

ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ КАК КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПОТЕРЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

В.Н. Боровков¹, В.Г. Семенова², А.А. Хрупалов¹, Г.В. Сорокин¹, Н.В. Боровков¹

¹Городская клиническая больница № 71,
главный врач – к.м.н. А.А. Хрупалов

²ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России,
директор – акад. РАМН, д.м.н. профессор В.И. Стародубов
Москва

Проанализированы основные аспекты формирования как необратимых, так и обратимых потерь населения вследствие дорожно-транспортного травматизма. Анализ необратимых потерь был основан на данных официальной отечественной статистики смертности вследствие ДТП в 1971-2008 гг., а также соответствующих данных ВОЗ. Целью данной работы является разработка методологии оценки предотвратимых потерь здоровья, обусловленных транспортным травматизмом как основы определения приоритетов и резервов сокращения медико-социальных последствий ДТП с учетом основных категорий пострадавших.

Ключевые слова: дорожно-транспортный травматизм, смертность, потери здоровья.

ROAD TRAFFIC TRAUMATISM AS COMPLEX MEDICAL-AND-SOCIAL PROBLEMS OF HEALTH'S LOSS OF THE POPULATION OF RUSSIA

V.N. Borovkov, V.G. Semenova, A.A. Khrupalov, G.V. Sorokin, N.V. Borovkov

This study analyzes the main aspects of the formation as irreversible and reversible loss due to road traffic injuries. Analysis of the irreversible losses was based on data from official national statistics on deaths due to accidents in the years 1971-2008, as well as relevant data to WHO. The purpose of this study is to develop a methodology for assessing the avoidable health loss due to traffic injuries as a basis for determining priorities and reserves to reduce health and social consequences of accidents on the major categories of victims.

Key words: road traffic traumatism, mortality, loss of health, surgery.

В настоящее время в России, как и во всем мире, одной из основных причин потерь здоровья населения является дорожно-транспортный травматизм (ДТТ). Об актуальности проблемы свидетельствует тот факт, что ежегодно в мире от транспортных происшествий гибнет 1,2 млн человек, около 50 млн человек получают травмы, приводящие к госпитализации. Транспортные происшествия – единственная внешняя причина смерти, входящая в 7 ведущих по критерию глобального бремени болезней [2]. В России в 2000–2008 гг. вследствие транспортных происшествий ежегодно гибло около 30–40 тыс. человек, около 250 тыс. получили разного рода травмы [3].

Масштабами потерь обусловлено включение ДДТ, наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в число национальных приоритетов здоровья, что нашло отражение не только в федеральной концепции демографической политики России до 2025 г. (2007), но и во всех региональных программах демографического

развития. Разработана и принята в 2006 г. федеральная программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах» [4].

Целью настоящего исследования был анализ основных аспектов формирования как необратимых, так и обратимых потерь населения вследствие ДТТ.

Анализ необратимых потерь был основан на данных официальной отечественной статистики смертности вследствие ДТП в 1971–2008 гг., а также соответствующих данных ВОЗ [1].

Картина обратимых потерь основывалась на данных опросов пациентов, госпитализированных в 2005–2007 гг. с последствиями ДТП в городскую клиническую больницу №71 (501 анкета), а оценка клинических последствий (характер и тяжесть) полученных травм проводилась врачами травматологических отделений. Следует сразу указать, что представленная выборка не является полностью репрезентативной: по сложившейся в Москве практике, наиболее

тяжелые больные госпитализируются либо в больницу им. Н.В. Склифосовского, либо в 1-ю Градскую больницу. В больнице № 71 пострадавшие в крайне тяжелом состоянии оказываются только в тех случаях, когда существует высокая степень вероятности не доехать до указанных больниц. ГКБ № 71 является больницей скорой помощи, т.е. в нее госпитализируются все пострадавшие в ДТП независимо от их образовательного, профессионального, имущественного статуса, что позволило объективно оценить как социальные характеристики лиц, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, так и организационные и медицинские аспекты ДТТ.

Анализ динамики дорожно-транспортной смертности в длительной ретроспективе позволяет сделать крайне важный, особенно в прогностическом отношении, вывод: эволюция смертности от транспортных происшествий в России подчиняется качественно иным закономерностям, нежели смертность от других внешних причин. С начала 1970-х годов динамика характеризуется тремя совершенно отчетливыми «дугами»: 1971–1986, 1986–1997 и 1997–2008 гг. Причем эти периоды являются общими как для мужской, так и для женской популяции, а также для всех основных возрастных групп (рис. 1).

При этом в динамике смертности от ДТП наблюдаются явные гендерные различия: если у мужчин генеральный тренд был нисходящим (снижение смертности среди всего населения на 18,6% за 38 лет), то у женщин смертность за тот же период выросла более чем на четверть. Позитивные тенденции у мужчин отмечались во всех возрастных группах, кроме 15–19-летних, негативные тенденции у женщин – в трудоспособном возрасте (15–59 лет). Причем наиболее высокими темпами росла

смертность среди девушек и молодых женщин (соответственно в 2,1 раза и на 69,2%).

Сразу укажем, что современные уровни дорожно-транспортной смертности оборачиваются для России огромными экономическими потерями. В целом можно констатировать, что только в 2007 г. потери российского населения трудоспособного возраста вследствие смертности от транспортного травматизма превысили 1 млн человеко-лет, причем около 75% этих потерь составили мужчины, около 25% – женщины. При оценке масштабов потерь, обусловленных транспортными происшествиями, был использован такой рекомендованный ВОЗ показатель, как потерянные годы потенциальной жизни (ППЖ). При этом в среднем по России 52,5% потерь (от 50% в Северо-Западном до 56,7% в Дальневосточном округе) в мужской и 55,1% (от 52% в Центральном округе до 64,3% на Дальнем Востоке) в женской популяциях составили люди молодого возраста (15–29 лет) – самая активная часть общества в социальном, экономическом и, что немаловажно для России, в репродуктивном контексте.

Крайне важным представляется тот факт, что подобные закономерности являются специфическими для России: сравнение динамики смертности в России и Западной Европе в 1980–2007 гг. показало, что никаких «дуг», характерных для динамики дорожно-транспортной смертности населения России, ни в «старом», ни в «новом» Евросоюзе отмечено не было. С начала 1990-х годов в Западной Европе среди всех половозрастных групп трудоспособного населения сформировались устойчивые позитивные тенденции, следствием чего оказался кратный проигрыш России, формирующийся за счет всех половозрастных групп трудоспособного населения.

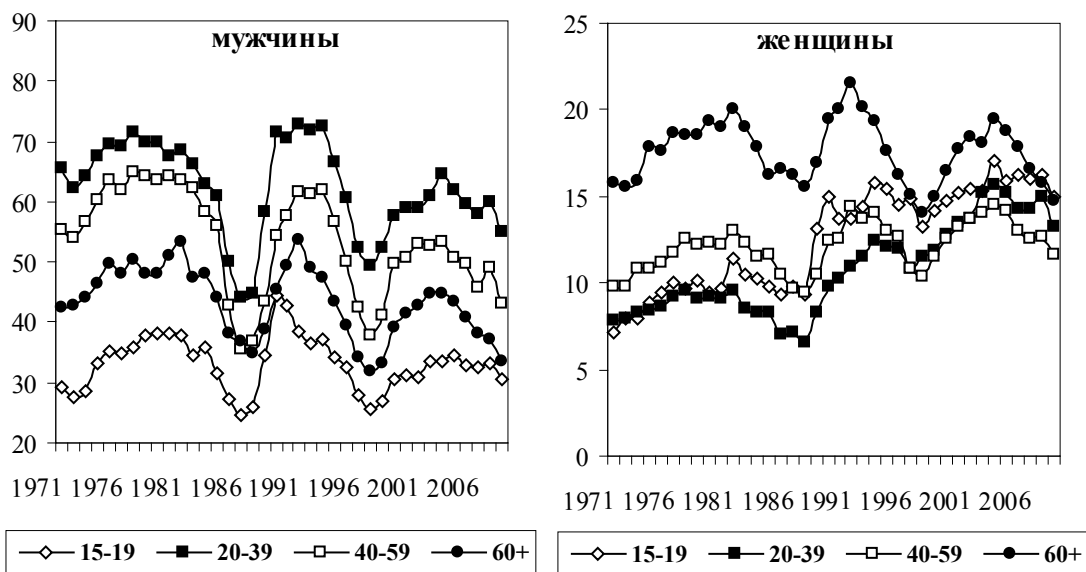


Рис. 1. Динамика смертности от транспортных происшествий населения России старше 15 лет в 1971–2008 гг. (на 100 тыс. лиц соответствующего пола и возраста)

Сравнение российских и западноевропейских показателей позволяет оценить масштабы избыточной и, следовательно, предотвратимой дорожно-транспортной смертности населения России. В современных российских реалиях логичным представляется определение транспортной смертности как относительно предотвратимой. Согласно этому подходу, абсолютная элиминация дорожно-транспортных потерь в настоящее время является недостижимой на практике, однако следует стремиться к ее снижению до минимальных уровней, достигнутых на определенной (эталонной) территории. Представляется, что в качестве таковой может выступать Западная Европа.

Исходя из западноевропейских уровней смертности, в течение 1 года удалось бы сохранить жизни более 20 тыс. человек трудоспособного возраста (16903 мужчин и 4832 женщин), т.е. более $\frac{2}{3}$ мужчин и женщин в возрасте 15–59 лет, погибших в ДТП. Таким образом, если использовать в качестве критерия резервов снижения потерь вклад избыточных потерь в реальную существующую, можно констатировать, что в целом по России он близок к 70% и у мужчин, и у женщин трудоспособных возрастов.

Обсуждая смертность от транспортных происшествий, нельзя забывать, что, в отличие от любой другой причины, ее статистика формируется за счет двух основных категорий погибших: находящихся внутри транспортного средства, т.е. водителей и пассажиров (жертвы аварий),

с одной стороны, и пешеходов (жертв наезда), с другой. Это подразумевает, как минимум, разные факторы риска для этих двух категорий, о чем свидетельствует и принципиально различный возрастной профиль: если риски стать жертвой наезда увеличиваются с возрастом, то риски попасть в аварию, достигнув максимума в возрасте 20–29 лет, затем снижаются. Таким образом, характерный возрастной профиль жертв ДТП с двумя пиками – в молодом и старческом возрастах – определяется различными категориями пострадавших: если пик в молодом возрасте определяется смертностью жертв аварий, то в пожилом – жертв наезда (рис. 2).

К сожалению, особенности российского учета смертности позволяют проследить в длительной ретроспективе (1971–2005 гг.) динамику смертности только одной категории участников ДТП – пешеходов. Однако сопоставление динамики смертности пешеходов и жертв ДТП в целом показывает, что тенденции смертности среди пешеходов в 1971–2005 гг. носили существенно более негативный характер, нежели среди жертв ДТП в целом. Так, если общий уровень смертности от ДТП в 2005 г. практически не отличался от такового в 1971 г., то смертность среди пешеходов выросла на 24,6% среди российских мужчин и на 87,9% среди российских женщин, причем во всех возрастных группах*. Это позволяет сделать вывод, что группой риска гибели в дорожно-транспортных происшествиях, в первую очередь, являются пешеходы (рис. 3).

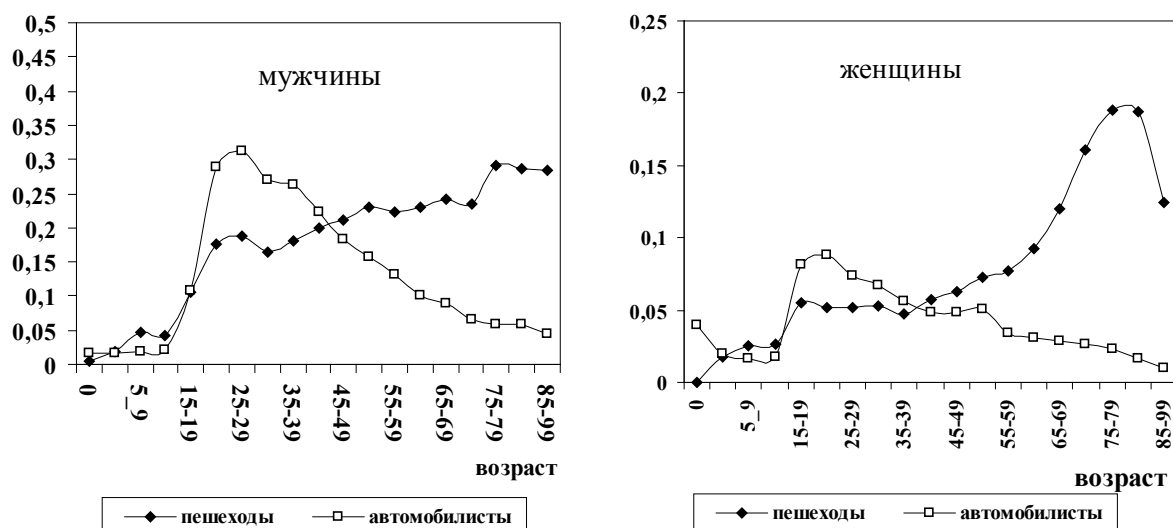


Рис. 2. Возрастные профили смертности пешеходов и автомобилистов в 2005 г. (на 1000 населения соответствующего пола и возраста)

* Единственным исключением оказались российские дети – жертвы наезда, смертность которых снизилась на 26,7% и 4,3% соответственно против 0,6%-го снижения и 0,3%-го роста общей смертности в ДТП.

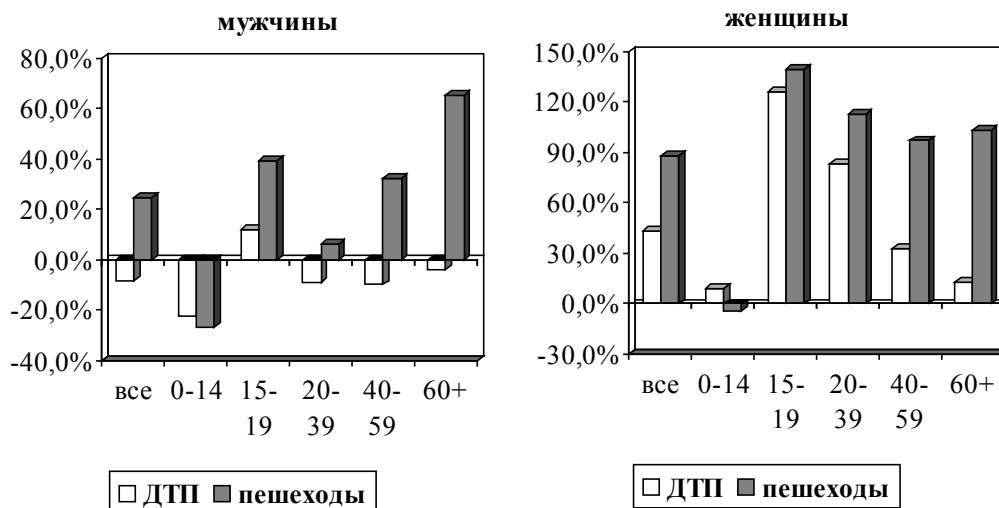


Рис. 3. Темпы изменения общей транспортной смертности и смертности пешеходов в России в 1971–2005 гг.

Отметим, что характерной чертой российской транспортной смертности является перевес доли жертв наезда над жертвами аварий, имеющий, тем не менее, выраженную возрастную специфику. Он формируется за счет детей и лиц старше 40 лет, среди молодого населения (15–39 лет) наблюдается обратная картина – в авариях гибнет больше жертв ДТП, нежели вследствие наезда.

Таким образом, можно констатировать, что дети и лица старше 40 лет больше рискуют стать жертвами наезда, а в возрастной группе 15–39 лет – жертвами аварий (табл. 1).

Из этого следует принципиальный вывод: транспортная смертность в России носит достаточно архаичный характер за счет очень высокой доли пешеходов среди всех жертв ДТП, причем

долговременные тенденции смертности пешеходов являются худшими, нежели всей транспортной смертности, и, следовательно, смертности водителей и пассажиров. Это не может не явиться отягощающим обстоятельством общей картины российской смертности от дорожно-транспортного травматизма: все исследователи сходятся во мнении, что наиболее тяжелые травмы, грозящие летальным исходом, получают именно жертвы наездов. Отметим, что эта закономерность формируется на всем пространстве российских территорий, причем исключением не является даже Москва, где доля пешеходов и среди мужчин и среди женщин в 2005 г. была выше, нежели водителей и пассажиров (35,9% и 40,9% против 30,3% и 27,3% соответственно).

Таблица 1

Структура смертности от дорожно-транспортных происшествий в зависимости от типа инцидента в 2005 г., %

Тип инцидента	0–14 лет		15–19 лет		20–39 лет		40–59 лет		60 лет и старше		Все население	
	смертность	доля	смертность	доля	смертность	доля	смертность	доля	смертность	доля	смертность	доля
Мужчины												
ДТП	6,7	100,0	32,8	100,0	59,7	100,0	49,8	100,0	40,8	100,0	40,4	100,0
Пешеходы	3,3	49,3	10,6	32,3	17,7	29,6	21,6	43,4	24,8	60,8	16,2	40,1
Водители и пассажиры	1,9	28,4	10,9	33,2	28,3	47,4	17,5	35,1	8	19,6	15,1	37,4
Другие	1,5	22,4	11,3	34,5	13,7	22,9	10,7	21,5	8	19,6	9,1	22,5
Женщины												
ДТП	4,8	100,0	16,3	100,0	14,3	100,0	13	100,0	17,9	100,0	12,6	100,0
Пешеходы	2,2	45,8	5,5	33,7	5,1	35,7	6,7	51,5	13,2	73,7	6,2	49,2
Водители и пассажиры	1,8	37,5	8,2	50,3	7,1	49,7	4,6	35,4	2,6	14,5	4,7	37,3
Другие	0,8	16,7	2,6	16,0	2,1	14,7	1,7	13,1	2,1	11,7	1,7	13,5

Подчеркнем, что отмеченные особенности необратимых потерь присущи и потерям обратимым. Согласно проведенному нами исследованию, среди пациентов, госпитализированных вследствие ДТП в травматологические отделения ГКБ №71 г. Москвы, независимо от пола доминировали пешеходы (47,4% среди мужчин и 62,3% среди женщин). Водителями легковых автомобилей оказались 31% мужчин и 7% женщин, в роли пассажиров легковых машин оказались 9% мужчин и 23% женщин.

Обсуждая факторы, повышающие риск ДТП, укажем, что все водители имели права, скорость подавляющего большинства легковых автомобилей (74,2% управляемых мужчинами и 92,9% управляемых женщинами) была разрешенной на данном участке дороги. У подавляющего числа машин были исправны тормоза, покрышки соответствовали сезону. Рассмотрев наиболее часто упоминаемые исследователями факторы риска, приводящие к авариям, можно констатировать, что в целом их значимость минимальна. Единственное исключение составляет включение ближнего света: как минимум в 8,6% аварий это правило было нарушено. Однако следует отметить неиспользование таких простых, дешевых и надежных средств безопасности, как ремни безопасности (40% водителей и 54,7% пассажиров), а также отсутствие подголовников более чем на трети водительских и половине пассажирских мест.

Обсуждая обстоятельства наезда на пешехода, следует отметить, что подавляющее их большинство (68,6% госпитализированных мужчин и 69,3% женщин) были сбиты на пешеходном переходе со светофором, 4,4% и 6,3% – на переходе без светофора; соответственно 22,6% и 21,3% переходили дорогу в неполюженном месте, одна женщина была сбита на тротуаре. Особенно тревожным представляется то обстоятельство, что практически все пешеходы (97,9% и 97,7% соответственно), сбитые на переходе со светофором, переходили дорогу на зеленый свет, и только 1 женщина явно нарушила правила дорожного движения, переходя проезжую часть на красный свет светофора. Подавляющее большинство пешеходов, по их собственным оценкам, не нарушало правил дорожного движения, около 80% госпитализированных (и мужчин, и женщин) считают виновными в происшедшем инциденте водителя, нарушившего правила дорожного движения.

Абсолютно для всех категорий пострадавших риск попасть в ДТП повышается вечером (независимо от дня недели), однако для пассажиров вечер является более опасным периодом, чем для водителей и пешеходов (41,3% против 36,2% и 38,8%).

При этом днем частота инцидентов практически одинакова среди автомобилистов, несколько снижаясь у пешеходов (27,6% и 28% против 21,6%), а утро оказывается наиболее опасным периодом для пешеходов и наименее опасным – для пассажиров (24,6% против 14,7% при 19% для водителей). Риски всех типов ДТП возрастают в конце недели. Однако существуют периоды повышенных рисков, специфические для разных категорий участников дорожно-транспортного движения: для водителей собственных легковых машин таким днем, безусловно, является среда, для пешеходов – понедельник (на эти дни приходится 21,9% и 16,4% соответствующих инцидентов). Значимым фактором дорожно-транспортного травматизма среди всех категорий пострадавших является алкоголь, о чем свидетельствует совпадение пиков общего числа госпитализированных и госпитализированных в состоянии алкогольного опьянения. Среда днем повышенного риска, судя по нашим результатам, становится вследствие неформальных контактов москвичей: в этот день увеличивается частота травм как среди водителей в целом, так и находящихся в состоянии алкогольного опьянения, а также среди пассажиров, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. Вообще вклад лиц в состоянии алкогольного опьянения в общее число госпитализированных в этот день заметно возрастает (в том числе и среди пешеходов).

Обсуждая алкогольный статус участников дорожно-транспортных происшествий, в частности достаточно низкую долю госпитализированных, находящихся в состоянии алкогольного опьянения (18%), следует указать, что в настоящем исследовании может рассматриваться лишь один контингент: госпитализированные в травматологическое отделение больницы. Мы не располагаем данными, в каком состоянии находился водитель, сбивший пешехода, или не пострадавший участник столкновения двух автомобилей.

Важнейшим условием минимизации последствий уже происшедшего ДТП является оказание квалифицированной медицинской помощи в кратчайшие сроки. Первое условие, судя по всему, в Москве выполняется для всех категорий госпитализированных: водителям и пассажирам легковых машин в $\frac{3}{4}$ случаев первая медицинская помощь оказывалась сотрудниками скорой помощи, и в медицинское учреждение они были доставлены машиной скорой помощи. Среди пешеходов доля таковых достигает 86,9%.

Однако вызывают вопросы сроки госпитализации: независимо от категории пострадавших, они составили около 1 часа*, однако разброс в сроках госпитализации в зависимости от их

* Сроки госпитализации рассчитывалась как средняя взвешенная.

роли в ДТП достигал 17 минут. При этом сходные показатели наблюдались не у водителей и пассажиров, как это можно было предположить, а у пассажиров и пешеходов (49,5 минут и 48,7 минут). Срок госпитализации водителей оказался почти на 10 минут больше (58,5 минут). Тем не менее, следует подчеркнуть, что подавляющему большинству пострадавших в ДТП в Москве была оказана своевременная и квалифицированная медицинская помощь.

В существенной мере роль пострадавшего в ДТП сказывается и на таких клинических аспектах, как характер полученных травм (их тяжесть и локализация) и дальнейший прогноз. Так, если риски получения легких травм приблизительно одинаковы среди водителей и пассажиров легковых машин, а также у пешеходов (27,6%, 25,3% и 28,4%), то вероятность тяжелой травмы у водителей – несколько, а у пешеходов – заметно выше, нежели у пассажиров легковых машин (33,3% и 37,7% против 29,3%). При этом только доля поверхностных и внутримозговых травм является сходной для всех категорий пострадавших (соответственно около 10% и 25% ранений), вклад остальных травм заметно меняется в зависимости от роли пострадавшего в ДТП. Так, помимо поверхностных и внутримозговых травм, у водителей очень высока вероятность переломов костей нижних конечностей (28%), и не менее чем вдвое по сравнению с другими категориями госпитализированных возрастает риск переломов позвоночника и туловища (11% против 5% у пассажиров и 5,5% у пешеходов). Также повышен риск травмирования внутренних органов (5,5% против 3,4%, и 4,6% соответственно), однако минимален риск перелома костей верхних конечностей (5,5%). Особенностью травм пассажиров является практически равные риски переломов костей верхних и нижних конечностей (18,5% и 17,6%). У пешеходов при максимальном среди всех категорий пострадавших риске перелома костей нижних конечностей (31,3%), риск перелома костей верхних конечностей снижается до 11,8%.

При этом даже при травмах одинаковой локализации степень их тяжести в значительной мере зависит от роли пострадавшего в ДТП. Например, тяжелые переломы костей нижних конечностей существенно чаще встречаются у пешеходов и водителей, нежели у пассажиров (60% и 56,5% против 38,1%), тяжелые внутричерепные травмы – у пешеходов (12,5% против 7,9% у водителей и 10% у пассажиров). При повышенном риске перелома костей верхних конечностей у пассажиров существенно ниже вероятность тяжелого перелома (13,6% против 22,2% у водителей и 28,6% у пешеходов), однако у пассажиров поверхностные травмы чаще всего

(14,3%) оказываются тяжелыми. Травмы внутренних органов у водителей и пассажиров легковых машин также являются тяжелыми чаще, нежели у пешеходов (44,4% и 50% против 15,8%).

Малоизученными, но крайне важными являются социальные аспекты дорожно-транспортного травматизма: только знание социального портрета жертв ДТП поможет разработать адресные и эффективные меры по его снижению. Характеризуя социальные аспекты потерь, обусловленных дорожно-транспортным травматизмом, мы будем опираться на такой важнейший признак, как образовательный ценз.

Сравнительный анализ социальных портретов госпитализированных и погибших вследствие ДТП по такому основному признаку, как образовательный ценз, позволяет сделать вывод, что у мужчин он является принципиально сходным и среди жертв аварий, и среди жертв наезда. Как необратимые, так и обратимые потери определяются лицами со средним и средним специальным образованием (соответственно 59,1% и 60,6% среди госпитализированных и 57,3% и 48,5% среди погибших). У женщин – жертв наезда социальный профиль является схожим с таковым среди мужчин: 63% среди госпитализированных и 51,3% среди погибших были лицами со средним образованием. Принципиальные различия выявлены только для женщин – жертв аварий: и среди погибших, и особенно среди госпитализированных они определяются, в первую очередь, лицами с высшим образованием (44,2% и 57,4% против 40,7% и 39,3% лиц со средним образованием) (табл. 2).

Таблица 2

Распределение госпитализированных и погибших вследствие ДТП по образовательному цензу (Москва, 2005 г.), %

Образование	Водители и пассажиры		Пешеходы	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Госпитализированные				
Высшее и незаконченное высшее	38,3	57,4	36,5	34,6
Среднее и среднее специальное	59,1	39,3	60,6	63,0
Ниже среднего	2,6	3,3	2,9	2,4
Погибшие				
Высшее и незаконченное высшее	25,7	44,2	18,2	13,8
Среднее и среднее специальное	57,3	40,7	48,5	51,3
Неизвестно	17,0	15,0	33,2	35,0

Таким образом, можно заключить, что обратимые и необратимые потери вследствие ДТП в отличие от потерь, обусловленных другими внешними причинами, определяются социально адаптированными слоями общества, о чем свидетельствует крайне низкий вклад низкоквалифицированных рабочих и лиц с образованием ниже среднего, с одной стороны, и высокая (даже по сравнению с московским населением в целом) доля лиц с высшим и незаконченным высшим образованием. Из этого следует, что оценка госпитализированными пострадавшими предложенных мер по снижению дорожно-транспортного травматизма является достаточно адекватной общественному мнению российского населения.

Для оценки было предложено 14 мер, большинство из которых апробировано в европейских странах и рекомендовано ВОЗ. Эти меры можно разделить на 3 группы: «карательного» характера, воспитательного и организационного.

Оценка предложенных мер проводилась в 3 аспектах: с учетом тяжести полученной травмы, образовательного ценза и роли пострадавшего в инциденте. Приемлемость каждой меры оценивалась как разница одобренных и не одобренных ее в каждой группе респондентов.

Сразу укажем, что различия в оценке предложенных мер определялись, в первую очередь, ролью пострадавшего в инциденте: так, уровень поддержки абсолютно всех мер пешеходами почти вдвое превосходит таковой среди всех категорий автомобилистов (водителей и пассажиров легковых машин, а также остальных категорий).

Но самым неожиданным представляется, что ни одна из предложенных мер среди автомобилистов не может считаться однозначно приемлемой. Степень приемлемости варьировала от 34,3% (водители) и 34,7% (пассажиры), что свидетельствует об абсолютной неприемлемости для них «Уменьшения интервалов между специально оборудованными пешеходными переходами» и «Разработки специальных программ по переустройству участков дорог с повышенной частотой ДТП». Вместе с тем, подавляющее большинство водителей поддержали такие экономические стимулы, как льготы по оплате ОСАГО за безаварийную езду в течение 1–3 и более лет (степень приемлемости превысила 80%) и бесплатное прохождение техосмотра (искомый показатель приблизился к 70%) за безаварийную езду в течение 1–3 и более лет.

Из этого следует один крайне важный, на наш взгляд, вывод: если мы хотим добиться реального снижения травматизма на дорогах, недостаточно апробированных карательных, воспитательных и даже организационных мер.

Автомобилисты, как владельцы транспортных средств, являющихся основными факторами риска как для автомобилистов же, так и для пешеходов, оценили их приемлемость достаточно низко. Только выработка системы позитивных мер, в первую очередь, материальных стимулов, является в высокой степени приемлемой для водителей, поэтому формирование программ на основе подобного рода мер может привести к реальному снижению травматизма на российских дорогах.

Обобщая полученные результаты, отметим несколько обстоятельств. Во-первых, эволюция смертности от дорожно-транспортных происшествий в России начинает формироваться уже в детских возрастах, приобретая законченную форму для 20–39-летних. Эта закономерность становится очевидной только при анализе долговременных трендов смертности. И только дальнейшее развитие ситуации покажет, насколько устойчивыми окажутся сформировавшиеся в настоящее время позитивные тенденции. При этом группой риска являются женщины (в первую очередь, женщины активного репродуктивного возраста), дорожно-транспортная смертность которых в длительной ретроспективе характеризуется восходящими трендами на фоне нисходящих трендов в мужской популяции.

Во-вторых, все аспекты потерь, обусловленных дорожно-транспортным травматизмом, должны рассматриваться с учетом характера инцидента (наезд или авария): именно ролью пострадавших в ДТП определяется возрастная профиль и тенденции смертности, периоды повышенных рисков ДТП, характер и тяжесть полученных травм.

В-третьих, транспортная смертность в России носит достаточно архаичный характер за счет очень высокой доли пешеходов среди всех жертв ДТП, причем долговременные тенденции смертности пешеходов являются худшими, нежели всей транспортной смертности, и, следовательно, смертности жертв аварий (водителей и пассажиров автомобилей). Это не может не явиться отягощающим обстоятельством общей картины российской смертности от дорожно-транспортного травматизма. Все исследователи сходятся во мнении, что наиболее тяжелые травмы, грозящие летальным исходом, получают именно жертвы наездов.

Представляется, что именно это обстоятельство в значительной мере определяет избыточную дорожно-транспортную смертность (напомним, что при достижении западноевропейских уровней дорожно-транспортной смертности в течение 1 года удалось бы сохранить

жизни более 20 тыс. человек трудоспособного возраста, т.е. более 2/3 мужчин и женщин 15-59 лет, погибших в ДТП). Дополнительным аргументом в пользу этой гипотезы может служить ситуация в Москве. При достаточно высоком уровне работы служб скорой помощи (врачебные бригады, оснащенные машины скорой помощи, сроки госпитализации, в среднем не превышающие часа) транспортная смертность, с одной стороны, была в мужской популяции на треть, а в женской – на четверть ниже, чем в целом по России, с другой – превышала западноевропейские показатели почти в 2 и 2,5 раза соответственно.

Таким образом, меры по снижению дорожно-транспортного травматизма должны быть направлены, в первую очередь, на повышение безопасности пешеходов.

Между тем, в оценке искомых мер двумя категориями участников дорожного движения существует явный антагонизм. Ни одна из предложенных 14 мер, большинство из которых апробировано в европейских странах и рекомендовано ВОЗ, не является однозначно приемлемой для водителей и пассажиров (напомним, опрос проводился среди госпитализированных, т.е. уже испытавших все последствия ДТП лиц), с высокой степенью поддержки абсолютно всех мер пешеходами – жертвами наезда.

В заключение отметим, что решение проблемы дорожно-транспортного травматизма должно носить комплексный, межсекторальный характер, т.к. масштабы потерь определяются целым рядом факторов, которые можно объединить в 5 больших блоков: градостроительная политика, состояние транспортных средств, использование средств безопасности, состояние водителя, экстренная помощь в поставарийный период. Учитывая архаичность структуры российской дорожно-транспортной смертности, большая

часть которой определяется сбитыми пешеходами, следует помнить давно реализуемый в постиндустриальных странах с низкими уровнями показателей принцип: приоритетом должны стать передвижение и безопасность пешеходов, и транспортные потоки должны формироваться с учетом пешеходного движения, а не наоборот, как зачастую происходит в нашей стране [1].

При этом следует помнить, что залог успеха любой программы – общественный консенсус. Если мы хотим добиться реального снижения травматизма на дорогах, недостаточно апробированных карательных, воспитательных и даже организационных мер. Автомобилисты как владельцы транспортных средств, являющихся основными факторами риска как для них самих, так и для пешеходов, оценили их приемлемость достаточно низко. Только выработка системы позитивных мер, в первую очередь, материальных стимулов, является в высокой степени приемлемой для водителей, поэтому формирование программ на основе подобного рода мер может привести к реальному снижению травматизма на российских дорогах.

Литература

1. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма / пер. с англ. – М. : Весь Мир, 2004. – 280 с.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 год. Изменить ход истории / ВОЗ, Женева [эл. ресурс]. // Режим доступа: <http://www.who.int/whr/2004/en/>.
3. Михайлова, Ю.В. Медико-социальные последствия дорожно-транспортного травматизма / Ю.В. Михайлова [и др.] – М. : РИО ЦНИИОИЗ, 2007. – 216 с.
4. Федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах» : [эл. ресурс] // Режим доступа: <http://www.rg.ru/2006/02/27/programma-dok.html>.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Боровков Валентин Николаевич – д.м.н. заведующий I травматологическим отделением ГКБ №71 г. Москвы;

Семенова Виктория Георгиевна – д.м.н. старший научный сотрудник ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития РФ;

Хрупалов Андрей Александрович – к.м.н. главный врач городской клинической больницы №71 г. Москвы;

Сорокин Григорий Валентинович – к.м.н. врач травматолог-ортопед I травматологического отделения ГКБ №71 г. Москвы
E-mail: GSorokin72@rambler.ru;

Боровков Николай Валентинович – ординатор I травматологического отделения ГКБ №71 г. Москвы.