

М. С. Бедный

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ

ФАКТОРЫ

ЗДОРОВЬЯ

М.С. Бедный

БК 60.7
838

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ



Москва

"Финансы и статистика"

1984

Рецензенты Э. К. Васильева, Б. Д. Петраков

ВВЕДЕНИЕ

В современном мире на многие процессы общественно-политической и социально-экономической жизни оказывают определенное влияние демографические факторы. На июньском (1983 г.) Пленуме ЦК КПСС отмечалось: «Нам надо научиться, вырабатывая наши хозяйственные планы, всесторонне учитывать и отражать в них важнейшие факторы развития общества — социальные, национальные, демографические. Это должна быть единая политика партии, единая стратегия общественного развития»¹.

В системе единой политики нашей партии важное значение приобретает проведение эффективной демографической политики, включающей осуществление мер по укреплению семьи, обеспечение роста населения, увеличения продолжительности жизни и трудовой активности людей, укрепления их здоровья. Иными словами, демографическая политика — это комплекс широких социальных и экономических мер, направленных на достижение оптимальной численности населения его наиболее благоприятной социальной, профессиональной, возрастной структуры, рационального размещения при обеспечении высокого уровня здоровья и трудовой активности людей. Важно, чтобы демографическое развитие нашего общества было сбалансировано с народнохозяйственными задачами — в этом состоит сущность и цели эффективной демографической политики.

Особо важное значение в разработке мер демографической политики должно быть уделено мероприятиям в области медицины и здравоохранения. Ведь демографическая политика предусматривает меры, направленные на регулирование воспроизводства населения, достижение оптимальных его количественных и качественных характеристик, что в свою очередь означает воспроизводство здоровых поколений. Оптимизация демографических процессов — это не только достижение определенных параметров в положительной динамике численности и структуры населения, их соответствия экономическому росту, но также программа более полного удовлетворения все возрастающих потреб-

¹ Коммунист, 1983, № 9, с. 9.

ностей людей, обеспечения более высокого уровня физического и духовного здоровья.

Поэтому сегодня, как никогда ранее, повышается социальная значимость здоровья и мер по его охране. Здоровье — это первая и важнейшая потребность человека, определяющая его способность к труду, гармоническое развитие личности, оно является главной предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека, к дальнейшему развитию человеческого общества. В период научно-технической революции дальнейший общественный прогресс немислим без обеспечения высокого уровня здоровья граждан. И проблема в нашем социалистическом обществе состоит одновременно и в оптимизации характера воспроизводства населения, и в обеспечении высокого уровня здоровья ныне живущих и будущих поколений советских людей.

Какие бы аспекты демографической политики мы ни рассматривали (будь то формирование и развитие семьи, воспроизводство трудовых ресурсов, миграционные процессы, или проблемы расселения, и др.), всегда преследуется конечная и в то же время бесконечная цель — укрепление здоровья и продление жизни человека.

Жизнь — это благо, а благо в жизни — это здоровье. Исходя из этого следует первостепенное значение в системе мер демографической политики придавать социально-гигиеническим исследованиям, направленным на укрепление здоровья населения.

Акцент на качественной стороне воспроизводства поколений — важнейший аспект социально-гигиенических исследований современных проблем народонаселения. Состояние здоровья современных поколений в меньшей степени определяется влиянием материальных условий жизни и в большей степени влиянием здоровья родителей и производственно-профессиональных, психосоциальных, медицинских факторов и состоянием окружающей среды.

В последние годы на здоровье населения воздействует комплекс новых факторов, и службе охраны здоровья населения все чаще приходится сталкиваться с трудностями в улучшении показателей, характеризующих общественное здоровье. Исследователям все сложнее определить приоритетные задачи, которые ставит жизнь ежедневно, и выбрать средства для решения конкретных задач по улучшению здоровья населения. Однако важно знать, на какие показатели здоровья и демографические процессы в современных условиях здравоохранение может оказать непосредственное влияние и когда можно получить определен-

ный эффект и какие медико-демографические показатели непосредственно не связаны с деятельностью здравоохранения.

Для принятия правильных, научно обоснованных решений необходимо знать, каким образом и на что следует направить усилия, какие задачи требуют своего первоочередного решения. Такой подход принят в практике управления и планирования каждой отрасли социалистического народного хозяйства, ибо лишь на основе полной, оперативной и достоверной информации можно правильно регулировать распределение материальных и кадровых ресурсов и эффективно использовать капитальные вложения.

С этой точки зрения здравоохранение ничем не отличается от других отраслей народного хозяйства, однако его специфика состоит в том, что оно относится к непроектируемой сфере и объект, на который воздействует здравоохранение, — состояние здоровья населения — взаимосвязан не только непосредственно с данной отраслью, но и со многими другими сторонами социально-экономической жизни общества.

Поэтому и возникают трудности оценки действенности и эффективности мероприятий по линии здравоохранения, поскольку определенно пока еще не установлено, под воздействием каких факторов происходят те или иные изменения в состоянии здоровья населения: либо в результате изменяющихся и нередко оказывающих неблагоприятное воздействие факторов окружающей среды, либо вследствие улучшения социально-экономических условий жизни, либо благодаря достижениям медицинской науки и здравоохранения. Перечисленные факторы не имеют единой направленности — для каждого из них характерно диалектическое единство положительных и отрицательных моментов.

Научно-технический прогресс существенно и быстро изменяет окружающую среду человека, что не всегда благоприятно сказывается на состоянии здоровья населения и требует разработки действенных мер социальной и медицинской защиты.

Улучшение социально-экономических условий жизни также таит в себе ряд моментов, отрицательно влияющих на состояние здоровья населения. Например, увеличение в составе населения лиц, занятых преимущественно умственным трудом, приводит к гиподинамии и нервно-психическому напряжению, серьезные проблемы для охраны здоровья создает все расширяющаяся автомобилизация населения и т. д.

Развитие медицинской науки и здравоохранения — также противоречивый процесс. Решая одни проблемы, медицина выдвигает на повестку дня необходимость решения других, порою более сложных проблем. Надо помнить, что науку ведут вперед требования жизни, практика. Именно эти требования способствовали стремительному развитию социально-гигиенических знаний с позиций улучшения общественного здоровья как фактора научно-технического прогресса в социалистическом обществе.

Значение и роль социальной гигиены сегодня возросли, как никогда ранее, в силу более стремительного развития производительных сил и их воздействия на окружающую человека среду. В современном мире обострились проблемы природопользования, а ряд негативных факторов, сопутствующих научно-техническому прогрессу, стал сказываться на динамике и структуре народонаселения, состоянии его здоровья, иначе говоря, обострились также и проблемы народонаселения. Практика требует более широкого обращения к познанию проблем, связанных с формированием здоровья различных поколений, что возможно лишь при интеграции социологических, демографических и медицинских знаний.

Новые явления современной жизни ставят и новые задачи перед исследователями, что в свою очередь вызывает необходимость применения адекватных методов и методик анализа такого сложного общественного явления, как здоровье населения. Анализ медико-демографических процессов должен основываться на современных математико-статистических методах исследования. С точки зрения терминологии — это та же санитарная статистика, на основе которой описывали санитарное состояние населенных мест в России еще земские санитарные статистики, а также их предшественники и последователи. В наше время статистические методы усложнились в соответствии с усложнением объекта исследования, изменились и задачи: речь уже идет не о гигиене и санитарии населенных мест, а о системе мер, направленных на воспроизводство здоровых поколений, или, иначе говоря, улучшение медико-демографических процессов, требующих углубленного анализа.

Здравоохранение может активно воздействовать на динамику и тенденции демографических процессов. Для этого необходимо использовать весь арсенал средств, которым оно располагает для проведения целенаправленной работы среди населения; вооружить медиков (и прежде всего участковых врачей) знаниями не только медицины, но и демографии, социологии, что позволит им повысить демографи-

ческое образование среди населения и ориентировать его на правильное демографическое поведение. Участковый врач должен оказывать не только общую лечебную помощь (к чему в основном сводится в настоящее время его работа), но и медико-социальную. Только в случае такого комплексного подхода к решению задач, стоящих перед современным здравоохранением, можно надеяться на положительные результаты в лечении каждого больного.

Ю. В. Андропов в статье «Ученые Карла Маркса и некоторые вопросы социалистического строительства в СССР» обратил особое внимание на необходимость учитывать «напряженное положение с трудовыми ресурсами, демографическую ситуацию в стране»¹ при решении актуальных задач научно-технического прогресса.

В последнее время демографические факторы оказывают все большее воздействие не только на интенсивное развитие экономики, но и на состояние здоровья населения, на удовлетворение из года в год возрастающих его потребностей в медицинской помощи. Повышенный динамизм развития нашего общества усложняет механизм взаимодействия между демографическими изменениями, формами и методами деятельности и управления здравоохранением. Приведем несколько примеров.

Социально-экономический прогресс вызвал небывалую ранее миграционную подвижность населения. В стране ежегодно меняют место жительства свыше 20 млн. человек. Мигрирующие контингенты населения подвержены большому риску заболеть, получить травмы; кроме того, адаптация к новым местам жительства не проходит бесследно для здоровья. Среди подвижного населения ниже рождаемость, оно чаще, чем оседлое население, злоупотребляет алкоголем. Это важнейший демографический фактор, оказывающий влияние на здоровье населения.

Можно ли сказать, что органы и учреждения здравоохранения обращают должное внимание на этот фактор в своей деятельности? Нет, этого сказать нельзя. Еще мало проводится систематизированных исследований состояния здоровья мигрирующего населения, его учета, разработки организационных мер, направленных на предупреждение заболеваний, травм, несчастных случаев и пропаганды здорового образа жизни, включая и так называемое демографическое поведение, создание условий и моральной подготовки для рождения второго и третьего ребенка как фактора здоровья.

¹ Коммунист, 1983, № 3, с. 16.

Видимо, назрела необходимость учитывать данное обстоятельство в проведении дифференцированных целенаправленных мер профилактики и диспансеризации для этого контингента населения.

Или взять такой демографический фактор, как процесс постарения населения, который с каждым годом усиливается в нашей стране. Есть области, где доля лиц в возрасте 60 лет и старше весьма значительна, особенно среди сельского населения. Состояние здоровья и трудоспособность такого населения по многим характеристикам отличается от молодого населения. Среди населения с ярко выраженным процессом постарения преобладают хронические заболевания, выше показатель общей смертности, малая доля молодых контингентов и низкий общий уровень рождаемости.

Тактика и стратегия, формы и методы работы, структура лечебно-профилактических учреждений, обслуживающих такое население, должны быть иными, чем там, где процесс постарения населения выражен слабо. А в стране ведь имеется много таких территорий, где доля лиц в возрасте 60 лет и старше невелика. Все ли сделано для того, чтобы привести структуру здравоохранения в соответствие с особенностями демографических процессов в том или ином регионе, области, крае?

Или еще такой пример. Процесс постарения населения влечет за собой, если можно так выразиться, ряд социально-фармакологических последствий. Пожилые люди являются основными потребителями лекарств, причем особенно проблематичными потребителями, что обусловлено степенью фармакологического воздействия на пожилую организм. При высокой доле пожилых людей потребляется больше половины всех выпускаемых лекарств. Среди этого контингента значительно чаще, чем среди молодых, встречаются отрицательные лекарственные реакции. Может быть, целесообразно создать возрастную фармакопею, учитывая, что большинство лекарственных средств, одинаково употребляемых и молодыми, и пожилыми, на тех и других оказывают неодинаковый терапевтический эффект.

Как видим, демографические факторы затрагивают самые delicate стороны медицины и здравоохранения. Число подобных примеров можно увеличить. Однако обратимся к одному из важнейших демографических факторов — динамике рождаемости в стране. На первый взгляд может показаться, что здравоохранение не причастно к решению проблем рождаемости, что ее изменения определяются условиями, находящимися вне сферы деятельности

здравоохранения. Однако при более внимательном рассмотрении проблемы можно видеть, что численное воспроизведение новых поколений, их здоровье во многом определяется деятельностью медицинских работников всей системы здравоохранения.

Такие факторы, как неудовлетворительное состояние здоровья супружеских пар, неустойчивость браков, аборт, бесплодие, снижение уровня рождаемости, должны находиться в поле зрения медицинских работников. И не только женских поликлиник и консультаций, но и руководящих органов здравоохранения, включая Министерство здравоохранения СССР.

Существо вопросов, затрагиваемых в настоящей книге, — это демографические процессы и здоровье, взаимодействие, взаимообусловленность и взаимовлияние этих процессов. Одним словом, речь идет о демографических факторах здоровья. Эти три слова и вынесены в название работы. Что же собой представляют демографические факторы? На этот счет опубликована обстоятельная статья проф. Л. Л. Рыбаковского «Понятие, сущность и специфика факторов демографических процессов»¹.

Выскажем ряд соображений о сущности и специфике факторов демографических процессов. В последнее время словом «фактор» очень часто в сочетании с каким-либо другим словом выражают самые различные понятия: «фактор риска», «фактор заболеваемости», неблагоприятные, благоприятные, патологические факторы и т. д. Всегда ли исследователи отдают отчет понятийному смыслу этих определений? Постараемся разобраться в существе вопроса. В переводе с латинского «фактор» означает «делающий», «производящий», т. е. движущая сила какого-либо процесса, явления. Поэтому с одинаковым правом слово «фактор» можно отнести к вероятности заболеть, получить травму или умереть — фактор риска, к физическому явлению — фактор напряжения и к статистике — факторный анализ и т. д.

Говоря о демографических факторах здоровья, мы имели в виду их двоякую зависимость от процесса, ими характеризуемого: определенный уровень и динамику развития.

Фактор — движущая сила процесса — отражает его отношение к объективной реальности, положительный или отрицательный эффект его действия. Состояние здоровья населения и его изменения в динамике определяются мно-

¹ См.: Вопросы воспроизводства населения и демографической политики. М., 1982, с. 5—24.

гочисленными условиями, факторами и причинами, их взаимодействием. Причем каждый из употребленных терминов несет свою особую смысловую нагрузку. «Условие» — это нечто статическое, которое находится в уравновешенном состоянии с объектом исследования, «фактор» как действующее начало может изменять как условия, так и происходящие в определенных условиях процессы. Сила воздействия фактора определяется условиями, его породившими, или, иначе говоря, между условиями и фактором существует причинно-следственная связь. Поэтому, на наш взгляд, соотношение приведенных трех понятий может быть выражено в следующей последовательности: «условия — причины — факторы». Демографические процессы, будучи тесно связанными с определенными социально-экономическими условиями, одновременно являются факторами, воздействующими и на условия, и на многие другие процессы, этими условиями определяемые.

Причины, «запускающие» в действие определенные факторы, возникают вследствие нарушения так называемого гомеостаза между условиями и происходящими в них процессами. Чем меньше сбалансированность между указанными явлениями, тем сильнее действие причин и порождаемых ими факторов.

На здоровье населения оказывает влияние множество факторов, и исследование каждого в отдельности или в совокупности имеет определенный научный смысл, однако значение разных факторов неоднозначно, поскольку различны вызвавшие их причины. Задача состоит в том, чтобы из множества факторов выделить те, которые оказывают решающее влияние на объект нашего исследования — здоровье населения. Именно демографические факторы, формирующиеся на основе взаимодействия социально-экономических и медико-биологических закономерностей, являются важнейшими детерминантами общественного здоровья.

Демографическую политику следует рассматривать как часть социальной политики; забота партии и государства о росте населения, об укреплении его здоровья является одной из важнейших социальных задач. Поэтому логично, что здравоохранение должно учитывать социально-демографические сдвиги, происходящие в народонаселении, и принимать самое активное участие в проведении эффективной демографической политики.

Эти задачи требуют целенаправленной работы органов и учреждений здравоохранения, поскольку здоровье на-

селения и демографические процессы тесно взаимосвязаны.

Основные задачи здравоохранения сегодня следует рассматривать с учетом складывающейся демографической ситуации, воспроизводства здоровых поколений и высокой трудовой активности населения.

В системе мер демографической политики охрана и укрепление здоровья советских людей имеют и в дальнейшем должны иметь приоритетное значение.

Врач — прежде всего организатор здравоохранения, должен хорошо знать демографическую ситуацию в стране, городе, районе, на территориальном участке и уметь проводить агитационно-пропагандистскую работу по положительной ориентации демографического поведения обслуживаемого населения.

Разумеется, что население, отдельные семьи, индивиды будут воспринимать советы участкового (семейного) врача по демографическим вопросам при условии полного к нему доверия и убедительности его аргументов. Именно в этом направлении следует проводить подготовку участкового врача, т. е. исходя из стоящих перед обществом актуальных и долгосрочных задач. В нашей стране накоплен положительный опыт проведения демографической политики местными партийными и советскими органами. Например, в Башкирской АССР и Москве партийными и советскими органами приняты специальные постановления по составлению комплексных планов проведения активной демографической политики.

В рамках демографической политики наиболее полно и последовательно проводятся в жизнь меры социально-экономического характера. Эту форму работы следует использовать для профилактики заболеваемости. В Латвии в целях профилактики наследственных заболеваний разработана и осуществляется программа медицинского освидетельствования вступающих в брак. Много делается для социально-психологического воспитания молодежи, для вступающих в брак. Углубленный анализ демографической ситуации, проводимый в Москве, Латвии и Башкирии, обсуждается на заседаниях исполкомов и сессиях Советов народных депутатов.

Основная цель настоящей книги — привлечь внимание к ряду медицинских проблем, возникших вследствие развития народонаселения и усиления влияния демографических факторов на здоровье настоящих и будущих поколений людей.

Необходимо особо подчеркнуть, что в социальной инфраструктуре функции здравоохранения не должны сводиться к решению узковедомственных задач; они приобретают широкое социальное, экономическое, воспитательное и идеологическое значение. Все без исключения производственные сферы, государственные кооперативные организации, колхозы, профессиональные союзы, общественные организации должны стать частью социальной инфраструктуры, в функции которой входит охрана и укрепление народного здоровья.

Здравоохранение органически связано со многими другими элементами инфраструктуры: и сфера услуг, и уровень образования населения, труд, быт и т. д. оказывают влияние на состояние здоровья населения, формируют определенную структуру образа жизни, что в свою очередь формирует определенное самоохранительное и демографическое поведение.

Здравоохранение может и должно стать важным фактором в улучшении динамики демографических процессов, в создании условий для расширенного воспроизводства здоровых поколений.

Уровень социально-экономического развития определяется не только мощностью производительных сил и характером производственных отношений, технической вооруженностью и профессиональной подготовкой работающих, но во многом зависит от состояния здоровья населения и уровня развития здравоохранения. Поскольку конечной целью социалистической экономики является благо и здоровье каждого человека, приоритетное значение в общественной инфраструктуре должны занять меры по профилактике заболеваний, укреплению здоровья и продлению здоровой, безболезненной жизни людей.

Автор сознает, что затронутые в книге вопросы настолько многогранны и сложны, что дать обстоятельный ответ на них намного труднее, чем их поставить. Однако сама постановка вопросов свидетельствует о том, что наше поступательное развитие выдвигает перед исследователями и практиками необходимость решения новых проблем. Автор с благодарностью примет критические замечания и пожелания, направленные на более полную и глубокую разработку медико-демографических проблем, затронутых в настоящей книге.

Глава I

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕМОГРАФИИ

1. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕМОГРАФИЯ В СИСТЕМЕ СМЕЖНЫХ НАУК

Социальная гигиена и демография как признанные и утвердившиеся науки ищут новые пути развития, новые методические приемы, чтобы занять достойное место среди самых развитых наук, способных прибавить радости, счастья, здоровья в жизни современных и будущих поколений людей.

В этом благородном стремлении выделилась из двух корней (социальной гигиены и демографии) новая и быстроразвивающаяся ветвь знаний — медицинская демография.

Если десятилетие тому назад это было еще неопределенное понятие, новый термин, которому трудно было дать четкое определение, то сейчас медицинская демография получила права гражданства в качестве междисциплинарной отрасли знаний на стыке медицины (прежде всего теоретической), социальной гигиены и демографии. Характерными чертами медицинской демографии является то, что эта отрасль знаний, или, что то же самое, наука, по своим методам и приемам исследования полностью не отождествляется ни с теоретической медициной, ни с социальной гигиеной, ни с демографией. Исследования в области медицинской демографии, проводимые преимущественно медиками, уже принесли свои плоды в познании ряда сложных закономерностей, формирующих определенные тенденции в состоянии здоровья населения различных поколений людей. Однако предстоит еще сделать очень много, чтобы вывести эту науку на широкий простор, чтобы основным ее мерилом стало объяснение того, какие факторы неблагоприятно воздействуют на здоровье популяции и какими методами и средствами можно это неблагоприятное воздействие предотвратить. Медицинскую демографию можно назвать демографией здоровья, учитывая, что предмет, методы и задачи этой науки направлены на познание закономерностей, формирующих соматическое и психическое здоровье наро-

донаселения. А с помощью знаний можно изменять неблагоприятные закономерности на благоприятные.

Надо помнить, что науку ведут вперед требования жизни, практика. Именно эти требования способствовали быстрому развитию гигиенических знаний в плане возникшей необходимости решения социальных (общественных) задач в течение XIX столетия.

Значение и роль социальной гигиены в XX в. возросли в силу более стремительного развития производительных сил и более мощного их воздействия на окружающую человека среду. В современном мире обострились проблемы, связанные с обеспечением высокого уровня здоровья современных и будущих поколений людей, их адаптацией ко все более изменяющимся условиям социальной и природной среды. И здесь сплав медицинских и демографических знаний может принести продуктивные результаты в теории и практике.

Здоровье населения опосредовано многочисленными факторами и проявляет динамичное развитие, неся на себе следы предшествующих условий и генетической детерминации.

Демографическая история тесно переплетается с развитием медицины и здравоохранения. Однако лишь в наше время особенно явно видна эта взаимосвязь. Поэтому медицинскую демографию можно рассматривать как науку, призванную выявлять качественные изменения в составе населения с точки зрения характера воспроизводства здоровых поколений в динамическом развитии этого процесса и выявления условий и факторов, которые их определяют. Здоровье каждого нового поколения по всем своим параметрам должно быть лучше предшествующего.

Если учитывать, что патологические процессы среди населения обусловлены сложным комплексом условий, то для их познания важно выработать такой научный подход, который позволил бы объединить научные знания в области медицины и демографии. В свою очередь эти науки зиждутся на данных биологии, физиологии, социологии, статистики, философии.

Медицинскую демографию, таким образом, можно определить как науку, изучающую многочисленные связи человеческой популяции (населения) с социальными и природными факторами, которые оказывают влияние на важнейший качественный аспект воспроизводства — состояние здоровья населения и тенденции его изменений.

Логика развития науки свидетельствует о том, что в современных условиях решить многие возникающие перед

обществом проблемы можно лишь на основе успешного сотрудничества представителей естественных, технических и общественных наук. Однако только в рамках сотрудничества не может осуществляться интеграция научных знаний, а процесс дифференциации в развитии науки предполагает возникновение новых ветвей знаний на стыке смежных наук. В этом диалектическое единство дифференциации и интеграции науки. Необходимость и целесообразность выделения новой ветви знаний на стыке медицины и демографии — результат интенсивного и экстенсивного развития той и другой наук. О том, что медицина и демография имеют много точек соприкосновения и взаимопроникновения, было подробно рассмотрено в нашей монографии «Медико-демографическое изучение народонаселения» (М., 1979). Однако полностью не раскрыт вопрос о том, чем отличается, например, медицинская демография от социальной гигиены, социологии медицины или медицинской социологии, медицинской географии, географии населения, этнической демографии и т. д.

Есть ли необходимость выделять еще одну область знаний, если и так, как мы видим, науки, предметом исследования которых являются общественное здоровье и факторы, на него влияющие, достаточно широко дифференцированы? Чтобы ответить на этот вопрос, обратимся к истории развития науки об общественном здоровье. Поскольку в семантическом отношении общественное — это социальное, а здоровье — это гигиена (от собственного имени Гигия — богиня здоровья), речь идет о науке, именуемой социальной гигиеной. Несмотря на то что в наше время термин «социальная гигиена» является широко распространенным, тем не менее не все, кто его употребляют, однозначно его понимают. Социальная гигиена как наука похожа на ларец, ценность которого определяется его содержимым. Поэтому от того, каким смысловым содержанием мы наполняем термин «социальная гигиена», зависят наши логические построения о системе и взаимосвязи наук.

В прошлом веке понятие «гигиена» трактовалось как наука о сохранении и укреплении народного здоровья, имея в виду, что это не только «учение или теория», но также «искусство и терапия».

А. Фишер считал: «...гигиена занимается не только профилактикой, предупреждением заболеваний, но также и положительным делом — улучшением народного здоровья, увеличением производительной способности населения, укреплением народной силы; это одновременно и наука, и практическая деятельность».

Далее автор указывает, что гигиена, охватывающая всю деятельность человека, касающуюся его здоровья, занимается также вопросом его размножения¹.

Не зная истории, данное определение можно было бы выдать в качестве своего собственного для характеристики новой ветви знаний, каковой мы считаем медицинскую демографию. Однако вопрос в том, что и гигиеническая наука, и само понятие «гигиена» претерпели широкую дифференциацию и специализацию. По мере углубления познания факторов, влияющих на здоровье человека, область гигиены расширялась, вовлекая в свою «орбиту» специальные знания смежных наук. Однако экстенсивное развитие гигиены не могло долго продолжаться — в конце XIX в. процесс интеграции этой науки сменился ее дифференциацией. Потребовалось изучить влияние на здоровье населения не только физических факторов окружающей среды, но и социальных условий (экономического положения трудящихся, образования, законодательства, системы здравоохранения, образа жизни, мировоззрения и т. д.). Возникшая новая отрасль науки получила название «социальная гигиена». Но формулировка сущности и терминологическое определение науки отнюдь еще не могут служить доказательством того, что меры по охране общественного здоровья возникли именно тогда, когда утвердилось название «социальная гигиена». Такие меры известны были еще в глубокой древности и направлены они были на то, чтобы сохранить и укрепить народное здоровье, обеспечить в большинстве случаев приращения численности населения (увеличить число подданных). Такие действия носили эмпирический характер и потребности в них вызывались определенными условиями. Например, у индусов по закону Ману тщательно обследуется каждый мужчина, вступающий в брак. Девушке, подверженной наследственному заболеванию, категорически было запрещено вступать в брак. В то же время известно, что древние египтяне, зная правила общественной гигиены, основное внимание уделяли отдельному индивиду, жили в полигамии и не принимали строгих мер по сохранению здоровья и численности своего потомства. Результат: до наших дней сохранились мумии древних египтян, но не народ Древнего Египта.

Если исходить из сущности науки, а не от времени возникновения термина, которым она обозначается, то *социальная гигиена* — такая же древняя эмпирическая наука, как астрономия, математика, механика и др. Гиппократ,

жившего 23 века тому назад, можно назвать основоположником практической социальной гигиены. В своем знаменитом трактате «О воздухе, воде и местности» он писал: «Нужно принимать во внимание и образ жизни человека. Любит ли он много есть и пить, вести созерцательное существование или, наоборот, он предпочитает движение, труд, умеренность в пище и питье».

В период расцвета Римской империи там соблюдались общественно-узаконенные правила гигиенического поведения: обязательным было посещение благоустроенных бань; заботе о чистоте и укреплении тела древние римляне, так же как и древние греки, уделяли большое внимание. Однако со временем правила общественной гигиены, направленные на укрепление здоровья, особенно воинов, что было связано с завоевательной политикой Рима, постепенно ослабли. В высших слоях общества начали уклоняться от брака и рождения детей, поскольку основное стремление было к наживе и высокому материальному благосостоянию. Не было ли данное обстоятельство одним из серьезных факторов заката Римской империи? На этот вопрос пусть ответят историки, однако несомненно то, что охрана здоровья народа и обеспечение его воспроизводства всегда имели огромное государственное значение. Если мы говорим о том, что уже в древнем мире были распространены социально-гигиенические меры, направленные на обеспечение воспроизводства здоровых поколений, то, применяя иную терминологию, все это можно отнести к области медицинской демографии. Однако так считать нельзя. Исторические условия были причиной того, что ни социальная гигиена, ни ее специализированная область знаний — медицинская демография во все предыдущие исторические периоды не могли стоять на уровне решения задач, которые поставлены в наше время в социалистическом обществе — обеспечение высокого уровня здоровья и блага людей. Именно ускоренное и поступательное социально-экономическое развитие нашего общества вызывает потребность в развитии социальной гигиены как науки и отрасли практической деятельности.

Требования жизни ставят перед этой наукой новые задачи, которые перерастают ее собственные границы, расширяют предмет исследования и необходимость привлечения новых методов. Границы социальной гигиены становятся тесными перед лицом больших и серьезных задач, решение которых насущно необходимо для обеспечения главной цели социально-экономического развития — здоровья человека и народонаселения страны. Именно эти усло-

¹ См.: Фишер А. Основы социальной гигиены. М., 1929, с. 11.

вия, требования жизни и явились предпосылкой формирования и развития медицинской демографии — отрасли знаний на стыке медицины и демографии, вышедшей из недр социальной гигиены.

«Медицинская деятельность — ровесник человека. Она вытекает из объективной потребности людей в сохранении и воспроизводстве своего телесного существования. Деятельность общества по охране здоровья своих членов, по борьбе с болезнями и преждевременной смертью, как и любая другая материальная, предметно-практическая деятельность, осуществляется тем успешнее, чем более развит ее духовный компонент»¹.

Для более четкого определения методов, предмета и задач медицинской демографии необходимо привести сравнительную характеристику смежных с этой наукой отраслей знаний.

Например, медицинская география и медицинская демография имеют между собой много общего, однако для той и другой науки характерны свои существенные черты. Кроме того, в послевоенный период получила развитие такая важная область знаний, как география населения. Какое же положение медицинской демографии в этом сложном разветвлении наук о населении, его здоровье, пространственном региональном распространении болезней и их ареалах и т. д.? Оказывается *медицинская демография* имеет визитную карточку на свое собственное место: эта наука изучает демографические процессы с позиций медицины и здравоохранения, с одной стороны, и с точки зрения воздействия медико-организационных мер на характер воспроизводства населения, с другой стороны. Когда речь идет о региональных особенностях здоровья населения, тогда медицинская демография обращается к медико-географическим методам исследования, когда же требуется изучение пространственного размещения населения, его плотности, эффективного использования трудовых ресурсов, создания рациональных форм городского и сельского расселения и планирования на этой основе эффективных мер по охране здоровья населения, тогда требуется применение имеющихся в арсенале географии населения методов исследования.

В Материалах I Межведомственного совещания по географии населения (1962 г.) дается следующее определение этой науки.

¹ Щепин О. П., Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г. Медицина и общество. М., 1983, с. 11.

География населения — это общественно-географическая дисциплина, изучающая в динамике факты и закономерности размещения населения (территориальные системы населенных пунктов), причем население, его рост, структура, перемещения и другие особенности рассматриваются в процессе общественного воспроизводства... закономерности, устанавливаемые географией населения, должны помогать решению плановых задач рационального размещения населения по территории страны.

Данное определение у некоторых ученых вызвало серьезные возражения. Так, Д. И. Валентей считает, что перечисленные аспекты исследования населения, «факты и закономерности размещения», «рост, структура, перемещения и другие особенности» не выявляют специфику его географического изучения, так как эти же вопросы изучаются и другими науками. Д. И. Валентей подчеркивает, что в целом приведенное определение не дает четкого ответа на вопрос о том, чем же именно занимается география населения как географическая наука и какие территориальные закономерности она изучает. Автор также возражает против того, что ставится знак равенства между понятиями «размещение населения» и «территориальные системы населенных пунктов»¹.

Вполне прав Д. И. Валентей, когда еще в 1967 г. писал, что разработка проблемы оптимальных типов и форм расселения охватывает широчайший круг вопросов, в изучении которых принимают участие специалисты самого различного профиля — географы, градостроители, инженеры, гигиенисты, социологи, экономисты. Наиболее комплексно эта проблема рассматривается географами, однако только географическими методами исследования эта тема не может быть исчерпана. Научно обоснованное создание «комплекса жизненных условий» требует компетенции специалистов многих наук — представителей физической и экономической географии, медицинской географии, социальной гигиены, социологии, этнографии, ряда конкретных экономик.

Поэтому более четкое определение предмета, методов и задач географии населения дано С. А. Ковалевым: «География населения призвана комплексно характеризовать территориальные группы населения и системы населенных пунктов как мест труда и жизни людей, выявлять закономерности и региональные особенности их формирования и проблемы развития. География населения изучает

¹ См.: Научные проблемы географии населения. М., 1967, с. 29.

также перемещение населения с их закономерностями и территориальное распределение населения на земном шаре и в пределах отдельных стран и регионов»¹.

Однако в какие бы жесткие рамки мы ни ставили определение науки географии населения, нельзя не видеть сопряженность этой отрасли знаний с медицинской демографией.

География населения, этнография, социология, биология, медицина, социальная гигиена — каждой из названных наук под силу изучить какую-либо одну сторону проблемы народонаселения. В этой системе наук медицинской демографии как науке должно принадлежать не последнее место. Эффективные и действенные исследования в области проблем народонаселения возможны тогда, когда они ведутся не обособленно, а на стыке наук: медицина как наука о лечении и предупреждении болезней людей стыкуется с демографией, изучающей воспроизводство населения в конкретных условиях природной и социальной среды. Надо помнить о том, что наиболее продуктивные результаты можно получить в пограничных областях знания, для этого необходима не узкая специализация, а глубокое познание сопредельных дисциплин, широта взглядов и умение синтезировать, соединять в продуктивных идеях и направлениях данные смежных наук. Речь идет не только о медицинской демографии, но и о специалистах, например, в области естественных наук, которые должны знать близкие к ним общественные науки, точно так же как представители общественных наук должны иметь отчетливое представление об основных закономерностях развития и достижениях естественных наук. Медицинская демография соединяет в себе знания, факты и достижения естественных и общественных наук.

Близкая к географии населения, но имеющая свои особенности и существенные черты — медицинская география.

Накопленный наукой и практикой огромный фактический материал подтвердил высказанное еще мыслителями древности положение о существовании определенной связи между природной средой и состоянием здоровья населения. Медико-географические исследования начали проводиться еще в середине XVIII в., а позднее это направление оформилось в самостоятельную область науки — *медицинскую географию*.

Вот как характеризуют задачи и основные направления медицинской географии эпидемиологи:

а) медико-географическая оценка отдельных элементов природных, экономических и социальных условий, т. е. определение их роли и влияния на состояние здоровья населения, на возникновение и географию болезней человека;

б) изучение влияния природных комплексов на состояние здоровья населения, на возникновение и географию болезней человека применительно к наиболее крупным единицам природного районирования (природные зоны, физико-географические области, ландшафты и т. д.);

в) изучение влияния природных, экономических и медико-санитарных условий на состояние здоровья населения и географию болезней человека в пределах отдельных территорий;

г) разработка специальных медико-географических карт, отображающих положительное и отрицательное влияние отдельных элементов природных и экономических условий конкретных территорий на состояние здоровья населения;

д) изучение закономерностей географии отдельных болезней человека и составление карт распространения этих болезней на территории отдельных государств или целых географических районов.

Правомерность развития этих направлений заключается в том, что медико-географические исследования призваны содействовать проведению комплексных мероприятий на конкретных территориях, направленных на оздоровление местности, на предупреждение возникновения и распространения различных болезней человека, а также наиболее рациональной организации медицинского обслуживания населения на этих территориях¹.

Специфика медицинской географии состоит в том, что эта наука основное внимание акцентирует на географических факторах здоровья. Однако объектом исследования является состояние здоровья населения, что видно хотя бы из того, что во всех пунктах приведенного определения «изучается и оценивается влияние различных факторов на состояние здоровья населения». Если провести сравнение с медицинской демографией, то здесь акцент сделан на демографических факторах, влияющих на состояние здоровья населения. Разумеется, что это не ис-

¹ Ковалев С. А., Ковальская Н. Я. География населения. М., 1966.

¹ См.: Методы медико-географических исследований. М., 1965, с. 5.

ключает применение медико-географических методов исследования.

География населения, т. е. география людей, в отличие от медицинской географии основной акцент направляет на познание региональных закономерностей состава, динамики и размещения населения, а также его миграционных потоков, взаимодействия размещения населения с природно-климатическими факторами. В свою очередь размещение населения зависит от промышленного освоения различных регионов.

«Составляя неотъемлемую часть общей системы географических наук, география населения одновременно входит в комплекс наук, изучающих с различных сторон народонаселение, его воспроизводство, движение, размещение и жизнедеятельность»¹, — указывают С. А. Ковалев и Н. Я. Ковальская. Разделяя данную точку зрения, можно сказать, что подобным же образом медицинская демография, имея тесную связь с такими науками, как география населения, медицинская география, демография, социология, социальная психология, социальная гигиена и т. д., изучает закономерности воспроизводства населения с точки зрения его жизнеспособности и здоровья.

Если медицинская география изучает влияние природной среды на здоровье, географическое распространение отдельных болезней, а также проводит сравнительную гигиенистическую оценку условий жизни в различных регионах, то медицинская демография основное внимание уделяет проблемам здоровья населения, используя для этого преимущественно демографические методы исследования.

В том и состоит специфика медицинской демографии, что в отличие от социальной гигиены в целом, для которой основным предметом исследования также является общественное здоровье, здесь медицинская сторона вопроса рассматривается в тесном взаимодействии с демографическими закономерностями.

География населения занимает особое место в системе экономических наук, и ее связи с другими науками широки и многообразны, особенно в пределах самой географии — с физической географией и картографией. Можно согласиться с мнением, что географическое изучение населения шире, чем этнографическое или демографическое. Однако глубина такого изучения не может быть обеспече-

на без привлечения методов и результатов других смежных наук.

В то же время по характеру своей направленности медицинская география ближе к медицине, чем к географии; точно так же мы считаем, что в сферу медицинской демографии входит больше медицинских вопросов, чем демографических, и что эта наука ближе к медицине, чем к демографии. Это подтверждается хотя бы тем фактом, что в области медицинской демографии работают преимущественно медики, а не демографы-экономисты.

Ведь и социальная гигиена — это медицинская дисциплина, несмотря на то, что в ее задачу входит выявление влияния различных социальных факторов на здоровье населения и разработку наиболее рациональных мер социальной и медицинской защиты — в широком смысле слова — профилактики заболеваний и устранения причин, ослабляющих жизнеспособность населения. Социальная гигиена, пожалуй, единственная медицинская дисциплина, которая подходит к анализу здоровья и нездоровья людей не с точки зрения их индивидуального проявления, а в связи с их социальной обусловленностью. Социальная гигиена представляет не отвлеченную, а реальную взаимосвязь медицинских дисциплин о человеке с социальными дисциплинами об обществе. Основываясь на данной логике, медицинская демография интегрирует в себе медицинские знания о здоровье и болезнях человека с демографическими данными о закономерностях его воспроизводства.

Воспроизводство самой жизни является стержневым вопросом развития общества. От продолжительности жизни и состояния здоровья отдельных людей зависит характер воспроизводства населения. Роль и значение медицинской демографии в изучении этих процессов исключительно велики, поскольку на характер воспроизводства населения оказывают влияние не только экономические моменты. Тем не менее до сих пор многие современные авторы считают, что единственным определяющим моментом в изменении и динамике рождаемости, динамике смертности и роста или уменьшения самого населения являются социально-экономические условия — экономические законы роста населения. Сводить все многообразие условий и факторов к экономическому закону роста населения — значит закрывать пути к познанию естественных детерминант воспроизводства самой жизни.

На этот счет Ф. Энгельс писал: «... согласно материалистическому пониманию истории в историческом процес-

¹ География населения СССР. М., 1980, с. 20—21.

се определяющим моментом *в конечном счете* является производство и воспроизводство действительной жизни. Ни я, ни Маркс большего никогда не утверждали. Если же кто-нибудь искажает это положение в том смысле, что экономический момент является будто *единственно* определяющим моментом, то он превращает это утверждение в ничего не говорящую, абстрактную, бессмысленную фразу»¹.

В заключении обстоятельной работы по политэкономическим проблемам народонаселения В. А. Болдырев пишет, что «марксистам чужд экономический детерминизм: надстройка, общественное сознание в его различных формах, а в народонаселении еще и биологическая сущность человека оказывают на ход экономического процесса основательное корректирующее влияние»².

Медицинская демография, используя данные естественных наук (биологии, генетики, общей теории патологии, геронтологии и др.) может стать хорошей прививкой против односторонней, основанной на только экономическом детерминизме трактовки развития народонаселения, «воспроизводства самой жизни».

Оформление медицинской демографии в самостоятельную отрасль знаний является логическим продолжением расширения областей, предмета и методов исследования смежных наук и прежде всего социальной гигиены и демографии. Процесс дифференциации научных знаний неотделим от процесса специализации, который происходит во все усложняющейся жизни общества в период быстрого развития научно-технического прогресса.

В этот период исключительно важное значение приобретают не только количественные характеристики населения, но и «качество народонаселения». «В основе определения качества народонаселения лежит изучение специфики народонаселения как основной производительной силы общества. Совокупность свойств, выражающих качество работников, выступает как определенный тип работника... Исходная материальная предпосылка формирования типа работника лежит в определенном характере его деятельности в системе производительных сил... В условиях научно-технической революции постоянно возрастают требования к качеству рабочей силы, возникает потребность в новом типе работников, необходимых сов-

ременному производству»¹. Приведенные определения отдают экономическим прагматизмом, «качество народонаселения» оценивается лишь под углом зрения производственного механизма. Ведь народонаселение — не только объект производства, на благо, счастье и здоровье которого должны быть направлены социальная и экономическая политика социалистического общества. Дегуманизация и упрощенное толкование «качества народонаселения» обедняет содержание этого понятия и не нацеливает на решение проблем социального и духовного развития личности. Обеспечение не только производства новым типом работников, сколько удовлетворение все возрастающих потребностей работников в новом качестве жизни, неотъемлемым элементом которого является высокий уровень здоровья. Именно медицинская демография способна придать этому аспекту проблемы научно обоснованное объяснение и практическое решение. «Конкретная забота о конкретном человеке, его нуждах и потребностях — начало и конечный пункт нашей экономической политики партии», — так было сказано на XXVI съезде КПСС².

При родственной близости медицинской демографии с рядом смежных естественных и общественных наук наибольшее сходство обнаруживается с медицинской географией и эпидемиологией, на чем следует более подробно остановиться.

Медицинскую географию можно рассматривать как науку, изучающую региональные особенности распространения болезней и особенностей здоровья населения в зависимости от влияния природных и социальных условий. В поле зрения этой науки входит познание причин, неблагоприятно влияющих на здоровье. Необходимо выработать наиболее эффективные меры его охраны и укрепления применительно к конкретной географической территории.

Одной из особенностей медицинской географии является познание географической среды как фактора, влияющего на состояние здоровья населения. Ушло в прошлое стремление «переделать» природу: усилия направлены на сохранение природы и приспособление ее к климатогеографическим особенностям человека, создавая оптимальные условия для его жизнеобеспечения.

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 37, с. 394.

² Болдырев В. А. Народонаселение в развитом социалистическом обществе. М., 1983, с. 225.

¹ Система знаний о народонаселении/Под ред. Д. И. Валентя. М., 1976, с. 71—72.

² Материалы XXVI съезда КПСС. М., 1981, с. 107.

Трудно согласиться с мнением, что медицинскую географию в сложившейся системе наук следует отнести не к медицинским, а к географическим наукам, поскольку предметом исследования является географическая среда. То, что медицинская география изучает влияние географической среды на состояние здоровья населения, дает основание в качестве предмета исследования выделить не фактор, а сам объект исследования, которым является здоровье населения, включая особенности географической патологии. В составе медицинской географии выделяют несколько направлений: географическая эпидемиология, географическая микробиология, ландшафтная паразитология и др. Это — направления исследований, но не самостоятельные отрасли науки. Если направления исследований, более того, отдельные темы выделять как самостоятельные отрасли знания, то дробление на части единой науки может продолжаться до бесконечности, однако подобные действия не будут способствовать ни консолидации самой науки, ни взаимопониманию между специалистами, разрабатывающими одну и ту же проблему. Сторонники отнесения медицинской географии к географическим наукам (Е. И. Игнатьев, А. Д. Лебедев, А. П. Авцын) считают, что объектом медицинской географии являются территориальные (социально-природные) комплексы или географическая среда человеческого общества. Под природными предпосылками болезней и патологических состояний человека понимаются определенные свойства геосистем, которые могут быть выявлены при взаимодействии с организмом человека в виде патологических состояний или болезней. Одним из решающих условий перехода неблагоприятных природных предпосылок в заболевание являются иммунологические способности организма. Например, переселение населения казалось бы в лучшие условия из высокогорья в среднегорье не проходит бесследно для здоровья популяции. Учитывая это, предварительный медико-географический прогноз должен иметь важное значение при освоении таких территорий, как регионы Севера, Сибири и Дальнего Востока, и переселении туда больших контингентов населения. Все это должно быть предметом внимания и изучения в системе медицинских наук.

Теперь вновь вернемся к медицинской демографии. Предметом исследования этой науки, если говорить кратко, является здоровье населения с точки зрения его взаимодействия с демографическими факторами. На наш взгляд, медицинскую демографию точно так же, как

и медицинскую географию, следует отнести к медицинским наукам: ведь разработка комплекса научно обоснованных социально-гигиенических мер, направленных на охрану и укрепление здоровья населения, профилактику заболеваний и продление активного периода человеческой жизни, входит в компетенцию медиков — ученых и практиков, организаторов здравоохранения. Именно медицинская демография как специализированная отрасль социальной гигиены призвана разрабатывать такие вопросы, которые позволили бы получить ответ, каким образом и в какой степени на здоровье населения влияют такие социально-демографические факторы, как семейное состояние населения, его миграционная подвижность, региональные особенности расселения, социально-демографическая структура населения, а также такие надстроечные элементы, как социальная психология, демографическое поведение, образ жизни и т. д. Познание взаимосвязи здоровья с перечисленными факторами, можно определить пути практического действия.

В медицинской демографии, как и в любой иной науке, полезно выделить три элемента: абстрактное мышление, теорию и анализ фактического материала. Абстрактное мышление зиждется на логической систематизации эмпирических данных. Наблюдаемые факты должны основываться на правильном учете и достоверном статистическом анализе. Теория — это сердце научного познания, она должна быть ясной, простой, универсальной и точной, это ключ к дальнейшему развитию научного знания, ибо только теоретические концепции могут подсказать, в каких направлениях следует проводить последующие исследования.

Фактическим материалом в медико-демографических исследованиях могут быть: а) сочетание данных медицинских исследований, например, о распространении заболеваний и причинах смерти, о родившихся недоношенными, об абортах, бесплодии и т. д. с материалами демографического характера, т. е. той или иной категории населения, среди которого имели место указанные факты; б) специальные исследования, в которых сочетается одновременный (на одну карту) сбор данных медицинского и демографического характера; в) использование статистического материала по различным отраслям знаний, отражающего влияние социально-демографических факторов на здоровье. Поиски объяснения фактов — это поиски теории. Анализ медико-демографических данных неизбежно вызывает к жизни догадку или гипотезу, которая

нуждается в проверке действительностью. Теорию медицинской демографии еще предстоит разрабатывать, и это можно будет сделать тогда, когда будет накоплен солидный статистический материал, отражающий взаимосвязи между медицинскими характеристиками и демографическими факторами и когда на практике можно будет проверить действенность и обоснованность рекомендаций, вытекающих из медико-демографических исследований.

Медицинская демография родственна общей эпидемиологии и, в частности, эпидемиологии неинфекционных заболеваний. Термин «эпидемиология» происходит от трех греческих слов: *epi* — над, *demos* — население и *logos* — наука. Исходя из происхождения слова и его родственных отношений (этимология) эпидемиологию можно определить как науку, изучающую воздействие различных неблагоприятных факторов на население с целью их предупреждения.

Такие задачи, видимо, и стояли перед этой наукой, когда для определения ее сущности был найден соответствующий термин. Поскольку наибольшей опасностью для жизни населения в период зарождения и развития эпидемиологии как науки были инфекционные болезни, сущность ее была сведена к учению о распространении инфекционных заболеваний и разработке мер по их предупреждению.

Распространение инфекционных болезней и необходимость эффективной борьбы с ними с целью предотвращения гибели населения (популяции) привели к необходимости разработки и использования адекватных методов исследования. Таким образом, эпидемиология оформилась в наиболее важную для жизни людей и общества науку, а эпидемиологические методы исследования подтвердили на практике свою эффективность. Приоритетное значение эпидемиологии как науки и практики для борьбы с инфекционными заболеваниями стало отходить на задний план, когда наиболее опасными для жизни и здоровья населения стали не инфекции, а болезни, вызываемые другими неблагоприятными условиями, факторами, причинами. Это положение касается экономически развитых стран, где частота распространения опасных инфекционных заболеваний сведена до минимума, а ведущее место в патологии населения заняли дегенеративные болезни — сердечно-сосудистые, злокачественные новообразования, а также травмы, несчастные случаи, отравления, аллергические болезни и др. В соответствии с этим изменились цели и задачи эпидемиологии, ее мето-

ды, которые теперь направлены на познание закономерностей распространения неинфекционных заболеваний, а сам термин «эпидемиология» вполне обоснованно применяется в качестве характеристики наиболее часто встречающихся грозных заболеваний: эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний, эпидемиология рака, эпидемиология травматизма и т. д.

Противоречит ли такая трансформация объекта исследования классической эпидемиологии? Отнюдь нет. Правда, характер распространения эпидемий, вызванных инфекционным началом, существенно отличается от распространения неинфекционных заболеваний. Однако из этого вовсе не следует, что эпидемиологические методы исследования, которые, кстати, включают в себя методы демографической и медицинской статистики, нельзя применять при изучении характера распространения неинфекционных заболеваний, а сам процесс называть эпидемиологическим. Непонятно ревностное отношение эпидемиологов, изучающих инфекционные заболевания, кстати специалистов в этой области становится все меньше и меньше, к перенесению и названия, и методов эпидемиологии на познание закономерностей распространения неинфекционных болезней, или, даже шире, на изучение неблагоприятного влияния на здоровье населения социальных и природных факторов. Видимо, здесь имеет место инерция взглядов, сила привычки и традиций, нежелание учитывать новые условия и новые проблемы, вызванные ими к жизни.

С современных позиций эпидемиологию можно определить как науку о частоте распространения негативных процессов, характеризующих здоровье населения: заболеваемости (инфекционных и неинфекционных), смертности, включая смертность в отдельных возрастах и от отдельных причин, инвалидности, аборт, бесплодия, недородности, физических недостатков и, возможно, других неблагоприятных критериев и факторов, обуславливающих их появление или распространение. Знание этой дисциплины расширяет кругозор медицинского работника, определяет проблемы здравоохранения, на решение которых необходимо направить первоочередное внимание. Современный эпидемиологический анализ состоит в выявлении взаимодействия трех основных факторов: населения, окружающей среды, негативной причины (фактор, вызывающий заболевание или смерть).

В медицинской демографии, как и в современной эпидемиологии, изучение состояния здоровья населения про-

водится в виде измерения (исчисления показателей), цель которого — оценка частоты негативных явлений (заболеваний, смерти, инвалидности и т. д.), косвенно характеризующих здоровье всего населения или определенных его групп.

Медицинская демография и эпидемиология не просто измеряют уровень здоровья на основе косвенных показателей, а стремятся выявить взаимосвязи между количественными характеристиками «нездоровья» и факторами, его определяющими.

Таким образом, краткое обзорное рассмотрение некоторых родственных к медицинской демографии наук позволяет сформулировать вывод о том, что и медицинская география, и география населения, и эпидемиология имеют много общего и в методах, и в объекте своего исследования; различия между перечисленными отраслями знаний определяются целями и задачами каждой из названных наук, конечными результатами исследования и их практическим приложением. Если сопоставить многочисленные определения таких родственных между собой наук, как социальная гигиена, медицинская география, эпидемиология, человеческая экология, медицинская социология, социальная медицина и др., которыми обозначают различные ветви науки, то вполне можно дефиниции одной из наук отнести к другой, не рискуя впасть в серьезную ошибку. Все это свидетельствует о том, что дело не столько в дефинициях, не столько в терминах, в которые облекается название науки (трудно уловить, например, различия в таких названиях, как социальная медицина, медицинская социология, социология медицины, — с этимологической точки зрения это синонимы), сколько в сути и направленности самих исследований, надежности их методов и достоверности полученных результатов. Целесообразность выделения медицинской демографии в качестве самостоятельной отрасли знаний определяется не тем, что искусственно придумано новое словосочетание, а вызвано это новыми проблемами, изучить которые можно, стыкуя медицинские факты с демографическими закономерностями. Кроме того, медицинская демография акцентирует направленность исследований, в которых бы демографические процессы рассматривались в неразрывной связи с состоянием здоровья людей.

Для того чтобы определить место медицинской демографии в системе смежных наук, целесообразно также проследить эволюцию взглядов на демографию как науку.

Рассматривая место медицинской демографии в системе смежных наук, можно упомянуть социальную медицину, медицинскую социологию, социологию медицины. Отвечают ли эти наименования содержанию специализированных наук и каковы их предмет, методы и задачи исследования? Попытаемся разобраться в этом вопросе. Спору нет, в настоящее время понятия физики, химии, биологии, психологии, социологии, педагогики, этики широко употребляются во всех областях медицинского знания, и эти области оказывают серьезное влияние на теорию медицины и практику охраны здоровья населения. В медицину, точнее в социальную гигиену, все чаще проникают социологические методы исследования. Об этом справедливо говорится в книге А. М. Изуткина, В. П. Петленко, Г. И. Царегородцева¹. Что изучает социология медицины, каковы ее проблемы и главные задачи — задают вопрос авторы и отвечают: «Социология медицины раскрывает взаимодействие медицины как социального явления с обществом, с различными социальными институтами... Система общественных отношений между медициной и обществом и составляет объект социологии медицины». И далее: «Социология медицины в единстве с естественными и общественными науками раскрывает законы развития и функционирования теории здравоохранения как общественного явления»². Выше нами было обращено внимание на то, что теоретической частью науки являются основанные на предмете и методах исследования выявленные законы и закономерности. Теория сама есть закон и поэтому она не нуждается в изучении других законов, раскрывающих ее содержание и функционирование. Это следует иметь в виду. Далее весьма расплывчато авторы трактуют различия между социальной гигиеной и социологией медицины, считая, что если социальная гигиена в основном изучает социальную обусловленность здоровья и заболеваемости и решает задачи в области личной и общественной профилактики, то социология медицины, включая гигиенический анализ, в то же время выходит за пределы его, охватывая различные слои населения в их историческом развитии с учетом структуры и динамики заболеваемости, клинических данных, возрастно-половых различий, биосоциального профиля, физических, психосоматических и социальных задатков и спо-

¹ См.: Изуткин А. М., Петленко В. П., Царегородцев Г. И. Социология медицины. Киев, 1981.

² Изуткин А. М., Петленко В. П., Царегородцев Г. И. Указ. соч., с. 5.

собностей. И далее: « В социологии медицины личность реализует себя в разнообразных способах социальной и природной жизнедеятельности. В связи с этим можно сказать, что социальные проблемы медицины раскрываются более теоретично»¹. Такое пространное определение не только не выявляет отличительных особенностей между социальной гигиеной и социологией медицины, а, напротив, свидетельствует об отсутствии таковых; ведь и социальная гигиена охватывает различные слои населения в их историческом развитии с учетом динамики и структуры заболеваемости, возрастно-половых различий и т. д. А как понять положение, что в социологии медицины личность (!) реализует себя в... Думается, что ни в социологии медицины, ни в любой другой давно утвердившейся науке личность себя не реализует, если не считать личностей, какими являются сами исследователи, но ведь в тексте, насколько мы понимаем, речь идет об общественной личности. И что такое «более теоретично» — это все равно, что менее теоретично, однако подобные «более» или «менее» трудно отнести к определенному уровню научных знаний.

В целом рассматриваемые вопросы в монографии являются логическим продолжением проблем, анализируемых в книгах «Методология медицины» (1977) и «Философия медицины» (1979). В ней содержатся новые материалы, получили дальнейшее развитие марксистско-ленинские философские концепции современной медицины, тем не менее трудно согласиться с утверждением, что все это можно отнести к «более теоретичной» области знаний, чем социальная гигиена, — к социологии медицины. Логично при этом поставить вопрос, а что же следует отнести к области «социальной медицины» или «медицинской социологии»? Есть ли необходимость в обилии наименований при рассмотрении под различным углом зрения одного и того же предмета?

Обзор различных взглядов и их критический анализ на проблемы медицинской социологии в современной зарубежной медицинской и социологической литературе приводят Ю. П. Лисицын и Л. П. Семенова². По справедливому утверждению авторов дискуссии о предмете и

задачах медицинской социологии отражают стремление найти те узловые точки, в которых между медицинской и социальной структурой общества наблюдается наибольшее взаимодействие.

К социологическим проблемам медицины, по мнению западных социологов, относятся изучение культурных норм и ценностей в их связи с медициной, изучение существующих в обществе убеждений, точек зрения, морально-философских ценностей, идеологий, обычаев, оказывающих влияние на здоровье и на деятельность здравоохранения как подсистемы социальной системы в целом. Ж. Дантон в книге «Медицинская социология» (1978 г.) основной задачей этой науки считает изучение мнений, взглядов, существующих в обществе по различным вопросам медицины и здравоохранения.

В дискуссии зарубежных социологов высказываются мнения, что социальная медицина и медицинская социология по своему содержанию тождественны. Социальная медицина может быть разделена на 3 отрасли: собственно социальная медицина, медицинская социология и социальная гигиена.

Зарубежные социологи настолько запутали вопрос, что трудно разобраться в границах той или иной науки, изучающей общественное здоровье, ее предмет, методы, теоретическую основу. Можно согласиться с мнением проф. Ю. П. Лисицына и Л. П. Семеновой о том, что при решении вопроса о «праве на существование» новой науки очень трудно провести четкую грань между науками. Многие науки используют одинаковые или сходные статистические, демографические, экономические и другие методы. Нельзя отделять предмет исследования от ее теоретических основ и методов. В мозаике наук об общественном здоровье такое «отделение» имеет место.

Рассмотрение вопроса о месте медицинской демографии в системе смежных наук было бы неполным, если хотя бы вкратце не остановиться на предмете таких наук, как экология и этология.

Весь окружающий нас мир — биосфера Земли — составляет среду обитания человека. По мере возрастания господства человека над природой она подвергается изменениям в результате так называемого хозяйственного ее освоения, и вследствие этого все более ощутимым становится необходимость соизмерять возрастающую человеческую деятельность по освоению природы с потенциальными возможностями биосферы. Первоначально под термином *экология* понимали науку, исследующую

¹ Изуткин А. М., Петленко В. П., Царегородцев Г. И. Указ. соч., с. 7.

² Советское здравоохранение, 1963, № 6, с. 51—54.

взаимоотношения различных биологических видов со средой их обитания. Однако со временем и особенно в наши дни границы экологии неизмеримо расширились, этой области знаний уделяется приоритетное внимание многими специалистами.

Термин «экология» происходит от греческого слова «ойкос», что в буквальном переводе означает «дом», «окружение человека». Таким образом, домом, окружением человечества является биосфера, и от того, в каком состоянии будет этот дом, зависят судьбы тех, кто его населяет. Об этом следует напомнить, ибо во всей живой природе только человек — в этом его величие — осмеливается нарушать ее законы, но, к сожалению, не всегда предвидит последствия своей деятельности. «Под экологией», — писал в 1870 г. Эрнст Геккель, — мы понимаем сумму знаний, относящихся к экономике природы: изучение всей совокупности взаимоотношений животного с окружающей его средой, как органической, так и неорганической, и прежде всего — его дружественных или враждебных отношений с теми животными и растениями, с которыми он прямо или косвенно вступает в контакт. Одним словом, экология — это изучение всех сложных взаимоотношений, которые Дарвин называет условиями, порождающими борьбу за существование»¹. Такое определение рассматриваемой науки было дано ее основоположником более ста лет тому назад, когда еще не возникло проблем охраны биосферы и перехода к ноосфере (сфере разума), когда не было обострившихся проблем народонаселения и природопользования, когда над человечеством не нависала угроза ядерного уничтожения, возникшая вследствие эгоистических устремлений империалистических кругов.

В наши дни экология оказалась той точкой, в которой перекрестились пути самых различных областей знаний — генетики и демографии, биологии и математики, медицины и селекции и т. д. Экология пустила от своего ствола множество ветвей — социальная экология, человеческая экология, медицинская экология, экология человека, биология популяций, физиологическая экология и др. Подробный и обстоятельный критический анализ буржуазных концепций экологии проведен Ю. П. Лисицыным², и мы разделяем его точку зрения на этот счет. Поэтому

¹ Цит. по: Риклефс Р. Основы общей экологии. М., 1979, с. 10.

² См.: Лисицын Ю. П. Здоровье населения и современные теории медицины. М., 1982, с. 134—167.

здесь мы остановимся лишь на взаимоотношениях между экологией, медициной и демографией.

В зарубежной литературе не так уж редко можно встретить термин «медицинская экология», определяющий раздел или часть общей экологии. Некоторые авторы, например Е. Rogers, этот раздел экологии трактуют настолько широко, что его трудно отличить от таких наук, как социальная гигиена и демография. Вместе с тем многие аспекты экологии заслуживают внимания и развития в аспекте медицины и здравоохранения. Экологический подход может принести продуктивные результаты при определении причин возникновения и распространения многих болезней человека вследствие нарушения равновесия между биологической устойчивостью организма и изменениями в окружающей природной и социальной среде. Ничего плохого нет в том, что с точки зрения медицинских аспектов экологии проводится мысль, что здоровье — это сбалансированность между приспособительными возможностями организма и характером окружающей среды; дезадаптация нарушает гармонию, гомеостаз, что влечет за собой возникновение болезней.

Учение Г. Селье о стрессе и общем адаптационном синдроме применительно к проблемам медицинской экологии само по себе не вызывает возражений, пока на этой основе не строятся социальные концепции. Справедливо указывает академик В. В. Парин, что «концепция Селье во многом изменила принципы лечения и профилактики целого ряда заболеваний; взгляды его, встреченные вначале не без возражений, нашли сейчас самое широкое распространение. В целом учение Г. Селье можно считать одним из самых фундаментальных и, главное, плодотворных для развития науки теоретических построений современной медицины»¹.

Экологический подход в медицине — это рассмотрение здоровья и болезней человека на уровне целого организма в неразрывном единстве со средой его существования.

Исследования экологии человека имеют четко выраженный междисциплинарный характер. Интерес к этой области знаний неуклонно возрастает в связи с тем, что проблема окружающей среды приобретает все большую остроту. Мощное и ускоренное освоение природных ресурсов, которому способствовала научно-техническая революция, оказывает все более глубокое влияние на взаимоотношения человека с окружающей средой.

¹ Парин В. В. Предисловие к русскому изданию. — В кн.: Селье Г. На уровне целого организма, М., 1972, с. 3.

Для всей истории развития общества характерно усиление влияния человека на природу, на все возрастающее использование природных ресурсов для улучшения своего жизнеобеспечения, что, несомненно, также связано с проблемами народонаселения и природопользования.

Еще академик В. И. Вернадский рассматривал человека как огромную силу, влияние которой на биосферу растет с ходом времени со все усиливающейся быстротой. Однако «эксплуатация» природы человеком не может быть беспредельной, иначе это может привести со временем к его гибели. В. И. Вернадский предвидел неизбежность перехода к управляемому воздействию людей на создание сбалансированных условий между ними и природой, перехода к ноосфере. «Ноосфера, — писал он, — последнее из многих состояний эволюции биосферы в геологической истории — состояние наших дней»¹.

В. И. Вернадский искал основы «ноосферы» не в обществе вообще, а в обществе, организованном таким образом, чтобы оно могло воздействовать на природу в строго определенном направлении, обеспечивающем оптимальный рост и жизнедеятельность народонаселения и системы в целом.

Демографические факторы здоровья, которые изучает медицинская демография, приобретают особо важное значение в качестве раздела ноосферы; здесь разумная человеческая деятельность становится главным фактором воспроизводства здоровых поколений — в этом единство и будущее биосферы (человека и природы).

О масштабах исключительно мощного воздействия людей на природу могут свидетельствовать следующие данные.

Ежегодно в мире добывается почти 100 млрд. т руды, строительных материалов и энергетических ископаемых; производится 50 млн. т синтетических материалов, в качестве удобрений рассеивается более 90 млн. т минеральных веществ и свыше 2 млн. т ядохимикатов. Промышленные предприятия выбрасывают в атмосферу 200 млн. т окиси углерода и более 50 млн. т различных углеводородов, большое количество двуокиси серы, окислов азота, сернистого ангидрида, золы¹. Подобное ежегодное воздействие на атмосферу не может не отразиться на ее состоянии, а в свою очередь на жизнедеятельности всего

живого. Проблема эта небезразлична для состояния здоровья людей и динамики численности населения. В соответствии с экологическим подходом для решения этой проблемы необходимо искать новые условия равновесия. Активным, определяющим началом здесь должно стать разумное социальное управление, обеспечивающее равновесие между обществом и природой, между социальными и медицинскими проблемами, между социальной гигиеной и демографией. Главным здесь, безусловно, является обеспечение высокого уровня здоровья будущих поколений людей и их оптимального воспроизводства. Поэтому одной из наиболее важных задач медицинской демографии должно быть прогнозирование медико-демографических процессов. Этот раздел неотделим от экологии человека — сравнительно новой и быстро развивающейся науки.

Б. Б. Прохоров дает этой науке следующее определение: «По нашему мнению, экология человека — ассоциация медико-биологических, географических, технических и общественных наук, которые в рамках экологии человека изучают взаимоотношения групп населения с окружающей средой и ее географическими подразделениями и в связи с этим — морфологические особенности, потенциальную и актуальную патологию, численность населения, его бытовые и хозяйственные навыки, обусловленные влиянием внешней среды»².

Если от общей экологии перейти к частной — медицинской экологии, а от последней — к медицинской демографии, то напрашивается следующее определение: основной предмет медицинской демографии — изучение воспроизводства здоровых поколений и разработка практических мер, направленных на реализацию этого тезиса, — сопрягается с направлениями исследований по общей и медицинской экологии. Здесь медицинская демография выступает связующим звеном в системе «человек и среда», «характер воспроизводства населения и состояние его здоровья». Было бы ошибкой недооценивать влияние окружающей среды (природной и социальной) на динамику демографических процессов — знание экологических закономерностей должно предостеречь от односторонних выводов о том, что демографические процессы относительно автономны, или что они полностью определяются влияни-

¹ Экономическое сотрудничество стран — членов СЭВ, 1976, № 2, с. 53.

² Географические аспекты экологии человека. М., 1976, с. 23.

¹ Вернадский В. И. Несколько слов о ноосфере. Успехи современной биологии, М., 1944, т. 18, вып. 2, с. 46.

ем социальных факторов или что они в человеческом обществе, так же как среди других биологических видов, определяются исключительно биологическими закономерностями. Ни первое, ни второе, ни третье положения несостоятельны; вопросы воспроизводства и здоровья населения — предмет медицинской демографии — следует рассматривать системно, включая экологический подход.

В мире нет таких явлений, которые не были бы связаны с другими явлениями и самостоятельно, независимо от них развивались. Доказывать это положение все равно, что ломиться в открытую дверь, — оно давно и убедительно доказано эволюционной теорией, общей и частной экологией. Не может быть исключения и для динамики, эволюции или революции демографических процессов. И все же встречаются совершенно иные взгляды, что, видимо, связано с недостаточным вниманием к вопросам социальной детерминации демографических явлений, пренебрежением биологическими и экологическими закономерностями.

Несмотря на то что А. Г. Вишневский рассматривает демографические процессы в их историческом развитии, он все же считает, что «признание способности демографической системы к саморегулированию, самоуправлению очень важно для нашего понимания демографической политики... Если признается, что система обладает устойчивыми внутренними связями и отношениями, «внутренней средой», обеспечивающей относительно независимость состояний системы от внешних воздействий, то и влиять на поведение системы методами демографической политики можно только «изнутри», «встраиваясь» во внутренние механизмы управления системой (стало быть, ее самоуправления)»¹.

По логике вещей наличие «внутренней среды» возможно лишь при условии наличия «внешней среды», иначе ведь нельзя будет отличить одну от другой. Но вопрос в другом: как можно обеспечить независимость состояний системы от внешних воздействий? Речь идет о том, что в соответствии с концепцией А. Г. Вишневского демографические процессы в человеческом обществе (рождаемость, смертность, продолжительность жизни) развиваются по внутреннему имманентному типу и ограждены от какого-либо внешнего влияния. Но ведь так в природе не бывает, точно так же как и в человеческом

обществе характер демографических процессов реализуется под воздействием внешней среды. Рост и регуляция численности популяции в соответствии с данными экологии обусловлены определенными параметрами: пространственной структурой популяции, их возрастным и половым составом, емкостью среды, плотностью и т. д. В человеческом обществе доминируют социальные факторы. Трудно представить саморегуляцию демографической системы, поскольку без внешних импульсов нет движения, а без движения нет развития, поэтому непонятно, какие механизмы способствовали демографическим переходам и демографической революции. Как видим, игнорирование экологического подхода и социальной детерминации демографических процессов чревато серьезными заблуждениями в теоретическом обосновании проведения демографической политики «изнутри».

В последнее время накоплено много фактов, подтверждающих философскую мысль о делящейся «нити времен», об отсутствии пропасти между органической эволюцией и общественной жизнедеятельностью людей. Проблема взаимосвязи биологического и социального в человеке до сих пор не нашла конструктивного решения, поскольку одни и те же факты по-разному истолковываются: критике подвергается и чрезмерное биологизирование демографических процессов, и одностороннее социологизирование проблем народонаселения. Крайностью является стремление рассматривать проявление биологического в демографических процессах настолько в «снятом» виде, что от биологического ничего не остается.

Логика развития науки в том и состоит, чтобы подойти ближе к истине и заполнить знаниями брешь, отделяющую животный мир от человека, определить баланс между унаследованным биологическим и приобретенным социальным как для отдельного человека, так и для человеческой популяции в целом.

Важную информацию для размышления дает быстрое развитие сравнительно новой науки — *этологии*. Этология — наука о поведении, ее развитие связано с именем Н. Тинбергена, который в 1951 г. выпустил книгу «Изучение инстинкта». В 1973 г. Н. Тинберген, К. Лоренц и К. Фриш были удостоены Нобелевской премии по медицине и физиологии за разработку этологических методов, которые найдут широкое применение в социальной медицине для профилактики различных заболеваний.

Какое же имеет отношение этология к проблемам демографии, в частности медицинской?

¹ Вишневский А. Г. Воспроизводство населения и общество. М., 1982, с. 233—234.

Этологи утверждают, что поведение человека во многом определяется врожденными программами. Этологический метод — это сравнительный анализ поведения разных видов, это цепь непрерывной преемственности, короче говоря, это эволюция поведения. «Инстинкт» и «разум» — какова связь между ними, одно ли это и то же или эти понятия разделены непроходимой пропастью? Применяя современную терминологию, инстинктом можно считать определенную программу поведения, не требующую обучения; разумная же деятельность зиждется на предыдущем опыте, это — человеческий интеллект, способность к неограниченному обучению, предвидение последующих результатов деятельности. Инстинкт в своей стереотипности и автоматичности не соотносится с будущими целями, тогда как разум действует как раз в расчете на них. Однако этологи установили, что сама способность к обучению является в той или иной степени врожденной. Человек рождается на свет с программой, как вести себя в этом мире, однако эта программа — лишь предпосылка к обучению; личность человека формируется социокультурной средой. Что значит уметь себя вести в этом мире? Это приспособить свое поведение к тем стандартам и тому уровню культуры, которые существуют в обществе. Инстинкты оказываются бессильными, если обучение и культурное влияние сведены к минимуму. Более развитое общество требует и более продолжительного обучения для того, чтобы каждый индивид мог почувствовать себя самостоятельным. Отсюда затянувшийся период детства (демографический феномен), необходимый для становления всесторонне развитой и профессионально подготовленной личности.

Таким образом, этологией доказан биосоциальный характер развития индивидов, составляющих общество. Демографические процессы следует также отнести к биосоциальным. Отсюда следует научное обоснование программы управления этими процессами: усилия должны быть направлены на воспитание и обучение, на формирование наиболее приемлемого демографического поведения. Необходимо помнить, что в процессе эволюции человек унаследовал многие формы поведения, присущие более ранним биологическим видам. Человеческий разум — это трансформация инстинктов в течение длительного эволюционного развития, это высшая форма адаптации к окружающей среде на основе построения наиболее целесообразной социальной организации и обеспечение защиты

от вредного влияния факторов среды. По теории В. И. Введенского, это организация ноосферы для обеспечения разумного популяционного развития человечества, что можно реализовать с помощью наиболее разумной социальной системы — социализма и коммунизма.

На основе результатов исследований этологов, имеющих несомненное практическое значение для медицины и для объяснения ряда демографических закономерностей, строятся философские концепции, которые грешат всеми теми извращениями, когда биологические законы механически переносятся в область общественных наук. Из этого, однако, не должно следовать, что этология — это буржуазная наука и посему она заслуживает только беспощадной критики, а не использования ее результатов в решении актуальных проблем охраны здоровья и обеспечения оптимального воспроизводства населения.

Поскольку этологические аспекты затрагивают ряд важных вопросов и медицины, и демографии, нельзя пройти мимо результатов этих исследований при определении места медицинской демографии в системе смежных наук. «С позиций этологии, — указывает Ю. П. Лисицын, — в том числе «этологии человека», предпринимаются попытки решения проблем здоровья, болезни, роли социальных и биологических факторов в этиологии, лечении и профилактике заболеваний и разработке соответствующих лечебно-профилактических мер и рекомендаций, медико-демографических проблем»¹.

Вероятно, еще не сформировалось правильное отношение к вопросам этологии. Если отбросить спекулятивные буржуазные концепции, которыми обросла эта новая наука, то по сути полученные результаты свидетельствуют об огромной важности коллективного опыта, социального наследования, его огромного значения в эволюции видов. Однако нелогично отрицать тот факт, что коллективный опыт наследуется в зависимости от биологических особенностей отдельных индивидуумов того или иного вида. Правильное понимание этого вопроса имеет огромное значение для медицинской демографии.

Определенный тип демографических процессов, характер воспроизводства населения — результат взаимодействия биологических и социальных факторов. Человеческую популяцию нельзя рассматривать вне действия социальных факторов, точно так же как абсурдно было бы считать, что

¹ Лисицын Ю. П. Здоровье населения и современные теории медицины, с. 188.

человек утратил все признаки биологического вида: генетическую программу развития, наследственность, изменчивость и т. д.

Воспроизводство населения базируется на биологической основе, это факт: социальные условия лишь корректируют этот процесс.

Существует определенная взаимосвязь между различными демографическими показателями и генетическими факторами. Продолжительность человеческой жизни, например, запрограммирована генетически, а сама программа сформировалась в результате многовекового эволюционного развития. Однако реализация этой программы происходит в определенных социальных и экологических условиях. Благоприятные условия позволяют полнее реализовать генетическую программу продолжительности жизни, что в свою очередь сказывается на изменении плодovitости.

Разумеется, было бы наивным считать, что можно объяснить многие проблемы (в том числе и демографические) здоровья и болезни, не говоря уже об их решении, на основе данных этологии. Вместе с тем в объяснении кое-каких моментов этологический подход может оказаться полезным. Например, нельзя игнорировать данные этологов о том, что существует некая, различная для каждого вида средняя плотность популяции, при достижении которой начинают действовать регуляторные механизмы, тормозящие увеличение численности популяции. Это можно наблюдать в перенаселенных капиталистических центрах концентрации промышленности, где нарушается связь между людьми, утрачивается родственность, возникают невротические реакции, что ведет к увеличению смертности и сокращению рождаемости. Деадаптация поведения, вызванная стрессовыми ситуациями, также неблагоприятно сказывается на характере воспроизводства определенных групп населения.

Меры социальной и медицинской защиты человека от влияния неблагоприятных факторов социальной и природной среды должны быть направлены не только на профилактику заболеваний, но и на обеспечение жизнеспособного демографического воспроизводства. Здесь важная роль принадлежит медицинской демографии, которая, используя данные естественных и общественных наук, на основе марксистско-ленинской философии призвана не только объяснить влияние биологических и социальных факторов на динамику демографических процессов, но и разработать научно обоснованные меры по изменению неблагоприятных тенденций на благоприятные.

Глава II

ИЗМЕНЕНИЯ В РОЖДАЕМОСТИ: МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

1. ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ РОЖДАЕМОСТИ В 60—80-е ГОДЫ

За последние два десятилетия в нашей стране о рождаемости написано, пожалуй, больше книг, чем о какой-либо иной социально-демографической проблеме. О рождаемости пишут писатели и публицисты, социологи и демографы, философы и экономисты, юристы и градостроители. Обилие литературы по этой проблеме затрудняет ее осмысление, к тому же одни и те же положения часто повторяются в различных источниках. Пристальное внимание к вопросам рождаемости представителей различных отраслей знаний вызвано тем, что, как правило, благополучное или неблагополучное демографическое развитие сводят к изменению уровня рождаемости.

Отдавая должное многим авторам, внесшим свой вклад в изучение проблемы рождаемости в стране, и не имея возможности подробно остановиться на всех интересных исследованиях, сошлемся лишь на последние публикации. Примерно половину изданного в 1983 г. коллективного труда «Воспроизводство населения СССР» под редакцией А. Г. Вишневого и А. Г. Волкова занимают вопросы рождаемости. Здесь как бы подведен некоторый итог проведенных ранее исследований рождаемости. Новый тип рождаемости, т. е. ее сравнительно низкий уровень, утвердившийся в последние годы в большинстве регионов страны, является следствием массового внутрисемейного регулирования рождений; супружеская пара располагает большой свободой выбора: иметь то число детей, которое «запланирует», или даже вовсе отказать от рождения детей. По мнению авторов, «чтобы рождаемость значительно снизилась в результате сознательно предпринимаемых супругами мер, необходимы глубокие качественные перемены: должен в корне измениться весь строй демографических отношений, положение женщины и ребенка в семье и в обществе, правовые нормы, нравственные убеждения, вся система взглядов на

права и обязанности родителей»¹. Одним словом, здесь рождаемость, являясь составной частью воспроизводства населения, рассматривается как надстроечный элемент. С этим положением вполне можно согласиться. Однако у авторов явное противоречие с тем утверждением, которое приведено в начале книги: «...нельзя, как это нередко делается, рассматривать демографические явления и их закономерности как надстроечные, связывать их изменения с изменениями экономического базиса общества»². И далее указано, что «напротив, материальная сущность воспроизводства населения, а стало быть, и материальный характер складывающихся в связи с этим социальных отношений обуславливают формирование относительно независимых от экономического базиса надстроечных форм», имея в виду «формы брака, семьи, характер отношений между супругами, родителями и детьми, вообще между родственниками, между мужчиной и женщиной и т. д.»

То, что закономерности демографических процессов, включая изменения в рождаемости, смертности, продолжительности жизни, будучи надстроечными элементами, не всегда жестко сцеплены с экономическим базисом, иногда опережая закономерный ход развития, а иногда отставая от него, вовсе не означает, что эти явления повисают в воздухе и их следует исключить из надстроечных. Нелогично же их признать базисными, но в таком случае какими условиями и факторами детерминируются демографические закономерности? Вопрос этот неспроста, от его правильного понимания зависят наши действия и усилия, направленные на изменения в желательном направлении демографической ситуации.

Возьмем в качестве примера здравоохранение. Его кадровые и материальные ресурсы, созданные социалистическим базисом, должны были бы обеспечить наиболее высокие показатели здоровья населения, чем мы имеем сегодня. Однако некоторые недостатки в работе медицинских учреждений, в организации, планировании и управлении здравоохранением снижают его эффективность, уменьшают отдачу, что также отрицательно сказывается на динамике демографических процессов, в частности динамике рождаемости. Сегодня дискуссий о том, что здравоохранение относится к непродуцирующей

¹ Воспроизводство населения СССР/Под ред. А. Г. Вишневого и А. Г. Волкова. М., 1983, с. 128.

² Там же, с. 14.

сфере и, следовательно, является надстроечным элементом, уже не ведется. Из этого следует, что характер демографических отношений может в определенные периоды времени не соответствовать своему экономическому базису. В том, чтобы привести в соответствие демографические процессы с экономическим базисом социалистического общества с целью его сбалансированного и прогрессивного развития, видимо, и состоит одна из главных задач эффективной демографической политики, намеченной XXVI съездом КПСС. Если придерживаться точки зрения, что демографические процессы имеют относительную автономию и самостоятельность развития, то следует заранее признать бесплодность всех усилий, направленных на снижение смертности ниже того уровня, который сформировался вследствие ее имманентного развития, или, что то же самое, все наши усилия заранее обречены на провал, если мы примем меры для повышения рождаемости с чрезвычайно низкого, грозящего депопуляцией уровня до уровня, обеспечивающего продолжение жизни в потомках. С такой концепцией нельзя согласиться.

На июньском (1983 г.) Пленуме ЦК КПСС было указано, что развитие социалистического общества не происходит без противоборства различных тенденций, противоречий, однако при социализме эти противоречия не имеют антагонистического характера. Видимо, на этапе развитого социализма в СССР возникли неантагонистические противоречия между характером демографических процессов и социально-экономическим развитием общества, его потребностью в трудовых ресурсах и воспроизводстве здоровых поколений. Задача состоит в том, чтобы преодолеть эти противоречия: усилия должны быть направлены на укрепление здоровья людей и оздоровление демографической ситуации в стране.

Для этого имеются все предпосылки: почти семимиллионная армия медицинских работников, богатейший арсенал средств просвещения и воспитания. Для приведения в соответствие демографических процессов с задачами поступательного развития общества необходимо правильно использовать все эти средства, применять их более активно, творчески, учитывая, в частности, значительно возросший уровень образования и запросов советских людей. Огромным резервом в улучшении демографической ситуации в стране является целенаправленная деятельность всей системы здравоохранения. Подробно об этом будет сказано ниже.

Проблема численного и качественного возобновления новых поколений всегда была предметом пристального внимания нашей партии, государства и всей системы советского здравоохранения.

В числе демографических факторов, оказывающих влияние на динамику и структуру народонаселения, тому или иному уровню рождаемости принадлежит ведущая роль.

Рождаемость в СССР за последние два десятилетия имела сложную динамику изменений. Примерно с конца 40-х до конца 50-х годов наблюдались компенсаторный рост рождаемости вследствие отложенных в период войны брачных союзов, а также повышенная брачность, характерная для послевоенного времени. В 1950—1959 гг. среднегодовое абсолютное число родившихся в стране составляло около 5 млн. человек, а показатель рождаемости в течение этого периода находился на уровне 25,0‰. В 1960—1969 гг. произошло уменьшение и абсолютного числа родившихся, и коэффициента рождаемости. Среднегодовое число родившихся за этот период составило 4,547 тыс. человек, а общий коэффициент рождаемости упал ниже 20,0‰. Наиболее низким в стране он был зарегистрирован в 1969 г. — 17,0‰¹.

В последующие годы общий коэффициент рождаемости постепенно повышался и достиг в 1981 г. 18,5‰². Такое увеличение, составившее 9,2%, было следствием увеличения абсолютного числа родившихся в 1981 г. — 456,4 тыс. дополнительных рождений.

Что значит столь существенное увеличение общего коэффициента рождаемости: явилось ли это переломом в тенденции рождаемости от ее понижения к повышению или этот факт связан с иными причинами, находящимися вне сферы интенсивности деторождений женщинами различного возраста?

Короче говоря, предстоит выяснить, вследствие каких обстоятельств (причин и факторов) произошло абсолютное увеличение числа родившихся и сопутствующее этому возрастание общего коэффициента рождаемости (о 17,0‰ в 1969 г. до 18,5‰ в 1981 г.).

Вопрос сложный и серьезный, он требует углубленного анализа и объяснения.

Рождаемость в целом по СССР — весьма усредненная

величина, имеющая значительный диапазон колебаний в разрезе союзных республик: от 14,0‰ в Латвии, 14,6 на Украине, 16,0 в РСФСР до 38,3 в Таджикистане, 34,9 в Узбекистане, 34,3‰ в Туркмении в 1981 г.¹

Каждая республика имеет свои особенности в динамике рождаемости, поэтому ее закономерности целесообразнее изучать не в среднем, а по отдельным республикам, еще лучше в разрезе отдельных территориальных единиц (области, города). Вместе с тем углубленный анализ рождаемости, проведенный В. А. Борисовым и Г. П. Кисилевой в целом по стране, позволил сделать следующий вывод: «Таким образом, анализ не общих (грубых) коэффициентов рождаемости, имеющих много серьезных недостатков, а показателей, более адекватно отражающих процесс изменения интенсивности деторождения у населения нашей страны, свидетельствует о продолжении тенденции к ее понижению»².

Рассмотрим особенности динамики рождаемости в самой большой союзной республике — РСФСР. Снижение рождаемости в РСФСР, более значительное по сравнению с другими республиками, привело к замедленным темпам прироста населения и сказалось на уменьшении доли населения Российской Федерации в общей численности населения страны. Об этом свидетельствуют данные табл. 1.

Однако до сих пор в целом по РСФСР наблюдается абсолютный прирост населения: среднегодовое увеличение за последние 5 лет (1976—1981 гг.) составило 900 тыс. человек. Вместе с тем данное обстоятельство не

Таблица 1

Доля населения РСФСР в общей численности населения страны*, тыс. человек

	1922	1940	1959	1970	1979	1982
СССР	136 100	194 077	208 827	241 720	262 436	268 844
РСФСР	87 755	110 098	117 534	130 079	137 551	140 017
Население РСФСР в % к населению СССР	64,5	56,7	56,3	53,8	52,4	52,0

* Народное хозяйство СССР. 1922—1982, с. 12.

¹ См.: Народное хозяйство СССР в 1972 г. М., 1973, с. 47.

² См.: Народное хозяйство СССР. 1922—1982; Юбил. стат. ежегодник. М., 1982, с. 29.

¹ См.: Народное хозяйство СССР. 1922—1982, с. 29.

² Проблемы воспроизводства и миграции населения. М., 1981, с. 21—22.

может быть основанием к самоуспокоению — нынешний прирост населения обусловлен особенностями возрастного состава населения и прежде всего женщин детородного возраста. Явления эти преходящие, а истинная интенсивность рождаемости, от которой будет зависеть будущий рост населения, обнаруживает тенденцию не к росту, а к снижению. Детальный анализ статистического материала убедительно подтверждает это положение.

Что представляет собой общий коэффициент рождаемости, который увеличился в РСФСР с 14,4‰ в 1969 г. до 16,0‰ в 1981 г.? Это, как известно, отношение общего числа родившихся к общей численности населения без учета того, что детей рожают женщины определенного возраста и что их доля в общей численности населения вследствие преходящего демографического развития может претерпеть серьезные изменения. Общий коэффициент не улавливает изменений в структуре женщин детородного возраста, в различные периоды которого различна и интенсивность рождаемости. Например, в возрасте 20—24 года интенсивность рождаемости в 34 раза выше, чем в возрасте 40—44 года (157,6‰ против 4,6‰).

Наиболее чувствительным индикатором, свидетельствующим о понижении рождаемости, является уменьшение доли матерей, родивших троих и более детей, которых в РСФСР относят к категории многодетных. Но это определение, конечно, относительно: ведь в республиках Средней Азии семьи, имеющие троих детей, считаются малодетными.

В 1960 г., когда коэффициент рождаемости в РСФСР составлял 23,2‰, насчитывалось 30% матерей, родивших третьего и более ребенка. В 1970 г. при наиболее низком коэффициенте рождаемости (14,6‰) число матерей, родивших третьего и более ребенка, составило 20%, а в 1981 г., когда общий коэффициент поднялся до 16,0‰, число многодетных матерей упало до 12%. Уже сам по себе этот факт должен был бы предостеречь от поспешных выводов о повышении рождаемости. Ведь рождаемость повышается тогда, когда растет число многодетных семей. При ориентации на одно-двухдетную семью, что сейчас наблюдается в РСФСР, особенно в ее центральных областях, где около 90% семей ограничивается либо одним, либо двумя детьми, рождаемость не может повыситься.

Приводимые в табл. 2 данные иллюстрируют это положение.

Материалы данной таблицы могут помочь разобраться в том, почему начиная с середины 70-х годов стал заметно возрастать общий коэффициент рождаемости. В течение 50-х годов среднегодовое число родившихся в РСФСР составляло около 2800 тыс. человек (в 1960 г. — 2782 тыс.) — результат послевоенной повышенной компенсаторной рождаемости. Эти контингенты начали вступать

в детородный возраст с начала 70-х годов. Одновременно происходили сдвиги рождаемости в сторону более молодого возраста — результат перехода к малодетной семье, когда ограничиваются рождением одного ребенка после заключения брака в молодом возрасте, рождение второго ребенка становится проблематичным, а третьего и последующих — маловероятным. Если сравнить численность контингентов женщин, имеющих наиболее высокие показатели рождаемости в конце 60-х годов (20—29 лет), многие из которых сами родились в военный период (ослабленное поколение), и численность контингентов женщин, вступивших в детородный возраст в середине 70-х годов, то станет понятной основная причина увеличения общего коэффициента рождаемости — произошли серьезные структурные изменения в контингенте женщин детородного возраста.

Обратимся теперь к анализу различных статистических измерителей, характеризующих динамику рождаемости в РСФСР в последнее десятилетие. С 1970 по 1981 г. увеличился не только общий коэффициент рождаемости на 10,3%, но также возрос показатель рождаемости, исчисляемый в среднем для женщин в возрасте 15—49 лет на 13,5% (с 53,4 до 60,6‰). Однако и этот факт не может быть основанием для утверждения, что истинная рождаемость за рассматриваемый период возросла. Стоит только обратить внимание на табл. 3, чтобы убедиться в сложной динамике изменения рождаемости в раз-

Таблица 2

Динамика рождаемости в РСФСР*

Годы	Всего родившихся, тыс. человек	Коэффициент рождаемости на 1000 населения	% детей, родившихся в третьем и более по счету
1960	2782	23,2	30
1965	1991	15,7	29
1970	1904	14,6	20
1975	2106	15,7	15
1980	2203	15,9	12
1981	2237	16,0	12
1982	2328	16,6	13

* Народное хозяйство РСФСР в 1982 г. М., 1983, с. 12.

Таблица 3

Различные статистические характеристики динамики рождаемости в РСФСР* (число родившихся на 1000 женщин соответствующей возрастной группы)

Возраст, лет	1969—1970	1980—1981	Процент изменений
Моложе 20	28,3	43,6	+15,4
20—24	146,9	157,6	+10,7
25—29	107,4	102,0	—5,0
30—34	69,3	52,0	—24,6
35—39	32,2	18,8	—41,6
40—44	9,0	4,6	—48,9
45—49	1,1	0,4	—64,6
В среднем 15—49	53,4	60,6	+13,5
Суммарный коэффициент рождаемости	1,971	1,887	—4,3
Общий коэффициент рождаемости	14,5	16,0	+10,3

* Вестник статистики, 1971, № 12, с. 76; 1982, № 11, с. 65.

личных возрастах женщин детородного возраста. Из семи пятилетних возрастных групп за рассматриваемый период показатели рождаемости увеличились лишь в возрастах до 20 лет (на 15,4%) и в 20—24 года (на 10,7%). Далее отмечается падение рождаемости, и чем старше возраст, тем оно значительнее.

То, что в среднем для возраста женщин 15—49 лет коэффициент рождаемости увеличился, опять-таки является результатом структурных сдвигов в контингенте женщин детородного возраста и смещением высокой рождаемости на более молодой возраст.

Процесс этот преходящий, и поэтому общий коэффициент рождаемости обнаруживает колебания в сторону понижения. Все это обусловлено не истинными изменениями в интенсивности рождаемости, а недостатками такого показателя, каким является общий коэффициент, т. е. расчет числа рождений на все население без учета особенностей его возрастного и полового состава.

Сегодня рост общего коэффициента смертности не объясняют увеличением ее интенсивности в отдельных возрастно-половых группах, а относят за счет процесса старения населения. И это правильно. В то же время

Таблица 4

Повозрастные показатели рождаемости в СССР* (число родившихся на 1000 женщин соответствующей возрастной группы)

Возраст, лет	1969—1970	1980—1981	1981—1982
Моложе 20	30,4	41,0	40,6
20—24	163,9	177,8	180,0
25—29	128,7	124,5	127,2
30—34	88,1	66,9	69,0
35—39	48,5	28,6	31,4
40—44	15,3	9,3	8,5
45—49	2,9	1,4	1,3
В среднем 15—49	65,7	71,6	73,1

* Борисов В. А. Перспективы рождаемости. М., 1976, с. 237; Вестник статистики, 1982, № 11, с. 64; 1983, № 12, с. 52.

непонятно, почему увеличение общего коэффициента рождаемости, которое произошло в 70-х годах и продолжается поныне, объясняют изменениями в ее тенденциях в сторону увеличения. Здесь желаемое выдается за действительное, однако задача состоит в том, чтобы установить истинное положение вещей и исходя из этого проводить целенаправленную работу в области решения, а точнее говоря, смягчения обострившихся за последние годы проблем на-родонаселения.

Какова же тенденция рождаемости в последние годы? Общий коэффициент рождаемости, как уже было сказано, не может служить основанием для утверждения, что рождаемость повышается точно так же, как он не отражает действительных изменений в смертности, когда с его помощью измеряется это явление. Обратимся к более точным измерителям, а именно к уровням рождаемости для женщин различного возраста детородного периода (табл. 4).

Для сравнения взяты два периода: 1969 г., когда общий коэффициент был самым низким, — 17,0‰ и 1981 г., когда возрос на 9,2%, составив 18,5‰. Из данных табл. 4 также видно, что увеличился коэффициент рождаемости, исчисленный в среднем для женщин детородного возраста (15—49 лет). Однако суммарный коэффициент рождаемости, исчисляемый числом детей, рожденных женщиной за весь ее детородный период при существующих уровнях повозрастной рождаемости, не только не увеличился, а произошло его заметное понижение. В соответствии с расчетами в 1969 г. суммарный коэффициент рождаемости составил 2,369, а в 1980 г. — 2,259¹. О чем свидетельствуют эти данные? Прежде всего о том, что ис-

¹См.: Проблемы воспроизводства и миграции населения, с. 12.

Таблица 5

Число рожденных детей (на 1000 женщин в возрасте 15 лет и старше)*

	Среднее число рожденных детей	
	всеми женщинами	женщинами, состоящими в браке
СССР	1963	2262
РСФСР	1859	2038
Украинская ССР	1752	1947
Белорусская ССР	1979	2271
Узбекская ССР	2905	3897
Казахская ССР	2377	2883
Грузинская ССР	1987	2505
Азербайджанская ССР	2599	3794
Литовская ССР	1778	2100
Молдавская ССР	2122	2498
Латвийская ССР	1479	1690
Киргизская ССР	2755	3495
Таджикская ССР	3279	4248
Армянская ССР	2400	3165
Туркменская ССР	2917	3952
Эстонская ССР	1558	1783

* Вестник статистики, 1982, № 1, с. 64.

коэффициент рождаемости ниже 2,0), свидетельствует о том, что новые поколения будут малочисленнее поколений своих родителей. Такое положение уже сегодня сложилось в РСФСР (1,887), Украинской ССР (1,960), Латвийской ССР (1,880).

Опубликованные материалы переписи 1979 г. позволяют углубить исследования рождаемости, показать ее состояние и перспективы изменений.

Суммарный коэффициент рождаемости, которым мы оперировали, показывает, сколько в среднем на одну женщину приходится детей в соответствии с возрастными показателями рождаемости на период исчисления. Материалы переписи показывают фактическое число рожденных детей в различные возрастные периоды жизни женщины.

Как следует из приведенных данных, фактическое число рожденных детей в РСФСР, Украинской ССР, Белорусской ССР, Грузинской ССР, Литовской ССР, Лат-

вийской ССР, Эстонской ССР не обеспечивает возобновление новых поколений в той численности, которая была у их родителей (табл. 5).

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что число рожденных детей понижается более чем в два раза у женщин, имеющих высшее (1279 детей на 1000 женщин) и среднее специальное образование (1365 детей на 1000 женщин) по сравнению с женщинами, имеющими начальное образование (2718 детей на 1000 женщин). Учитывая, что в нашей стране из года в год возрастает образовательный уровень населения, в перспективе проблема рождаемости может стать еще более острой. Поэтому не должно быть благодушного отношения к этой проблеме, тем более недопустимо, чтобы на основе неправильных измерителей, каким является общий коэффициент рождаемости, притуплять внимание к перспективам роста населения, утверждая, что в стране наметилась тенденция ее повышения.

О том, что в целом за период с 1970 по 1981 г. интенсивность рождаемости не увеличилась, а, напротив, имела тенденцию к дальнейшему снижению, свидетельствует суммарный коэффициент рождаемости, который уменьшился на 4,3% (с 1,971 в 1969—1970 гг. до 1,887 в 1980—1981 гг.) (см. табл. 3).

Таким образом, мы постепенно подошли к выводу, что за последнее десятилетие по большинству регионов снижение рождаемости приблизилось к тому уровню, когда значительная часть нынешних родителей не обеспечивает численного воспроизведения своего потомства. Надо учитывать, что какая-то часть из родившихся не доживает до брачного возраста, не все вступают в брак, некоторые страдают бесплодием.

Большинство специалистов и неспециалистов не могут принять того на первый взгляд парадоксального факта, что при повышении общего коэффициента рождаемости сама рождаемость понижается. Чего мол, беспокоиться, говорят некоторые, и так население страны ежегодно возрастает более чем на два миллиона человек. Однако демографические явления надо рассматривать не только такими, какими мы их видим сегодня, а с точки зрения их будущего развития, предвидя их вероятные изменения.

Если в целом пока в РСФСР обеспечивается абсолютный прирост населения, то в ряде территорий, особенно в центральной ее части, уже сегодня весьма низкий

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что число рожденных детей понижается более чем в два раза у женщин, имеющих высшее (1279 детей на 1000 женщин) и среднее специальное образование (1365 детей на 1000 женщин) по сравнению с женщинами, имеющими начальное образование (2718 детей на 1000 женщин). Учитывая, что в нашей стране из года в год возрастает образовательный уровень населения, в перспективе проблема рождаемости может стать еще более острой. Поэтому не должно быть благодушного отношения к этой проблеме, тем более недопустимо, чтобы на основе неправильных измерителей, каким является общий коэффициент рождаемости, притуплять внимание к перспективам роста населения, утверждая, что в стране наметилась тенденция ее повышения.

О том, что в целом за период с 1970 по 1981 г. интенсивность рождаемости не увеличилась, а, напротив, имела тенденцию к дальнейшему снижению, свидетельствует суммарный коэффициент рождаемости, который уменьшился на 4,3% (с 1,971 в 1969—1970 гг. до 1,887 в 1980—1981 гг.) (см. табл. 3).

Таким образом, мы постепенно подошли к выводу, что за последнее десятилетие по большинству регионов снижение рождаемости приблизилось к тому уровню, когда значительная часть нынешних родителей не обеспечивает численного воспроизведения своего потомства. Надо учитывать, что какая-то часть из родившихся не доживает до брачного возраста, не все вступают в брак, некоторые страдают бесплодием.

Большинство специалистов и неспециалистов не могут принять того на первый взгляд парадоксального факта, что при повышении общего коэффициента рождаемости сама рождаемость понижается. Чего мол, беспокоиться, говорят некоторые, и так население страны ежегодно возрастает более чем на два миллиона человек. Однако демографические явления надо рассматривать не только такими, какими мы их видим сегодня, а с точки зрения их будущего развития, предвидя их вероятные изменения.

Если в целом пока в РСФСР обеспечивается абсолютный прирост населения, то в ряде территорий, особенно в центральной ее части, уже сегодня весьма низкий

уровень рождаемости не в состоянии обеспечить ежегодный прирост населения. И дело здесь не только в количественной стороне проблемы: низкая рождаемость на протяжении одного-двух десятилетий приводит ко все возрастающему процессу старения населения, что само по себе ставит ряд серьезных проблем социально-гигиенического характера.

Рассмотрим это положение на основании статистических материалов по Москве. Именно Москва в значительной степени является примером для других городов и населенных мест по условиям быта, образу жизни, культуре, охране здоровья населения и т. д.

Опыт Москвы, как крупнейшего города, следует изучать со всех сторон, учитывая и некоторые негативные моменты, неизменно сопутствующие научно-техническому прогрессу и росту больших городов.

Прежде всего необходимо обратить внимание на характер воспроизводства населения, его состав и тенденции изменений. Изменение численности населения Моск-

Таблица 6

Численность населения Москвы по возрастным группам*

	Численность населения, тыс. человек		В процентах ко всему населению		1970 в % к 1953
	1959	1970	1959	1970	
Все население	6044,1	7061,0	100	100	116,8
в том числе в возрасте:					
0—9	797,3	799,0	13,2	11,3	100,2
10—15	456,3	538,4	7,5	7,6	118,2
16—19	369,9	418,5	6,1	5,9	113,1
20—24	598,5	631,9	9,9	9,0	105,6
25—29	553,3	443,4	9,2	6,3	80,1
30—34	622,5	684,4	10,3	9,7	109,9
35—39	407,7	531,2	6,8	7,5	130,3
40—44	390,0	643,8	6,5	9,1	165,1
45—49	493,8	455,6	8,1	6,5	92,3
50—54	416,2	349,2	6,9	5,0	83,9
55—59	331,4	489,2	5,5	6,9	147
60—69	395,9	699,8	6,5	9,9	176,8
70 лет и старше	211,1	369,7	3,5	5,3	175,1

* Москва в цифрах. 1972. М., 1973, с. 6.

вы по возрастным группам представлено в табл. 6. Это своеобразная летопись населения. За рассматриваемый период численность контингентов молодого возраста (от 0—9 лет) не возросла, в то время как доля их в общей численности сократилась с 13,2 до 11,3% — следствие снижения рождаемости в предшествующее десятилетие. Процесс этот охватил другие территории РСФСР спустя полтора-два десятилетия, что подтверждает положение о том, что те демографические процессы, которые характерны сегодня для Москвы, в ближайшие два десятилетия, вероятно, будут распространены повсеместно.

Снижение рождаемости в Москве существенно усилило процесс старения населения. По данным переписи 1970 г. доля лиц в возрасте 60 лет и старше составляла 15,2%, а по сравнению с переписью 1959 г. темпы прироста этого контингента были наиболее значительными — на 76%, в то время как все население Москвы возросло на 16,8%¹.

После 1970 г. процесс старения населения стал еще более значительным. И это понятно, поскольку рождаемость в течение этого периода находилась на низком уровне.

Снижение рождаемости неотделимо от проблем, связанных с количественным и качественным ростом населения.

Именно на тех территориях, где на протяжении последнего десятилетия отмечается низкая рождаемость, прежде всего это центральные области РСФСР, там наблюдается либо убыль населения, либо его весьма низкий прирост. Здесь нельзя не учитывать направление миграционных потоков; однако сам факт, что ядро нашей страны — центральные области России, вокруг

Таблица 7

Рождаемость, смертность и естественный прирост населения Москвы (на 1000 человек населения)*

Годы	Число родившихся	Число умерших	Естественный прирост
1960	14,5	7,6	6,9
1965	10,8	8,5	2,3
1970	11,8	9,5	2,3
1975	12,5	10,4	2,1
1980	13,6	11,7	1,9
1981	12,9	11,8	1,1

* Москва в цифрах (1971—1975 гг.). М., 1976, с. 7; Москва в цифрах. 1982. М., 1983, с. 7.

¹ См.: Москва в цифрах. 1972, с. 6.

которых образовался, окреп и успешно развивается Союз Советских Социалистических Республик, характеризуется обострением демографической ситуации, заставляет над этим задуматься.

Как свидетельствуют данные табл. 8, в ряде областей общая численность населения с 1970 по 1982 г. уменьшилась.

Если не считать значительного прироста населения Московской области, то общая численность населения Центрального экономического района также сократилась. Повсеместно снизилась доля сельского населения. Здесь ведущую роль играют административные преобразования и отток сельских жителей в города. В то же время данный процесс влияет на снижение рождаемости. Рождаемость среди сельского населения была и остается более высокой по сравнению с городским. Уменьшение доли сельского населения оказывает влияние на снижение рождаемости — ее истинный уровень приближается к тому, который утвердился в крупных городах, где наиболее распространенной является одно- или двухдетная семья. Известно, что понижение рождаемости связано с ростом уровня образования, увеличения среди населения доли лиц, занятых преимущественно умственным трудом, и т. д. Значение перечисленных факторов будет все больше возрастать с развитием научно-технического прогресса. Поэтому не должно быть беспечного отношения к вопросам дальнейшей динамики рождаемости.

На это нас нацеливают партийные решения о необходимости проведения эффективной демографической политики.

Несомненно, меры, предусмотренные партийными и государственными постановлениями по решению обострившихся за последние годы проблем народонаселения, оказывают положительное влияние. Иначе падение рождаемости, вероятно, могло быть еще большим. Прогнозы же свидетельствуют о том, что, при всех прочих равных условиях, только за счет того, что к 1985 г. в возрастную группу 20—24 года перейдет менее многочисленное поколение по сравнению с тем, которое было в 1976—1981 гг., общий коэффициент рождаемости, видимо, начнет уменьшаться в целом по СССР.

Следует обратить внимание на огромные территориальные различия в уровнях рождаемости. В регионах с высокой рождаемостью они намного выше у женщин в возрасте старше 30 лет, чем в регионах с низкой рождаемостью, так как при высокой рождаемости увеличивается

Таблица 8

Изменение численности населения некоторых областей РСФСР, тыс. человек*

	1970 (на 15 января)			1982 (на начало года)					
	всего	городское	сельское	всего	% изме- нения	городское	% изме- нения	сельское	% изме- нения
Брянская	1 582	750	832	1 485	-6,2	918	+22,4	567	-31,9
Владимирская	1 512	1 024	488	1 597	+5,6	1 223	+19,4	374	-33,4
Ивановская	1 338	1 010	328	1 314	-1,8	1 065	+5,4	249	-24,1
Калининская	1 718	976	742	1 643	-4,4	1 135	+16,2	508	-31,5
Калужская	995	516	479	1 017	+2,2	658	+27,5	359	-25,1
Костромская	871	465	406	794	-9,8	521	+12,0	273	-32,8
Московская	5 774	3 974	1 800	6 488	+12,4	4 890	+12,3	1 598	-11,3
Орловская	931	362	569	876	-6,0	514	+42,0	362	-36,4
Рязанская	1 412	665	747	1 334	-5,5	814	+22,4	520	-30,4
Смоленская	1 106	529	577	1 129	+2,0	718	+35,7	411	-28,8
Тульская	1 953	1 393	560	1 884	-4,6	1 496	+7,4	388	-30,7
Ярославская	1 400	981	419	1 436	+2,6	1 138	+16,0	298	-28,9
В целом по областям	20 592	12 644	7 947	20 997	+2,0	15 090	+19,2	5 907	-25,7

* Народное хозяйство СССР в 1969 г. М., 1970, с. 13—15; Народное хозяйство РСФСР в 1981 г., с. 7—8.

доля третьих и более высоких очередностей рождения детей.

В последнее десятилетие произошло снижение среднего возраста вступления в брак, а значит, и среднего возраста матерей при рождении первых детей. В связи с этим наблюдается увеличение коэффициентов рождаемости в возрасте до 19 лет, а также в 20—24 года при одновременном значительном снижении рождаемости в возрастах старше 30 лет, что в основном связано с отказом от рождений вторых и третьих детей.

Доля первенцев в общем числе родившихся может служить индикатором уровня рождаемости, поскольку при низкой рождаемости одно- и двухдетные семьи составляют большинство; высокому уровню рождаемости соответствует высокая доля семей с тремя и более детьми. Увеличение доли первенцев отмечается и в регионах с традиционной многодетностью — Дагестанской, Чечено-Ингушской, Тувинской АССР. Среди городского населения названных территорий этот процесс развивается медленнее, однако выражен он сильнее, чем среди сельского населения. Наряду с этим высокая доля первенцев отмечена также в Москве и Ленинграде — соответственно 66,9 и 66,5% (1979 г.).

Необходимо выяснить, на каком уровне стабилизируются показатели рождаемости, поскольку от этого зависят условия воспроизводства населения и его трудоспособной части, а также состояние здоровья воспроизводимых поколений. Тот факт, что среди родившихся более половины — первенцы, а в регионах с высокой рождаемостью еще высок удельный вес четвертых и последующих детей, следует оценить как неблагоприятные социально-гигиенические явления.

Еще раз необходимо сделать акцент на том, что воспроизводство населения имеет не только количественную, но и качественную сторону. Нередко под «качеством» воспроизводства населения понимают воспроизводство уровня образования и квалификации. Однако основной качественной характеристикой воспроизводства населения нужно считать воспроизводство здоровых поколений. Именно от состояния здоровья населения зависят и другие его качественные характеристики, в том числе и уровень образования, профессиональная подготовка, состав занятых по возрасту и полу. Следовательно, состояние здоровья воспроизводимых поколений может быть названо качеством воспроизводства населения в узком смысле слова. Эта характе-

ристика прямо влияет на количественные характеристики населения (его численность в трудоспособном возрасте, занятых в народном хозяйстве) через уровень смертности и инвалидности, степень участия в трудовом процессе и продолжительность периода трудовой активности. Качество воспроизводимых поколений в узком смысле непосредственно зависит от целого ряда социально-гигиенических факторов, важнейшим из которых является состояние здоровья женщин фертильного возраста. Как известно, многие соматические заболевания матери в период беременности представляют серьезную опасность для потомства.

Кроме того, существует целый ряд гинекологических заболеваний, при которых женщина вынуждена отказаться от рождения ребенка или же откладывать рождение на более поздний возраст.

Важным резервом повышения рождаемости является уменьшение частоты бесплодных браков. По оценке некоторых специалистов в 1974 г. имелось 10% бесплодных браков. Из них 8% составляло первичное бесплодие и 2% — вторичное. Вторичное бесплодие преимущественно является результатом предшествующих аборт.

Особое значение среди факторов, оказывающих специфическое влияние на физическое и психическое состояние здоровья матери, имеют интервалы между беременностями и родами, а также возраст матери в момент рождения ребенка. Многодетность и связанные с этим короткие интервалы между беременностями и родами также являются факторами, ухудшающими состояние здоровья женщин фертильного возраста и неблагоприятно влияющими на состояние здоровья потомства.

Надо иметь в виду, что многодетность, короткие интервалы между родами, беременностями на самом раннем или позднем отрезках репродуктивного периода увеличивают риск неблагоприятного исхода родов, ослабляют женский организм.

Таким образом, особенностью динамики рождаемости в стране в 70-е годы была тенденция к ее понижению, несмотря на увеличение общего коэффициента рождаемости. Так было исходя из приведенного анализа до 1982 г. Но вот в 1982 г. по сравнению с 1981 г. общий коэффициент рождаемости сразу увеличился с 18,5 до 18,9 на 1000 населения¹, а в 1983 г. достиг 20,1! Такого зна-

¹ См.: СССР в цифрах в 1982 году. М., 1983, с. 18.

чительного возрастания всего за один год не наблюдалось на протяжении последних двух десятилетий. Что это — перелом в тенденциях рождаемости, связанный с ее возросшей интенсивностью? Ответить на этот вопрос пока не представляется возможным, однако несомненно одно: меры демографической политики, направленные на обеспечение роста населения, особенно постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей» (1981), оказывают положительное влияние на развитие народонаселения. Однако не следует обольщаться достигнутым и ослаблять внимание к этим жизненно важным проблемам. Необходимо помнить указания июньского (1983 г.) Пленума ЦК КПСС: «Действенность пропаганды прежде всего определяется такими ее качествами, как *научность, правдивость и реалистичность*. Они нужны, разумеется, и критическим, проблемным материалам, и публикациям о наших успехах»¹.

Предстоит еще изучить, в какой степени данное повышение обусловлено активизацией демографической политики, какие ее элементы оказываются наиболее эффективными. Однако ни в коем случае нельзя ослаблять усилий, направленных на повышение рождаемости, особенно там, где она упала до чрезмерно низкого уровня. Здесь имеется много еще не использованных резервов, одним из них является целенаправленная деятельность здравоохранения.

Однако до последнего времени органы и учреждения здравоохранения пока еще не включились активно в решение этой проблемы.

В системе мер по укреплению здоровья населения ставятся задачи по профилактике заболеваемости, начиная с раннего детского возраста, увеличению продолжительности жизни и трудовой активности людей. Все это, безусловно, важно. Но не менее важными являются проблемы беременности и рождаемости, однако им уделяется недостаточно внимания.

О том что на интенсивность рождаемости огромное влияние оказывают внешние факторы (социально-экономические условия, образ жизни, демографическое поведение и т. д.), имеется большое количество исследований. Однако мало работ, которые бы свидетельствовали о

влиянии «внутренних» демографических факторов на уровень рождаемости. Поэтому на материалах по РСФСР рассмотрим, как влияли демографические факторы на изменение коэффициента рождаемости за период с 1959 по 1979 г. За этот период фактическое снижение общего коэффициента рождаемости составило 33%. При этом коэффициент рождаемости снизился за счет всех трех факторов: доли женщин детородного возраста в населении, доли общего числа женщин в населении и больше всего за счет снижения специального коэффициента рождаемости.

Так, например, при изменении только последнего общий коэффициент рождаемости снизился на 28%, при изменении только доли женщин детородного возраста в общей численности женщин — на 4% и при изменении только доли женщин в населении — на 2% (табл. 9).

Таким образом, если изменения в возрастной структуре женского населения с 1939 по 1959 г. оказывали положительное влияние на динамику общих коэффициентов рождаемости, то в последнее двадцатилетие структурные изменения действовали в направлении снижения этих коэффициентов.

Кроме того, в практике демографических исследований метод стандартизации успешно применяют и для устранения влияния не только последовательно каждого фактора, но и одновременно двух и более факторов. Так, А. Г. Волков определил совместное влияние на снижение рождаемости в 1958—1959 гг. по сравнению с 1926—1927 гг. трех структурных факторов: 1) возрастного состава замужних женщин; 2) доли замужних среди женщин 15—49 лет; 3) доли женщин 15—

Таблица 9

Демографические факторы снижения коэффициента рождаемости в РСФСР за периоды с 1939 по 1959 г. и с 1959 по 1979 г.

Изменение коэффициента рождаемости	Коэффициент рождаемости в 1959 г. к уровню 1939 г., принятому за 100 %	Коэффициент рождаемости в 1979 г. к уровню 1959 г., принятому за 100, %
Только доля женщин детородного возраста в общей численности женщин	104	96
Только доля женщин в населении	105	98
Только специальный коэффициент рождаемости	65	72
Все компоненты (фактическое изменение)	71	67

¹ Коммунист, 1983, № 9, с. 27.

49 лет в населении, которое выразилось в величине 3% в городе, 13% на селе, а под влиянием социальных внешних причин коэффициент рождаемости снизился на 27% в городе и на 28% на селе¹.

Однако более точную характеристику изменения интенсивности рождаемости можно получить на основе анализа повозрастных коэффициентов рождаемости, представляющих собой единую систему взаимосвязанных показателей, результатом которых выступает суммарный коэффициент рождаемости, подводящий итог всем изменениям в возрастной структуре рождаемости.

Таблица 10

Повозрастные коэффициенты рождаемости населения РСФСР, ‰

Годы	Возрастные группы, лет						
	15—49	15—20	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44
1958—1959	82,9	28,4	157,9	156,4	101,9	57,7	19,9
1965—1966	59,0	24,7	150,3	120,1	77,7	38,1	12,6
1969—1970	53,4	28,3	146,9	107,4	69,3	32,2	9,0
1975—1976	57,1	34,5	158,8	108,0	58,2	26,5	7,3
1978—1979	59,0	40,8	155,0	103,1	55,6	19,6	5,9

Как видно из табл. 10, снижение повозрастных коэффициентов рождаемости в РСФСР, так же как и в целом по СССР, произошло почти во всех возрастных группах. Только для возрастных групп до 20 и 20—24 лет динамика этих показателей почти неизменна, поскольку это возраст рождения первого ребенка. В последние годы отмечается даже некоторый рост коэффициента рождаемости среди указанных контингентов. По-видимому, это связано с сокращением сроков военной службы и изменением возраста призыва в армию (18 лет вместо 19). Таким образом, анализ динамики показателей повозрастной рождаемости позволяет сделать вывод о том, что увеличение числа родившихся явилось результатом роста числа первых рождений у женщин в возрастных группах до 20 и 20—24 лет. Это подтверждается и увеличением доли первенцев, что свидетельствует о неблагоприятных демографических предпосылках на будущее. По данным некоторых исследователей первые дети имеют несколько пони-

¹ См.: Волков А. Г. О некоторых причинах снижения коэффициента рождаемости.— В кн.: Изучение воспроизводства населения. М., 1968, с. 177.

женную жизнеспособность, их смертность выше смертности последующих детей¹. Далее, в связи с наблюдающимся снижением среднего возраста вступления в брак и, следовательно, снижением среднего возраста матерей при рождении первых детей повышается интенсивность рождаемости у женщин до 19 лет. Так, в РСФСР в 1979 г. в 35 городских поселениях и в абсолютном большинстве сельских поселений отмечалось увеличение коэффициентов рождаемости у данного контингента. А ведь известно, что у матерей в возрасте до 20 лет смертность детей также несколько выше².

Следует отметить, что повозрастные коэффициенты рождаемости населения союзных республик, а также различных территорий Российской Федерации варьируют в больших пределах. Так, у женщин после 30 лет они намного выше в регионах с высокой рождаемостью, чем с низкой, так как при высокой рождаемости семьи заканчивают свое формирование позже и при большем числе детей в семье. В 1979 г. в РСФСР самые низкие коэффициенты рождаемости в возрастной группе 15—19 лет отмечались в автономных республиках Северного Кавказа, Волго-Вятском экономическом районе, в Татарской и Башкирской АССР, что, по-видимому, связано с традициями более позднего вступления в брак в этих регионах. Вместе с тем в Туве, Якутской, Калмыцкой, Коми АССР, в некоторых регионах Сибири и Дальнего Востока рождаемость в возрастной группе 15—19 лет выше, чем на других территориях. На наш взгляд, это отражает не только тип сложившейся здесь брачности, но и преимущественную миграцию в эти районы населения в молодых возрастах, а значит, и более высокую вероятность вступления в брак этих возрастных групп населения.

В последние годы в РСФСР происходит сокращение интенсивности рождений у женщин после 25 лет. Причем в старших возрастных группах сокращаются показатели рождаемости даже в регионах с высокой рождаемостью. Таким образом, и здесь уже намечается переход к регулируемой рождаемости. Сокращение рождаемости в старших возрастных группах фертильного контингента следу-

¹ См.: Томилин С. А. Социально-гигиеническая оценка детской смертности. Харьков, 1930; Касько П. И., Ракуть В. С. Клинико-анатомический анализ мертворожденных за 5 лет.— В кн.: Вопросы перинатальной охраны плода. Минск, 1963, с. 73—78.

² См.: Желоховцева И. Н. Здоровье беременных и организация акушерской помощи в городских женских консультациях.— Акушерство и гинекология, 1968, № 3, с. 39—44.

ет считать явлением положительным, поскольку рождения у матерей после 35 лет зачастую неблагоприятно сказываются на здоровье матери и ребенка¹.

Следует напомнить, что среднее число детей, рожденных одной женщиной, непрерывно снижается. За период с 1958—1959 по 1978—1979 гг. в РСФСР оно снизилось на 27,6%, причем в селах оно уменьшилось больше, чем в городах. Анализ кумулятивных коэффициентов показал, что если в 1958—1959 гг. в возрасте до 30 лет женщина рожала 2/3 всех рожденных ею детей (65,2%), то в 1978—1979 гг. на возраст до 30 лет приходилось уже около 4/5 всех рождений (78,6%). Это еще раз убеждает в том, что в настоящее время вследствие распространения нового типа репродуктивного поведения с ориентацией на малодетность окончательное формирование семьи происходит в более молодых возрастах.

Хотелось бы еще раз напомнить, что повышение общих коэффициентов рождаемости в течение последнего пятилетия произошло в основном за счет структурных факторов, а не увеличения истинной интенсивности деторождения, что подтверждается также анализом в связи с очередностью рождения детей. При условии повышения общих коэффициентов рождаемости за счет изменения интенсивности деторождения должно было бы произойти увеличение доли детей, родившихся вторыми, третьими, четвертыми и т. д. На самом деле этого не наблюдается. Наоборот, и в городах, и в селах возросла доля первых и вторых детей в общей численности родившихся при снижении доли детей четвертой и последующей очередности. Если в 1970 г. доля первенцев, например, в целом по РСФСР составляла 50,9%, то в 1982 г. — 55,4%.

Проблема дальнейшей динамики рождаемости состоит в том, на каком уровне она стабилизируется, поскольку от этого зависят условия воспроизводства населения и его трудоспособной части, а также состояние здоровья воспроизводимых поколений.

Необходимо отметить, что с конца 70-х годов возрастная структура рождающего контингента женщин претерпела изменения вследствие того, что в репродуктивный возраст вступили малочисленные поколения родившихся в 60-е годы. После 1980 г. эти женщины вступили в возраст максимальной рождаемости (20—24 года), а многочисленные когорты женщин рождения 50-х годов стали пере-

ходить в группы с низкой рождаемостью. В связи с этим во второй половине 80-х годов уменьшение доли женщин молодого детородного возраста может привести к очередному сокращению численности родившихся, даже если репродуктивные установки останутся неизменными. Однако поскольку тенденция к снижению рождаемости имеет общий характер, то в будущем следует ожидать дальнейшего ее снижения у сельского населения и у населения среднеазиатских республик с традиционной многодетностью.

Напомним, что в прежние времена особенно пристальное внимание проблеме рождаемости уделяли врачи и социал-гигиенисты. Эта проблема рассматривалась ими с точки зрения состояния здоровья общества и воспроизводства здоровых поколений. Так, еще в 1925 г. С. А. Томилин писал: «Основным базисом социальной гигиены должно быть учение о социальной ценности человеческой жизни и анализ морфологии коллектива. Стоя на почве современного материалистического мировоззрения, мы должны рассматривать человека как высшую биологическую ценность, созданную природой и усовершенствованную культурой»¹.

Ученый, пожалуй, впервые в мире подошел к изучению социальной анатомии высокого или низкого уровня рождаемости. Под руководством С. А. Томилина Харьковская кафедра социальной гигиены предприняла в 1927 г. изучение мотивов, формирующих определенный уровень рождаемости. Опубликованные результаты этого исследования² показали, что в среднем на каждую сельскую женщину приходилось 7,4 живорождения. Однако свыше трети рожденных детей погибали до вступления их в репродуктивный возраст: 17,9% — до одного года, 11,6% — до 5 лет, 5% — от 5 до 15 лет. Высокая смертность детей на первом году жизни влекла за собой быстрое наступление вторичного зачатия, которого, вероятно, не было бы, если бы оставался в живых грудной ребенок. Исследование показало, что в тех случаях, когда ребенок умирал ранее одного года, в 14% рождение последующего ребенка происходило в срок не более одного года со времени смерти предыдущего ребенка. Этот факт подтверждает положение о том, что высокая детская смертность как бы «стимулирует» рождаемость, несмотря на отсутствие пря-

¹ См.: Желоховцева И. Н. Здоровье беременных и организация акушерской помощи в городских женских консультациях. — Акушерство и гинекология, 1968, № 3, с. 39.

¹ Профилактическая медицина, 1925, № 11.

² См.: Томилин С. А. Демография и социальная гигиена. М., 1973, с. 218—220.

мо пропорциональной зависимости между уровнем детской смертности и уровнем рождаемости. В этом же исследовании С. А. Томилин установил важные закономерности, действующие и в настоящее время. Так, наиболее неблагоприятным возрастом матери, когда выше риск детской смертности, был возраст до 19 лет и старше 35 лет; наиболее высокая детская смертность была среди первенцев, шестых и следующих по порядку рождения детей, наименее благоприятный интервал между рождениями предыдущего и последующего ребенка был один год, а наиболее благоприятный интервал — 4 года.

Высокая рождаемость в 20-е годы с полным правом могла быть названа «бесплодной рождаемостью», так как значительная часть рожденных детей погибала, не достигая производительного возраста.

Однако именно в ту пору утверждала себя государственная система охраны здоровья матери и ребенка, и, как считал С. А. Томилин, здоровое будущее может быть обеспечено только научно обоснованным социализмом, которому придется охватить не только техническую культуру, т. е. производство, обмен и распределение материальных ценностей, но, что, быть может, еще гораздо труднее и гораздо важнее, создать условия, обеспечивающие наилучшее воспроизводство и квалификацию населения и охраняющие его от преждевременной «амортизации»¹.

Тенденции снижения рождаемости в стране в довоенный и послевоенный периоды весьма полно и квалифицированно проанализированы в книге «Воспроизводство населения СССР». Здесь обобщены наиболее важные результаты, полученные разными авторами в разные годы, и все концепции и статистические материалы подведены для обоснования этапов и переходов к новому типу рождаемости в стране. Большинство положений авторов являются четкими, доказательными и убедительными. Вполне можно согласиться с утверждением, что изменения в брачно-семейной структуре населения внесли немало нового в жизнь семьи, в характер семейных отношений, однако сами по себе эти факторы не оказали существенного влияния на уровень рождаемости: главная роль принадлежала изменению психологии, выраженной в демографических установках на внутрисемейное регулирование рождаемости.

«Новое демографическое сознание, допускавшее и считавшее нормой внутрисемейное регулирование деторож-

¹ См.: Томилин С. А. Демография и социальная гигиена, с. 185.

дения, становилось достоянием все большего числа людей, которые искали и находили способы такого регулирования, даже когда условия для этого были недостаточно благоприятными»¹, — утверждают авторы, и они правы.

Некоторое повышение общего коэффициента рождаемости в середине 70-х годов во всех союзных республиках дало основание поставить вопрос: не свидетельствует ли такое развитие событий о том, что длительная тенденция к снижению рождаемости исчерпала себя и наступил перелом, в результате которого возникла новая тенденция к повышению или по крайней мере к стабилизации уровня рождаемости? Глубоко проанализированные авторами возрастные коэффициенты рождаемости, стандартизованный общий коэффициент рождаемости, суммарный коэффициент рождаемости свидетельствуют о том, что «для всего же населения страны сохраняется скорее тенденция к снижению, отражающая процессы перераспределения населения между городом и селом»².

После всего сказанного непонятно утверждение на следующей странице: «Как видим (табл. 3.28), у женщин, живших в момент обследования (1978 г.) в городских поселениях, итоговое число рожденных (ожидаемых) детей от поколения к поколению почти не изменилось, обнаруживая весьма слабую зависимость от действия самых различных социально-экономических, политических и других факторов на протяжении всего насыщенного огромными историческими событиями 60-летнего периода»³.

Непонятно, почему «новое демографическое сознание», которое должно было утвердиться у поколения, родившегося в 1959—1960 гг., осталось таким же старым в отношении числа рожденных детей, каким оно было у поколения 1919—1923 годов рождения? О каком же демографическом переходе к новому типу рождаемости может идти речь, если на протяжении 60-летнего периода среднее число рожденных (ожидаемых) детей у состоящих в браке женщин «почти не изменилось». Здесь не сходятся концы с концами — стоит только себе представить наших бабушек и прабабушек, у которых среднее число рожденных детей колебалось от 8 до 12! И как могло так быть, что при обследовании в 1978 г. 60-летние женщины оказались такими малоплодными?

¹ Воспроизводство населения СССР, с. 175.

² Там же, с. 183.

³ Там же, с. 184.

Объяснить особенности динамики рождаемости в последние годы можно с помощью проведения углубленных выборочных специальных исследований, направленных на выявление механизма причинно-следственных связей этого явления со многими надстроечными элементами, с одной стороны, и особенно во взаимосвязи с социально-гигиеническими факторами — с другой. В наше время никто не станет оспаривать то положение, что на процесс рождаемости оказывают влияние не только социально-экономические условия, но и социально-психологические установки, обычаи и традиции, которые определяют демографическое поведение семьи.

Особенности динамики рождаемости являются результатом влияния различного сочетания в основном двух групп факторов: демографических и социально-экономических. К первой группе относятся возрастно-половой состав населения, брачность, продолжительность брачного периода, порядок рождений, интервалы между рождениями, степень распространенности внутрисемейного планирования рождений и т. д.; ко второй — доля занятости женщин в общественном производстве, степень урбанизации, уровень дохода семей, жилищно-бытовые условия, уровень образования, этническая принадлежность, обеспеченность детскими учреждениями и др. По каждому из этих факторов имеется множество исследований, из которых очевидна разнонаправленность их действий и то, что социально-экономические факторы оказывают влияние не непосредственно, а опосредованно через сознание людей, принимающих решение иметь или не иметь детей, когда и сколько. В результате их демографические решения выражаются в характере внутрисемейного регулирования числа детей.

Несмотря на то что проблема «оптимизации» рождаемости является скорее социально-демографической, чем медицинской, служба здравоохранения обязана в полной мере использовать имеющиеся у нее возможности для коррекции неблагоприятных тенденций и создания благоприятных условий для воспроизводства здоровых поколений. На размеры рождаемости существенное влияние оказывают факторы медицинского порядка: состояние здоровья супружеских пар, и прежде всего матери, частота производства аборт, распространение бесплодия, мертворождаемость, наличие гинекологической и экстрагенитальной патологии и т. д. Однако до сих пор эта сторона проблемы изучена в нашей стране недостаточно. В проведенных в 60—70-е годы социально-гигиенических иссле-

дованиях, посвященных рождаемости, основное внимание сосредоточивалось на изучении исходов детородной функции женщины в связи с условиями жизни, т. е. в поле зрения находилось в основном репродуктивное здоровье женщины в зависимости от числа рожденных ею детей. Мало уделялось внимания общему здоровью женщин и влиянию этого фактора на прочность семьи и воспроизводство потомства. Еще не выявлено каких-либо причинно-следственных связей о том, как может отразиться на состоянии здоровья потомства омоложение возраста вступления в брак и увеличение числа первенцев в семье.

Рассчитано, что если даже в среднем утвердятся двухдетная семья, то из 1000 человек населения, состоящего из двухдетных семей, через 30 лет останется 621 человек, через 60 лет — 386, через 90 лет — 240, а через 300 лет — всего 8 человек взамен тысячи. Сколько же детей должно быть в семье, чтобы убывание населения не происходило? Большинство демографов единодушны в ответе на этот вопрос: для половины числа семей — двое и другой половины — трое. Точнее, для поддержания существующей численности населения необходимо иметь не два, а в среднем 2,5—2,6 ребенка, или 250—260 детей на 100 женщин. Поэтому проблема рождаемости нередко трактуется как проблема третьего ребенка.

Все большее значение в исследовании рождаемости приобретают характеристики здоровья супругов. М. Я. Подлужной¹ установлено, что до 40% мужчин и 44% женщин в возрасте до 30 лет страдают заболеваниями, сдерживающими репродуктивную функцию женщин. При обследовании семей выявлено, что такие заболевания имеются у одного из супругов (27% семей), либо у обоих (17%). Вместе с тем отмечено, что если оба супруга здоровы, то 28% из них имеют одного ребенка, 59% — двоих и 13% — троих детей и более. Если болен один из супругов, то семьи с одним ребенком составляют 48%, а с двумя детьми — 51%, если больны оба супруга, то 69% семей ограничиваются одним ребенком и лишь 31% имеют двоих детей. Исследование показало также, что если на частоту беременностей среди многих причин основное влияние оказывает уровень образования женщин, то частота родов и число детей в семье в большей степени зависят от состояния здоровья супругов. Так, у больных женщин доля абортов при первой беременности в 2,1 раза выше, чем у здоровых, а это в свою очередь усугубляет

¹ См.: Медико-демографические исследования. М., 1982, с. 121.

течение хронических экстрагенитальных заболеваний и способствует возникновению акушерской патологии, частота которой у таких женщин в 2,2 раза выше по сравнению со здоровыми. Эти данные особенно важны для дальнейшей разработки принципов отбора для диспансерного наблюдения не только по наличию каких-то заболеваний и предрасположенности к ним, но и по такому важному показателю, как демографическая активность молодых семей. Сюда относится и реализация результатов медико-биологических, клинических и социально-гигиенических исследований в области бесплодия, разработки надежных контрацептивов, пропаганды их применения при желании предупредить беременность, а также последствий многократных аборт, которые впоследствии значительно сдерживают репродуктивную функцию.

Новые условия выдвигают и новые требования. В период научно-технического прогресса меняется характер взаимосвязей различного рода факторов с показателями здоровья населения, с медико-демографическими процессами. Современная демографическая обстановка, особенности ее развития, возникновение нежелательных тенденций в рождаемости, смертности, особенно по ряду территорий страны, сложности с трудовыми ресурсами приводят к настоятельной потребности всестороннего их изучения.

Задача состоит не только в объяснении процессов, но и в разработке эффективных мер, направленных на изменение положения к лучшему.

Э. К. Васильева различает два аспекта в воспроизводстве населения: количественный, т. е. собственно воспроизводство, и качественный, т. е. воспитание, воссоздание социальных свойств. Предложенные ею показатели воспроизводства населения в качественном отношении базируются на характеристиках населения по уровню образования и профессиональному составу, составу по полу¹.

Приоритетное значение качества воспроизводства населения, по нашему мнению, должно иметь состояние здоровья новых поколений. Между состоянием здоровья населения и другими его качественными характеристиками существует двусторонняя связь. Уровень образования, профессиональный состав, состав занятых по полу во многом определяют состояние здоровья населения.

Состояние здоровья женщин детородного возраста —

¹ См.: Васильева Э. К. Социально-экономическая структура населения СССР. М., 1978.

важнейший социально-гигиенический фактор рождаемости. Как известно, многие экстрагенитальные заболевания матери в период беременности представляют серьезную опасность для потомства.

Роль здравоохранения в вопросах рождаемости наряду с другими мерами должна состоять в активном участии врачей в проведении обязательной диспансеризации девочек-подростков, молодых женщин; профилактики соматических заболеваний и хронической специфической патологии; профилактики аборт и невынашиваемости беременности; пропаганды одобрительного отношения к здоровой двух-трехдетной семье; развитии специализированных видов медицинской помощи; создании во всех городах консультаций «Брак и семья», медико-генетических консультаций. В этом одна из наиболее действенных форм привлечения врачей к проведению эффективной демографической политики.

И все же основное внимание следует уделить повышению демографических знаний среди врачей, начиная от руководителей-организаторов здравоохранения и до участкового врача. Организационно-пропагандистская работа по улучшению демографической ситуации в стране может и должна проводиться среди населения медицинскими работниками всех уровней. Врач должен быть близким человеком в семье, его лечебная, профилактическая, пропагандистская работа призвана содействовать наиболее благоприятному количественному и качественному воспроизводству населения, ибо немаловажное значение в повышении рождаемости имеет создание определенной общественной психологии. Нам удалось в этом воочию убедиться.

Казалось бы, сегодня в центре России уже давно перевелись те селения, где были большие семьи и традиции многодетности. Однако в селе Волое Калужской области чуть ли не в каждой семье по пять (и больше!) сыновей и дочерей.

Вспоминаются слова философа древности Ликурга о том, что богатство народа таится в здоровом теле женщины, а также в ее желании продолжить род человеческий, добавили бы мы. Сегодня в Российской Федерации, как мы видели, больше чем у половины семей это желание умеренное: имеют одного ребенка, а для рождения последующих детей, вероятно, не хватает времени. В среднем на брачную пару приходится здесь меньше двоих детей, что не обеспечивает, как известно, даже простого воспроизводства населения.

И все же есть на Руси места, где пятеро детей в семье не исключение, а правило. На такой оазис рождаемости, село Волое, мы обратили внимание и провели там обследование.

Научно-исследовательская лаборатория медицинской демографии Министерства здравоохранения РСФСР разработала специальную анкету, чтобы разобраться в том, почему общая безрадостная нацеленность на единственное чадо некоторые районы, к счастью, обошла. Анкета, состоявшая из 17 вопросов и 18 отдельных пунктов, их детализирующих, была распространена среди женщин в возрасте от 20 до 55 лет. Кроме того, были использованы сведения о социально-экономическом и демографическом развитии села Волое за последнее десятилетие.

Статистические данные показали, что материальное благополучие жителей села из года в год улучшается. Во многих домах — телевизоры, холодильники, мотоциклы.

Возрастают пособия колхозникам и членам их семей за счет средств хозяйства и государственного социального обеспечения. Только в виде пенсий жителям села ежемесячно выплачивается 12188 руб. Из 314 женщин в возрасте от 16 до 55 лет 57 — многодетные матери и, естественно, получают пособия.

Для села Волое характерна так называемая демографическая молодость. Чуть ли не каждый второй житель села — либо ребенок, либо подросток. Такой возрастной состав населения — редкость, как редки и села, где в среднем на одну семью, как в Волое, приходится пятеро детей. Почему же именно в Воломе?

Оказалось в основном из-за давних, твердо укоренившихся в селе традиций.

Данные опросов свидетельствуют, что те, кому за срок, готовы иметь даже больше детей, чем имеют, хотя у них и без того по шестеро-семеро дочерей и сыновей. И все же на вопрос, почему вы не родили еще одного ребенка, каждая третья отвечала: «поздно вступила в брак», «умер муж», «плохо со здоровьем», а вовсе не «куда же больше?...»

Видимо, еще в детстве под воздействием общественного мнения (числа детей в большинстве семей, общения с детьми соседей и знакомых) у жителей села сформировалось собственное представление о браке, о его смысле и сути. Чем больше детей в семье, тем выше ее престиж, лучше отношение к ней.

Из бесед с жителями Волого следовало, что они, как и их родители и родители родителей, всегда считали рож-

дение детей жизненной необходимостью. Женщины Волого отрицательно относятся к искусственному регулированию числа детей в семьях.

Установки на многодетность укреплялись и благодаря действию социальных и экономических факторов. Дети — активные помощники в ведении домашнего хозяйства. Они работают на приусадебных участках, ухаживают за младшими сестрами и братьями.

Обследование позволило установить, что женщины, которым сейчас за 50, т. е. родившиеся до 1930 г. и завершившие свой репродуктивный период, имеют меньше детей, чем те, кому на десять лет меньше (за 40). В среднем на одну женщину от 40 до 49 лет приходится 7,9 ребенка, а в возрасте 50 лет и старше — 5,8 ребенка. Это связано с высокой детской смертностью, первого послевоенного десятилетия.

По рассказам жителей деревни, раньше дети умирали часто, и это было привычно: «бог дал — бог взял». Теперь, радуясь каждому родившемуся ребенку, потери, хотя и очень редкие, воспринимают тяжело и предъявляют серьезные претензии к медицине, большей частью весьма справедливые.

Раньше истинно многодетная семья могла сохраниться лишь в силу случайных обстоятельств: если не умер слишком рано кто-то из родителей (а то и оба), либо ребенок. Такие семьи были редки. Теперь, когда продолжительность жизни резко возросла, а детские болезни в большинстве своем одолены, не удивительно, что в деревне Волое в каждой третьей семье — 6—8 ребятишек.

Мы обратили внимание на тот факт, что молодые женщины из Волого, покидающие родное село (чаще всего получив образование), ограничиваются одним-двумя детьми; ну, а те, которые продолжают жить и работать в родной деревне, рожают четырех и больше.

Интересны ответы женщин вопрос, что, по их мнению, необходимо сделать для повышения рождаемости: «открыть родильное и детское больничное отделение в колхозе», «мир на земле» и др.

Рост материального и культурного уровня жизни тоже не снижает стремления к многодетности. Напротив, многие молодые мамы уверены, что, живя они лучше, детей у них было бы больше. Они высказывают в связи с этим целый ряд пожеланий: об улучшении медицинской помощи, о повышенном внимании к многодетным матерям и т. д.

Результаты проведенного обследования убеждают в том, что общественное мнение оказывает огромное влияние на мужей и жен, когда они решают для себя вопрос, сколько иметь детей в семье.

Опыт села Волосе, уникального по уровню рождаемости, по психологическому климату, в котором многодетной семье по-настоящему хорошо, может в какой-то мере стать эталоном при проведении демографической политики в сельской местности.

Приведенные данные свидетельствуют об огромном воздействии, которое оказывает общественное мнение на демографическое поведение людей. Если имеющийся богатейший арсенал пропагандистских средств на плюс хорошо подготовленные в области демографических вопросов кадры направить на утверждение общественного мнения о том, что в семье должно быть не менее троих детей и что это благо, счастье и здоровье для всех членов семьи, то можно не сомневаться, что только эта мера позволила бы изменить динамику рождаемости в желательном направлении. Идеологическая, массово-политическая работа должна быть эффективной не только при решении экономических, народнохозяйственных задач, но и быть нацеленной на благоприятное развитие демографических процессов в стране. Это положение следует из решений июньского (1983 г.) Пленума ЦК КПСС.

Укрепление семьи и повышение рождаемости — двуединая задача. Однако в последнее время в этом звене наметилась новая проблема, якобы начала утверждаться новая форма семьи — внебрачная семья. О внебрачной рождаемости и внебрачной семье исследований пока явно недостаточно. Поэтому нами была предпринята попытка более детально осветить этот вопрос и разработать методические подходы к медико-демографическому изучению внебрачной рождаемости.

2. ВНЕБРАЧНАЯ РОЖДАЕМОСТЬ

Если еще в недалеком прошлом можно было сказать, что семейное состояние занимает определенное место, отнюдь, конечно, не решающее в ряду факторов, обуславливающих различия в продолжительности жизни отдельных групп населения, то с полным основанием можно говорить, что сегодня семейное состояние как проявление наиболее существенных черт образа жизни оказывает доминирующее среди других факторов влияние на состоя-

ние здоровья мужчин и женщин среднего и пожилого возраста.

Поскольку, как неоднократно мы подчеркивали, понятие «здоровье» является аморфным и неопределенным, то для отражения того, как влияет семейное состояние на здоровье, использовали показатели смертности.

В этой связи следует обратить внимание на работы классиков в области медицинской демографии. В 1912 г. С. А. Новосельский опубликовал статью «Смертность и семейное состояние»¹, а в 1931 г. под таким же названием была опубликована статья Л. С. Каминского². Влияние семейного состояния на здоровье обычно выражается в повышенной смертности не состоящих в браке, вдовых и одиноких, смертность детей, родившихся вне брака, незамужних по сравнению с теми, у которых, так сказать, семейное состояние «нормальное».

По мнению С. А. Новосельского, меньшая смертность женатых связана с влиянием отбора, поскольку в брак вступают преимущественно более здоровые, больные же, слабосильные остаются холостыми. Видимо, влияние отбора проявляется чаще в молодых возрастах; между тем смертность холостых выше смертности женатых во всех возрастных группах.

По данным С. А. Новосельского, относящимся к началу века (1899—1902 гг.), смертность холостых в Петербурге во всех возрастных группах резко (в 2 раза) превышала смертность женатых, у вдовцов также отмечалась более высокая смертность. Среди женщин в возрастах 30—60 лет, состоящих в браке, смертность ниже, чем среди женщин этого же возраста, не состоящих в браке.

В период, когда С. А. Новосельский проводил исследования, была высокая материнская смертность, и поэтому среди молодых замужних женщин случаи смерти встречались чаще, чем среди одновозрастных девиц.

В то время в трудоспособных возрастах от половины до одной четверти всех случаев смерти приходилось на туберкулез легких. И для этой причины смерти была особенно выражена взаимосвязь с семейным состоянием: смертность холостых в возрасте 30—50 лет от туберкулеза легких в 3 раза превышала смертность женатых.

Наличие данных Всесоюзной переписи 1926 г. о распределении населения по группам в комбинации с семейным состоянием позволило Л. С. Каминскому продол-

¹ Вестник общественной гигиены, 1912, № 8.

² Гигиена и эпидемиология, 1931, № 8—9.

жить исследования С. А. Новосельского по Ленинграду и УССР. Автор выявил те же закономерности, которые были ранее. В тот период у сельского населения дифференциация смертности в зависимости от семейного состояния была выражена сильнее, чем у городского населения.

Семейное состояние как фактор лучшего здоровья, отраженный в показателях смертности, может свидетельствовать о более благоприятных условиях для продолжительности жизни у лиц, состоящих в браке, чем во внебрачном состоянии, способствующих более правильному и упорядоченному образу жизни.

О том, что брак и семья, а также процесс демографической репродукции за последние 2—3 десятилетия претерпели серьезные изменения, свидетельствует большое число исследований по проблемам демографии и социологии. Вместе с тем очень мало работ, которые отразили бы влияние перестройки семейных отношений на изменение здоровья населения.

Многие из возникающих в связи с изменениями семейного состояния проблем приходится решать здравоохранению, оно ответственно за здоровье граждан, однако источником «нездоровья» многих мужчин и женщин являются условия, которые они сами для себя выбирают в их интимных брачно-семейных отношениях. Здесь роль здравоохранения прежде всего должна состоять в том, чтобы формировать мнения о наиболее целесообразных с медицинской точки зрения взаимоотношениях между полами, смотреть на брак и семью как на фактор здоровья и супругов, и их детей.

Данные последнего периода времени свидетельствуют о том, что семейное состояние является мощным фактором, определяющим уровень здоровья различных контингентов населения, и что при решении вопросов профилактики различных заболеваний необходимо этот фактор учитывать.

В чем же проявляется трансформация семейного состояния населения? Приведем на этот счет некоторые статистические данные. Перемены в экономическом и социальном положении женщины сказываются на демографическом развитии семьи. Если в 1929 г. занятость женщин в народном хозяйстве страны в общей численности рабочих и служащих составляла 27%, в 1933 г. — 30, в 1940 г. — 38, в 1960 г. — 47, то в 1980 г. этот процент

достиг 51, или 57,6 млн. женщин было занято в народном хозяйстве¹.

Экономическая независимость женщин, о чем свидетельствует их высокая занятость, способствовала их доминирующей «самостоятельности» в решении вопросов семьи и брака: по свидетельству исследований ³/₄ браков расторгаются по инициативе женщин. Это дало основание писателю Ю. Рюрикову прийти к заключению, что все большее распространение получает так называемая «материнская семья». Ежегодно по стране появляется 700—800 тыс. детей, которых растит только мать. Неполные семьи и малодетная семья получают наиболее широкое распространение. Неустойчивость брачных союзов не только оказывает отрицательное влияние на репродуктивную функцию семьи, но также неблагоприятно воздействует на состояние здоровья отдельных членов семьи. На каждую тысячу браков приходится 302 развода, больше трети из которых это браки, просуществовавшие до 5 лет².

В какой-то степени неустойчивость брачных союзов можно объяснить тем, что за последние два десятилетия наблюдается тенденция омолаживания возраста вступления в брак как для женихов, так и для невест. Примерно 85% всех заключенных браков происходит в возрасте до 30 лет. В результате статистика свидетельствует как об увеличении числа семей (бездетных и малодетных), так и об одновременном увеличении населения, живущего вне семьи. По данным переписи 1979 г. доля живущих вне семьи, стало быть, одиноких, составляла 11%, или около 30 млн. человек, семей, состоящих из двух-трех человек, было 59%³.

Ежегодно в стране вступают в брак около 5,5 млн. мужчин и женщин, из них в повторный брак — около 14%. Число разводов из общего числа состоящих в браке получают ежегодно примерно 2 млн. мужчин и женщин — вот основной источник одиночества.

Перестройка репродуктивного поведения, связанная с низкой рождаемостью и внебрачным состоянием, сказывается на состоянии здоровья женщин, что особенно заметно на частоте распространения среди них злокачественных опухолей.

¹ См.: Народное хозяйство СССР в 1961 г. М., 1962, с. 574; Народное хозяйство СССР в 1980 г. М., 1981, с. 362.

² Рассчитано по: Вестник статистики, 1980, № 11, с. 78—79.

³ Рассчитано по: Вестник статистики, 1980, № 2, с. 20—21; № 12, с. 58—59.

На основании данных, приводимых в работе В. Б. Смужеви́ча и Л. И. Ремени́ка¹, значительно возросла частота распространения рака молочной железы во всех странах, для которых характерна тенденция снижения рождаемости. Рак молочной железы служит главной причиной смерти женщин средних лет. В какой-то степени это, вероятно, связано также с более ранней и точной диагностикой. Однако имеющиеся данные четко коррелируют с уровнем рождаемости — в республиках со сравнительно низкой рождаемостью рак молочной железы встречается значительно чаще, чем в республиках с высокой рождаемостью.

В качестве физиологического защитного фактора, предупреждающего возникновение рака молочной железы, считаются первые роды в молодом возрасте.

Несмотря на ряд оговорок, связанных со сверхсмертностью мужчин в зависимости от семейного состояния, трудно отрицать наличие этого факта. Вдовцы или не состоящие в браке мужчины ведут иной образ жизни по сравнению с их семейными сверстниками, и уже само по себе это состояние способствует возникновению нервно-психических и соматических заболеваний. Можно сказать, что для вдовцов, одиноких, разведенных мужчин характерен неблагоприятный «фоновый» фактор, угрожающий заболеваниями и повышенной смертностью.

Микросоциальная среда и состояние в браке могут быть как фактором положительного, так и отрицательного влияния на здоровье. Было бы несправедливым считать, что любой брачный союз — это хорошо, а развод — это плохо. Нередки случаи, когда конфликтные ситуации в семье неблагоприятно сказываются на состоянии здоровья и мужа, и жены, и детей. Исследование причинно-следственных связей между разводом и состоянием здоровья супругов показывает, что здесь причина и следствие могут меняться местами: развод вследствие плохого здоровья одного из супругов или ухудшение здоровья (появление заболеваний) вследствие распада семьи со всеми вытекающими отсюда последствиями.

С. Я. Лаштаева, проводя социально-гигиеническое исследование разводов, установила, что мотивами расторжения брака являются: социально-психологические (51,5%), социально-биологические (44,5%), экономические (4%), причиной примерно каждого пятого развода были бесплодие и заболевание одного из супругов.

¹ См.: Демографические аспекты эпидемиологии злокачественных новообразований: Научный обзор. М., 1983.

В последнее время все чаще приходится слышать «внебрачный ребенок»; скорее всего этот эпитет следует отнести не к ребенку, а к внебрачным родителям, ведь именно от их отношений зависела судьба ребенка: родиться ему в браке или вне брака. И в том, и в другом случае с точки зрения биологии и физиологии появление ребенка на свет совершенно одинаково. Неодинаковы лишь юридические и правовые взаимоотношения матери и отца, с одной стороны, и ребенка с родителями — с другой. Ребенок независимо от того, родился он в браке или вне брака, приходит в жизнь, как говорят, на все готовое. Он не выбирает себе родителей: красивых или уродливых, умных или бездарных, той или иной национальности и т. д. Он становится членом того или иного социального строя, общества, которое по-разному относится к детям, родители которых состояли в браке, и к тем из них, которые дали жизнь ребенку, не зарегистрировав свой брак.

Брак и семья — категории исторические. Правовые нормы заключения брака явились выдающимся юридическим актом, сыгравшим огромную роль в развитии цивилизации. Заключение брака — прогрессивный фактор в моральном, этическом, правовом и социально-экономическом развитии человечества. Однако такая сложная область отношений, как отношения между мужчиной и женщиной, рождение детей, никогда не могли быть жестко регламентированы ни юридическими актами, ни религиозными догмами.

Поэтому еще со времен римского права, которое регулировало брачно-семейные отношения, рождению детей в браке сопутствовали и рождения детей вне брака. Правда, в эпоху первоначального утверждения христианства с его нетерпимостью к нарушению религиозных правил поведения в интимной жизни внебрачные рождения были скорее исключением, подтверждающим правило. Религиозная и юридическая нетерпимость создавали атмосферу презрения, а порой и полного игнорирования внебрачных детей. Матери этих детей подвергались оскорблениям и унижению, их жизнь в классовом, клерикальном обществе и воспитание рожденных детей были невыносимыми. И все же всегда и везде на протяжении почти двадцати столетий, с момента введения брачно-семейного римского права, были... и внебрачные рождения.

Исключить внебрачные рождения, обуздать естественные, природные закономерности очень трудно: внебрачные рождения утверждали себя в жестокой и неравной

борьбе с предрассудками средневековья, и феодального, и буржуазного общества.

Все же в результате уголовных преследований за внебрачные рождения в эпоху феодализма процент их был невысок. В эпоху господства буржуазии внебрачная рождаемость начала быстро расти. Так, во второй половине XIX в. в Дрездене примерно каждый четвертый ребенок был рожден вне брака. В Париже внебрачная рождаемость в 1835 г. составляла 34%. И всюду в промышленных городах внебрачная рождаемость оказывалась выше сельской.

Внебрачная рождаемость противопоставляется брачной, однако та и другая составляют основу воспроизводства новых поколений, прибавление численности населения государства. С точки зрения могущества государства, для чего необходимо было большое число подданных, воинов, смотрели на внебрачную рождаемость многие государственные и политические деятели (Кромвель, Наполеон).

Шло время, изменялись нравы, устои, обычаи, происходили изменения и в самом населении — все это должно было внести коррективы и в брачно-семейные отношения.

В России до конца прошлого столетия, когда подавляющее большинство населения (87%) было сельским, и при общей высокой рождаемости (свыше 40‰) относительное значение внебрачных рождений было невелико. Внебрачная рождаемость возросла в послереволюционный период, когда были отменены узурпаторские, драконовские законы, регулирующие брачно-семейные отношения при царизме.

Советская власть покончила с дискриминацией и в законодательном порядке уравнила детей, родившихся в браке и вне брака. Наши законы, разумеется, не поощряли рождения детей вне брака, однако они сняли ханжеское лицемерие с законодательств, которые регулировали брачно-семейные отношения до революции. Законодательная борьба с устаревшими традициями в области семьи и брака выразилась во включении в 1928 г. X главы в Уголовный кодекс СССР, где предусматривались различные меры наказания за многоженство, калым, принуждение вступления в брак несовершеннолетних (лицам, не достигшим брачного возраста), дискриминацию брачных и внебрачных детей.

Вообще говоря, термины «дети, рожденные вне брака» или «внебрачные дети» концентрируют внимание на том, что эти дети не такие, как все остальные, у которых есть и

мамы, и папы. Порой их называли байстрюками, нагулянными, незаконнорожденными, как будто есть в этом какая-то вина детей, рождение которых якобы свершилось вопреки морали и природе.

Сложившееся на протяжении веков общественное суждение до сих пор полностью не изжито, оно отстает от законодательных актов. Представление о «законности» и «незаконности» рождения детей зачастую оказывает неблагоприятное влияние на развитие ребенка, моральное и нравственное состояние его матери, не состоящей в браке. С таким положением приходится встречаться в жизни, несмотря на то что в советском законодательстве нет термина «внебрачные дети»; наш закон не подразделяет детей на «брачных», «внебрачных», «узаконенных» — все дети наши, все они имеют равные права, о всех них заботится наше социалистическое общество. Данное обстоятельство отнюдь не исключает наличия проблем (социальных, медицинских, демографических), связанных с рождением детей родителями, не состоящими в браке. Таким образом, дело не в ребенке (к нему претензий быть не может), а в родителях, которые сознательно или не задумываясь над будущим дали жизнь потомству вне брака. Поэтому прежде всего внимание должно быть направлено на мать, так как именно ей принадлежит последнее слово в решении вопроса, быть или не быть ребенку.

На протяжении длительного времени бытовало представление о том, что в рождении «незаконного» ребенка всегда виновата только женщина, а не отец ребенка, даже если он известен. В эпоху жесткой регламентации брака церковью большинство внебрачных матерей были жертвами обмана, насилия или ложного обещания жениться. Реже, но все же были и те, кто пострадал из-за собственного легкомыслия. В современных же условиях у женщин есть свобода выбора, и это дает основания утверждать, что большинство детей, рожденных вне брака, являются желанными детьми. И в наши дни бывают, конечно, случаи обмана, насилия, ложного обещания жениться, легкомыслия. Однако это отдельные случаи; типичными же в установленной статистикой внебрачной рождаемости являются мотивы, побуждающие женщину «обзавестись» ребенком. Разумеется, за пределами статистического учета имеется достаточно случаев, когда внебрачные отношения между мужчиной и женщиной и возникающие при этом беременности заканчиваются абортами, очень часто криминальными.

Какую же можно дать оценку внебрачной рождаемости: хорошо это или плохо? Какова частота распространения внебрачных рождений, их география, тенденции, причины?

В книге известного югославского ученого Милана Босанаца, переведенной на русский язык в 1981 г., обобщены многолетние исследования по проблемам семьи в современном мире. Основная концепция автора состоит в том, что в наши дни происходит трансформация брака и семьи, что выражается в нуклеаризации семьи (в ее дроблении), меняется взаимосвязь брака и семьи: традиционная модель семьи, построенной на базе брака, все чаще не совпадает с реально существующими формами семейной связи людей.

Можно ли, учитывая происходящие изменения, говорить о кризисе семьи и брака, о том, что семья в ее современной форме и функциях утратила уже свое значение и назначение? Так считать едва ли есть достаточно оснований.

Крупный специалист в области изучения демографических проблем семьи проф. Э. К. Васильева считает, что «наши современники не вообще против семьи и брака, а хотят лишь иметь такую семью, которая наиболее полно отвечала бы их потребностям»¹. Что же это за семья, каковы ее характерные особенности и каковы ее отличия от традиционной? К сожалению, исследователи пока еще не построили модели такой семьи.

Вместе с тем результаты исследования, полученные Э. К. Васильевой, свидетельствуют о том, что из общего числа обследованных семей 39% дали положительные ответы о характере внутрисемейных взаимоотношений. Эти семьи можно считать вполне благополучными. Однако обращает на себя внимание на первый взгляд парадоксальный факт: мужчины более удовлетворены семейными отношениями, чем женщины². Вероятно, эмансипированную, образованную, со все более из года в год возрастающими потребностями современную женщину все менее устраивает традиционный брак в том понимании, в каком его толкуют ортодоксальные мужчины, считая, что и сегодня семья и брак должны быть такими, какими были при жизни их дедов и отцов. Женщины же сегодня с таким положением мириться не желают. Не эта

¹ Васильева Э. К. Образ жизни городской семьи. (Популярная демография; Вып. 2). М., 1981, с. 5.

² См.: Там же, с. 93.

ли их реакция является одним из факторов, побуждающих определенный процент женщин (именно женщины) к созданию для себя внебрачной семьи? Однако брак и семья в наше время играют огромную роль в процессе воспроизводства населения.

«Брак и семья, — отмечает исследователь семьи В. А. Сысенко, — являются важнейшими социальными институтами общества. В общественной жизни и в жизни

отдельной личности они выполняют ряд специфических функций: регулирование отношений между полами, регулирование отношений между поколениями, хозяйственно-экономическую, репродуктивную, воспитательную, регрессивную (восстановление сил и здоровья членов семьи). Сюда можно отнести функции эмоционального и духовного общения, кооперации и сотрудничества, взаимной поддержки и взаимной ответственности»¹.

Важная социально-гигиеническая и терапевтическая функции семьи были отмечены давно. Еще статистические исследования 20-х годов показали, что психическое состояние членов общества зависит в большей степени от семьи (табл. 11).

Отечественные и зарубежные клиницисты, психиатры, психологи, работавшие в разное время и в разных условиях (А. В. Снежневский, В. М. Бехтерев, А. И. Захаров, Г. Салливан и др.), придерживались единого мнения по поводу того, что плохие семейные отношения оказывают отрицательное влияние на психику и здоровье человека.

В специальной медицинской литературе имеются указания на то, что в 70% случаев источником детских неврозов являются остроконфликтные отношения между супругами. Из этого следует, что от устойчивости супружеских отношений во многом зависят здоровье супружеских пар, нормальное психическое и физическое развитие их

¹ Сысенко В. А. Семья и рождаемость: социально-экономические проблемы. — В кн.: Материалы II Всесоюзной школы-семинара в г. Саратове 29 авг. 1982 г. М., 1982, с. 3.

Таблица 11

Количество психических расстройств в зависимости от семейного положения на 100 000 человек населения*

Семейный статус	Мужчины	Женщины
Женатые	170,9	255,9
Неженатые	297	189,3
Вдовы	428,2	423,0
Разведенные	1112,5	1120,3

* Карвасарский Б. Д. Неврозы как болезни личности. — В кн.: Социальная психология личности. Л., 1974, с. 67.

детей. По мнению проф. Б. Д. Карвасарского, 50% неврозов взрослых имеют своим источником конфликт в семье¹.

Исследованиями В. Н. Кудрявцева, К. М. Миньковско-го и ряда других ученых доказано, что проблема так называемого отклоняющегося поведения подростков и преступность несовершеннолетних в значительной мере связаны с неблагоприятными ситуациями в отдельных семьях, с открытой и скрытой безотцовщиной.

Статистика последних лет свидетельствует о возрастании числа разводов, увеличении в составе населения одиноких мужчин и женщин. Так, за 11 лет (1970—1980 гг.) распалось 8,7 млн. браков (17,4 млн. мужчин и женщин). За эти годы в повторный брак вступило 4,4 млн. мужчин и 4,0 млн. женщин, т. е. 8,4 млн. человек. Как видим, почти половина из числа разведенных так и не вступают в повторный брак.

Еще большее число разводов, ухудшение семейной структуры имеет место в капиталистических странах. Например, в 1976 г. число разводов в США превысило 1 млн. и превысило число заключенных браков: около 2 млн. мужчин и женщин живут совместно, не состоя в зарегистрированном браке, 15 млн. взрослого населения живут одни. Свыше $\frac{1}{5}$ (21%) всех домашних хозяйств в США приходится сегодня на одиночек. Только за 7 лет (с 1970 по 1977 г.) число одиноких взрослых американцев в возрасте до 35 лет увеличилось на 135%.

Данное обстоятельство дает некоторым зарубежным авторам основание утверждать, что современному моногамному браку грозит исчезновение, что семья претерпевает модификацию традиционных представлений о браке в сторону большого разнообразия форм брачно-семейных отношений. «Традиционный семейный жизненный цикл, протекающий в рамках брака и воспитания детей, похоже, выходит из моды» — пишут американские демографы по проблемам семьи и брака Р. С. Glick и А. J. Horton. В буржуазном обществе, как мы видим, семья переживает серьезный кризис.

Советские демографы и социологи большое внимание уделяют выявлению причин, вызывающих неблагоприятные тенденции в брачно-семейных отношениях.

В основном эти причины сводятся к следующему. Одно из первых мест, как правило, занимает экономическая

независимость женщин, их активное участие наравне с мужчинами в общественно-трудовой деятельности. Вторая причина непосредственно связана с первой — это изменение традиционной функции семьи. Прежде основной ролью мужчины было обеспечение семьи, а женщина была хранительницей очага. Теперь в обеспечении семьи участвуют оба супруга, оба они по логике должны быть и хранителями домашнего очага.

Помимо этого, повысились требования женщин к внутрисемейным отношениям, к уровню интеллектуального развития супруга и его общественного положения. Это связано с их всесторонней эмансипацией, повышением образовательного уровня и участием во все сферах общественной жизни наравне с мужчиной. Ввиду того что доля состоящих в браке существенно влияет на уровень рождаемости, большой интерес представляют работы по изучению семьи в этом аспекте.

Изменение социально-экономических условий жизни, особенно положение женщины в обществе, влияет на все стороны жизнедеятельности семьи. Профессиональный труд женщины является главным фактором становления ее как личности. Разумеется, этот новый статус женщины оказал определенное влияние на структуру и функции семьи, на брачность и рождаемость. На брачную структуру населения серьезное влияние оказывает диспропорция полов.

«Даже при очень высокой интенсивности брачности мужчин большие массы женщин остаются незамужними. Причиной этого является диспропорция в количественном соотношении мужчин и женщин, а также экономические и бытовые предпосылки брака в семье и в городе»¹.

По данным И. Дзарасовой, в 1970 г. в СССР на 1000 мужчин в возрасте 16 лет и старше в браке состояло 722 человека, на 1000 женщин — 580 человек². Следовательно, лишь немногим больше половины женщин состояло в браке (табл. 12).

Если раньше вся система женского безбрачия, по словам А. П. Хоменко, являлась прежде всего проблемой демографических соотношений — диспропорции в соотношении мужчин и женщин, то сейчас ведущим фактором являются субъективные мотивы.

¹ Хоменко А. П. Семья и воспроизводство населения. М., 1980, с. 28.

² Дзарасова И. Структура семей в СССР. — В кн.: Семья сегодня. Вып. 28. М., 1979, с. 48.

¹ См.: Карвасарский Б. Д. Неврозы как болезни личности. — В кн.: Социальная психология личности, с. 67.

Таблица 12

Процент женщин-одиночек среди женщин в отдельных возрастных группах (по СССР)*

	Всего	До 20 лет	20—29 лет	30—39 лет	40—49 лет	50—59 лет	60 лет и старше
Город	8,4	4,2	9,7	3,7	6,2	10,7	20,0
Село	7,4	0,8	4,2	1,6	5,3	14,4	24,0

* Дзарасова И. Структура семей в СССР, с. 47.

При изучении медико-демографических аспектов брачности наибольший интерес представляет, конечно, ее влияние на здоровье и воспроизводство потомства. Во взаимосвязи с этой проблемой находится проблема одиноких матерей.

К сожалению, статистические материалы на этот счет весьма немногочисленны и разноречивы. Чаще эта проблема привлекала исследователей с точки зрения нравственности и гораздо реже — в социологическом и медицинском аспектах.

До революции положение трудящейся женщины с детьми, оставленной мужем, было очень тяжелым. Остро вставал вопрос о материальном обеспечении семьи. Прокормить детей, найти себя в жизни — задача для одинокой женщины чаще всего оказывалась непосильной. В большинстве случаев такая семья законом не охранялась. Женщина полностью зависела от заработка мужа. Супружество давало ей экономическую основу. Если мать оставалась с детьми одна, то она оказывалась в безвыходном положении, так как подавляющее число женщин в дореволюционный период не имели никакой профессии.

А. Бебель в книге «Женщина и социализм» приводит интересные данные о положении женщины в начале нашего века (конце прошлого века) и о проблеме так называемых незаконнорожденных детей в то время.

«Из 2 060 973 рожденных в 1907 г. в Германии детей 179 178 были рождены незаконными. Можно представить себе, сколько забот и сердечных страданий доставляет рождение незаконного ребенка большинству этих матерей. Женские самоубийства и детоубийства очень часто объясняются нуждой и нищетою оставленных женщин», — писал А. Бебель¹.

¹ Бебель А. Женщина и социализм. М., 1959, с. 254.

Жестоким было и французское законодательство, которое запрещало поднимать вопрос об отцовстве. Однако имелись государственные воспитательные дома, и это было очень удобно для мужчин, так как их фактическое отцовство не раскрывалось перед обществом. Среди детей, рожденных вне брака, почти на $\frac{1}{3}$ была выше детская смертность, чем в семьях с зарегистрированным браком.

Большое различие в смертности детей, рожденных в браке и вне брака, особенно заметно на первом месяце жизни. Как указывал А. Бебель, смертность незаконнорожденных детей в три раза превышает смертность законнорожденных. Причины этого, писал он, лежат в плохом уходе во время беременности и после, а также в результате попыток части матерей прервать беременность.

В высокой смертности внебрачных детей большое значение имел тот факт, что их матери, как правило, были представительницами неимущих классов.

Анализируя контингент матерей, имеющих детей вне брака, А. П. Хоменко пришел к выводу, что во всей этой совокупности женщин необходимо различать две принципиально разные группы. К первой группе относятся женщины, состоящие в фактическом браке, который не был зарегистрирован и прекратился еще до рождения ребенка. Прекращение брака может произойти, например, в том случае, когда его невозможно юридически оформить по различным причинам. Причиной разрыва может быть и нежелание мужчины поддерживать связь с данной женщиной после рождения ребенка, так как это влечет за собой новые обязанности и материальные затраты. Вторую группу составляют женщины, у которых связь с мужчиной была непрочной. К таким связям следует отнести и те, когда именно женщине принадлежит инициатива в выборе такой формы отношений с мужчиной только в целях рождения ребенка.

Большую часть детей, рожденных вне брака, по мнению М. Тольц, можно отнести либо к рожденным от случайных половых связей, либо к сознательно рожденным вне брака с целью создания неполной семьи (табл. 13).

Внебрачная рождаемость представляет интерес не только с социальной и демографической точек зрения, но и в не меньшей степени с позиций медицинской демографии и социальной гигиены. Дело в том, что дети, рожденные вне брака, находятся в иных условиях вынашивания, ухода, вскармливания, о чем свидетельствует ряд, к сожалению, немногочисленных исследований. Давно от-

Таблица 13

Доля добрачных зачатий, реализовавшихся
в рождения среди всех живых рождений (г. Пермь, 1966), %

Возрастная группа матерей, лет	Все добрач- ные зачатия, реализовав- шиеся в ро- ждения	в том числе		
		рождения в первые 8 месяцев брака	рождения вне брака с после- дующей регист- рацией брака	внебрачные рождения
15—19	67,9	35,3	8,5	24,1
20—24	34,9	22,0	3,8	9,1
25—29	24,8	10,4	3,7	10,7
30—34	26,7	6,2	4,8	15,7
35—39	38,3	5,9	5,6	26,8
40—44	41,5	7,5	2,7	31,3
45—49	32,1	15,2	4,4	12,5

мечено, что частота и характер патологии беременности и родов находятся в зависимости от таких социальных факторов, как характер труда, образование, брачное состояние. Многочисленные наблюдения подтверждают, что эмоциональное напряжение (стресс) оказывает существенное влияние на течение беременности и ее исход.

По данным Л. И. Кириленко, И. М. Волкова и М. С. Емкова, неблагоприятное брачно-семейное состояние женщин обуславливает повышенный уровень таких форм осложнений беременности, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, угроза прерывания беременности и нефропатия. У женщин, не состоящих в браке, из-за несвоевременного и нерегулярного обращения за медицинской помощью более чем в 1,5 раза чаще наблюдаются экстрагенитальные заболевания во время беременности¹.

Среди детей, рожденных вне брака, по данным статистики большую часть составляют первенцы. Так, в 1966 г. они составляли 72,7% в общем числе родившихся вне брака, тогда как среди всех рождений — 58,6%. На долю вторых детей приходилось 21,2% внебрачных рождений².

Вместе с тем анализ других данных (Е. Н. Шиган, 1967; М. К. Зубрицкий, 1970; Н. А. Таубер, 1975) пока-

¹ См.: Кириленко Л. И., Волков И. М., Емков М. С. О медико-социальных основах охраны здоровья матери и ребенка. — Советское здравоохранение, 1975, № 10, с. 27—33.

² См.: Тольц М. Характеристика некоторых компонентов рождаемости в большом городе. — В кн.: Демографический анализ рождаемости (Народонаселение). М., 1974, с. 55.

Таблица 14

Доля внебрачных рождений, % к числу рождений в каждой возрастной группе

Возрастные группы матерей, лет	1959	1966
15—19	24,0	24,1
20—24	12,0	9,1
25—29	12,6	10,7
30—34	18,6	15,7
35—39	26,1	26,8
40—44	22,0	31,3
15—49	15,0	12,5

зал, что при первых родах имеются наибольшая вероятность их неблагоприятного исхода, более высокая перинатальная смертность и более высокая детская смертность среди первых детей.

Количество внебрачных рождений неодинаково среди разных возрастных групп. По данным М. Тольц, внебрачные рождения чаще

отмечаются в возрасте до 19 и после 30 лет (табл. 14).

Следует помнить, что минимальная смертность наблюдается у детей, рожденных матерями 26—30-летнего возраста, максимальная — у детей, матери которых старше 45 лет. А. Ошрон отмечает, что с точки зрения охраны здоровья матери и ребенка оптимальный возраст деторождения находится в пределах от 20 до 35 лет. Аналогичного мнения придерживаются и К. Mehlan, D. Hertman и др. По мнению А. А. Летучих, Т. В. Бокаревой, Л. Г. Край, аномалии родовой деятельности диагностированы у первородящих старше 35 лет в 10 раз, а у повторно родящих — в 3 раза чаще, чем у молодых рожениц¹.

Как уже было сказано выше, течение беременности у незамужних матерей часто осложняется угрожающим абортom или угрозой позднего выкидыша. Изучение дальнейшего течения беременности и родов у женщин, перенесших угрожающий аборт, выявило высокую частоту осложнений у этого контингента женщин, особенно в тех случаях, когда беременность заканчивалась преждевременными родами. В 1978 г. Г. С. Мучневым и О. Г. Фроловой было проведено комплексное исследование, в задачи которого входил анализ уровня перинатальной смертности в зависимости от возраста, семейного положения женщин и числа наблюдений в женской консультации. Уровень перинатальной смертности у замужних женщин во всех возрастах оказался ниже, чем у оди-

¹ См.: Летучих А. А., Бокарева Т. В., Край Л. Г. Особенности течения беременности и родов у рожениц старших возрастных групп. — Вопросы охраны материнства и детства, 1978, № 11, с. 15.

ноких. Разница в уровнях перинатальной смертности наименьшая в возрасте 20—30 лет. Использование дисперсионного анализа показало, что семейное положение женщины сокращает уровень перинатальной смертности (табл. 15).

Таблица 15

Перинатальная смертность (на 1000 родов) в зависимости от возраста, семейного положения и числа наблюдений в женской консультации*

Возраст, лет	Семейное положение	Не наблюдались	Наблюдались, число раз			Всего
			до 3	4—6	7—12	
До 20	Одинокие	56,7	51,2	47,3	39,6	35,3
	Замужем	48,9	45,1	30,6	21,3	26,9
21—25	Одинокие	51,3	49,6	23,9	19,2	29,9
	Замужем	40,1	30,8	21,3	14,1	20,7
26—30	Одинокие	53,9	49,9	31,8	22,3	32,3
	Замужем	49,4	31,6	23,1	18,1	25,8
31—35	Одинокие	63,2	52,1	38,2	26,2	37,4
	Замужем	55,8	33,1	28,6	25,3	27,9
36—40	Одинокие	69,8	57,3	46,6	29,8	55,3
	Замужем	57,1	48,8	32,2	29,1	47,1
Все возраста	Одинокие	62,7	53,3	48,2	29,8	32,8
	Замужем	51,3	37,3	35,1	20,6	23,4

* Мучнев Г. С., Фролова О. Г. Охрана здоровья плода и новорожденного в СССР. М., 1979, с. 302.

Как видно из табл. 15, во всех возрастных группах прослеживается зависимость уровня перинатальной смертности от брачно-семейного положения женщины.

Эти данные подтверждают и исследования зарубежных авторов. Так, например, в 1972—1977 гг. в г. Балтиморе было проведено исследование, целью которого было изучение связи между рождаемостью детей с малой массой тела и возрастом, образованием, числом предыдущих беременностей и семейным положением матери. Согласно полученным данным наиболее существенное влияние на динамику увеличения частоты рождений недоношенных детей оказала повышенная доля среди рожениц незамужних матерей.

В исследованиях, проведенных в Новой Зеландии, также отмечено, что риск смерти в период рождения наиболее высок в начале и в конце детородного возраста, а также при внебрачной беременности.

В нашей стране частота заключенных браков как никогда ранее велика, причем значительно снизился сред-

ний возраст вступления в брак (с 26 лет в 1960 г. до 22 лет в 1980 г. для девушек). Вероятно, в этом и кроется одна из причин некоторой дестабилизации браков. Однако было бы ошибкой не замечать отрицательных тенденций в содержании внебрачных отношений. Никуда не уйти от того факта, что интимные отношения между мужчиной и женщиной вышли за границы брака и иногда следствием таких отношений становится рождение детей.

Вспомним, что В. И. Ленин, резко критикуя мелкобуржуазные, мещанские представления о «свободной любви», указывал на то, что «в половой жизни проявляется не только данное природой, но и привнесенное культурой, будь оно возвышенно или низко»¹.

Семья без детей — это еще не семья. И понятие «внебрачная семья» возникает лишь тогда, когда интимные отношения между мужчиной и женщиной приводят к рождению ребенка.

Однако «брачная» и «внебрачная» семья даже на протяжении сравнительно непродолжительного исторического периода времени имела различную социальную, моральную, юридическую, правовую основу. Семья, как и многие другие социальные институты, не есть каким-то образом раз навсегда данная и неизменная: она развивается подобно всем иным социальным процессам.

К. Маркс писал, что семья «должна развиваться по мере того, как развивается общество, и должна изменяться по мере того, как изменяется общество, точно так же как это было и в прошлом. Она представляет собою продукт общественной системы»².

Изменилась ли в век научно-технической революции семья настолько, что ее основная функция и цель — рождение и воспитание детей — переходит в область внебрачных отношений, к матерям-одиночкам и детям, не знающим, кто их отец и где он?

Разумеется, нет. Напротив, значение семьи, ее общественные функции и функции по возобновлению здоровых поколений в социалистическом обществе очень возросли. Об этом, в частности, свидетельствует постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей» (1981 г.). Наши государственные интересы, этика и мораль направлены на упрочение и укрепление семьи — семьи брачной, в которой было бы счастливое материнст-

¹ Воспоминание о Владимире Ильиче Ленине, т. 5. М., 1979, с. 46.

² Архив Маркса и Энгельса, т. IX. М., 1941, с. 37.

во, семейное счастье, любовь, уважение, взаимопомощь. Иначе говоря, семья призвана сохранять и умножать те гуманные социальные принципы, на которых зиждется наш общественный строй.

Поэтому не может быть двух мнений относительно того, какая сегодня нужна семья — брачная или внебрачная. Пропагандировать, культивировать, утверждать всячески необходимо здоровую, брачную семью, имеющую минимум двоих или троих детей; это также нужно для личного счастья не только тех, кто сегодня вступает в брак, но и их детей, будущих поколений.

Такая концепция имеет историческую, экономическую, социальную, демографическую, медицинскую и правовую основу. Однако нельзя отрицать и того, что внебрачные рождения имеют место.

Изучив внимательно материалы выборочного обследования и сопоставив их с другими демографическими данными, можно отметить, что в тех регионах, где высокая миграционная подвижность населения (Сибирь, Дальний Восток), выше частота внебрачных рождений. Повсеместно внебрачные рождения выше в сельской местности — результат диспропорции в половом и возрастном составе населения.

О влиянии данного демографического фактора на частоту внебрачных рождений следует остановиться подробнее.

Состав населения по полу и возрасту на определенный момент включает в себе предшествующую демографическую историю, причем не одного, а нескольких поколений.

В России начала XIX в. отмечались существенные различия в половом составе населения в разрезе отдельных губерний. В Ярославской, Костромской, Пермской, Вологодской, Архангельской, Владимирской губерниях отмечалось численное преимущество женщин: на каждые 100 мужчин приходилось от 115 до 106 женщин. На юге России, где быстрыми темпами стали расти города и развиваться промышленность, перевес мужского населения над женским составлял более 10%. О внебрачных рождениях той поры статистика нам не оставила никаких следов, но, безусловно, они были, ведь диспропорция полов — первейшая предпосылка внебрачных рождений. По данным переписи населения 1897 г. в среднем на 100 мужчин приходилось 104 женщины, а по переписи 1926 г. — почти 107 женщин (48,3% мужчин и 51,7% женщин). Численное преобладание женщин над мужчинами возросло: перепись

населения 1939 г. зафиксировала: на 100 мужчин в среднем приходилось 108,6 женщины.

Всем известно, какие большие потери населения, особенно мужской его части, понесла наша страна в годы Великой Отечественной войны. По переписи населения 1959 г. на каждые 100 мужчин приходилось 122 женщины, или было 45% мужчин и 55% женщин. Не всем женщинам «хватало» мужчин, особенно в брачном возрасте, и часть из них, не имея возможности выйти замуж, удовлетворяла свое естественное стремление иметь ребенка вне брака.

После войны минуло почти 40 лет, за эти годы выросло новое поколение, составляющее значительную часть населения страны. Весь этот период характеризовался, если можно так выразиться, нормальным ритмом демографического развития. Восстановилось ли численное соотношение полов? Нет, этого не произошло. Средние данные о том, что до 45 лет соотношение полов выравнивалось полностью, проблему не решает: ведь при рождении на 100 девочек приходится 105 мальчиков, и этот мужской перевес уравнивается «дефицитом» мужчин после 25-летнего возраста. Причем с возрастом этот дефицит увеличивается.

По переписи населения 1979 г. было учтено 122,4 млн. мужчин и 140,0 млн. женщин: численное преобладание женщин составило 17,6 млн. человек (против 20,7 млн. по переписи 1959 г. и 18,6 млн. по переписи 1970 г.). Этот дефицит — следствие более низкой средней продолжительности жизни мужчин (на 10 лет) по сравнению с женщинами, поэтому нельзя надеяться на нормализацию пропорций между полами, особенно в возрасте старше 30 лет. А ведь именно в этом возрасте чаще всего бывают внебрачные дети. Причем в сельской местности частота внебрачных рождений в молодых возрастах выше, чем в городах. Этот факт находится в прямой зависимости от особенностей возрастного-полового состава в городской и сельской местности.

Однако здесь дело не только в том, что происходит миграция молодежи с преобладанием из сел в города, но также и в том, что там, где подвижное население, выше вероятность случайных связей и как следствие этого выше частота внебрачных рождений.

Диспропорция полов — важнейший фактор внебрачных рождений. Численность женщин в стране, как было указано, превышает численность мужчин на 17,6 млн. Потен-

циально некоторые женщины могут стать матерями, но супругов для них не хватает; каков выход? Часть из них рожают детей вне брака.

Внебрачная рождаемость тесно связана с проблемой одиночества. Сегодня в стране вдовых, разведенных, одиноких, никогда не вступавших в брак в возрасте старше 20 лет более 50 млн. Поскольку в составе населения «избыток» женщин, понятно, что в числе одиноких они преобладают. Некоторые брачные союзы не состоятся из-за того, что люди не могут, как говорят, найти друг друга. Можно только надеяться, что получившая распространение в стране служба знакомств в какой-то мере сгладит остроту этой проблемы. Но жизнь не останавливается, законы природы диктуют необходимость продолжить свое существование в детях. Женщины, особенно старше 30—35 лет, готовы смириться с отсутствием супруга, но в большинстве своем — ни за что с отсутствием радости материнства. В результате отмечается некоторый рост внебрачных рождений. Сакраментальный вопрос: хорошо это или плохо? Смотря с какой точки зрения его рассматривать. С демографических позиций внебрачная рождаемость по отношению ко всей рождаемости дает существенную прибавку — около 500 тыс. рождений ежегодно. Если учесть, что доля внебрачных рождений особенно высока там, где общая рождаемость низка (это центральные области Российской Федерации, Украина, Прибалтика), становится понятным значение внебрачных рождений в качестве альтернативы еще более сильного падения рождаемости.

Однако было бы неправильным рассматривать внебрачную рождаемость лишь с количественной точки зрения — рождение ребенка вне брака влечет за собой целый ряд социально-гигиенических последствий. Здесь, как говорят медики, большое значение имеют «факторы риска» и для здоровья матери, и для нормального физического и психического развития ребенка. В период беременности мать, как правило, находится в стрессовой ситуации. Часто приходится скрывать свою беременность, а рождение ребенка держать в тайне. Условия вскармливания, уход, внимание к ребенку у внебрачной матери в среднем менее благоприятны, чем в полных семьях.

Небезынтересно рассмотреть вопрос о соотношении полов среди «брачных» и «внебрачных» рождений. Многие исследователи прошлого (Ю. Э. Янсон, Х. Бернули, Г. Ф. Меейр) обратили внимание на то, что среди «незаконнорожденных» наблюдается меньшее преобладание мальчиков (превышение составляло не 6, а 3%). Перечис-

лялись даже причины такого факта: психическое состояние женщины, питание женщины, замужняя женщина желает в основном мальчика, незамужняя женщина находится в состоянии раскаяния и равнодушия к полу ожидаемого ребенка.

Объяснить этот факт исходя из того, что он в действительности имеет место, можно тем, что у женщин, не состоящих в браке, чаще случаются выкидыши и мертворождения, среди которых преобладают мальчики, и, следовательно, соотношение полов среди рожденных детей вне брака, имеет менее значительное превышение мальчиков (на 100 девочек — 102—103 мальчика), тогда как обычная пропорция — 100:105.

Частота внебрачных рождений детерминирована социальными условиями, это безусловно, так же как и брак, его юридические, моральные, этические основы являются производными социального развития. Однако возобновление каждого вида в своем потомстве, т. е. рождение новых поколений, присуще всему живому и является основой жизни. Без этого биологического феномена жизнь не могла бы возникнуть и не могла бы продолжаться.

Человек, познав последствия половых отношений, создал условия для пассивного или активного влияния на рождение потомства. Однако этим он не отменил биологической основы жизни — закона сохранения вида, инстинкта материнства, родительства. Формы и условия размножения человека меняются под воздействием социальных условий, однако их биологическая сущность остается неизменной. Эту биологическую сущность, т. е. природу человека, надо сохранять во имя воспроизводства и продолжения жизни; регулировать рождаемость посредством социальных механизмов надо не вопреки, разумеется, воле человека и биологическим закономерностям, а ради жизни, здоровья и счастья людей.

Как уже было сказано, в стране рождаются внебрачные дети ежегодно, однако до последнего времени явление это не исследовано ни с социально-экономической, ни с демографической, ни с социально-гигиенической точек зрения. Официальная статистика явно недостаточна для того, чтобы ответить на многие вопросы, представляющие как научно-теоретический, так и практический интерес.

Каков, например, возраст, образование, профессия, условия труда и быта женщин, родивших детей вне брака, каковы мотивы такого демографического поведения, каково здоровье ребенка и условия ухода за ним, отношение

родственников и окружающих к матери? На эти и другие вопросы мы пытались ответить с помощью «Карты-анкеты опроса женщины, родившей ребенка вне брака».

Этот документ состоит из двух частей. В первую часть, которая заполнялась на основании объективных данных, зафиксированных в индивидуальной карте роженицы, были занесены сведения о течении беременности и родов, их исходе, сроках беременности, состоянии здоровья матери и ребенка, очередность беременности и т. д.

Во вторую часть карты заносились сведения субъективного характера, полученные путем подробного интервьюирования женщины, родившей ребенка вне брака. Интервьюирование проводилось либо в районной женской консультации, либо на дому. Работа эта оказалась исключительно трудоемкой: врач Л. А. Башвеева и аспирантка МГУ Ф. А. Ибрагимова в течение дня могли опросить не более 4—6 женщин, заполнив на них обе части карты-анкеты. Здесь приводятся результаты пилотажного обследования 100 женщин, родивших детей вне брака.

О чем же поведал нам этот опрос женщин? Листаем карты-анкеты.

Перед нами данные женщины 24 лет, образование начальное, работает в промышленности, занята легким физическим трудом. Осмотр врачей показал, что женщина практически здорова. Иначе говоря, не установлено наличие хронических заболеваний. В течение всей беременности не находилась под наблюдением женской консультации, т. е. скрывала свою беременность перед врачами и, вероятно, от окружающих. Тем не менее, как свидетельствует медицинская документация, роды произошли в срок и ребенок родился доношенным и здоровым. На вопрос, какие мотивы побудили молодую женщину родить ребенка, не будучи в зарегистрированном браке, последовал ответ, что такое решение было обдуманным и сознательным и что вызвано оно было стремлением удовлетворить потребность в материнстве.

У внебрачной матери были большие неприятности и тяжелые переживания во время беременности. Они тяготели над ней и на работе, и дома. Переживания были связаны не только с кажущимся осуждением окружающих, но и с ее собственными гнетущими мыслями о настоящем и будущем. Мать вместе со своим ребенком живет в квартире многосемейного заселения. Она знает, кто отец ребенка, однако сама (?) не желает зарегистрировать с ним юридический брак. Не случайно после слова «сама» поставлен вопросительный знак: не только данная, но подав-

ляющее большинство опрошиваемых женщин настойчиво утверждали и убеждали интервьюеров, что брак не был зарегистрирован не из-за того, что отец отказался от этого шага, а вследствие их собственного нежелания. Мотивы были разные, но, как удалось выяснить, ведущим мотивом была женская гордость, нежелание признать свою опрометчивость, доверчивость или признать себя обманутой.

На основании рассматривания одной лишь карты-анкеты мы пытались представить, расшифровать наиболее типичные черты, характерные для внебрачной матери в возрастной группе 20—24 года. В нашем, пока что очень небольшом обследовании это был наиболее частый возраст среди женщин, родивших детей вне брака. И среди брачных пар наибольшая частота рождаемости приходится на возрастную группу женщин 20—24 года. Чем же объяснить, что некоторая часть из них решает родить ребенка, не будучи в зарегистрированном браке? Ведь это еще не тот возраст, когда утрачены все надежды на создание семьи, а внебрачный ребенок — это единственная альтернатива одиночеству.

Другое дело — незамужняя женщина в возрасте старше 35 лет. Здесь иные мотивы, побуждающие женщину иметь ребенка вне брака. И все же можно усмотреть ряд особенностей среди внебрачных матерей в возрасте 20—24 года. Прежде всего большинство из них имеют неполное среднее и среднее образование, заняты преимущественно физическим трудом, как правило, воспитание получили в неполных семьях (без отца), живут отдельно от родителей. Последнее обстоятельство играет немаловажную роль в формировании отношения молодой женщины к семье, браку, рождению детей.

Подавляющее большинство опрошенных этого контингента женщин (80%) отмечали неудовлетворительное материальное положение и обращались с просьбой, чтобы каким-то путем способствовать его улучшению. На вопрос о том, если бы Вам были созданы наиболее благоприятные условия, решились бы Вы родить еще ребенка вне брака, 90% женщин дали отрицательный ответ. А из этого можно предположить, что все же внебрачные рождения среди молодого контингента женщин едва ли являлись желанными и осознанными, как об этом утверждали респондентки. Скорее всего это их убеждение (осознание) в период опроса было не таким, как в то время, когда решался вопрос, быть или не быть ребенку, у которого не будет «законного» отца. Здесь, по всей вероятности, в сознании женщин поменялись местами причины и следст-

вия, и объективную реальность они считают как осознанную необходимость.

Мы привели лишь общие и первые впечатления проводимого лабораторией медицинской демографии опроса женщин, родивших детей вне брака. Можно надеяться, что завершение этого исследования и его детальный анализ позволят ответить на многие важные вопросы, связанные с внебрачной рождаемостью. Цель же настоящего сообщения состояла в том, чтобы привлечь внимание к этой сложной и, я бы сказал, острой демографической, социально-гигиенической и медицинской проблеме, которая оказывает все более серьезное влияние на характер воспроизводства населения, особенно с точки зрения перспектив развития брачно-семейных отношений и здоровья будущих поколений людей.

«Семья, — пишет Милан Босанац, — такая, какой она складывается вопреки сильному нажиму различных угрожающих ей разрушительных сил, проявляет такую жизнестойкость и такую способность приспособления к новым общественным условиям, что можно считать полезным любой вклад, сделанный для ее стабилизации. Вопрос стоит лишь о формах и о средствах общественного вмешательства»¹. С этим положением трудно не согласиться. Однако далее автор выдвигает весьма дискуссионное утверждение, а именно, что основа семьи, на которой она реально зиждется, на которую она все больше опирается, — это не брак. С подобным утверждением согласиться нельзя и можно привести достаточное количество неопровержимых фактов. Известно, что нестабильность браков является доминирующим фактором в снижении рождаемости. Противоречия между семьей и браком как социальным институтом и индивидуальным противоборством между супругами, с одной стороны, родителями и детьми — с другой, приводят к стрессовому состоянию всех членов семьи и пагубно сказываются на здоровье, психологическом климате в семье, что в конечном итоге отрицательно влияет на воспитание детей и их социальную активность.

Быть сторонником здоровой брачной семьи, в которой двое или трое детей и где царят любовь, согласие и взаимопонимание, вовсе не дает основания для того, чтобы относиться отрицательно к внебрачной матери и детям, рожденным вне брака. Однако если поставить вопрос так: что лучше для здоровья, воспитания, благополучия и ма-

тери, и ребенка, и отца — брачная или внебрачная семья, вероятно, все же следует ответить — брачная семья! На ее стабилизацию, утверждение, несмотря на временные некоторые негативные тенденции, следует направить всю нашу научную работу. За такой семьей будущее, поскольку ее социальная и биологическая основа гармонично сочетаются, поскольку воспроизводство новых здоровых поколений возможно только в здоровой и полной семье.

3. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АБОРТОВ

Индивидуальная половая связь под влиянием социально-экономических условий осуществляется в моногамном браке. Внебрачные связи и внебрачная рождаемость, сопутствующие этому браку, были как исключение из правил; моногамная семья прочно себя утвердила во всех цивилизованных странах.

Анализ культурно-психологических условий, способствующих сокращению рождений и применяемых при этом средств и методов, мог бы быть предметом специального исследования о демографической истории человечества. Мы перед собой поставили более узкую задачу, тем не менее укажем, что, по-видимому, в древности единственным способом опраничения рождаемости была практика умерщвления рождающихся младенцев. Позднее, уже в эпоху Римской империи, появились механические способы плодизгнания. Отношение к механическому плодизгнанию, или искусственному прерыванию беременности (аборту), было различным в разные исторические периоды в зависимости от политики в области народонаселения, которую проводили правительства.

В Европе строгие преследования за аборт, вплоть до смертной казни, впервые осуществлялись в Швеции еще в XVIII в. Вместе с тем в этой стране существовал неписаный закон, согласно которому два врача имели право разрешить аборт по медицинским показаниям в случаях, когда продолжение беременности угрожало жизни или здоровью матери.

В Англии законы о запрещении аборта относятся к началу XIX в. Однако еще на три столетия раньше уголовное законодательство Карла V (Германия) наказывало за производство аборта не только женщину, но и ее мужа смертной казнью.

В Испании, где сильное влияние имела римско-католическая церковь, аборт и сознательное предупреждение бес-

¹ Босанац М. Внебрачная семья. М., 1981, с. 202.

ременности с помощью противозачаточных средств были запрещены специальным законом в 1870 г.

В дореволюционной России производство аборта было также запрещено. Прогрессивная часть земских врачей требовала расширения медицинских показаний, разрешающих производство аборта, введения специальных к нему показаний, организации дела охраны матери и ребенка и отмены наказания самой матери.

На XII Пироговском съезде врачей в 1913 г. проблема аборта была пропрограмным вопросом повестки дня.

Ряд выступавших врачей требовали легализации аборта в качестве средства понижения рождаемости с целью улучшения материального положения и условий жизни широких трудящихся масс. Против такой неомальтузианской трактовки этого вопроса возражал В. И. Ленин, выступивший с резкой статьей, опубликованной в газете «Правда» 16 июня 1913 г. В. И. Ленин писал: «Вот почему — и только поэтому — мы безусловные враги неомальтузианства... Разумеется, это несколько не мешает нам требовать безусловной отмены всех законов, преследующих аборт или за распространение медицинских сочинений о предохранительных мерах и т. п. Такие законы — одно лицемерие господствующих классов. Эти законы не исцеляют болячек капитализма, а превращают их в особенно злокачественные, особенно тяжелые для угнетенных масс. Одно дело — свобода медицинской пропаганды и охрана азбучных демократических прав гражданина и гражданки. Другое дело — социальное учение неомальтузианства»¹.

После первой мировой войны, когда в большинстве европейских стран образовались демографические ямы и провалы, а милитаристский запал капиталистических стран связывал свою военную мощь с большим числом подданных, повсеместно ужесточились законы, преследовавшие за производство аборта и распространение контрацептивных средств. Это был период так называемой популяционистской политики в европейских капиталистических странах. И лишь одна молодая Советская Республика легализовала аборт по медицинским и социальным показаниям. Об этом гласит постановление Наркомздрава и Наркомюста от 28 ноября 1920 г. «О легализации аборта»².

В преамбуле указанного постановления обращалось внимание на то, что за последнее десятилетие как в стра-

нах Запада, так и в России значительно увеличилось число женщин, прибегающих к искусственному прерыванию беременности (аборту). Однако наказания за эти действия не дали положительных результатов: такой метод борьбы с абортами привел к тому, что резко возросли случаи нелегальных аборт и женщина стала жертвой корыстных и невежественных шарлатанов. Наркомздрав и Наркомюст постановили: 1) допустить бесплатное и свободное производство аборта в обстановке, где обеспечивается его максимальная безвредность; 2) запретить производство аборта кому бы то ни было, кроме врача; 3) виновных в производстве этой операции акушеров или бабок лишать права практики и привлекать к суду; 4) врача, произведшего операцию плодоизгнания в порядке частной практики и с корыстной целью, привлекать к суду.

О том, что аборт вреден, написано огромное количество научных и популярных книг, брошюр, статей. Большинство медиков считают аборт биологической травмой, в результате которой могут нарушаться эндокринные и нервно-регуляторные функции женского организма.

В обстоятельной монографии Е. А. Садвокасовой¹, являющейся, пожалуй, единственной по социально-гигиеническому аспектам аборта, приведены подробные сведения о влиянии аборта на здоровье женщины, о причинах аборта в СССР и мерах по их снижению. Всех интересующихся проблемой аборта рекомендуем ознакомиться с этой интересной книгой, поскольку за последние 10—12 лет ничего нового по этой проблеме не издано. Здесь же остановимся на анализе последних статистических данных о распространенности и причинах аборта в настоящее время. Количество легальных искусственных аборт, производимых в различных странах мира, зависит не только от наличия, эффективности и пропаганды средств контрацепции, но и от законодательства в отношении аборт. Количество криминальных аборт может быть оценено только приблизительно, с чем, по-видимому, и связаны столь большие различия в оценке числа аборт по странам. Законодательства об абортах в одних странах разрешают аборт по медицинским показаниям, в других — по медицинским и социальным причинам, в третьих — полностью их запрещают.

Проблема аборта в капиталистических странах, где существует на него запрет, не менее остра, чем это было

¹ Ленин В. И. Полн. собр. соч., т. 23, с. 257.

² См.: Постановление КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М., 1958, с. 63.

¹ См.: Садвокасова Е. А. Социально-гигиенические аспекты регулирования размеров семьи. М., 1969.

в довоенный период. Особенно тревожное положение с распространением искусственных абортов в странах Латинской Америки. Об этом сообщалось в журнале «Здоровье мира» (1982, № 11). Несмотря на официальный запрет, аборт остается одним из наиболее широко используемых методов (а, возможно, и самым распространенным) контроля над рождаемостью в странах этого континента. Широкому применению противозачаточных средств и отмене закона о запрете аборта мешают религиозные догмы. Женщинам, желающим избежать позора, связанного с рождением незаконного ребенка, а также хлопот по содержанию еще одного члена и без того бедной семьи, не остается ничего иного, как обратиться за помощью к тем, кто делает подпольные аборты. Условия, в которых производятся многие из таких абортов, вызывают ужас. Как правило, их производят без дезинфекции или стерилизации, следствием чего являются многочисленные случаи сепсиса, абсцессов и перитонита. Многие женщины утрачивают способность к последующему нормальному деторождению. Лечение последствий нелегальных абортов — тяжелое бремя для служб здравоохранения Латинской Америки.

Советское законодательство в отношении искусственного прерывания беременности менялось. С 1920 по 1936 г. действовало законодательство о бесплатном и свободном производстве абортов в больничных условиях. В 1936 г. производство искусственных абортов было запрещено (кроме абортов по медицинским показаниям). По данным Е. А. Садвокасовой, Ш. И. Шлиндмана и П. П. Звидриньша, уже в 1937 г. число искусственных абортов в городах СССР уменьшилось в 3 раза, а в селах — в 4 раза.

Однако следует учесть, что в условиях запрещения искусственных абортов точный их учет невозможен, так как увеличивается число криминальных абортов. С 1936 по 1955 г. рост криминальных абортов способствовал росту числа послеабортных заболеваний. Резко увеличилась заболеваемость и от абортов. В 1955 г. Указом Президиума Верховного Совета СССР было разрешено проведение искусственного аборта в медицинских учреждениях. В связи с этим одновременно с резким падением числа внебольничных абортов отмечается и постепенное снижение летальности в результате абортов. Так, по данным С. Г. Хаскина, летальность после абортов в 1955 г. составляла 0,146%, в 1956 г. — 0,11, в 1960 г. — 0,08, в 1965 г. — 0,06%.

По другим данным общее число осложнений после

аборта доходит до 30%, а у первобеременных — до 45%¹. Свыше 50% случаев вторичного бесплодия у женщин обусловлено заболеваниями после искусственного аборта. А. М. Лехтер, Ш. И. Шлиндман считают, что аборты занимают первое место среди причин вторичного бесплодия (особенно эндокринных форм). Все авторы указывают на особую опасность для здоровья женщин прерывания первой беременности, которое часто приводит к стойкому (т. е. неустраняемому) бесплодию. Как отмечают В. С. Калужная, Е. А. Озолинь и др., нарушения детородной функции выражается не только в полном бесплодии, но и в снижении или замедлении этой функции в течение 1,5—2,5 лет после аборта у женщин, не применяющих противозачаточные средства. Искусственные аборты влияют на течение и исход последующих беременностей, на здоровье будущего потомства и таким образом через уровень перинатальной смертности, недонашивания, мертворождаемости на численность поколения. По данным С. Г. Юрьевского, у женщин, имеющих в анамнезе аборт, часто возникают воспалительные процессы, в связи с чем кровотечения в последующих родах у них встречаются в 5 раз чаще, а аномалии плаценты (приращение, предлежание) — тяжелые осложнения, опасные для матери и плода, — в 4 раза чаще, чем у женщин, не имевших абортов.

Аборт ведет к расстройствам менструальной функции, в одних случаях это носит временный характер (12%), в других — более стойкий — (6%), а также к длительным функциональным заболеваниям яичников, что вынуждает женщин отказаться от деторождения.

Многие авторы считают, что ни одно оперативное вмешательство не сопряжено с такой опасностью для здоровья женщины, как искусственное прерывание беременности. Это всегда серьезная травма для организма, в котором происходит перестройка в связи с возникшей беременностью. Искусственный аборт отрицательно влияет не только на половую систему женщины. По мнению В. П. Бахур, аборт приводит к эмоциональному стрессу, который нарушает течение психических процессов, оказывает влияние на функцию всех желез внутренней секреции.

Однако, несмотря на указанные и многие другие неблагоприятные последствия для здоровья женщины, аборты имеют широкое распространение и представляют весьма острую медико-демографическую проблему. Прежде всего аборты — это альтернатива рождению ребенка.

¹ См.: Предупреждение беременности. М., 1978, с. 10.

Социологические обследования женщин в ряде социалистических стран показывают, что большинство женщин предпочитают планировать число детей еще до замужества, что связано с утвердившейся и господствующей психологической установкой, определяемой множеством факторов социально-экономического, психологического, правового и медицинского характера. Не только в СССР, но и в других социалистических странах женщина имеет право сознательно регулировать число рождений, поскольку общество создает для этого узаконенные организационные и материальные предпосылки. Большинство рождающихся детей, за редким исключением, являются желанными детьми.

Поскольку нелегальный аборт наносит ущерб здоровью женщин и даже угрожает их жизни, в европейских социалистических странах (за исключением Румынии и Албании) аборт по желанию женщин легализован. Однако легализация аборта отнюдь не означает, что общество сняло контроль с этой проблемы, напротив, легализация аборта является важной предпосылкой для целенаправленного регулирования рождаемости.

Легальное производство абортотворных средств по медицинским и социальным показаниям было разрешено: в Югославии — с 1952 г., в Болгарии, Венгрии, Польше — с 1956 г., в Румынии и Чехословакии — с 1957 г.

Основная цель, которую преследовали законы о разрешении абортотворных средств, было стремление исключить нелегальные аборты, сохранить здоровье женщины и обеспечить воспроизводство здоровых поколений.

В 30-е годы, например, в Чехословакии в результате нелегальных абортов умирали в среднем не менее 400 женщин в год. После легализации абортов в 60-е годы в ЧССР не было зарегистрировано ни одного случая смерти от последствий производства аборта.

В ГДР в 1950—1972 гг. аборт разрешался только по медицинским показаниям. Очень узкая трактовка некоторых правовых положений комиссией, разрешавшей аборты, приводила в прошлом к тому, что только в исключительных случаях на него давалось разрешение. Поэтому многие женщины, учитывая маловероятность получить такое разрешение, вообще отказывались подавать заявление в комиссию и пользовались нелегальными способами прерывания беременности. Несмотря на запрет абортов, уровень рождаемости в ГДР даже временно не поднялся. В 1970—1972 гг. естественный прирост в ГДР стал отрицательным или равным нулю. Партия и правительство ГДР обратили

особое внимание на эту проблему. В 1972 г. в ГДР был принят новый закон об абортах, в котором указано, что женщины могут сами принимать решение о сохранении или о прерывании беременности. Запрет на производство аборта в ГДР как мера, направленная на повышение рождаемости, не достиг цели и поэтому был отменен. В 1973 г. были проведены важные мероприятия экономического характера по улучшению положения работающих женщин, имеющих детей, а также молодоженов.

В ГДР широко распространено применение противозачаточных таблеток. В настоящее время их принимает почти каждая седьмая женщина в возрасте до 45 лет (главным образом женщины от 20 до 35 лет). По новому закону об абортах предусматривается бесплатная выдача таблеток по рецепту врача. В школах осуществляется половое воспитание, при этом школьники получают информацию и о контрацептивных методах. На наш взгляд, такая мера едва ли целесообразна.

В Румынии до 1966 г. аборты были также легализованы. В этот период началось падение рождаемости в стране. Чтобы не допустить продолжения такой тенденции, был принят закон о запрещении абортов по социальным показаниям. Одновременно государством были приняты меры экономического характера, направленные на увеличение помощи семьям с детьми. В результате в 1967 г. рождаемость резко повысилась: коэффициент рождаемости увеличился с 14,3‰ в 1966 г. до 27,4‰ в 1967 г. Однако уже с 1968 г. рождаемость стала уменьшаться и в 1973 г. коэффициент рождаемости составил 18,2‰, а в 1981 г. в Румынии рождаемость понизилась до 17,0‰.

Опыт многих стран, в том числе Румынии, показывает, что запрещение абортов не может изменить тенденции рождаемости, поскольку сам по себе аборт — это не причина снижения рождаемости, а средство ее регулирования.

Внутрисемейное планирование, невысокое качество контрацептивов и в ряде стран их недостаточная популярность отчасти объясняют массовый характер абортов. Так, в Польше их число возросло со 122 тыс. в 1957 г. до 214 тыс. в 1970 г. Коэффициент рождаемости за этот период снизился с 27,6 до 16,6‰. В Чехословакии за 1958 г. было сделано 89 076 абортов, а за 1972 г. — 119 630, т. е. на 100 рождений (живых и мертвых) приходилось соответственно 37,5 и 47 абортов. Анализ возрастной структуры женщин, прервавших беременность (Чехословакия),

который был проведен В. В. Бодровой¹, показывает, что средний возраст женщин понизился с 30,4 года в 1959—1962 гг. до 28,5 года в 1970—1972 гг.; кроме того, среди них увеличилась доля женщин в возрасте 20—24 лет и почти настолько же уменьшилась доля женщин в возрасте 30—34 лет. В возрастной группе 20—24 лет количество абортс увеличилось на 10,1%, а у женщин в возрасте 30—34 лет — уменьшилось на 7,2%; почти на 3% увеличилось количество абортс у женщин моложе 20 лет. В результате процент женщин, делающих абортс в более молодом возрасте, увеличился. В Венгрии в 1957 г. на 100 живых рождений приходилось 74 абортс, т. е. на 1000 женщин детородного возраста — почти 50 абортс, в 1970 г. — соответственно 127 и 72 абортс.

В социалистических странах борьба с абортс неотделима от проведения эффективной демографической политики, заботы о здоровье матери и ребенка. Например, в Венгрии вступило в силу важное решение о добрых консультациях: все венгерские граждане до бракосочетания должны явиться на консультацию по охране семьи и женщины, если им не исполнилось 35 лет. Консультацию в связи с бракосочетанием проводит консультативный орган по охране семьи или акушер-гинеколог поликлиники, если по месту жительства не работает консультация по охране семьи и женщины. Часто консультацию проводит участковый врач. Если бракосочетание не представляет свидетельство о посещении врача, загс отказывается от участия в бракосочетании. В Венгрии и в ряде других социалистических стран ставится задача обеспечить население лекарствами для прекращения бесплодия и контрацептивными средствами в необходимом количестве и нужного качества, с тем, чтобы нежелательные беременности были предотвращены, а не прекращены. В этом важном деле реализуется одна из профилактических задач. Комплекс мер, направленных на борьбу с абортс, привел к желаемым результатам: в социалистических странах, несмотря на то, что аборт легализован, из года в год наблюдается явная тенденция к их снижению.

Наука не перестает удивлять мир открытиями, а люди не перестают опаздывать с их осмысливанием и оценкой последствий. Намечается такого рода разрыв и в области технического обеспечения сознательного материнства. Можно согласиться с теми, кто, говоря об «индустриальной революции нынешнего века», наряду с реактивными

двигателями и вычислительными машинами называет также новые противозачаточные средства.

За последние годы созданы и получили распространение предупредительные таблетки «Антигест» (ЧССР), «Эновид» (США) и др. Правительственные органы многих стран после проверок и перепроверок констатировали эффективность и безвредность этих средств. К аналогичным выводам пришла международная комиссия экспертов при Всемирной организации здравоохранения. В Советском Союзе промышленное получение аналогичных препаратов разрабатывается во Всесоюзном химико-фармацевтическом институте.

Многие развивающиеся страны осуществляют у себя политику ограничения рождаемости. Понятно, что здесь приветствовали появление таблеток, однако их распространение встретило препятствия. Прежде всего это связано с отсутствием элементарных медицинских познаний, что исключает постановку вопроса о сознательном материнстве. Это паутина обычаев, традиций и предрассудков. Это и внутреннее сопротивление вмешательству извне в интимные отношения. Наконец, это и стоимость таблеток, которая не по карману значительной части населения Азии или Африки.

Однако в последнее время появилась еще более радикальная новинка, породившая новые надежды на возможность сознательного регулирования рождаемости. По мнению английского еженедельника «Нью-стейтсмен», она «станет, по всей вероятности, главным средством контроля рождаемости во всем мире». Речь идет о незатейливом изделии из мягкой пластмассы в форме спирали или колечка «внутриматочное (противозачаточное) средство» — ВС. ВС обладает по сравнению с таблетками значительными преимуществами. В массовом производстве оно стоит чрезвычайно дешево. Процедура его установки не является сложной, хотя для этого и нужен врач. ВС может оставаться в организме долгое время, не причиняя неудобств. «ВС рассматривают как весьма многообещающее условие успеха программ по контролю над населением в развивающихся странах. Дело в том, что из всех до сих пор применявшихся методов он один оказался приемлемым и доступным самым различным людям — образованным и необразованным, горожанам и крестьянам, бизнесменам и нищим батракам».

В Индии запланировано за пять лет распространить 20 млн. ВС, которые Индийский совет по медицинским ис-

¹ Здравоохранение Российской Федерации, 1975, № 5, с. 34—40.

следованиям объявил «безопасными, эффективными и приемлемыми».

Появление и распространение названных новинок происходит под гул словесных баталий между сторонниками и противниками медицинского прогресса в этой области. Самым энергичным противником выступает католическая церковь. Она против вмешательства в «волю божью», предписавшую людям «плодиться и размножаться». 83 лауреата Нобелевской премии просили папу пересмотреть позицию Ватикана, но он неумолим.

Другие противники противозачаточных средств высказывают опасения относительно отрицательного влияния новинок на уровень рождаемости в тех странах, где проблема народонаселения существует, так сказать, «с обратной стороной» и где рождаемость поощряется. Им возражают, указывая на то, что ни таблетки, ни ВС не мешают появлению желанных детей. Ведь эти средства предупреждают не беременность, а аборт и, следовательно, являются гуманным изобретением, стоящим на страже здоровья женщины. Спросите об этом посетительниц «черного подъезда» родильного дома. Их много. Слишком много... Видимо, в странах с высоким культурным уровнем вряд ли следует ожидать неблагоприятного влияния таблеток и ВС на демографическую ситуацию, но обоснованно ожидать резкого сокращения числа абортов, а значит, и отрицательных их последствий (бесплодия и т. д.).

Несомненно, однако, что и таблетки, и простенькая пластмассовая спираль наполнены большой социальной «взрывчаткой». Высказываются опасения, что их распространение повлечет за собой падение нравов. «Не приведут ли таблетки к сексуальной анархии?» — спрашивают некоторые. На это возражают, что речь идет о завершении женской эмансипации.

Представляется своевременным попытаться разглядеть сейчас их демографические, нравственные и медицинские последствия. Улучшение состояния здоровья женщин является важным аспектом демографической политики, резервом повышения рождаемости. Ранее уже обращалось внимание на то, что здоровье женщины и здоровье потомства неотделимы друг от друга.

«Кроме того, — как указывает И. А. Мануилова, — в настоящее время определены группы женщин «повышенного риска», наступление беременности у которых оказывает неблагоприятное влияние на состояние их здоровья. Исследованиями последних лет установлено, что нежелательна беременность у женщин до 20 лет и старше

40 лет... Имеются данные о том, что роды с интервалом менее 2—2,5 года также отрицательно действуют на состояние здоровья женщины»¹. Исходя из этого расширяются показания к применению контрацептивных средств: в широком смысле слова их значение можно оценить с точки зрения профилактики ухудшения здоровья женщин и регуляции наступления беременности с учетом ее возраста, числа детей, интервалов между родами, состояния здоровья супружеских пар и т. д.

Сознательное отношение к рождению детей — феномен цивилизованности страны и важный фактор охраны здоровья матери и ребенка. Более того, этот тезис можно рассматривать как существенный фактор первичной медико-санитарной помощи, направленный на укрепление здоровья и обеспечение счастливой семейной жизни.

Таким образом, аборт, не являясь фактором снижения рождаемости, влияют на ее уровень через увеличение частоты невынашивания плода, вторичное бесплодие, рост гинекологической заболеваемости, при которой женщины вынуждены отказываться от рождения ребенка или откладывать его на неопределенный срок. Урон от искусственных абортов, помимо вышеперечисленных моментов, определяется также уровнем мертворождаемости, который в свою очередь во многом зависит от предшествующего акушерского анамнеза женщины.

Запрещение искусственных абортов само по себе не может привести к повышению рождаемости, поскольку аборт является лишь средством реализации потребности семьи в определенном числе детей. Показатели рождаемости обычно увеличиваются только в первые годы после запрещения абортов и то не всегда, а лишь в том случае, когда аборт — основной метод регулирования деторождения. Затем в случае отсутствия эффективных средств контрацепции или плохой их пропаганды женщины вынуждены прибегать к криминальным абортам, о вреде которых общеизвестно, и тем не менее женщины прибегают к ним довольно часто. О том, что аборт не является ни факторами, ни причиной снижения рождаемости, можно согласиться при условии, что меньшая распространенность искусственных абортов означает и малую распространенность вторичного бесплодия, гинекологических заболеваний, а значит, и большее число благополучных исходов в родах, улучшение здоровья женщин и их потомства.

¹ Мануилова И. А. Современные контрацептивные средства. М., 1983, с. 5.

Искусственные аборт, особенно первые, являются одним из важнейших факторов, влияющих на здоровье женщины, в частности, на ее репродуктивную функцию, и, как отмечает проф. О. Е. Чернецкий, в городских семьях фактор нездоровья является наиболее существенным при отказе от рождения очередного ребенка. По его расчетам брачная рождаемость в течение пяти первых лет брака в семьях, где один или оба супруга были нездоровы, оказалась ниже, чем в семьях со здоровыми мужем и женой. При заболеваниях жены брачная рождаемость была еще ниже.

О. Е. Чернецкий и другие исследователи предприняли попытку рассчитать экономические потери, которые несет государство от искусственных абортов. Несмотря на различную оценку стоимости производства одного аборта у разных авторов, все они сходятся во мнении, что при нынешней распространенности искусственных абортов как средства планирования семьи государство несет громадные материальные потери, а также в сокращении будущей рождаемости. Кроме того, нельзя не учитывать большого ущерба от абортов в связи с повышенной мертворождаемостью, недоношенностью, перинатальной смертностью. Как указывают эксперты ВОЗ, от течения перинатального периода, который длится около 15 недель, во многом зависят смертность на первом году жизни, а также многие болезни отдаленного будущего. Потери перинатального периода, по их определению, равны смертности со второй недели жизни и до 35—40 дней. Величина этих потерь тесно связана с состоянием здоровья женщин репродуктивного возраста, с их способностью рожать здоровых детей.

Комитет экспертов ВОЗ по охране материнства и детства пришел к выводу, что многодетность, короткие интервалы между родами, беременности на самом раннем или позднем отрезках репродуктивного периода увеличивают риск неблагоприятного исхода родов, ослабляют женский организм. Частая беременность оказывает специфическое влияние на физическое и психическое здоровье матери.

Искусственный аборт в настоящее время превратился в серьезную социально-гигиеническую и демографическую проблему. Опосредованно, через увеличение частоты невынашивания плода, вторичное бесплодие, рост мертворождаемости, рост гинекологической заболеваемости, при которой женщины вынуждены отказываться от рождения ребенка или откладывать его на неопределенный срок, аборты оказывают влияние на уровень рождаемости.

Искусственный аборт — наиболее распространенный метод регулирования деторождения. По материалам выборочных обследований, проведенных Н. А. Шнейдерман и А. А. Поповым, в 1982 г. на 100 родов приходилось 208 абортов. Этот показатель варьирует по регионам в довольно широких пределах. Так, в 34 регионах он выше среднего по РСФСР (на одни роды приходится более двух абортов). К этой группе относятся большинство территорий Сибири и Дальнего Востока и 14 территорий европейской части СССР. Наименьшее число абортов, приходящихся на 100 родов, зарегистрировано в автономных республиках Северо-Кавказского экономического района и Тувинской АССР — регионах, где преобладают многодетные семьи. Наихудшее соотношение между родами и абортами отмечено в Магаданской, Камчатской, Калининградской областях (почти три аборта на одни роды).

Выборочные обследования позволили также установить, что на тех территориях, где наиболее неблагоприятное соотношение родов и абортов, число осложнений беременности, родов и послеродового периода в расчете на 1000 женщин детородного возраста также выше. Анализ в региональном разрезе показал, что частота распространения искусственного аборта зависит от степени влияния следующих факторов: жилищно-бытовых условий, материального положения в семье, обеспеченности детскими учреждениями, отношениями между супругами, наличием числа детей в семье, возраста женщины и т. д. Соотношения между родами и абортами имеет широкую дифференциацию. Распространенность абортов колеблется от 1:2,7 (Алтайский край) до 1:5,9 (русские женщины г. Алматы). Причиной таких различий являются: 1) различная степень выраженности современного репродуктивного поведения, зависящая от социального статуса обследованной группы; 2) различная региональная выраженность факторов, определяющих степень распространенности аборта.

Частота аборта как метода внутрисемейной регуляции рождаемости находится в обратной зависимости от жилищных условий и уровня материального обеспечения. Некоторые авторы указывают на обратную зависимость распространенности искусственных абортов от местной обеспеченности детскими учреждениями. Если наступлению беременности сопутствует неблагоприятное сочетание ряда обстоятельств, таких, как плохие жилищные условия, низкий доход семьи, низкий уровень образования супругов, молодой возраст женщины, первые годы супружества, по-

вторная беременность (особенно, если первая закончилась родами), то риск искусственного прерывания ее в 3 раза больше, чем при более благоприятном сочетании указанных факторов. Внутрисемейная напряженность и пьянство мужа являются частой причиной аборта.

Использование методов и средств контрацепции находится в зависимости от социально-этнического и профессионального состава обследованной группы женщин, места жительства (город или сельская местность). То или иное сочетание этих факторов обуславливают причины неиспользования контрацептивных средств. Среди абортированных криминальным абортом показатель неиспользования контрацептивов достигает 80%. Уровень осведомленности женщин о самой возможности и способах контрацепции оказался прямо пропорциональным уровню их образования, возрасту, продолжительности супружеской жизни, числу произведенных аборт.

Искусственные аборты являются фактором роста акушерской патологии, недонашиваемости и мертворождаемости. Экономические потери от операции искусственного аборта по результатам исследования О. Е. Чернецкого составляют 25 руб. на один аборт. Уменьшение числа аборт значительно снизит нагрузку акушерско-гинекологической койки и обращаемость к врачам, поскольку на каждую женщину в связи с абортом приходится по 3—3,5 посещения в год.

Меры профилактики искусственного аборта, по существу, заключаются в перенесении акцента во внутрисемейной регуляции рождаемости на использование надежных контрацептивных средств, с одной стороны, и с другой — в демографической политике по регулированию рождаемости, которая, по сути, должна состоять в удовлетворении условий, при которых желаемое и идеальное число детей в семье совпадало бы, тем более, что в большинстве сформированных семей имеющееся число детей меньше идеального. Основная работа должна быть направлена на проведение разнообразных мероприятий по предупреждению аборт, по популяризации методов и средств контрацепции и существенного улучшения санитарно-просветительной работы в этой области. Некоторые авторы, исходя из опыта социалистических стран и учитывая экономические потери от искусственного аборт, рекомендуют распространение практики бесплатной или с частичной оплатой выдачи контрацептивов населению.

Распространенность внебольничных аборт требует своего объяснения, так как на первый взгляд в нашей

стране нет объективных причин для совершения криминальных аборт. Распространенность криминальных (внебольничных) аборт колеблется от 20 до 80% по отношению к общему числу произведенных аборт.

По выборочным исследованиям отношение криминальных аборт ко всем искусственным абортам составляет 1:2,7, а первую беременность прерывают посредством криминального аборт 70% девушек в городе и 90% — на селе.

Распространенность внебольничных аборт учитывается на основании госпитализации вследствие осложнений. С медицинской точки зрения эти показатели занижены. Это происходит в силу того, что не у всех женщин встречаются серьезные осложнения, потребовавшие их госпитализации. Кроме того, не все женщины с осложнениями попадают под врачебное наблюдение, используя самолечение.

Увеличение частоты искусственных аборт вообще и криминальных в частности наблюдается прежде всего в тех районах, где происходит переход от традиционных установок многодетности к современному типу малодетной семьи. Основной причиной этого является слабое внедрение в практику внутрисемейного регулирования рождаемости методов и средств контрацепции. Это прежде всего относится к автономным республикам РСФСР. Максимальная частота криминального аборт приходится на возрастные группы до 19 лет и 45—49 лет.

Первую беременность разрешают криминальным аборт 67% женщин, а в возрасте до 19 лет — 87,5% женщин, из них 75% производят его самостоятельно.

Анализ распространения криминальных аборт можно углубить путем выяснения их мотивов. Под мотивом следует понимать субъективное объяснение личностью своих поступков, соображения в пользу решений или действий. Причина же — объективные обстоятельства, условия жизни индивидуума, находящие свою реализацию в его поступках и действиях, которые объясняются или оцениваются затем в виде мотивов поступков. Мотивы криминальных аборт во многом совпадают с мотивами официальных искусственных аборт. Они сводятся, как это следует из результатов различных исследований, к нескольким доминирующим мотивам: нежелание иметь детей, необеспеченность детскими учреждениями (не с кем оставить ребенка), материальными и жилищными затруднениями в семье, семейными неурядицами (алкоголизм мужа), наличием маленького ребенка в семье. Встречается различное сочетание этих мотивов, которое зависит от социального, на-

ционального и возрастного составов обследованных групп, числа детей в семье, обеспеченности детскими учреждениями, доминирующей репродуктивной установки населения, демографической ситуации, особенно диспропорции в половом составе населения различных возрастных групп.

Например, при обследовании студенток первое место занимает такой мотив ограничения детей в семье, как учеба супругов. Мотивы отказов от первого, второго, третьего ребенка имеют различные субъективные обоснования.

Внебрачное положение женщины является причиной производства криминального аборта в силу негативного общественного отношения к внебрачным и добрачным беременностям. Следующей причиной является трудность содержания и воспитания ребенка без материальной помощи или моральной поддержки отца ребенка. По-видимому, негативное общественное мнение имеет не меньшее по сравнению с материально-бытовыми трудностями значение. Об этом свидетельствует тот факт, что частота искусственных абортов у женщин, состоящих в зарегистрированном браке, составляет 24 аборта на 100 женщин, а среди состоящих в незарегистрированном браке — 41 аборт на 100 женщин.

Максимальная частота криминальных абортов в возрастной группе до 19 лет по сравнению с другими возрастными группами обусловлена негативным общественным отношением к добрачным и внебрачным беременностям и большой восприимчивостью к общественному мнению молодых женщин в период их социального формирования. Второй возрастной пик криминальных абортов в 45—49 лет обусловлен тем, что женщины исходя из устоявшегося общественного стереотипа заявляют, что в таком возрасте «стыдно рожать». Этот мотив встречается в 6,0% случаев. Кроме того, часть женщин этого возраста как мотив производства аборта выдвигают «отсутствие времени для воспитания детей». При этом имеется в виду относительно близкая перспектива наступления старости.

Среди причин криминального аборта можно выделить группу причин организационного характера. Некоторые авторы обращают внимание на разглашающий характер формы № 295-а, т. е. справки на работу о причине временной нетрудоспособности. Более того, необходимое по форме проставление диагноза «аборт» в справку еще более усугубляет разглашающий характер документирования офици-

циальной процедуры производства аборта и соответственно негативное отношение женщин к таковой.

Во многих исследованиях в качестве причины фигурируют различные сложности при оформлении на операцию, большие очереди, различные недостатки санитарно-просветительной работы в области абортов, что, как показано, имеет большое влияние на распространенность криминальных абортов. Прямым результатом этих недостатков является неинформированность женщин о 12-недельном критерии производства искусственных официальных абортов, незнание об абсолютном и относительном вреде криминальных абортов. Некоторые женщины указывают на такую специфическую причину производства криминального аборта, как потеря в заработной плате при официальной процедуре производства аборта, другие ссылаются на невозможность пребывания в больнице из-за боязни огласки.

Все перечисленные причины можно отнести к специфическим причинам производства искусственного криминального аборта по сравнению с неспецифическими, действующими и по отношению к официальным искусственным абортам.

Из анализа специфических причин криминального аборта следует, что профилактика криминальных абортов может привести к ряду организационных мероприятий, не требующих кардинальной перестройки системы оказания медицинской помощи женщинам или значительных материальных затрат.

Имеющаяся информация дает основание заключить, что:

данные о распространенности криминальных абортов значительно занижены по причине их недоучета.

Распространенность криминального аборта зависит от социального, национального и возрастного состава обследованных групп женщин, местной демографической ситуации, региональных репродуктивных установок, числа детей в семье;

в числе неспецифических причин криминального аборта выделяются: отсутствие мужа, материально-бытовые затруднения в семье, необеспеченность детскими учреждениями, семейные неурядицы;

среди мотивов производства криминального аборта особое место занимает мотив внебрачного положения женщины. Этому мотиву соответствует причина общественного порицания добрачных и внебрачных беременностей. К

специфическим причинам производства криминального аборта относятся сложности оформления, очереди на производство операции искусственного аборта, недостатки санитарно-просветительной работы, разглашающий характер как документирования, так и самой процедуры производства операции;

аборт, его последствия и влияние на динамику демографических процессов в широком смысле, на здоровье народонаселения является важнейшей медико-демографической проблемой, решение которой следует проводить в рамках реализации целевой программы улучшения демографических процессов.

А. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ БЕСПЛОДИЯ

Распространенность бесплодных браков представляет серьезную медико-демографическую проблему. К первичному бесплодию относят случаи, когда в течение двух лет брачной или внебрачной половой жизни не произошло зачатия. Вторичное бесплодие характеризуется отсутствием зачатия в течение двух лет брачной или внебрачной половой жизни при наличии беременностей и различных их исходов в прошлом. В том и другом случае должны быть благоприятные предпосылки для возможности появления беременности. Большинство исследователей отмечают тенденцию роста частоты распространения бесплодия вследствие влияния на генеративную функцию человека различных неблагоприятных факторов окружения (химизация, радиация, условия и характер труда и т. д.). Образ жизни, вредные привычки, аборт, некоторые контрацептивные средства также являются серьезными факторами, приводящими к бесплодию.

Имеется пока мало исследований, посвященных социально-гигиеническим аспектам бесплодия. Оно изучалось на основании обращаемости женщин в гинекологические кабинеты, причем специального, хорошо налаженного учета этого недуга до сих пор не существует. Кроме того, не имеется никаких сведений о тех женщинах и мужчинах (это обстоятельство следует особо подчеркнуть), которые самостоятельно не обращаются в лечебно-профилактические учреждения по поводу первичного или вторичного бесплодия.

Уместно вспомнить, что сразу после Великой Отечественной войны на 2-м Пленуме по родовспоможению и гинекологической помощи Наркомздрава СССР (1946 г.)

было принято решение активно разрабатывать проблемы борьбы с недонашиваемостью, мертворождаемостью и бесплодием для преодоления демографических последствий войны. Сегодня эта проблемы стоит не менее остро. По данным различных исследований частота бесплодных браков в стране колеблется от 8 до 18%. Так, например, по выборочным обследованиям в сельской местности Ростовской области бесплодные браки составили 12,2%, в Ростове-на-Дону — 11,0%. В структуре бесплодия женщин по усредненным оценкам преобладает вторичное бесплодие (70%).

В последнее время обращено внимание на психогенные факторы женского и мужского бесплодия, что преимущественно связано со стрессовыми ситуациями в брачно-семейных отношениях. Имеются данные о серьезном влиянии алкоголизма на мужское бесплодие. Таким образом, проблема борьбы с бесплодием должна быть включена в программу осуществления эффективной демографической политики.

Научные исследования и практические меры в этом направлении должны получить приоритетное значение, ибо 10% бесплодных браков (по усредненным оценкам) наряду с серьезной моральной стороной проблемы оказывают неблагоприятное влияние на демографическую ситуацию. Профилактика первичного и особенно вторичного бесплодия как женского, так и мужского, его эффективное лечение — существенный резерв в увеличении показателя рождаемости.

Распространенность бесплодных браков представляет в настоящее время весьма серьезную проблему для здравоохранения.

По оценке экспертов ВОЗ уровень бесплодных браков в 15% числа всех браков необходимо считать серьезной проблемой. Распространенность бесплодных браков на некоторых территориях нашей страны довольно близко подходит к этому критическому уровню. По устоявшейся международной терминологии различают первичное и вторичное бесплодие. Кроме того, существуют понятия абсолютное, относительное, физиологическое бесплодие и позднение на бесплодие, при котором беременность не наступает в течение 6 месяцев регулярной половой жизни без применения контрацепции и при желании забеременеть.

При проведении исследований бесплодия, особенно эпидемиологических, и оценке их результатов необходимо ис-

одить из вышеприведенных определений. Формулирование в большинстве публикаций собственных оригинальных определений приводит не только к досадной несопоставимости результатов этих исследований, но и к некоторым ошибочным выводам. Так, например, иногда не делают различия между бездетностью и бесплодием, что приводит к неверной оценке уровня бесплодия, к его значительному завышению. Это объясняется тем, что бездетность, являясь медико-демографической категорией, объединяет в себе результаты не только бесплодия, но и сознательного нежелания иметь детей.

При этом сознательная бездетность значительно выражена даже в группе женщин, выходящих или уже вышедших из детородного возраста.

До недавнего времени в отечественной литературе данные о распространенности бесплодных браков не были представлены, а имелись лишь сведения о частоте обращаемости женщин в гинекологические учреждения по поводу бесплодия. Эта частота колебалась от 9 до 29,1%. Подобная неисследованность эпидемиологических аспектов бесплодия лишь в незначительной мере преодолена в публикациях последних 10 лет.

Региональные особенности распространенности бесплодных браков можно проиллюстрировать следующими данными: в крупных городах Латвийской ССР их доля достигала 14,5%, в средних городах — 13,7, в сельской местности — 13,1, в целом по республике — 13,6%.

В Грузинской ССР максимальные уровни бесплодных браков в городах составили 18%, средние же уровни равнялись 17% в городах и 15,4% в сельской местности республики.

Распространяемость бесплодия у жительниц г. Кеморова составила 5—8%. Исходя из этого можно сделать вывод, что, по-видимому, распространенность бесплодных браков на этой территории должна быть вдвое выше.

В Ташкенте распространенность бесплодных браков не отличается от таковой на других территориях страны и составляет 10% числа всех браков. В действительности же мужское бесплодие завуалировано ссылками на бесплодие женщины.

Проследить тенденцию распространенности бесплодных браков, женского и мужского бесплодия на основании публикаций не представляется возможным, равно как и достаточно полно и детально охарактеризовать региональную дифференциацию этого явления.

Однако выявляется некоторая относительная стабильность уровня бесплодных браков на различных территориях страны. Не удовлетворяясь существовавшим до сих пор делением бесплодия на мужское и женское и исходя из более адекватного понятия бесплодный брак, ряд исследователей разрабатывают новую классификацию бесплодных браков.

По современным классификациям локализации причины бесплодного брака различают: локализацию причины только в организме женщины, только в организме мужчины, в организмах, обоих, пониженную способность обоих к оплодотворению и отсутствие внешних препятствий для оплодотворения. По другим данным доли этих пяти групп распределяются следующим образом: 29, 24, 25, 13 и 9%, чем констатируется приблизительно равенство чисто мужского и женского бесплодия. Пользуясь такой же классификацией или разграничивая бесплодие на мужское и женское, некоторые авторы указывают на превышение женского бесплодия в 2—3 раза. Имеются данные и о превышении в два раза мужского бесплодия над женским. Здесь за внешней противоречивостью данных вскрывается, очевидно, факт региональных особенностей структуры бесплодного брака или же данная ситуация является следствием малоразработанности вопроса, а также различных методологических подходов. Последнее вероятно не в меньшей степени, чем первое, так как факт равной распространенности мужского и женского бесплодия объясняется, по-видимому, более детальной диагностикой мужского бесплодия.

Эти расхождения легко объясняются различиями факторов риска первичного и вторичного женского бесплодия, с одной стороны, и значительной территориальной дифференцированностью интенсивности воздействия каждого из них, с другой стороны.

Анализ сроков обращаемости больных в лечебные учреждения по поводу бесплодного брака указывает на крайне неблагоприятную ситуацию с ранним выявлением бесплодия, что является первым и, пожалуй, самым основным условием эффективности его лечения. Достаточно указать, что в срок свыше 4 лет с начала заболевания обращается 60—70% больных, а в срок свыше 10 лет — 22,7% больных с первичным бесплодием и 32% больных с вторичным бесплодием. Позднее обращение за лечебной помощью некоторые авторы объясняют большей долей вторичного бесплодия в структуре бесплодия, обусловленного

в основном произведенными в прошлом искусственными абортными и возникающей отсюда субъективной надеждой на спонтанное возникновение беременности. Однако этот факт не умаляет необходимости построения организации лечебно-профилактической борьбы с бесплодием на основе принципа активного его выявления. Поздняя же обращаемость значительно снижает эффективность лечения больных бесплодием.

Часть больных с поздним обращением за лечебной помощью в специализированные учреждения предварительно обследовались и лечились, однако большинство из них лечились нерегулярно или же вообще прекратили курс лечения.

Хирургическое лечение при определенных формах женского бесплодия более эффективно, давая эффект в 15—70% случаев. Эффективность лечения мужского бесплодия составляет всего 5—7% всех случаев.

Следует иметь в виду, что большинство авторов под эффективностью лечения подразумевают частоту наступления беременности после проведенного лечения, т. е. такая оценивается по отдельным результатам. В то же время некоторые исследователи настойчиво предлагают введение нового критерия эффективности лечения бесплодия — рождение женщиной здорового и жизнеспособного ребенка, т. е. по частоте осложнений беременности и родов. Частота осложнений беременности у лечившихся от бесплодия женщин превышает в 6 раз частоту осложнений в контрольной группе, а частота осложнений в родах — в 1,5 раза. По другим данным частота осложнений у беременных и рожениц после длительного лечения бесплодия выше аналогичных показателей для всего населения в 3 раза.

Таким образом, если исходить из расширенного понимания эффективности лечения бесплодия (А. А. Лебедев и Б. А. Акунц), то в этом случае средний уровень эффективности лечения в 30% придется снизить в 2—3 раза, т. е. до 10—15%. Такой уровень эффективности лечения бесплодия нельзя признать неудовлетворительным. Организация борьбы с мужским и женским бесплодием должна включать как меры по активизации научных исследований, так и меры по определенной организационно-методической перестройке оказания помощи бесплодным парам.

В перспективных направлениях научных исследований по бесплодию в X пятилетке особое внимание обращалось на выявление общих закономерностей размножения, т. е.

биологической основы репродукции, изучение центральных, эндокринных, сперматологических, иммунологических факторов бесплодия.

Для разрешения социально-биологической проблемы бесплодия в браке необходимы консолидация усилий акушеров-гинекологов и специалистов смежных дисциплин и организация лечебно-профилактического обслуживания супружеских пар.

Лечебно-профилактическое обслуживание супружеских пар целесообразно проводить в системе акушерско-гинекологических учреждений. Идеальная организация структуры женской консультации подразумевает наличие кабинетов-приемов по борьбе с бесплодием и по вопросам контрацепции. Однако, судя по имеющейся информации, подобные кабинеты организованы далеко не во всех женских консультациях.

Есть основания серьезно отнестись к организации при женских консультациях кабинетов детской и подростковой гинекологии, а также учреждений по обследованию и лечению мужского бесплодия. Основным направлением работы по борьбе с бесплодием должны стать профилактика, обследование и лечение бесплодных пар, диспансерный учет, профилактическая работа среди подростков и женщин, санитарно-просветительная работа по оптимизации регулирования рождений, специализированная помощь сельским жительницам. Необходимо проводить работу по раннему выявлению женского бесплодия, что можно осуществить путем взятия на учет всех абортированных женщин, особенно с криминальными абортными, организации обследования и лечения небеременеющих женщин уже по прошествии одного года с момента замужества. Эта служба должна быть обеспечена высококвалифицированными кадрами, лечебно-диагностической аппаратурой и находиться в тесном контакте со стационарами и крупными лабораториями.

На базе ведущих женских консультаций должны быть организованы городские центры по борьбе с бесплодным браком. В настоящее время в крупных городах эту функцию отчасти выполняют консультации «Семья и брак». Централизацию сети учреждений по борьбе с бесплодием следует проводить под эгидой кафедр акушерства и гинекологии НИИ и научных центров системы охраны младенчества, материнства и детства. Эти учреждения должны осуществлять научно-методическое руководство и оказывать узкоспециализированную лечебную помощь.

В области улучшения лечебно-профилактической работы среди женщин по борьбе с бесплодием научный сотрудник республиканской лаборатории медицинской демографии А. А. Попов предлагает провести следующие организационные мероприятия:

1. Добиться неуклонного соблюдения положения об организации в каждой женской консультации не только приемов, но и кабинетов по борьбе с бесплодием с целью первичной диагностики и первичного лечения в поликлинических условиях.
2. Организовать в каждой женской консультации кабинет-прием по вопросам контрацепции.
3. В городах с населением более 500 тыс. человек создать центр по борьбе с бесплодием, самостоятельный или на базе консультации «Семья и брак». На базе крупных ИИ и центров системы охраны материнства и детства создать самостоятельные научно-методические и лечебные объединения. В дальнейшем строго соблюдать этапность лечения больных с бесплодием, особенно для сельских женщин.
4. Решить вопрос об оказании специализированной медицинской помощи мужчинам, страдающим бесплодием, путем создания самостоятельных лечебно-профилактических учреждений или в системе учреждений охраны материнства и детства.
5. Добиться соответствующего оснащения лечебно-диагностической аппаратурой и медикаментозного обеспечения всех этапных лечебно-профилактических учреждений по борьбе с мужским и женским бесплодием.
6. Включить показатели своевременности выявления бесплодных браков и их распространенности в структуру основных показателей работы женской консультации.
7. Организовать взятие на диспансерный учет и наблюдение всех бесплодных женщин и мужчин в территориальных консультациях.
8. Организовать во всех женских консультациях кабинет детской и подростковой гинекологии, своевременно выявлять путем массовых осмотров и брать на диспансерный учет всех детей и подростков с гинекологической патологией.
9. Добиться обязательности обследования обоих супругов в случае выявления бесплодного брака.
10. Добиться введения в качестве показателя эффективности противобесплодного лечения женщин не только

показателей частоты возникновения беременности, но и снижения частоты перинатальной смертности младенцев и патологии родов.

11. Предусмотреть возможность самостоятельной регистрации и учета частоты женского и мужского бесплодия в государственной статистической отчетности.

Реализация всех этих мероприятий позволит в значительной степени повлиять на частоту распространения бесплодных браков, что в свою очередь окажет благоприятное воздействие на ряд медико-демографических процессов, в частности на уровне перинатальной смертности и рождаемости.

Глава III

ВОСПРОИЗВОДСТВО НАСЕЛЕНИЯ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ

1. К ВОПРОСУ МЕТОДОЛОГИИ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Не подлежит сомнению, что изучение проблем народонаселения в социально-гигиеническом аспекте, а более конкретно в медико-демографическом, предполагает изучение его качественных изменений с точки зрения оценки здоровья, трудовой активности и долголетия.

Количественные изменения в динамике населения не всегда адекватны изменениям в показателях, характеризующих его здоровье и жизненный потенциал. Например, сравнительно высокие темпы прироста населения, которые были в дореволюционной России при низкой продолжительности жизни и высокой заболеваемости, вероятно, не лучше, чем низкие темпы прироста населения при высоком уровне здоровья и работоспособности. Здоровье — это результат взаимодействия социально-экономических, медико-биологических и демографических факторов. То, что состояние здоровья народонаселения определяется влиянием сложного комплекса указанных факторов, хорошо известно и подтверждается статистическими данными. Здоровье населения определяется и уровнем материального благосостояния, его культурой и социальными отношениями, и развитием здравоохранения и генетическими факторами, и условиями труда, быта, питания, образом жизни и т. д.

Многообразие факторов, влияющих на состояние здоровья населения, вызывает большие затруднения для интегральной его оценки. Эти затруднения в большой степени определяются тем, что отдельным возрастным, половым, профессиональным группам присущи особые социально-гигиенические характеристики, определяющие величину тех или иных показателей здоровья.

Известно, что наряду со смертностью большую роль в определении темпов роста населения, изменений его возрастано-половой структуры, а также качественной характеристики населения с точки зрения состояния его здоровья играют изменения в рождаемости. При исследовании изменений в показателях, характеризующих народное здоровье, целесообразно применять известный и используемый в статистике индексный метод. Латинское

название индекс (index) буквально означает «указатель», «показатель». Индекс в статистике — это, как правило, обобщающий относительный показатель, который не дает представления о размере того или иного явления как такового, а дает сравнительную характеристику, отвечая на вопрос, не каков объем изучаемого явления, а каково отношение (выраженное в процентах или на единицу) данной величины явления к его же величине, принятой за основание. Следует подчеркнуть, что в индексах, как и в любой другой относительной величине, мы абстрагируемся от абсолютного размера явления.

Индексы являются особыми относительными показателями изменения различных явлений во времени или пространстве. Причем границы применения индексного метода все более расширяются, так как в нем раскрываются все большие возможности научного анализа явлений.

На протяжении уже многих лет индексами пользуются для аналитических целей, в частности для анализа изменений средних величин, в том случае, если они обусловлены изменением не только осредняемого признака в отдельных группах единиц совокупности, но и структурой самой совокупности. В этом случае индексный метод позволяет определить степень влияния каждого из этих факторов в изменении средней.

Так, индекс фиксированной структуры (иначе его называют индексом постоянного состава) выражает изменение средней, обусловленное средним изменением уровней признака в отдельных частях совокупности, а индекс влияния структурных сдвигов позволяет определить изменение средней, обусловленное изменением долей единиц совокупности в отдельных ее частях.

Именно на этих возможностях индексного метода и основано определение степени влияния на общий показатель различного рода слагаемых, которые определяют его величину.

Так, применение индексного метода позволило установить, что изменения возрастной структуры бывают настолько значительны, что вместо снижения, например, общего показателя смертности, которое имело бы место при стабильной структуре, происходит повышение этого показателя. Например, у сельских женщин за период с 1970 по 1979 г. при неизменной возрастной структуре общий показатель смертности мог бы снизиться, фактически же произошло его повышение из-за того, что в результате сдвигов в возрастной структуре смертность повысилась. Вместе с тем у мужчин, проживающих как в городах, так и в селах,

увеличение общего показателя смертности произошло за счет сдвигов в возрастной структуре и за счет истинного роста смертности.

К сожалению, до последнего времени индексный метод не получил применения в социально-гигиенических и медико-демографических исследованиях, что обедняет информативность получаемых результатов.

Наряду с пониманием важности изучения материалов о смертности к ее производным большое значение приобретает информация о заболеваемости. Это связано с тем, что бурное развитие медицинской науки за последнее время, сопровождающееся использованием новых лекарственных препаратов и современных методов лечения, привело к значительному изменению характера заболеваемости. В составе населения увеличивается доля лиц, страдающих различными заболеваниями, не приводящими в течение многих лет к смертельным исходам, т. е. происходит накопление контингентов хронически больных.

Общая заболеваемость учитывает распространенность всех заболеваний среди всего населения в целом и отдельных заболеваний в определенных группах населения на данной территории.

В конечном итоге состояние здоровья населения оценивается не само по себе на определенный момент, а его можно познать в сравнении, как и все остальные естественные и общественные явления, в развитии, в динамике. Именно поэтому в качестве критериев общественного здоровья надо выбирать те статистические показатели, которые могут достоверно отразить изменение процесса.

Экскурс в недавнюю историю показывает, что в конце 20-х годов перед советской санитарной статистикой встали задачи обеспечения органов здравоохранения достоверными данными для планирования и дальнейшего развития здравоохранения, более эффективной организации работы лечебных учреждений и оздоровительных мероприятий. Поэтому в этот период и начинаются поисковые работы по усовершенствованию методов санитарно-статистических исследований. Прежде всего это работы известного теоретика в области санитарной статистики и демографии В. В. Паевского, который при помощи проведенных математических расчетов, основывающихся на теории вероятности и законе больших чисел, показал несравненные преимущества выборочного метода изучения заболеваемости.

Однако несмотря на то, что данные об общей заболе-

ваемости по обращаемости формируются вследствие распространения принципа доступности, бесплатности и специализации медицинской помощи, использование только этих данных для оценки здоровья населения явно недостаточно. Во-первых, это субъективное отношение больного к своему здоровью. Известно, что значительная часть населения, имеющая в основном хронические заболевания, требующие лечебно-профилактической помощи, не всегда активно обращается за медицинской помощью. Во-вторых, определенное влияние оказывает различное состояние медицинской помощи на данной территории. В третьих, имеют значение диагностические возможности врача, которые он может применять при установлении, например, диагноза, использование мощной современной аппаратуры, средств малой механизации и т. д.

Развитие медицинской науки и здравоохранения представляет собой противоречивый процесс. Решая одни проблемы, медицина выдвигает на повестку дня другие, порой более сложные. Например, проведение широкой вакцинации и иммунизации в начале 50-х годов привело к внушительным успехам в борьбе с детской смертностью, однако у поколений, родившихся в тот период, отмечается в настоящее время понижение иммунозащитных реакций организма, что, по-видимому, связано с повышенной частотой распространения аллергических заболеваний, септикопиемий у рожениц в родильных домах и т. д. Выхаживание недоношенных и детей, рожденных с различными аномалиями развития и генетическими дефектами, создает проблемы для обеспечения их дальнейшего нормального физического и психического развития.

Таким образом, состояние здоровья населения и его изменение — сложный процесс, находящийся под воздействием как отрицательных, так и положительных факторов. Одной из первоочередных задач в изучении состояния здоровья населения является количественная и качественная оценка условий и факторов, влияние которых сказывается на определенных параметрах общественного здоровья. Прежде всего необходимо установить, на какие показатели здоровья населения и в какой степени могут оказать влияние медицинская наука и здравоохранение, а какие показатели находятся вне сферы непосредственного воздействия здравоохранения. Так, например, работникам здравоохранения часто предъявляют серьезные претензии по поводу увеличения частоты распространения травм, несчастных случаев и отравлений, а также в связи с повышением

смертности от этой причины, особенно среди мужчин трудоспособного возраста. Между тем причину этого явления следует искать в иных сферах: во все возрастающей автомобилизации населения и народного хозяйства, широком распространении продуктов химического производства в быту и сельском хозяйстве, внедрении мощной и новой технологии в производственные процессы. Разумеется, здравоохранение не может оставаться в стороне от решения этих проблем, однако оказывать непосредственное влияние на динамику этих показателей оно не в состоянии. То же самое можно сказать и об ухудшении здоровья людей, злоупотребляющих алкоголем, имеющих вредные привычки, не соблюдающих режима труда, отдыха, питания, испытывающих хроническое стрессовое напряжение.

Здесь роль здравоохранения может быть сведена к тому, чтобы обратить внимание заинтересованных министерств и ведомств, предприятий и сельскохозяйственных производств на необходимость устранения факторов, неблагоприятно влияющих на состояние здоровья работающих.

Вместе с тем ряд показателей здоровья населения зависит непосредственно от деятельности здравоохранения, его целенаправленности, организационной структуры и эффективности мер профилактики и лечения заболеваний. Определить, в какой мере эти факторы могут оказать положительное влияние на динамику показателей заболеваемости и смертности (детской, общей, от отдельных причин и в отдельных возрастно-половых группах), можно путем проведения сравнительного регионального, медико-демографического анализа, применяя методы стандартизации и идентификации. Задача эта не из легких, но ее решение необходимо, с тем чтобы поставить перед здравоохранением научно обоснованные цели, на которые следует направить основные усилия. Тактику здравоохранения в данном случае можно сравнить с военной тактикой, которая предусматривает концентрирование главного удара на тех участках, которые обеспечивают успех во всей битве, — битве за охрану и укрепление народного здоровья. Такое сравнение приведено в связи с тем, что в настоящее время при огромных материальных и кадровых ресурсах нашего здравоохранения нельзя не обратить внимание на распыление сил и средств в решении как научных проблем (дублирование, мелкотемье, слабая координация деятельности между отдельными научными учреждениями и т. д.), так и практических задач. Отчасти это связано с неудовлетворительной обеспеченностью здра-

воохранения оперативной, полной и достоверной информацией о динамике и тенденциях различных показателей здоровья населения. Эффективность здравоохранения и его отдача могут быть увеличены, если будут постоянно учитываться происходящие изменения в состоянии здоровья населения, количественные и качественные критерии, формирующие и отражающие его динамику.

Пока что такими данными здравоохранение не располагает в той мере, в какой это необходимо для эффективного и целенаправленного решения современных проблем, в том числе повышения уровня народного здоровья путем снижения заболеваемости, смертности и увеличения продолжительности жизни советских людей. Об этом свидетельствует затяжной характер социально-гигиенических исследований, не успевающих за быстрыми изменениями в социально-экономических условиях жизни, влиянии окружающей среды на здоровье населения. Изучение, например, заболеваемости не должно сводиться к получению цифровых данных в виде таблиц и фактографическому пересказу того, в каких возрастах и на каких территориях показатели выше и на каких ниже. Необходимо стремиться к выявлению причинной связи явлений.

Нельзя считать правильным отказ от углубленного изучения закономерностей в состоянии здоровья населения на основе различных источников информации о заболеваемости. Особо важное значение этот вопрос приобретает сейчас в связи с тем, что Политбюро ЦК КПСС одобрило целесообразность проведения в 1985 г. выборочного социально-демографического обследования населения. При обследовании будут получены подробные данные о численности, размещении и составе населения по полу и возрасту, трудовых ресурсах, уровне образования, семейном положении, распределении по отраслям народного хозяйства, занятиям, общественным группам и т. д.

Надо ли разъяснять, насколько важны такие данные для оценки изменений в состоянии здоровья населения, для перспективного планирования развития здравоохранения. Ведь основным объектом его деятельности является население, его возрастные, социальные и профессиональные группы с точки зрения охраны и укрепления здоровья на основе совершенствования механизма планирования, проведения актуальных научных исследований и решения многих практических вопросов профилактики и лечения заболеваний, снижения смертности, увеличения продолжительности жизни и периода трудовой активности.

Необходимо уже сегодня приступить к работе, направленной на то, чтобы материалы выборочного социально-демографического обследования способствовали совершенствованию планирования и управления здравоохранением. Эта задача может быть выполнена в том случае, если эти материалы будут углубленно изучены применительно к объекту деятельности здравоохранения. Для данной отрасли важна не только полная и точная информация об изменениях, происходящих в общей численности населения, его половой, социальной и профессиональной структурах, но и сведения о численности и составе различных контингентов населения по полу, возрасту, занятости, уровню образования, сферам приложения труда, числе, размере и структуре семей, тенденциях в изменении городского и сельского населения и некоторые другие сведения по территориям.

Первостепенное значение для здравоохранения имеет информация о качественном составе населения с точки зрения состояния здоровья отдельных социальных, профессиональных и возрастно-половых групп, о региональных особенностях различных показателей, характеризующих состояние здоровья населения с учетом влияния различных условий и факторов. На основании указанных данных в дальнейшем могут быть построены медико-демографические прогнозы, учитывающие предстоящие изменения в общей численности и в состоянии здоровья различных контингентов населения, что позволит учитывать общую тенденцию воспроизводства здоровых поколений. На такой основе представится возможным научно обоснованно планировать стратегические задачи здравоохранения.

Сформулировать цели, разумеется, легче, чем указать конкретные пути их достижения. Именно здесь возникают серьезные трудности. Прежде всего следует ответить на вопрос о том, можно ли в связи с выборочным социально-демографическим обследованием проводить локальные исследования в региональном разрезе. Не только можно, но и необходимо, и чем раньше будут развернуты такие исследования, тем лучше, поскольку в современный период изменения как состава населения, так и состояния его здоровья имеют динамичный характер. Кроме того, характер факторов, воздействующих на здоровье населения, подвергается сравнительно быстрой трансформации.

Опыт изучения состояния здоровья населения, приуроченный к переписям, убедил многих исследователей в том, что важны не статистические данные сами по себе, а выявленные на основе их анализа определенные законо-

мерности, характер взаимосвязи явлений, отражающих взаимосвязь между здоровьем населения и демографическими процессами, образом жизни, средой и т. д.

Необходимо иметь в виду, что не все вопросы, связанные с изучением здоровья населения, требуют обширных и глобальных исследований. Многие важные закономерности, отражающие взаимодействие между различными показателями здоровья и факторами среды, удается установить на относительно небольшом числе статистических наблюдений. Причем установленные взаимосвязи могут отражать не локальное, местное явление, а типичные временные тенденции в изучаемых процессах.

Если, например, на материалах какой-либо типичной территории будет установлено, что на общую величину детской смертности серьезное влияние оказывают недонашивание беременности, какие по счету роды и возраст рожениц, то выявленные закономерности, очевидно, будут иметь место и на других территориях. Различия в силе влияния указанных факторов или в величине самого показателя детской смертности не могут иметь существенного значения для определения направлений по линии практического здравоохранения с целью ослабления негативных последствий перечисленных факторов.

Важнейшим критерием здоровья, как уже было сказано, является заболеваемость. Для эффективной борьбы с заболеваниями и их профилактики необходимо прежде всего знать причины возникновения и распространения заболеваний. В последнее время много говорят и пишут о качестве организации медицинской помощи, однако до сих пор еще четко не установлено, на какие первоочередные проблемы, связанные с характером распространения заболеваний, следует обратить особое внимание. Изучить этот вопрос можно путем проведения углубленных и сравнительных исследований заболеваемости на нескольких аналогичных территориях (не более чем на 3—4), различающихся по формам организации и уровню обеспеченности населения медицинской помощью. При этом можно было бы определить, какие факторы организационного порядка являются причиной пониженной или повышенной частоты распространения отдельных заболеваний. Причем величина показателя заболеваемости сама по себе не имеет решающего значения для анализа, ибо важно определить его соотносительные различия в зависимости от того фактора, который воздействует на заболеваемость и который подвергается исследованию.

Для того чтобы приблизиться к достижению тех целей, которые ставятся при изучении заболеваемости, т. е. для определения взаимосвязей с условиями, формирующими определенную частоту ее распространения, целесообразно изучить заболеваемость не для всего населения в целом, а для отдельных производственно-профессиональных групп. Такое изучение можно отнести к так называемому целенаправленно выборочному, когда заведомо известен один из ведущих факторов, который при отсутствии надлежащих мер социальной и медицинской защиты отрицательно сказывается на состоянии здоровья работающих.

Высказанное соображение имеет весьма веское основание, поскольку при большой занятости трудоспособного населения в стране (свыше 90%) уровень и характер заболеваемости населения в значительной степени формируются на основе характера патологии отдельных производственно-профессиональных групп. Производственные факторы оказывают инерционное влияние на здоровье даже после того, когда работающие, достигнув пенсионного возраста, выходят из состава экономически активного населения.

Таким образом, с помощью локальных исследований, проводимых на местах научными работниками кафедр социальной гигиены и организации здравоохранения совместно с практическими работниками органов и учреждений здравоохранения, представляется возможным получить важную информацию о взаимосвязях между показателями здоровья и определяющими их факторами и на этой основе повысить эффективность практической деятельности здравоохранения в профилактике и диспансеризации, что в конечном счете должно привести к снижению заболеваемости и смертности. Кроме того, многие локальные исследования, отражающие общие закономерности, представляют несомненный интерес для теоретических обобщений и могут быть использованы для совершенствования механизма планирования материальных и кадровых ресурсов, решения возникающих новых задач, связанных с современными тенденциями в показателях здоровья населения.

Предстоящее выборочное социально-демографическое обследование является хорошей предпосылкой для активизации исследований в этом направлении. Каковы же задачи, стоящие в области изучения здоровья населения на современном этапе, и соответственно требования, предъявляемые к изучению здоровья и развитию здравоохранения?

Эти задачи тесно связаны с решениями важнейших проблем социально-экономического развития нашего общества. Поставленные июньским (1983 г.) Пленумом ЦК КПСС задачи в области идеологической и массово-политической работы, решения ряда кардинальных хозяйственных проблем в полной мере относятся и к решению проблем, связанных с укреплением здоровья советского народа. Из решения июньского (1983 г.) Пленума для научных и практических работников здравоохранения вытекают большие задачи по дальнейшему расширению и углублению анализа демографических факторов здоровья населения и использованию полученных данных в практике охраны и укрепления здоровья населения. Сегодня здравоохранению предъявляются новые и более высокие требования, особенно к охране здоровья трудовых ресурсов, ограниченный приток которых в 80-е годы вызывает необходимость повысить их трудоспособность. В связи с этим одной из основных задач в изучении медико-демографических процессов является выявление причин, обуславливающих значительные потери рабочих дней вследствие заболеваемости, определение влияния демографических факторов на формирование определенного уровня здоровья в зависимости от возраста и периода трудовой деятельности работающих и на этой основе разработку эффективных мер социальной и медицинской защиты, которые должны способствовать снижению заболеваемости и смертности в трудоспособном возрасте.

Хорошо известно, что здоровье людей закладывается в детском возрасте, в период обучения в школе. Сегодняшние школьники — это будущие трудовые ресурсы, воины Советской Армии, отцы и матери будущих поколений советских людей. Профилактика многих заболеваний эффективна лишь тогда, когда ее систематически проводят начиная с детского и подросткового возраста.

Одним из важных критериев состояния здоровья детей является показатель детской смертности и не только детей в возрасте до 1 года, но и в первые 5 лет жизни. Исследований детской смертности было проведено много, однако трудно назвать причины некоторого повышения детской смертности в 1972—1977 гг. По-видимому, необходимо исследовать детскую смертность на новом методическом уровне с учетом влияния медико-демографических факторов.

Важной задачей является выяснение субъективных потребностей и степень удовлетворенности медицинской помощью в связи с состоянием здоровья различных социаль-

ных, профессиональных и возрастно-половых групп населения. Во многих случаях органы и учреждения здравоохранения судят об удовлетворенности населения медицинской помощью исходя из количества поступивших жалоб. Необходимо глубоко изучать общественное мнение о качестве и культуре оказываемой медицинской помощи и на основании этого устранять недостатки в работе, удовлетворяя, таким образом, запросы и потребности населения. На каждой отдельной территории следует проводить социологические исследования в области здравоохранения и учитывать полученные результаты в практической деятельности. К сожалению, широкого распространения такие исследования пока не получили, необходимость же в них огромна и прежде всего для повышения эффективности управления отраслью. Подробнее об этом сказано ниже.

Наблюдения за динамикой состояния здоровья населения — важная предпосылка для оперативного и гибкого планирования здравоохранения. Но как учесть такие изменения и какие источники информации можно для этого использовать?

Опыт показал, что учитывать сдвиги в состоянии здоровья населения на основании оперативной отчетной статистики или путем разрозненных, несистематизированных, отрывочных сведений явно недостаточно. Целесообразно создание постоянной статистической базы информации с тем, чтобы местные и центральные органы здравоохранения могли регулярно, оперативно и гибко использовать ее. Базой получения такой информации может стать постоянная выборочная сеть населения. Такую выборочную сеть следует создавать не в каждой области или крае, а на ряде смежных и аналогичных территориях. Подобно выборочным бюджетным обследованиям, проводимым уже длительное время в нашей стране, следует организовать постоянное наблюдение за определенной, специально отобранной статистической совокупностью населения и фиксировать в разработанных для этой цели журналах или в так называемых индивидуальных паспортах здоровья всю информацию о заболеваниях, обращениях к врачам, госпитализации, диспансеризации, потреблении медикаментов и т. д. Разумеется, следует предусмотреть и регистрацию различных демографических событий (рождения, смерти, браки и др.). Располагая такими базовыми «информационными центрами», можно учитывать изменения, происходящие в здоровье населения на основе комплексной оценки ряда показателей, а также потреб-

ности населения в медицинской помощи и лекарственном обеспечении.

Вопрос о создании выборочной сети населения, конечно, непростой. Необходима его углубленная методическая разработка в целях получения достоверных данных. Следует также учесть многие детали организационной стороны дела, однако сама идея заслуживает самого пристального внимания.

Требуется глубокая разработка основных путей, ведущих к улучшению информации о состоянии здоровья населения, ибо до сих пор далеко не все возможности использованы для совершенствования исследований в изучении влияния различных факторов, особенно медико-демографических, на состояние здоровья населения.

Следует обратить внимание на важный канал получения и использования информации о состоянии здоровья работающих при проведении целевых и профилактических осмотров. Такая информация могла бы послужить хорошей основой для научно обоснованного решения вопроса об ежегодной диспансеризации не только работающих, но и всего населения.

Вопрос этот требует серьезного обсуждения и принятия конкретных решений. Проблема состоит не столько в том, чтобы внедрить новые методы исследования состояния здоровья населения, сколько в том, чтобы отказаться от тех методов, которые не отвечают современным требованиям. Главное — получить максимум полезной информации при минимальных затратах средств и времени.

Над этим следует серьезно задуматься при выборе методов, а также показателей, по которым можно судить об изменениях, происходящих в здоровье населения, и о причинах, обуславливающих этот процесс.

Например, трудно судить о патологии населения лишь на основе данных о частоте зарегистрированных заболеваний, важно знать и длительность течения болезни. Следовательно, необходимо проводить оценку заболеваемости по уровню, структуре и длительности течения болезни. Задача состоит в том, чтобы предложить надежные методы получения такой информации в виде сводных таблиц пригодных как для глубокого научного анализа, так и для оперативной работы территориальных амбулаторно-поликлинических учреждений.

Одним словом, в области исследования состояния здоровья населения имеется много назревших, но пока еще не решенных вопросов, и поэтому целесообразно их серьезно обсудить, внося конкретные предложения, направ-

ленные на обеспечение здравоохранения надежной и оперативной информацией. Надеемся, что предстоящее выборочное социально-демографическое обследование населения явится стимулом для оживления медико-демографических и социально-гигиенических исследований.

В качестве индивидуальной характеристики здоровья признано считать отсутствие болезней, поэтому статистическая величина заболеваемости «от обратного» может характеризовать здоровье репрезентативной совокупности населения. Если в обобщенном виде проанализировать результаты многочисленных исследований заболеваемости за последние десятилетия на основании данных обращаемости к врачу, то можно заметить, что при среднем ее уровне примерно 1400 на 1000 населения (1300 у мужчин и 1500 у женщин) наименьший ее уровень приходится на возраст 15—19 лет. Затем с возрастом заболеваемость увеличивается, достигая максимума в 40—49 лет, и далее обращаемость по поводу болезней снижается. В возрастных группах до 30 лет более трети заболеваний, регистрируемых при обращениях, составляют болезни органов дыхания, среди которых наибольшую долю составляют грипп и острые респираторные заболевания. Далее, второе ранговое место занимают в возрастных группах 15—19 лет и 20—24 года обращения по поводу болезней нервной системы и органов чувств (соответственно 16,0 и 12,0%), а в возрасте 25—29 лет и 30—39 лет — случаи обращений по поводу болезней мочеполовых органов (около 10%).

В возрастных группах старше 40 лет структура заболеваемости несколько иная. На первом месте в возрастных группах 40—49 лет и 50—59 лет также стоят обращения по поводу болезней органов дыхания, но на их долю приходится лишь $\frac{1}{3}$ всех обращений. В возрастах 60—69 лет и 70 лет и старше первое место занимают обращения по поводу болезней системы кровообращения, на долю которых приходится от 30 до 40% случаев обращений. Затем по интенсивности следуют болезни нервной системы и органов чувств, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Большая часть заболеваний, по поводу которых население обращается к врачу, связана с утратой трудоспособности. Потери вследствие временной утраты трудоспособности непосредственно сказываются на численности работающего населения, и их следует учитывать при медико-демографическом анализе состояния здоровья трудовых ресурсов. Доля потерянных

рабочих дней в связи с заболеваемостью и родами в промышленности колебалась в 1975 г. в пределах 5—6% всего годового фонда рабочего времени¹.

Заболеваемость с временной потерей трудоспособности имеет ряд особенностей, отличающих ее от общей заболеваемости населения. Это связано с тем, что при одних болезнях (болезни органов дыхания, психические расстройства, болезни костно-мышечной системы, травмы и несчастные случаи) почти все случаи обращений сопровождаются временной потерей трудоспособности, тогда как другие болезни (болезни эндокринной системы и органов чувств, болезни мочеполовых органов, инфекционные и паразитарные болезни) лишь в какой-то части случаев приводят к временной утрате трудоспособности.

На уровень заболеваемости с временной потерей трудоспособности оказывают влияние различные факторы, главными из которых являются условия и характер труда, организация производственных процессов, условия быта, организация и качество медицинского обслуживания, качество врачебной экспертизы, возрастно-половой состав работающих и т. д. Именно поэтому использование показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности в качестве критерия состояния здоровья населения весьма ограничено и возможно лишь на основе проведения целенаправленного изучения заболеваемости отдельных социальных и профессиональных групп в сочетании с углубленными исследованиями условий быта, образа жизни, образования и других факторов.

Поскольку на состояние здоровья либо всего населения, либо отдельных социальных и профессиональных групп оказывает влияние комплекс разнообразных факторов, для его оценки необходимо применить системный подход.

Вполне соглашаясь с Д. Д. Венедиктовым в том, что системный подход в здравоохранении исходит из понимания того, что именно здоровье человека и всего общества является тем главным конечным результатом, для достижения которого формируется любая система здравоохранения, трудно разделить точку зрения автора в том, что «общественное здоровье следует рассматривать как такое интегрированное отражение совокупностей индивидуальных уровней здоровья членов общества, которое, с одной стороны, отражает степень вероятности для каждого человека достижения высокого уровня здоровья и творческой

¹ См.: Случанко И. С., Церковный Г. Ф. Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения. М., 1976, с. 84.

работоспособности на протяжении максимально продленной индивидуальной жизни, а с другой стороны, характеризует жизнеспособность всего общества как социального организма и его возможности для непрерывного роста и социально-экономического развития, обороны, рационального использования природных ресурсов и поддержания экологического и другого равновесия с окружающей природной и социальной средой»¹.

Слабой стороной данного определения является то, что и индивидуальное, и общественное здоровье рассматриваются с точки зрения их «высокого уровня», «возможности непрерывного пропорционального роста», «поддержания экологического равновесия с окружающей средой». Однако стремление познать и количественно измерить общественное здоровье должно базироваться на статистических критериях, позволяющих в определенных измерителях отразить объективную реальность, а не идеал, отражающий лишь степень вероятности наступления данного события. Состояние здоровья — это динамичный процесс, оно может улучшаться или ухудшаться, быть адекватным или неадекватным с окружающей, социальной и природной средой и с усилиями (затратами), направленными на его улучшение. Именно тем и ценны поиски объективных критериев общественного здоровья, чтобы выявить резервы и возможности всей системы здравоохранения оказывать эффективное воздействие на динамику процесса.

Комплексная оценка состояния здоровья населения важна для разработки наиболее эффективных лечебно-профилактических мероприятий, проведения диспансеризации, развития специализированной медицинской помощи, а также для динамичного наблюдения за состоянием здоровья населения.

Именно поэтому существуют многочисленные попытки разработать обобщенные показатели, позволяющие дать интегральную оценку состоянию здоровья отдельным статистически значимым группам населения.

Совместно с Т. Л. Харьковской мы пришли к выводу, что можно углубить статистический анализ первичных материалов о заболеваемости с целью извлечения из этих данных максимума полезной, емкой, достоверной и сопоставимой информации.

Одной из наиболее совершенных форм математико-статистического изучения заболеваемости, позволяющего отчетливо уяснить, какое совокупное влияние на гипоте-

¹ Управление и научно-технический прогресс. М., 1983, с. 28.

тическое поколение оказывают совмещенные в различных возрастах события, является построение таблиц заболеваемости.

Сущность этого приема состоит в получении относительных характеристик для каждого возраста с последующим синтезированием их так, как будто бы они принадлежат одному поколению. При этом конечным результатом служит средняя величина, по которой можно оценить значение изучаемого явления для всей совокупности.

Известно, что заболеваемость населения может определяться на основе как данных обращаемости, так и данных комплексных медицинских осмотров, в результате которых впервые выявляется довольно значительное число ранних, клинически не выраженных форм хронических заболеваний, а также заболеваний в состоянии длительной ремиссии, по поводу которых больные самостоятельно не обращались к врачам в течение трехлетнего периода.

Исходя из имеющейся информации о заболеваемости можно определить число впервые заболевших в течение определенного периода времени и на основании этого построить интегральные таблицы заболеваемости наподобие таблиц смертности со всеми биометрическими функциями, присущими этой демографической модели.

Построение таблиц заболеваемости позволяет расширить систему показателей и методов статистики, перейти от вычисления интенсивных и экстенсивных величин к более информативным критериям, определить ущерб, наносимый теми или иными заболеваниями в течение определенного периода жизни.

Дальнейшее развитие процесса старения населения, в том числе его трудоспособной части, приводит к накоплению контингентов хронически больных. Достоверную информацию о распространенности хронических заболеваний можно получить только на основе комплексных данных, включающих как сведения об обращаемости, так и материалы комплексных медицинских осмотров. Именно поэтому методика построения интегральных таблиц заболеваемости предусматривает учет данных и обращаемости и комплексных медицинских осмотров.

При построении таблиц заболеваемости использовались два источника информации: сведения о новых случаях заболеваний (острых и хронических), зарегистрированных по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, и о вновь выявленных случаях хронических

заболеваний по материалам комплексных медицинских осмотров населения.

В результате анализа таблиц заболеваемости было установлено, что в среднем в течение трудоспособного возраста каждый мужчина перенесет 34,9 заболевания (включены как острые, так и хронические заболевания), а каждая женщина — 36,3 заболевания.

Из общего числа заболеваний в трудоспособном возрасте как у мужчин, так и у женщин наибольшее число заболеваний зарегистрировано по VIII классу «Болезни органов дыхания» (10,7 — мужчины и 12,8 — женщины). Причем основную долю (соответственно 91,6 и 92,2%) среди заболеваний органов дыхания составляют острые респираторные заболевания и грипп.

Представляют интерес данные о числе заболеваний, возникающих в те или иные возрастные периоды. Так, в соответствии с расчетами в возрасте 15—29 лет в среднем у каждого мужчины возникает 8,1 заболевания, в 30—44 года — 11,9 заболевания и в 45—49 — 10,0 заболевания; в расчете на каждую женщину — соответственно 9,6; 13,7; 10,8 заболевания.

При построении таблиц заболеваемости по некоторым хроническим болезням необходимо соблюдать три условия: во-первых, чтобы получаемые при непосредственном наблюдении сведения о случаях заболеваний были достоверны; во-вторых, необходимо наличие точных данных о численности населения в отдельных возрастно-половых группах и, в-третьих, случаи заболеваний должны иметь альтернативный и неповторяющийся характер. Поскольку приблизиться к соблюдению признака альтернативности и неповторяемости событий возможно лишь в отношении ряда хронических заболеваний, то мы и строили данные таблицы лишь по некоторым отдельным заболеваниям.

Совокупность заболевших в определенном возрасте состоит как из впервые заболевших, так и из тех, кто уже в предыдущие годы обращался к врачу по поводу данного заболевания. Разумеется, что на основе такой статистической совокупности исчисление показателя «вероятности заболеть в возрасте x лет» не представляется возможным и, следовательно, не может быть осуществлено построение таблиц заболеваемости. Преодолеть эту трудность можно в том случае, если взять только впервые в жизни зарегистрированные хронические заболевания в отдельных возрастах.

На основании этих данных были исчислены коэффициенты заболеваемости, преобразованные затем в вероятно-

сти заболеть по известным формулам зависимости между этими величинами и далее по аналогии с таблицами смертности определялись числа незаболевших, стационарную численность «незаболевших», средний период жизни при отсутствии данного заболевания. Так, вероятность впервые заболеть ишемической болезнью сердца с возрастом прогрессивно возрастает, причем особенно значительно начиная с 50 лет. Если в соответствии с исчислениями из первоначальной совокупности к 50 годам число незаболевших ишемической болезнью сердца составляет как у мужчин, так и у женщин немногим более 70%, то к 70 годам доля этих контингентов значительно снижается и составляет 10,4% у мужчин и 8,9% — у женщин.

На возраст 50—59 лет приходится около 41% заболевших ишемической болезнью среди мужчин и около 49% среди женщин по отношению к заболевшим во все остальные периоды жизни. Средний период жизни при отсутствии ишемической болезни у мужчин составил 37 лет, у женщин — 40 лет.

Согласно расчетам в среднем у каждого мужчины в возрасте от 40 до 59 лет возникает 14,0 заболеваний, среди которых 24,6% приходится на болезни органов дыхания (3,5 заболевания); 18,6% — на несчастные случаи, отравления, травмы (2,6); 11,8% — на болезни нервной системы и органов чувств (1,7 заболевания); 8,0% — на болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (1,2 заболевания). В среднем на одну женщину в возрасте от 40 до 59 лет приходится 15,7 заболеваний, из которых 36,4% составляют болезни органов дыхания (5,7 заболеваний); 11,5% — несчастные случаи, отравления, травмы (1,8 заболевания); 10,0% — болезни нервной системы и органов чувств (1,6 заболевания); 8,1% — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Таким образом интегральные таблицы заболеваемости расширяют возможности статистического анализа закономерностей в состоянии здоровья населения, позволяют уяснить ряд важных моментов, связанных с накоплением контингентов больных в составе населения, дают возможность определить взаимосвязь чисел заболевших и вероятностей заболеть на протяжении различных периодов жизни, а также позволяют исчислить средний период жизни при отсутствии заболевания, чего нельзя сделать на основании элементарных исчислений.

Таблицы заболеваемости имеют также значение и для прогнозов заболеваемости, так как они позволяют определять контингенты больных при отдельных хронических

заболеваниях для всего населения и для каждого отдельного возраста с учетом изменения вероятностей заболеть, принимаемых по тем или иным соображениям на прогнозируемый период.

Однако основным условием для построения медико-демографической модели заболеваемости является достоверный исходный статистический материал — без этого сама по себе модель не имеет никакого значения. Все это относится, главным образом, к проблемам изучения соматического здоровья населения, однако сегодня, как никогда ранее, приобрела особо важное, актуальное значение проблема психического здоровья. И это связано с тем, что научно-технический прогресс предъявляет повышенные требования к психосоматическому состоянию человеческого организма, на котором лежит ответственность за четкость и правильность управления сложным комплексом машин и механизмов, за обеспечение ритмичности в точном производстве, ибо от состояния психики лишь одного человека может зависеть судьба многих людей и надежность управления сложным человеко-машино-комплексом. Современный темп и ритм жизни, автоматизация и механизация, использование сложных программ ЭВМ и т. д., т. е. всего того, что внесла в жизнь научно-техническая революция, не может не отразиться на нервно-психическом состоянии работающих, если не приняты надежные меры медицинской и социальной защиты.

Проблема нервно-психических расстройств и психоадаптации рабочих к условиям современного промышленного производства, несмотря на свою актуальность, до последнего времени не нашла систематизированного и полного отражения как в социально-гигиенических исследованиях, так и в области социальной психиатрии.

До сих пор не разработаны методики комплексного социально-гигиенического исследования пограничных нервно-психических расстройств и психоадаптации рабочих к условиям труда на современных промышленных комплексах; углубленно не исследованы социально-гигиенические факторы, определяющие возникновение различного рода невротических реакций.

Между тем частота распространения психических заболеваний, выявленная разными методами, свидетельствует о том, что за последнее столетие отмечается значительное увеличение числа зарегистрированных психически больных.

Выборочные исследования позволили установить существенные колебания в показателях числа учтенных психиче-

ски больных на различных территориях. В географических районах с хорошо развитой сетью психоневрологических учреждений отмечаются наиболее высокие и стабильно устойчивые показатели зарегистрированных больных. На тех территориях, где сеть психоневрологических учреждений раньше отставала в своем развитии, отмечаются возрастающие темпы регистрации числа психически больных. На частоту распространения психических заболеваний оказывают влияние социально-гигиенические условия и образ жизни (труд, быт, межличностные отношения в микросоциальной среде и т. д.) и медико-демографические факторы (социальный, профессиональный, возрастной состав населения, уровень образования, плотность населения, проживание в городской и сельской местности и т. п.)

В последнее десятилетие большое влияние на частоту распространения и тяжесть течения психических заболеваний оказало внедрение в практику эффективных психотерапевтических средств, что оказало серьезное влияние на состояние психологического статуса тех, кто до этого вынужден был лечиться в психиатрических стационарах.

Прирост числа больных, состоящих на учете, свидетельствует о том, что за последние годы имеется определенная тенденция к увеличению учета больных, страдающих психическими расстройствами. Этот рост свидетельствует как об улучшении выявляемости, так и о накоплении живущих среди населения психически больных. Поэтому есть все основания считать, что проблема эта социально-медико-демографическая. Необходимо также учитывать, что в эпоху научно-технической революции информационные потоки превышают биологические возможности человека усваивать их и перерабатывать. Зачастую следствием этого являются невротические реакции в микросоциальной среде, в малых группах, в отдельных профессиональных коллективах, психологические взаимоотношения в которых могут представлять собой и источник напряженности, и фактор положительного воздействия. Однако развитие современного производства не должно превращать работника в «технического» человека, оно, напротив, должно учитывать биологические ресурсы человека, его адаптационные возможности, которые небеспрельсны. Это необходимо прежде всего для самого человека, но и в не меньшей мере также для повышения производительности труда и решения научно-технических проблем.

Учитывая это, наряду с изучением состояния здоровья в крупномасштабном плане: на отдельных территориях, в городской и сельской местности, у отдельных социальных и профессиональных групп — важно также изучать состояние психического здоровья в отдельных коллективах, применяя медико-психологические и демографические методы.

В постановлении ЦК КПСС «О дальнейшем развитии и повышении эффективности бригадной формы организации и стимулирования труда в промышленности» отмечалось, что при организации коллективов бригад зачастую недооценивается развлекательная работа и морально-психологические факторы¹.

Из этого следует, что изучение соматического и психического здоровья в микросоциальной среде, психологического климата с тем, чтобы устранить влияние негативных факторов в коллективах имеет важное народнохозяйственное значение. К решению указанных задач причастны специалисты в области медицинской демографии.

Вопрос о том, влияет ли и в какой степени уровень развития здравоохранения на состояние и динамику демографических показателей, особенно тех, которые характеризуют здоровье населения, является весьма сложным и спорным. Одни считают, что состояние здоровья населения и показатели, его характеризующие, всецело зависят от того, как функционирует здравоохранение, насколько полно оно удовлетворяет потребности людей в медицинской помощи. Другие же придерживаются точки зрения, что медицина не может оказать сколько-нибудь существенного влияния на общественное здоровье и что последнее всецело зависит от условий и образа жизни, характера труда, отдыха, питания и т. д. Между этими крайними точками зрения имеется много промежуточных суждений, однако ни одно из них не доказано какими-либо статистическими данными или другими измерителями.

Попытки найти взаимосвязи между ресурсами учреждений здравоохранения и показателями смертности приняты Б. Ц. Ольшанским и В. Л. Нодельман². К обеспеченности ресурсами учреждений здравоохранения авторы отнесли: 1) финансирование учреждений; 2) фонд заработной платы; 3) штатная численность персонала медицинских учреждений; 4) обеспеченность населения врача-

ми; 5) обеспеченность населения средними медицинскими работниками; 6) стоимость основных средств учреждения; 7) стоимость оборудования.

Используя метод порядкового ранжирования, все учреждения были расположены в ряд от минимального до максимального значения в строгом соответствии с уровнем наблюдаемого показателя. Были использованы показатели смертности, в которых элиминированы различия по возрасту и нозологическим группам. Как в ресурсах здравоохранения, так и в показателях смертности были обнаружены существенные колебания по отдельным районам и городам Латвийской ССР. Однако установить, что при более высоком уровне обеспеченности ресурсами здравоохранения уровень смертности ниже, не удалось. Да это и понятно. Общая смертность, даже строго очищенные и сопоставимые ее величины, — это не столько то, что мы наблюдаем сегодня, сколько то, что было на протяжении жизни многих поколений, составляющих общую совокупность населения. Поэтому одномоментные поперечные срезы непригодны для выяснения взаимодействия между уровнем развития здравоохранения и показателями здоровья населения, особенно таким кумулятивным, т. е. с точки зрения конечных безвозрастных результатов предшествующих событий, каким является общая смертность. Необходимо иметь в виду, что, например, для того, чтобы получить эффективную отдачу от увеличения ресурсов здравоохранения в виде улучшения показателей, характеризующих здоровье населения, необходим определенный период времени. Это может быть не год и не два, а одно-два десятилетия. Может быть и больше. Здесь важно уловить направление тенденции и развивать те мероприятия, где очевидны положительные результаты.

Самое пристальное внимание следует обратить на совершенствование метода в медико-демографических исследованиях. Очевидно, задачи, стоящие здесь перед нами, должны решаться путем систематического налаженного сотрудничества врачей-демографов со статистиками-математиками. Ибо литература вопроса ясно показывает, что если этим делом занимаются математики и статистики, интересующиеся только его формальной стороной, то получают хотя и очень интересные и остроумные порой построения, но не имеющие выраженного прикладного значения.

Если, наоборот, им занимается врач, который не интересуется достаточно вопросами математической статистики и демографии, принципами, которые должны быть

¹ Правда, 1983, 4 дек.

² См.: Социальные, гигиенические и организационные аспекты охраны здоровья населения. Рига, 1981, с. 66—70.

приняты во внимание в математическом анализе, то получаются тоже отрицательные результаты. Даже больше того, здесь можно отметить и не вполне грамотное оперирование различными категориями статистики и самими фактами.

В наших условиях, однако, легче, чем где-либо, организовать тесное сотрудничество специалистов различных областей знаний. Наша цель здесь заключается в том, чтобы обратить внимание на необходимость такого сотрудничества и перспективы того направления в медико-демографических исследованиях, которые могут быть таким путем разработаны.

Если это направление будет признано эффективным, то в дальнейшем встанет вопрос о формах контакта между медицинскими демографами и статистиками-математиками. Этот контакт может и должен принести пользу в решении самых разнообразных вопросов, вплоть до совместной разработки программ проведения исследования и программ разработки данных на ЭВМ.

Эффект должна дать хотя бы еще только взаимная критика, ибо критика есть один из видов взаимной помощи и сотрудничества специалистов разных областей в решении проблем, стоящих на границе между этими областями, особенно сегодня, когда речь идет о системном подходе в анализе различных факторов, оказывающих влияние на здоровье населения.

Коротко следует остановиться на общих особенностях, которые свойственны математическому анализу и к его применению в области медицинской демографии.

Возможность применения математического метода анализа налицо там, где мы встречаемся с количественной стороной вопроса. Больше того, там, где эта количественная сторона играет существенную роль, можно заранее предвидеть, что без помощи иногда весьма сложных приемов математического анализа раскрыть закономерности явления невозможно. Это азбучная истина.

Нередко в этой связи приходится в литературе и устном обсуждении вопроса встретить мнение о том, что при анализе количественной стороны явлений достаточно применение простых математических методов. В принципе не следует стремиться к сложным математическим построениям, если простым путем можно получить желаемый результат. Но если такого результата получить нельзя, то никаких границ в смысле сложности этих методов не может быть установлено. Чем сложнее само явление, тем полнее мы хотим его раскрыть, тем более приходится

прибегать к сложным методам математики, так как именно они лучше приспособлены для того, чтобы отразить сложные переплетения различных факторов и изменений.

Надо иметь в виду ограниченность роли математического метода. Он призван отразить только количественную сторону явлений. Поэтому если мы имеем дело с конкретным применением этого метода, то первостепенное значение должно быть отведено качеству исходного статистического материала. Без анализа качественной природы явления, без того, чтобы в нем черпать основные предпосылки, конечно, применение математики не может дать правильных результатов. В таких случаях математические построения могут только запутать суть вопроса. Это необходимо всегда помнить.

Далее, нельзя упускать из виду и то, что применение математики всегда связано с довольно высокой степенью абстракции. В этом одна из слабых сторон математического метода, но, если угодно, и одна из сильнейших его сторон. Бояться абстракции самой по себе нет основания, и в любой области науки мы можем найти множество примеров, которые в достаточной степени показывают, что она не только не вредна, а является единственным средством раскрыть те связи, которые нас интересуют.

Если перейти к явлениям, которые рассматриваются медицинской демографией, то совершенно ясно, что здесь количественная сторона является одной из важнейших. Распространение заболеваемости или частота смертности ведь и выражается прежде всего в некотором накоплении числа случаев болезней и смертей. Тем самым уже заранее предрешается, что количественная сторона дела будет играть большую роль в изучении этих явлений.

Но есть еще одна своеобразная черта, которая относится не только к этой области явлений, но и ко многим другим. Если речь идет о явлениях массового характера, то тем самым предопределяется большая роль в анализе теории вероятностей и всего связанного с этой наиболее важной теорией в демографии. Отсюда еще один вывод. Поскольку речь идет о явлениях массового характера, все параметры, которые так или иначе фигурируют в их математическом анализе, могут быть подвергнуты изменению, очевидно, только статистическим путем. Они являются параметрами, измеряемыми не в индивидуальном порядке, а в порядке собирания и обработки статистических данных. Это особенно важно, если учесть, что без доведения до степени фактического измерения того или иного параметра математическая формула остается бес-

плодной. Значит, применение математического метода при изучении медико-демографических процессов связано с использованием статистики, обеспечивающей измерение того или иного параметра, прежде всего комплексной оценки состояния здоровья населения.

Предстоит большая работа по систематизации различных методов медицинской и демографической статистики, пригодных для анализа медико-демографических явлений.

2. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В силу сложности позитивных характеристик состояния здоровья населения смертность наряду с заболеваемостью является важнейшим его критерием; по динамике различных производных смертности (средней продолжительности жизни, чисел доживающих, по возрастных коэффициентов, смертности от отдельных причин и т. д.) можно судить о жизненном потенциале населения, его работоспособности и благополучии.

В процессе смены поколений, или, применяя демографическую терминологию, в процессе воспроизводства населения, наряду с рождаемостью продолжительность жизни играет главную роль. При относительно стабильном и высоком уровне рождаемости определенная величина средней продолжительности жизни является фактором, регулирующим темпы роста населения, и наоборот, стабилизация средней продолжительности жизни на высоком уровне приводит к тому, что уровень рождаемости определяет динамику роста населения.

Средняя продолжительность жизни является производной от возрастных показателей смертности; этот показатель свободен от влияния различий в возрастном составе населения и пригоден для сопоставления между различными странами и за разные периоды.

Понятие средней продолжительности жизни часто встречается в различных источниках, однако не всегда однозначно употребляют этот термин. По-разному называют и математическую модель, на основе которой производится исчисление показателя средней продолжительности жизни. Этот показатель называют: «предстоящая продолжительность жизни», «вероятная продолжительность жизни», «средняя продолжительность жизни новорожденного», «общая продолжительность жизни», «ожидаемая продолжительность жизни при рождении» и др. Все эти термины являются синонимами, отражающими одно и то

же понятие. Часто употребляют такое словосочетание: «смертность и средняя продолжительность жизни». По сути дела, это одно и то же: средняя продолжительность жизни является производной по возрастных показателей смертности, это преобразованная величина смертности в среднем для всего поколения на один и тот же период. Тем не менее нельзя не видеть качественного отличия показателей смертности от показателя средней продолжительности жизни. Последний — интегрированный показатель, поэтому, как и при исчислении всех иных интегрированных величин, значительная часть информации, вкладываемая в этот показатель, утрачивается. Лишь дополнительный анализ различных биометрических функций таблиц дожития (их также часто называют таблицами смертности, таблицами жизни, таблицами доживаемости — все это синонимы) позволяет полнее раскрыть содержание показателя средней продолжительности жизни. К тому же смертность и средняя продолжительность жизни не всегда тождественны: средняя продолжительность жизни может снизиться при повышении смертности в детских и средних возрастах и при ее одновременном снижении в пожилых возрастах. Анализ смертности по возрасту, полу, причинам смерти, в разрезе отдельных профессий и т. д. имеет самостоятельное значение. Поэтому, на наш взгляд, вполне правомерным является употребление словосочетания «смертность и средняя продолжительность жизни».

На эту тему за последние годы опубликовано много специальной литературы, приводятся статистические данные по разным странам. Нам не хотелось бы вновь повторять то, о чем уже было сказано ранее. Интересующимся проблемами смертности и средней продолжительности жизни можно рекомендовать две книги — Б. Ц. Урланиса «Эволюция продолжительности жизни» (М., 1978) и Э. Россе-та «Продолжительность человеческой жизни» (М., 1981). Здесь же основное внимание сосредоточим на рассмотрении смертности и средней продолжительности жизни с позиций медицинской демографии как критериев состояния здоровья населения.

Достижение наиболее высокого возраста, длительный период жизни, долгожительство всегда ассоциировались с крепким и хорошим здоровьем, ибо индивиды «слабые здоровьем» не могли достичь высокой продолжительности жизни. По аналогии с этим большинство исследователей считает, что увеличение средней продолжительности жизни равнозначно улучшению здоровья населения, его более

высокой жизнеспособности. Однако не все придерживаются подобной точки зрения. Например, Эдвард Россет, считая, что при увеличении продолжительности жизни в той или иной мере изменяется вся организация общества и все функционирующие в ее рамках общественные системы, утверждает, что «среди широко используемых, подчас не критически повторяемых положений следует отметить и утверждения о том, что средняя продолжительность жизни представляет собой надежный показатель состояния здоровья населения»¹, и далее автор обосновывает свою твердую позицию о непригодности использования показателя средней продолжительности жизни для отражения состояния здоровья населения.

Аргументация здесь следующая: при росте средней продолжительности жизни одновременно происходит и ухудшение состояния здоровья населения вследствие роста численности и доли нетрудоспособных людей, увеличения числа хронически больных и инвалидов. Не требует доказательства тот факт, что при достижении более высокого возраста уменьшается «запас прочности» человеческого организма, слабеют мышцы, зрение, уменьшается подвижность, снижаются адаптационные возможности и т. д. Поскольку рост средней продолжительности жизни отражает снижение смертности, то по логике вещей и сам показатель смертности не может отражать состояние здоровья той возрастной группы, для которой он исчисляется.

Э. Россет приводит пример Швеции, где уровень смертности прудных детей снизился до 7—8 умерших на 1000 родившихся живыми. «Означает ли это, — задает вопрос ученый, — что состояние здоровья грудных детей уже оказалось близким к идеальному? Я сомневаюсь, чтобы нашелся кто-либо, склонный дать на этот вопрос положительный ответ»².

Небезынтересна постановка и такого вопроса: могут ли более высокие показатели средней продолжительности жизни женщин служить доказательством лучшего их здоровья? Статистика неопровержимо свидетельствует, что женщины живут дольше мужчин (в среднем в нашей стране на 10 лет), однако и регистрируемая у них заболеваемость как по данным обращаемости к врачам, так и при проведении комплексных медицинских осмотров выше, причем во всех возрастных группах. Заболеваемость —

это антитеза здоровья. Как же «примерить» более высокую среднюю продолжительность жизни женщин с повышенной заболеваемостью. Э. Россет считает, что при более высокой продолжительности жизни состояние здоровья женщин хуже, чем мужчин того же возраста, особенно это относится к старшим возрастам: более долгая жизнь при худшем здоровье. Одним словом, аргументация ученого сводится к тому, что между состоянием здоровья населения и частотой смертных случаев нет полного совпадения, поэтому средняя продолжительность жизни не может быть признана в качестве критерия состояния здоровья населения.

Э. Россет — демограф-гуманист, и его концепция состоит в том, что важно и нужно вести борьбу за увеличение продолжительности жизни, однако это несомненно с тем, когда слабые и больные члены общества остаются на произвол судьбы — «в таких случаях виновными необходимо признать тех, кто не позаботился об обеспечении условий существования спасенным людям»¹.

Здоровье и продолжительность жизни — не одно ли это и то же? Попытаемся оба эти понятия определить одним словом: жизнеспособность, тем самым в семантическом значении устранено кажущееся противоречие в понятиях. Но дело здесь не столько в семантике, сколько в статистическом понимании смысла понятий состояния здоровья и средней продолжительности жизни. Показатели смертности и средней продолжительности жизни имеют четко очерченные статистические границы, по их величине можно наблюдать изменения динамики процесса, в то время как все иные показатели, с которыми ассоциируется понятие «здоровье», не имеют столь четких границ, альтернативного характера, аморфны, расплывчаты. Можно ли считать, что более частые обращения женщин к врачам по поводу различных заболеваний свидетельствуют о худшем их состоянии здоровья по сравнению с мужчинами? Так считать нельзя, поскольку обращения к врачам по поводу заболеваний (а только в этом случае их регистрируют) зависят от многих субъективных факторов. Действительно, женщины чаще обращаются к врачам, нежели мужчины, однако не потому, что они слабее здоровьем, а потому, что они по-иному, если можно так выразиться, более ответственно относятся к своему здоровью. В результате у женщин чаще регистрируют различные заболевания.

¹ Россет Э. Продолжительность человеческой жизни. Пер. с польск. М., 1981, с. 67.

² Там же, с. 73.

¹ Россет Э. Продолжительность человеческой жизни, с. 90.

Может ли свидетельствовать низкий уровень детской смертности о хорошем состоянии здоровья детей? Безусловно, именно низкий уровень смертности младенцев свидетельствует о высокой жизнеспособности всей популяции родившихся, иначе, при высоком уровне детской смертности, являющейся следствием воздействия неблагоприятных факторов, последние оказывали влияние и на тех, кто остался в живых, — от перенесенных заболеваний, плохого ухода и вскармливания и т. д. крепче здоровьем не становятся. Где пределы естественного отбора, якобы способствующего «оздоровлению» популяции? При детской смертности, например, 30—40 на 1000 родившихся и 10—15 и в том и другом случае влияние отбора незначительно; здесь основную роль играют социально-гигиенические факторы: условия жизни, быта, организация медицинской помощи, уровень общей и санитарной культуры и т. д. На этом основании можно смело утверждать, что в среднем состояние здоровья детей тем благоприятнее, чем ниже уровень детской смертности. Разумеется, нельзя сбрасывать со счетов и достижения медицины в борьбе с детскими болезнями, и вопросы сознательного родительства. Однако и эти факторы направлены на обеспечение благоприятного здоровья потомства.

Недоразумения по поводу противоречивого характера понятий «здоровье» и «средняя продолжительность жизни», видимо, возникают в связи с тем, что не дано определения тому, что же такое здоровье и какие критерии его адекватно отражают.

Проф. Б. Ц. Урланис, не соглашаясь с тем, что при более высокой продолжительности жизни женщины обладают худшим здоровьем, нежели мужчины, считал, что более высокая заболеваемость женщин как раз показывает их большую жизнестойкость. «Может быть, — писал Б. Ц. Урланис, — мужчины меньше болеют, но скорее умирают, так как их организм не в силах противостоять длительному патологическому процессу, приводящему к быстрому летальному исходу?»¹. Вопрос вполне логичен, и на него медицина дает утвердительный ответ. Однако опять-таки вопрос в том, что смысл терминов «заболеваемость», «болеют» реже или чаще не отражает истинность патологического процесса, а скорее свидетельствует о многих привходящих моментах, связанных с выявлением, учетом и регистрацией заболеваний. Если бы не эти привхо-

дящие моменты, то тот или иной уровень заболеваемости можно было бы считать идеальным измерителем как индивидуального, так и общественного здоровья. Но поскольку на пути к этому имеется много трудноразрешимых препятствий, показатели смертности и их производные, частности показатель средней продолжительности жизни (при всех его недостатках), следует признать одним из наиболее приемлемых измерителей уровня здоровья населения. Кстати, состояние здоровья и показатель продолжительности жизни для каждого отдельно взятого человека не противоречат друг другу, а, наоборот, находятся в полном соответствии. Например, предстоящая продолжительность жизни для возраста 40 лет, естественно больше, чем для достигших 60 лет. Надо ли доказывать, что 40-летние обладают лучшим здоровьем, чем 60-летние? А ведь заболеваемость по данным обращаемости у 40-летних выше, чем у 60-летних. Если понятие «здоровье» заменить понятием «жизнеспособность», то, по-видимому, отпали бы противоречия между трактовками «здоровье» и «средняя продолжительность жизни». Ведь последнее понятие наиболее определенно отражает жизнеспособность населения, к тому же перспективы его численного роста, будучи основным слагаемым так называемого жизненного потенциала.

Система биометрических функций, содержащихся в таблицах смертности, позволяет получить более обширную информацию о здоровье (жизнеспособности) населения, чем по любым иным его критериям. Однако чаще всего при анализе опираются лишь на функцию средней продолжительности жизни.

Расширяют аналитические возможности таблиц смертности по причинам смерти. Исчисление таких таблиц проводили Ю. А. Корчак-Чепурковский, А. М. Меркулов, Р. Н. Бирюкова и ряд других авторов.

Основной принцип их исчисления состоит в том, что исключается та или иная причина смерти из общих таблиц смертности и при этом определяется влияние исключенной причины смерти на величину средней продолжительности жизни в целом для всего населения. При этом условии анализируемая причина смерти относится к тем, кто в определенном возрасте умер от нее, и к тем, кто умер не от данной причины, а от других причин в другом возрасте. Короче говоря, определенная причина смерти как бы «растворяется» для всей когорты, поэтому неудивительно, что «выигрыш» при условии ликвида-

¹ Урланис Б. Ц. Послесловие к книге Э. Россета «Продолжительность человеческой жизни», с. 350.

отдельных причин смерти оказывался сравнительно мало-значительным.

Приведем результаты проведенных ранее нами расчетов.

Таблица 16

Увеличение средней продолжительности жизни при условии устранения смертности от отдельных причин*

Причины смерти	Мужчины		Женщины	
	средняя продолжительность жизни	увеличение, лет	средняя продолжительность жизни	увеличение, лет
Исходный уровень для СССР (1966—1967 гг.)	65,74	—	74,07	—
Туберкулез органов дыхания	66,23	0,49	74,23	0,16
Злокачественные новообразования	69,27	3,53	77,10	3,03
Болезни органов дыхания	67,56	1,82	74,99	0,92
Травмы и несчастные случаи	69,24	3,50	75,23	1,16
Болезни органов пищеварения	65,96	0,22	74,20	0,13
Сосудистые поражения ЦНС	67,38	1,64	76,11	2,04
Атеросклероз коронарных сосудов и инфаркт миокарда	66,12	0,38	74,59	0,52
Гипертоническая болезнь (все формы)	66,21	0,47	74,65	0,58
Прочие болезни сердца	67,09	1,35	75,49	1,42

* Бедный М. С. Демографические процессы и прогнозы здоровья населения М., 1972, с. 281.

Однако подобные расчеты не дают полного представления о значимости отдельных причин смерти с точки зрения укорачивания предстоящей продолжительности жизни именно для тех контингентов, кто умер от данной причины смерти. Эти расчеты усредняют смертность одних в совокупности всех живущих. А важно рассмотреть влияние определенной причины смерти на предстоящую продолжительность жизни независимо от других причин.

Для того чтобы на основе биометрических функций таблиц смертности измерить эту величину, понадобилась иная методика расчета, которая в нашей демографической литературе не была до последнего времени разработана.

Такую методику удалось найти и провести по ней расчеты врачу И. М. Вирганской. Основные принципы этой методики описаны были еще в 1948 г. американским демографом Томасом Гревиллом в статье «Таблицы смер-

ности по причинам смерти»¹. Суть ее состоит в том, что сумма чисел умерших от изучаемой причины для всех возрастных интервалов одновременно является и числами доживающих (подробнее об этом смотри в вышеуказанной статье). В результате расчетов было установлено, что если сердечно-сосудистые заболевания для всей когорты сокращают среднюю продолжительность жизни на 7,3 года, то только для тех, кто умер от этой причины в соответствии с порядком доживаемости по общей таблице смертности (для всего населения), предстоящая длительность жизни укорачивалась на 14 лет. Таким образом, истинное укорачивание жизни от этой причины составляет не 7,3 года, а почти в 2 раза больше. В соответствии с новыми расчетами травмы и несчастные случаи для всей когорты укорачивали жизнь на 2 года, а только для тех, кто погиб от этой причины, — на 27,5 года. Злокачественные новообразования для всей когорты укорачивают жизнь на 3 года, а только для данной группы больных — в среднем на 14 лет.

Приведенные некоторые данные свидетельствуют о более полной информации, которую можно извлечь из детального анализа биометрических функций таблиц смертности по причинам. Это обстоятельство имеет немаловажное значение при прогнозировании перспектив увеличения предстоящей продолжительности жизни.

3. ПРОЦЕСС ПОСТАРЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Среди демографических факторов здоровья особое значение имеет возрастно-половой состав населения, в частности проблема возрастания доли лиц пожилого возраста.

В числе многих головокружительных событий, которые принес человечеству XX век, особенно вторая его половина, наименее спорным, наиболее последовательным и просто поддающимся измерению является, пожалуй, процесс старения населения. Дальнейшее развитие этого процесса не столь сложно, и представляется возможным прогнозировать уже сегодня и предвидеть те серьезные последствия, с которыми придется столкнуться человечеству, например, через 20, 30 или 50 лет. «Население не ощущает того, что оно стареет. Факт социальной действи-

¹ См.: Изучение продолжительности жизни (Новое в зарубежной демографии). М., 1977, с. 127.

тельности, который может быть исследован и измерен самым точным образом, не отражается в нашем сознании», — так писал в середине 60-х годов теоретик по проблемам народонаселения А. Сови. Сегодня положение иное: относительное и абсолютное увеличение пожилых людей ощущается и в семье, и на производстве, и в медицинских учреждениях. Именно с 60-х по 80-е годы наиболее быстро развивался процесс постарения населения. Он может быть измерен по-разному, но сущность его состоит в увеличении пропорции (процента, доли) пожилых людей в общей численности населения. Из данного положения следует необходимость определения рубежа, где заканчивается зрелый и начинается пожилой возраст.

Здесь процесс постарения населения как демографический феномен имеет тесную связь с характером физиологического старения человеческого организма.

В результате успехов медицины и социального прогресса открываются реальные перспективы более продолжительной жизни, а это неизбежно связано с продлением периода жизни в пожилом и старческом возрасте. С какого же возраста следует вести отсчет перехода зрелости в старость?

Эмпирические наблюдения показывают, что скорость, с какой разные люди проходят различные фазы жизненного цикла, имеет индивидуальный широкий диапазон колебаний и что хронологический и биологический возраст не всегда совпадает.

Биологический возраст — это состояние различных функций, органов и систем организма, определяемое с помощью специальных тестов. Например, педиатры определяют физическое и психическое развитие ребенка с помощью антропометрических измерителей, а также психометрических тестов. Росто-весовые показатели позволяют оценить ускоренный или замедленный темп развития ребенка в соответствии с его хронологическим возрастом.

В зрелом и пожилом возрасте значение различных тестов для определения биологического возраста человека не столь очевидно. Возможно, это связано с тем, что скорость старения у различных индивидов неодинакова: один человек в 50 лет все еще молод душой и телом, у другого — явно выраженные признаки преждевременного старения.

Индивидуальные различия в характере и темпах старения наблюдаются между городскими и сельскими жителями, между лицами, ведущими различный образ жизни,

людьми разных профессий и различного социально-экономического положения.

Такие признаки индивидуального старения, как снижение роста, жизненной активности, мышечной силы, емкости легких, замедление ответной реакции на различные раздражители и другие, являются универсальными независимо от социальных условий и образа жизни. Однако последние могут либо замедлить, либо ускорить темп старения в пределах средних статистически значимых величин.

Однако каковы бы ни были индивидуальные различия в характере и темпах старения, наиболее часто встречающимся, модальным возрастом, с которого признаки старения становятся наиболее явными, принято считать возраст 60 лет. Именно начиная с этого возраста темпы старения для подавляющего большинства людей ускоряются. Относительное увеличение численности контингентов этого возраста в общей численности населения и будет характеризовать степень выраженности процесса постарения населения. Таким образом, индивидуальное старение — это динамичный процесс, характеризующийся понижением жизненных функций человеческого организма и обуславливающий постарение населения при изменении его демографической структуры. Если бы после 60 лет у людей не проявлялись признаки старения, то, какой бы ни была доля лиц этого возраста, речи о постарении населения не могло бы быть. Поэтому вполне логично считать, что процесс постарения населения тесно связан с периодом проявления индивидуального старения. Когда удастся замедлить темпы старения, отодвинув его явные проявления на более пожилой возраст, тогда, вероятно, надо будет пересмотреть возрастную классификацию различных циклов человеческой жизни и, следовательно, возраст, который берется в качестве нижней границы постарения населения. Пока что исследователи согласны с тем, что возраст 60 лет и старше наиболее приемлем для оценки степени выраженности процесса постарения населения. Правда, очень часто критериями этого процесса считают возраст 65 лет и старше. В данном случае руководствуются законодательными актами, устанавливающими пенсионный возраст.

Демографическое старение, или, что то же самое, постарение населения, можно выразить разными показателями:

долей пожилых людей (старше 60 или старше 65 лет) в общей численности населения;

пропорцией «нетрудоспособных» к числу «трудоспособных»;

отношением числа пожилых людей не ко всему населению, а только к взрослому населению (от 20 до 60 лет);

отношением числа пожилых людей к числу детей.

По своему смыслу термин «постарение» обозначает выраженность этого процесса, достигнутую определенным населением: внимание сосредоточено на результате, а не на процессе. В действительности явление это сложное и может формироваться под воздействием различных условий, выходящих за рамки демографических закономерностей. Тем не менее основным инструментарием исследования процесса старения населения является демографический анализ.

Выше уже отмечалось, что порог старости можно отнести как к 65, так и к 60 годам, единый для обоего пола или дифференцированный в зависимости от возрастного ценза выхода на пенсию, точно так же нижний предел взрослого периода может варьировать и базироваться либо на законодательном возрасте начала трудовой деятельности, либо приниматься как 20 лет.

Однако для более углубленного анализа этого процесса с позиций влияния демографических факторов на состояние здоровья необходимо детализировать возрастную группировку. Недостаточно ограничиться рассмотрением эволюции всей группы «60 лет и старше» — необходимо получить сравнительные данные о «молодых» стариках (60—69 лет) и о глубоких стариках (75—90 лет), а также о долгожителях (старше 90 лет).

Исследование процесса старения населения за сравнительно длительный исторический период времени имеет ряд недостатков. Принимая возраст в 60 лет нижней границей старости в виде биологической демаркационной линии, мы не учитываем того обстоятельства, что эта граница во все времена не была одной и той же. Период жизни, измеряемый хронологическим путем (годами), по-видимому, не изменился, но справедливо ли считать, что отсчет количества лет, прошедших с момента рождения, для лиц, достигших 60 лет в нашу эпоху и предыдущие эпохи, имеет одну и ту же качественную характеристику. Так считать неправильно. Сегодня среднестатистическая характеристика 60-летних выглядит «моложе», чем, например, 200 или 100 лет тому назад. Было бы целесообразно определить индексную поправку на изменение соотношений в хронологическом и биологическом возрасте и

учитывать это при демографическом анализе степени выраженности процесса старения населения.

То, что на протяжении многих веков доля пожилых людей не менялась значительно, подтверждает высказанную точку зрения о неравнозначности периода старости в наше время и в прошлые века. Можно лишь приблизительно считать, что биологическая **нижняя граница старости** (60 лет) в настоящее время по сравнению с той, какой она была в прошлые века, переместилась лет на 10 (примерно с 50 лет). Если бы мы располагали надежными статистическими данными, то, очевидно, можно было бы проследить постепенное увеличение доли лиц в возрасте 50 лет и старше, но, поскольку сравнение с прошлым базируется на современных представлениях, этого сделать нельзя. Да и точными научными данными не подтверждено то положение, что темпы старения у современных поколений замедлились и что физиологическая старость наступает позже, чем в тот период, когда люди с самого раннего возраста страдали от многочисленных инфекционных заболеваний, недоедания, изнурительного физического труда и т. д.

Количественное выражение степени старения населения в некоторых странах приведено в табл. 17.

Таблица 17

Доля людей в возрасте 60 лет и старше
среди всего населения в некоторых странах мира*, %

Страна	1850	1900	1950	1970	1975	1980
Великобритания	7,2	7,5	16,0	18,5	19,9	20,2
Дания	8,2	9,9	13,3	17,0	18,3	19,3
Норвегия	8,8	10,9	13,8	18,0	19,1	20,0
США	4,1	6,4	12,2	14,1	21,0	15,5
Франция	10,1	12,4	16,7	18,8	18,7	17,1
Швеция	7,8	11,9	14,9	19,3	15,3	21,7

* Народонаселение стран мира: Справочник/Под ред. Б. Ц. Урланиса. М., 1978, с. 255.

В СССР старение населения проявилось лишь после второй мировой войны. За период с 1939 по 1959 г. доля лиц в возрасте 60 лет и старше возросла с 6,8 до 9,4%.

Этот процесс усилился в 60-е и 70-е годы.

На первый взгляд причины старения населения кажутся очевидными. Многие, особенно неспециалисты, раньше да и теперь считают, что население в целом ста-

реет точно так же, как и отдельные индивиды: увеличилась продолжительность жизни людей — значит в суммарном выражении стареет все население. Нельзя отказывать в логике такого утверждения. Если сегодня, подобно тому как это было в древние века, лишь единицам удавалось достичь нижней границы старости (60 лет), то говорить о постарении населения не пришлось бы. Учитывая это, есть все основания утверждать, что достижение многими людьми нижней границы пожилого возраста вследствие снижения смертности в предшествующем периоде жизни явилось важным условием для формирования процесса постарения населения. Главной же причиной этого процесса является не столько увеличение предстоящей продолжительности жизни для лиц, достигших пожилого возраста: оно весьма незначительно по сравнению, например, с прошлым веком (с 14,2 до 19,3 года), в то время как общая продолжительность жизни возросла с 32 до 70 лет, сколько следствие ощутимого понижения рождаемости.

Сокращение смертности может способствовать постарению населения при условии, что оно будет происходить в пожилом и раннем пожилом возрасте. Понижение смертности в младших возрастных группах более выраженное, чем в пожилых возрастах, особенно в начале процесса, имеет некоторую тенденцию к омоложению населения. Это положение, разумеется, не является каким-то извечным законом, а относится лишь к современной эпохе, конкретно к нашей стране. Предположим, что в предстоящие два десятилетия удастся сдвинуть смертность от 60 лет до 80 (именно в этом возрастном периоде умирает почти половина поколения) на более пожилой период жизни — процесс постарения населения резко усилился бы.

С такой определенностью, как о причинах постарения населения, нельзя сказать о его последствиях. А. Сوفي следующими словами характеризует материальные последствия, связанные с постарением населения: «Пожилые люди производят меньше, чем потребляют, и поэтому в данном обществе им должно соответствовать определенное количество производителей, не потребляющих всей произведенной ими продукции. Любое общество должно быть готово встретиться с такой проблемой. Сила человеческого общества зависит от того внимания, которое оно оказывает своим слабым членам. Население, жертвующее слабыми во имя материальных целей, было бы обречено на упадок и вырождение. Поскольку постарение населения увеличивает только стариков, поддержание их

жизни на прежнем уровне связано со значительными трудностями»¹.

Серьезным последствием постарения населения в обществе с высокой долей городского населения является дробление семей, уменьшение их средней численности и разделение поколений. Эти процессы противостоят традиционным формам патриархального уклада жизни полинуклеарных семей, в которых пожилые люди занимали престижное положение.

Однако нет полного единства взглядов относительно того, что постарение населения создает серьезные проблемы для прогрессивного развития общества. Статистические данные свидетельствуют о том, что пока постарение населения не привело к сокращению доли взрослых. Увеличение нагрузки на трудоспособное население вследствие возрастания доли стариков компенсируется уменьшением доли детей. С точки зрения теории это положение отчасти справедливо, однако с практической точки зрения оно неосостоятельно, поскольку общество должно заботиться о своем поступательном развитии и соответственно этому делить нагрузку на трудоспособных между детьми и пожилыми людьми. Кроме того, затраты на детей в значительной части производятся в рамках семьи; государственные пособия, которые недавно введены семьям, имеющим детей, ни в какое сравнение не идут с высоким уровнем пенсионного обеспечения лиц пожилого возраста, которое существует в нашей стране.

Процесс постарения населения подводит к необходимости рассмотреть и такой вопрос, как изменение соотношения в средней продолжительности активной и неактивной жизни человека. Средний период жизни в трудоспособном возрасте увеличился по сравнению с концом прошлого века почти в два раза, однако данное обстоятельство не может снять остроты проблемы, вызванной постарением населения: научно-технический прогресс требует значительного увеличения периода обучения и подготовки трудовых ресурсов за счет активного периода их жизни. Польский демограф Э. Россет высказывает по поводу данной проблемы следующие мысли: «Превышение нагрузки непроизводительными элементами — явно невыгодно. Но это не означает, что выгоден был бы другой экстремум рассматриваемых соотношений, т. е. возможно более низкая нагрузка непроизводительными элементами... Исторический опыт свидетельствует не в пользу того или

¹ Сوفي А. Общая теория населения. М., 1977, т. II, с. 79.

другого экстремума: они нигде не давали ничего хорошего в будущем... было бы неправильно решать проблему потомства только с точки зрения узкопонимаемых, неотложных материальных выгод»¹.

К немаловажным и требующим глубокого исследования последствиям старения населения следует отнести последствия морального характера. Определить влияние этого процесса на умонастроения и психологию населения значительно труднее, чем произвести расчеты материально ощутимых величин.

Можно без особых опасений высказать предположение о том, что этика и взаимоотношения между различными поколениями подвергаются изменениям вследствие нарастающего процесса старения населения.

В те времена, когда средняя продолжительность жизни человека не превышала 30 лет, орудия и характер труда, условия жизни, быта на протяжении не только одного, но даже нескольких поколений оставались почти стабильными. Другое дело при средней продолжительности жизни 70 лет и при выраженном процессе старения населения — на протяжении жизни одного поколения происходят серьезные изменения, зачастую радикальные, во всех сферах жизни общества. Люди как бы присутствуют при двойном удлинении своей жизни: прошлое резко отличается от настоящего и все больше и больше от него удаляется. Образуется тенденция все большего отставания от своего времени. Этому способствует и то, что пожилые люди более отчетливо помнят прошлое, чем события, которые происходят вокруг них в настоящем. Игнорировать наличие таких проблем, вызванных старением населения, и не пытаться их решать было бы ошибкой.

В былые времена, когда — так представляется нам в ретроспективе — люди и вещи еще сосуществовали в естественной гармонии, о старости не рассуждали. Старые люди с высоты достигнутой ими жизненной ступени и полноты жизненного опыта обращались всякий раз, когда это представлялось необходимым, к тесно связанному с ними и покорно следующему по их стопам потомству. Возраст уже сам по себе обеспечивал старику особое положение: его престиж и авторитет были непререкаемы, поскольку они воспринимались как результат естественного процесса. Подобно тому как мозг является самым сложным, зрелым и в то же время старейшим органом челове-

ческого тела, так и в обществе, чей общественный строй повторял соматическую структуру организма, старый человек был ведущей фигурой, естественным венцом общественного здания. По той же причине в те времена, до наступления технической эры, еще существовали такие вещи, как благоговение, уважение, возрастная дистанция, авторитет, достоинство и смирение — этические эталоны, исполненные высокого духовного содержания, связанные с картиной истинной старости и имеющие к ней непосредственное отношение. Сегодня они превратились для нас в обыкновенные понятия, несущие лишь смутное воспоминание о их былом значении.

Может быть потому, что в прошлые эпохи число старых людей в обществе было очень незначительным (а то, что редко встречается, весьма высоко ценится), почтение к старым людям было возведено в ритуал поклонения¹. В нашу эпоху происходит интенсивное демографическое старение населения, однако отношение к пожилым людям оставляет желать много лучшего.

Вместе с тем проблемы увеличения продолжительности жизни, старения и старости никогда раньше не привлекали столько внимания научной и широкой общественности, как в наши дни.

Всюду стали появляться книги и трактаты о старости, о ее психологии и патологии. На разного рода конференциях и симпозиумах проблема старения и наше отношение к старости оказываются в центре внимания и выносятся на всестороннее обсуждение. Наука также ушла это обстоятельство: в качестве своеобразного противовеса к педиатрии выделилась такая область науки, как геронтология. Эта заинтересованность и заметное стремление как в научном, так и в организационном плане обратиться к проблемам старости определяются вполне оправданными и реальными причинами, безусловной потребностью, которую испытывает постоянно растущее число пожилых и престарелых людей.

Коммунистическая партия и Советское государство прилагают максимум усилий для того, чтобы не исключать из трудового процесса и общественной жизни ветеранов вой-

¹ Правда, были эпохи и общества, когда старых людей как ненужных общине и препятствующих ее существованию либо уничтожали, либо изгоняли из своей среды. Но это были эпохи демографического примитивизма и жестокой борьбы с силами природы и окружающими биологическими видами за сохранение рода и выживание.

¹ Россет Э. Процесс старения населения. М., 1968, с. 364—365.

ны и труда, чтобы везде и во всем они чувствовали себя полноправными членами нашего социалистического общества. Тем не менее было бы серьезным упущением не видеть стоящих перед нашим обществом проблем, вызываемых нарастающим процессом старения населения. Более того, КПСС в решениях своих партийных съездов ставит гуманную задачу увеличения продолжительности жизни и трудовой активности советских людей. Реализация этой задачи, вероятно, усилит процесс старения населения, поэтому надо, предвидя некоторые нежелательные последствия, быть готовыми к их решению.

Часы и сердце отсчитывают время, организм человека стареет. Обычно процесс этот развивается постепенно, но иногда и чрезвычайно интенсивно, например в пору юношеского созревания. Процесс старения может быть ускорен болезнью. Хорошо известно, что большинство органов уменьшаются с возрастом в объеме. Исключение составляет сердце, которое становится больше. Быстрота реакции, чувство обоняния и вкуса, ночные сновидения — все это с возрастом идет на убыль. Однако скорость этого убывания, как уже было отмечено, имеет индивидуальные различия. И механизм биологического старения не является изолированным, он связан с двумя другими механизмами — психологическим и социологическим.

Действительно ли человек стар настолько, насколько он это чувствует? Или, как гласит французская пословица, «лишь настолько, насколько стары его артерии»? Когда человеку перевалило за 60, означает ли это, что он автоматически становится старым?

Проблема здоровья пожилых людей и то, как процесс старения сказывается на состоянии здоровья всего населения, — это проблема комплексная: социальная, медицинская, демографическая и решать ее должны совместно представители естественных и общественных наук.

Критерии, характеризующие состояние здоровья, лучше разработаны для долгожителей, чем для лиц 60—69 лет. Например, степень подвижности характеризует сохранность здоровья в целом и функционального состояния опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и нервной систем, органов зрения. О здоровье долгожителей судят также на основании способности к самообслуживанию, интереса к жизни, состояния психики, остроты зрения и слуха, сохранности зубов и т. д.

Однако перечисленных критериев недостаточно для оценки состояния здоровья людей от 60 до 75 лет. Для этих целей и в указанном возрасте оценивать состояние

здоровья можно на основании традиционных методов исследования: изучать не число «здоровых», а исходить от обратного — определить уровень и структуры заболеваемости по данным обращаемости и медицинских осмотров, исследовать число доживающих и предстоящую продолжительность жизни, проанализировать смертность по причинам и т. д. Приведем некоторые сравнительные данные по возрасту и полу о частоте выявленных заболеваний при проведении выборочных медицинских осмотров.

В результате медицинских осмотров было выявлено 1136,6 случая хронических заболеваний на 1000 взрослого населения (1075,7 — на мужчин и 1227,6 — на женщин). Частота выявленных заболеваний прогрессирует с возрастом. Так, если в возрасте 15—19 лет уровень хронических заболеваний, выявленных при осмотре, составил лишь 435,0‰, то в возрасте 60—69 лет он равнялся 1905,1‰. Эта закономерность прослеживается почти по всем классам болезней, кроме таких, как «психические расстройства», «болезни органов пищеварения», «болезни мочеполовых органов».

При выборочных медицинских осмотрах оценочными критериями являлись не только наличие или отсутствие заболевания, но также его стадия (острая, хроническая), степень тяжести течения патологического процесса (компенсированные, субкомпенсированные и декомпенсированные формы).

Использование перечисленных функциональных оценочных критериев позволило представить укрупненную характеристику состояния здоровья изучаемого населения, разделив его на четыре так называемые группы здоровья.

I группу здоровья составляли здоровые люди, редко болевшие острыми заболеваниями, не имевшие никаких хронических болезней или функциональных отклонений от нормы.

II группа здоровья объединила лиц, имевших различные функциональные отклонения от нормального физического статуса, а также определенные состояния, возникшие вследствие перенесенных заболеваний и травм, нарушения зрения слабых степеней и т. п.

III группу здоровья составили лица, страдавшие длительно протекающими хроническими заболеваниями без нарушения функциональных возможностей организма, т. е. в стадии компенсации.

В состав IV группы здоровья вошли лица, имевшие длительно протекающие хронические заболевания с выраженным снижением функциональных возможностей ор-

ганизма (субкомпенсированные и декомпенсированные формы заболеваний).

В результате исследования было установлено, что большая часть обследованных (в среднем 56,6% среди лиц обоих полов) страдали хроническими заболеваниями при сохранении функциональных возможностей организма (III группа здоровья). Почти $\frac{1}{5}$ часть всех обследованных практически здоровые люди. Кроме того, 13,5% составили лица, имевшие различные функциональные отклонения (II группа здоровья), а 10,6% — лица, страдающие хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации и декомпенсации. Результаты исследования приведены в табл. 18.

Как следует из данных таблицы, с увеличением возраста число практически здоровых лиц значительно уменьшается (с 48,5% в возрасте 15—19 лет до 2,0% в возрасте 60 лет и старше). Это обусловлено возрастанием доли больных хроническими заболеваниями в стадии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации (с 28,0% в 15—19 лет до 93,5% в 60 лет и старше).

В более старших возрастных группах удельный вес компенсированных форм (III группа здоровья) несколько снижается за счет возрастания доли больных, имеющих субкомпенсированные и декомпенсированные хронические заболевания. В возрасте 60 лет и старше доля лиц, отнесенных к IV группе здоровья, составила 28,0%. При этом пожилые мужчины несколько чаще, чем женщины, страдают заболеваниями с выраженным снижением функциональных возможностей организма (соответственно 30,9 и 26,8%). По-видимому, это является результатом как физиологических особенностей мужского организма, так и более низкой посещаемости мужчинами амбулаторно-поликлинических учреждений, что затрудняет своевременное выявление заболеваний на ранних стадиях их развития. Таким образом, проблема постарения населения является важным объектом не только демографического, но и социально-гигиенического исследования.

Несмотря на то что процесс постарения населения очевиден, многие аспекты данной проблемы все еще недостаточно освещены, особенно с позиций медицины и здравоохранения.

Пожилое население нуждается в усиленной социальной и медицинской помощи. Можно вычислить размер этой помощи, зная численность населения и его возрастную структуру, а также число дней, проведенных в больнице,

Таблица 18

Функциональная оценка состояния здоровья взрослого населения, % к итогу по каждой возрастно-половой группе

Возрастные группы, лет	I группа здоровья			II группа здоровья			III группа здоровья			IV группа здоровья		
	муж- чины	жен- щины	оба пола	муж- чины	жен- щины	оба пола	муж- чины	жен- щины	оба пола	муж- чины	жен- щины	оба пола
15—19	50,2	47,6	48,5	21,1	22,8	22,2	28,0	26,3	27,0	0,7	3,3	2,3
20—29	42,5	30,4	34,5	19,9	14,4	16,3	34,0	51,6	45,7	3,6	3,6	3,6
30—39	30,6	17,2	21,7	14,4	15,0	14,8	48,7	59,8	56,1	6,3	8,0	7,4
40—49	4,9	7,1	6,3	11,0	13,5	12,6	70,2	67,4	68,5	13,9	12,0	12,6
50—59	4,4	1,9	2,7	7,5	7,4	7,5	67,8	72,7	71,0	30,3	18,0	18,8
60 и старше	0,8	2,5	2,0	4,3	4,6	4,5	64,0	66,1	65,5	30,9	26,8	28,0
Все взрослое на- селение	23,6	17,2	19,3	13,8	13,4	13,5	52,0	58,7	56,6	10,6	10,7	10,6

количество посещений к врачам, потребление медикаментов и т. д.

До последнего времени процессу старения трудоспособных контингентов населения уделяли мало внимания. Тем не менее это — один из наиболее важных вопросов. Если технология производства изменяется медленно, то каждое поколение может обучиться новым методам в возрасте 20 лет (когда оно начинает работать), и эти знания (в основном) сохраняются у него до конца жизни. Ритм изменения технологии находится в определенном соответствии с ритмом смены поколений. В период до 2000 г. технология производства будет изменяться более быстрыми темпами, чем ритмы смены поколений. Те поколения, которым до конца нашего века исполнится 40 лет (численность этой когорты на $\frac{1}{3}$ больше, чем численность предыдущей), вплотную столкнутся с проблемой опережающих темпов изменения технологии производства по сравнению с возможностями овладения этой технологией новыми поколениями.

Увеличение продолжительности жизни было достигнуто в основном за счет снижения смертности в возрастах, далеко отстоящих от той границы, с которой принято считать начало выраженного старения и индивида, и населения в целом. Упорная борьба с другими хроническими заболеваниями едва ли принесет такие же результаты. Почему? Причина заключается в том, что этими хроническими заболеваниями страдают, как правило, люди пожилого возраста, перед которыми стоит целый ряд проблем, и в частности значительное снижение работоспособности и адаптации к быстро изменяющимся условиям жизни.

Одна из задач системного подхода к этой проблеме — установить, до какой степени изменение числа смертей в результате одного заболевания является простым следствием изменения числа смертей в результате других заболеваний. Речь идет о том, что нельзя обольщаться успехами в снижении смертности от какой-либо одной причины, рассматривая этот вопрос в отрыве от жизнеспособности населения в целом.

Процесс постарения населения связан с прогрессом, которого достигло человечество: все больше людей доживают до пожилого возраста. Поэтому особое внимание должно быть обращено на начало «нити жизни» — число пожилых людей в обществе должно находиться в определенном равновесии с числом молодых людей. Выигрыш битвы в борьбе за отдаление смерти на более пожилой возраст — это длинная цепь событий. Здесь и улучшение

условий труда, быта, образа жизни, достижения медицины и здравоохранения и т. д. Впервые в истории не избранное меньшинство, а большинство людей имеют вероятность достичь пожилого и преклонного возраста.

Долгосрочные прогнозы свидетельствуют о том, что к 2000 г. число пожилых людей в мире возрастет до 600 млн. человек (в 1950 г. их было 200 млн.), а к 2020 г. превысит 1 млрд. человек, составив $\frac{1}{8}$ часть населения планеты.

Есть основания предполагать, что в дальнейшем процесс постарения населения коснется трудоспособной части населения — увеличение доли лиц в возрасте 40 лет и старше в общей численности работающих и возрастание численности людей, достигших 70 лет и старше. Увеличение доли лиц этой возрастной группы имеет особое значение для решения проблем развития здравоохранения и научных проблем медицины, в частности геронтологии, не говоря уже о планировании и организации всех мероприятий экономического и социально-медицинского характера.

Увеличение продолжительности жизни и процесс постарения населения как для общества в целом, так и для отдельных индивидов ставят задачу активного участия пожилых людей в профессиональной, общественной жизни. Несмотря на то что биологическое старение универсально и имеет определенные признаки, календарный возраст проявления этих признаков различен у разных индивидов. Поэтому важно найти критерии биологического возраста, оценить состояние здоровья и способность к определенным видам профессиональной деятельности на индивидуальном уровне, а не только учитывать паспортный возраст человека.

Активное диспансерное наблюдение за лицами пожилого возраста следует использовать для прогнозов их трудоспособности, индивидуального определения характера и степени интенсивности показанного для них труда.

Вопрос стоит так: каким образом обеспечить поступательное, прогрессивное развитие общества при все нарастающем демографическом постарении? Альтернатива только одна — все шире вовлекать в общественные сферы труда лиц раннего пожилого возраста (юных пожилых), создавая для них необходимые условия и используя для этих целей достижения научно-технического прогресса.

Требуется постепенное изменение общественной психологии по отношению к пенсионеру как к беспомощному и бесполезному члену общества. Труд пенсионера необходим и для него самого, и для общества.

На XXVI съезде КПСС было указано, что привлечение к трудовой деятельности ветеранов труда с учетом их возможностей и потребностей народного хозяйства в современных условиях является весьма важной задачей.

Как указывает акад. Д. Ф. Чеботарев, труд пенсионеров в сфере их профессиональной деятельности имеет не только непосредственно народнохозяйственное значение; он оказывает положительное влияние на состояние здоровья пожилых. Пенсионеры, продолжающие трудиться в меру своих сил и возможностей, меньше нуждаются в уходе и обслуживании со стороны трудоспособного населения, реже болеют, дольше сохраняют чувство общественной полноценности, полезности и семейной престижности.

Однако изучение данного вопроса свидетельствует о низкой и не возрастающей занятости пенсионеров, несмотря на абсолютное и относительное увеличение их числа. Вероятно, одной из причин такого положения является то, что не разработаны регламентации облегченного труда, возможность заблаговременно до перехода в пенсионный возраст обучения работе с новой техникой, адаптированной к психо-физиологическим возможностям пожилого организма. До последнего времени не проявляют должной заботы руководители предприятий для использования труда пенсионеров.

Признание взаимосвязи всех аспектов демографического и индивидуального старения диктует необходимость системного подхода к практическому и научному решению проблемы.

Социальная и медицинская забота о пожилых людях должна выходить за пределы того, что связано с ориентацией на болезни. Такая забота должна быть нацелена на то, чтобы обеспечить стареющим людям возможность как можно дольше вести независимый образ жизни в своей семье и обществе. Первичная медико-санитарная помощь престарелым должна отличаться от таковой для других контингентов населения и включать в себя не только медицинские мероприятия, но и психологические и духовные запросы пожилых людей.

Глава IV

ПРОБЛЕМА СМЫСЛА ЖИЗНИ В СВЯЗИ С ЕЕ УВЕЛИЧЕНИЕМ

1. ЭВОЛЮЦИЯ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ

Человек по своей природе поклонник прошлых веков, и события весьма отдаленного времени нашим сознанием воспринимаются как величественные и героические. «Ведь были люди в наше время, не то что нынешнее племя: богатыри — не вы!». Кому не известны эти строки нашего великого поэта. Сложились и представления о том, якобы люди прошлого были сильнее, крепче здоровьем и намного дольше жили.

В египетской, индийской, ассирийской и финикийской мифологиях много внимания уделено описаниям исключительно высокой продолжительности жизни наших предков, особенно легендарных героев. Старцам приписывали большую мудрость, а из этого следовало, что чем старше человек, тем он мудрее. Культ мудрости, связанный с почтенным возрастом, был хорошей предпосылкой для мифов о фантастической продолжительности жизни библейских героев — Адама, Ноя, Мафусаила, проживших якобы около 1000 лет каждый, что, кстати, современные теологи подвергают серьезному сомнению.

Наукой доказано другое. В древние века продолжительность жизни многих людей была очень коротка: высокая рождаемость лишь с трудом восполняла потери поколений, вызванные их высокой смертностью.

Создание мифов об исключительно высокой продолжительности жизни в прошлые века свидетельствовало о том, что человеческие устремления всегда были направлены на то, чтобы обеспечить более продолжительные сроки жизни.

Не эти ли человеческие устремления стимулировали развитие науки, техники и такого социального устройства, которое позволило бы реализовать фантастические мечтания о долгой, здоровой и счастливой человеческой жизни!

Много научных работ посвящено проблемам долгожительства, однако редко рассматриваются вопросы смысла и цели жизни, связанные с увеличением ее продолжительности для всего населения¹. Проблема эта не из простых, поскольку увеличение продолжительности жизни населения только за последнее столетие, а с точки зрения более широкой ретроспективы за последние по крайней мере два тысячелетия более чем в 2 раза (с 30 до 70 лет), одновременно явилось и причиной, и следствием социально-экономических изменений, изменений экологической и популяционных характеристик людей. Можно было бы привести огромное количество фактов. Но что не поддается учету и вовсе почти не исследовано, так это изменение смысла, цели и ценности жизни в результате ее значительного увеличения. Ведь смысл и цели жизни у людей в разные эпохи имели разное содержание, и определялись они не только условиями жизни и господствующими философскими и религиозными доктринами, но в значительной мере зависели от продолжительности жизни населения, от влияния различных стихийных бедствий, которым подвергалось человечество (голод, войны, эпидемии и т. д.). Вернее, содержание различных философских концепций о смысле, целях и продолжительности человеческой жизни следовало из осмысливания реальной действительности и наиболее удовлетворительного ее объяснения.

Смысл жизни — это прежде всего отношение человека к своей жизни, ощущение собственного я и индивидуальное отношение к окружающему миру. Только человек задумывается над смыслом жизни и стремится понять его. Индивидуальное понимание смысла жизни формируется в определенных общественных условиях под воздействием господствующих в обществе морально-этических принципов, определяющих взаимоотношения между людьми.

В диалектическом единстве человеческая жизнь соединяет в себе биологическую и социальную стороны, бессознательное и осознанное. Проблема смысла жизни, по словам Г. Гейне, стала проклятым вопросом истории. В

¹ При употреблении термина «продолжительность жизни населения» мы имеем в виду среднюю для всего населения продолжительность жизни, а не сроки длительности человеческой жизни, которая определяется такими терминами, как видовая, биологическая, максимально возможная, потенциальная и др. Все эти термины имеют одно смысловое значение: предельные, рекордные сроки индивидуальной человеческой жизни. — *Примеч. авт.*

этой связи небезынтересно рассмотреть ряд философских концепций по этой проблеме.

Рассмотрение продолжительности и смысла человеческой жизни в виде абстракции, вне общества, в котором она реализуется, а только в виде атрибута, пусть самого главного, но все же атрибута, присущего человеческой личности, порождает различные идеологические концепции. С точки зрения идеалистов всех мастей, человеческая жизнь сугубо индивидуальна, каждый индивид — свободный творец своей жизни, все зависит только от его воли, инстинкта и вызванных им побуждений.

Большое внимание проблемам жизни и смерти уделяет экзистенциализм (от латинского «экзистенция» — существование) — наиболее модная идеалистическая философия XX в. Интересно отметить, что это философское направление особенно интенсивно развивалось после серьезных общественных потрясений — после первой и второй мировых войн, погубивших миллионы человеческих жизней и принесших невиданные до сих пор страдания и испытания людям.

Философия экзистенциализма получила широкое распространение потому, что ее идеи отражались в литературе, поэзии, кино, на телевидении. Экзистенциализм имеет множество оттенков, однако основная его концепция состоит в том, что существование, жизнь — это судьба единичного субъекта. А поскольку современная жизнь, по мнению буржуазных приверженцев этой философии, полна противоречий, ужасов, эгоистических устремлений, единственный путь, ведущий человечество к блаженной цели — это религия любви. По существу, такой же концепции, но с атеистических позиций, придерживается всемирно известный врач-естествоиспытатель Ганс Селье. По мнению ученого, биологическая основа человека такова, что инстинкт самосохранения, чувство жизни и своего собственного я у него получили доминирующее развитие. Поэтому христианская мораль, проповедующая любовь ближнего как самого себя, не имеет под собой реальной биологической основы и утопична по существу. Утвердить себя, найти смысл своей жизни и гармонию с окружающим миром человек может лишь при условии добровольного сотрудничества с себе подобными, с коллективом, обществом. По Г. Селье это так называемый альтруистический эгоизм, призван утвердить среди людей гармонию во взаимоотношениях и идти на пользу как отдельной личности, так и коллективу в целом. Вместо «возлюби ближнего как самого себя» Г. Селье предлагает

новую морально-этическую формулу поведения: «заслужи любовь ближнего». Располагая богатым экспериментальным материалом, ученый подтверждает свои философские концепции многочисленными примерами, начиная от взаимоотношений между отдельными клетками организма и далее между представителями отдельных биологических видов. Однако идея всеобщей любви ради утверждения своего я столь же утопична, как и христианская мораль возлюбить ближнего как самого себя. Концепцию Г. Селье можно с полным основанием отнести к атеистическому экзистенциализму, наиболее ярким представителем которого является писатель и ученый нашего времени Жан Поль Сартр.

Высшей ценностью человеческой жизни Сартр и его сторонники объявили свободу, однако игнорировали социально-экономические условия, в которых такая свобода может существовать. Сартр пришел к выводу, что реализация человеческой свободы возможна через активное действие, однако он отказывался признавать закономерности общественного развития, установленные марксизмом-ленинизмом. По мнению Сартра, жизнь является совокупностью неповторимых ситуаций, бытие лишено разумности, причинности и необходимости.

Смысл, цели и ценность жизни экзистенциалистам не удалось ни раскрыть, ни придать им жизнеутверждающей идеи. Это было сделано марксизмом-ленинизмом. Приведем по этому поводу высказывание Ф. Энгельса. «Человек должен лишь познать себя самого, сделать себя самого мерилем всех жизненных отношений, дать им оценку сообразно своей сущности, устроить мир истинно по-человечески, согласно требованиям своей природы, — и тогда загадка нашего времени будет им разрешена. Истину следует искать... в собственной груди человека. Собственная сущность человека много величественнее и возвышеннее, чем воображаемая сущность всех возможных «богов», которые ведь представляют собой лишь более или менее неясное и искаженное отображение самого человека»¹.

Сама по себе жизнь является не «даром печальным, даром напрасным», а благом: все живое, жизнерадостное, окружающее человека, приносит ему удовлетворение, радости познания окружающего мира и самого себя. Ведь человек, по словам Г. Гейне, — это вселенная, под каждым гробовым камнем покоится всемирная история. Человек,

как и все живое, стремится к солнцу, свету, к жизни; борьба за благо жизни составляет всю человеческую историю. Восприятие и осознание жизни, связь собственного я со всей вселенной — уже только в одном этом заложен огромный смысл жизни, ведь ее противоположностью является небытие, отсутствие всяких ощущений и никакого участия в познавательной и созидательной деятельности. Люди настолько свыкаются с жизнью, что не могут представить ее существование без их участия, при их отсутствии. И все же человеческая жизнь имеет определенные временные пределы и мысль о том, что жизненный путь приведет к смерти, многих страшит, пугает и порождает пессимистическое отношение к смыслу жизни. И. И. Мечников считал, что страх перед смертью возникает потому, что люди по большей части умирают в жизнедеятельном состоянии, когда они могли бы еще испытывать радости жизни, а желание отдохнуть от жизни вследствие насыщения ею еще не развилось. И одной из причин, по которым человек считает себя несчастным, является сознание неизбежности смерти. Для устранения этого несчастья, как считал И. И. Мечников, следует воспитывать человека так, чтобы исключить из его сознания страх смерти.

Происшедшие изменения в продолжительности жизни населения ставят серьезные задачи перед медицинской психологией и медицинской демографией: предстоит доскональным образом разобраться в том, в каком направлении изменились смысл жизни, ее цели и ценности в современный период по сравнению с прошлым и как это все отражается на общественной психологии, на роли врача в обществе, на характере воспроизводства населения и все возрастающих его потребностях в медицинской и социальной помощи.

Со снижением рождаемости и увеличением продолжительности жизни возрастная пирамида сдвинулась к вершине. Политическая и социальная организация общества, разумеется, не зависит от возрастной структуры населения, однако было бы ошибкой не учитывать влияние этого демографического фактора на многие социально-экономические, моральные и этические проблемы, стоящие перед обществом. Известно, что конфликт между поколениями изменяется в соответствии с историческими, политическими и экономическими факторами. И такие конфликты, характерные для капиталистических стран, возникают в кризисные периоды развития общества, когда теряют смысл моральные ценности и ценность самой жизни, а вследствие безработицы пожилые люди становятся лишними и т. д.

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 1, с. 593—594.

Вместе с тем нельзя не учитывать, что поступательное развитие общества во многом зависит от преемственной связи между молодыми, средними и пожилыми когортами, от характера взаимоотношений молодых, пожилых и людей среднего возраста. На сбалансированность этих отношений ввиду того, что в разные возрастные периоды различны смысл и цели жизни, серьезное влияние оказывает возрастная структура населения.

Возникают ли конфликты между поколениями в нашем социалистическом обществе? Безусловно, они возникают на уровне семьи, отдельных производственных коллективов, однако они не имеют антагонистического характера; тем не менее требуется общественное воздействие для ослабления остроты подобных конфликтов. В этом отношении может помочь знание особенностей возрастной психологии и демографической структуры общества, а также больших и малых производственных коллективов.

В капиталистических странах, например в США, выступление против наркомании, преступности и студенческой активности иногда выливается во враждебность против молодых людей вообще как возрастной группы.

Антагонизм по отношению к пожилым людям проявляется в неадекватном уровне доходов и в отсутствии значимых ролей для пожилых людей.

Очень важна этическая сторона этих проблем. Стремление человека к долголетию подтверждается результатами, полученными в исследованиях социологов. В чем заключаются опасности более долгой жизни как для самого человека, так и для общества в целом?

Одна только постановка этого вопроса свидетельствует о слабой разработанности многих этических и психологических проблем, связанных с увеличением продолжительности жизни населения.

Смысл жизни и страх смерти — проблемы, к которым всегда было приковано внимание людей от простого смертного до гениального мыслителя. Биологический инстинкт жизни предполагает страх смерти: у человека этот страх осознанный, в то время как у других биологических видов он проявляется в виде подсознательной реакции на грозящую жизни опасность, и чем сильнее она, тем более выражена реакция. Сила реакции, сопротивление опасности, связанной с уничтожением, гибелью, во многом определяется возрастным периодом жизни: молодым, средним или пожилым. С биологической точки зрения инстинкт жизни и соответствующая реакция на опасность уничтожения, вероятно, имели положительное значение в эволю-

ционном развитии видов. Встает все основания считать, что страх смерти удерживает человека от поступков и действий, опасных для жизни, и побуждает его к борьбе за самосохранение себя самого, своей семьи, своего общества, своих идеалов, своих принципов и т. д.

Ч. Дарвин показал, что некоторые инстинкты, в том числе инстинкт страха, имеют решающее значение для сохранения вида.

В таком случае эволюция должна была «выработать» появление противоположного инстинкта — инстинкта смерти в период, когда у отдельных индивидов исчерпаны жизненные силы и их существование становится помехой для сохранения вида. Существование такого инстинкта в мире животных имеет место. В труднодоступных уголках Африки и Южной Азии обнаружены огромные кладбища слонов. Состарившиеся слоны покидали свои сообщества и, движимые инстинктом смерти, в одиночестве (их называют «слоны-отшельники») находили кладбище своих сородичей, на котором заканчивали дни своего существования.

Наука может и должна в будущем даровать людям счастливое существование. Об этом мечтал И. И. Мечников и для этого считал необходимым осознание человеком смысла своей жизни. По мнению ученого, психологическое развитие человека идет в том направлении, что истинный смысл жизни люди познают не в ранней молодости, а в более зрелом возрасте, когда к ним приходит полнота ощущения смысла и цели существования. «Когда люди вполне убедятся в том, — писал И. Мечников, — что цель их существования — естественная смерть, связанная с особым инстинктом, сходным с потребностью уснуть, то исчезнет одна из главных причин пессимизма»¹.

Если проблемы смысла жизни волновали людей в начале века, когда до пожилого возраста доживало всего 20—25% из числа родившихся, то эта проблема стала значительно острее в наши дни, когда до пожилого и старческого возраста доживает значительная часть населения. Однако мало делается для того, чтобы воспитывать у людей, дифференцированно для отдельных возрастных групп, научно обоснованное понимание смысла и целей жизни. Большая роль в этом деле должна принадлежать медицинским работникам. Врач должен выполнять функции не только целителя телесных болезней, но и быть духовным наставником, с которым люди советуются и следуют его рекомендациям в вопросах рационального поведения, от ко-

¹ Мечников И. И. Этюды оптимизма. М., 1909, с. 122.

торого, употребляя религиозную терминологию, зависит здоровье души и тела.

Врач-мыслитель современности И. В. Давыдовский на склоне своих лет глубоко задумался о смысле и ценности человеческой жизни. Свои мысли, научные доказательства и раздумья ученый изложил в монографии «Геронтология»¹.

В XX в., по мнению И. В. Давыдовского, человек стал более реалистичным, умудренным опытом и знаниями. Он многое может, но еще большего хочет, понимая в то же время, что старость и биологические лимиты жизни стоят на его пути. Одно дело — повернуть течение рек вспять, покорить космос, проникнуть в тайны вещества и т. д., другое дело — продлить человеческую жизнь, особенно ее безболезненный, трудоспособный период. Человек многого достиг в использовании богатств природы, но очень скромны его усилия в изменении своей собственной природы, особенно это относится к удлинению лимитов жизни.

Попытаемся разобраться, какие препятствия стоят на этом пути, можно ли их будет когда-либо преодолеть. Для этого уясним прежде всего, что продолжительность жизни человека, ее определенный временной цикл, как и всех ныне существующих и существовавших ранее биологических видов, сформировались не вдруг, в течение одного или нескольких поколений, а имеют длительную историю эволюционного развития. Эта история насчитывает миллиарды лет, и ее начало, вероятно, можно отнести к началу возникновения жизни на Земле. Следовательно, продолжительность человеческой жизни несет на себе следы исключительно длительного эволюционного развития — от кратковременной, измеряемой секундами и минутами жизни простейших организмов до 100-летнего и даже несколько большего периода жизни отдельных представителей человеческой популяции. Можно предположить, что программа продолжительности человеческой жизни, которая существует сейчас, возникла как раз в тот период, когда возник сам человек, а период культурного развития способствовал лишь реализации этой программы.

Существование человеческого рода исчисляется двумя миллионами лет. В сравнении с общим периодом эволюционного развития видов и времени возникновения человека период культурного, цивилизованного его развития составляет ничтожную долю. Это соображение необходимо иметь в виду при анализе современного состояния и осо-

бенно перспектив увеличения продолжительности человеческой жизни.

До последнего времени остается невыясненным вопрос о том, вследствие каких факторов формировалась программа продолжительности жизни человека, вследствие ли влияния отбора или в результате действия общебиологических закономерностей, направленных на сохранение жизни вида. Исходя из эволюционной теории влияние отбора направлено на репродуктивные возраста: большинство представителей животного мира прекращает свое существование непродолжительное время спустя после завершения репродуктивного периода. Отбор «заботится» о репродукции вида, а не о жизни индивидов в пострепродуктивном периоде. Почему же у человека жизнь за пределами репродуктивного возраста составляет примерно одну треть общей продолжительности его жизни?

Постановка такого вопроса вполне правомерна, его следует рассматривать во взаимосвязи с этологическими, экологическими и демографическими проблемами.

Жизненный потенциал популяции определяется не только и не столько уровнем рождаемости, сколько смертностью и продолжительностью периода жизни в детородном возрасте. Лишь сбалансированность этих процессов может обеспечить жизненную устойчивость популяции. Ее объем (общая численность) на определенный период времени будет равняться произведению рождаемости на среднюю продолжительность жизни.

В живой природе существует естественное регулирование объема животных популяций. Редко встречаются популяции, которые увеличивались бы до таких пределов, чтобы им не хватало пищи. Этологи доказывают, что существует бесконечное множество саморегулирующих механизмов физиологического и психологического характера, которые «следят» за тем, чтобы популяция не превышала численности, допустимой для продолжения жизни вида. На этот счет из животного мира можно привести много примеров. Здесь, по мнению этологов, большую роль играет стресс и физиологическая реакция на него, выражающаяся в изменении репродуктивного поведения.

Справедливо ли соображение, что сознательное регулирование рождаемости у людей, в какой бы форме оно ни выражалось, является культурным заменителем биологических механизмов, господствующих в живой природе и регулирующих численность различных биологических видов? Постановка такого вопроса вполне закономерна, ведь антиподом высокой рождаемости всегда были вы-

¹ Давыдовский И. В. Геронтология. М., 1966, с. 299.

сокая смертность и низкая продолжительность жизни. За небольшим исключением для биологических видов, отличающихся высокой продолжительностью жизни, характерна низкая рождаемость. Еще К. Маркс отмечал, что альтернативой высокой смертности, присущей слабым биологическим видам, является быстрое размножение.

Не является ли снижение смертности и увеличение продолжительности жизни в человеческой популяции фактором, повлекшим за собой изменение репродуктивного поведения людей? Здесь трудно разобраться в том, что является причиной, а что следствием, однако на примере развивающихся стран отчетливо прослеживается та закономерность, когда снижение смертности через какой-то определенный период влечет за собой снижение рождаемости.

Эволюционный, исторический подход убеждает в том, что из числа видов, когда-либо живших на Земле, вымерло, вероятно, 95%. На протяжении всей истории жизни на Земле возникали новые виды, а старые вымирали. Эволюционный консерватизм на фоне изменений окружающей среды вполне может привести к увеличению смертности и уменьшению численности популяции. Реакцией на это не бывает повышение рождаемости. Данные экологии свидетельствуют о том, что если мы хотим достичь высокой, биологически возможной продолжительности жизни, то нам в большинстве случаев придется принимать условия, которые диктует нам Природа, т. е. обеспечение экологического, экологического и демографического баланса (согласия) с окружающей средой.

Продолжительность жизни населения реализуется в определенной социальной среде, и ее величина зависит от усилий и возможностей общества, включая медицину и здравоохранение. Это положение никем не оспаривается. Однако не имеется убедительных доказательств о влиянии биологических основ, фундамента, на котором формируются человеческое поведение и человеческая психология, а также определенные временные сроки человеческой жизни — задача состоит в том, чтобы использовать данные многих наук, которые могли бы на основе благоприятных социальных условий обеспечить людям долгую и здоровую жизнь.

Акцент на качественной стороне воспроизводства поколений — важный аспект социально-гигиенических исследований современных проблем народонаселения.

Есть все основания считать, что в настоящее время приоритет в социально-гигиенических исследованиях дол-

жен быть отдан «субъективному» критерию — физическому, умственному и социальному благополучию, т. е. здоровью и субъективным факторам, оказывающим на него влияние — образу жизни, включающему демографическое поведение. С социально-гигиенической точки зрения образ жизни можно определить как психосоциальный фактор, формирующий стремление определенным способом удовлетворить материальные и духовные потребности личности. Определенный тип воспроизводства населения — это биосоциальная реакция на состояние окружающей среды, реализация с помощью определенного, доминирующего в обществе образа жизни.

Человеческий организм, на который воздействуют многие факторы социальной и экономической среды, обладает рядом характеристик, таких, например, как возраст, пол, уровень физического и умственного развития и т. д., которые определяются генетическими факторами и предшествующим влиянием окружающей среды.

Взаимосвязи между психосоциальными факторами и изменениями в образе жизни (демографическом поведении) устанавливаются или намечаются под воздействием определенных условий. Поясним это на примере. Характерной чертой современного образа жизни является возрастание частоты жизненных перемен, которые заставляют организм человека приспосабливаться к новым условиям, на что затрачивается, в соответствии с концепцией Селье, адаптационная энергия.

Повышенная миграционная подвижность, склонность к жизненным переменам как проявление современного образа жизни, несомненно, оказывают негативное влияние на устойчивость брака, рождаемость и продолжительность жизни. У стабильного населения, не меняющего или меняющего очень редко место своего жительства, состояние здоровья лучше, а продолжительность жизни выше по сравнению с мигрирующим населением.

Сегодня важное значение следует придать медико-демографическим исследованиям воздействия психосоциальных факторов — образа жизни — на продолжительность жизни, состояние здоровья и репродуктивное поведение различных социальных, профессиональных и возрастно-половых групп населения. Лишь вскрыв взаимосвязи между социальными стимулами и характером воспроизводства, продолжительностью жизни и образом жизни населения, можно будет проводить эффективную научно обоснованную демографическую политику.

Эволюция предполагает изменения. В процессе эволюции изменения происходили не только в физическом и, если говорить о человеке, умственном развитии, но и в увеличении продолжительности жизни. Эволюция сформировала определенные сроки продолжительности жизни для различных биологических видов в строгом соответствии с экологическими и социальными условиями их существования.

Время существования (продолжительность жизни) отдельных индивидов, различных биологических видов обусловлено скоростью процесса старения. В соответствии с современными взглядами старение можно определить как прогрессирующее накопление изменений, приводящих к увеличению подверженности заболеваниям и необратимому процессу для индивида — смерти. Смерть многоклеточного организма происходит в результате гибели или дисфункции клеток, принимающих участие в функционировании жизненно важных систем (дыхательной, сердечно-сосудистой, центральной нервной системы). Старение происходит вследствие разрушающего действия на клетки реакций свободных радикалов, т. е. тех реакций, в которых активное участие принимает кислород. Последний, способствуя окислению и метаболизму (усвоению) клетками жизненно необходимых для них питательных веществ, постепенно с течением времени снижает ее функцию (старение) и приводит к гибели. При этом изменения с возрастом и темпы развития этого процесса находятся под генетическим контролем. Однако средовые факторы могут усилить, изменить или ускорить процесс старения клеток отдельных органов, систем и организма в целом и ускорить или отдалить приближение смерти.

Согласно теории старения, основанной на концепции разрушающего действия реакций свободных радикалов (кислородных реакций), продолжительность жизни вида обратно пропорциональна скорости обменных процессов (реакций свободных радикалов).

Имеются исследования, доказывающие, что при поддержании веса тела на сниженном уровне, соответствующем пониманию хорошего самочувствия, можно увеличить продуктивный период жизни на 5—10 лет и более. Причем диета должна быть адекватной по своим питательным веществам и одновременно предназначенной снижать производные реакции свободных радикалов в организме.

Теория старения в связи с действием свободных радикалов была впервые предложена в 1954 г. Однако до сих пор остается неясным вопрос: являются ли эти реакции ведущими в процессе старения организма или они служат

лишь катализаторами для привода в действие других механизмов старения?

Тем не менее эта теория может быть полезным руководством, направленным на увеличение активной продолжительности жизни. Имеется множество других рекомендаций рационального поведения, которое, по мнению авторов, может привести к увеличению продолжительности жизни.

Старость столь же закономерна и неизбежна для развития человека, как детство и юность. Поэтому было бы несправедливым считать старость и смерть чем-то неестественным, несвойственным человеку. Старость является логическим завершением постепенного и неизбежного процесса старения, который, кстати, вовсе не относится к явлениям, происходящим только на последнем этапе жизни. Старение сопровождает развитие человека на всем его жизненном пути. Это неотъемлемая часть процесса развития, смерть только завершает этот процесс.

Следовательно, надеяться на то, что мы сможем устранить процесс старения, что человек всегда будет оставаться молодым и даже достигнет бессмертия, является не чем иным, как никому ненужной фантастикой. Старение — старость — смерть являются универсальными процессами, присущими органической и неорганической природе. Все существующее подвластно разрушающему действию времени.

В то же время сама идея бессмертия, мечты об «электрической жизни» возникли вследствие того, что одни достигают высоких пределов жизни, а другие, среди них большинство, умирали молодыми. Исходя из этого можно говорить о преждевременной старости и преждевременной смерти.

Старение — это те разнообразные изменения, которые происходят у живых существ под влиянием времени. Эти изменения неощутимы в молодом возрасте, но они постепенно накапливаются и в конечном итоге приводят к тем необратимым процессам, которые находят свое завершение в старости — этом преддверии смерти, являющейся концом медленной эволюции.

Термины «старение» и «старость» не идентичны. «Старение» — это эволюционные изменения, происходящие со временем, с возрастом, а «старость» — это конечное состояние, вызванное теми изменениями организма, о которых говорилось выше.

Для того чтобы ответить на вопрос, когда же начинается в действительности процесс старения организма, не-

обходимо рассмотреть основные его функции, чтобы проследить их изменения при переходе от одного возраста к другому. Этими проблемами занимается возрастная физиология, и интересующиеся этим могут ознакомиться со специальной литературой.

Другой вопрос, который также волнует исследователей, это причины старости. Являются ли старение и старость естественными, присущими всему живому органическому миру, или же это болезнь, которую нужно лечить, как и всякую другую.

Сравнительный анализ всех этих теорий убедил нас в том, что вытекающие из них практические рекомендации не идут дальше тех, которые в свое время предлагал И. И. Мечников, основываясь на своей концепции механизма старения организма. Предположим все же, что лимитирующие пределы жизни можно будет отдалить до 120—140 лет.

А как при этом изменятся моральные, этические установки, смысл самой жизни? Чтобы разобраться в этом сложном вопросе, обратимся к взглядам великих мыслителей прошлого и настоящего.

Человек всегда хотел жить долго. Эта извечная мечта о долгой и счастливой жизни нашла свое отражение в народных сказаниях и преданиях. Если вспомнить Библию, то подобных примеров в ней можно найти множество. Великих людей, совершивших героические поступки, бог награждал прежде всего долгими годами жизни. Так, в одной из легенд рассказывается о Ное, которому бог доверил спасение его семьи, а также будущей жизни на земле во время всемирного потопа. По указанию бога Ной с помощью сыновей построил ковчег из дерева, согнал в него зверей, пресмыкающихся и птиц «каждой твари по паре», погрузил пищу и заперся в ковчеге со всей своей семьей. Во время потопа погибло все живое на земле и только ноев ковчег держался на поверхности бескрайнего водного пространства. За этот подвиг бог наградил Ноя долголетием. Ной закончил постройку ковчега, когда ему было 600 лет. После потопа Ной прожил еще 350 лет и к моменту смерти ему было 950 лет. Дед Ноя, известный из Библии старец Мафусаил, являющийся одним из многочисленных потомков Адама и Евы, прожил 969 лет, а сам прародитель Адам жил 930 лет. Сохранились легенды и о долголетье реальных людей. Так, уроженец о. Крита мудрец Эпимениу (V в. до н. э.) отличался завидным долголетием. Утверждали, что он прожил свыше 300 лет. Подобные легенды всегда пользовались огромной популярностью,

так как в них люди видели наглядные примеры достижения высоких пределов долголетия и даже бессмертия.

Человек никогда не был удовлетворен отпущенным ему сроком жизни. Те, кому мало было легенд и преданий, становились на путь исследования возможностей продления сроков человеческой жизни. Многочисленные колдуны, знахари занимались составлением магических обрядов, которые могли бы продлевать жизнь, алхимики проводили опыты по превращению одних элементов в другие с целью получения эликсира жизни, эликсира молодости.

Люди постоянно страдали от противоречия между желанием жить и неизбежностью смерти. С горечью восклицал биолог Л. К. Третьяков — профессор Новороссийского университета: «Для человека, во всяком случае, обидно, что его жизнь прекращается в среднем в 60 лет, что Моцарт и Рафаэль умирают, не достигнув возраста черепахи. Такие факты возмущают человеческое сознание»¹.

Слова Гете: «Сладостная жизнь, милая, чудная привычка к бытию и деятельности — с тобой должен я расстаться!»² — полтора столетия назад были взяты немецким врачом Гуфеландом эпиграфом к его книге «Макробиотика — искусство удлинять человеческую жизнь». В них отразилось болезненное ощущение всех тех тягот, которые несут с собой человеку старость и смерть.

Желанием понять смысл жизни и смерти проникнуты многочисленные религиозные произведения и философские трактаты древности. Еще Цицерон говорил, что философствовать — это не что иное, как приуготовлять себя к смерти. Действительно, многочисленные философские школы и направления по-разному рассматривали эти проблемы. Сетования по поводу краткости человеческой жизни в них чередуются с надеждами на достижение вечности после смерти. Однако прогрессивные мыслители пропагандировали свои идеи для того, чтобы научить человека быть сильным и мужественным перед лицом смерти, как бы ни была кратковременна жизнь. Ведь если мысли о неизбежном конце являются вечным источником сомнений и мучительных раздумий, то облегчить их можно, лишь приучая себя быть постоянно к ней готовым. Так утверждали философы-стоики.

¹ Третьяков Л. К. Бессмертие и долголетие. Библиотека натуралиста, 1911, с. 62.

² Цит. по: Френкель З. Г. Удлинение жизни и деятельная старость. М., 1948, с. 12.

Аристотель — великий мыслитель Древней Греции, ученик и последователь Платона, — рассуждая о сроках человеческой жизни, рассказывал, что на реке Гипанис обитают крошечные насекомые, живущие не дольше одного дня. Те из них, которые умирают в 8 часов утра, умирают совсем юными, а те, кто погибает в 5 часов дня, умирают уже в преклонном возрасте. Конечно, нам покажется смешным подобное сравнение, однако продолжительность человеческой жизни столь же краткая по сравнению, например, с продолжительностью существования жизни на Земле, как продолжительность жизни этих насекомых по сравнению с нашей.

Можно вспомнить многих великих людей, совершивших исторические деяния, жизнь которых окончилась чрезвычайно рано. Так, Александр Македонский умер в возрасте 33 лет. Жизнь Христа — основателя нового религиозного направления — также закончилась, когда ему было 33 года. При этом множество случайностей и превратностей подстерегало в прошлом человека на его жизненном пути. Так, уже цитированный нами Мишель де Монтень вспоминает различные случаи, когда известные и даже великие люди погибали от самых несущественных причин. Например, герцог Бретонский Жан II был раздавлен в толпе в 1305 г. при встрече папы Климента в Лионе. Французский король Генрих II был случайно убит в 1559 г., участвуя в турнире. Филипп, старший сын короля Людовика Толстого, погиб во время охоты на вепря в 1131 г. Древнегреческий поэт-лирик Анакреонт (VI в. до н. э.) умер, подавившись виноградной косточкой.

Многочисленные опасности, которым подвергалась человеческая жизнь на протяжении всей многовековой истории, учили людей всегда помнить о смерти. У древних египтян был обычай наряду с лучшими яствами и напитками вносить в пиршественный зал также мумию какого-нибудь покойника, чтобы она служила напоминанием для веселящихся о бренности их существования. По окончании пира присутствующим показывали изображение самой Смерти, причем державший его восклицал: «Пей и наполняй веселием сердце, ибо когда умрешь, то будешь таким же». У римлян был обычай оживлять пиры смертоубийством и примешивать к трапезе жестокие зрелища сражения, когда сражающиеся иной раз падали между кубков, обильно поливая своей кровью пиршественные столы. Точно так же несколько позднее кладбища располагались возле церквей или в наиболее посещаемых местах городов, чтобы человеческие останки, могилы и похо-

роны постоянно напоминали живым об ожидающей их судьбе.

Много внимания проблемам смысла и целям жизни уделял философ XVI в. Мишель Монтень. В своих трудах он ярко отразил гуманистические идеалы и вольнолюбивые идеи передовой культуры Французского Возрождения. Приведем некоторые его мысли по рассматриваемой проблеме. «Вся мудрость и все рассуждения в нашем мире сводятся, в конечном итоге, к тому, чтобы научить нас не бояться смерти... наш разум... должен стремиться только к одной единственной цели, а именно обеспечить нам удовлетворение наших желаний, и вся его деятельность должна быть направлена на то, чтобы доставить нам возможность хорошо жить и в свое удовольствие»¹.

Далее, по убеждению М. Монтеня, все в этом мире твердо уверены в том, что наша конечная цель — удовольствие, и спор идет лишь о том, каким образом достигнуть его; иначе кто стал бы слушать того, кто провозглашал бы, что целью наших усилий являются наши бедствия и страдания.

Во времена М. Монтеня, если можно так выразиться, смерть доминировала в жизни, и философ находит слова утешения для тех, даже людей молодого возраста, кого смерть подстерегает на каждом шагу. М. Монтень пишет: «И дабы ты мог убедиться в этом, подсчитай, сколько твоих знакомых умерло ранее твоего возраста, и ты увидишь, что таких много больше, чем тех, кто дожил до твоих лет... окажется значительно больше умерших до тридцатилетнего возраста, чем перейдя этот порог»².

Философские рассуждения М. Монтеня о жизни и смерти, доказательства того, что смерти бояться не следует, несомненно были вызваны высокой смертностью и короткой продолжительностью жизни людей в конце средневекового периода. Отражением этого положения были следующие слова философа: «Ничто не влекло людей к нашей религии (христианской.— М. Б.) более, чем заложенное в ней презрение к жизни. И только голос разума призывает нас к этому, говоря: стоит ли бояться потерять нечто такое, потеря чего уже не сможет вызвать в нас сожаления? — но и такое соображение: раз нам угрожают столь многие виды смерти, не тягостнее ли страшиться их всех, чем претерпеть какой-либо один? И раз смерть неизбежна, не все ли равно, когда она явится? Тому, кто сказал Сократу:

¹ Монтень М. Опыты (книга первая). М., Л., 1958, с. 102.

² Монтень М. Указ. соч., с. 106.

«Тридцать тиранов осудили тебя на смерть», последний ответил: «А их осудила на смерть природа»¹.

По словам философа, мера жизни не в продолжительности ее, а в том, как годы жизни использованы; иной прожил долго, да прожил мало. Воля, стремление, насыщенность дней жизни событиями, а не количество прожитых лет определяют продолжительность человеческой жизни.

Жизнь человека — это деятельность, это — информация, ощущаемая и перерабатываемая его интеллектом. С этой точки зрения годы жизни современного человека и дикаря не только имеют большую количественную разницу, но коренным образом отличаются по содержанию в такой степени, как отличаются орудия труда дикаря от тех, которыми владеет человек, живущий в эпоху научно-технической революции.

Несмотря на ошеломляющие открытия в науке, технике, медицине, на беспредельно возросший интеллектуальный потенциал людей, сегодня, как и в древние века, подавляющее большинство людей не достигают пределов жизни, когда наступает глубокая старость. «Какое тщетное мечтание, — пишет Мишель Монтень, — надеяться на смерть от истощения сил вследствие глубокой старости и считать, что этим определяется продолжительность нашей жизни! Ведь этот род смерти наиболее редкий и наименее обычный из всех... Не будем обольщаться приятными словами: естественным гораздо правильнее считать то, что оказывается наиболее распространенным, обычным и всеобщим. Умереть от старости — это смерть редкая, исключительная и необычная, это последний род смерти, возможный лишь как самый крайний случай, и чем более удалена от нас такая возможность, тем меньше оснований на нее рассчитывать»².

Много и неизнаваемо изменилось с тех пор, когда были написаны эти строки. Но изменились ли настолько сущность и естественная природа человека, чтобы можно было утверждать, что в наше время смерть от истощения сил вследствие глубокой старости стала правилом, а случаи смерти от различных причин в период, далеко отстоящий от пределов старости, стали исключением? Сегодня сказать этого нельзя. Случаи смерти в глубокой старости и от «старости» современная медицина вообще не регистрирует: всегда причиной смерти являются основное и сопутствующее заболевание. Правда, само понятие «ста-

рость» и пределы человеческой жизни претерпели серьезную трансформацию, но больше в общественной их значимости, чем с точки зрения индивидуальной продолжительности жизни.

В начале нынешнего века И. И. Мечников обратил внимание на недостаточность научных данных по вопросу о смерти, в то время как эта проблема всегда занимала преобладающее место в религиях, философиях, литературах и народных преданиях.

«Этим печальным обстоятельством, — писал И. И. Мечников, — можно если не оправдать, то по крайней мере отчасти объяснить нападки на науку за то, что она занимается частными вопросами и пренебрегает великими задачами человеческого бытия, как, например, вопросом смерти»¹.

С тех пор мало что изменилось: и сегодня наука не может дать определенного и четкого ответа на такой серьезнейший вопрос, что такое смерть. В обиходе обычно употребляют термины «естественная», «насильственная», «преждевременная» смерть, однако этим понятиям не дано четкого определения.

Смерть вследствие заболеваний нельзя признать «естественной», поскольку болезнь укорачивает естественные сроки жизни. В наши дни диагностические возможности медицины настолько велики, что заболевание, послужившее причиной смерти, может быть всегда констатировано. Следовательно, говорить о естественной смерти человека, в каком бы возрасте это ни случилось, не приходится.

В прошлом веке, когда ставили диагноз смерть от истощения, старческой дряхлости, ее описание было примерно таким. Достигнув глубочайшей старости и сохранив еще последние отблески угасающей мысли, старик чувствует, как слабеет со дня на день; члены его перестают подчиняться слабеющей воле; кожа становится бесчувственной, сухой и холодной; конечности теряют всякую теплоту; лицо худеет, глаза впадают и зрение мутится; слова застывают на разверстых губах; жизнь покидает старика, начиная с поверхности к центру; дыхание затрудняется, наконец сердце перестает биться. Старик потихоньку угасает, точно засыпает своим последним сном.

С развитием сознательного отношения к смерти жалобы на краткость человеческой жизни становятся все более настоятельными. Сознание это еще больше увеличивает желание жить.

¹ Монтень М. Указ. соч., с. 115.

² Там же, с. 398—399.

¹ Мечников И. И. Указ. соч., с. 86.

Направляя усилия на продление жизни с философской точки зрения, справедливо поставить вопрос: а полезно ли это для общества и индивида? Если бы дело было только в продлении жизни стариков, страдающих немощью и проявлениями слабоумия, то, разумеется, такие цели вряд ли оправданы. Задача же науки состоит в том, чтобы изменить темп старения, замедлить его, продлить период активной творческой жизни.

На современную медицину и здравоохранение возложена гуманистическая миссия: сделать жизнь людей здоровой и приятной, безболезненной независимо от того, о каком возрастном периоде идет речь.

Небезынтересно вспомнить, что в пору весьма ощутимых успехов медицины и гигиены, когда ее достижения позволили одолеть многие, прежде всего инфекционные болезни (это было в середине XIX столетия), такие успехи даже вызывали нарекания. Этим наукам ставили в вину то, что они способствуют ослаблению рода человеческого, сохраняя жизнь больным и одержимым наследственными недугами, которые производят слабое потомство. Этот процесс получил даже название «медицинский подбор», который в отличие от «естественного отбора» ослабляет жизненные силы населения. Надо ли доказывать ошибочность и антигуманную сущность подобных воззрений. Однако не только в прошлом веке, но и в наше время среди некоторых буржуазных социологов пропагандируется концепция пагубного влияния медицинских мер на жизнеспособность населения. И это несмотря на то, что успехи медицинской науки и здравоохранения наряду с совершенствованием условий жизни привели к очевидным результатам: средняя продолжительность жизни за короткий период возросла более чем в два раза. А это значит, что род человеческий не ослабел, а, наоборот, увеличил свой жизненный потенциал.

И сегодня актуально звучит высказывание И. И. Мечникова: «Из этого не следует, что нужно поддерживать болезни и предоставлять слабым действию одного естественного отбора. Наоборот, необходимо уничтожить болезни вообще и болезнь старости в частности — посредством гигиены и медицины. Теория «медицинского подбора» должна быть отвергнута как противоречащая счастью человеческого рода.

Нужно сделать все возможное для того, чтобы люди могли провести полный цикл своей жизни и чтобы старики могли выполнить столь важную роль советников и судей,

благодаря их большому знанию жизни»¹. И далее великий естествоиспытатель обращает внимание на то, что наряду с другими пятью чувствами людям свойственно «чувство жизни». У одних это чувство развито сильнее, у других — слабее. Большей частью оно обнаруживается в зрелом возрасте. Ввиду того, что «чувство жизни» поддается развитию, следует в этом смысле направлять и воспитание. И воспитание должно быть жизнеутверждающим. Молодым людям, склонным к пессимизму, надо всегда внушать, что их душевное состояние, вызванное какими-либо неудачами, только временное и что оно по законам человеческой природы непременно уступит место светлому, оптимистическому мирозерцанию, возвышенным задачам человеческой жизни.

Почти во всех произведениях великого Льва Толстого прямо или косвенно вопросы жизни и смерти были в поле зрения. Свои раздумья он довольно полно отразил в философской статье «Страх смерти»². Суть их сводится к следующему. Если бы люди глубоко осознали смысл и цели жизни, они бы должны были прийти к заключению, что с возрастом в человеческом организме происходят изменения, перемены и в конечном счете одной из таких перемен индивидуального развития является угасание.

«Я умру. Что же тут страшного? — задает вопрос Л. Толстой. — Ведь сколько разных перемен происходило и происходит в моем плотском существовании, и я не боялся их. Отчего же я боюсь этой перемены, которая еще не наступала и в которой нет ничего противного моему разуму и опыту, но которая так понятна, знакома и естественна для меня, что в продолжение моей жизни я постоянно делал и делаю соображения, в которых смерть и животных, и людей принималась мною как необходимое и часто приятное мне условие жизни»³.

Мысль Л. Толстого сводится к тому, что люди, боящиеся смерти, боятся ее оттого, что она представляется им пустотой и мраком, но пустоту и мрак они видят потому, что не видят жизни. Страх смерти всегда происходит в людях оттого, что они при этом могут потерять свое особенное я, которое — они чувствуют — составляет их жизнь.

В. Вересаев в своей книге «Записки врача» горестно сетует: «Каждую минуту, на каждом шагу нас подстерегают опасности, защититься от них невозможно, потому

¹ Мечников И. И. Указ. соч., с. 127.

² Сочинения графа Л. Н. Толстого. М., 1894, ч. XIII, с. 289.

³ Там же, с. 290.

что они слишком разнообразны, бежать некуда, потому что они везде». И далее: «...незаметно от нас все силы нашего организма ведут отчаянную борьбу с вредными веществами и влияниями, и мы никогда не можем считать себя обеспеченными от того, что, может быть, вот в эту самую минуту сил организма не хватило и дело наше проиграно»¹.

В процессе жизни или в течение времени соматическое и психическое здоровье каждого отдельного индивида подвержено серьезным изменениям. «Тело мое все десятки раз переменялось; ничего не осталось старого: и мышцы, и внутренности, и кости, и мозг — все переменялось... И сознание непостоянно». Из этого следует, что смерть в старости — это качественное изменение угасающей жизни. Людей страшит совершившийся факт — смерть, но постепенное ее приближение, каждодневное ее приближение большинство людей, не задумываясь над этим, стараются не замечать, и подобные изменения не воспринимают с таким трагизмом, как конечный предел жизни индивидуума — смерть. Если бы люди глубоко осознали диалектическое единство противоположностей — жизни и смерти — и помнили бы афоризм Ф. Энгельса, что жить — значит умирать, то этим можно было бы преодолеть суеверный страх смерти, который проявляется тем сильнее, чем больше радостей и счастья дарует нам жизнь.

В современных условиях ценность жизни возросла и не только потому, что возросла ее продолжительность для большинства людей, но и потому, что многие страдания, характерные для прошлых времен (речь идет о дореволюционном периоде), которые на протяжении жизни испытывали люди, также отошли в прошлое.

Короткая жизнь, наполненная страданиями, была уделом большинства населения дореволюционной России. Это дало основание Л. Толстому заметить: «Если бы человек и мог не бояться смерти и не думать о ней, одних страданий, ужасных, бесцельных, ничем не оправдываемых и никогда неотвратимых страданий, которым он подвергается, было бы достаточно, чтобы разрушить всякий разумный смысл, приписываемый жизни»².

Ведь раньше так и было: страдания разрушали благость жизни, порождали пессимизм и уныние и, как говорил лермонтовский Печорин, судьба — индейка, а жизнь — копейка.

¹ Вересаев В. Записки врача. 4-е изд. Спб., 1902, с. 17.
² Сочинения графа Л. Н. Толстого, с. 323.

2. ОТБОР И СТАРЕНИЕ

Предотвращение высокой смертности в детских, юных и средних возрастах, что привело к увеличению средней продолжительности жизни, необходимо рассматривать не только с количественной стороны, но и с точки зрения влияния этого процесса на смысл и цели жизни с позиций морали и этики, образа мыслей, внутрисемейных отношений и т. д.

С какого же возраста начинает стареть человек? У ученых нет точного ответа на этот вопрос. Существует огромное количество вариаций периода начала старости. Так, большинство физиологических функций начинает ослабевать только в 45-летнем возрасте. Некоторые — с момента достижения половой зрелости, а иные — с начала периода эмбрионального развития. Наблюдаются существенные вариации начала этих процессов у отдельных людей. Именно поэтому столь многочисленны попытки установить возраст начала старения у человека. Приведем на этот счет некоторые из известных классификаций различных ученых¹.

Согласно древней китайской классификации человеческая жизнь делится на следующие фазы (лет):

молодость	до 20
возраст вступления в брак	до 30
возраст выполнения общественных обязанностей	до 40
познание собственных заблуждений	до 50
последний период творческой жизни	до 60
желанный возраст	до 70
старость	после 70

Обращает на себя внимание десятилетие жизни от 60 до 70 лет, которое китайские философы называли желанным возрастом. Это период преддверия старости, до которого, конечно, доживали немногие люди, и оттого, что этот возраст был так трудно достижим, он был назван желанным.

Очень часто деление жизни человека на отдельные периоды проводилось аналогично естественному делению суток или времени года. Так, древнегреческий мыслитель Пифагор (VI в. до н. э.) нашел, что четырем временам

¹ Примеры заимствованы из кн.: Россет Э. Процесс старения населения, с. 110—112.

года соответствуют четыре периода жизни человека, по длительности каждый из которых равен 20 годам:

период становления	до 20
молодой человек	20—40
человек в расцвете сил	40—60
старый человек	60—80

Многие столетия человеческая жизнь зависела от случайностей и подвергалась разнообразным опасностям. Именно поэтому древние, а также современные ученые, врачи предполагали, что возраст в 60—70 лет является естественным рубежом старости. Так, еще Авиценна считал, что возраст 50—60 лет — это уже начало глубокой старости. Позднее известный французский писатель Виктор Гюго называл возраст 40—45 лет периодом «старости юности» или «юности старости», так как именно с этого возраста проявляются многие внешние признаки старения: выпадения зубов и волос, морщины и т. д.

Даже в начале нашего столетия известный американский врач Ослер на склоне своих лет ратовал за то, чтобы старцев подвергать безболезненному умерщвлению, так как старики становятся в тягость не только окружающим, но и самим себе¹. Однако сам этот «врач» прожил долгую жизнь и не пытался воспользоваться теми советами, которые рекомендовал другим. В этом заключается еще одно свидетельство античеловеческой сущности капитализма и деятелей, которые находятся у него на службе.

В настоящее время пограничным возрастом старости в большинстве стран считается 60—65 лет, так как именно в этом возрасте пожилые люди выходят на пенсию. Особо выделяется возраст долгожителей — 80 лет и старше. Однако современные авторы соглашаются с мнением, что установить определенную возрастную границу старости можно только условно.

Во все периоды человеческой истории были люди, доживающие до 70, 80, 90 и более лет, однако это было редким исключением. Надо учитывать также, что в древности, например, человека, дожившего до 70 лет, считали весьма почтенным старцем, сегодня такого возраста достигает более 60% людей. Так что достижение старости из исключительного, единичного явления превратилось

в довольно распространенное, можно сказать, массовое явление, и данное обстоятельство явилось и причиной, и следствием изменения наших представлений о «старости» и пределах человеческой жизни. Однако дело не только в представлениях, но и в объективной реальности: темп старения, одряхления человеческого организма замедлился — результат совершенствования социальных условий жизни и достижений медицинской науки и здравоохранения. Вместе с тем было бы неправильным утверждать о существенных изменениях в человеческой природе, его генетической программе продолжительности жизни. Этого не подтверждают ни генетические, ни геронтологические, ни демографические исследования.

Процесс старения современного человека и дикаря далекого прошлого, видимо, по своим физиологическим параметрам ничем не отличаются, однако социальные условия, которые создал для себя сам человек, ослабили ранее существовавшую жестокую, изнуряющую и подрывающую жизненные силы борьбу за существование, и благодаря этому все большая часть людей достигает пожилого и старческого возраста.

Изменения произошли не в биологической сущности человека, а в его экологическом окружении, если говорить в общем плане, во взаимодействии между природой и обществом. Надо иметь в виду, что человек имеет прямое отношение и к природе, и к обществу. Этого никто не станет отрицать.

О том, что существует взаимодействие между биологическим и социальным в реализации определенных сроков продолжительности жизни, что является предметом неугасающих до сих пор дискуссий, еще в начале века просто и определенно установил И. И. Мечников: «... совершенно справедливо, что данный вид имеет предел для роста и жизни, за который не может перейти, и что эти границы зависят от внутренних причин. Эти чисто физиологические условия не мешают, однако, продолжительности жизни колебаться в довольно широких пределах под влиянием внешних условий»¹. И. И. Мечников обратил внимание на существование тесной взаимосвязи между рождаемостью и долговечностью. Для продолжения жизни животных необходимо, чтобы они размножались, чтобы их потомство могло достичь зрелости и размножаться в свою очередь. В природе между рождае-

¹ См.: Народонаселение стран мира/Под ред. проф. Б. Ц. Урланиса, с. 220.

¹ Мечников И. И. Указ. соч., с. 47—48.

мостью различных видов и их продолжительностью жизни существует обратно пропорциональная зависимость. Например, многие хищные птицы (орлы, коршуны и т. д.) откладывают яйца только раз в год и выводят всего одного-двух птенцов. При этих условиях долговечность для них становится средством для сохранения вида, которое вырабатывалось в течение длительного эволюционного развития. Иначе вид не имел бы никаких возможностей на выживание.

Можно привести много примеров, когда при короткой продолжительности жизни наблюдается высокая рождаемость, вполне возмещающая быстрое вымирание вида. Однако в этом, можно сказать, универсальном биологическом правиле имеются и исключения: некоторые виды, например семейства слонов, попугаев и др., и плодовиты, и долговечны.

И тем не менее экологическое равновесие в царстве животных могло установиться лишь при условии сбалансированности между рождаемостью и длительностью жизни: высокая рождаемость и высокая продолжительность жизни создали бы условия для беспредельного размножения какого-либо вида и, наоборот, низкая рождаемость и короткая продолжительность жизни привели бы к быстрому вымиранию вида.

Разумеется, что причину долговечности нельзя искать в низкой рождаемости, точно так же как с помощью последней нельзя объяснять ту или иную продолжительность жизни.

Наши рассуждения касались общих закономерностей долголетия, в то время как рассмотрение этих феноменов в каждом конкретном случае и в течение сравнительно непродолжительного периода времени могут иметь существенные отклонения.

С позиций медицинской демографии увеличение продолжительности жизни и процесс старения населения — это вопрос взаимодействия медицинских, моральных и социальных факторов, их интеграция и их новый уровень развития. Сейчас врачи чаще, чем раньше, борются за жизнь пожилых и престарелых людей. Это накладывает определенный отпечаток на их профессиональную деятельность и взаимоотношения между врачом, больным и его родственниками, в конечном счете это новые проблемы медицины в период интенсивного процесса старения населения.

Задачи медицины и демографии и состоят в том, чтобы предвидеть возникновение новых проблем, связанных

с взаимоотношением человека с окружающей средой, прогнозировать предстоящие изменения в этих взаимоотношениях и принимать рациональные меры по профилактике неблагоприятных последствий в медико-демографических процессах. Вопрос о человеческой смерти и врачебный подход к людям, страдающим неизлечимыми недугами, разработаны еще недостаточно во врачебной этике и медицинской деонтологии.

Пассивное созерцание врачом приближающейся смерти больного, как его описывает И. Харди, вряд ли можно признать нравственно оправданным. И. Харди пишет: «Врач ... напряженно следит за угасающей жизнедеятельностью организма, за постепенно угасающими жизненными процессами, пульсом, дыханием, сердечной деятельностью, кровяным давлением, более того, постоянно контролирует и состояние сознания. При прекращении всех этих жизненных функций врач устанавливает наступление смерти»¹. Читаешь эти строки и думаешь: а к чему напряженно следить за пульсом, кровяным давлением и т. д. угасающей жизни? В этом ли выполнение врачебного долга? И каков смысл в подобных медицинских действиях?

Далее И. Харди рисует такую картину. Измученный невыносимыми болями, изнуренный хроническим заболеванием больной, которому уже не помогают никакие болеутоляющие средства, часто ждет смерти как избавления, как выхода из тисков невыносимого заболевания. Жажда смерти овладевает такими больными. Вместе с тем многие люди в момент смерти испытывают неутолимую жажду жизни, упорно борются с безысходностью. Сознание умирающего человека, особенно в случаях хронических заболеваний, постоянно сужается, часто даже отключается от внешнего мира. Оно исчезает раньше, чем прекращается деятельность организма. После расцвета человеческой личности, пишет И. Харди, после долгой и полной жизни, смерть, конец более приемлема. Многие исследователи, изучавшие психологию смерти, подчеркивали роль смысла и цели жизни. Психологические факторы в наступлении смерти имеют не меньшее значение, чем для нормальной, бодрой, жизнерадостной жизни. Утратившие надежды и смысл жизни люди пожилого и старческого возраста сами приближают конец своего существования, в то время как борющиеся за жизнь, надеющиеся

¹ Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Будапешт, 1981, с. 73.

ся, удлиняют ее. Пессимизм сокращает сроки жизни, оптимизм благоприятствует ее удлинению.

«Что касается видов смерти, то в наше время очень «модной» стала смерть внезапная», — пишет И. Харди. Такое утверждение основано на личных, отрывочных впечатлениях, а не на данных статистики. А эти данные свидетельствуют о том, что и сегодня в мире внезапные случаи смерти, в основном от инфаркта миокарда, едва ли составляют 1%. По этому поводу автор далее пишет: такая внезапная смерть, как правило, является тяжелым потрясением для окружающих умершего человека. Состояние же, возникающее в результате долгой, хронической болезни и сопровождающееся сильными страданиями, приводит к более мучительной смерти. И автор приводит греческую пословицу, что благоволение богов ниспосылает умирающему кому. Из приведенных рассуждений следует, что И. Харди за легкую, немучительную смерть. Что можно сказать умирающему? Целесообразно ли любой ценой поддерживать в нем жизнь? Даже и тогда, когда это вредно, лживо, неискренне? Ответы автора на эти вопросы заслуживают самого пристального внимания. «Мероприятия у постели умирающего диктуются актуальной обстановкой, потребностями и возможностями их исполнения. Однако в любом случае необходима высокая тактичность. Характер и распространенность работы с умирающим зависит и от его физического состояния, и от особенностей его личности, от эмоциональной настроенности, от его мировоззрения и пр. Если у больного отмечается выраженная реакция отрицания, если он и знать не желает о смерти, то говорить об этом нельзя. Это было бы ошибкой. Согласно опыту, тем больным, которые желают смерти, с нетерпением ждут ее, если того требует состояние личности, можно сказать правду. Возможно тем самым мы избавим больного от мук агонии ... Нельзя дать рецепта, действительного при всех обстоятельствах, во всех случаях»¹. К сказанному можно еще добавить, что просветительная работа должна способствовать более глубокому осознанию людьми смысла, цели жизни и ее определенных временных пределов. Когда же пропагандируется идея о том, что некоторые люди в здоровом состоянии живут 150 и более лет, чего научные данные никогда не подтверждали, то этим самым культивируется страх смерти у людей пожилого и старческого возраста, а среди их ближайших родственников усиливаются горе

¹ Харди И. Указ. соч., с. 78.

и страдания. Слов нет, тяжело расставаться с близким человеком, в каком бы возрасте он ни ушел из мира сего, но быть готовым к тому, что жизнь для каждого индивида не вечна, что смерть для престарелого человека так же естественна, как и рождение новой жизни, — такое отношение, вероятно, смягчило бы многие страдания и для тех, кто доживает свой век, и для тех, кто навсегда расстается с близким человеком.

Можно сколько угодно спорить о том, надо или не надо вести дискуссию о праве человека на достойную смерть, если он сам того пожелает и если это связано с полнейшей безнадежностью, муками и страданиями в его жизни. К тому же современные возможности медицины настолько велики, что с помощью различных технических средств, аппаратуры и медикаментов представляется возможным продлить жизнь, не имея полной надежды на возвращение его к полноценной, настоящей, радостной жизни.

Входит ли в задачи современной медицины продление страданий безнадежно больных и его родственников? Вопрос весьма деликатный и, безусловно, требующий философского осмысления. И снова небезынтересно процитировать Мишеля Монтеня: «Я убедился в том, что мнения древних в большинстве случаев сходятся в следующем: когда в жизни человека больше зла, нежели блага, значит настал час ему умереть; и еще; сохранять нашу жизнь для мук и терзаний — значит нарушать самые законы природы»¹.

Успехи медицины позволяют все большее внимание уделять морально-этическим проблемам, вытекающим из все возрастающих возможностей радикально вмешиваться в такие интимные стороны, как рождение, жизнь и смерть людей. Использование различных контрацептивов и опасность при проведении аборт формируют иное демографическое поведение и морально-этические принципы в любви, браке. Основная заповедь врача — не вредить людям, а все делать для того, чтобы сохранить им жизнь и здоровье — сегодня никем не оспаривается.

Однако научно-технический прогресс вложил в руки врача такие мощные средства, что само их применение требует морально-этического права. В «Клятве Гиппократа» сказано: «... Я ни в коем случае не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария».

¹ Монтень М. Указ. соч., с. 276.

Не нарушает ли современная врачебная этика этих принципов, когда прилагаются большие усилия для пропаганды надежных контрацептивных средств?

В последнее время в зарубежной литературе все чаще поднимаются и дискутируются вопросы об эвтаназии — легкой смерти для безнадежно больных или людей, тяготящихся своей старостью.

На этот счет высказываются различные точки зрения. Так, трижды с 1936 г. рассмотрению палаты лордов в Англии были предложены законопроекты по эвтаназии. Однако единодушного согласия на принятие этих проектов не было. В Швеции, например, каждый четвертый врач высказался за создание специальных клиник для людей, где они спокойно и безболезненно могли бы избавиться, разумеется, добровольно, от тяготящей их жизни. Швейцарская Академия медицинских наук разработала основные принципы применительно и в качестве «помощи умирающему». Только в одном из штатов США — Калифорнии — принят закон «о праве на смерть», который позволяет хроническим больным отказываться от искусственных средств поддержания жизни. Это «право» оформляется юридически и при свидетелях.

Однако и в капиталистических странах высказывается определенное беспокойство по поводу того, что эвтаназия полностью разрушит отношения врач — больной и подорвет доверие больного к врачам. Такое положение может нанести серьезный урон традиционной врачебной этике. Имеются опасения относительно того, что врач станет судьей человеческой жизни и одновременно исполнителем смертного приговора и что легализация эвтаназии может побудить врачей пойти по пути наименьшего сопротивления, даже толкать на преднамеренные убийства¹. При этом с врача снимется ответственность за сохранение здоровья и жизнь больного.

Как видим, наши достижения и успехи в области prolongации жизни ставят перед нами и много новых проблем.

Известный советский философ Иван Тимофеевич Фролов пишет: «Современная наука открыла многое в понимании биологического смысла жизни и смерти человека. Она внесла нечто новое в познание социального их смысла, без чего человеческая их специфика исчезает, оставаясь тайной во всей ее первозданности. Вне этих полюсов — жизни и смерти — нельзя правильно понять и все

¹ The Problems of Legalizing Euthanasia — and Alternative Med. J. Australia, 1976, vol. 2, № 18, p. 667—668.

то, что связано с проблемой долголетия, увеличения продолжительности жизни до пределов, если верить некоторым ученым, иногда немислимых, исключая разумное чередование индивидуальных жизней в историческом бытии человека и человечества»¹. Верная мысль, над которой не всегда задумываются геронтологи, биологи, социологи, демографы.

Было бы замечательно, если бы, как полагает И. Т. Фролов, современная наука, открывающая новые резервы и формы жизни на основе биологии и генетики, социологии и психологии, стала бы не только источником знания, но и предметом веры, осознанием истинного, научного смысла и цели человеческой жизни. Философия прошлого прослеживала связь смысла человеческой жизни с ее продолжительностью; сегодня же, несмотря на значительное увеличение массовой (средней) продолжительности жизни, почти вовсе не исследованы новое содержание смысла и цели человеческого существования, ее правовые, морально-этические, медицинские и демографические последствия.

Выше было обращено внимание на то, что эволюция и отбор направлены на продолжение жизни вида, а не индивида, продолжительность жизни отдельных особей тесно взаимосвязана с репродукцией популяции в целом, ее совершенствованием в процессе эволюционного отбора. Эта мысль была отчетливо высказана К. Марксом: «...в мире людей, как и в мире животных и растений, интересы рода всегда пробивают себе путь за счет интересов индивидов, и это происходит потому, что интерес рода совпадает с интересом особых индивидов, в чем и состоит сила этих последних, их преимущество»².

Это положение К. Маркса можно понимать так, что в биологической эволюции доминировал наиболее устойчивый, наиболее жизнеспособный вид, и платой за его совершенствование было ослабление воспроизводства слабых индивидов вследствие коротких сроков их жизни.

Проблема увеличения видовой продолжительности жизни — прорыв за ныне существующие ее границы, — будучи, по существу, биологической проблемой, не должна рассматриваться в отрыве от нравственно-гуманистических, медицинских и демографических факторов, от сущности, смысла и целей жизни в конкретных социально-исторических условиях развития общества.

¹ Фролов И. Т. Перспективы человека. М., 1983, с. 304.

² Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 26, ч. II, с. 123.

Глава V

ЗАБОТА О ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ МЕР ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ

1. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА — СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ

Применение программно-целевых методов для решения важных социальных и экономических проблем стало требованием времени. В соответствии с Основными направлениями экономического и социального развития СССР на 1981—1985 годы и на период до 1990 года намечается: «Шире использовать целевые комплексные программы как органические составные части государственных перспективных планов экономического и социального развития, повысить их обоснованность, направленность на конечные результаты и решение конкретных научно-технических, экономических и социальных проблем»¹. А среди социальных проблем нет более важной, чем постоянная забота о здоровье советских людей.

В постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения» говорится: «Сосредоточить внимание на дальнейшем усилении профилактики заболеваний, предупреждений травматизма, оздоровлении окружающей среды, улучшении условий труда, быта и отдыха, воспитании у советских людей сознательного отношения к сохранению и укреплению здоровья»².

Благоприятная динамика основных демографических показателей (рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни) — индикатор положительного развития общественного здоровья, неблагоприятные тенденции в воспроизводстве населения — проблема, на решение ко-

торой должен быть нацелен комплекс социально-экономических мер.

Быстрые перемены в быту, труде, межличностных отношениях, в технологии производства, образе жизни, возрастание масштабов воздействия человека на окружающую среду приводят к тому, что в наши дни приходится сталкиваться с проблемами, которые не имеют аналогов во всей предшествующей истории. Обострившиеся за последние годы проблемы народонаселения и природоиспользования являются наиболее серьезными межведомственными и междисциплинарными проблемами, для решения которых требуются новые организационные формы и методы управления не только в области здравоохранения, но и всех иных отраслях народного хозяйства, воздействующих на демографические процессы, а проще говоря, на темпы роста населения, изменения его возрастной, социальной, профессиональной структуры и здоровья.

Состояние здоровья и демографические процессы тесно взаимосвязаны, между этими процессами прямо пропорциональная зависимость: хорошим состоянием здоровья населения можно считать тогда, когда демографические процессы имеют благоприятную динамику и тенденции на будущее.

И состояние здоровья населения, и характер демографических процессов лишь в незначительной степени определяются, зависят от уровня развития материально-технической базы и характера деятельности здравоохранения как ведомственной, специализированной отрасли. Эти процессы находятся в сфере воздействия многочисленных факторов природной, производственной и социальной среды. От их состояния зависит динамика здоровья населения и демографических показателей. Поэтому решение задач, связанных с улучшением демографической ситуации, не должно носить узковедомственного направления, как, например, то, что якобы здравоохранение полностью ответственно за неблагоприятную тенденцию смертности, средней продолжительности жизни, травматизма, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и т. д. В действительности же перечисленные показатели, их состояние и изменения преимущественно определяются условиями производственной среды, профессией, образом жизни, климатогеографическими факторами и т. п.

Таким образом, определенное состояние здоровья населения и демографических процессов — результат совокупного, комплексного воздействия различных условий и факторов, управление которыми осуществляется не толь-

¹ Материалы XXVI съезда КПСС, с. 198.

² Правда, 1982, 26 авг.

ко и не столько отраслью здравоохранения, а многими другими отраслями, министерствами, ведомствами, организациями. Следовательно, для решения этих проблем должен быть разработан межведомственный, межотраслевой подход. Сегодня вполне своевременно и целесообразно решать такие важнейшие социальные задачи, как улучшение здоровья и демографической ситуации с помощью программно-целевого метода.

Программно-целевой метод является качественно новой формой системной организации управления при решении сложных народнохозяйственных проблем с целью достижения наилучших конечных результатов. При этом обеспечивается концентрация сил и ресурсов на выполнение важных межотраслевых задач, что в свою очередь способствует преодолению ведомственной и организационной разобщенности.

Разработку проблем улучшения здоровья населения (продолжительности жизни и длительности периода трудовой активности, тенденции смертности населения в трудоспособных возрастах, смертности по причинам, детской смертности и т. д.) целесообразно проводить программно-целевым методом. Вначале следует представить детальные разработки, характеризующие тенденции в состоянии здоровья населения и социально-гигиенические факторы, его определяющие, и на этой основе дать научное обоснование концепциям, в соответствии с которыми следует развивать систему мер, направленных на улучшение основных показателей здоровья населения.

Программно-целевой метод применительно к управлению демографическими процессами, в частности теми из них, которые характеризуют состояние здоровья населения и оказывают на него прямое или косвенное влияние, означает переход от многочисленных, но относительно разрозненных и не систематизированных в единой направленности показателей, по которым оценивалась эффективность различных социальных мер и деятельность здравоохранения в разработке иерархически организованной системы дополняющих и развивающих друг друга задач, решение которых будет основываться на их приоритетности и важности.

Потребность в разработке комплекса мер по улучшению показателей здоровья, основные из которых одновременно являются и демографическими показателями, вызвана тем, что необходимо коренным образом изменить неблагоприятные тенденции в медико-демографических

показателях на благоприятные. Сделать это невозможно без применения целого ряда адекватных требованиям жизни мер, новой организации управления, перераспределения материальных и кадровых ресурсов и сосредоточения сил и средств на наиболее актуальных направлениях.

Определение целей и мер, направленных на их реализацию, не может ограничиться рамками только деятельности здравоохранения как отрасли, а должно быть комплексным с учетом того, каким образом решение одних задач влияет на развитие других отраслей, и наоборот. Поэтому учесть все многоаспектные направления в решении медико-демографических проблем можно только с помощью разработки комплекса мер, которые должны обеспечить, во-первых, четкую формулировку общей генеральной цели, а также целей на промежуточных этапах, во-вторых, обоснование способов и средств достижения поставленных целей, в-третьих, обоснование временных периодов, в течение которых может быть реализована определенная цель. Важно определить этапы и последовательность разработки отдельных направлений.

Комплекс мероприятий должен основываться на углубленном изучении трех направлений. В первое («Информационно-аналитическое») должны быть включены разработки, отражающие развитие, состояние и тенденции медико-демографических процессов, показана взаимосвязь здоровья населения и демографических процессов, проведен анализ отдельных причин и факторов, влияющих на динамику медицинских и демографических показателей с точки зрения характеристики состояния здоровья населения, ибо здоровье населения взаимосвязано с состоянием и динамикой демографических процессов. Анализ и оценка состояния здоровья населения является неотъемлемой частью качественной характеристики народонаселения, его воспроизводства и перспектив дальнейшего развития. Проблемная ситуация состоит в том, что в начале 70-х годов в динамике показателей, характеризующих состояние здоровья населения (общей и детской смертности, средней продолжительности жизни), обнаружилось негативные тенденции, вызванные изменениями, происшедшими в самом населении. По многим демографическим характеристикам население стало отличаться от того, каким оно было одно-два десятилетия тому назад. Важным фактором демографической динамики являются изменения в смертности, вызванные, с одной

стороны, процессом старения населения, с другой — ростом смертности, прежде всего у мужчин в трудоспособных возрастах.

Происходит также увеличение разрыва в повозрастных показателях смертности между городом и селом.

Комплекс неблагоприятных тенденций в динамике показателей смертности в различных возрастах сказался на отрицательной динамике показателей средней продолжительности жизни. При этом увеличился разрыв в показателях для мужчин и женщин, между городом и селом, между территориями, имеющими минимальные и максимальные показатели.

Состояние здоровья и динамика демографических процессов, особенно тенденции развития этих процессов в Российской Федерации в предстоящие два десятилетия (до 2000 г.), вызывают необходимость уже сегодня решить ряд первоочередных задач. Поэтому важно проанализировать состояние и результаты проведенных исследований по медико-демографической проблематике и обосновать направления, по которым необходимо проводить углубленную разработку отдельных аспектов проблемы, в том числе и научное обоснование мер в области проведения эффективной демографической политики.

Второе направление («Прогнозы основных медико-демографических показателей, выбор целей и обоснование временных интервалов их реализации») должен быть основан на разработке гипотез, которые необходимо учитывать при проведении нескольких (не менее трех) вариантов прогнозов.

Третье направление — «Комплексный долгосрочный план мер по улучшению медико-демографической ситуации в РСФСР». Здесь формулируются и обосновываются мероприятия по двум направлениям: а) меры по совершенствованию организационной работы, не требующие дополнительных материальных затрат и кадровых ресурсов; б) меры, осуществление которых связано с определенными материальными затратами, расчет которых должен проводиться экономистами и плановыми работниками.

Основой комплекса мероприятий по улучшению демографических процессов в системе мер охраны здоровья населения должны быть прогнозные оценки изменения общей численности и возрастной структуры населения. Такие прогнозы должны показать, к чему может привести демографическая ситуация при условии ее дли-

тельного воздействия на основные показатели, характеризующие состояние здоровья населения. Дальнейшие демографические изменения, как показали прогнозы на 2—3 десятилетия вперед, будут характеризоваться непрерывным уменьшением доли молодых возрастов и увеличением доли пожилых, т. е. процесс демографического старения будет продолжаться, а темпы прироста общей численности населения, видимо будут снижаться. При этом следует иметь в виду, что темпы прироста общей численности населения не совпадают с темпами прироста трудовых ресурсов, так как прирост трудовых ресурсов зависит от уровня рождаемости, который был 16 лет тому назад, а также от уровня детской смертности, смертности населения в трудоспособных возрастах и миграционных процессов.

В снижении темпов прироста трудовых ресурсов видны волнообразные колебания. Здесь действует правило амортизации в демографических явлениях, которое состоит в том, что при резком изменении уровня демографических процессов через некоторое время возникает противоположно направленное изменение, а затем постепенно затухающие волнообразные колебания изучаемого демографического явления. Например, падение рождаемости в период Великой Отечественной войны привело к снижению численности родившихся в начале 60-х годов, когда в возраст максимальной плодовитости вступили лица, рожденные в военные годы, а это в свою очередь окажет влияние на численность родившихся в 80-е годы. В соответствии с прогнозными оценками можно предполагать, что последствия войны будут ощущаться еще в начале XXI в., но в более слабой форме, чем сейчас.

При разработке комплексных мероприятий на основе прогнозных оценок и формулировки реально достижимых целей необходимо разобраться в значимости различных факторов, воздействующих на демографические процессы. Например, характер повозрастной смертности оказывает влияние как на численность, состав трудовых ресурсов в современный период (смертность в трудоспособном возрасте, т. е. непосредственное влияние), так и на численность, состав трудовых ресурсов в будущем (детская смертность, смертность детей и подростков). От того, какова будет динамика этих коэффициентов в сочетании с показателями рождаемости, можно прогнозировать динамику, состав общей численности населения и отдельных его контингентов.

Как видим, проблема изменения численности и состава трудовых ресурсов в такой же степени демографическая, как и социально-экономическая. Более того, изменения в социальном, профессиональном и отраслевом составе населения имеют немаловажное значение для благоприятного демографического развития и решения задач по обеспечению высокого уровня здоровья различных контингентов населения.

Прогнозы показывают, что отраслевое движение трудовых ресурсов выступает как следствие изменения и совершенствования отраслевой структуры производства на основе научно-технического прогресса. Образуются новые отрасли производства и новые сферы труда, что порой оказывает негативное влияние на состояние здоровья работающих.

В предстоящие пятилетки предусмотрен опережающий рост атомного, металлургического, химического машиностроения, а также ряда отраслей электротехнической, радиоэлектронной, станкостроительной промышленности и приборостроения. Развитие указанных отраслей окажет серьезное влияние на характер и сферу труда работающих, насыщение его большими функциями умственного труда, изменение соотношения в нем доли физического и умственного труда в пользу последнего, что в конечном счете, если не предвидеть этого и не принять действенных мер, может оказать неблагоприятное влияние на общее здоровье и нервно-психическое состояние работающих.

Из приведенных примеров следует, что разработка комплекса мер по улучшению демографических процессов и укреплению здоровья населения требует нового подхода и целевой координации на уровне не только одной системы здравоохранения как отрасли, но во взаимосвязи со многими министерствами и ведомствами, ответственными за охрану труда, окружающей среды и всего того, что оказывает влияние на состояние здоровья населения.

Демографическая политика по линии здравоохранения должна стать координирующей основой проведения социально-экономических мер, направленных на оптимальное демографическое воспроизводство здоровых поколений.

В методологическом плане разработка целевой программы характеризуется тем, что вначале следует определять наиболее оптимальные, реально достижимые цели и сформулировать задачи, с помощью которых эти цели могут быть достигнуты, трудности вызывает проведение

экономических расчетов о необходимых материальных средствах и кадровых ресурсах для ее реализации. Связано это с тем, что экономические расчеты стоимости мероприятий находятся в сфере компетенции экономистов и плановых работников, а не медиков. Поэтому в методику комплексных мероприятий были внесены ограничения, которые можно будет преодолеть только совместно с экономистами и разработать специальные методики по оценке стоимости мероприятий.

Увязка целей с мероприятиями в последующем должна обеспечиваться с помощью комплексных межотраслевых программ. От планируемой же целевой программы (по отрасли здравоохранения) не следует ожидать большего, чем то, на что она рассчитана. Основная ее роль состоит в том, чтобы конкретизировать и показать значимость задач, стоящих перед здравоохранением в решении народнохозяйственной проблемы трудовых ресурсов и основной социальной задачи — укрепление здоровья, увеличение продолжительности жизни и трудовой активности советских людей.

Руководящим и планирующим органам необходимо быть хорошо информированными о состоянии, тенденциях и перспективах развития демографических процессов и в своей практической деятельности использовать научно обоснованные методы управления этими процессами с тем, чтобы желаемые результаты совпадали с реальной действительностью.

Основой концепции развития системы охраны здоровья населения и разрабатываемой программы являются научно обоснованные прогнозы изменения состояния здоровья, демографических процессов, достижения медицинской науки и техники, определяющие пути дальнейшего совершенствования деятельности всей системы здравоохранения и медицинской промышленности.

Успешному решению программы улучшения медико-демографических показателей должно способствовать:

усиление важнейшего принципа советского здравоохранения, его генеральной линии — профилактической направленности. Осуществление научно обоснованных мероприятий по формированию здорового образа жизни, дальнейшая разработка вопросов первичной профилактики распространенных неинфекционных заболеваний. Совершенствование форм и методов гигиенического обучения и воспитания населения с целью искоренения вредных для здоровья привычек, повышения эффективности пропаган-

ды здорового образа жизни, физической культуры и спорта, привития гигиенических знаний и навыков;

совершенствование санитарно-гигиенических правил и норм, являющихся основой для разработки и внедрения министерствами и ведомствами мер, направленных на формирование здорового образа жизни и создание условий по предупреждению возникновения и развития заболеваний, по охране и оздоровлению окружающей среды, дальнейшему улучшению условий труда, быта и отдыха советских людей, гармоничного развития подрастающего поколения;

повышение эффективности использования потенциала медицинской науки, расширение комплексности разработки основных проблем медицины. Более полное и быстрое внедрение достижений науки и техники в медицину и здравоохранение, применение результатов фундаментальных и прикладных наук для решения наиболее актуальных задач медицины;

изучение условий сохранности здоровья населения. Разработка научных основ предупреждения наиболее распространенных болезней, снижения заболеваемости населения по важнейшим нозологическим формам;

повышение эффективности и качества диспансеризации населения, предварительных, периодических и целевых профилактических осмотров. Постепенный переход от диспансеризации отдельных контингентов к диспансеризации всего населения, прежде всего детей;

совершенствование организации медицинской помощи населению на основе широкого внедрения в практику здравоохранения научно-технических достижений. Повышение уровня и качества медицинского обслуживания населения, дальнейшее совершенствование сети учреждений здравоохранения, их структуры и рационального размещения. Расширение использования форм и методов научной организации труда медицинского персонала и т. д.

Поскольку ни одной самостоятельной отрасли народного хозяйства, включая и здравоохранение, не под силу решить обострившиеся проблемы народонаселения, а следовательно, и неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья населения, назрела острая и срочная необходимость решения двуединой задачи: а) включить в разработанные и принятые к осуществлению народнохозяйственные целевые программы разделы (или подпрограммы), в которых бы учитывалось воздействие научно-технического прогресса на конечные результаты с точки зрения улучшения здоровья людей и демографической ситуа-

ции; б) разработать основные направления демографической политики, включив в нее планируемые положительные меры воздействия на здоровье населения и демографические процессы, которые должны быть наиболее важным критерием при осуществлении крупномасштабных народнохозяйственных целевых программ. Цели этих программ носят широкий характер и направлены на одновременное решение большого круга задач. Они имеют сложную структуру, включающую целый ряд связанных между собой, но вместе с тем четко обозначенных и относительно самостоятельных подпрограмм.

Программно-целевой метод тем и отличается от традиционного перспективного планирования развития экономики и социальных процессов, что при этом учитывается взаимосвязь и взаимодействие различных сторон того объекта, в отношении которого обосновываются цели и меры по их достижению, а также периоды времени, необходимые для реализации. В экономических и социальных целевых программах, которые уже разработаны, не учитывается, однако, такое важное условие, как то, каким образом реализация той или иной программы сказывается на демографической ситуации или каковы элементы демографической политики, которые должны присутствовать в каждой целевой народнохозяйственной программе.

Взаимосвязанность информационного, аналитического, управленческого, организационного и правового аспектов демографической политики — это цель и средства, с помощью которых можно реализовать программу социального развития. Народонаселение, люди, их здоровье, «человеческий фактор» должны быть объектом решения социальных задач.

Наряду с тем что в целевые социальные программы должны быть включены разработанные методы и средства реализации адекватной демографической политики, в настоящее время назрела необходимость в разработке специальной комплексной целевой народнохозяйственной программы по проведению демографической политики, генеральная цель которой — обеспечение оптимальных уровней воспроизводства населения и улучшения состояния здоровья ныне живущих и будущих поколений советских людей. Проведение эффективной демографической политики должно строиться в соответствии с основными концепциями, вытекающими из необходимости решения социальных задач в перспективном плане и сложившейся проблемной демографической ситуации.

Такую программу нельзя строить по методу «дерево цели» — важнее определить приоритетность и очередность проведения тех или иных мероприятий для достижения генеральной цели, разумеется, с учетом (расчетом) периода времени, в течение которого программа может быть реализована. Важно, чтобы отдельные разделы демографической целевой программы были включены в уже разработанные и разрабатываемые социально-экономические целевые программы. Только при таком условии такие программы можно считать комплексными и взаимосвязанными со всеми функциональными и структурными подразделениями. В демографическую политику в качестве одной из составных ее частей следует включить научно обоснованные мероприятия по линии здравоохранения, направленные на улучшение демографических процессов.

Однако недостатком принятых к реализации народнохозяйственных программ является отсутствие в них подпрограмм, связанных с реализацией определенных направлений демографической политики, и, в частности, мер, направленных на улучшение состояния здоровья населения.

Поэтому для улучшения демографической ситуации в РСФСР целесообразно создать координирующий орган, назвав его, например, Координационный совет по реализации демографической программы, решения которого по рассматриваемой проблеме были бы обязательными для всех министерств, ведомств и организаций республики.

Поскольку основные демографические процессы (рождаемость, общая и детская смертность, причины смерти и т. д.) регистрируются лечебными учреждениями, органы здравоохранения могли бы взять на себя функции информационно-аналитического обеспечения проблемы с обоснованием причин и факторов, влияющих на состояние здоровья и демографические процессы.

Эти цели преследуют проект краткого варианта по улучшению медико-демографических показателей. Соображения, концепции, структура самой программы требуют своей дальнейшей углубленной разработки и поэтому все высказанные замечания и предложения будут восприняты автором с благодарностью.

2. ИЗУЧЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ — ВАЖНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

В современных условиях экономического, социального прогресса и научно-технической революции, когда непрерывно возрастают требования советских людей к здраво-

охранению, отмечается постоянный рост потребности населения в медицинской помощи, что в свою очередь вызывает настоятельную необходимость постоянно удовлетворять эту потребность. Увеличение потребности в медицинской помощи обусловлено влиянием целого ряда факторов: требованиями научно-технического прогресса, повышением социальной ответственности населения за сохранение здоровья, изменениями в возрастной структуре населения, успехами медицины, повышением ее диагностических, лечебных и профилактических возможностей и т. д.

Уже сейчас ясно, что решать проблему повышения качества медицинского обеспечения населения только за счет расширения сети лечебно-профилактических учреждений и роста численности медицинских кадров не представляется возможным. В связи с этим необходим переход к иным, интенсивным, формам работы, их качественным сдвигам. Многие из имеющихся на современном этапе недостатков в работе различных лечебно-профилактических учреждений могут и должны быть устранены без дополнительных материальных затрат, только путем улучшения организации и совершенствования трудовых процессов в лечебно-профилактических учреждениях.

В настоящее время помимо постоянного наблюдения за состоянием здоровья населения, основанного на анализе динамики заболеваемости и смертности, позволяющего получить количественные характеристики изучаемого явления, большое значение приобретают качественные характеристики. Возрастает важность изучения качества медицинской помощи как одного из компонентов медицинского обслуживания населения, что в свою очередь связано с необходимостью использования оценочных исследований при формировании эффективной демографической политики по линии здравоохранения. Это вызвано происшедшими изменениями как в структуре заболеваемости населения, так и изменением возрастной структуры населения в сторону его старения, в результате чего возрастает число лиц, нуждающихся в постоянном медицинском наблюдении. Довольно часто существуют альтернативы помощи хронически больным и престарелым, включающие различные виды стационарной, скорой, амбулаторной помощи и помощи на дому. Изучение качества медицинской помощи дает возможность определить эффективность этих альтернатив: какой вид медицинской помощи дает наилучший результат при наименьших затратах? Сегодня важно проводить и использовать резуль-

таты углубленных социологических исследований, цель которых заключается в выявлении резервов для улучшения организации, планирования и повышения эффективности, качества и культуры деятельности органов и учреждений здравоохранения. Всем медицинским работникам необходимо знание не только объективных показателей, характеризующих деятельность отдельных служб здравоохранения, но и такого важного и пока еще недостаточно изученного фактора, как коллективное мнение населения о тех или иных организационных формах медицинского обслуживания и отношении к ним медицинских работников, т. е. субъективного мнения населения о качестве медицинской помощи.

Использование социологических методов в здравоохранении не ново. Например, в последние годы как в нашей стране, так и за рубежом в целях определения эффективности работы различных лечебно-профилактических учреждений довольно широко используются методы интервью и анкетного опроса. Так, с помощью анкетного метода удалось выявить оценку населением амбулаторной и стационарной помощи, выяснить отношение населения к участковому принципу обслуживания и развитию специализированной амбулаторной помощи в нашей стране, Польше, Чехословакии. Все это указывает на то, что происходит заметный рост интереса к проведению конкретных социологических исследований в здравоохранении, имеющих практическую направленность.

«Глубоко изучать общественное мнение» — под таким названием в 1982 г. в Баку была издана брошюра члена Политбюро ЦК КПСС, первого заместителя председателя Совета Министров СССР тов. Г. А. Алиева, в которой, в частности, указано, что углубленное изучение общественного мнения, проведение специальных социологических исследований приобрели важное значение для успешного осуществления партийной, государственной, хозяйственной деятельности, претворения в жизнь решений XXVI съезда КПСС.

Особое внимание, как известно, уделено этому вопросу в решениях июньского (1983 г.) Пленума ЦК КПСС. Серьезную разработку получило учение о субъективном факторе общественного прогресса, расширился круг исследований по проблемам научного управления обществом, планирования социального развития, социологии науки и т. д. Однако вопросы охраны здоровья населения, оценки субъективного фактора во взаимоотношениях больного с врачом, потребности и запросы людей и их

представления о том, какой должна быть медицина, и т. д. до последнего времени не нашли отражения в социологических исследованиях. Можно смело утверждать, что социологические исследования в здравоохранении находятся, так сказать, на «нулевом цикле». Между тем именно в здравоохранении субъективный фактор играет немаловажную роль в удовлетворении одной из основных потребностей людей — обеспечении психического и физического здоровья. В этом архиважном деле результаты социологических исследований могут оказать огромную помощь в повышении качества медицинского обслуживания, что обеспечит более высокий уровень удовлетворенности людей при посещениях ими поликлиник и лечении в больницах. Для этого необходимо чутко прислушиваться к общественному мнению, целенаправленно и систематически его изучать, направляя усилия на устранение недостатков, которые формируют неблагоприятное общественное мнение о здравоохранении.

В нашей стране созданы все объективные предпосылки для того, чтобы обеспечить и удовлетворить каждого советского человека в чуткой и высококвалифицированной медицинской помощи. На начало 1983 г. в стране работало 1 млн. 66,4 тыс. врачей, функционировало 3447 тыс. больничных коек. Численность врачей в СССР превысила одну треть всех врачей мира. Однако вопрос состоит в том, чтобы без дополнительных кадровых ресурсов и увеличения численности коечного фонда повысить эффективность медицинской помощи и удовлетворенность ею населения.

Недостатки в организации медицинской помощи, вызывающие справедливые нарекания и жалобы населения, имеют место вследствие того, что не использованы имеющиеся резервы, одним из которых является постоянный учет общественного мнения о запросах и пожеланиях населения.

Всесторонний учет общественного мнения в практической деятельности больниц и поликлиник, участковых и цеховых врачей, во всех звеньях лечебной и профилактической работы, несомненно, помог бы выявить недостатки и упущения еще до того, когда возникают справедливые нарекания на случаи неудовлетворительного оказания медицинской помощи, на грубое и невнимательное отношение к пациентам. На основе социологических исследований в здравоохранении можно получить ценную информацию о том, каким образом отдельные возрастные, половые, социальные группы относятся к состоянию своего

здоровья и к определенным формам организации медицинской помощи, какие стороны в работе медицинских учреждений, врачей, медицинских сестер удовлетворяют население, а какие — вызывают отрицательную реакцию и требуют устранения причин, их порождающих.

И еще одно обстоятельство следует отметить: при изучении общественного мнения население привлекается к вопросам совершенствования работы медицинских учреждений, осознает свою роль в охране народного здоровья. В этом, в частности, проявляется демократизм советского здравоохранения — широкое участие общественности в управлении здравоохранением.

О том, что углубленное изучение общественного мнения, проведение специальных социологических исследований в здравоохранении приобретает важное значение в совершенствовании медицинской помощи населению, свидетельствует накопленный и проанализированный нами опыт, основанный на опросе (с помощью анонимных анкет) около 30 тыс. человек о различных сторонах медицинской деятельности с точки зрения оценки его самим населением.

Исследование проводилось совместно с ЦСУ РСФСР. В этом исследовании принимали активное участие В. И. Дмитриев, А. В. Никольский, П. С. Хромов, Г. Г. Миндолин и автор этой монографии. В каждой анкете было сформулировано 25 вопросов и 124 альтернативных варианта ответов. Приведем конкретные данные, которые были получены при исследовании. Амбулаторно-поликлинические учреждения в течение года посетила большая часть опрошенного населения (89%). Редко посещали или вообще не посещали поликлиники около 60% и лишь 40% посещали их часто. Вместе с тем среди значительной части городского (9%) и сельского населения (12%), не посещавших поликлиники, 37% нуждались в медицинской помощи. Причины непосещения поликлиник были самые различные. Обращает на себя внимание высокий процент лиц, занимающихся самолечением (16,3) и вообще не занимающихся лечением в случае заболевания (6,0). Среди других причин можно отметить неудовлетворенность обслуживанием и неудобное время приема (3,1%), отдаленность места проживания от поликлиники (2,4%), занятость по дому и на работе (2,4%).

Самолечение является одной из основных причин непосещения поликлиники, при этом наиболее часто занимаются самолечением лица пенсионного возраста (29,1%). Данный факт можно объяснить тем, что пенсионерам, в

случае заболевания, нет необходимости получать больничный лист и они довольно часто знают свое заболевание и те лекарства, которые используются при его лечении.

Однако здесь как раз и могут быть примеры использования медикаментозных средств не по назначению. Особенно высок процент лиц, занимающихся самолечением среди служащих (17,9), он ниже среди рабочих (14,0), учащихся (10,8), колхозников (6,3). Мы обратили внимание на тот факт, что доля лиц, занимающихся самолечением, увеличивается с повышением уровня образования — с 12,4% среди лиц, имеющих общее среднее образование, до 20,2% среди лиц, имеющих высшее образование. Было установлено, что с повышением уровня образования люди становятся более внимательными к своему здоровью и для его сохранения используют рекомендации врача, а не советы «знахарей», знакомых и близких.

Большая часть населения (78% опрошенных) положительно оценивает работу амбулаторно-поликлинических учреждений, 15% опрошенных не вполне удовлетворены их работой, 7% опрошенных затруднились ответить. Было установлено, что удовлетворенность работой сельских амбулаторно-поликлинических учреждений несколько выше (85% опрошенных), чем городских (75%). При этом положительно оценили работу поликлиники (амбулатории) 78% опрошенных рабочих, 75% служащих, 86% колхозников, 73% учащихся и 83% пенсионеров.

В зависимости от уровня образования населения удовлетворенность работой указанных медицинских учреждений снижается с 81% среди лиц с начальным и неполным средним образованием до 74% с высшим (законченным и незаконченным). Из числа населения, часто посещавшего амбулаторно-поликлинические учреждения, положительно оценили их работу 80% опрошенных, а из числа редко посещавших — 78%, из непосещавших — 67%. Вероятно, одной из причин непосещения поликлиники является неудовлетворенность оказываемой медицинской помощью.

Как известно, оценка населением работы лечебно-профилактических учреждений во многом зависит от уровня организации приема пациентов, что в конечном счете сказывается на времени, затрачиваемом на посещение этих учреждений. Затраты населением времени на посещение различных амбулаторно-поликлинических учреждений свидетельствуют о том, что из числа затрачивающих на посещение поликлиники (амбулатории) до 1 ч положительно оценили ее работу 85% опрошенных, от 1 до 2 ч — 69%, от 2 до 3 ч — 54%, от 3 до 4 ч — 48% и 4 ч и бо-

лее — 46%. Было установлено, что на посещение сельских амбулаторно-поликлинических учреждений свыше 3 ч затрачивают 3,6% опрошенного населения, в городских поликлиниках — 1,4%. Среди населения, обратившегося в поликлинические отделения при ЦРБ, на их посещение затрачивают свыше 3 ч 11% рабочих, 22% колхозников и 13% пенсионеров.

В организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений были выявлены определенные недостатки, что вызывает справедливые нарекания со стороны обслуживаемого ими населения. Результаты обследования позволили установить, что основными причинами неудовлетворительной работы поликлиник (амбулаторий) опрошенное население считает: большие очереди на прием к врачу (63% не удовлетворенных работой указанных учреждений), большие очереди в регистратуру (46%), трудно попасть на прием к врачам-специалистам в субботние дни (20%), недоброжелательное отношение медицинского персонала к пациентам (18%) и медленная доставка амбулаторных карт в кабинеты врачей (18%). При этом в сельских амбулаторно-поликлинических учреждениях больше, чем в городских, нареканий на большие очереди к врачу (соответственно 40% против 35%), на недоброжелательное отношение медицинского персонала к пациентам (13% против 10%).

На трудности записаться к врачам-специалистам указало 32% опрошенного населения, у сельского населения вызывает наибольшие трудности запись на прием к стоматологам и зубным врачам.

В качестве причины неудовлетворительного поликлинического обслуживания было указано то, что не всегда в ближайшей аптеке можно купить выписанные врачом лекарства. На это указало 64% опрошенных горожан и 55% селян.

О большой заинтересованности населения в улучшении медицинской помощи свидетельствуют внесенные предложения. В частности, расширить продажу медикаментов в поликлиниках (амбулаториях) предложили 36% опрошенных, улучшить организацию приема к врачам — 23%, улучшить работу регистратуры — 22%, повысить внимание к пациентам — 15%, расширить работу по предупреждению заболеваний — 13%. Всего на 100 опрошенных было внесено в среднем 128 предложений.

Мы привели лишь некоторые данные, однако и они свидетельствуют о том, что результаты социологических исследований могут иметь важное значение в планирова-

нии и управлении здравоохранением. Изучение общественного мнения и социологические исследования, являясь надежным каналом информации о положении дел на местах, должны содействовать научному анализу современных явлений и процессов, происходящих и в здравоохранении, и в отражении его влияния на различные стороны жизнедеятельности людей. Ведь здравоохранение, кроме мер профилактики и лечения болезней, имеет огромное воспитательное, идеологическое значение. Если пациент уходит неудовлетворенным после посещения лечебно-профилактического учреждения, то это может оказать негативное влияние не только на его здоровье, но и на производительность труда, на взаимоотношения с окружающими, в конечном счете на идейно-политическое сознание.

К сожалению, идейно-воспитательная роль здравоохранения не всегда и не везде учитывается, что связано отсутствием глубоких социологических исследований в этой важнейшей социальной области. Необходимо также иметь в виду, что в нашем динамично развивающемся обществе происходят быстрые изменения в социальном статусе человека, что вызывает изменение его потребностей, в том числе предъявляемых к здравоохранению. Уловить эти перемены, и как можно полнее удовлетворить эти потребности, опять-таки можно и нужно с помощью социологических исследований. На наш взгляд, задача состоит в том, чтобы создать постоянно действующую систему сбора и анализа информации об общественном мнении населения, связанным с деятельностью здравоохранения. Целесообразно организовать специальные Центры изучения общественного мнения в здравоохранении при Минздраве Союза ССР и союзных республик по типу общественных Советов при райкомах, горкомах, обкомах и ЦК компартий союзных республик. Это не требует особо больших затрат — все дело в организации работы.

Задачами Центра по изучению общественного мнения и социологических исследований в здравоохранении должны стать:

разработка программ и основных направлений социологических исследований в здравоохранении;

расширение фронта и активизации изучения общественного мнения, вовлечение широких слоев общественности в обсуждение наиболее важных, актуальных проблем, направленных на удовлетворение населения в различных видах высококвалифицированной медицинской помощи в городе и на селе;

совершенствование методов обработки и анализа данных, полученных в ходе изучения общественного мнения и социологических исследований в здравоохранении;

использование полученных результатов в практике планирования и управления здравоохранением;

изучение эффективности различных организационных мер, внедряемых в практику здравоохранения, с точки зрения позитивного воздействия на общественное мнение и т. д.

Из перечисленного становится очевидным, что изучение общественного мнения и социологические исследования в здравоохранении должны занять достойное место. С их помощью можно будет выявлять недостатки и упущения, определять верные пути их устранения, вскрывать и лучше использовать имеющиеся резервы, оценивать условия, способствующие повышению эффективности здравоохранения и формирования позитивного мнения у населения на основе удовлетворения его в чуткой и высококвалифицированной медицинской помощи. Этим самым здравоохранение выполнит важнейшие положения июньского (1983 г.) Пленума ЦК КПСС.

3. НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Прежде чем сформулировать цели, задачи и направления медико-демографических исследований на перспективный период, необходимо охарактеризовать состояние исследований по данной проблеме, обратить внимание на уже полученные результаты, имеющие важное теоретическое и практическое значение.

Для разработки эффективной демографической политики необходимо знание важнейших закономерностей и тенденций в развитии медико-демографических процессов, выявление их взаимосвязей не только с социально-экономическими, социально-гигиеническими, но и с медицинскими факторами.

До последнего времени при изучении медико-демографических процессов главное внимание было обращено на количественную их сторону. Однако демографическая ситуация характеризуется не только количественными изменениями в населении, но и качественными, т. е. сдвигами в уровне образования, культуры, профессиональных на-

выках, в состоянии здоровья населения, которые в свою очередь оказывают существенное влияние на характер и динамику воспроизводства населения. Однако изучение качественных сдвигов в народонаселении, а также его медико-демографических аспектов все еще носит эпизодический характер. Исследования, проводимые медиками, часто повторяют программы изучения демографических закономерностей. Еще недостаточно исследована роль здравоохранения как одного из существенных факторов, влияющих на демографические процессы. В связи с этим комплексное медико-демографическое изучение проблем народонаселения приобретает особую актуальность. Это новое направление, которое дает возможность глубже познать взаимосвязи демографических процессов и здоровья населения, определить роль медицинской службы в разработке эффективной демографической политики. Здравоохранение и медицинская наука не могут оставаться безучастными в решении данных проблем, ибо изменение демографической ситуации должно способствовать прежде всего дальнейшему укреплению здоровья советских людей.

Наблюдающаяся в настоящее время резкая территориальная дифференциация медико-демографических показателей требует глубокого научного анализа и обязательного использования данных этого анализа при определении дальнейшего развития здравоохранения в различных экономико-географических зонах. Особая потребность в выявлении условий, причин и факторов, формирующих современные показатели рождаемости, смертности, средней продолжительности жизни и периода трудовой активности людей, возникает в тех районах, которые играют первостепенную роль в развитии народного хозяйства страны, а также там, где сложилась менее благоприятная демографическая обстановка и остро ощущается дефицит трудовых ресурсов. При изучении различных демографических явлений важно исходить из указаний В. И. Ленина: «...чтобы действительно знать предмет, надо охватить, изучить все его стороны, все связи и «опосредствования»¹.

Социально-экономические преобразования, научно-технический прогресс привели к значительным изменениям в состоянии народонаселения, его численности и

¹ Ленин В. И. Полн. собр. соч., т. 42, с. 290.

состава. В некоторых районах, особенно в РСФСР, на Украине, в Белоруссии и Прибалтике, в последние годы наблюдается недостаточный рост численности населения, трудности в обеспечении трудовыми ресурсами.

Концентрация населения в городах, переход на городской образ жизни обуславливают появление новых закономерностей в рождаемости, меняют структуру причин смерти, характер патологии и в целом отражаются на состоянии здоровья населения.

На современном этапе очень остро встает вопрос о полноценном изучении санитарного состояния населения, о выявлении всего комплекса факторов как положительно, так и отрицательно влияющих на его здоровье. Необходимость изучения медико-демографических аспектов общественного здоровья обусловлена требованиями самой жизни.

В последнюю четверть века рождаемость интенсивно изучалась как с точки зрения выявления закономерностей ее уровней и тенденций, так и с позиций связи ее с целым рядом социально-гигиенических и психологических факторов. В результате был накоплен большой статистический материал, который дает представление о различных аспектах рождаемости в разрезе отдельных республик и экономико-географических регионов. Изменившаяся в последние годы демографическая ситуация, снижение уровня рождаемости привели к необходимости проведения углубленных выборочных специальных исследований, направленных на выявление механизма причинно-следственных связей этого явления с условиями жизни. Наиболее активно изучение социально-экономических факторов рождаемости стало проводиться в 60-е годы.

В подавляющем большинстве исследований получена обратная зависимость рождаемости от материальной обеспеченности и жилищных условий. Выявлено, что на процесс рождаемости оказывают влияние не только социально-экономические условия, но и социально-психологические установки, обычаи и традиции, которые определяют демографическое поведение семьи.

В ряде социологических исследований семьи приведена обширная «статистика мнений» женщин о желаемом, оптимальном и реально существующем числе детей в семье.

Особенности тенденций рождаемости являются результатом влияния в основном двух групп факторов: демографических и социально-экономических. По каждому из этих факторов имеется множество исследований, из кото-

рых очевидна противоположность их действия и то, что социально-экономические факторы действуют не прямо, а опосредованно через психологию населения, что выражается в степени внутрисемейного регулирования числа детей.

В проведенных в 60—70-е годы социально-гигиенических исследованиях, посвященных рождаемости, основное внимание сосредоточивалось на изучении исходов детородной функции женщины в связи с условиями жизни, т. е. в поле зрения было в основном выявление закономерностей между генеративным здоровьем женщины и рождаемостью. Еще мало имеется публикаций по изучению здоровья женщин, супружеских пар и в зависимости от этого внутрисемейного регулирования числа рождений.

В демографической политике, направленной на стимулирование рождаемости, все большее значение приобретает характеристика здоровья супругов. В результате проведенного выборочного обследования установлено, что до 40% мужчин и 44% женщин в возрасте до 30 лет страдают заболеваниями, сдерживающими репродуктивную функцию.

Социально-гигиенические исследования позволили получить новую информацию о современных изменениях в рождаемости, ее медицинских аспектах. Характерным является выраженная ориентация на малодетную семью, о чем свидетельствуют цифры, характеризующие уменьшение рождений детей более высоких очередностей (третьих и более). Анализ сроков наступления и исходов первой беременности, соотношения желаемого и фактического числа детей и сроков их рождения, условий жизни молодых семей позволил установить, что высокий уровень образования супругов в сочетании с наименее благоприятными материально-жилищными условиями с момента вступления в брак оказывает сдерживающее влияние на срок и частоту рождения первых, а как следствие этого вторых детей.

В ряде исследований установлено, что происходит снижение частоты беременностей, аборт и родов по мере улучшения материально-жилищных условий и повышения уровня образования. Результаты опроса женщин показали, что большинство их сознательно формируют свои семьи, при этом среднее желаемое число детей находится в пределах 1,8—2,2. Почти две трети опрошенных женщин желали иметь двухдетную семью, а это, как уже было указано выше, не дает основания для оптимистических прогнозов в отношении воспроизводства новых поколений.

Дефицит желаемого и имеющегося числа детей выражен сильнее в более обеспеченных и образованных семьях.

Исходы беременности абортами связаны в довольно значительной степени с неумением пользоваться контрацептивными средствами и отсутствием убежденности в эффективности их применения. Ведущими причинами аборт, по мнению женщин, являются: нежелание иметь еще детей, трудности по уходу за маленькими детьми, плохие жилищные условия и ряд других факторов.

Проблема одиночества и связанное с ней заключение брачных союзов в более старших возрастах оказывает влияние на характер формирования семьи.

Продолжают до сих пор формироваться чрезмерно малолетние семьи, что вызывает ряд сложностей в семейном и общественном масштабе. Установлено значительное число рождения первых детей женщинами в возрасте 30 лет и старше, вторых и третьих — в возрасте 40 лет и старше; роды в этом возрасте имеют большую вероятность неблагоприятного влияния на здоровье матери и ребенка.

На современном этапе нельзя не учитывать, что динамика основных показателей здоровья населения зависит не только и не столько от здравоохранения как отрасли, но и от характера труда, технологии производства, состояния окружающей среды, быта, отдыха, образа жизни, т. е. тех процессов, управление которыми относится к десяткам министерств, ведомств, организаций. Вместе с тем задачи здравоохранения и научных работников в области социальной гигиены и организации здравоохранения состоят в том, чтобы анализировать и информировать все причастные к охране здоровья народа министерства и ведомства, общественные организации.

Так, исследованиями, проведенными на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения Пермского медицинского института, установлено, что уровень смертности среди рабочих и служащих не имеет существенных различий. Вместе с тем особенности труда представителей различных профессий оказывают влияние на характер патологии, уровень и структуру причин смерти. У рабочих наиболее высокие показатели отмечаются среди занятых в производствах, где имеется потенциальная опасность неблагоприятного воздействия на здоровье: химические и нефтяные предприятия, транспорт, строительство и др. Среди служащих показатели смертности выше в профессиях, труд которых сопряжен с нервно-эмоциональным напряжением и большой ответственностью: ру-

ководители предприятий и учреждений, инженерно-технический состав, ученые, педагоги.

Знание закономерностей смертности у лиц различных профессий имеет важное практическое значение, оно должно составлять основу более тщательного дифференцированного подхода в проведении профессионального отбора по состоянию здоровья, осуществлении медицинского наблюдения (профилактические осмотры, диспансеризация, реабилитация) и всей оздоровительной работы. Эти данные могут быть использованы в качестве критериев для оценки эффективности мероприятий по улучшению условий труда и техники безопасности на промышленных объектах. В связи с этим целесообразно периодически проводить разработку материалов профессиональной смертности, анализировать ее в динамике выборочно в наиболее промышленных и сельскохозяйственных районах страны.

На формирование коэффициентов смертности заметное влияние оказывает уровень образования, через который в определенной степени преломляются другие социально-гигиенические факторы. Анализ показал, что с повышением уровня образования наблюдается снижение показателей смертности. Выявлено также влияние семейного положения на интенсивность смертности лиц трудоспособного возраста. При этом обнаружено явное преобладание показателей смертности у лиц, не состоящих в браке, у вдов и разведенных. Причем влияние семейного положения гораздо в большей степени выражено у мужчин по сравнению с женщинами. Коэффициент смертности у мужчин, состоящих в браке, в 2,2 раза ниже, чем у несемейных.

Выборочным путем получены данные о том, что подавляющее большинство травм наблюдается у лиц в нетрезвом состоянии. Борьба за снижение смертности от травматизма связана прежде всего с проведением эффективной работы по профилактике пьянства и алкоголизма. На XXVI съезде КПСС указывалось, что на борьбу с этим уродливым явлением должны быть направлены усилия всех трудовых коллективов и всех общественных организаций.

Исследование позволило установить, что наряду с социально-гигиеническими факторами определенная «вина» за повышенную смертность может быть отнесена к несвоевременному и некачественному лечению больных, диспансерному наблюдению за ними. Выявлена нерегулярность диспансерного наблюдения, например некачествен-

ное обследование сердечно-сосудистых больных, слабое использование разнообразных лечебно-оздоровительных и медико-социальных мероприятий. Это обязывает коренным образом изменить тактику медицинского наблюдения за лицами трудоспособного возраста, осуществлять ее путем строго дифференцированного подхода с учетом знания врачами медико-социальных критериев и приоритетности в решении задач по борьбе с наиболее тяжелыми, угрожающими жизни заболеваниями.

В старших возрастных группах растет число хронических заболеваний, приходящихся на одного больного. Если у лиц 50—59 лет наибольший процент больных имеет 2—3 заболевания (36,0%), у лиц 60—69 лет — 4—5 заболеваний (40,2%), то у лиц 70 лет и старше — более пяти (65,9%). Распространенность хронических заболеваний среди пожилого и старого населения обнаруживает зависимость от ряда социально-гигиенических факторов. Так, показатели заболеваемости семейных мужчин составили 357,0, вдовых — 416,3 на 100 обследованных, у женщин — соответственно 329,1 и 396,0. Малочисленный состав семьи, одиночество неблагоприятно сказываются на показателях заболеваемости.

Комплексные социально-гигиенические исследования, проводимые на конкретных территориях, дают возможность установить роль и соотношение отдельных факторов в формировании показателей здоровья населения, в том числе и медицинских, и более эффективно воздействовать на них в практической деятельности. Учитывая климато-географические, медико-социальные и демографические особенности, присущие различным территориям нашей страны, большую дифференциацию показателей здоровья, возникает необходимость комплексного социально-гигиенического изучения их в отдельных регионах и областях. Выявление общих закономерностей и региональных особенностей в здоровье, несомненно, имеет важное практическое значение в разработке и проведении эффективной демографической политики.

Взаимосвязь репродуктивного поведения молодых семей с состоянием здоровья супругов в сочетании с важнейшими социально-гигиеническими факторами (уровень образования, профессиональная занятость, специфика условий труда, особенности внутрисемейной обстановки, материальные и жилищные условия) требует изменения тактики медицинского наблюдения за женщинами детородного возраста, повышает требования ко всей лечебно-профилактической работе.

Смертность и продолжительность жизни всегда были центром внимания врачей и ученых в области социальной гигиены и демографии. Сегодня это внимание усилилось в связи с обострившейся демографической ситуацией. В связи с этим возникла необходимость изучения причин и факторов, приведших к неблагоприятным изменениям в состоянии здоровья населения с целью разработки мер, направленных на решение первоочередных задач, стоящих перед здравоохранением. Наиболее важной из них является его пропорциональное и динамичное развитие в зависимости от характера и изменений патологии населения. Необходимо установить причины неблагоприятных тенденций, влияние которых отрицательно сказывается на общественном здоровье.

Пора переходить от научных исследований, констатирующих факты, к комплексным социально-гигиеническим и медико-демографическим исследованиям, вскрывающим закономерности явлений, их причинно-следственную обусловленность.

Проведенный анализ показал, что около 10% научных исследований в области социальной гигиены и организации здравоохранения, запланированных в X пятилетке, были посвящены изучению количественных и качественных характеристик состояния здоровья, степени воздействия здравоохранения на динамику различных демографических показателей и влияние демографических процессов на формы и методы работы органов здравоохранения.

Вместе с тем многие вопросы остаются мало разработанными, особенно те из них, с помощью которых можно установить степень влияния условий и образа жизни на демографические показатели.

В современных условиях вопросы организации, управления и планирования медицинской помощи, всевозможных оздоровительных мероприятий не могут осуществляться без использования статистических данных, характеризующих состояние здоровья населения.

Исследования в области смертности посвящены вопросам территориальной дифференциации смертности, т. е. локальному анализу по отдельным республикам, краям и областям. В этих работах придавалось основное значение количественным ее характеристикам и в меньшей степени объяснению явлений. Для выяснения внутренних механизмов и закономерностей смертности населения в настоящее время на первый план выдвигаются проблемы причин и факторов, которые при взаимодействии организма

и среды приводят к патологическим процессам и летальным исходам, однако с этих позиций проблема смертности изучена крайне недостаточно. Поэтому важное значение на современном этапе приобретает дальнейший анализ дифференциации смертности, который может стать основой для изучения причин и факторов, приводящих к «преждевременной» смертности. Изучая различия в смертности разных групп населения с учетом их возраста и пола, производственно-профессиональной деятельности, условий и образа жизни, можно выявить основные факторы, которые определяют уровни и особенности смертности на различных территориях страны. Комплексные исследования, в которых раскрывается роль социально-гигиенических и медицинских факторов на формирование уровней и причин смерти населения, в настоящее время практически отсутствуют. Проведение подобного рода исследований имеет особую научно-практическую значимость, так как позволит установить природу неблагоприятных тенденций в смертности и найти пути воздействия на них.

Для выявления условий, причин и факторов, обуславливающих смертность конкретной категории людей, необходимы специальные комплексные исследования, имея в виду, что факторы медицинского порядка в сочетании с условиями жизни играют немаловажную роль в предотвращении преждевременной смерти людей трудоспособного возраста и прежде всего мужчин. В отношении мужчин трудоспособного возраста медико-социальные аспекты демографической политики связаны прежде всего с изучением динамики их заболеваемости, инвалидности и смертности. Важно выяснить новые взаимоотношения между тенденциями заболеваемости и смертности в этой группе населения. Очевидно, по всей профилактической работе, обеспечивающей некоторое снижение заболеваемости у мужчин, остается невыясненной какая-то часть факторов, которая оказывает более сильное неблагоприятное воздействие и находит отражение в повышенных показателях смертности. Об этом же свидетельствуют значительные различия уровней заболеваемости у мужчин и женщин трудоспособного возраста: у последних заболеваемость выше, а смертность ниже. Так, по данным обращений за медицинской помощью в возрастной группе 20—29 лет, в которой имеются различия показателей смертности у мужчин и женщин, заболеваемость женщин была на 30—40% выше. Уровень первичных обращений по поводу новообразований у женщин был выше более

чем в 2 раза, болезней системы кровообращения — в 1,5 раза, болезней органов дыхания — на 30—40% и несколько выше по поводу болезней органов пищеварения. Мужчины чаще обращались по поводу несчастных случаев, отравлений. Подобное положение констатировано и при изучении распространенности заболеваний по данным комплексных медицинских осмотров. У женщин было выявлено заболеваний на 40—50% больше, чем у мужчин того же возраста. Поэтому для обоснования дальнейших мероприятий в области демографической политики особенно важно определить степень воздействия образа жизни на заболеваемость и другие характеристики здоровья при современном уровне благосостояния и медицинской помощи.

Необходимо познать закономерности влияния профессии на процессы заболеваемости и смертности населения. Отсутствие нужных сведений в официальных источниках информации затрудняет изучение профессиональной смертности.

Исследования, проведенные на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения 2-го Московского медицинского института (чл.-кор. АМН Ю. П. Лисицын, проф. Н. Я. Копыт, И. М. Вирганская), показали, что злоупотребление алкоголем способствует развитию соматических и психических заболеваний и сказывается на повышенной смертности. В докладе Комитета экспертов ВОЗ подчеркивается, что общий уровень потребления алкоголя в мире никогда не был столь высоким, как сейчас, а проблемы, связанные с потреблением алкоголя и особенно с его чрезмерным потреблением, стоят в мире в одном ряду с основными проблемами общественного здравоохранения, поскольку наносится «серьезный ущерб здоровью человека, его благосостоянию и жизни»¹.

По данным ВОЗ показатель смертности среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, в 2—4 раза превышает таковой среди населения в целом; от 30 до 50% всех дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом в промышленно развитых странах связано с потреблением водителями алкоголя; алкогольный цирроз печени явля-

¹ Проблемы, связанные с потреблением алкоголя. Доклад Комитета экспертов ВОЗ (серия технических докладов, 650). Женева, 1982, с. 12.

ется одной из пяти ведущих причин смерти в возрастных группах от 25 до 64 лет¹.

Отмечена прямая зависимость между уровнем смертности от алкогольных заболеваний и количеством алкоголя, потребляемого на душу населения. Наиболее высокий уровень смертности от цирроза печени регистрируется во Франции (47 случаев на 100 тыс. населения), где имеет место и самый высокий уровень в мире потребления алкогольных напитков (28 л абсолютного алкоголя на душу населения в возрасте старше 20 лет).

Данные мировой статистики свидетельствуют о том, что с злоупотреблением алкоголя связаны самоубийства, являющиеся в ряде стран одной из важнейших причин смерти.

Материалы выборочных исследований свидетельствуют о том, что наиболее высокий уровень злоупотребления алкоголем, особенно среди мужчин, приходится на возраст от 30 до 49 лет. Именно в этом возрасте отмечается самый высокий уровень смертности мужчин от несчастных случаев, отравлений и травм, который в 6—8 раз превышает уровень смертности женщин от этой причины.

В структуре причин смерти от несчастных случаев значительная часть приходится на транспортный травматизм (25—40%), причем от 29 до 72% всех случаев транспортного травматизма со смертельным исходом связано с алкогольным опьянением. Большая доля смертности от несчастных случаев, отравлений и травм приходится на отравления алкоголем и его суррогатами (от 11 до 25%). Так, по данным В. П. Русаковой (1982 г.) в структуре причин смерти от несчастных случаев 25,1% приходится на несчастные случаи, связанные с транспортом, 24,8% несчастных случаев связаны с отравлением, причем более половины из них (17,2%) составляют умершие от острого отравления алкоголем. Половина всех смертельных случаев от травм происходит в состоянии алкогольного опьянения. Прослеживается прямая зависимость между алкогольным опьянением и употреблением, которое занимает третье место по причинам смерти от несчастных случаев. Наличие алкоголя в крови, по данным этого же автора, было установлено в 49,6% несчастных случаев, связанных с употреблением спиртных напитков.

По данным выборочного обследования М. Я. Подлужной и С. П. Шиловой (1982 г.), на долю несчастных случаев, отравлений и травм приходится 50% всех причин смерти у мужчин и 34,8% — у женщин. Значительная часть несчастных случаев и травм (71,2%) происходит вне производства, 3/4 погибших от травм находились в нетрезвом состоянии. Приведенные данные свидетельствуют о том, что образ жизни людей, особенности их поведения, неумение рационально организовать свое свободное время и отдых являются причиной многих несчастных случаев, отравлений и травм со смертельными исходами. Борьба за снижение смертности от травматизма связана прежде всего с проведением эффективной работы по профилактике пьянства и алкоголизма.

Сердечно-сосудистые заболевания являются второй по важности причиной смертности мужчин трудоспособного возраста.

Многие исследователи указывают на алкогольную интоксикацию как фактор, способствующий развитию дегенеративных процессов в сердечной мышце и вследствие этого зачастую провоцирующий летальный исход при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Так, изучение случаев внезапной смерти в Москве (Л. С. Велишева, А. М. Вихерт и др., 1981 г.) показало, что алкогольная кардиомиопатия встречается в 35 из 100 случаев внезапной смерти людей молодого и зрелого возраста, считавшихся практически здоровыми. По данным И. О. Глазовой и В. В. Новосельской, среди доставленных в институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского с острой интоксикацией алкоголем в 30% случаев была обнаружена острая коронарная недостаточность (стенокардия) и в 15% случаев — инфаркт миокарда. О влиянии злоупотреблением алкоголем на возникновение и течение заболеваний сердечно-сосудистой системы говорит также и тот факт, что среди пациентов, находящихся на стационарном лечении по поводу этой патологии, 15,2% были лица, страдающие хроническим алкоголизмом (З. С. Турова, Д. М. Галинич, 1980 г.).

Проведенное проф. Н. Я. Копытом и И. М. Вирганской выборочное исследование причин смерти у группы умерших мужчин, злоупотреблявших алкоголем, показало, что первое место в структуре причин смерти у них занимают несчастные случаи, отравления и травмы (47,6%), треть из которых составляют случаи смерти от острого отравления алкоголем, около половины приходится на несчастные случаи, связанные с транспортом. На наиболее моло-

¹ Проблемы, связанные с потреблением алкоголя. Доклад Комитета экспертов ВОЗ (серия технических докладов, 650), с. 11.

дой возраст (20—39 лет) приходится 51,5%, а на зрелый рабочий возраст (40—59 лет) — 39,6% всех смертных случаев от этой причины.

На долю сердечно-сосудистых заболеваний приходится около 30% случаев смерти в структуре причин смерти мужчин, злоупотреблявших алкоголем. Характерно, что смерть у них от сердечно-сосудистых заболеваний в 60% случаев наступает в трудоспособном возрасте (до 60 лет), в то время как среди всего мужского населения смерть от этих заболеваний более чем в 70% случаев происходит в возрасте старше 60 лет.

Аналогичная картина выявлена и при анализе смертности от новообразований, которые занимают в структуре причин смерти у мужчин, злоупотреблявших алкоголем, третье место (7,4%). Подавляющее большинство из них (67,1%) умерли в возрасте 40—59 лет, остальные — в возрасте старше 60 лет. Среди всего мужского населения, умершего от этой причины, распределение умерших по возрасту было иным: в возрасте 40—59 лет умерло 30,7%, а в возрасте 60 лет и старше — 65,5%, остальные — в возрасте до 40 лет.

Смертные случаи от болезней органов пищеварения у мужчин, злоупотреблявших алкоголем, также в основном приходится на возраст до 50 лет (71,2%). Болезни органов дыхания чаще выступают как причина смерти у мужчин, злоупотреблявших алкоголем, в возрасте до 40 лет (23,2%), чем у всего мужского населения, где на долю этого возраста приходится около 15% случаев смерти по этой причине.

Таким образом, материалы социально-гигиенических исследований последнего периода времени позволили установить влияние различных факторов на состояние здоровья населения. Наиболее неблагоприятное влияние оказывают злоупотребления алкоголем. Это и медико-демографическая проблема, поскольку указанный фактор наносит серьезный ущерб характеру воспроизводства населения, сокращая предстоящую продолжительность жизни, неблагоприятно влияет на здоровье потомства и т. д.

Программа медико-демографического исследования проблем алкоголизма должна включать изучение влияния злоупотребления алкоголем на устойчивость семьи и брака, проблему одиночества, здоровье потомства, короче говоря, предстоит исследовать важную тему: «алкоголизм и демографические процессы».

Из социально-экономических факторов, воздействующих на показатели здоровья населения, в том числе и на

смертность, немаловажная роль принадлежит уровню образования. Через уровень образования в определенной мере трансформируются материально-жилищные условия, культура поведения и др. В исследованиях последних лет стало обращать внимание на значение этого фактора. Было установлено, что с повышением уровня образования наблюдается снижение показателей смертности как у мужчин, так и у женщин.

Хотя смерть и является естественным завершением жизни человека, тем не менее среди общего количества смертей определенная часть могла бы быть предотвращена, особенно это относится к лицам молодого, трудоспособного возраста. Значительную долю «неоправданных» смертей составляет скоропостижная смерть не только от несчастных случаев, отравлений и травм, но и от некоторых заболеваний.

Немаловажное значение имеет и возрастной фактор. Концентрация внебрачных рождений в младших и старших возрастных группах детородного контингента неблагоприятно сказывается на здоровье матери и ребенка.

В последнее время многие исследователи обращают внимание на более высокие показатели смертности внебрачных детей, уровень которых в несколько раз выше, чем среди детей, родившихся в браке. Если бы смертность внебрачных детей была бы на уровне брачных, то это позволило бы сократить всю детскую смертность примерно на 10%. Данное обстоятельство представляет определенный интерес и должно нацеливать врачей на более внимательное отношение к детям, которые воспитываются в неполной семье.

Результаты большинства исследователей свидетельствуют о необходимости расширения и улучшения диспансерного наблюдения женщин детородного возраста и особенно девочек-подростков.

Демографическая политика в области рождаемости наряду с учетом воздействия государственных социально-экономических факторов должна решаться именно на уровне деятельности участкового врача и центров охраны материнства и детства. Для этого необходимо направить усилия на укрепление здоровья молодых женщин, ограничение и облегчение женского труда, улучшение социально-бытовых и производственных условий.

Углубленное изучение тенденций и факторов изменения смертности становится одной из актуальных задач медико-демографических исследований. В последние годы увеличилось число исследований, посвященных изучению

различных аспектов санитарно-демографических процессов и вопросов совершенствования медицинского обслуживания населения на различных территориях РСФСР. Однако остается много нерешенных вопросов, особенно касающихся степени влияния здравоохранения на динамику отдельных показателей здоровья.

Установлены следующие закономерности тенденций смертности населения. Дифференцированное изучение смертности в различных возрастно-половых, профессиональных группах, по месту смерти, сопоставление причин смерти и заболеваемости позволили выявить закономерности формирования наиболее характерной патологии, приводящей к летальным исходам, для населения конкретной территории, разработать программу действий, направленных на профилактику заболеваемости и преждевременной смертности.

В условиях научно-технической революции некоторые аспекты изменившихся условий жизни и труда способствуют улучшению состояния здоровья, в то же время обостряющийся процесс урбанизации, загрязнение внешней среды, вредные привычки, недостаточность физических упражнений, употребление алкогольных напитков оказывают отрицательное влияние на состояние здоровья людей.

Несчастные случаи, отравления и травмы, как показывают обследования, на протяжении длительного периода времени в городах и сельской местности занимают второе место в заболеваемости и смертности, а среди детей (с 5-летнего возраста) и трудоспособных контингентов — первое место.

Экспертной оценкой установлено, что 40,3% летальных исходов на дому от ряда заболеваний, 50% случаев смерти, наступившей скоропостижно, относятся к числу предотвратимых при условии своевременного оказания первичной медицинской помощи. Уменьшение числа летальных исходов на дому, сокращение случаев скоропостижной смерти следует считать реальным резервом снижения общей смертности населения, что в значительной мере должно быть связано с четкой организацией и совершенствованием оказания первичной медико-санитарной помощи.

Особого внимания заслуживает изучение смертности от несчастных случаев, отравлений и травм. Из общего числа несчастных случаев, отравлений и травм около 50% относится к травмам, в том числе около 50% повреждений связаны с транспортом, остальные вызваны режущими и колющими орудиями, различными механизмами, изделиями и т. д. Следовательно, в настоящее вре-

мя основное внимание необходимо уделять предупреждению транспортных происшествий, а также падений.

Среди умерших от травм неудовлетворительное качество прижизненной диагностики было обусловлено: объективными трудностями диагностики из-за недостаточных материально-технических возможностей данного лечебного учреждения (26,2%); недоучетом и ошибочной оценкой клинических данных, неправильной тактикой лечения, неполным использованием имеющихся средств (23,4%); тяжестью состояния больных, затрудняющей проведение обследования (22,4%); недостаточным и несвоевременным клиническим обследованием (18,3%); кратковременностью пребывания в стационаре (5,3%); прочими причинами (4,4%).

Поэтому в снижении смертности населения важнейшее значение в настоящее время приобретает предупреждение травм, особенно на догоспитальном этапе, оснащенность современной диагностической аппаратурой, выбор правильной тактики и организации лечения множественных повреждений. Повышение качества обучения средних медицинских работников, студентов, врачей вопросам оказания помощи при политравмах является первоочередной задачей современной травматологии.

Изучение причин смерти населения, проводимое параллельно с изучением заболеваемости на основании сопоставления причины смерти с заболеваниями, которыми страдал умерший, дает возможность получить материал, позволяющий вскрыть недостатки в организации лечебно-профилактических, гигиенических и социальных мероприятий, которые отрицательно сказываются на состоянии здоровья населения. Комплексный медико-демографический подход, примененный для изучения взаимосвязи между заболеваемостью и смертностью следует применять при изучении заболеваемости и смертности от хронических заболеваний.

В последние годы общее число проведенных исследований по вопросам углубленного изучения особенностей смертности населения с использованием современных методов невелико. Этой проблематике в дальнейшем следует уделять самое серьезное внимание, в частности проведение ряда региональных исследований по одним и тем же методикам с целью получения сопоставимых данных.

Успехи в борьбе за снижение детской смертности невозможны без демографического анализа. Целью такого анализа является изучение социально-экономических, медико-биологических, социально-психологических факторов

детской смертности. Он должен основываться на детальной разработке данных государственной статистики и на специальных углубленных исследованиях детской смертности.

Исследования тенденций детской смертности показывают, что темпы ее снижения замедлились, но в ряде территорий несколько увеличились.

Статистический анализ данных о детской смертности позволил выделить три основных типа детской смертности. Первый тип детской смертности распространен в городских поселениях РСФСР, Урала, Западной Сибири. Второй, напротив, характерен только для сельской местности. В совокупность территорий, составляющих третий тип детской смертности, входят городские поселения республик Средней Азии и Закавказья, городские поселения Украинской и Литовской ССР, часть сельских поселений РСФСР.

Факторы, обуславливающие уровень, характер и дифференциацию детской смертности, можно разделить на три группы. Факторы первой группы заложены во взаимодействии «ребенок — общество». Вторая группа факторов складывается из отношения к ребенку в семье. К третьей группе относятся эндогенные факторы, в том числе наследственные факторы, течение беременности и др.

Анализ эндогенных (внутренних) и экзогенных (внешних) причин смерти детей в возрасте до 1 года показал, что смертность в городах обусловлена в основном эндогенными причинами, в селах — преимущественно экзогенными. Данный факт свидетельствует о наличии значительных резервов снижения смертности за счет устранения экзогенных причин смерти, как наиболее легко поддающихся снижению. В борьбе за снижение экзогенной смертности основное внимание должно уделяться детям в возрасте старше 1 месяца жизни.

Среди факторов, оказывающих влияние на динамику показателей детской смертности, следует выделить такие, как уровень развития здравоохранения и особенно качество медицинского обслуживания, уровень образования родителей. Среди причин детской смертности особое значение имеют недонашивание беременности. Недоношенные дети составляют 35,9% всех мертворожденных и 25,7% умерших в ранний неонатальный период. Смертность недоношенных детей в несколько раз (5—6) выше по сравнению с доношенными. Наблюдается возрастание доли умерших в первые дни и недели жизни. Это свидетельствует о том, что проблема детской смертности становится

не только педиатрической, но и акушерской, которую призваны решать в равной мере врачи той и другой специальности. Ведущими причинами смерти детей до года являются болезни органов дыхания, врожденные аномалии развития и инфекционные болезни. Более высокие темпы роста показателей смертности от пневмонии типичны для сельской местности, а от сепсиса и врожденных аномалий — для городской.

В ряде исследований показано, что на исход беременности и родов влияет комплекс факторов, среди которых наиболее важными являются: условия и вид труда женщины-роженницы, ее трудоустройство, уровень образования и культуры.

Одним из важнейших факторов, влияющих на уровень детской смертности, является срок беременности, при котором женщина поступает под наблюдение женской консультации. Устранение дефектов в работе акушерско-гинекологических и педиатрических учреждений на всех этапах оказания медицинской помощи беременным женщинам и детям раннего возраста позволило бы предотвратить значительное число случаев невынашивания беременности и детской смертности. Так, недостатки диспансерного наблюдения за детьми первого года жизни, случаи позднего обращения к врачу, несвоевременная госпитализация, недооценка врачом тяжести состояния ребенка способствуют увеличению досрочной летальности и случаев смерти на дому. *Предотвращение досрочной летальности и смертности на дому является реальным резервом снижения всей детской смертности на 20—40%.*

Оценка действия различных факторов показала, что на уровень детской смертности оказывают влияние факторы биологического и социально-гигиенического производственного (материально-бытовые условия, качество ухода в семье и медицинского наблюдения) и производственно-профессионального характера (вредность производства, профессия, стаж работы и др.). При неблагоприятном их сочетании вероятность риска умереть ребенку до года возрастает в два раза.

Анализ состояния исследований, касающихся изучения современных закономерностей детской смертности, показал, что имеются значительные территориальные различия в их показателях, обусловленные влиянием комплекса факторов социально-экономического и медицинского характера. Немаловажное значение имеют национальные традиции и этнические особенности.

В дальнейшем при изучении детской смертности следует обратить особое внимание на сопоставимость результатов отдельных исследований. Целесообразным является проведение исследований по отдельным регионам по единой методике, что позволит установить региональные особенности детской смертности и определить конкретные факторы, влияющие на ее уровень. Изучение различий смертности детей в семьях, относящихся к разным общественным, профессиональным, образовательным, этническим группам, позволит выявить те микросоциальные факторы, которые в большей степени определяют современный уровень детской смертности и особенно уровень постнеонатальной смертности, что позволит работникам здравоохранения приложить усилия в борьбе за ее снижение там, где этот вопрос стоит наиболее остро.

Необходима разработка данных о причинах смерти в зависимости от возраста внутри первого года жизни, а в дальнейшем, возможно, и в связи с определенными социальными характеристиками.

Смертность детей существенно зависит от срока беременности, веса ребенка при рождении и его жизнеспособности. Детальное изучение этой зависимости позволит, во-первых, элиминировать эти характеристики; во-вторых, изучение вопросов недоношенности с позиций социально-демографической дифференциации сделает более эффективным работу органов родовспоможения.

И последний круг вопросов, связанных с социально-психологическими факторами воздействия на жизнь ребенка, — изучение таких вопросов, как отношение родителей к детям, где немаловажную роль играет число детей в семьях; традиций и социально обусловленных нормативов, регламентирующих это отношение. Круг этих вопросов может быть изучен только на базе специальных социологических исследований семьи.

Наблюдающийся в настоящее время ряд неблагоприятных тенденций в состоянии здоровья населения требует научно обоснованного объяснения для разработки в дальнейшем системы мер по их устранению. *В этом плане особое значение имеет проведение медико-демографических исследований, позволяющих отифференцировать влияние на состояние здоровья социально-экономических факторов от факторов, имеющих непосредственное отношение к медицине и здравоохранению.*

Целесообразным является расширить исследования по медико-демографическим проблемам, в частности предусмотреть разработку следующей тематики:

оценка качественных аспектов воспроизводства населения и разработка рекомендаций, направленных на улучшение демографической ситуации в региональном разрезе; сдвиги в состоянии здоровья населения и прогнозирование его дальнейших тенденций;

вопросы пропорционального развития сети и кадров здравоохранения с учетом влияния социально-демографических факторов;

определение тенденций в демографических процессах на различных территориях с учетом причин и факторов, их обусловивших;

изучение динамики общей и детской смертности, причин и факторов, влияющих на их уровень и характер;

изучение влияния отдельных заболеваний на состояние здоровья населения и средней продолжительности жизни;

изучение региональных особенностей демографических процессов в районах Крайнего Севера, Сибири и Дальнего Востока, для чего необходимо проведение специальных научных исследований, касающихся анализа проблем этнической демографии народностей Севера; изучение экологической патологии; изучение возможностей повышения воспроизводства пришлого населения с сохранением потенциальной жизненной способности; разработка предложений по созданию системы сохранения и развития здоровья детей пришлого населения; анализ сдвигов в демографических процессах и состоянии здоровья пришлого населения; изучение тенденций в показателях смертности от отдельных причин пришлого населения и факторов, влияющих на характер и тенденции смертности по регионам; влияние миграционных процессов на демографические характеристики и на состояние здоровья мигрирующих масс населения;

изучение региональных особенностей демографических процессов в районах Нечерноземья;

изучение вопросов воспроизводства и здоровья поколений родившихся в различные периоды;

изучение влияния сердечно-сосудистых заболеваний, несчастных случаев и травм, отравлений на состояние здоровья населения в целом и особенно мужчин трудоспособного возраста;

изучение воспроизводства и состояния здоровья различных контингентов экономически активного населения;

динамика численности трудовых ресурсов и состояния здоровья различных возрастных контингентов трудоспособного возраста;

сдвиги в демографических процессах (рождаемости, смертности, средней продолжительности жизни, причинах смертности) по материалам переписей населения;

особенности динамики показателей здоровья у сельского населения различных территорий и проблемы перспективного развития сельского здравоохранения;

вопросы перспективного планирования здравоохранения на основе углубленного анализа демографических процессов;

оценка и использование демографических показателей в практической деятельности здравоохранения;

определение показателей здоровья населения, на которые может оказать влияние система мер по линии здравоохранения и которые зависят от влияния других факторов;

изучение влияния производственно-профессиональных факторов на состояние здоровья и трудоспособность отдельных профессиональных групп;

проблема урбанизации сельской местности и ее влияние на состояние здоровья сельского населения;

изучение субъективных потребностей населения в медицинской помощи (на основе данных социологических исследований);

состояние здоровья и организация медицинской помощи воспитанникам детских домов и школ-интернатов;

о роли и значении демографических показателей в управлении здравоохранением и в проведении эффективной демографической политики;

процесс старения населения и некоторые вопросы специализации медицинской помощи;

состояние здоровья детей в зависимости от порядкового номера их рождения и возраста матери;

о формах и методах работы участковой службы в плане улучшения демографической ситуации;

изучение влияния состояния здоровья женщин на их репродуктивную функцию;

причины, факторы и социально-гигиенические аспекты распространения первичного и вторичного бесплодия;

демографические сдвиги в составе семей и социально-гигиенические аспекты их состояния здоровья;

медицинские аспекты внутрисемейного регулирования рождаемости;

методологическое исследование с целью разработки

методов оценки влияния криминальных аборт на здоровье женщин на различных территориях;

изучение взаимосвязи между аборт, контрацепцией и фертильностью (демографический аспект — влияние на рождаемость);

изучение исхода беременностей, наступивших после искусственного аборта;

групповой анализ связанных с аборт поведенческих реакций и их отношение к фертильным поведенческим реакциям различных групп населения;

влияние повторных абортов на здоровье женщины, особенно на ее плодovitость и на исход последующих беременностей.

Исследованиями, проведенными под руководством доц. С. Л. Соломонова (Латвийская ССР), сделан акцент на том, что здравоохранение должно принять участие в решении проблемы повышения рождаемости. Автор выделяет пять основных направлений в решении этой сложной проблемы: профилактика и лечение бесплодия, предупреждение абортов, снижение детской смертности, борьба за соматическое и нервно-психическое здоровье новых поколений и разработка практических рекомендаций по реализации медико-демографических аспектов демографической политики. Значительна роль медицинских работников в укреплении брачных союзов молодых семей и профилактике разводов, в половом воспитании молодежи, научной пропаганде медицинских знаний в вопросах семьи, гигиены брака, беременности и охраны здоровья новорожденных. Расчеты на примере Латвийской ССР позволили установить, что при условии устранения бесплодия и неблагоприятного влияния абортов на состояние здоровья помогли бы увеличить показатель рождаемости почти на 30%.

По данным Б. Ц. Урланиса, на долю недостаточного уровня развития здравоохранения в мире приходится более 17% из всех факторов, определяющих повышенный уровень смертности. Применение аналогичной методики расчетов показало, что для Латвийской ССР этот фактор может быть оценен около 7,2%, исключение отрицательного воздействия на здоровье факторов «техника и экология» — 9,7%, «избыточный вес, гиподинамия» — 6,5%.

Приведенные данные, разумеется, ориентировочные, но и они свидетельствуют, что от здравоохранения не так уж много зависит в общей перспективе улучшения здоровья населения.

Период беременности и рождаемость являются компонентами здоровья населения в социальном его понимании. От этих факторов зависит количественная и качественная характеристика народонаселения, его тенденция развития. Исходя из этого есть все основания утверждать, что здравоохранение должно активно участвовать в решении обострившихся за последние годы проблем народонаселения, в частности в проведении эффективной демографической политики в области рождаемости.

Здравоохранение способно оказать положительное влияние на динамику рождаемости путем усиления работы в области борьбы с бесплодием, профилактики заболеваний, оказывающих отрицательное влияние на генеративную функцию мужчин и женщин, борьбы с абортами.

Перечисленные и многие другие меры, связанные с рождаемостью, всегда были в поле зрения здравоохранения. Однако их эффективность может и должна быть повышена, если они будут проводиться в системе мер демографической политики. Ведь демографическая политика, будучи частью социальной политики, имеет целевую направленность, и участие работников здравоохранения в ее реализации важно и необходимо.

В системе мер охраны и укрепления здоровья населения особое значение имеет геронтологическая политика как неотъемлемая часть общей демографической политики.

Эта политика должна быть многоплановой, комплексной и научно обоснованной при решении проблем, связанных с положением пожилого человека в обществе и охраной его здоровья.

Здравоохранение должно активно участвовать в решении многих проблем, связанных с трудом, бытом, здоровьем и социальной адаптацией пожилых и старых людей, сделать все необходимое, чтобы ветераны войны и труда были здоровыми и счастливыми.

Изложение проблем медицинской демографии подходит к концу. Коротко говоря, такие демографические факторы, как состав населения по возрасту и полу, уровень рождаемости в зависимости от брачного состояния и от состояния здоровья супружеских пар, интенсивность миграционных процессов, аборт, бесплодие, продолжительность жизни и др., в сущности, и являются факторами, в значительной степени определяющими уровень общественного здоровья. Все они отличаются инерционностью, и для их благоприятного развития требуется определенный период времени и усилия не только службы здравоохра-

нения, но и решение крупномасштабных задач экономического и социального развития. Иначе говоря, для обеспечения благоприятного демографического развития общества необходимо проведение адекватной демографической политики, и в этом деле должны принимать участие десятки министерств и ведомств, все учреждения и предприятия, где трудятся люди; в городах, селах и поселках, где они живут.

Как неоднократно подчеркивалось ранее, здравоохранению должна быть отведена ведущая роль в реализации демографической политики КПСС — ведь здоровье настоящих и будущих поколений советских людей — это важнейшая социальная задача, а хорошим общественным здоровьем можно считать лишь такое, когда при высокой продолжительности жизни населения обеспечивается достаточно расширенное его воспроизводство.

Трудно сказать, насколько автору удалось убедить читателя в том, что развитие медицинской демографии, многоплановость возникших смежных проблем, стоящих перед этой отраслью знаний, актуально в научном и практическом отношении с точки зрения решения задач по укреплению здоровья населения и обеспечения его численного роста. Тем не менее сам автор глубоко убежден, что медицинская демография — это наука и область практической деятельности, основной целью которой является выявление взаимосвязей между медицинскими (здравоохраненческими) и демографическими факторами, разработка научно обоснованных рекомендаций, направленных на обеспечение воспроизводства здоровых поколений.

В долгосрочной программе диспансеризации населения страны нельзя не учитывать результаты исследований в области медицинской демографии. Необходимо определить приоритетность определенных мер и их направление. Важно не только определить этапы диспансеризации, контингенты диспансеризируемых, но и критерии, по которым можно будет судить об эффективности диспансеризации. Необходимо помнить, что общественное здоровье изменяется не только под воздействием сиюминутных мер, но в значительной степени и от того, что действуют пролонгированные условия и факторы, которые существовали 10, 20, 30 и 50 лет тому назад. Здесь методы и теоретические концепции медицинской демографии крайне важны. Необходим системный подход в анализе медико-демографических явлений, отражающих изменения в состоянии здоровья населения в результате введения ежегодной ди-

спансеризации. Уже сегодня необходимы обоснованные прогнозы предстоящих изменений в численности различных контингентов, подлежащих диспансеризации, учитывая изменения социального, профессионального и производственного состава населения в связи с развитием научно-технической революции. Надо также предвидеть, с какими факторами экологической и производственной среды необходимо будет вести борьбу, чтобы не допустить развития заболеваний. Ведь в профилактике смысла диспансеризации, а это не узковедомственная задача только здравоохранения как отрасли — здесь первостепенное значение имеют условия труда, быта, образа жизни.

Не плохо было бы крупномасштабные программы по диспансеризации населения проводить в единой направленности с мерами демографической политики. Говорить о социальном наследовании, вероятно, целесообразно в целом для общества, а не по отношению к отдельному индивиду. Именно в том и сила общественного опыта, практики, социальных и моральных ценностей, присущих развитому социализму, что данный общественный строй способен направить генетические (биологические) задатки человека в русло прогрессивного гуманистического развития. Это положение вселяет уверенность в то, что путем воспитания общественно необходимого демографического поведения с учетом биологических особенностей отдельных индивидов можно будет реализовать и программу диспансеризации населения, и программу эффективной демографической политики.

Правильно указано в журнале «Коммунист»: «Сознание, духовный мир, способность к труду возникают у ребенка не из его биологии, а в результате его деятельного включения в мир общественной практики. В этом заключены и огромные возможности педагогики, психологии, то главное, что должно быть положено в основу формирования новых поколений условиями социальной среды, социалистическим образом жизни»¹.

¹ Коммунист, 1983, № 14, с. 111.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава I. Проблемы медицинской демографии	13
1. Медицинская демография в системе смежных наук	13
Глава II. Изменения в рождаемости: медико-демографические аспекты	43
1. Особенности динамики рождаемости в 60—80-е годы	43
2. Внебрачная рождаемость	74
3. Медико-демографическое значение аборт	99
4. Социально-гигиенические аспекты и демографические последствия бесплодия	116
Глава III. Производство населения и продолжительность жизни	124
1. К вопросу методологии изучения здоровья населения	124
2. Средняя продолжительность жизни как критерий состояния здоровья населения	148
3. Процесс постарения и изменения в состоянии здоровья населения	155
Глава IV. Проблема смысла жизни в связи с ее увеличением	171
1. Эволюция и продолжительность жизни	171
2. Отбор и старение	193
Глава V. Забота о здоровье населения в системе мер демографической политики	202
1. Демографическая политика — составная часть целевой программы	202
2. Изучение общественного мнения — важное направление в совершенствовании медицинской помощи населению	213
3. Некоторые результаты и направления медико-демографических исследований	220

CONTENTS

INTRODUCTION 3

<i>Chapter I. Problems of medical demography</i>	13
1. Medical demography in the system of adjacent sciences	13
<i>Chapter II. Fertility change: medico-demographic aspects</i>	43
1. Features of fertility trends in the 60—80 years	43
2. Induced «OUT-of-wedlock» birth-rates.	74
3. Megico-demographical role of abortions	99
4. Social-hygiene implications and demographical consequences of sterility	116
<i>Chapter III. Population reproduction and life expectancy</i>	124
1. On methodology of public health studies.	124
2. Life expectancy, as an indicator of public health.	148
3. Aging of the population and change in its health.	155
<i>Chapter IV. Philosophic problems of existence in connection with life prolongation.</i>	171
1. Life expectancy consideration	171
2. Selection and aging.	193
<i>Chapter V. Public health care in the system of demographic polioy</i>	202
1. Demographic polioy as a part of the complex aimed program.	202
2. Public opinion study as an important direction of health care improvement.	213
3. Some results and perspectives of medico-demographic research	220

Б 38 Бедный М. С.
Демографические факторы здоровья. — М.: Финансы и статистика, 1984.— 246 с.
В пер.: 1 р. 30 к. 10 000 экз.

В монографии с позиций системного анализа рассматриваются такие проблемы, как продолжительность жизни, состояние здоровья супружеских пар. Показана зависимость числа детей в семье от состояния здоровья родителей, от обеспеченности населения медицинским обслуживанием. В работе формулируются предложения, направленные на совершенствование демографических процессов и улучшение здоровья населения.

Для демографов, социологов, медиков и всех интересующихся проблемами здоровья населения.

Б 0703000000—118
010(01)—84 81—84

ББК 60.7
312

CONTENTS

INTRODUCTION

Chapter I. Problems of medical demography

1. Medical demography in the system of adjacent sciences

Chapter II. Fertility change: medico-demographic aspects

1. Features of fertility trends in the 40-50 years

2. Problems of fertility in the 40-50 years

МИХАИЛ СЕМЕНОВИЧ БЕДНЫЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ

Зав. редакцией В. П. Томин

Редактор В. Я. Белякова

Мл. редактор Е. М. Рудый

Худож. редактор М. К. Гурова

Техн. редактор Л. Г. Челышева

Корректоры Г. В. Хлопцева и Т. Г. Кочеткова

Переплет художника А. И. Малкина

ИБ № 1513

Сдано в набор 14.02.84. Подписано в печать 08.08.84. А 01097.
Формат 84×108¹/₂. Бум. тип. № 1. Гарнитура «Литературная».
Печать высокая. Усл. п. л. 13,02. Усл. кр.-отт. 13,02. Уч.-изд. л.
14,77. Тираж 10 000 экз. Заказ 2185. Цена 1 р. 30 к.

Издательство «Финансы и статистика»,
101000, Москва, ул. Чернышевского, 7

Областная типография управления издательств, полиграфии
и книжной торговли Ивановского облисполкома,
153628, г. Иваново, ул. Типографская, 6.

Бедный М. С.

Демографические факторы здоровья

Издательство «Финансы и статистика», 1984 г.

1984 г. 1 р. 30 к. 10 000 экз.

В монографии с помощью статистических данных и методов математического анализа исследованы демографические факторы здоровья населения. Автор рассматривает вопросы влияния демографических процессов на здоровье населения, а также влияние здоровья населения на демографические процессы. В работе даны рекомендации по улучшению демографической ситуации в стране.

ББК 60.1
312

1984 г. 1 р. 30 к. 10 000 экз.