основные подходы остаются одинаковыми: соответствующие законы и проведение их в жизнь, модификация продуктов, изменение среды, просвещение, развитие навыков и неотложная медицинская помощь.

Не забывайте подключать детей к процессу принятия решений, поскольку дети могут:

- служить образцом для подражания, осваивая безопасные методы в целях уменьшения риска получения травм. К таким методам относятся использование систем безопасности и игры в безопасных местах;
- популяризировать профилактику травматизма среди ровесников и родственников;
- воздерживаться от участия в рискованных действиях;
- вносить свой вклад в определение приоритетов для действий;
- участвовать в кампаниях и программах профилактики травматизма.

Рекомендация 4: Необходимо укреплять системы здравоохранения, решающие проблему детского травматизма

Система здравоохранения должна быть укреплена в целом, чтобы обеспечить высококачественное лечение травмированных детей, а также реабилитацию и службы поддержки. В число таких улучшений должны входить: разработка и содержание систем догоспитального лечения; высококачественная неотложная помощь травмированным детям в больницах и клиниках, со специально предназначенными для детей оборудованием и лекарственными препаратами; подходящие программы реабилитации, решающие вопросы физических и психологических долговременных последствий травм; и согласование действий со смежными отраслями, обеспечивающее травмированным детям полный уход и лечение.

Система здравоохранения должна также быть укреплена, чтобы обеспечить финансовую и социальную поддержку семьям травмированных детей. Если этого не делать, такие семьи, особенно в более бедных странах, из-за травм детей могут оказаться в нищете.

Приоритетное значение следует придавать программам соответствующего обучения. Во многих странах просто нет достаточного количества специалистов с навыками и опытом, необходимыми для разработки и реализации эффективной программы профилактики детского травматизма.

Правительства должны начать этот процесс и назначить в министерстве здравоохранения ключевого сотрудника или координатора профилактики детского травматизма. Выбор конкретной организационной модели зависит от ситуации в стране, но важно, чтобы ответственность за профилактику и контроль за состоянием детского травматизма были четко определены.

Рекомендация 5: Необходимо повысить качество и количество фактических данных о профилактике детского травматизма

Важным элементом в решении проблемы детского травматизма является оценка ее масштаба и особенностей, равно как и наличие национальной политики в отношении детского травматизма и потенциала для борьбы с такими травмами. Необходимо полное знание не только количества травм со смертельным исходом, травм без смертельного исхода и случаев инвалидности среди детей, но и знание о том какие дети в наибольшей степени подвержены травмам; каковы преобладающие типы травм; мы должны знать самые проблемные географические области; понимать конкретные факторы риска; а также иметь представление об уместных стратегиях в детском здравоохранении, программах и конкретных мерах профилактики детского травматизма. Вдобавок к этому, во всех странах необходимо использовать стандартизированные дефиниции, причем не только в отношении травматизма, но и в отношении инвалидности.

Источники фактических данных могут различаться в зависимости от типа травм. Например, фактические данные о дорожно-транспортном травматизме могут быть получены из полиции, министерства здравоохранения, учреждений здравоохранения и министерства транспорта. С другой стороны, сведения о падениях могут быть получены из

систем мониторинга травм, исследований на уровне сообществ и отчетов о поступлениях больных в педиатрические стационары. В любом случае, прежде чем использовать эти источники данных и их потенциал влияния на наблюдаемые явления, нужно принять во внимание их ограниченность.

Информационные системы по детскому травматизму должны быть простыми и экономически эффективными, должны соответствовать уровню квалификации использующих их специалистов и быть совместимыми с национальными и международными стандартами (включая классификацию внешних причин). Там, где это возможно, эти системы должны быть интегрированы в другие системы информации здравоохранения детей, например, демографические исследования и исследования в области здравоохранения, исследования комплексного лечения детских болезней и опросы по самонаблюдению. Фактические данные должны широко распространяться среди соответствующих органов власти и заинтересованных организаций, особенно среди ответственных за здоровье, образование и социальное обеспечение детей, например, организаций развития детей.

В большинстве стран есть лишь скудные данные об экономическом влиянии детских травм, хотя известно, что это влияние значительно. Нет также никаких исследований экономической эффективности профилактических мер. Оценка прямых и косвенных экономических издержек там, где это возможно, а также оценка размеров потерь (доли) валового национального продукта вследствие детского травматизма, может способствовать повышению понимания масштаба проблемы.

Рекомендация 6: Необходимо определить приоритетные области исследований и поддерживать исследования причин, последствий, издержек и профилактики детского травматизма

Программа исследований детского травматизма должна быть разработана на региональном и национальном уровнях. Эта программа должна основываться на фактических данных широкого круга секторов. Должны быть усилены исследования во всех основных областях, связанных с детским травматизмом, включая экономический анализ как издержек из-за детского травматизма, так и стоимости принимаемых мер, широкомасштабные проверки этих мер, особенно в бедных странах, исследования травм с несмертельным исходом и инвалидности, и наилучших путей интегрирования мер по травматизму в программы охраны здоровья детей.

Чтобы исследования были успешными, необходимо сосредоточить инвестиции на развитие человеческого и технического потенциала, особенно в странах с низким и средним доходом. Должна быть создана критическая масса подготовленных исследователей в области травматизма и его профилактики. Следует усилить исследовательские навыки в ряде дисциплин, в том числе в таких, как эпидемиология, клинические испытания, экономика, техника, социология, поведенческая психология и психология развития, оценка продуктов и анализ политики.

Рекомендация 7: Необходимо повысить осведомленность о профилактике детского травматизма и целевые инвестиции в нее

Реальность предсказуемости и предотвращения детского травматизма очень часто просто не осознается широкой общественностью, разработчиками политики, медицинским персоналом и донорами. Поэтому жизненно важно, чтобы тот факт, что эти травмы, как правило, могут быть предотвращены, был осознан всеми. Если известные люди или политические лидеры смогут активно выступить за профилактику детского травматизма, это принесет огромную пользу. Вдобавок к этому, активные действия гражданского общества за профилактику детского травматизма, низовых местных организаций, борющихся за безопасность детей, чуткие и ответственные сообщения в средствах массовой информации, – все это может привести к необходимым изменениям в культуре общества.

Международные конференции также создают возможности обмена знаниями и создания социальных

Учителя и лидеры сообществ должны:

- учить профилактике травматизма в школах, начиная самого раннего возраста;
- обеспечить полную безопасность школ, игровых площадок и подходов к школе;
- создавать и поддерживать безопасное состояние общественных мест, спортивных и развлекательных сооружений;
- популяризировать профилактику травматизма в университетах и включить эту тему в существующие профессиональные программы;
- способствовать исследованиям профилактики детского травматизма в образовательных учреждениях;
- подключать детей и подростков к процессу реализации мер профилактики детского травматизма на уровне сообществ.

Журналисты и репортеры могут способствовать повышению значимости профилактики детского травматизма:

- изучая детские травмы и работая над их профилактикой;
- ответственно, точно и чутко сообщая о последствиях травматических повреждений – неизменно включая в репортажи информацию о профилактике;
- популяризируя профилактику детского травматизма путем показа и описания историй выживших детей и их семей – с выдвижением на первый план успешных практик в профилактике травматизма;
- описывая безопасные практики в радио- и телевизионных постановках, и других передачах радио- или телевизионного вещания;
- инициируя или поддерживая кампании профилактики детского травматизма.

Международные организации, организации развития, и организации-доноры должны – и весьма ощутимым образом – поставить профилактику детского травматизма в ряд приоритетных задач на международном уровне: финансировать и способствовать исследованиям, мероприятиям и оценкам профилактики детского травматизма; поощрять правительства предпринимать непрерывные действия по профилактике детского травматизма; и поддерживать усилия по созданию соответствующего потенциала.

сетей и сообществ. Дополнительные стратегии, например, введение профилактики детского травматизма в школьные и университетские учебные планы, могут также способствовать повышению осознания молодежью опасностей травматизма.

Значительно уменьшить детский травматизм и смертность могут четко нацеленные финансовые инвестиции. Для всех стран важна оценка соотношения издержек и выгод конкретных мер и, соответственно, установление приоритетов. Международные неправительственные организации и крупные корпорации могут способствовать повышению понимания проблемы на мировом и национальном уровне, как например, на местном уровне это могут делать социально ответственные предприниматели и обычные заинтересованные граждане.

Заключение

В международных и национальных декларациях было провозглашено обязательство уменьшить бремя детских болезней. Тем не менее, высокий уровень детской смертности, заболеваемости и инвалидности сохраняется. Основная причина этого – влияние детского травматизма, затрагивающего детей всех возрастов.

Мировое сообщество обладает знаниями, вооружено стратегиями и ресурсами для предотвращения утраты здоровья вследствие травматизма самыми юными членами нашего общества. Этот доклад является призывом к принятию мер, основанных на фактических данных, и осуществлению устойчивых инвестиций всеми секторами – общественным, частным и гражданским – в профилактику детского травматизма и борьбу с ним. Пришло время осуществить обещанное правительствами и создать мир, в котором дети могут учиться, играть, расти и жить, не рискуя быть убитыми или ранеными.

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА

Декларация молодежи по дорожной безопасности

Первая *Всемирная ассамблея молодежи по дорожной безопасности* была проведена в Организации Объединенных Наций в Женеве (Швейцария) в апреле 2007 г. На нее собрались почти 400 делегатов из 100 стран для того, чтобы поделиться друг с другом опытом и идеями, и чтобы найти пути укрепления усилий по повышению дорожной безопасности в своих странах. Это двухдневное мероприятие было организовано и проведено молодыми людьми. Его кульминацией стало принятие Декларации молодежи по дорожной безопасности, которая была вручена президенту Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.



© M. Kocic, WHO

В знак памяти о жертвах дорожно-транспортных происшествий делегаты собрались на ступенях Дворца Наций и выпустили в воздух белые воздушные шары.

Отпуская свои воздушные шары, Йомна Сафват из Египта посвятила их своему погибшему в дорожной аварии младшему брату со словами: «Как много бы этих воздушных шаров мы ни выпустили, они не смогут превзойти бесчисленные слезы, что мы пролили над напрасно погибшими на дорогах любимыми людьми. Являясь данью памяти об этих юных душах, пусть воздушные шары станут призывом к миру принять меры, спасти молодежь и предотвратить гибель и травмы на дорогах. Я посылаю свой воздушный шар моему дорожному брату, Мохаммеду Кариму, с посланием, что его жизнь не была потеряна напрасно, и она будет питать усилия молодежи во всем мире сделать дорогу безопаснее».