

ЛЕКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ИНСТИТУТОВ

Б. Я. СМУЛЕВИЧ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СМЕРТНОСТЬ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НАСЕЛЕНИЯ

Лекция третья из цикла

«СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
И МЕТОДЫ ЕГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ»

ПОД ОБЩЕЙ РЕДАКЦИЕЙ
Е. Д. АШУРКОВА и Н. А. ВИНОГРАДОВА



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1957 — МОСКВА

1. МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И КРАТКИЙ ОЧЕРК ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Состояние здоровья населения, его заболеваемость, смертность и физическое развитие зависят от сложного комплекса социальных явлений: от места, занимаемого жилой производительной силой, трудящимися, в данном способе производства, в данном экономическом строе; от характера государственного устройства; от места, занимаемого в нем здравоохранением; от организации медико-санитарной помощи. Крупнейшее значение для уровня и структуры заболеваемости имеет состояние медицинской науки, понимание этиологии и патогенеза важнейших нозологических форм, наличие эффективных средств борьбы с ними.

Состояние здоровья населения определяют на основании изучения: 1) заболеваемости населения; 2) смертности населения и ее причин; 3) физического развития населения.

Важнейший метод определения здоровья населения в настоящее время — это статистика заболеваемости. Заболеваемость изучают в советских условиях на многочисленных и разнообразных материалах, а именно на основе: 1) обращаемости в лечебно-профилактические учреждения; 2) результатов медицинских осмотров; 3) сведений о причинах смерти, т. е. о той части заболеваний, которые имели летальный исход.

Основным источником статистики заболеваемости служит учет обращаемости за врачебной помощью. На его основе изучают: 1) общую заболеваемость, в частности: а) заболеваемость эпидемическими болезнями, б) заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями; 2) заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Кроме того, на основе данных стационаров изучают состав и динамику госпитализированных больных.

Вышеприведенные методы определения заболеваемости имеют свою историю. Она теснейшим образом связана с организацией медицинской помощи в различных исторических условиях. На развитие отдельных методов определения здоровья населения влияли такие факторы, как социальная политика государства, борьба прогрессивных сил, выступающих в защиту охраны здоровья трудящихся, и т. д.

Хотя интерес к проблемам населения и здравоохранения наблюдается с древнейших времен, демографическая и медицинская статистика в современном понимании возникли в эпоху капитализма. Значительный спрос на рабочую силу и военные контингенты в мануфактурный период капитализма вызвал острый интерес к проблеме роста населения, к изучению процессов воспроизводства населения — рождаемости, смертности. В ту эпоху наряду с высоким спросом на рабочую силу, вызванным низким уровнем техники и феодальным закрепощением трудящихся, имел место слабый рост населения из-за высокой смертности (значительные эпидемии, высокая детская смертность и т. д.), а вместе с тем рост населения был одним из важнейших условий развития производства.

Этим и объясняется тесная связь политической экономии с демографической и санитарной статистикой в период их возникновения. Эта связь ясно выступила в «Политической арифметике» В. Петти, представляющей, по словам К. Маркса, первую форму, в которой политическая экономия выделяется как самостоятельная наука¹, и в работах Граунга и Галлея (таблицы смертности и др.), представляющих начало современной демографической статистики.

¹Основоположник классической буржуазной политической экономии В. Петти видел в человеке основную производительную силу. В своем «Опыте по политической арифметике», указывая на более высокую смертность в больницах Парижа, чем в больницах Лондона, он пишет: «...в Париже умирает понапрасну, в ущерб Франции, около 3560 человек в год...» «...общая потеря французских подданных в этом госпитале равна... 2 524 320 французским ливрам». Петти указывает, что если улучшить уход за больными, повысив ассигнования на каждого больного на 60 французских ливров в год, «то, можно, вероятно, спасти много жизней, ценность которых превосходит более, чем в десять раз, эту сумму; притом же это будет актом милосердия к человечеству» (Вильям Петти. Экономические и статистические работы, М., 1940).

Знаменитый трактат В. М. Ломоносова «О сохранении и размножении Российского народа» (1761) содержит глубокий для своего времени анализ демографических и санитарных проблем. Из 13 факторов роста населения, подвергаемых Ломоносовым анализу, 7 относятся к вопросам здравоохранения.

Предтеча современных социал-гигиенистов И. П. Франк, бывший одно время ректором Петербургской медико-хирургической академии, в своем классическом труде «Система совершенной медицинской полиции» (1778) уделяет основное внимание проблеме роста населения, снижению общей и детской смертности.

Интерес к вопросам роста населения стимулировал появление в России медико-топографических описаний, в которых много места уделялось санитарно-демографическим процессам.

С развитием капитализма, с ростом промышленности и торговли, с быстрым ростом городов и концентрацией в них населения сильно возросла необходимость организованной борьбы с эпидемиями, а отсюда возникла потребность в учете эпидемических заболеваний. Распространение страхования жизни стимулировало изучение смертности, в частности составление таблиц смертности.

Важнейшим фактором развития демографической и медицинской статистики было стремление прогрессивных деятелей буржуазного общества осветить при помощи данных демографической и медицинской статистики тяжелое санитарное состояние эксплуатируемых масс. Это можно отметить уже в трудах социалистов-утопистов, т. е. еще до возникновения организованного рабочего движения, когда, по словам К. Маркса, нищета рабочего класса существовала, но условия для его собственного движения еще не существовали.

Социалисты-утописты, критикуя капиталистическую действительность и описывая бедствия эксплуатируемых масс, уделяли большое внимание тяжелейшим условиям труда, антисанитарии населенных пунктов и т. д. Они старались подкрепить свои положения скудными тогда данными демографической и медицинской статистики.

Труды социалистов-утопистов (Сен-Симона, Оуэна, Фурье и др.) во Франции и Англии, революционных демократов в России стимулировали развитие идей социальной медицины, привлекали внимание прогрессивных

врачей к изучению тяжелого санитарного состояния трудящихся. К числу таких врачей относятся, например, последователи Сен-Симона во Франции — Герэн, уделявший много внимания тяжелому санитарному состоянию промышленных рабочих и вопросам промышленной гигиены, Латур, Будэн [автор книги «Опыт медицинской географии (1847)»]; в Англии — Саймон, Соутвуд Смит, Гедвик, Фарр и др., получившие чрезвычайно высокую оценку К. Маркса и Ф. Энгельса, которые широко пользовались в своих трудах статистическими данными этих врачей. Маркс в предисловии к «Капиталу» упоминает о них как о компетентных, беспристрастных и решительных английских фабричных инспекторах и врачах, составляющих отчеты об общественном здоровье.

Однако основоположники марксизма указывали, что деятельность прогрессивных врачей была весьма ограничена корыстными интересами буржуазии. Ограничена была также возможность использования демографической и медицинской статистики для вскрытия ухудшения здоровья трудящихся. Это было возможно только в узких рамках специальных исследований.

Весьма большой интерес к демографической и медицинской статистике проявляли в своих трудах вожди рабочего класса К. Маркс, Ф. Энгельс и В. И. Ленин.

Основным методом определения здоровья и заболеваемости населения в капиталистических странах является статистика смертности, поставленная в наиболее развитых странах довольно удовлетворительно. В городах налажена также и статистика причин смерти. Известны ценные работы по статистике смертности от рака, туберкулеза и других причин. Однако статистика причин смерти страдает определенными дефектами в связи с тем, что не все население может пользоваться медицинской помощью и, следовательно, не у всех умерших причина смерти установлена врачом.

На основе статистики больничных касс в некоторых странах детально разработаны данные о заболеваемости с потерей трудоспособности. Известны, например, статистическая разработка заболеваемости с утратой трудоспособности, проведенная в начале текущего столетия в Германии на основе данных Лейпцигской страховой кассы, многочисленные работы английских, американских, французских и других авторов о заболеваемости по дан-

ным страховых касс. Следует отметить, что эти работы, как и труды буржуазных социал-гигиенистов и специалистов общественной медицины в области демографической и медицинской статистики, носят преимущественно реформистский характер, т. е. устремлены на то, чтобы убедить читателя, что и в рамках капитализма возможно разрешение всех проблем населения и здравоохранения.

Несмотря на наличие разных источников, статистика заболеваемости населения, по свидетельству ее авторитетных представителей, не удовлетворяет научным требованиям. Ф. Принцинг во введении к русскому переводу его учебника по медицинской статистике писал: «Не существует общей исчерпывающей статистики болезненности в таком смысле, как статистика смертности». Даже статистика заболеваемости инфекционными болезнями, пишет Ф. Принцинг, «мало пригодна для научного изучения, так как легкие случаи проходят без обращения к врачу, а обязательные заявления не везде строго выполняются»¹.

В условиях частной медицинской практики это вполне понятно: врач нередко скрывает болезни по желанию пациентов, а зачастую заинтересован в том, чтобы скрыть объем практики перед финансовыми органами.

Следует отметить работу Всемирной организации здравоохранения по организации демографической и медицинской статистики. Развивающиеся международные связи, экономические и политические интересы ведущих капиталистических стран требуют возможно точных данных о населении и заболеваемости, в особенности эпидемическими заболеваниями, во всех странах, в том числе в зависимых и в колониях.

В организацию демографической медицинской статистики много труда вкладывают прогрессивные деятели общественной медицины. Однако результаты и в настоящее время сравнительно скромны. Это видно из данных Первой международной конференции по вопросам демографической и санитарной статистики, созванной Всемирной организацией здравоохранения в Лондоне в октябре 1953 г.²

¹ Ф. Принцинг. Медицинская статистика, под ред. П. И. Куркина и П. А. Кувшинникова с предисловием П. И. Куркина. М., 1927, стр. 36.

² World health organization. Conf. nat. com., 16 novembre, 1953, 59.

В резолюции, принятой на конференции, все страны по постановке статистики разделены на три группы: 1) страны с высоко развитой постановкой демографической и санитарной статистики; 2) страны, в которых закладываются основы этой статистики; 3) страны, занимающие промежуточное место между двумя первыми.

Конференция констатировала, что наиболее важным элементом санитарной статистики является статистика причин смерти, и хотя за последние десятилетия в этой области достигнут значительный прогресс, желательны улучшения, особенно в области уточнения причин смерти.

Конференция отметила, что статистика причин смерти не может удовлетворить запросов общественного здравоохранения, и признала необходимым дополнить статистику причин смерти хотя бы выборочными исследованиями заболеваемости.

Конференция отметила большое санитарное значение статистики инфекционных заболеваний, хотя в большинстве стран извещения о заразных болезнях отражают только весьма незначительную часть заболеваний¹.

В странах, в которых не налажен элементарный учет демографических и санитарных процессов, конференция рекомендует проводить выборочные исследования.

Таково положение демографической и санитарной статистики в капиталистическом мире.

Следует, однако, отметить, что в тех странах, где рабочий класс добился значительных успехов в организации медицинской помощи, статистика здравоохранения также улучшилась. Так, например, в Англии после второй мировой войны введена Государственная служба здравоохранения; это значительный прогресс в деле обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. В связи с улучшением медицинского обслуживания населения значительно повышается качество и научная ценность статистики причин смерти, статистики эпидемических и инфекционных заболеваний. Медицинские осмотры детей и учащихся позволяют собрать материал для характеристики состояния их здоровья.

Но даже и в таких странах нет статистики общей за-

¹ Для иллюстрации укажем, что в Бразилии в 1948 г. было зарегистрировано 1883 заболевания гриппом (инфлюэнцей) и 1765 умерших от гриппа (инфлюэнцы), в 1949 г. — соответственно 1830 и 1621, т. е. учтены главным образом умершие

болеваемости населения на основании обращаемости за медицинской помощью.

Эта важнейшая отрасль санитарной статистики возникла еще в дореволюционной России. Крупнейший знаток демографической и санитарной статистики Ресле, сравнивая в свое время данные, которыми располагала западноевропейская санитарная статистика, с данными русской статистики общей заболеваемости, сделал вывод об огромном превосходстве русских данных по их содержательности.

Русская санитарная статистика пошла по другому пути развития, чем западноевропейская, благодаря тому, что прогрессивные русские земские врачи, организуя бесплатную медицинскую помощь сельскому населению, получили возможность не только лечить его, но также вскрыть тяжелое санитарное состояние угнетенного царизмом народа.

Виднейший теоретик земской санитарной статистики П. И. Куркин указывает, что каждая лечебница, оказывающая населению врачебную помощь, является своего рода «обсервационным пунктом», — ведущим наблюдение за здоровьем местного населения, и это дело является одной из «серьезных функций общественного врача», так как только путем глубоких и серьезных статистических исследований, опирающихся на систематическое врачебное наблюдение, можно определить, в какой мере, чем и отчего болело население, что, в какой степени и в каких отношениях приносит вред его здоровью.

Передовые русские земские врачи считали своим общественным долгом проводить возможно точный учет заболеваний с целью объективного отражения плохого санитарного состояния угнетенного царизмом населения. На основе этого учета в России была создана собственная система статистики общей заболеваемости. Данными земской санитарной статистики широко пользовался в своих трудах В. И. Ленин.

В вышедшем в 1931 г. в связи с 45-летием научной и общественной деятельности П. И. Куркина специальном номере журнала «Гигиена и эпидемиология» Ф. Принцинг писал: «Западноевропейским странам был наглядно показан пример статистики заболеваемости, которую считали до тех пор неосуществимой, хотя и сознавали еще за два десятилетия до этого, что статистика смертности,

которой должны были ограничиваться все европейские страны, кроме России, не отражает полной картины санитарного состояния населения. Очень многие формы болезней и состояний не ведут к смерти, но наносят чрезвычайно тяжёлый ущерб здоровью человека и его работоспособности»¹.

Не следует забывать, что в условиях помещичье-капиталистического строя царской России земская санитарная статистика была делом сравнительно незначительной группы передовых врачей-общественников и освещала преимущественно заболеваемость сельского населения земских губерний, что в земской санитарной статистике весьма слабо была развита статистика причин смерти, госпитальная статистика и т. д.

Отмеченное зарубежными учеными превосходство русской земской санитарной статистики объясняется двумя обстоятельствами: во-первых, преимуществом статистики общей заболеваемости как метода определения здоровья населения перед другими методами (статистика причин смерти, временной нетрудоспособности и др.) и, во-вторых, правильной организацией учета и статистики передовыми земскими врачами.

Тем не менее, говоря о земской статистике общей заболеваемости, следует отметить, что она страдала значительными недостатками: на качестве и полноте учета заболеваний отражалось слабое развитие земской сети и отсутствие специализации.

Для земской статистики заболеваемости характерно то, что она не была оперативной: амбулатория являлась «обсервационным пунктом» (Куркин), где происходила регистрация обращений. Учетные материалы разрабатывались централизованно, в специальных статистических учреждениях без участия врачей, наблюдавших больных. В условиях царской России земские врачи не могли ставить конкретных практических вопросов организации здравоохранения на селе, и их исследования носили преимущественно обличительный характер.

В условиях планового социалистического здравоохранения перед статистикой здравоохранения, в частности перед статистикой заболеваемости, открылись новые возможности. «В условиях новой государственной жизни

¹ Ф. Принцинг, Гигиена и эпидемиология, 1931, № 8—9.

страны для санитарной статистики открывается новая историческая эпоха», — писал после революции П. И. Куркин. Условия, «составляющие мечту общественника-статистика», стали вполне реальной действительностью. Советская статистика была призвана решать новые, весьма ответственные задачи: она должна была стать орудием научного познания здоровья населения, действенным оперативным орудием советского здравоохранения.

2. ЗАДАЧИ СОВЕТСКОЙ СТАТИСТИКИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ЕГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Задачи статистики здоровья населения вытекают из следующих положений:

а) Основной целью деятельности медицинских учреждений и медицинских работников является снижение заболеваемости населения, поэтому одной из основ организации здравоохранения, главным мерилom качества и эффективности работы органов и учреждений здравоохранения стало снижение заболеваемости, улучшение здоровья населения и отдельных его групп (дети, подростки и т. д.); отсюда значение изучения уровня, структуры и динамики заболеваемости как мерилa качества и эффективности работы учреждений здравоохранения.

б) Повышение производительности труда — одно из условий удовлетворения растущих потребностей населения. Основные способы повышения производительности труда в советской стране — это усовершенствование техники и социалистическая организация труда, неотъемлемым элементом которой являются постоянное облегчение и оздоровление условий труда в промышленности и сельском хозяйстве. Отсюда санитарное и экономическое значение правильной постановки учета и статистики заболеваемости с временной утратой трудоспособности, тщательного изучения причин, вызывающих эту нетрудоспособность для контроля за мероприятиями по их устранению.

в) Одна из важнейших целей здравоохранения — удлинение жизни. Отсюда большое значение тщательного изучения заболеваемости с летальным исходом, т. е. причин смерти.

г) Одной из конечных целей социалистического здравоохранения и социализма в целом является всестороннее

физическое и духовное развитие трудящихся. Отсюда необходимость постоянного контроля за физическим развитием населения, в первую очередь детей и подростков.

д) С ростом культуры советского человека все больше повышаются его требования к качеству медицинского обслуживания, к его специализации. Одним из важных методов определения потребности населения в различных видах медицинской помощи и выработки плановых норм ее удовлетворения является научно поставленная статистика заболеваемости.

Советская статистика здоровья и заболеваемости пошла после Великой Октябрьской социалистической революции по пути дифференциации и значительного научного углубления. С этой целью, кроме статистики общей заболеваемости, были созданы: 1) статистика эпидемических заболеваний; 2) статистика туберкулеза, рака и других важнейших неэпидемических заболеваний; 3) статистика медицинских осмотров; 4) статистика госпитализированных больных; 5) статистика заболеваемости с утратой трудоспособности; 6) статистика причин смерти; 7) статистика физического развития населения.

Наибольшего совершенства, глубины и вместе с тем оперативности достигла статистика в учреждениях диспансерного типа, где собирают данные об обращаемости, о результатах постоянного наблюдения за диспансеризуемыми и результатах периодических медицинских осмотров этих же контингентов. Таковы туберкулезные, венерологические диспансеры, детские консультации и т. д.

3. СТАТИСТИКА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Переходя к вопросу о статистике общей заболеваемости, следует отметить прежде всего некоторые ее особенности. Основным источником наших знаний о заболеваемости населения являются сведения об обращаемости его за медицинской помощью.

Однако мы можем судить о заболеваемости по обращаемости, лишь исходя из предпосылки, что она отображает действительную заболеваемость, ее уровень, состав и динамику, а между тем обращаемость обусловлена не только состоянием здоровья данного коллектива, но и степенью доступности медицинской помощи. Данные о заболеваемости, обращаемости, ее структуре зависят в нема-

лой степени от специализации лечебно-профилактической сети и ряда организационно-методических условий. Делая выводы о заболеваемости по данным обращаемости, необходимо учитывать влияние указанных разнообразных обстоятельств. Эти обстоятельства играли особенно большую роль в первый период строительства советского здравоохранения.

1) Вот, например, сравнительные данные о заболеваемости (обращаемости) детей и детской смертности в 1925 г. (на 1000 населения) в условиях быстро растущей сети медицинских учреждений.

БССР	Заболеваний (обращений) от 0 до 1 года	Умерших от 0 до 1 года
Минск	2 058	113
6 городов	1 724	112
Поселения городского типа (местечки)	804	107

Если судить только по данным обращаемости, то следовало бы сделать вывод, что дети поселений городского типа болеют в $2\frac{1}{2}$ раза меньше, чем в Минске, что в нем заболеваемость детей грудного возраста выше, чем в других городах. Сравнение же показателей детской смертности указывает на весьма незначительные различия. Это объясняется тем, что уровень обращаемости здесь зависит не от различия в заболеваемости детей, а от различия в развитии сети детских учреждений в 1925 г. В Минске она была тогда уже развернута, в поселениях же городского типа лишь создавалась.

Различия в доступности медицинской помощи не исчезли полностью и в настоящее время, особенно в сельских местностях.

Влияние доступности медицинской помощи на обращаемость, на уровень и структуру заболеваемости в сельских местностях можно было отметить в 1947 г. на основании следующих данных. Обращаемость в сельские больницы жителей тех селений, где находились больницы, была выше обращаемости остальных сельских жителей: при гриппе — в 2,7 раза, при травмах — в 2 раза, при длительно протекающих заболеваниях (болезни сердца и сосудов, язвенная болезнь, болезни костей, новообразования) — в 1,4 раза. Чем доступнее медицинская помощь, тем выше обращаемость и удельный вес острых и легких

форм заболеваний. В указанном выше аспекте статистика заболеваемости (обращаемости) в городских медицинских учреждениях имеет значительные преимущества перед данными о сельском населении, так как в городах более доступна медицинская помощь и значительно более высокое качество диагностики.

Статистика общей заболеваемости в советский период следовала в основном передовым земским образцам. Заболеваемость изучалась на основе периодических специальных статистических исследований, но по значительно более углубленной программе. В этом отношении выделяются исследования общей заболеваемости населения Москвы, проведенные в 1926, 1939 и 1947 гг. В Белоруссии в 1925 г. изучалась заболеваемость и смертность во всех городах и местечках. В течение ряда лет изучалась заболеваемость населения Ленинграда, городов УССР. В 1939 г. было проведено исследование общей заболеваемости, охватившее около 10% городского населения. Эти работы внесли много ценного в изучение состояния здоровья населения и в методику этого изучения, однако они не могли удовлетворить запросов растущего советского здравоохранения.

Земский метод изучения заболеваемости оказался в советских условиях прежде всего очень громоздким: чрезвычайный рост сети лечебно-профилактических учреждений привел бы к накоплению миллионов статистических карточек. Это толкнуло советских статистиков на поиски выборочного метода. Теоретические изыскания в данной области были проведены врачом-статистиком М. В. Овчинским, а также В. В. Паевским и А. А. Чертовым (доклады на XI Всесоюзном съезде бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей в 1928 г.). Опытная работа по проверке выборочного метода была проведена П. М. Козловым после второй мировой войны. Все эти работы касались выборочной разработки материалов заболеваемости населения, полученных на основе сплошного учета заболеваемости. Однако эти работы не дали пока таких результатов, которые позволили бы ввести выборочный метод в практику.

Основным недостатком работ по исследованию общей заболеваемости было то, что они так же, как и в земское время, носили неоперативный характер, были оторваны от работы медицинских учреждений и практических вра-

чей. Изучение заболеваемости производилось как спорадическая статистическая операция со специальным документом — «статистической картой», а врач являлся только регистратором, разработка и анализ материалов происходили в отрыве от медицинских учреждений. Единицей наблюдения служило заболевание, регистрируемое при первом посещении больного, когда точного диагноза еще во многих случаях нельзя было установить.

Начало новой системы изучения общей заболеваемости на основе текущей регистрации было положено в 1949 г. в связи с введением новой отчетности. Целью новой системы было связать данные о заболеваемости с показателями деятельности учреждений, сделать статистику заболеваемости оперативным орудием врача, чтобы врач был не только регистратором, но и анализировал бы данные о заболеваемости и руководствовался бы ими в работе. Необходимо было обеспечить врача сведениями о заболеваемости, не загружая его технической работой. Это требовало некоторого минимума объективных условий, например наличия медицинского статистика, и очень большой воспитательной работы со всеми врачами от участкового до главного. Речь шла не о каком-то частном вопросе учетно-статистического характера, а о методе работы медицинских учреждений, о том, чтобы приучить врачей всех специальностей, и в первую очередь участкового врача, интересоваться не только отдельным больным и его здоровьем, но и состоянием здоровья всего обслуживаемого им населения, следить за динамикой его заболеваемости. Речь шла о том, чтобы научить врачей пользоваться «мощным орудием социального познания», как определил статистику В. И. Ленин, методом, дающим возможность перейти от частного, единичного, к массовому, общему.

Пользуясь статистическим методом и основываясь на статистике заболеваемости, руководители больниц вместе со всем коллективом врачей могут вести плановую и целенаправленную борьбу за снижение заболеваемости и улучшение здоровья обслуживаемого населения.

Введенная в 1949 г. система учета принципиально отличалась, таким образом, от системы учета предшествующего периода. Как указано, это было обусловлено стремлением удовлетворить оперативные нужды медицинских учреждений и органов здравоохранения. Новая

система должна была обеспечить каждое учреждение и врачей всех специальностей, а также органы здравоохранения сведениями о заболеваемости, необходимыми для работы. При первом опыте был обнаружен ряд методических недостатков. Основным из них был недокументированный, не поддающийся проверке учет заболеваний, которые регистрировались лишь условным знаком. Оказалось, что врачи не подготовлены к новой системе учета.

Действующая ныне методика учета общей заболеваемости населения по данным обращаемости введена в 1954 г. Она состоит в основном в следующем: в амбулаторную историю болезни (учетная форма № 25) вклеивается специальный «Лист заключительных (уточненных) диагнозов» (учетная форма № 25-б, приложение 1)¹, куда врач заносит все уточненные диагнозы заболеваний данного больного. «Лист заключительных (уточненных) диагнозов» позволяет врачу при каждом новом обращении больного быстро ориентироваться в его прошлых заболеваниях, сопоставляя их между собой, и определять основное заболевание.

Отражая уточненные последовательные диагнозы заболеваний каждого больного, этот лист помогает врачу повышать качество диагностики, лечить не болезнь, а больного, изучать как отдельных больных, так и весь контингент их для того, чтобы выявить тех, которые нуждаются в систематическом наблюдении, в диспансерном обслуживании. Новый учетный документ дает также возможность улучшить качество сведений о заболеваемости, в основе которых теперь лежат уточненные диагнозы, а не первоначальные.

Изучение общей заболеваемости обращающихся в поликлинику проводится на основе статистического талона (учетная форма № 25-в, приложение 2), составляемого на каждое новое заболевание, зафиксированное в листе уточненных диагнозов. Медицинский статистик под руководством врача ежемесячно разрабатывает по участкам статистические талоны по формам болезней, снабжает участкового врача и руководителей медицинского учреждения данными о динамике заболеваемости населения

¹ В новом варианте учетной формы № 25 — «Медицинской карте» — лист заключительных (уточненных) диагнозов имеется и вклеивать его не требуется.

(месячной, квартальной, годовой). На основании тех же данных составляется соответствующий раздел годового отчета лечебного учреждения.

Ежемесячная разработка заболеваний ведется по учетной форме № 271 (приложение 3).

Новая система предусматривает отдельный учет вновь возникающих заболеваний и заболеваний, уже имеющих. С этой целью заболевание, обнаруженное у больного впервые, отмечается на «Листе» и на статистическом талоне знаком плюс (+).

Заболевание, по поводу которого больной обращался в предыдущем году (или в предшествующие годы), в случае обращения с ним больного впервые в данном году вне зависимости от места обращения также подлежит записи на «Листе». Такое заболевание считается первичным, но не считается впервые установленным и не отмечается знаком плюс (+).

Заболевания, которые могут возникать у одного человека заново несколько раз (грипп, ангина, острое воспаление верхних дыхательных путей, абсцессы, травмы и др.), всякий раз при новом возникновении считаются впервые установленными и отмечаются на «Листе» и талоне знаком плюс (+).

Статистический талон по учетной форме № 25-в дает возможность разрабатывать сведения о заболеваемости населения по полу и возрасту. Уточнение диагноза является одновременно фактором улучшения медицинского обслуживания и более правильной статистики заболеваемости. Наличие талонов с диагнозами позволило главным врачам и заведующим поликлиниками изучать и контролировать в текущем порядке качество диагностики.

Вот примеры данных, полученных в результате сводки и обработки статистических талонов трех участков городской поликлиники на 1000 населения каждого участка о заболеваниях (обращениях):

	Участок 1	Участок 2	Участок 3
Травмы	89,9	45,5	50,2
Болезни нервов (радикулиты, невриты, невралгия и др.)	50,4	32,1	18,9
Гастриты	12,2	16,5	10,6
Энтериты и колиты	6,1	9,0	5,4

Мы видим, что на первом участке наиболее высоки травматизм и болезни нервов, на втором участке сравнительно высока заболеваемость гастритами и энтероколитами. Эти данные сигнализируют о неблагополучии на участке и требуют изучения его причин. Возможно, например, наличие на первом участке такого производства, где имеет место повышенный травматизм, на втором участке возможны дефекты в водоснабжении и т. п.

Повышенная заболеваемость болезнями нервов на первом участке требует от невропатолога изучения, за счет каких нозологических форм, каких групп населения происходит эта повышенная заболеваемость, ее причин и проведения мероприятий для ее снижения.

Сравнивая далее три участка по другим формам болезней, получаем:

	Участок 1	Участок 2	Участок 3
Ангина	82,1	80,2	65,3
Пороки сердечных клапанов	5,0	5,2	3,4
Кардиосклероз	30,4	37,1	55,1
Сосудистые поражения мозга	12,1	14,3	30,9

На первом и втором участках выше заболеваемость ангиной и пороками сердечных клапанов, на третьем участке выше заболеваемость кардиосклерозом и сосудистыми поражениями мозга. Первые две нозологические формы чаще встречаются у лиц молодого возраста, а вторая группа болезней более характерна для пожилого возраста, поэтому в первую очередь необходимо изучить заболеваемость указанных участков в возрастном разрезе. Возможно, что эти различия объясняются более молодым составом населения на первом и втором участках, и более пожилым возрастом населения на третьем участке.

Сравнение двух участков по другой группе заболеваний показывает следующее:

	Участок 1	Участок 2
Грипп и катар верхних дыхательных путей	301,6	200,2
Болезни уха, горла и носа	60,2	92,4
Трахеобронхит, бронхит острый и хронический	20,3	70,6
Всего	382,1	363,2

Мы видим значительные различия в составе заболеваемости так называемыми простудными заболеваниями. Они могут зависеть от различных условий труда, быта, возрастного состава населения. Однако определенную роль может играть и различие диагностики. Так, если сравнить первый и второй участки, то можно допустить, что на первом участке определенная часть болезней горла, носа и особенно бронхов диагностирована как грипп и катар верхних дыхательных путей, отсюда более высокий показатель заболеваемости этими болезнями и более низкий показатель по остальным, хотя в общей сумме всех трех групп болезней разница незначительна.

Из сказанного видно, что сводка данных о заболеваемости служит только сигналом; это первый этап разработки материала. За ним должен следовать более глубокий анализ причин выявленных фактов повышенной заболеваемости.

Конкретно выявить причины заболеваний легче всего на цеховом и территориальном участке.

Новая система учета общей заболеваемости обеспечивает возможность: а) изучать так называемую болезненность населения, т. е. число больных, обратившихся в данном году за медицинской помощью с заболеваниями, возникшими как в данном году, так и в предшествующие годы; таким образом, медицинские учреждения и органы здравоохранения получают сведения о числе наличных заболеваний; б) изучать впервые выявленную в данном году заболеваемость; таким образом, медицинские учреждения и органы здравоохранения получают сведения о вновь возникших в текущем году заболеваниях, которые характеризуют условия среды, влияющие на возникновение в данное время новых заболеваний. Эти данные о вновь возникших заболеваниях гораздо более правильно отражают динамику заболеваемости, чем сведения о болезненности населения, включающие заболевания, возникшие в предшествующие годы. Поэтому учет вновь возникших заболеваний очень важен, хотя в ряде случаев трудно определить, является ли настоящее заболевание вновь возникшим. Потребуются время и усилия, чтобы наладить этот учет.

Изучение заболеваемости, основанное только на учете заболеваний, не всегда обеспечивает достаточно углубленное изучение здоровья населения.

Новая система наряду с учетом заболеваний создает возможность учета больных лиц, изучения контингента больных благодаря наличию на каждого из них «Листа заключительных (уточненных) диагнозов», в котором записаны все болезни данного лица.

Изучение контингентов больных — важное дополнение к изучению заболеваемости на основе первичных обращений, заболеваний. Оно прежде всего имеет большое значение при отборе на диспансеризацию. Кроме того, оно позволяет подойти к более дифференцированному определению здоровья и заболеваемости населения и отдельных его групп. Например, на одном участке оказалось, что при средней обращаемости 1,3 на жителя 40% жителей участка в данном году совсем не обращались в поликлинику, 50% обращений (заболеваний) приходилось на 47% жителей и 50% — на 13% жителей¹.

По данным М. М. Мазура, в Ступине не обращалось за медицинской помощью 38,8% жителей, а 12,3% обращалось 4 и более раз².

Таким образом, группировка населения участка по контингентам больных показывает значительные различия в заболеваемости населения, не выявляемые при изучении заболеваемости по обращениям — нозологическим формам, ибо при этом нозологические формы (заболевания) равномерно распределяются на всех жителей участка. Дифференциация может быть выявлена только при статистическом изучении контингентов больных лиц. Таким образом, изучение заболеваемости на основе данных о больных лицах дает возможность точнее выявить контингенты больных и изучить их особенности. Изучение заболеваемости по больным лицам приближает врача к конкретным носителям патологического процесса в их конкретной среде. Оно позволяет раскрыть более глубокие причинные связи в динамике заболеваемости на основе патологии целостного организма в его единстве со средой. Оно открывает также клиницисту и лечащему врачу возможность клинико-статистического изучения генетических связей между болезнями.

Изучение контингентов больных дает представление о состоянии здоровья населения, выявляя не только боль-

¹ Советское здравоохранение, 1953, № 1.

² Вопросы изучения заболеваемости, под ред. П. А. Кувшинникова. Медгиз, 1956.

ных, но и относительное число здоровых (точнее — не обращающихся за медицинской помощью).

Несмотря на краткий период применения, новая система учета общей заболеваемости завоевывает все более широкое признание врачей. Возникают новые формы ее оперативного использования. В качестве примера можно привести практику московской поликлиники № 6 (заведующий статистическим кабинетом врач А. Б. Генс). Здесь в течение нескольких лет существует картотека статистических талонов на больных с длительно протекающими заболеваниями. Талоны расположены в картотеке по участкам, а внутри участков — по улицам и квартирам. Наличие такой картотеки позволяет держать на оперативном учете этот важнейший контингент больных, проверять правильность сведений о впервые выявленных заболеваниях, контролировать охват больных диспансерным наблюдением и его систематичность. Так обстоит дело с задачей обеспечения лечебно-профилактических учреждений и врачей всех специальностей данными о заболеваемости обращающихся к ним контингентов.

Что касается обеспечения органов здравоохранения (от районного отдела здравоохранения до министерства) своевременными полноценными данными о заболеваемости населения соответствующих территориальных единиц, то оно зависит: 1) от полноты и доброкачественности учетных материалов лечебно-профилактических учреждений; 2) от правильности территориальной сводки, обеспечивающей полноту сведений о заболеваемости и исключаяющей дублирование обращений; 3) от правильности и единообразия применения номенклатуры и классификации при группировке болезней.

Следует иметь в виду, что данные отдельных учреждений зачастую характеризуют обращаемость в учреждения, а не заболеваемость населения. Так, например, при наличии большого травматизма в городе в городской поликлинике может быть зарегистрировано мало случаев травм, так как с ними обращаются в поликлинику медико-санитарной части. Аналогичное положение может иметь место с другими заболеваниями. И вместе с тем больной туберкулезом обращается в общую сеть и в противотуберкулезный диспансер, психически больной — в общую сеть и психодиспансер и т. д. Поэтому для получения полной картины заболеваемости населения данного

города, района и т. п. необходимо, чтобы методика сводки обеспечила, с одной стороны, полный охват обращений во все учреждения, а с другой стороны, исключала возможность дублирования обращений с тем же заболеванием в разные учреждения. Это не представляет особых затруднений в небольших городах с небольшой сетью медицинских учреждений, но сложно в больших городах с разнообразной сетью специальных и закрытых учреждений, в которые больной может обращаться с одной и той же болезнью.

Несмотря на указанные методические трудности, статистика обращаемости в условиях современной доступности медицинской помощи может при правильной организационно-методической постановке дать картину заболеваемости населения, осветить ее уровень, структуру и динамику. Однако достижение этого требует длительных и настойчивых усилий органов здравоохранения, руководителей учреждений и особенно целеустремленной и настойчивой работы врачей-статистиков. Огромное значение имеет обобщение передового опыта. Необходимо тщательно изучить опыт учреждений, которые сумели хорошо наладить учет заболеваемости, которые, не загружая врачей технической работой, снабжают их ценными данными о заболеваемости, которые сумели наладить контроль главных врачей и их заместителей за качеством заполнения листов уточненных диагнозов и талонов. Весьма важно изучить примеры того, как участковые ординаторы систематически пользуются материалами общей заболеваемости по талонам, изучая их, добиваются снижения заболеваемости теми или иными формами болезней, примеры того, как материалами, разработанными по талонам, пользуются специалисты (окулисты по главному травматизму, ото-ларингологи для изучения тонзиллитов и т. п.). Очень важно показать, как изучение материалов заболеваемости позволяет выявлять неблагоприятные по тем или иным заболеваниям цеховые и территориальные участки, помогает успешно бороться с этими заболеваниями. Чрезвычайно важно обсуждать сводки заболеваемости на врачебных конференциях поликлиник и на основе этого обсуждения наметить меры для снижения заболеваний и улучшения медицинского обслуживания населения на отдельных участках и в районе деятельности поликлиники.

Изучение заболеваемости населения и выявление факторов, влияющих на ее динамику, требует дополнительных углубленных исследований. Система сплошного учета заболеваемости создает благоприятную основу для этого. Такое углубленное изучение заболеваемости населения в возрастном, профессиональном и тому подобных разрезах может проводиться на небольших объектах путем сочетания разных методов. Оно может иметь целью выявление особенностей краевой патологии, изучение распространения заболеваний по возрасту, полу и социальному положению в связи с определенными факторами труда и быта; оно может иметь предметом изучения динамику отдельных нозологических форм для оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий; оно может сочетаться с клинико-статистическим изучением отдельных важнейших заболеваний (гипертоническая болезнь, ревматические заболевания и т. д.).

По мере укрепления существующей системы учета углубленные исследования могут захватывать все более и более широкий круг учреждений и населенных пунктов. Углубленные исследования могут систематически повторяться для выявления динамики заболеваемости, связи с изменением конкретных условий труда и быта данного населенного пункта, города и для выявления эффективности предпринятых мероприятий. Углубленные исследования заболеваемости, основанные на материалах сплошного текущего учета, могут представлять собой сочетание децентрализованной разработки данных отдельных медицинских учреждений с централизованной разработкой данных в масштабе города, области и т. д.

Учет эпидемических заболеваний

Успешная борьба с эпидемическими заболеваниями, организация профилактических мероприятий для их предупреждения требуют тщательного учета каждого случая острозаразного заболевания. С этой целью с первых лет существования советского здравоохранения установлен обязательный экстренный учет острозаразных заболеваний.

Такому учету подлежат следующие важнейшие инфекционные заболевания: брюшной тиф, паратифы А и Б, дизентерия острая или хроническая, воспаление толстых

и тонких кишок (колиты, энтериты, энтероколиты, гастроэнтероколиты), диспепсия токсическая у детей до одного года, сыпной тиф, корь, дифтерия, скарлатина, цереброспинальный менингит, эпидемический энцефалит, полиомиелит, туляремия, бешенство, лептоспирозы, эпидемический гепатит (болезнь Боткина, катаральная желтуха), сибирская язва, клещевой (весенне-летний) энцефалит, малярия, бруцеллез (свежие и хронические случаи), столбняк, коклюш.

Случаи заболевания вшивым возвратным тифом, сапом и ящуром подлежат регистрации в общем порядке.

Все медицинские работники, выявившие при любых обстоятельствах (в лечебном учреждении, на квартире, в общежитии, в школе, в яслях, в поезде, при профилактическом осмотре некоторых групп населения, при подворном осмотре селений и т. п.) инфекционного или подозрительного на инфекционное заболевание больного обязаны заполнить карту экстренного извещения (учетная форма № 58). Экстренное извещение в течение 12 часов с момента обнаружения больного должно быть отослано в районную или городскую санитарно-эпидемиологическую станцию по месту обнаружения больного.

Экстренное извещение составляют и в тех случаях, когда болезнь еще не установлена, но есть основание предполагать одно из перечисленных инфекционных заболеваний.

Медицинские работники железнодорожного и водного транспорта и других ведомств и организаций, имеющих лечебную сеть (за исключением Министерства обороны СССР и Министерства внутренних дел СССР), составляют экстренное извещение в двух экземплярах: один посылают по ведомственной подчиненности, второй — на санитарно-эпидемиологическую станцию по месту выявления больного.

При выявлении инфекционного больного на пунктах фельдшерско-акушерского обслуживания (фельдшерско-акушерский, фельдшерский, акушерский пункты, фельдшерский здравпункт и др.) экстренное извещение заполняют в двух экземплярах: один экземпляр посылают на санитарно-эпидемиологическую станцию, второй — в лечебное учреждение, в ведении которого данный пункт находится (в сельскую районную или участковую больницу, амбулаторию, врачебный здравпункт и т. п.).

Экстренное извещение заполняют при выявлении больных бациллярной формой туберкулеза, при пищевом или профессиональном отравлении или при подозрении на них и отсылают в тот же срок и в таком же порядке, как и при обнаружении инфекционного заболевания.

Районные и городские санитарно-эпидемиологические станции на основании полученных отчетов (отчетная форма № 85—87-леч., приложение 4) от всех лечебно-профилактических учреждений, детских яслей, домов ребенка и детских домов, экстренных извещений и данных ежедневного учета составляют ежемесячный и годовой отчет по единой для всей территории СССР форме (отчетная форма № 85—87 СЭС, приложение 5). В отчете сообщают сведения о числе зарегистрированных и госпитализированных инфекционных больных. Отчеты отсылают в санитарно-эпидемиологические станции области (края), АССР и в территориальную статистическую инспекцию. В итоге отчеты в сводном виде поступают в Министерство здравоохранения СССР и в Центральное статистическое управление. В отчет включают сведения о заболеваниях, полученные от всех ведомств, имеющих свою медицинскую организацию.

Кроме заполнения экстренного извещения, предусмотрено ведение журнала регистрации инфекционных заболеваний всеми учреждениями, имеющими амбулаторно-поликлинический прием (врачебными и фельдшерскими), а также участковыми больницами в сельских населенных пунктах. В «Журнале регистрации инфекционных заболеваний» (учетная форма № 60-леч.) записывают дату регистрации, фамилию, имя, отчество больного, возраст, пол, адрес и название населенного пункта; дату обращения, дату отсылки экстренного извещения, дату и место госпитализации, измененный диагноз, кем изменен и дата изменения, сделана ли прививка против данного заболевания и если сделана, то когда.

Все лечебно-профилактические учреждения при выявлении заболеваний диспепсией у детей до одного года, ветряной оспой, эпидемическим паротитом и хроническим бруцеллезом извещения не заполняют, а сведения о больных заносят в журнал (учетная форма № 60-леч.).

Заболевания вирусным гриппом, острым катаром верхних дыхательных путей учитывают на основании статистических талонов регистрации заключительных (уточнен-

ных) диагнозов (учетная форма № 25-в), а талоны суммируют в сводной ведомости учета заболеваний (учетная форма № 271).

В детских яслях, в детских домах, домах ребенка не только заболевания, регистрируемые на экстренных извещениях, но и заболевания вирусным гриппом, катаром верхних дыхательных путей регистрируют в журнале (учетная форма № 60-леч.).

Больница обязана не позднее 24 часов с момента госпитализации каждого инфекционного больного известить направившее его лечебное учреждение о госпитализации, с указанием фамилии, имени, отчества, домашнего адреса, даты госпитализации и диагноза, с которым больной был направлен в стационар.

Особо опасные инфекции — натуральная оспа, холера, чума, желтая лихорадка — учитываются в специальном порядке. О случае обнаружения на какой-либо территории СССР этих заболеваний немедленно ставят в известность по телефону или по телеграфу не только местный отдел здравоохранения, но и непосредственно Министерство здравоохранения СССР. Немедленно за регистрацией каждого такого случая следуют, разумеется, всестороннее его эпидемиологическое обследование и соответствующие мероприятия.

В целях правильной организации учета инфекционных заболеваний следует помнить, что основными его источниками являются, как и для учета всех других заболеваний, лист заключительных (уточненных) диагнозов и талон. Карта экстренного извещения служит в первую очередь для оповещения санитарно-эпидемиологических органов с последующей проверкой точности диагноза. Основное назначение «Журнала регистрации инфекционных заболеваний» — контроль инфекционного очага.

Учет инфекционных заболеваний позволяет ответить на ряд вопросов: 1) какие обнаружены заболевания и число их; 2) на какой территории они обнаружены; 3) когда они были зарегистрированы; 4) заболели местные жители или приезжие; 5) было ли и через сколько дней после обнаружения заболевания произведено эпидемиологическое обследование; 6) госпитализированы ли больные, на какой день болезни и через сколько дней после обнаружения заболевания; 7) была ли произведена дезинфекция очага и когда.

Помимо частоты инфекционных заболеваний на территории тех или иных местностей, большое значение имеет характер распространения их. Так, единичные заболевания представляют иногда большую опасность в качестве очагов инфекции, поэтому статистика инфекционной заболеваемости стремится установить на определенной территории наличие районов и населенных пунктов, свободных от заболеваний и пораженных ими. Такие данные, собранные за ряд лет, служат основанием для проведения оздоровительных мероприятий и для проверки достигнутых результатов.

Установление времени обнаружения инфекционных заболеваний позволяет судить о их сезонности, о месяцах наибольшего их распространения, что дает возможность своевременно проводить предохранительные прививки, подготовить больницы к приему больных, усилить надзор за водоснабжением, продажей напитков и продуктов и т. п. Так, например, дизентерия наиболее распространена в середине лета, брюшной тиф — в конце лета и ранней осенью и т. д.

Малое число заболеваний в месяцы затишья еще не означает благополучия; необходимо помнить о существовании неликвидированных очагов и о возможной вспышке.

Учет важнейших неэпидемических заболеваний

Существует ряд неэпидемических заболеваний, борьба с которыми имеет большое значение, поэтому они подлежат особому учету. К ним относятся туберкулез, сифилис, гонорея, трахома, злокачественные новообразования и некоторые другие (учетная форма № 281, приложение 6). В виду того что большинство этих заболеваний имеет хроническое течение, причем нередко граница между перенесенным заболеванием и активным болезненным состоянием не совсем ясна, при учете этого рода больных требуется особенно четкое установление единиц наблюдения. Так, например, учитываются только активные формы туберкулеза, т. е. больные с явлениями свежей и прогрессирующей формы легочного, костного, кожного туберкулеза, больные с экссудативным туберкулезным плевритом, бронхаденитом в инфильтративной форме.

Несколько сложнее учет заболеваний раком. В случаях обнаружения злокачественного новообразования

врач составляет «Извещение о больном раком или другим злокачественным новообразованием». Кроме того, на больного, подозрительного в отношении злокачественного новообразования, врач составляет «Сигнальную карту», пересылаемую в онкологический диспансер (или пункт). Здесь, получив сигнальную карту, проверяют диагноз и берут больного под наблюдение.

Извещения по поводу указанных заболеваний ежемесячно направляют в специальные диспансеры (туберкулезный, венерологический, онкологический, трахоматозный).

На основании этих материалов диспансер обязан два раза в год составлять отчет о заболеваниях по учетной форме № 61 (приложения 7, 8, 9, 10), которая имеет различные литеры: для венерических и грибковых кожных болезней — «а», для активного туберкулеза — «б», для трахомы — «в», для рака и злокачественных новообразований — «ж».

Учет госпитализированных больных

Статистика госпитализированных больных основывается на статистической обработке карт выбывших из больницы больных.

Статистическое изучение госпитализированных больных дает возможность судить, какие заболевания вызвали необходимость больничного лечения, какова их численность, а также получить характеристику госпитализированных больных (пол, возраст и т. п.), определить качественные показатели лечения, его продолжительность, летальность и др. (см. табл. 1).

Наибольшая часть больных была госпитализирована по поводу инфекционных заболеваний, второе место занимали больные с заболеваниями органов пищеварения (острые желудочно-кишечные заболевания, аппендицит, язвенная болезнь и др.), третье место — больные, госпитализированные по поводу травм. Две трети всех госпитализированных относятся к этим трем группам больных.

Весьма важен показатель средней продолжительности пребывания на койке, зависящей от своевременности госпитализации, тяжести болезни, а также от качества лечения. Большой интерес представляет сопоставление продолжительности пребывания в больнице с леталь-

Распределение госпитализированных больных по группам болезней (1937)¹

Группа болезней	Процент к итогу	Средняя продолжительность лечения (в днях)	Летальность (в % к числу больных каждой группы)
Инфекционные и паразитарные	34,6	26,1	8,2
Органов пищеварения	16,6	13,9	4,9
Травмы	14,3	14,9	4,1
Мочеполовых органов	6,2	20,6	2,6
Органов дыхания	4,2	20,0	17,5
» зрения	3,8	16,3	0,1
Новообразования	3,7	23,9	13,8
Органов кровообращения	3,6	25,5	12,6
Нервной системы	3,2	30,4	10,7
Беременности и родов	2,2	11,5	3,0
Органов движения	1,5	29,5	2,0
» слуха	1,0	18,1	3,3
Кожного покрова	0,9	29,3	0,3
Обмена веществ	0,9	30,5	2,1
Пороки развития, болезни новорожденных	0,5	17,2	16,5
Эндокринной системы	0,4	31,0	1,3
Крови и кроветворных органов	0,4	32,0	14,1
Неполноценного питания	0,4	22,6	1,1
Прочие и неопределенные болезни	1,6	—	—
Всего	100,0	21,0	6,8

¹ Л. А. Брушлинская, А. Н. Меерков, М. В. Овчинский. Состояние здоровья населения г. Москвы, М., 1946.

ностью. Так, удельный вес госпитализированных по поводу болезней крови и кроветворных органов составляет всего 0,4%, но лечение их в больнице наиболее продолжительно, а летальность высока. Весьма важно также изучение летальности в случаях непродолжительного пребывания в больнице и т. д.

При анализе госпитализированных больных необходимо рассмотрение анализируемых показателей во взаимной связи и зависимости, при этом важнейшим из них является показатель летальности, изучаемый в связи с временем поступления в больницу, своевременностью постановки диагноза, с методом лечения и т. д.

Правильное сопоставление данных о госпитализированных больных с данными об общей заболеваемости позволяет судить о величине отбора на койку, т. е. о том, какая часть зарегистрированных больных была обеспечена стационарным лечением. Такие данные характеризуют организацию стационарного лечения и степень обеспеченности им обслуживаемого населения.

Статистика медицинских осмотров

Профилактическое направление советского здравоохранения, стремление к раннему выявлению заболеваний, диспансеризация разнообразных групп населения, развитие специальных лечебно-профилактических учреждений (туберкулезные, венерологические, онкологические диспансеры, учреждения по охране детства и т. д.) обусловили практику массовых медицинских осмотров населения различных возрастов. Они вооружают статистику здравоохранения весьма обширными и разносторонними врачебными наблюдениями. Таковы данные о состоянии здоровья и физическом развитии новорожденных, детей первых трех лет жизни, данные о состоянии здоровья и физическом развитии детей в дошкольном и школьном возрасте, о состоянии здоровья и физическом развитии рабочих-подростков, учащихся ремесленных училищ, о состоянии здоровья и физическом развитии допризывников, о результатах осмотров рабочих, проводимых по специальным показаниям, о диспансеризации определенных групп населения, о результатах специальных осмотров различных организованных контингентов населения на предмет выявления больных некоторыми формами болезней (туберкулез, рак и др.).

Чтобы получить представление о громадном объеме этой работы, достаточно сказать, что в 1953 г. по СССР медицинскими осмотрами было охвачено свыше 60 млн. человек.

Число осматриваемых из года в год увеличивается, и, что весьма важно, качество осмотров систематически повышается благодаря улучшению оснащенности медицинских учреждений (рентгеновская аппаратура, лабораторное оборудование и т. п.), привлечению к участию в профилактических осмотрах все большего числа врачей-специалистов и т. д.

Получаемые в результате медицинского осмотра статистические данные отличаются от данных статистики обращаемости (заболеваемости) тем, что они в меньшей мере зависят от субъективного осознания болезни и не зависят от обращаемости в лечебное учреждение, т. е. обладают как раз теми свойствами, отсутствие которых составляет слабую сторону статистики обращаемости. Поэтому статистика медицинских осмотров является не только ценным дополнением, но и проверкой статистики заболеваемости, основанной на обращаемости.

Как показывает сравнение заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах, с заболеваниями, выявленными в результате обращений в лечебно-профилактические учреждения, каждый из этих методов учета заболеваемости имеет свои особенности.

Во время медицинских осмотров выявляются преимущественно хронические болезни, в частности болезни в ранних стадиях, протекающие скрыто и еще не осознанные больными, болезни в компенсированном состоянии, не влекущие потери трудоспособности, не вызывающие потребности в обращении за медицинской помощью, а следовательно, и не отражающиеся на статистике обращаемости, и т. д. Сказанное относится особенно к подросткам, которые, легко перенося ряд заболеваний в начальной стадии или в легкой форме (туберкулез, отиты и др.), зачастую не обращаются с ними к врачу. Таково преимущество массовых медицинских осмотров как источника данных о заболеваемости населения. Но при однократном медицинском осмотре невозможно обнаружить всего разнообразия заболеваний, в частности, нельзя выявить острых, быстро проходящих заболеваний, поэтому данные обращаемости дают сведения о ряде заболеваний, которые ускользают от врача при одномоментном медицинском обследовании.

Даже длительно протекающие формы заболеваний отражаются в материалах осмотров, обращаемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности с различной полнотой. Так, часть лиц, у которых при осмотре выявлены определенные патологические формы, не обращаются к врачу по поводу этих заболеваний, или наоборот, из лиц, у которых при осмотре не были выявлены патологические формы, очень многие часто обращаются за помощью и даже по поводу заболеваний с

утратой трудоспособности. По данным С. Е. Ильина о заболеваемости подростков в 1953 г., в структуре обращаемости острые заболевания составляли около 94%, а при осмотрах их было выявлено 5—8%. На долю болезней полости рта и зубов приходилось 9,9% обращений, а среди заболеваний, выявленных при медицинском осмотре, на их долю приходилось 77,5%. Аналогичное соотношение выявлено и среди больных гельминтозами. Частота туберкулеза при осмотрах равнялась 7,2 на 1000 населения, а по данным обращаемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности, — 2,4. По данным осмотров, частота заболеваний органов слуха составляла 33,7 на 1000 (в том числе отита — 28,9), а по данным обращаемости в этой же группе подростков — 21,7.

Совокупное использование для характеристики состояния здоровья данных осмотров и заболеваемости позволяет получить более точное и полное представление о распространении как острых, так и хронических заболеваний. Поэтому лучшим, наиболее полным методом определения заболеваемости и здоровья населения является сочетание статистики обращаемости со статистикой медицинских осмотров. Это применимо в условиях правильно поставленной диспансеризации, когда имеются исчерпывающие данные обращаемости, и данные периодических медицинских осмотров и проводится постоянное наблюдение за больными.

При правильной постановке медицинского обслуживания выявленных при медицинских осмотрах больных направляют на лечение, и, следовательно, обнаруженные у них заболевания включаются в учет обращений, что повышает его качество.

Заболеваемость населения и отдельных его групп

Как было указано, статистика общей заболеваемости является важнейшим методом определения здоровья населения.

Приведем основные данные статистики общей заболеваемости, полученные на основе последних, наиболее ценных работ.

Данные обращаемости в группе городов (табл. 2) говорят о том, что обращаемость в поликлинические

Таблица 2

**Заболеваемость населения по данным группы
промышленных городов в 1939—1940 гг.¹**

Класс болезней	На 1000 жителей
Все заболевания	1272,6
В том числе:	
Инфекционные болезни	245,3
Болезни органов пищеварения	310,8
Болезни органов дыхания	98,3
Болезни кожного покрова	110,8
Болезни органов кровообращения	44,6
Болезни костей, суставов, мышц	36,5
Болезни органов зрения	101,4
Болезни органов слуха	33,5
Болезни нервной системы	56,1
Травмы	98,5
Новообразования	6,6
Паразитарные болезни	46,4

¹ П. М. Козлов. Санитарная статистика. М., 1949, стр. 132.

учреждения составляла в 1939—1940 гг. около 1,3 обращения на жителя в год, что наибольшее число обращений было по поводу болезней органов пищеварения (включая болезни полости рта и зубов) — 31% (около одной трети жителей); 24,5% (около четверти жителей) обратилось по поводу инфекционных заболеваний; 11% жителей обратилось по поводу болезней кожного покрова; 10,1% — по поводу болезней органов зрения и 9,8% — по поводу травмы. Таковы классы болезней, вызывающие наиболее значительную обращаемость.

Следует, однако, отметить, что весьма распространенный ранее анализ заболеваемости по классам болезней имеет ограниченное познавательное и практическое значение, ибо классы складываются из весьма разнородных по этиологии и патогенезу нозологических форм. Так, например, в класс болезней нервной системы входят такие разнородные болезни, как радикулит и неврозы; в класс болезней органов зрения — глаукома и ячмень, в класс болезней органов пищеварения — язвенная болезнь и грыжа и т. д.

Перейдем к анализу структуры общей заболеваемости на основе материалов Л. А. Брушлинской, которые

содержат не только классы болезней, но и входящие в них нозологические формы (табл. 3).

Анализ структуры заболеваемости (обращаемости) в Москве показывает, что четыре класса болезней — болезни инфекционные (26,8%), болезни кожи (11,4%), травмы (11,4%) и болезни органов пищеварения (10,6%) — составляют 60% всех заболеваний (обращений). Болезни органов пищеварения учтены в отличие от материалов, приведенных в предыдущем примере, без болезней полости рта и зубов.

Что касается удельного веса различных нозологических форм, то грипп, ангины и травмы составляют около одной трети (30,6%) всех заболеваний (обращений), а вместе с конъюнктивитами, отитами, фурункулами, панарициями, острыми желудочными заболеваниями — около половины (44,9%). В 1953 г. в Москве грипп, катары верхних дыхательных путей, ангины и травмы составляли 37,9% всех обращений.

Как видно из табл. 3, в некоторых классах болезней преобладают одна-две нозологические формы. Так, например, больше половины класса инфекционных болезней составляет грипп, в классе болезней органов слуха около трех четвертей составляют отиты; конъюнктивиты и аномалии рефракции составляют свыше 70% класса болезней органов зрения.

Благодаря столь большой роли отдельных нозологических форм, к тому же подверженных значительным сезонным колебаниям (грипп, ангина и др.) или возрастным различиям (ангины, травмы — у молодых, новообразования — у пожилых), изменение удельного веса ряда серьезных, но незначительных по удельному весу заболеваний зависит зачастую не от изменения их частоты, а от колебаний указанных выше количественно преобладающих заболеваний.

Для характеристики общей заболеваемости представляет интерес исследование, проведенное М. М. Мазуром и Т. И. Добровольской в Ступине (табл. 4)¹. Они пользовались сравнительно небольшим материалом, но данные заболеваемости основаны здесь не на диагнозах, поставленных при первичном обращении больного по

¹ Вопросы изучения заболеваемости, под ред. П. А. Кувшиникова. Медгиз, 1956.

Структура заболеваемости в Москве в 1947 г.

Название болезни	Число заболеваний
Острые инфекционные болезни	228,6
В том числе: ангина	39,0
грипп	153,3
Хронические инфекционные болезни	39,2
В том числе туберкулез всех форм	28,1
Глистные инвазии	10,0
Травмы	113,8
Новообразования	11,5
Авитаминоз, болезни обмена веществ, болезни крови и кроветворных органов	10,3
Ревматические заболевания (кроме острых за- болеваний сердца)	2,1
Болезни эндокринной системы	2,1
Болезни нервной системы	50,8
Болезни органов зрения	68,6
В том числе: конъюнктивит	27,3
аномалии рефракций	21,3
Болезни органов слуха	35,0
В том числе отиты	25,8
Болезни органов кровообращения (включая острые ревматические болезни сердца)	54,2
Болезни органов дыхания	74,2
Болезни органов пищеварения (без болезней зу- бов и десен)	106,1
В том числе: острые желудочно-кишечные за- болевания (включая диспепсию)	37,3
хронический гастрит и энтерит у взрослых	10,5
язва желудка и двенадцатиперстной кишки	6,8
болезни печени и желчных путей	7,2
Болезни костей, суставов и мышц	27,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки (включая паразитарные)	113,9
В том числе: нарывы и флегмоны	17,8
карбункулы и фурункулы	24,2
Болезни мочеполовых органов	38,7
Болезни беременных, родовые и послеродовые (кроме аборт), порски развития	6,3
Болезни, не точно обозначенные	7,5

Итого (без обращений по
поводу болезней зубов и де-
сен)

1000

варения (из них также около $\frac{2}{3}$ приходится на гастроэнтероколиты), механические травмы без повреждений костей, болезни сердечно-сосудистой системы, кожи, женских половых органов. Среди болезней сердечно-сосудистой системы половину заболеваний составляла так называемая дистрофия миокарда — диагноз, как указывают авторы, не всегда обоснованный. Среди болезней уха, горла и носа более $\frac{1}{3}$ составлял отит, а среди болезней органов зрения половина приходилась на конъюнктивит. Около половины болезней органов дыхания составлял трахеобронхит, а среди болезней нервной системы — заболевания периферических нервов. Наибольший удельный вес среди всех заболеваний занимали следующие нозологические формы: грипп составлял 15,5% всех заболеваний, травмы — 16,3%, гастроэнтероколиты — 7,1%, конъюнктивиты — 2,9%, трахеобронхиты — 2,5%. Вместе перечисленные пять форм болезней составляют почти половину (44,3%) всех заболеваний взрослого населения.

Представляют интерес данные о заболеваемости в Ступине основных общественных групп (табл. 5 и 6).

Таблица 5

Заболеваемость основных общественных групп мужского населения г. Ступино в 1949 г. (по уточненным диагнозам обращений)

Форма и группы болезней	На 1000 лиц в возрасте			
	20—39 лет		40—59 лет	
	рабочие	служащие	рабочие	служащие
Ангина	55,3	80,7	33,5	40,0
Грипп	235,2	226,7	209,3	249,4
Флегмоны и абсцессы	39,3	20,2	22,7	11,8
Туберкулез	24,1	26,4	31,1	23,5
Механические травмы	133,4	93,2	118,3	70,6
Ожоги	20,3	1,6	17,9	4,7
Ревматические заболевания	8,0	10,9	6,0	16,5
Новообразования (злокачественные и доброкачественные)	6,3	9,3	8,4	7,0
Болезни нервной системы (кроме периферической)	11,4	29,6	15,6	30,6
Болезни периферических нервов	28,3	21,7	64,6	54,1
Инородные тела в глазу	35,9	4,7	19,1	7,1
Прочие болезни органов зрения	70,1	51,2	50,2	63,5
Отит	32,1	29,5	23,9	25,9
Прочие болезни уха, горла и носа	33,8	57,4	37,1	47,1
Трахеобронхит и бронхит	32,5	31,1	37,1	11,8

Продолжение

Форма и группа болезней	На 1000 лиц в возрасте			
	20—39 лет		40—59 лет	
	рабочие	служащие	рабочие	служащие
Воспаление легких	11,0	3,2	9,6	11,7
Прочие болезни органов дыхания	25,2	14,0	41,9	51,8
Болезни сердца	21,5	66,7	76,5	117,7
Прочие болезни органов крово- обращения	15,6	24,8	26,4	40,0
Гастриты	66,3	71,4	81,3	42,4
Язвенная болезнь	13,5	31,1	31,1	30,6
Энтероколит	16,4	12,4	29,9	23,5
Болезни печени и желчных путей	11,4	11,0	16,8	9,3
Болезни почек и мочевых путей	5,9	7,8	6,0	2,3
Болезни кожи и подкожной клет- чатки	117,8	57,4	102,9	47,2
Прочие болезни	105,5	102,3	124,4	103,4

Таблица 6

Заболеемость основных общественных групп женского населения
г. Ступино в 1949 г. (по уточненным диагнозам обращений)

Формы и группы болезней	На 1000 лиц в возрасте			
	20—39 лет		40—59 лет	
	работницы и служа- щие	домаш- ние хо- зяйки	работ- ницы и слу- жащие	домаш- ние хо- зяйки
Ангина	62,3	29,8	38,1	14,7
Грипп	205,1	85,5	230,7	86,1
Флегмоны и абсцессы	29,6	11,2	21,2	7,3
Туберкулез	19,1	16,1	16,9	10,5
Механические травмы	68,4	29,1	84,7	44,2
Ожоги	10,0	5,6	12,7	4,2
Ревматические заболевания	14,4	11,8	34,9	27,3
Новообразования (злокачественные и доброкачественные)	21,0	24,8	49,7	39,9
Болезни нервной системы (кроме периферической)	21,3	25,9	44,5	42,0
Болезни периферических нервов	23,0	27,3	52,9	32,6
Инородные тела в глазу	6,6	1,9	5,3	1,0
Прочие болезни органов зрения	49,6	51,6	64,5	57,8
Отит	27,7	18,6	30,7	22,0
Прочие болезни уха, горла, носа	60,9	39,1	48,7	47,3
Трахеобронхит и бронхит	25,5	19,2	31,7	23,1
Воспаление легких	2,2	1,2	11,7	6,3
Прочие болезни органов дыхания	17,6	14,3	28,6	18,9
Болезни сердца	52,7	70,0	115,3	148,1

Формы и группы болезней,	На 1000 лиц в возрасте			
	20—39 лет		40—59 лет	
	работницы и служа- щие	домаш- ние хо- зяйки	работ- ницы и слу- жащие	домаш- ние хо- зяйки
Прочие болезни органов кровообра- щения	13,4	17,3	37,1	31,5
Гастриты	58,7	45,9	86,8	77,7
Язвенная болезнь	3,8	0,6	5,3	1,0
Энтероколит	19,1	8,1	21,1	7,4
Болезни печени и желчных путей	19,3	16,1	25,3	22,0
Болезни почек и мочевых путей	23,3	20,4	21,2	18,9
Болезни женских половых органов	113,8	128,4	87,7	67,2
Аборты	49,7	73,8	10,6	9,5
Болезни кожи и подкожной клет- чатки	80,5	44,0	86,8	29,5
Прочие болезни	101,9	96,0	127,0	77,8

Рабочие обеих возрастных групп заметно чаще, чем служащие, обращались за медицинской помощью по поводу флегмон и абсцессов, механических травм, ожогов, инородных тел в глазу, а также болезней кожи и подкожной клетчатки. В основе всех этих болезней лежали, как указывают авторы, недочеты в производственных условиях, недостаточная борьба с травматизмом и его осложнениями.

По ряду наиболее частых острых заболеваний — ангины, грипп, гастрит, энтероколит — не наблюдалось сколько-нибудь существенных различий в рассматриваемых группах.

У служащих чаще обнаруживались ревматические заболевания, болезни нервной системы (кроме периферической), сердечно-сосудистой системы.

На более высокий показатель заболеваемости служащих этими формами болезней в известной степени повлиял, по мнению авторов, тот факт, что часть больных рабочих переведена на работу в качестве служащих.

Из табл. 6 видно, что домашние хозяйки обращались за медицинской помощью значительно реже по поводу ангины, гриппа, флегмон и абсцессов, механических травм, ожогов, отитов, трахеобронхитов и бронхитов, болезней кожи и подкожной клетчатки. Более низкие показатели заболеваемости домашних хозяек рядом острых

болезней (грипп, ангина и др.) обусловлены, вероятно, неполным выявлением этих заболеваний вследствие того, что в более легких случаях болезнь протекала без обращения за медицинской помощью.

4. СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Статистика заболеваемости с временной утратой трудоспособности имеет очень большое значение, ибо она является важнейшим элементом характеристики состояния здоровья трудящихся.

Кроме того, она освещает заболевания с точки зрения их влияния на трудоспособность, характеризует экономические потери вследствие заболеваемости. Борьба за здоровье рабочих непосредственно связана с борьбой за повышение производительности труда, т. е. за рост благосостояния трудящихся. Наблюдение за динамикой заболеваемости с временной утратой трудоспособности, вскрытие ее причин позволяют объективно оценивать эффективность мероприятий по улучшению условий труда и быта рабочих, по организации лечебно-профилактической помощи трудящимся, т. е. оценивать эффективность важнейшей области советского здравоохранения.

В соответствии с действующими положениями Министерства здравоохранения СССР главные врачи заводских поликлиник и заведующие здравпунктами должны систематически анализировать состояние и динамику заболеваемости с временной утратой трудоспособности и совместно с администрацией предприятия и профсоюзной организацией разрабатывать вытекающие из этого анализа мероприятия по ее снижению.

Документом учета временной утраты трудоспособности является листок нетрудоспособности, или больничный лист. Он представляет собой оперативный и вместе с тем статистический документ.

Заполненные в лечебно-профилактических учреждениях больничные листы сдаются на предприятия и в учреждения для получения страхового пособия за время нетрудоспособности и в оправдание невыхода на работу.

На основании листков нетрудоспособности составляется отчет по учетной форме № 3—1 (приложение 11). Составление этого отчета возлагается на фабрично-завод-

ские комитеты, которые обязаны копии отчетов представлять медико-санитарной части, врачебному здравпункту или врачебно-профилактическому учреждению, обслуживающему данное предприятие. Однако заинтересованность медицинских учреждений в этих отчетах приводит к тому, что медико-санитарные части и здравпункты принимают активное участие в составлении отчетов, а часто составляют полностью весь отчет.

Единицей учета является случай временной утраты трудоспособности, что часто не совпадает со случаем заболевания, являющимся единицей учета при других способах изучения заболеваемости, так как один и тот же больной, страдающий каким-либо хроническим заболеванием, может в течение года получить по поводу одного заболевания листок нетрудоспособности несколько раз. Значит, случаев временной утраты трудоспособности может быть больше, чем заболеваний.

Размеры временной утраты трудоспособности зависят от частоты и длительности заболеваний; поэтому анализ динамики заболеваемости с временной утратой трудоспособности сводится к выяснению причин, вызвавших изменения в их частоте и длительности.

Для характеристики заболеваемости с утратой трудоспособности применяют следующие показатели:

- 1) показатель частоты случаев временной утраты трудоспособности — число случаев нетрудоспособности на 100 работающих;
- 2) показатель дней временной утраты трудоспособности — число дней нетрудоспособности на 100 работающих;
- 3) средняя длительность одного случая заболевания — частное от деления общего числа дней на число случаев нетрудоспособности.

Кроме этих показателей, являющихся основными, при анализе заболеваемости с утратой трудоспособности пользуются еще показателями структуры заболеваемости.

Чтобы получить интенсивные показатели случаев (дней) заболеваемости с временной утратой трудоспособности за месяц, нужно абсолютное число случаев (дней) разделить на число работающих на первое число отчетного месяца и полученное частное помножить на 100. Для получения интенсивных показателей за квартал (год) число случаев (дней), умноженное на 100, делят на среднеквартальное (годовое) число работающих.

Среднегодовую численность рабочих лучше вычислять не как среднюю из данных на начало и конец года, а из квартальных, еще лучше из месячных данных, начиная с 1 января данного года и кончая 1 января следующего года, т. е. как среднюю из 13 месяцев; это особенно важно при текучести рабочей силы.

Пример. На обслуживаемом здравпунктом заводе за отчетный месяц было 144 случая заболеваний с 936 днями нетрудоспособности; работающих на заводе 2400; таким образом, на 100 рабочих в отчетном месяце было случаев заболеваний $\frac{144 \times 100}{2400} = 6,0$; дней нетрудоспособности на 100 рабочих было соответственно $\frac{936 \times 100}{2400} = 39,0$. Так же вычисляют интенсивные показатели по каждой форме болезни.

Показатель средней длительности случаев заболеваний вычисляется по каждой нозологической форме путем деления абсолютного числа дней нетрудоспособности на абсолютное число случаев. Он выражает количество дней нетрудоспособности, приходящееся в среднем на один случай заболевания.

Интенсивные показатели заболеваемости с потерей трудоспособности — наиболее важные, ибо они характеризуют частоту заболеваний в коллективе. Они определяются, как указано, отношением числа случаев заболеваний к числу работающих. Экстенсивные показатели характеризуют место отдельных форм болезней в общей заболеваемости с потерей трудоспособности и определяются отношением числа заболеваний той или иной формой ко всей массе заболеваний. Вычислив удельный вес каждой формы болезни, мы получим структуру заболеваемости с потерей трудоспособности.

Задачей анализа заболеваемости является определение характера и размеров изменений в уровне заболеваемости в целом и по отдельным формам болезней, а также установление причин обнаруженных изменений, дабы наметить меры для их устранения.

Если произошло увеличение общего показателя дней нетрудоспособности, то прежде всего следует рассмотреть, является ли это следствием увеличения заболеваемости по большинству форм или только по некоторым. Необходимо также учесть влияние на общие показатели заболе-

ваемости возможного изменения возрастного состава рабочих.

Увеличение заболеваемости большинством болезней или многими с разнообразной этиологией заставляет предполагать, что в основе этого лежат какие-то общие факторы, в частности, возможны дефекты в экспертизе трудоспособности.

В результате анализа заболеваемости по отдельным формам болезни должны быть установлены конкретные причины, определившие изменения в уровне заболеваемости данного коллектива, и намечены мероприятия к ее снижению с учетом эффективности проведенных ранее мероприятий. Зачастую весьма важно выявить ведущую на данном отрезке времени или в данных условиях причину заболеваемости и воздействовать на нее в первую очередь.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности складывается под влиянием сложного комплекса факторов, основными из которых являются те или иные дефекты в санитарно-гигиенических условиях труда и быта работающих: в одних случаях причины потери трудоспособности теснейшим образом связаны с условиями производства (например, производственный травматизм), в других случаях заболевания, например острые желудочно-кишечные и пиогенные, зависят от состояния водоснабжения, организации общественного питания и коммунального, в частности банно-прачечного, обслуживания. Определенное влияние на размеры заболеваемости оказывает транспорт до места работы (загородные рабочие) и т. д.

Наряду с этими моментами значительную роль в уровне и структуре заболеваемости на промышленных предприятиях играет возрастно-половой состав работающих, ибо отдельные возрастные и половые группы, как известно, отличаются по уровню и характеру заболеваемости; кроме того, одни и те же неблагоприятные условия внешней среды различно отражаются на заболеваемости рабочих разных возрастно-половых групп.

Учитывая роль влияния условий труда, быта и состава коллектива работающих (возраст, пол и т. д.) на заболеваемость с временной утратой трудоспособности, не следует забывать, что важнейшим, зачастую определяющим фактором для уровня и структуры заболеваемости

является медико-санитарное обслуживание промышленных рабочих.

Цеховое врачебное обслуживание, знание условий труда и быта работающих, своевременное принятие необходимых оздоровительных мероприятий путем совместных усилий администрации предприятий, профсоюзов, промышленно-санитарных врачей, цеховых врачей, мобилизации общественного актива — все это может успешно устранять вредные в санитарном отношении факторы труда и быта.

Большое внимание при анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности должно быть уделено качеству врачебной экспертизы.

Как уже указывалось, на уровень и структуру заболеваемости с временной утратой трудоспособности оказывает влияние возрастно-половой состав работающих. Это обстоятельство необходимо учитывать при анализе заболеваемости и выявлении ее причин.

Значение возрастно-полового фактора хорошо показано при исследовании заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих завода «Красный пролетарий» в 1950 г., проведенном П. М. Козловым и М. М. Мазуром при участии В. А. Быстровой, И. М. Петренко и Н. Г. Шакольской (табл. 7) ¹.

Таблица 7.

Случаи и дни утраты трудоспособности рабочих и работниц завода «Красный пролетарий» разного возраста (на 100 лиц соответствующего возраста и пола)

Возрастная группа	Случаи		Дни	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
До 19 лет	176,9	170,0	1238,1	1156,2
20—29 »	181,8	136,4	1399,6	1213,8
30—39 »	167,5	126,5	1464,5	1163,0
40—59 »	169,9	147,6	1769,8	1572,4
60 лет и более	203,6	138,8	2987,4	1500,0
По всем группам (в среднем)	175,3	140,3	1501,5	1315,2

Отмечаемая здесь более высокая заболеваемость мужчин наглядно выражена в табл. 8.

¹ Вопросы изучения заболеваемости. Под ред. проф. П. А. Кузнецова, Медгиз, 1956.

**Сравнительная характеристика
заболеваемости мужчин и женщин**

Возрастная группа	Показатели мужчин, если показатели женщин принять за 100	
	случаи	дни
До 19 лет	104,0	107,0
20—29 »	133,2	115,2
30—39 »	132,4	125,9
40—59 »	115,0	112,6
60 лет и более	146,7	199,2
По всем группам (в среднем)	125,0	114,2

Из табл. 7 видно, что заболеваемость молодых рабочих и работниц в возрасте до 19 лет и 20—29 лет по числу случаев была выше, чем средних и пожилых, и меньше, чем рабочих 60 лет и старше. По числу дней заболеваемость рабочих и работниц старших возрастных групп была выше, чем у молодежи.

Что касается средней длительности одного случая временной нетрудоспособности, то как у рабочих, так и у работниц она увеличивалась с возрастом (табл. 9).

Таблица 9

**Средняя длительность (в днях) случаев утраты трудоспособности
у рабочих и работниц разных возрастов завода «Красный
пролетарий»**

Пол	До 19 лет	20—29 лет	30—39 лет	40—59 лет	60 лет и старше
Мужчины	7,0	7,7	8,7	10,5	14,6
Женщины	6,4	8,9	9,2	10,5	9,8

Таким образом, молодежь болела чаще, чем средняя и пожилая группы, однако молодые рабочие выздоравливали быстрее. Наиболее старые рабочие-мужчины (60 лет и старше) болели чаще и дольше других групп.

Как и авторы приведенной работы, большинство исследователей заболеваемости с временной утратой трудоспособности также отмечает, что для молодых рабочих

характерна более частая заболеваемость, но меньшая ее продолжительность; у пожилых людей, наоборот, частота заболеваний снижается, а продолжительность увеличивается. Что касается нозологических форм, то в молодом возрасте преобладают грипп, ангина, травмы, заболевания кожи, болезни уха, горла и носа, острые желудочно-кишечные заболевания¹, в пожилом возрасте преобладают заболевания периферической, нервной системы, болезни органов кровообращения и дыхания.

Касаясь вопроса о различиях в заболеваемости по группам цехов, авторы цитированной выше работы приводят следующие данные (табл. 10).

Таблица 10

Группа цехов	На 100 рабочих каждой группы цехов было			На одного больного было		Средняя длительность одного случая нетрудоспособности
	болевших лиц	случаев	дней	случаев	дней	
Мужчины						
Основные цехи	77,5	181,8	1441,6	2,3	18,6	7,9
Вспомогательные цехи	74,6	170,4	1628,3	2,2	21,7	9,6
Административно-хозяйственные службы	74,4	144,6	1573,7	1,9	21,1	10,9
По заводу в среднем	76,0	175,3	1501,5	2,3	19,7	8,6
Женщины						
Основные цехи	66,0	149,7	1325,4	2,1	20,1	8,9
Вспомогательные цехи	64,7	126,9	1194,7	1,9	18,4	9,4
Административно-хозяйственные службы	68,6	132,0	1350,9	1,9	19,7	10,2
По заводу в среднем	66,0	140,3	1315,2	2,1	19,9	9,4

Как видно, в основных цехах число болевших рабочих мужчин в среднем на 100 работавших было больше, чем во вспомогательных цехах и среди административно-хозяйственного персонала. Рабочие основных цехов, кроме того, чаще утрачивали трудоспособность, особенно по

¹ По данным Г. Ф. Церковного, у подростков I Государственного подшипникового завода в 1950 г. на долю гриппа, катаров верхних дыхательных путей, ангины, травм и гнойничковых заболеваний кожи приходилось 72,8% случаев утраты трудоспособности. По данным Э. С. Медведовского, за 1944 и 1945 гг. в Москве грипп, ангина, болезни кожи, органов пищеварения и травмы составляли у подростков соответственно 88,9% и 86,3% всех заболеваний.

сравнению с лицами, занятыми административно-хозяйственной работой, но утрачивали ее на меньшее число дней, чем вспомогательные рабочие и лица административно-хозяйственного персонала. Как указывают авторы, приведенные различия заболеваемости сравниваемых категорий лиц были обусловлены не столько характером производственных условий, сколько разницей в возрастном составе: группа молодежи (до 19 лет и 20—24 лет) в основных цехах составляла среди мужчин 58%, во вспомогательных — 33%, в административно-хозяйственных — только 11%.

Выявлены резкие различия в заболеваемости мужчин и женщин по некоторым группам и формам болезней. Болезни половых органов (на 100 работающих): у мужчин — 2 дня нетрудоспособности, у женщин — 124 дня, болезни мочевых путей — у мужчин 5 дней, у женщин — 21,6 дня; травматизм у женщин был в 2½ раза меньше, чем у мужчин; заболеваемость аппендицитом и ревматизмом у женщин в два с лишним раза больше, чем у мужчин; болезни органов зрения у мужчин, наоборот, встречались в два с лишним раза чаще, чем у женщин.

Менее резкое, но все же существенное различие было в заболеваемости гриппом, болезнями органов дыхания, кровообращения и нервной системы: по этим группам показатели у мужчин были на 25—35% выше, чем у женщин. Заболеваемость ангиной у женщин была выше, чем у мужчин, примерно на 25%.

Что касается заболеваемости органов пищеварения в целом и гастроэнтеритом в частности, болезней кожи, туберкулеза, болезней органов слуха и др. различия были незначительны.

Многие статистические исследования установили несомненное влияние профессионально-производственных факторов на заболеваемость рабочих. О том же свидетельствуют и данные, приведенные в работе Л. К. Ходянова и А. И. Амморейской¹ о частоте важнейших заболеваний с потерей трудоспособности в разных отраслях промышленности.

Эти данные представлены в виде минимальных и максимальных величин, более или менее характерных для

¹ Л. К. Ходянов, А. И. Амморейская. Методические указания по проведению учета, разработки и анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Медгиз, 1954.

той или другой отрасли промышленности. Приведенные величины могут служить известным критерием при отношении тех или других показателей заболеваемости к относительно благополучным или неблагополучным (табл. 11).

Таблица 11

Размеры заболеваемости по отдельным формам болезней в различных отраслях промышленности за 1952 г. (число случаев на 100 работающих)

Грипп		Гнойные заболевания кожи	
Железнодорожный транспорт	19,0	Медицинская	3,0
Полиграфическая	52,4	Угольная	11,4
Ангина		Травматизм бытовой	
Горнодобывающая	5,2	Угольная	5,0
Полиграфическая	12,3	Станкостроительная	7,6
Ревматизм		Болезни периферической нервной системы (невриты, невралгии)	
Железнодорожный транспорт	1,0	Нефтяная	3,2
Горнодобывающая	2,3	Полиграфическая	5,9
Острые желудочно-кишечные заболевания		Воспаление легких	
Автомобильно-тракторная	4,3	Текстильная	1,2
Цветная металлургия	5,9	Транспортное машиностроение	2,0
Болезни женских половых органов		Язвенная болезнь	
Авиа-машиностроительная	3,8	Медицинская	0,6
Цветная металлургия	5,5	Швейно-трикотажная	0,7
Болезни сердца		Станкоинструментальная	1,7
Угольная	1,5	По всем болезням	
Полиграфическая	5,3	Железнодорожный транспорт	76,9
		Полиграфическая	148,4

Приведенные показатели временной утраты трудоспособности по отраслям промышленности показывают, сколь велика зависимость заболеваемости от условий работы. Особенно это относится к таким инфекционным заболеваниям, как грипп, ангина, достигающим высокого уровня в отраслях промышленности, наиболее благоприятствующих распространению капельных инфекций

(полиграфическая, швейная, трикотажная, обувная, кондитерская, точное приборо- и машиностроение).

Значительные различия в уровне заболеваемости по отраслям промышленности можно отметить и по гнойным заболеваниям кожи, связанным с травмами, — эти заболевания занимают большой удельный вес в заболеваемости рабочих. То же подтверждает и ознакомление с типичной структурой заболеваемости с потерей трудоспособности по основным отраслям промышленности¹.

Таблица 12

Удельный вес (в процентах) некоторых заболеваний с потерей трудоспособности в основных отраслях промышленности

Год и форма болезни Отрасль промышленности	Грипп			Ангина			Гнойные кожные заболевания		
	1949	1950	1951	1949	1950	1951	1949	1950	1951
Угольная	7,0	7,1	6,1	3,0	3,0	3,2	12,8	10,7	9,4
Горнодобывающая	10,0	11,0	10,2	2,8	2,8	2,8	9,2	8,0	7,4
Нефтяная	11,8	10,8	10,1	2,8	3,0	3,4	7,3	6,6	6,0
Строительные материалы	11,0	14,0	11,1	3,5	3,7	4,1	8,7	8,8	8,5
Черная металлургия	10,3	11,2	9,6	3,0	3,7	4,0	9,5	8,2	7,3
Машино-приборостроение	16,1	15,5	14,0	4,2	4,4	5,2	8,0	7,1	6,5
Трикотажная	17,7	17,8	14,2	5,8	6,3	7,2	7,3	6,1	5,6
Полиграфическая	20,0	20,3	18,8	5,2	5,5	6,5	4,8	4,1	4,0

В громадном большинстве отраслей промышленности и производства размеры заболеваемости рабочих с временной утратой трудоспособности складываются на 70—75% из заболеваний гриппом, включая сюда и острые катары верхних дыхательных путей (сезонные катары), ангиной, гнойных заболеваний кожного покрова, раневых инфекций, из случаев бытового и производственного травматизма, острых желудочно-кишечных заболеваний, болезней периферической нервной системы. Однако структура заболеваемости, т. е. соотношение отдельных форм

¹ Л. К. Хоцянов, А. И. Амморейская. Методические указания по проведению учета, разработки и анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Медгиз, 1954.

заболеваний в общей их сумме является, как видно из приведенных данных, далеко не однородным для различных отраслей и производств. Так, в угольной, горнорудной, нефтяной и металлургической промышленности удельный вес заболеваний гриппом, ангинами значительно ниже, чем в трикотажной, полиграфической, машиноприборостроения и, наоборот, удельный вес гнойных кожных, пиогенных заболеваний в первых выше.

Значительная зависимость уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности от условий труда подтверждается успехами в снижении этой заболеваемости на передовых предприятиях, где целеустремленно борются за оздоровление условий труда и быта. Таких примеров много. Приведем некоторые из них.

В статье «Мероприятия по дальнейшему улучшению условий труда в обрубном цехе Уралмашзавода»¹ начальник одного из цехов завода тяжелого машиностроения В. И. Лощенов указывает, что в 1951—1952 гг. показатели заболеваемости в обрубном цехе были на 30% выше, чем по заводу в целом. Однако проведение совместными усилиями администрации, общественности, рабочих цеха и работников медико-санитарной части завода комплекса оздоровительных мероприятий позволило добиться значительного снижения заболеваемости и травматизма.

В 1953 г. заболеваемость снизилась по сравнению с 1951 г. на 7,3%, а по сравнению с 1952 г. — на 11%. В 1954 г. происходило дальнейшее снижение заболеваемости, достигшее 31%. Отмечается аналогичное снижение и производственного травматизма.

В статье «Опыт работы медико-санитарной части треста «Копейск-уголь» по снижению заболеваемости»² начальник медико-санитарной части Е. В. Шкляева пишет, что в результате упорной и целеустремленной работы коллектива медико-санитарной части при активной помощи профсоюзных организаций и руководства трестом и шахтами достигнуто следующее снижение заболеваемости. В 1954 г. по сравнению с 1950 г. заболеваемость с временной утратой трудоспособности снижена на 19,8% в числе случаев и на 29,9% — в числе дней нетрудоспособности. За тот же период на 100 застрахованных за

¹ Советское здравоохранение, 1955, № 2.

² Там же.

болеваемость гриппом и острым катаром верхних дыхательных путей снизилась со 177,1 дня до 88 дней, гнойничковыми заболеваниями кожи — с 208,1 до 84,4 дня, по производственному травматизму — с 342,9 до 191,4 дня и т. д. Показатель средней длительности одного случая заболевания в 1951 г. был 10,4 дня, в 1954 г. — 8,3 дня.

Аналогичные данные можно привести и по другим отраслям промышленности. Так, в статье «Мероприятия по снижению заболеваемости рабочих и служащих Горьковской ГЭС за 1950—1952 гг.» Е. И. Шейнова и Е. Н. Сукманова¹ пишут, что заболеваемость на ГЭС в 1952 г. составляла 71,8 в случаях и 66,8 в днях по сравнению с 1950 г., соответствующие показатели которого приняты за 100. Только в 1952 г. по сравнению с 1951 г. число случаев желудочно-кишечных заболеваний снизилось на 20%, производственного травматизма — на 30%, воспаления легких — на 35%, невралгий — на 27%, сердечно-сосудистых заболеваний — на 47% и гнойничковых заболеваний — на 23%.

Значительную роль в борьбе за снижение заболеваемости с утратой трудоспособности играет активное участие в ней врачей-специалистов. Так, в статье «Заболеваемость рабочих-нефтяников и методы ее снижения»² В. П. Киценко из Кубанского медицинского института (кафедра нервных болезней) указывает, что в борьбе за снижение заболеваемости болезнями периферической нервной системы решающую роль сыграла диспансеризация каждого случая заболевания периферической нервной системы (табл. 13).

Большинство авторов, приводящих примеры успешной борьбы за снижение заболеваемости с потерей трудоспособности, указывает, что одним из основных условий успеха является глубокое и систематическое изучение заболеваемости, обеспечивающее возможность правильно планировать и осуществлять мероприятия по ее снижению. Многие авторы отмечают, что официальная форма отчетности по временной нетрудоспособности (№ 3—1) не позволяет произвести глубокий анализ заболеваемости с учетом влияния различных условий и факторов внешней

¹ Советское здравоохранение, 1954, № 4.

² Советское здравоохранение, 1955, № 2.

Динамика заболеваемости болезнями периферической нервной системы

Год	Количество случаев нетрудоспособности на 100 работающих	Количество дней нетрудоспособности на 100 работающих	Длительность одного случая нетрудоспособности (в днях)
1949	14,6	154,6	10,7
1950	13,0	113,0	8,6
1951	9,2	64,2	6,9
1952	8,6	59,7	7,0

среды (условия труда и быта, возрастные, половые, профессиональные особенности и т. д.), поэтому им приходится дополнительно разрабатывать статистически учетные документы (законченные больничные листы).

Оперативно-статистические данные учетной формы № 3—1, если ими пользоваться со знанием дела, указывают, куда и на какие виды болезней следует прежде всего обратить внимание. Они являются первым этапом исследования, сигнализирующим о неблагополучии. Однако, как указывают многие авторы, отчетность по форме № 3—1 не дает врачам, работающим в медико-санитарной части и на здравпункте, достаточных материалов для выработки конкретных планов оздоровления.

В связи с этим внесены предложения расширить статистику временной нетрудоспособности: расшифровывать группу «Прочие заболевания», которые в форме № 3—1 составляют около 30%, разрабатывать заболеваемость по полу и возрасту работающих и т. д.

Есть предложения о еще более углубленном изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Таково, например, предложение ввести в качестве документа учета по линии органов здравоохранения специальную индивидуальную карту («Карта учета временной нетрудоспособности», приложение 12), на которую в порядке текущей работы следует выписывать данные обо всех случаях получения данным лицом листков нетрудоспособности. Весьма существенно, что при такой форме единицей учета и наблюдения становится не случай утраты трудоспособности, а больной человек. Это, как и при учете общей заболеваемости по больным лицам,

позволяет более дифференцированно и конкретно подходить к изучению контингентов больных.

Данные, приведенные М. М. Мазуром¹, показывают, что у 165 человек было 756 случаев утраты трудоспособности по поводу длительно протекающих заболеваний — всего 9438 дней нетрудоспособности. На одного больного приходилось 4,6 случая и 57,2 дня утраты трудоспособности, тогда как в среднем на один случай (листок нетрудоспособности) приходилось всего 12,5 дня. В частности, у 20 больных язвенной болезнью было 102 листка нетрудоспособности, т. е. по 5 листков у одного больного; всего было потеряно 1548 дней, или 77,4 дня одним больным, а каждый листок нетрудоспособности выдавался в среднем на 15,2 дня.

М. М. Мазур указывает, что учет заболеваемости по лицам создает возможность более глубокого и правильного анализа заболеваемости, в частности за счет новых показателей: число лиц, не имевших временной нетрудоспособности, число болевших лиц, вместо «случаев»; средняя длительность болезни «лица» вместо средней длительности «случая»; возможность анализа заболеваемости по цехам, по полу, по важнейшим возрастным группам. Персональный учет временной нетрудоспособности является одним из источников выявления контингентов, подлежащих систематическому врачебному наблюдению и диспансерному обслуживанию. Он создает для врачей медико-санитарной части и для научных учреждений возможность углубленных исследований влияния тех или иных условий труда, а также эффективности санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий.

Аналогичную разработку заболеваемости с потерей трудоспособности по лицам произвела Н. Ф. Стожкова². Эта разработка заболеваемости по лицам позволила выявить факты, скрытые при изучении заболеваемости по случаям и дням, выявить конкретных носителей болезней в конкретной среде, воздействующей на этих лиц. Оказалось, что не менее чем у 40% рабочих всех групп (возрастных, половых, цеховых и профессиональных) в течение года не было ни одного случая заболевания с утратой трудоспособности. Наряду с этим в каждой группе

¹ Советское здравоохранение, 1953, № 2.

² Советское здравоохранение, 1955, № 5.

рабочих оказалось относительно небольшое число лиц, болевших многократно.

В каждой группе рабочих уровень заболеваемости определялся числом болевших лиц и прежде всего болевших повторно, а также частотой повторяемости у них случаев утраты трудоспособности¹.

Тщательное изучение условий труда на каждом рабочем месте во всех цехах завода и сопоставление полученных данных с заболеваемостью лиц, работающих на этих местах, позволило Н. Ф. Стожковой найти конкретные причины большого числа случаев заболевания рабочих. Эти данные подтверждают известные положения о том, что возможность приспособления организма к требованиям внешней среды у разных людей весьма различна, и борьба за снижение заболеваемости может быть успешной только при условии глубокого изучения всех факторов, влияющих на заболеваемость, как факторов среды, так и личных.

Из всего сказанного следует, что изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности по больным лицам имеет значительные преимущества, оно лучше помогает выявлению причин заболеваемости и тем самым лучше содействует их устранению.

5. СТАТИСТИКА ПРИЧИН СМЕРТИ

В лекции, посвященной статистике населения, мы рассмотрели причины смерти в аспекте процессов воспроизводства населения, в аспекте связи структуры причин смерти с типом воспроизводства населения².

¹ Л. К. Хоцянов и А. И. Амморейская в упомянутой выше работе (стр. 24—25) приводят следующие данные о повторности потери трудоспособности (1951): болевшие 4 и больше раз составляли на Магнитогорском металлургическом комбинате 14,9% всех болевших; на табачной фабрике «Дукат» — 16,8%; на табачной фабрике «Ява» — 17,2%; на кондитерской фабрике «Красный Октябрь» — 19,9%.

По данным М. Е. Каценеленбаума, число лиц, утративших трудоспособность 5 и более раз, составляло 8% от всего контингента больных лиц, но на них приходилось 24% всех случаев нетрудоспособности (Советское здравоохранение, 1955, № 5).

По данным М. И. Чаплюк и И. Г. Лавровой болевшие 5 раз и больше составляли в обследованном ими коллективе 13% больных, но на них приходилось 35% всех случаев нетрудоспособности (Советское здравоохранение, 1956, № 3).

² Б. Я. Смудевич. Статистика населения. М., 1956.

Статистика причин смерти служит вместе с тем одним из важнейших методов «санитарной диагностики». Освещающая ту часть заболеваемости, которая имела летальные исходы, статистика причин смерти может играть большую роль в оценке деятельности медицинских учреждений и органов здравоохранения. Структура причин смерти дает чрезвычайно важную дополнительную характеристику заболеваемости населения, освещающая задачи борьбы с наиболее серьезными заболеваниями, кончающимися летально. Это имеет огромное значение для снижения смертности, увеличения долголетия. Таким образом, глубокое исследование причин летальных исходов способствует повышению качества лечебно-профилактической и санитарной работы органов здравоохранения и медицинских учреждений.

В той же лекции нами приведены источники статистики причин смерти и условия, обеспечивающие доброкачественность собираемых материалов. Следует напомнить, что важнейшим условием правильной статистики причин смерти является правильная врачебная диагностика. При установлении причины смерти необходимо соблюдать определенные правила. Так, например, врач не должен указывать в качестве причины смерти симптомы болезни, например кровотечение, судороги и т. п.; не должен указывать также осложнения основного заболевания, например перитонит, не указывая основного заболевания, приведшего к этому осложнению и являвшегося действительной причиной смерти. Заболевание, вызвавшее смерть, необходимо обозначать точно, например не просто — воспаление легких, а крупозное или катаральное воспаление легких; не перитонит, а перитонит послеродовой, туберкулезный и т. д. Необходимо указывать локализацию заболевания: не просто рак, а рак матки, желудка и т. д. В случае насильственной смерти необходимо указывать, было ли самоубийство, убийство или несчастный случай. В случае смерти от травмы должен быть указан ее характер — производственная или бытовая.

А. Б. Шевелев приводит перечень неполноценных терминов и необходимых их уточнений¹. Приводим некоторые из них.

¹ А. Б. Шевелев. Учет и статистика здравоохранения. М., 1936.

Канцер, карцинома	Обозначить локализацию, при множественных поражениях — орган, из которого исходило злокачественное новообразование, а также была ли сделана операция
Кровоизлияние	Указать орган, а также причину, повлекшую за собой кровоизлияние (артериосклероз, травма и т. п.).
Менингит	Цереброспинальный, эпидемический, туберкулезный или иного происхождения (какого)
Нефрит	Острый или хронический
Несчастный случай	Указать характер повреждения и причину несчастного случая
Огнестрельное ранение	В результате чего: убийства, самоубийства или несчастного случая; в последнем случае — причина
Перитонит, плеврит	Какого происхождения: туберкулезного, травматического, послеоперационного и т. п. Если перитонит послеоперационный, то в результате какой операции и при каком заболевании; если травматический — то вследствие какой травмы
Пневмония	Крупозного или катарального характера. В последнем случае — первичного или вторичного происхождения. При вторичной — на почве какого основного страдания
Септицемия, пиемия	При каком основном страдании — возникла септицемия
Туберкулез	Легких, костей, мозговых оболочек, милиарный
Уремия	При каком заболевании возникла: остром воспалении почек, на почве отравления сулемой и т. п.
Асцит, водянка, отек легких, отечная болезнь, судороги, конвульсии, атрофия, астения, истощение, кровотечение, геморрагия и т. д.	Следует воздерживаться от употребления этих или подобных терминов. При обозначении их следует указать название болезни, на почве которой возникли эти симптомы

Важным является вопрос о множественных диагнозах, когда врач должен решить, какой из приведенных диагнозов является основным. Международными статистическими организациями установлены правила предпочтения

диагноза в случае их множественности. Так, например, если приведены два диагноза — корь и воспаление легких, то необходимо, согласно этим правилам, предпочесть корь; если аппендицит и перитонит — предпочесть аппендицит, т. е. основным следует считать заболевание, являющееся причиной осложнения. Если имеются два самостоятельных заболевания, то при определении причины смерти предпочтение необходимо отдать более тяжелому. Например, в случае рака и воспаления легких, основным заболеванием следует считать рак, при циррозе печени и эмфиземе легких — цирроз печени, при перикардите и аппендиците — перикардит. Инфекционным эпидемическим заболеваниям отдается предпочтение перед неинфекционными: например, при скарлатине и желчных камнях причиной смерти считают скарлатину; при брюшном тифе и диабете — брюшной тиф. Острым болезням отдают предпочтение перед хроническими: например, при язве желудка и пневмонии причиной смерти считают пневмонию. Насильственную смерть всегда считают основной причиной смерти.

Рассмотрим некоторые данные статистики причин смерти. Как мы уже указывали, статистика причин смерти является в капиталистических странах основным методом изучения заболеваемости населения. Причинами смерти, определяющими уровень смертности, в этих странах считают: болезни инфекционные (в частности, туберкулез), пневмонию, диарею и энтерит, болезни сердца и сосудов, злокачественные новообразования.

Однако в зависимости от санитарного уровня страны, от типа воспроизводства населения уровень и удельный вес этих причин смерти весьма различны.

С этой точки показательно сравнение двух американских стран: США и Колумбии (табл. 14 и 15).

В США — стране с высоким санитарно-техническим уровнем и средним уровнем рождаемости (23,5‰), низкой общей (9,6‰) и детской (29‰) смертностью — среди причин смерти преобладают болезни пожилого возраста, болезни сердца и сосудов, рак, составлявшие вместе в 1948 г. около половины всех причин смерти.

В Колумбии — аграрной стране с высокой рождаемостью (36,7‰), высокой общей (14,2‰) и детской (124‰) смертностью — на первом месте стоят болезни инфекционные и паразитарные, а также болезни,

Основные причины смерти в США в 1948 и 1900 гг.¹

№ п/п	Причина смерти	Смертность на 100 000 населения	В % ко всем причинам смерти
1948 г.			
	Все причины	989	100,0
1	Болезни сердца	323	32,4
2	Рак	135	13,7
3	Кровоизлияния в мозг	90	9,1
4	Несчастные случаи	67	6,8
5	Воспаление почек	53	5,4
6	Воспаление легких и грипп (инфлюэнца)	39	3,9
7	Туберкулез	30	3,0
8	Преждевременные роды	27	2,6
9	Сахарная болезнь	26	2,6
10	Артериосклероз	19	1,9
	Итого 10 причин . . .	809	81,5
1900 г.			
	Все причины	1719	100,0
1	Воспаление легких и грипп (инфлюэнца)	202	11,8
2	Туберкулез	194	11,3
3	Поносы и энтерит	143	8,3
4	Болезни сердца	137	8,0
5	Кровоизлияния в мозг	107	6,2
6	Воспаление почек	89	5,2
7	Несчастные случаи	72	4,2
8	Рак	64	3,7
9	Дифтерия	40	2,3
10	Менингит	34	2,0
	Итого 10 причин . . .	1082	63,0

¹ Louis I. Dublin, The facts of life from birth to death, New York, 1951, p. 105.

Таблица 15

Основные причины смерти в Колумбии в 1950 г.¹

№ п/п	Причина смерти	Смертность на 100 000 населения	В % ко всем причинам смерти
	Все причины	1420	100
1	Болезни инфекционные и паразитарные (в том числе туберкулез)	182 (44)	14,2 (3,1)
2	Пневмония и бронхит	175	12,3
3	Диаррея и энтерит	128	9,0
4	Болезни сердца	65	4,5
5	Авитаминоз, общие болезни и отравления	60	4,2
6	Врожденная слабость, пороки развития, недоношенность	50	3,5
7	Нефрит	33	2,3
8	Злокачественные новообразования	32	2,2
9	Старость	31	2,1
10	Убийства	29	2,0
	Итого 10 причин	785	56,3

связанные с ранним детством (пневмония, диаррея и энтерит, врожденная слабость и т. п.).

Интересно отметить, что полвека назад в 1900 г. в США положение было аналогично современному положению в Колумбии. Тогда и в США воспаление легких, поносы были на первых местах среди причин смерти, а рак — на последних.

У детей до 1 года можно также отметить два типа структуры причин смерти.

Для иллюстрации сопоставим причины смерти детей до 1 года в двух странах — в Швеции, принадлежащей к странам с самой низкой детской смертностью (в 1950 г. — 20,9‰), и в Чили, относящейся к странам с самой высокой детской смертностью (в 1950 г. — 153‰).

В Швеции в 1950 г. смертность от инфекционных болезней, пневмонии и желудочно-кишечных заболеваний была весьма низка; преобладающими причинами смерти были врожденные пороки развития и болезни новорожденных (табл. 16).

¹ Annual epidemiological and vital statistics, 1950. World Health Organization, Geneva, 1953.

Причины детской смертности в 1950 г.¹

Причины смерти по международной сокращенной номенклатуре 1948 г.	Швеция		Чили	
	на 1000 родившихся	в % к итогу	на 1000 родившихся	в % к итогу
Все причины	20,9	100,0	153,0	100,0
Врожденные пороки развития и болезни новорожденных	16,6	79,4	81,0	52,9
Острые инфекции (корь, коклюш, дифтерия, грипп)	0,16	0,74	2,27	1,48
Хронические инфекции (туберкулез и сифилис)	0,05	0,23	2,16	1,41
Пневмония	2,01	9,61	3,3	2,16
Болезни органов пищеварения	0,46	2,2	12,8	8,36

В целом детская смертность в Чили в 7,3 раза выше детской смертности в Швеции. По отдельным причинам смерти соотношения показателей в этих странах имеют существенные различия. Больше всего детская смертность в Чили превышает детскую смертность в Швеции по инфекционным болезням — в 20 с лишним раз и по болезням органов пищеварения — в 27 раз, значительно меньше по болезням новорожденных — в 5 раз и по пневмонии — в 1,6 раза.

Основную роль среди причин детской смертности в Швеции играют врожденные пороки развития и болезни новорожденных (79%¹ всех причин смерти), а болезни органов пищеварения составляют всего 2,2% причин смерти. В Чили врожденные пороки развития и болезни новорожденных составляют 52,9%¹ всех причин смерти, болезни органов пищеварения — 8,4%; значительно больше в Чили среди причин детской смертности удельный вес инфекционных болезней.

Что касается динамики уровня причин смерти, то в этом отношении типичны данные Балтимора (табл. 17).

Мы видим, что за 10 лет детская смертность снизилась в Балтиморе больше чем вдвое. Из причин детской смертности больше всего снизилась смертность от инфекционных болезней и недоношенности, снизилась она также и

¹ Составлена по данным Ежегодника эпидемиологической и демографической статистики Всемирной организации здравоохранения. Женева, 1953.

Таблица 17

Причины детской смертности в Балтиморе в 1939 и 1949 гг. (на 1000 родившихся) ¹

Причина смерти	1939 г.	1949 г.
Инфекционные болезни	33,12	5,4
Врожденные уродства	5,08	4,37
Недоношенность	20,54	10,37
Родовая травма	4,15	4,33
Прочие причины	9,47	6,79
Итого	72,86	31,26

от «прочих причин», в том числе от поносов и энтерита, но не снизилась, а даже несколько повысилась смертность от родовых травм.

Как мы уже указывали в предыдущей лекции ², характерной чертой детской смертности в капиталистических странах является зависимость ее уровня от социального положения родителей.

Примером могут служить следующие данные (табл. 18).

Таблица 18

Мертворождаемость и детская смертность в Англии в 1949 г. в зависимости от социального положения родителей (на 1000 родившихся) ³

Принадлежность отца к социальной группе	Мертворожденные	Смертность	
		в первый месяц жизни	в первый год жизни
Специалисты	15,7	12,8	4,9
«Средние классы»	20,0	14,0	6,0
Квалифицированные рабочие	21,1	16,0	10,6
Полуквалифицированные рабочие	22,6	18,4	14,4
Неквалифицированные рабочие	25,7	19,2	17,4

¹ S. A. Silber, Maternal and child health program. Journ. of Am. Med. Ass., 1951, v. 147, N. 15, pp. 1416—1418.

² Б. Я. Смуглевич. Статистика населения М., 1956.

³ C. Daly, J. A. Heady, J. V. Morris. The effect of mothers age and parity on social class differences in infant mortality. Lancet, 1955, N. 6811, p. 445—448.

По данным Логана¹, детская смертность у бедных в 3,5—5,2 раза выше, чем у зажиточных. Что касается социальных различий в уровне смертности детей от отдельных причин, то при коклюше у зажиточных она равна 20, у бедных — 173, при гастроэнтерите соответственно — 28 и 183, при пневмонии — 36 и 176, при врожденных пороках — 80 и 109, при болезнях крови — 90 и 108. Таким образом, при врожденных пороках и болезнях крови социальные различия детской смертности сравнительно незначительны, а в большинстве причин смерти они весьма велики: у бедных смертность при пневмонии в 4,9 раза, при гастроэнтерите — в 6,5 раза, при коклюше — в 8,6 раза больше, чем у зажиточных.

Более высокая смертность угнетенных народов, характерная для капитализма, находит яркое выражение в отдельных причинах смерти (табл. 19).

Таблица 19

Смертность в США среди негров и белых в 1940 г.²

Болезнь	Смертность на 100 000 жителей		У негров больше
	у белых	у негров	
Болезни сердца	290,4	354,3	В 1,7 раза
Нефрит	75,9	173,5	" 2,3 "
Сосудистые изменения в мозгу	86,9	163,7	" 1,9 "
Грипп и пневмония	63,6	145,2	" 2,3 "
Туберкулез	35,4	138,1	" 3,9 "
Сифилис	9,3	64,6	" 6,9 "
Пеллагра :	1,1	8,6	" 7,7 "
Малярия	0,7	6,2	" 9,5 "
Тиф и паратиф	0,9	3,4	" 3,9 "

Мы видим, что различия в смертности белых и негров весьма значительны, они доходят до десятикратного превышения (при малярии). Конечно, речь идет о социальных, а не о расовых различиях.

Приведем минимальные и максимальные цифры смертности от ряда причин, преодоление которых в на-

¹ В. П. Д. Логан. Изменения в смертности в зависимости от социальных классов. Британский журнал предупредительной и социальной медицины, 1954, т. 8, № 3, стр. 128—137.

² Public health reports. 1951, v. 66, N. 10, p. 295—305.

стоящее время вполне доступно медицинской науке. Эти цифры показывают, сколь велики различия между странами капиталистического мира в пользовании благами цивилизации (табл. 20).

Таблица 20

Минимальные и максимальные показатели смертности от некоторых причин в городах капиталистических стран на 100 000 населения в 1950 г.¹

Минимальные		Максимальные	
Тиф и паратифы			
Лондон (Англия)	0	Колombo (Цейлон)	34,5
Осло (Норвегия)	0	Бомбей (Индия)	22,4
Коклюш			
Осло (Норвегия)	0	Сан-Сальвадор	20,4
Стокгольм (Швеция)	0,1	Богота (Колумбия)	12,6
Дифтерия			
Копенгаген (Дания)	0	Бейрут (Ливан)	18,9
Лондон (Англия)	0,1	Колombo (Цейлон)	15,0
Корь			
Осло (Норвегия)	0	Тунис	59,8
Стокгольм (Швеция)	0	Манилла (Филиппины)	20,7
Бронхопневмония и пневмония			
Цюрих (Швейцария)	17,1	Бомбей (Индия)	429,5
Амстердам (Голландия)	19,6	Мексика	319,9
Туберкулез (все формы)			
Гаага (Голландия)	13,8	Лиссабон (Португалия)	272,5
Торонто (Канада)	13,8	Колombo (Цейлон)	268,1

¹ Annual epidemiological and vital statistics, 1950. World Health Organisation, Geneva; 1953.

Однако в странах, освободившихся от гнета империализма, прилагаются все усилия для предоставления широким трудящимся массам благ цивилизации, в том числе медицинской помощи. Так, например, за несколько

лет, прошедших с тех пор как Индия обрела независимость, забота о здоровье народа национального правительства Индии дала весьма ощутимые результаты: смертность снизилась на 1000 населения с 19,5 в 1947 г. до 13,2 в 1954 г.

6. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Каждый из описанных выше методов определения здоровья населения имеет свои особенности и познавательную ценность.

Общая заболеваемость и причины смерти

Как уже указывалось, в капиталистических странах основным методом для характеристики здоровья населения является статистика смертности и ее причин.

Многочисленными работами советских статистиков доказано, что статистика причин смерти не дает правильного отражения состояния здоровья населения.

Так, например, одновременное исследование заболеваемости и причин смерти населения городов и местечек Белоруссии показало следующее (табл. 21).

Из табл. 21 видно, что пять основных причин смерти: воспаление легких, туберкулез, болезни сердца и органов кровообращения, скарлатина, злокачественные опухоли составляли в приведенном примере около половины всех причин смерти, тогда как среди всех заболеваний (обращений) они играли незначительную роль, составляя в сумме всего несколько более 6% всех заболеваний (обращений). И наоборот, пять основных групп в составе заболеваемости (обращаемости) — болезни кожи, бронхиты, болезни органов зрения, болезни общего расстройства питания, грипп — совсем не находят или находят весьма незначительное отражение среди причин смерти. В то время как указанные заболевания составляли 35,5% всех заболеваний (обращений), среди причин смерти они составляли всего 1,5%.

Аналогичные данные получены в Москве в 1926 г. Воспаление легких, туберкулез, заболевания сердечно-сосудистой системы, злокачественные новообразования, болезни нервной системы, желудочно-кишечные заболевания

Таблица 21

Структура заболеваемости и причин смерти в городах и местечках БССР в 1925 г. в ‰ к итогу

Болезни (номенклатура 1924 г.)	Причины смерти	Заболевания (обращения)
А. Болезни, преобладающие среди причин смерти		
1. Воспаление легких	145,3	5,2
2. Туберкулез	126,9	36,9
3. Болезни сердца и органов кровообращения	85,5	17,1
4. Скарлатина	50,2	4,1
5. Злокачественные новообразования	36,6	0,8
Итого	444,5	64,1
Б. Болезни, преобладающие среди причин обращаемости		
1. Болезни кожи	4,2	112,0
2. Бронхит	—	75,2
3. Болезни органов зрения	—	63,9
4. Болезни расстройств питания и обмена веществ	8,8	63,4
5. Грипп	1,9	40,5
Итого	14,9	355,0

и врожденные пороки развития составили 52% всех причин смерти и вместе с тем всего 17% заболеваний (обращений). Наоборот, болезни кожи, грипп, болезни глаз, общие болезни (исключая злокачественные новообразования), болезни мочеполовых органов, болезни органов движения составляли около 50% всех заболеваний (обращений), а среди причин смерти — всего около 4%.

Еще значительнее различия в отдельных возрастных группах. В каждой возрастной группе мы наблюдаем определенное ограниченное число болезней, имеющих решающее значение для уровня смертности данного возраста. Большое же число болезней, которые характеризуют патологическую картину данного возраста и в большой степени обуславливают его здоровье и трудоспособность, не находят отражения среди причин смерти.

Приведенные данные нашли подтверждение в ряде последующих работ Л. А. Брушлинской (Москва), В. И. Величина (Свердловск) и др.

Сказанное не уменьшает значения статистики причин смерти как весьма важного дополнительного метода определения заболеваемости населения, который, освещая заболеваемость с летальным исходом, выявляет наиболее серьезные по своим последствиям заболевания. Следует, однако, иметь в виду, что чем ниже смертность, чем большую роль в заболеваемости населения играют болезни с низкой летальностью, тем меньше статистика причин смерти отражает здоровье населения, тем острее потребность в изучении заболеваемости.

Пеллер в докладе на Международном демографическом конгрессе в 1954 г. указал, что душевные болезни составляют лишь 0,03% всех причин смерти в США, в то время как на больных душевными болезнями расходуется около половины всего госпитального фонда США.

Особенности заболеваемости и причин смерти в различных возрастно-половых группах отражены в табл. 22 и 23. Эти данные характерны для города со средним уровнем смертности в тридцатые годы. Хотя с тех пор изменилась структура заболеваемости и особенно структура причин смерти¹, приведенное сопоставление не потеряло познавательного значения.

Структура заболеваемости (обращаемости) по возрастно-половым группам характеризовалась следующими особенностями.

В первые два года жизни основными причинами обращаемости детей обоего пола за медицинской помощью были грипп, детские инфекции и желудочно-кишечные заболевания. В возрасте 3—7 лет главными причинами обращаемости мальчиков и девочек были наряду с гриппом отиты и конъюнктивиты.

На протяжении большого возрастного периода 8—39 лет мужчины обращались за медицинской помощью главным образом по поводу гриппа, травм и гнойничковых

¹ Так, например, среди причин смерти детей до года на первом месте стоят болезни органов дыхания, в том числе воспаления легких, на втором — паразитарные и инфекционные болезни, на третьем — болезни органов пищеварения, на четвертом — болезни новорожденных, на пятом — врожденные пороки развития (Медицинский работник, 11/IX 1956 г.).

Структура заболеваемости (обращаемости) по возрастам (группы заболеваний в процентах к итогу по каждому возрасту)

Возрастные группы	Болезни					Новообразованные	Кожные органы	Болезни половых органов		
	Острые инфекции	Хронические инфекции	Травмы	Болезни						
				нервной системы	органов пищеварения				органов дыхания	органов кровообращения
Мужчины										
0-2 года	46,2	1,5	1,9	8,5	14,0	12,6	0,9	0,1	5,5	0,3
3-7 лет	44,3	4,8	7,6	10,3	6,5	8,9	1,3	0,1	8,6	0,4
8-14 »	36,3	5,9	13,1	9,2	6,9	6,2	1,3	0,2	11,8	0,2
15-17 »	22,1	3,4	27,9	2,0	8,4	6,3	1,2	0,3	15,2	0,2
18-19 »	21,3	3,3	24,9	8,2	9,0	9,0	1,4	0,5	16,6	0,2
20-29 »	17,4	5,6	22,1	4,1	9,7	6,6	2,4	0,9	15,6	0,4
30-39 »	14,6	5,4	19,0	9,0	13,3	6,2	3,8	0,7	14,0	0,4
40-49 »	12,4	5,4	15,1	11,8	12,5	6,0	6,9	1,1	12,0	0,3
50-59 »	9,9	5,2	12,4	14,9	11,1	6,3	13,2	1,8	10,8	0,4
60 лет и старше	7,8	3,0	10,3	18,2	9,1	6,4	20,7	3,2	9,1	1,0
Женщины										
0-2 года	48,0	1,5	2,1	9,0	13,2	11,2	1,0	0,1	5,6	0,1
3-7 лет	46,5	4,6	5,7	11,0	6,2	8,7	1,1	0,1	8,8	0,1
8-14 »	40,6	6,5	6,1	10,4	7,0	6,8	1,4	0,2	12,1	0,1
15-17 »	26,7	4,1	10,8	11,5	10,8	8,1	1,5	0,4	17,8	0,7
18-19 »	24,7	3,2	11,7	8,9	12,3	9,0	1,8	0,4	16,8	2,3
20-29 »	19,1	4,0	9,0	8,3	10,3	7,4	2,1	0,8	13,3	7,8
30-39 »	14,0	3,5	7,8	7,4	11,1	6,4	4,7	1,4	9,8	8,9
40-49 »	13,6	3,7	8,7	9,1	10,3	7,0	9,1	2,8	9,8	7,7
50-59 »	10,8	2,7	9,5	15,2	10,7	6,2	15,2	2,7	7,8	3,9
60 лет и старше	7,3	1,6	9,3	19,3	8,0	5,8	23,0	3,7	8,1	1,2

Структура причин смерти по возрастам (в процентах к итогу по каждому возрасту)

Возрастные группы	Острые инфекции	Хронические инфекции	Травмы	Болезни				
				нервной системы	органов пищеварения	органов дыхания	органов кровообращения	новообразования
Мужчины								
0—2 года	31,5	—	—	—	13,9	28,9	—	—
3—7 лет	21,5	17,7	34,4	—	—	5,0	—	—
8—14 »	9,7	13,0	57,4	—	—	—	—	—
15—17 »	5,7	18,2	38,2	—	—	—	—	—
18—19 »	3,9	31,9	20,2	—	—	7,3	—	—
20—29 »	4,1	38,4	20,0	—	—	4,3	—	—
30—39 »	—	34,3	14,1	—	5,4	5,9	6,5	5,9
40—49 »	—	28,9	9,4	4,0	6,1	6,2	13,4	12,8
50—59 »	—	18,9	—	10,0	5,2	6,3	22,1	19,5
60 лет и старше	—	8,4	—	15,7	—	6,9	34,8	18,7
Женщины								
0—2 года	31,2	—	—	—	15,7	28,7	—	—
3—7 лет	22,4	33,2	19,6	—	—	4,6	—	—
8—14 »	7,2	37,0	24,3	—	—	—	—	—
15—17 »	8,8	42,1	21,6	—	—	—	—	—
18—19 »	3,7	45,2	20,5	—	—	6,5	—	5,7
20—29 »	—	39,6	13,7	—	—	3,4	4,7	5,7
30—39 »	—	32,5	9,9	—	4,4	5,1	6,8	15,8
40—49 »	—	21,6	7,2	10,3	3,8	5,2	13,0	26,6
50—59 »	—	11,6	—	15,4	4,3	5,8	17,3	31,9
60 лет и старше	—	2,9	—	21,8	—	6,1	39,1	12,5

заболеваний кожи, причем с 15 лет травмы занимают первое место. Однако с возрастом удельный вес этих трех причин обрабатываемости уменьшается. Вместо них увеличивается удельный вес других заболеваний: органов пищеварения, дыхания, органов чувств. В 40—49 лет болезни органов пищеварения занимают второе после травм место.

На протяжении возрастного периода 8—29 лет у женщин первые два места занимали грипп и гнойничковые заболевания. Болезни органов пищеварения заняли у женщин второе место уже в возрасте 30—39 лет. В возрасте 20—49 лет заметную роль у женщин играют болезни половых органов.

С 50 лет в структуре заболеваемости как у мужчин, так и у женщин первое место занимают болезни органов кровообращения, занявшие заметное место уже в 40—49 лет, особенно у женщин; остальные причины обращаемости распределяются довольно равномерно между травмами, желудочно-кишечными заболеваниями, болезнями кожи, гриппом, болезнями нервной системы и органов дыхания.

Как видно из табл. 23, в структуре причин смерти можно отметить следующие возрастные особенности.

В первые два года жизни основными причинами смерти являлись дизентерия, детские инфекции и воспаление легких. В возрасте от 3 до 7 лет главными причинами смерти являлись травмы, детские инфекции и туберкулез.

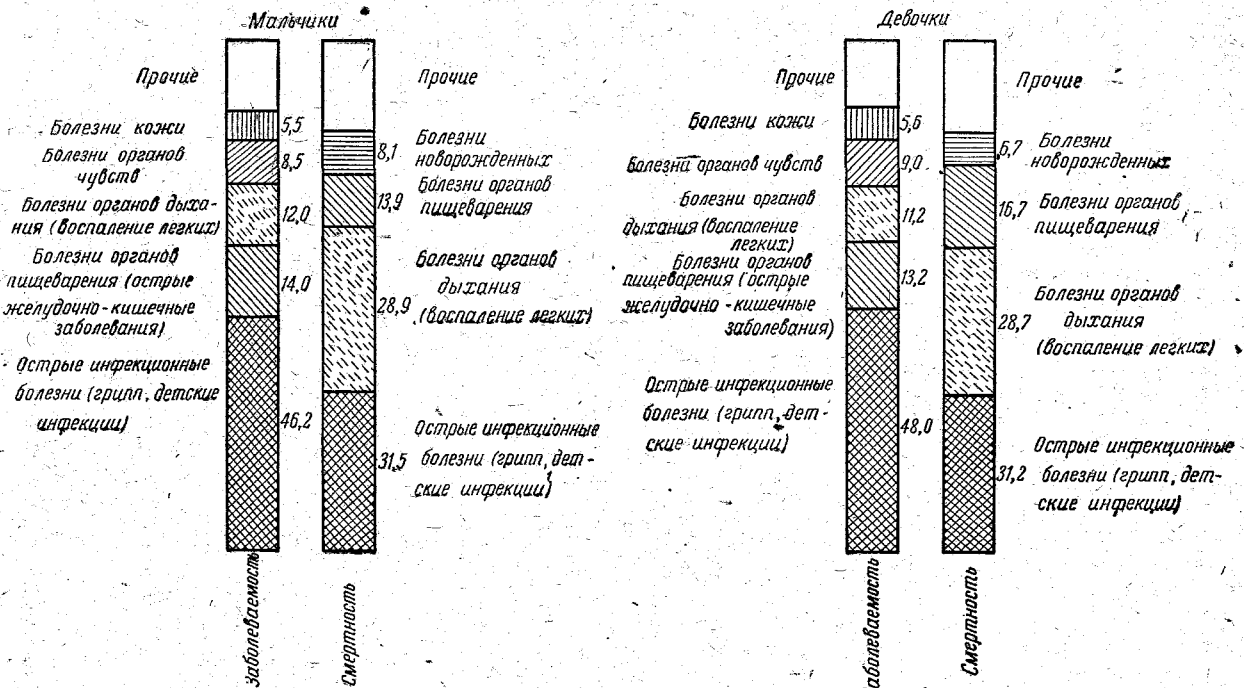
На большом возрастном промежутке 8—39 лет первые два места среди причин смерти занимали травмы и туберкулез, причем с возрастом роль травм уменьшается, а роль туберкулеза возрастает.

С 40 лет в качестве причин смерти наибольшую роль начинают играть болезни органов кровообращения и новообразования, а после 50 лет эти болезни являются главными причинами смерти.

Основные различия в причинах смерти между мужчинами и женщинами заключаются в следующем: у мужчин большую роль играет травма; у женщин — туберкулез; у женщин новообразования как причина смерти появляются раньше и удельный вес их выше; у женщин в возрасте 20—39 лет причиной смерти служат также аборты.

Для наглядного сравнения структуры заболеваемости со структурой причин смерти по отдельным возрастным группам могут служить диаграммы (рис. 1—10).

Мы видим, что на протяжении всех возрастов основную роль в заболеваемости (обращаемости) играют грипп, включая и катары верхних дыхательных путей, травмы, гнойничковые заболевания кожи, желудочно-кишечные заболевания, конъюнктивиты, отиты. В детском возрасте, кроме того, значительную роль играют детские инфекции, а у людей пожилого возраста — болезни органов кровообращения. В подавляющем большинстве случаев речь идет об обращаемости в поликлинические учреждения с легкими быстро проходящими заболеваниями, являющимися результатом санитарных дефектов в



Здесь и дальше в скобках указаны основные нозологические формы, преобладающие в составе данного класса болезней

Рис. 1. Структура заболеваемости (обращаемости) и причин смерти детей до 3 лет в процентах к итогу.

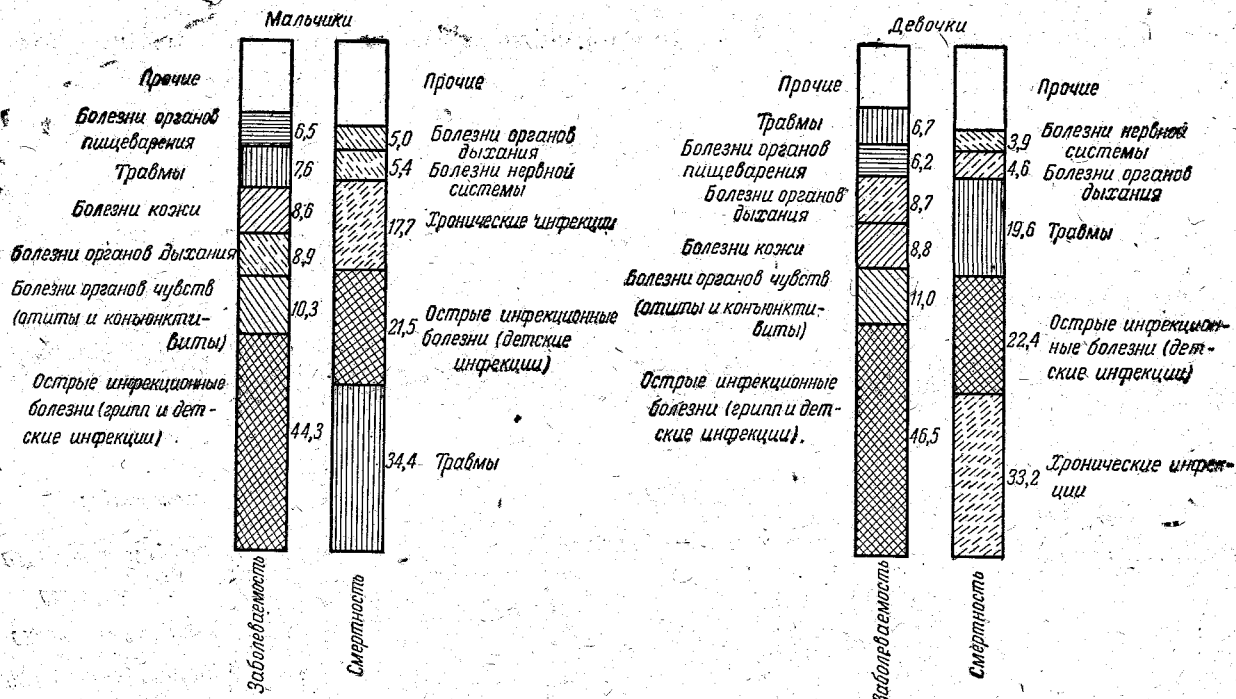


Рис. 2. Структура заболеваемости (обращаемости) и причин смерти детей от 3 до 7 лет в процентах к итогу.

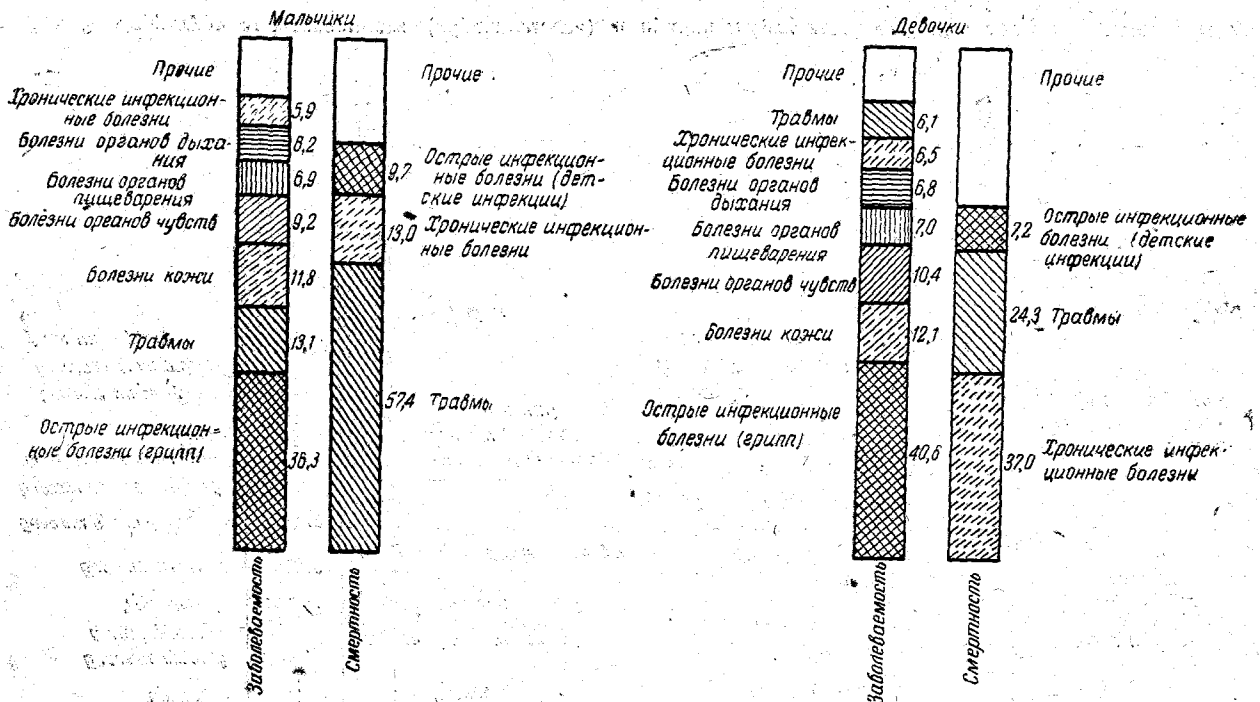


Рис. 3. Структура заболеваемости (обращаемости) и причин смерти детей от 8 до 14 лет в процентах к итогу.

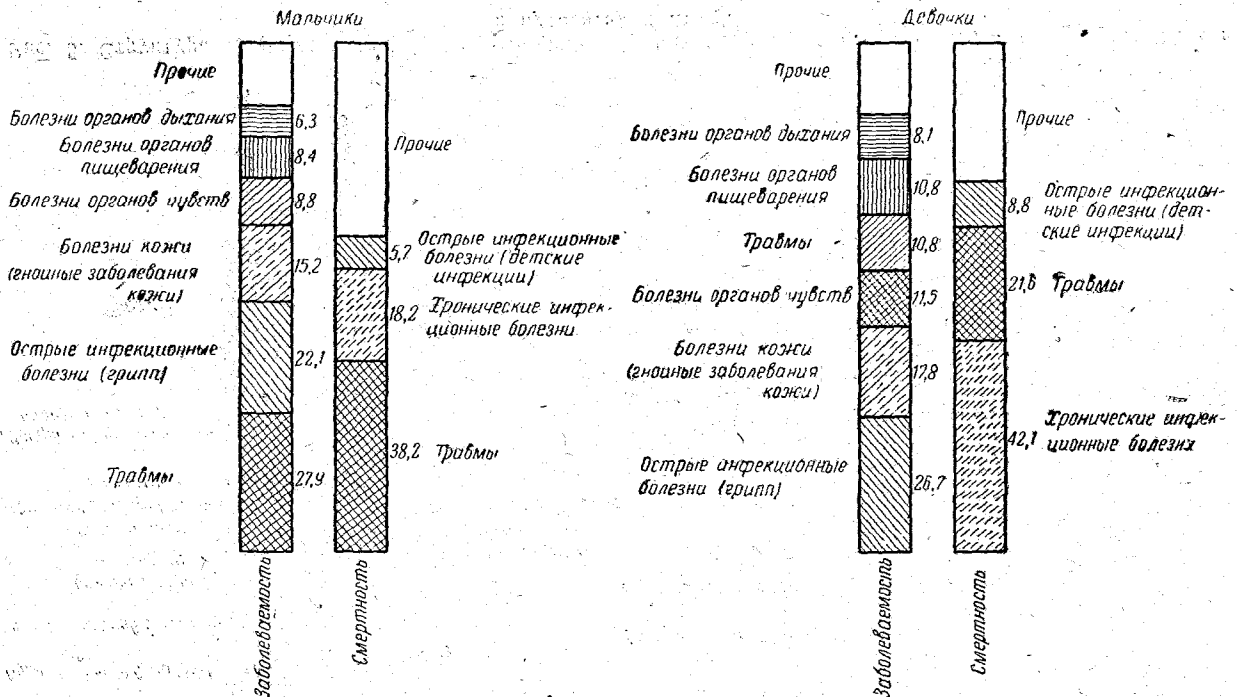


Рис. 4. Структура заболеваемости (обращаемости) и причин смерти подростков от 15 до 17 лет в процентах к итогу.

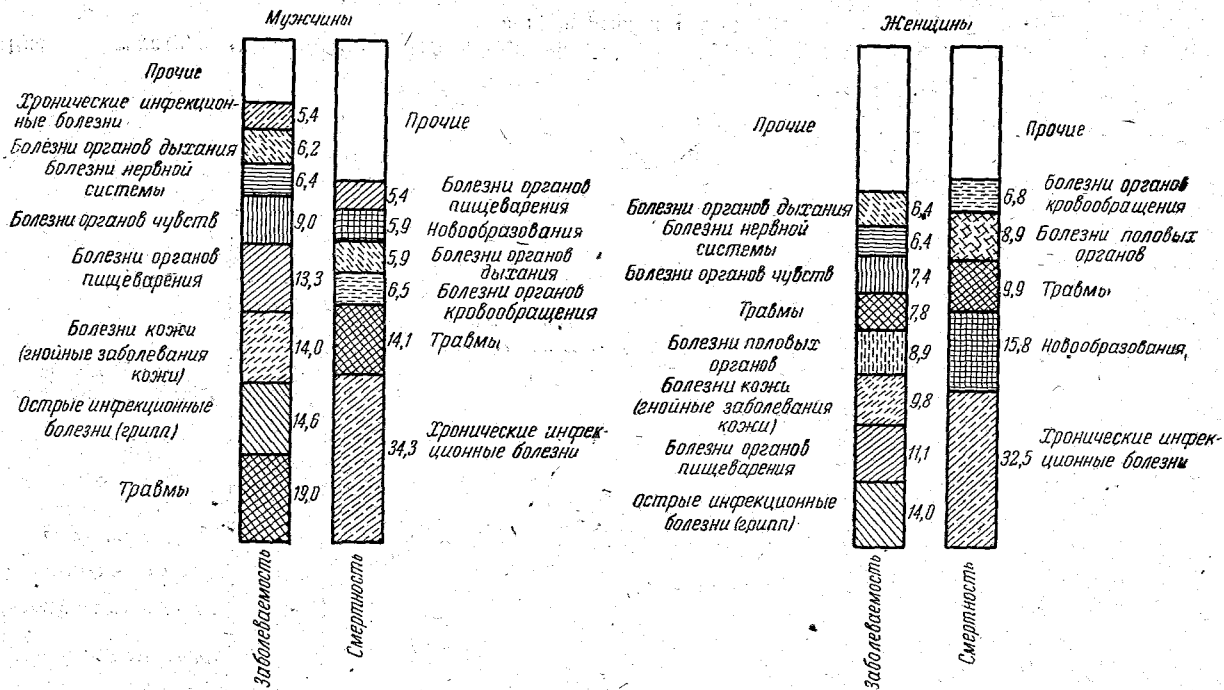


Рис. 7. Структура заболеваемости (обращаемости) и причин смерти населения в возрасте от 30 до 39 лет в процентах к итогу.

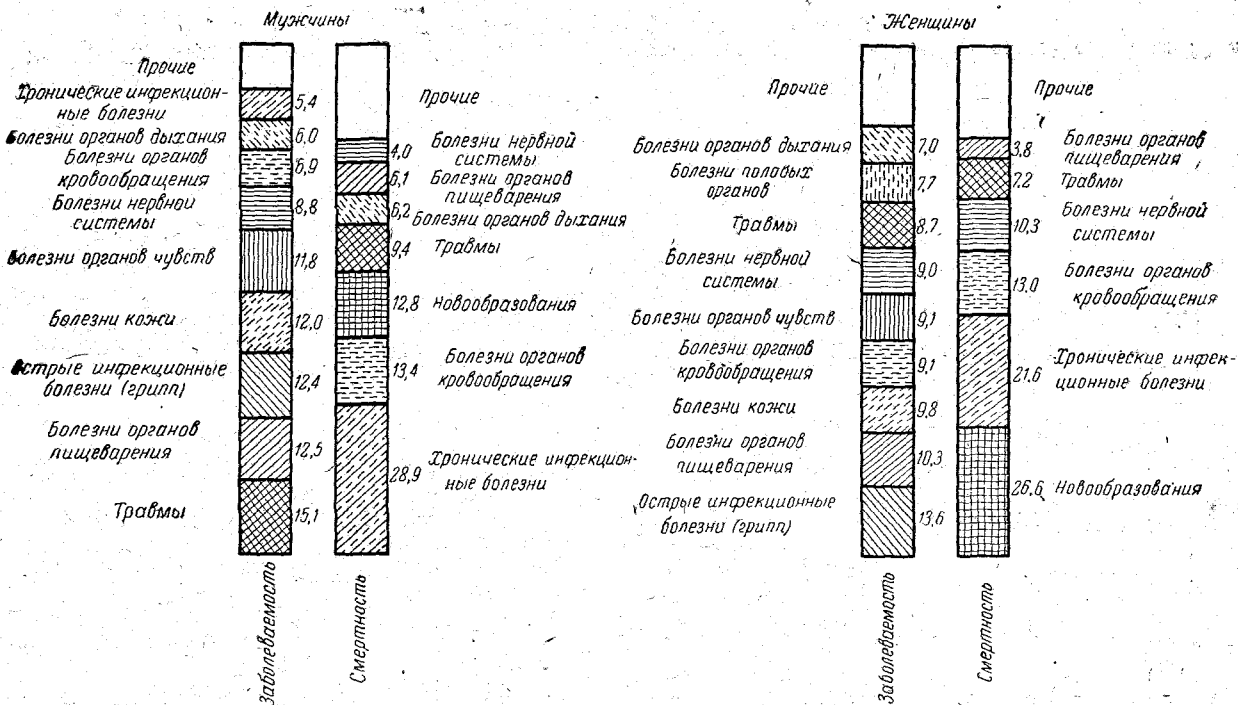


Рис. 8. Структура заболеваемости (обращаемости) и причин смерти населения в возрасте от 40 до 49 лет в процентах к итогу.

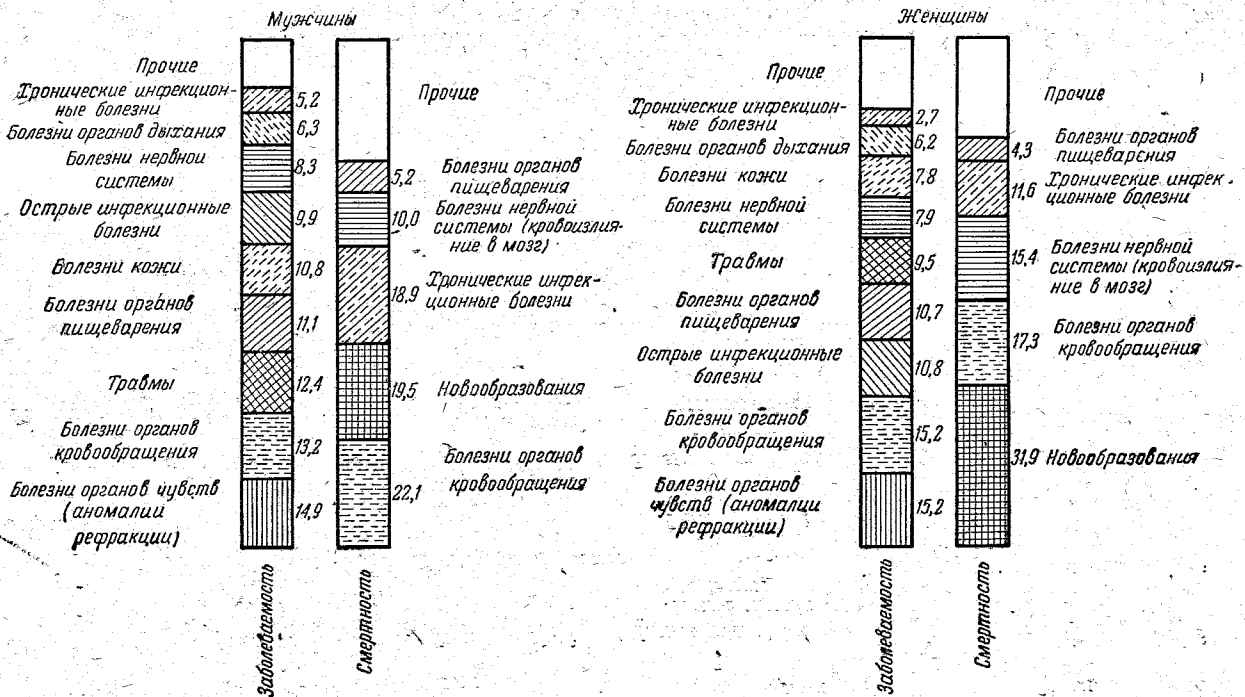


Рис. 9. Структура заболеваемости (обращаемости) и причин смерти населения в возрасте от 50 до 59 лет в процентах к итогу.

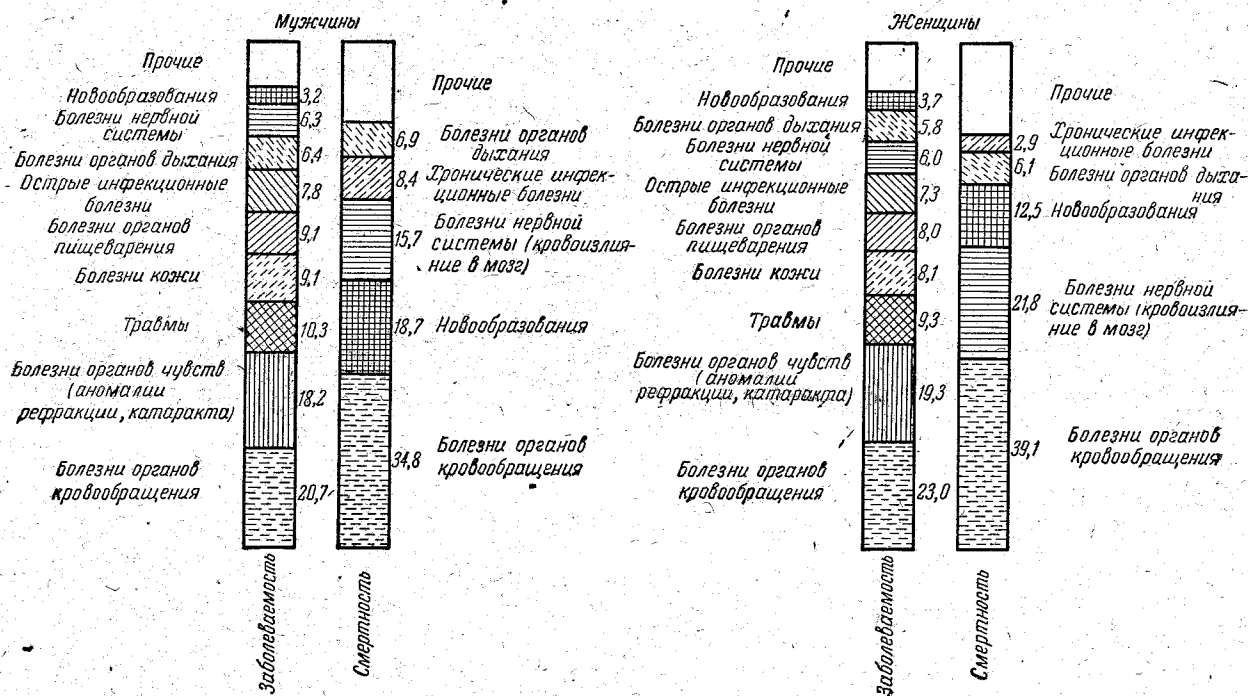


Рис. 10. Структура заболеваемости (обращаемости) и причин смерти населения в возрасте 60 лет и старше в процентах к итогу

условиях труда и быта. Динамика этих заболеваний является важным показателем санитарного состояния и необходимых профилактических мероприятий.

Что касается причин смерти, то здесь имеет место сравнительно ограниченное число более серьезных заболеваний. В детстве это желудочно-кишечные заболевания, детские инфекции, воспаление легких, в юном и среднем возрасте — травмы и туберкулез, в пожилом возрасте — болезни органов кровообращения и новообразования.

Борьба с этими болезнями имеет важнейшее значение для prolongации человеческой жизни.

Общая заболеваемость и заболеваемость с временной утратой трудоспособности

Как показывают многочисленные исследования заболеваемости с временной утратой трудоспособности, последняя в значительно большей степени отражает общую заболеваемость, чем статистика причин смерти. Тем не менее было бы неправильно делать прямые выводы из данных о заболеваемости с потерей трудоспособности об общей заболеваемости, так как не все заболевания и не в одинаковой степени влекут за собой потерю трудоспособности. Кроме того, статистике общей и заболеваемости с потерей трудоспособности присущи методические особенности.

Как было указано выше, в случаях длительно протекающих заболеваний каждое новое обострение заболевания, сопровождаемое потерей трудоспособности, учитывается как новый случай утраты трудоспособности, в то время как в статистике общей заболеваемости (общае-мости) случай заболевания регистрируется один раз в году независимо от числа обострений. Сопоставление данных об общей заболеваемости с данными о заболеваемости с временной утратой трудоспособности представляет значительный научный и практический интерес для характеристики заболеваемости рабочих.

Большая работа такого рода была проведена в свое время Украинским государственным институтом рабочей медицины. В работе «Заболеваемость харьковских рабочих в 1923—1924 гг.», изданной в 1926 г. под редакцией

Э. М. Когана, приводятся следующие сравнительные данные об общей заболеваемости и обращаемости застрахованного населения за медицинской помощью и об его заболеваемости с временной утратой трудоспособности (табл. 24).

Таблица 24

Заболевание	На 100 застрахованных		На 100 заболеваний приходится заболеваний с утратой трудоспособности
	всего заболеваний	заболеваний с утратой трудоспособности	
Туберкулез	16,2	7,4	45,6
Травмы	14,0	4,8	37,2
Малокровие	16,1	1,5	9,3
Болезни нервной системы	18,7	3,3	17,7
Болезни органов обоняния и дыхания	15,8	3,7	23,4
Болезни кровеносной и лимфатической системы	18,9	2,1	23,6
Бронхиты	15,7	1,3	22,8
Желудочно-кишечные заболевания	13,0	6,2	47,7
Болезни зубов	23,8	0,9	3,8
Болезни женских половых органов	21,9	17,0	77,8
Болезни органов зрения	14,1	4,3	0,6
Болезни органов слуха	4,2	0,4	8,5
Болезни органов движения	9,9	2,9	29,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	21,3	6,4	30,0

Из табл. 24 видно, что данные статистики заболеваемости с потерей трудоспособности слабо отражают заболевания, обычно не вызывающие потерю трудоспособности. Поэтому заболеваемость с временной утратой трудоспособности по своей структуре отличается от структуры общей заболеваемости (обращаемости). Так, например, болезни зубов, болезни органов зрения и слуха, болезни нервной системы занимают значительно больший удельный вес в структуре общей заболеваемости, чем в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Хронические же заболевания, регистрируемые один раз в течение года, могут дать несколько случаев утраты

трудоспособности за тот же период. Об этом говорит следующее сопоставление заболеваемости без утраты и с утратой трудоспособности. На 100 заболеваний туберкулезом приходилось случаев нетрудоспособности: на Коломенском заводе 172,9, на Люберецком 219,4, на Мытищинском 389,3¹.

То же относится и к рабочим-подросткам. По данным М. С. Бриллиантовой и С. Е. Ильина, относящимся к 1953 г., заболевания с потерей трудоспособности составляли несколько больше 50% всех заболеваний (обращений). Как и у взрослых, у подростков наблюдаются весьма значительные колебания в соотношении заболеваний с потерей и без потери трудоспособности по отдельным формам болезней. Такие заболевания, как ангина, грипп и острые катары верхних дыхательных путей, сопровождаются потерей трудоспособности в 70—80% случаев. Травмы, болезни кожи, болезни нервной системы, болезни органов кровообращения вызывают потерю трудоспособности в 50% случаев, болезни органов слуха — в 20—25% случаев, болезни полости рта и зубов — в 5—6% случаев. Отсюда различие в структуре общей заболеваемости и заболеваемости с потерей трудоспособности. В структуре последней выше удельный вес инфекционных болезней, болезней органов дыхания и пищеварения и, наоборот, ниже удельный вес болезней полости рта и зубов, болезней органов зрения, уха, горла и носа, болезней кожи и травм.

Из вышесказанного следует, что для полной характеристики состояния здоровья и заболеваемости необходимо изучать заболеваемость с потерей трудоспособности в сочетании со статистикой общей заболеваемости.

На этой же точке зрения стоит Ф. Д. Маркузон: «Мы считаем более справедливым то мнение, что исследование вредных условий производства может быть во всей полноте проведено лишь по материалам исчерпанной болезненности как с сохранением, так и с утратой трудоспособности или же по данным массовых обследований состояния здоровья»².

¹ А. Б. Шевелев. Учет и статистика здравоохранения. М., 1936.

² Ф. Д. Маркузон. Метод статистики социального страхования. М., 1928.

Это признают и зарубежные статистики. Так, Майет в работе «Статистика заболеваемости» пишет, что при изучении заболеваемости с потерей трудоспособности весьма желательна тщательная разработка заболеваний с сохранением трудоспособности в тесной связи со статистикой случаев утраты трудоспособности.

Сведения о госпитализированных больных и общая заболеваемость населения

В медицинской литературе капиталистических стран нередко встречаются попытки судить о распространении болезней, об их течении и тяжести на основании сведений о госпитализированных больных. Между тем, как показывают данные советской статистики, эти сведения не позволяют делать выводов об уровне и структуре заболеваемости населения, так как, во-первых, в больницы поступают больные со сравнительно ограниченным числом заболеваний, а во-вторых, число госпитализированных зависит от степени обеспеченности населения стационарной помощью. Так по данным Б. П. Трескуновой в г. Ашхабаде в 1939—1940 гг. имелись следующие существенные отличия структуры данных обращаемости от данных о составе госпитализированных больных (табл. 25).

Таблица 25

Удельный вес заболеваний у амбулаторных и госпитализированных больных

а) Острые инфекции

Группа больных	Дизентерия	Корь	Грипп	Дифтерия	Скарлатина	Рожа	Ангина	Прочие	Всего
Госпитализированные	37,6	15,8	4,7	7,5	6,4	5,8	1,3	10,9	100,0
Амбулаторные	11,9	6,2	47,4	1,3	1,3	1,2	16,2	14,5	100,0

Приведенные в табл. 25 данные подтверждают, что изучение общей заболеваемости населения не может основываться только на сведениях о госпитализированных больных даже в условиях полного удовлетворения потреб-

б) Хронические инфекции

Группа больных	Туберкулез	Малярия	Сифилис	Гонорея	Трахома	Кожные заболевания	Прочие	Всего
Госпитализированные	42,2	31,6	8,6	8,6	4,6	4,0	0,4	100,0
Амбулаторные	15,7	31,5	4,1	13,6	26,1	8,7	0,3	100,0

в) Болезни органов дыхания

Группа больных	Воспаление легких (очаговое и крупозное)	Плеврит	Заболевания полости носа	Бронхиты	Прочие	Всего
Госпитализированные	66,2	12,9	11,7	3,0	6,2	100,0
Амбулаторные	15,8	7,5	15,1	53,3	6,3	100,0

г) Болезни органов пищеварения

Группа больных	Острые гастроэнтероколиты	Аппендицит	Токсическая диспепсия	Болезни печени и желчных путей	Грыжа	Болезни зубов и десен	Прочие	Всего
Госпитализированные	32,2	21,2	10,8	9,7	6,2	0,2	19,7	100,0
Амбулаторные	33,7	2,9	1,8	1,9	0,8	43,4	15,5	100,0

ности в госпитализации. Состав госпитализированных больных весьма слабо отражает ряд заболеваний, имеющих большое значение для здоровья и трудоспособности населения. Так, по указанным данным на 100 больных острыми инфекционными заболеваниями больные гриппом и ангиной составляли среди госпитализированных 6, а среди зарегистрированных в поликлинике — 63,6. На 100 больных хроническими инфекциями больных туберкулезом было среди госпитализированных 42,2, а среди амбулаторных 15,7. На 100 госпитализированных больных с заболеваниями органов дыхания больных бронхитом

было всего 3, а среди больных, обратившихся в амбулаторию, их было 53,3. И, наоборот, как это видно из вышеприведенных данных, ряд заболеваний, составляющих незначительный процент среди причин обращений в поликлинику, занимает большой удельный вес среди причин госпитализации больных, так как требует госпитализации по ряду показаний (тяжесть течения, необходимость изоляции и т. д.).

Л. А. Брушлинская делит заболевания по проценту госпитализации соответствующих больных на три группы:

I. Болезни, при которых госпитализируют небольшую часть больных — до 3% обратившихся; сюда входят грипп, ангина, болезни верхних дыхательных путей, болезни органов зрения, болезни органов слуха, болезни кожи, болезни периферической нервной системы, прочие болезни нервной системы (без органических), болезни костей, сочленений и мышц. Эти заболевания послужили причиной 53% всех обращений; но только около 9% всех госпитализированных было с перечисленными заболеваниями.

II. Болезни, при которых госпитализируют от 3 до 10% обратившихся (средний объем госпитализации); сюда входят болезни сердечной мышцы и пороки клапанов сердца, болезни органов кровообращения (кроме грудной жабы и гипертонии), болезни органов пищеварения (кроме аппендицита, грыжи, токсической диспепсии, болезней печени и желчных путей, диспепсии и острого гастроэнтероколита в детском возрасте); болезни женских половых органов, травмы и отравления, туберкулез костей и суставов, глистные инвазии, корь. Эта часть больных составляла около 28% всех обратившихся и 24—25% всех госпитализированных.

III. Болезни, при которых госпитализация проводится в значительном объеме (более 10% обратившихся); сюда входят новообразования (злокачественные и доброкачественные), гипертоническая болезнь, грудная жаба, воспаление легких, туберкулез органов дыхания, болезни печени и желчных путей, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, аппендицит, дизентерия, токсическая диспепсия, ревматические заболевания, скарлатина. Больные перечисленными болезнями составляли 11—15% всех обратившихся и почти половину (47—49%) всех госпитализированных.

Из этих сопоставлений очевидно, что данные об удельном весе больных различными болезнями среди госпитализированных больных не совпадают со структурой общей заболеваемости; они представляют, однако, большой интерес с точки зрения организации и планирования медицинской сети. В условиях полной обеспеченности населения специализированными койками сопоставление данных об обрабатываемости в поликлинику с данными о госпитализированных больных может дать ценный материал для суждения о потребности в стационарном лечении при различных заболеваниях. Правильно поставленная статистика госпитализированных больных дает возможность судить о тяжести отдельных заболеваний, длительности их лечения, исходах.

Таковы основные источники и методы изучения заболеваемости населения. Советские статистики на основе сравнений разных методов определения здоровья населения уже в 1929 г. на Международном конгрессе по номенклатуре причин смерти (Париж) выдвинули принцип комплексности определения здоровья населения с главным элементом комплекса — статистикой общей заболеваемости.

Таблица 26

Роль туберкулеза как причины заболеваемости, смертности, инвалидности в разных возрастных группах в городах БССР в 1925 г.¹

Названия показателей	Все возрасты	0-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше
Больных туберкулезом (на 100 всех заболеваний)	3,6	3,9	3,8	4,2	3,1	2,3	1,5
Умерших от туберкулеза (на 100 всех умерших)	12,6	8,0	31,4	34,4	24,2	17,6	4,9
Инвалидов по причине туберкулеза (на 100 всех инвалидов)	8,1	52,9	32,7	29,3	12,7	6,0	1,7

¹ Б. Я. Смуглевич. Заболеваемость и смертность населения городов и местечек БССР. Минск, 1928, стр. 287—289.

Сочетание разных методов определения здоровья населения дает возможность комплексного изучения важнейших заболеваний в разных аспектах: с точки зрения их значения как фактора обращаемости в медицинские учреждения, как фактора, снижающего трудоспособность населения, как причины смерти. В табл. 26 приведены сравнительные данные о роли туберкулеза как причины обращаемости, инвалидности и смерти в разных возрастах. Из них видно, что удельный вес туберкулеза в общем составе заболеваемости незначителен, особенно в пожилом и старческом возрасте.

Значительно больше удельный вес туберкулеза как причины смерти и инвалидности: здесь в отдельных возрастных группах туберкулез составляет треть и больше всех причин.

Приведенные данные о роли туберкулеза характерны для определенного периода. В дальнейшем эти данные подвергались изменениям. Так, например, в структуре заболеваемости (обращаемости) Москвы в 1947 г. туберкулез составлял 2,8%, т. е. значительно меньше, чем в приведенном выше примере. Значительно снизился удельный вес туберкулеза среди причин смерти и инвалидности.

7. О СТАТИСТИЧЕСКОМ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ ПРЯМЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Одним из условий перехода к коммунизму является всестороннее физическое и духовное развитие трудящихся. Его обеспечивают рост благосостояния и культуры, забота о здоровье населения.

В связи с этим наряду с усовершенствованием методов косвенного определения здоровья населения на основе статистики заболеваемости и смертности встает задача разработки методов прямого определения здоровья населения.

Уже в настоящее время при обследовании детей и подростков, когда выявляются единичные случаи выраженных заболеваний, изменение их частоты недостаточно определяет динамику здоровья обследуемых. Требуется разработка более совершенных, прямых, а не только косвенных (заболеваемость) методов определения

здоровья, усовершенствование методов определения физического развития населения.

Прямое определение здоровья населения возможно в настоящее время путем: 1) выявления здоровых контингентов при медицинских осмотрах; 2) изучения контингентов, не обращающихся за медицинской помощью; 3) изучения физического развития населения.

Приведенные выше данные о медицинских осмотрах показывают, сколь широко они у нас вошли в практику.

Накапливаются многочисленные врачебные наблюдения, позволяющие характеризовать динамику здоровья прямым образом на основании показателей относительно числа здоровых среди обследуемых коллективов, а также по показателям физического развития. Особенно это касается детско-подросткового населения, применение к которому прямых показателей здоровья наиболее назрело. Ценные данные для исчисления таких показателей содержат материалы диспансерного наблюдения, ибо они представляют синтез текущего наблюдения и одномоментных обследований.

«История развития ребенка», являющаяся основным учетным и медицинским документом для ребенка раннего возраста, поступившего под наблюдение поликлиники, может служить важнейшим источником статистики здоровья детей. В этом документе фиксируются результаты осмотров и все изменения в здоровье и физическом развитии ребенка.

Не менее важным источником данных о здоровье детей могут служить практикуемые в детских поликлиниках этапные эпикризы, представляющие собой углубленное исследование состояния здоровья ребенка.

Все эти материалы, соответствующим образом собранные и обработанные, могут дать не только картину динамики заболеваемости по нозологическим формам и число больных детей, но и число детей, ни разу за определенный период не болевших и не нуждавшихся в медицинской помощи, число здоровых детей, выявленных при медицинских осмотрах, т. е. определить прямые показатели здоровья и их динамику.

Некоторые данные для характеристики взрослого населения, не нуждающегося в медицинской помощи, может дать и статистика обращаемости в поликлиники. При изучении обращаемости по лицам мы получаем, как было

указано выше, число лиц, не обращавшихся за медицинской помощью в течение определенного периода.

Конечно, было бы ошибкой отнести всех не обращающихся в участковую поликлинику к здоровым. Так, например, по нашим материалам 21% не обратившихся в поликлинику в 1950 г. обращались в предыдущие годы по поводу хронических заболеваний. Среди не обращавшихся могут быть лица с начальными формами болезни и лица, не удовлетворенные оказываемой в поликлинике помощью. Но неправильно также относить к больным всех, обратившихся в поликлинику по любому вопросу. По нашим материалам, за 4 изученных нами года значительный процент лиц обратился в поликлинику 1—2 раза по поводу легкой травмы и т. п. Чем доступнее медицинская помощь, тем больше будет удельный вес таких обращений. Таким образом, определение процента здоровых на основе учета не обращавшихся за медицинской помощью требует взвешивающего подхода к оценке статистических данных, а также дополнительных исследований.

Разработка статистики здоровья населения на основе прямых показателей требует серьезного внимания к постановке статистики физического развития различных групп населения. Исследования в этой области приобрели в нашей стране значительный размах. Однако антропометрические характеристики имеют весьма общее выражение и рассматриваются, обычно изолированно от состояния здоровья обследованных лиц; их не увязывают с выяснением влияния общих и специальных лечебно-профилактических мероприятий на физическое развитие. Одной из важнейших и сложнейших задач в области изучения физического развития населения является переход от формальных антропометрических показателей к характеристике функций организма, к увязке антропометрических данных с общеклиническими.

8. ИЗУЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Физическое развитие характеризуется комплексом морфологических и функциональных признаков. Данные о физическом развитии составляют весьма важный элемент характеристики здоровья населения и факторов, его определяющих.

Данные о физическом развитии детей и подростков создают возможность наблюдения за ходом их возрастного развития. Известно, что детский организм развивается неравномерно как в целом, так и в отношении отдельных органов, что в одни периоды происходит интенсивный рост, в другие — некоторое его замедление. Эти колебания возрастного развития отражают сложные эндокринно-обменные процессы. На физическое развитие детей сильно влияют питание, режим, занятия физической культурой, оздоровительные мероприятия и другие факторы внешней среды. Отсюда вытекает важная задача изучения возрастного развития отдельных морфологических признаков. Практически наибольшее значение представляют возрастные изменения роста, веса, окружности груди.

В СССР наблюдение за физическим развитием начинается с момента рождения ребенка — в родильном доме, в дальнейшем оно систематически осуществляется в детской консультации и в яслях, в детских садах и в детских поликлиниках. Затем следует систематическое наблюдение за физическим развитием детей в школах и периодические осмотры рабочих-подростков.

Оценка физического развития взрослого мужского населения производится при призыве в Советскую Армию. Во время пребывания в ее рядах, а также при одновременных и периодических осмотрах специального назначения (врачебный контроль над занимающимися физической культурой и т. п.), осуществляется систематическое наблюдение за физическим развитием.

Таким образом, мы видим непрерывную цепь наблюдения за физическим развитием населения от рождения до 20—25 лет.

Основные признаки физического развития

Основными признаками физического развития служат длина тела (рост стоя), вес тела, окружность груди. Эти признаки являются тем минимумом, без которого невозможно исследование физического развития.

Рост стоя — основной, наиболее достоверный признак физического развития. Для характеристики развития организма в целом большое значение имеет вес. За исключением патологических случаев, превышение веса указывает на относительно большую массу мускулатуры, более

крепкий скелет, лучше развитой подкожный жировой слой. Окружность груди дает представление о емкости грудной клетки, массивности скелета, развитии жирового слоя, грудных и спинных мышц и, что самое важное, о функционировании дыхательного аппарата. Лучшее функционирование дыхательной, кровеносной, мускульной системы связано с лучшим развитием грудной клетки и наоборот. Так, процент лиц, оказавшихся непригодными к военной службе, значительно выше среди слабогрудых. Поэтому показатель окружности грудной клетки приобрел первостепенное значение в характеристике физического развития и является необходимым дополнением к определению веса. Если вес тела определяет развитие и упитанность, то окружность груди дополняет эти данные, выявляя функционирование дыхательного аппарата, а косвенно — сердца и органов кровообращения.

Кроме приведенных трех размеров — роста стоя, веса и окружности груди, существенным дополнительным признаком для характеристики физического развития является рост сидя. Он дает представление о пропорциях тела, без учета которых затруднительна правильная оценка веса: один и тот же вес при одинаковом росте приобретает различное значение в зависимости от того, имеем ли мы дело с длинноногим или коротконогим индивидуумом.

Кроме того, учитывают функциональные признаки: жизненную емкость легких (спирометрия), мышечную силу (динамометрия).

Предпосылкой для научной постановки изучения физического развития является правильная методика собирания и обработки антропометрических материалов. Только точное соблюдение установленных правил гарантирует получение полноценного материала, дающего возможность сравнивать физическое развитие людей, изученное разными лицами и в различных условиях.

Методика антропометрических исследований

Необходимыми условиями правильного собирания и использования данных о физическом развитии являются специальная квалификация персонала, пользование доброкачественным, проверенным инструментарием, единообразие приемов измерения, компетентная разработка и анализ полученных данных.

Для измерения роста стоя и сидя служит станковый деревянный ростомер или металлический складной антропометр (системы Мартина). Взвешивание производят на рычажных весах (типа «Фербенкс»). Окружность грудной клетки измеряют стальной или мягкой сантиметровой лентой в состоянии спокойного дыхания, вдоха и выдоха; ленту проводят у мужчин и детей сзади — под углами лопаток, а спереди — по нижнему краю околососковых кружков; у женщин ленту проводят спереди над молочными железами.

Чтобы использовать полученный антропометрический материал для характеристики физического развития обследованного коллектива, необходимо этот материал правильно статистически обработать.

Можно считать установленным, что для большей убедительности выводов число случаев в каждой группе, получаемой при сочетании ряда признаков (пол, возраст, народность, социальный признак) и подлежащей статистической обработке по антропометрическим признакам, должно быть не меньше 100 человек.

В старых работах по исследованию физического развития авторы ограничивались в большинстве случаев вычислением взвешенной средней арифметической важнейших признаков, что недостаточно для характеристики физического развития. В настоящее время, кроме этого, вычисляется средняя ошибка среднего арифметического, среднее квадратическое отклонение, коэффициент регрессии и сигма регрессии.

При разработке антропометрических данных по возрастным группам для детей до 1 года берется интервал в 1 месяц, для детей от 1 года до 6 лет — интервал в 3 или 6 месяцев, для детей школьного возраста — интервал в один год, к 9-летним детям относят детей от 8½ до 9 лет 5 месяцев 29 дней, к 11-летним относят возрастную группу от 10 с половиной до 11 лет 5 месяцев 29 дней и т. д.

Так как выводы делают о физическом развитии практически здоровых людей, то из обследования исключают лиц с резкими отклонениями в костной системе (кифосколиозы, укорочение конечностей), страдающих рахитом, туберкулезом, ожирением эндокринного порядка, только что перенесших тяжелые заболевания и т. п.

Показатели физического развития должны быть установлены дифференцированно для каждой возрастно-половой, этнической и социальной группы.

Статистическая обработка данных о физическом развитии¹

Основные показатели физического развития человека — длина тела (рост), вес, окружность грудной клетки — отображают качественные особенности организма в целом. Правильно разработанные статистические данные об этих показателях делают возможным нормирование последних. Все три названных признака могут изменяться при изменении условий среды в течение достаточно длительного периода, поэтому нормы физического развития требуют систематического пересмотра.

Даже в пределах однородной группы основные признаки отличаются большой изменчивостью числовых значений. Каждое конкретное числовое значение роста называется вариантом, а группа однородных «вариантов» называется «вариацией».

Собранный материал о физическом развитии определенных контингентов населения разбивают на группы по полу, возрасту, народности, территории и социальной принадлежности и подвергают количественной и качественной проверке. Это составляет первый этап статистической разработки.

Однородные группы должны иметь достаточную численность, не менее 100 случаев. В каждой однородной группе необходимо прежде всего систематизировать числовые значения признака от меньшего к большему и определить размах вариации данного признака для установления группового интервала. На основании многих исследований в антропометрии принято объединять числовые значения роста с интервалом в 2 см, веса — 2 кг и окружности грудной клетки — 2 см. При большой рассеянности признака можно интервал удвоить, т. е. взять, например, для роста по 4 см, но это в основном относится к данным о взрослом населении. Таким образом, вторым этапом разработки является составление вариационных рядов, которое заключается в распределении вариаций признака в последовательном восходящем порядке при

¹ Этот раздел написала Д. И. Арон.

сохранении одинакового интервала между количественными значениями. По каждой группе роста (вариации) подсчитывают число случаев (частоты) и записывают в соседней графе.

Когда вариационный ряд составлен, можно приступить к вычислению его показателей (параметров). Вариационный ряд состоит, таким образом, из вариаций различной частоты, иначе говоря, каждая группа ряда имеет по частоте различный вес, в связи с чем получаемая для каждого ряда средняя арифметическая (M) называется взвешенной. Средняя взвешенная может быть получена путем непосредственного вычисления: она равна сумме произведений вариант (V) на их частоты (p), деленной на общее число наблюдений (N).

Для сокращения вычислительной работы принято определять среднюю арифметическую (M) и другие основные статистические показатели по способу моментов. Сущность этого способа состоит в следующем. В составленном вариационном ряду одну из вариант принимают за условную среднюю, обозначаемую буквой A . Обычно в качестве такой условной средней принимают ту варианту (моду), которой соответствует наибольшее число в ряду частот.

В нашем примере за условную среднюю A принята величина в 122,5 см, являющаяся серединой ряда 121,5—123,4, имеющего наибольшую частоту. Условная средняя делит вариационный ряд на две части: верхнюю, в которой величины роста меньше условной средней и убывают по мере удаления от нее, и нижнюю, содержащую величины роста, превышающие условную среднюю и возрастающие по мере удаления от нее.

Ряд последующих записей и вычислений производят, чтобы от условной средней перейти к действительной средней арифметической вариационного ряда. В графе α (табл. 27) записывают последовательные отклонения каждой группы роста от условной средней A с предварительным делением каждого такого отклонения на величину интервала (в нашем примере — на 2). Далее эти отклонения перемножают на соответствующие частоты каждой группы роста (т. е. p на α), и алгебраическую сумму полученных произведений подписывают внизу со знаком плюс или минус. В нашем примере эта сумма произведений $p \alpha$ равна + 136. Данное число суммарно опре-

деляет для всех вариант ряда величину их отклонения от условной средней. На основании этого отклонения легко вычислить действительную среднюю величину, основываясь на ее свойстве, согласно которому в вариационном ряду общая сумма отклонений всех вариант от средней арифметической равна нулю, так как сумма отклонений со знаком плюс равна сумме отклонений со знаком минус.

Следовательно, полученная в нашем примере сумма отклонений +136 позволяет вычислить поправку, с помощью которой из условной средней можно получить среднюю арифметическую.

Таблица 27

Пример статистической обработки вариационного ряда по способу моментов

Рост девочек 8 лет (дети Москвы за 1940 г.)

Числовые значения роста (варианты)	Среднее значение интервала	Число наблюдений (частоты)	Отклонение от А, деленное на 2 (величина интервала)	Произведения p на α	Произведения $p\alpha^2$
v		p	α	$p\alpha$	$p\alpha^2$
105,5 - 107,4	106,5	1	-8	-8	64
107,5 - 109,4	108,5	3	-7	-21	147
109,5 - 111,4	110,5	6	-6	36	216
111,5 - 113,4	112,5	6	-5	30	150
113,5 - 115,4	114,5	15	-4	-60	240
115,5 - 117,4	116,5	33	-3	-99	297
117,5 - 119,4	118,5	47	-2	94	188
119,5 - 121,4	120,5	56	-1	-56	56
А 121,5 - 123,4	122,5	72	0	0	0
123,5 - 125,4	124,5	58	+1	+58	58
125,5 - 127,4	126,5	50	+2	+100	200
127,5 - 129,4	128,5	38	+3	+114	342
129,5 - 131,4	130,5	28	+4	+112	448
131,5 - 133,4	132,5	14	+5	+70	350
133,5 - 135,4	134,5	7	+6	+42	252
135,5 - 137,4	136,5	5	+7	+35	245
137,5 - 139,4	138,5	—	+8	0	0
139,5 - 141,4	140,5	1	+9	+9	81
Сумма . . .		440		+136	3334

Эта поправка получается путем деления суммы отклонений от условной средней на число частот ряда:

$$\frac{\sum pa}{N}$$

Подставив в эту формулу числовые значения нашего примера, получаем

$$\frac{136}{440} = 0,31.$$

Это число называется моментом средней величины (обозначается знаком V_1).

Имея момент средней, можно вычислить конкретную среднюю арифметическую ряда.

Средняя арифметическая получается по формуле:

$$A + V_1 \cdot K,$$

где A условная средняя, K —величина интервала, V_1 —момент средней. Подставив числовые значения, получим

$$M = 122,5 + (0,31 \cdot 2) = 122,5 + 0,62 = 123,12.$$

В приведенном примере таким путем получена характеристика среднего роста 8-летних девочек; это конкретная средняя определенной возрастно-половой группы школьниц Москвы.

Для установления достоверности средней арифметической в статистике пользуются средней ошибкой, обозначаемой через m . Она вычисляется по формуле:

$$\pm \frac{\sigma}{\sqrt{N}}$$

Средняя ошибка (m) средней арифметической позволяет оценить достаточность числа наблюдений и достоверность средней (однородность, правильность методики собирания материала). Для оценки существенности различий двух средних величин разность сравниваемых средних оценивается ошибкой средней; разность не должна превышать утроенной ошибки и вычисляется по формуле:

$$M_1 - M_2 = 3\sqrt{m_1^2 + m_2^2},$$

где M_1 и M_2 — сравниваемые средние величины, а m_1 и m_2 — их средние ошибки.

Критерием оценки отклонения индивидуального случая от средней нормы (M) служит показатель среднего квадратического отклонения, обозначаемый буквой σ .

Для получения среднего квадратического отклонения (см. тот же пример) надо отклонение каждой вариации (α) возвести во вторую степень и полученные квадраты помножить на соответствующие частоты (p). В приведенном выше примере тот же результат достигается несколько иным порядком вычислений. Частоты (p) умножают сначала на одно отклонение (α), а затем произведение снова умножают на то же отклонение. Сумма произведений частот на квадраты отклонений от условной средней составляет в нашем примере 3334.

Однако это еще не то, что нам нужно, — необходимо внести поправку, которая ликвидировала бы различие между условной и истинной средней арифметической. Такая поправка, именуемая моментом квадратического отклонения и обозначаемая через V_2 , равняется:

$$\frac{\sum p\alpha^2}{N} = \frac{3334}{440} = 7,58.$$

Квадратическое отклонение $\pm \sigma$ вычисляется по формуле:

$$\begin{aligned} \pm \sigma &= K \cdot \sqrt{V_2 - V_1^2} = 2 \cdot \sqrt{7,58 - 0,10} = \\ &= 2 \cdot \sqrt{7,48} = 2 \cdot 2,74 = 5,48. \end{aligned}$$

Ошибка средней арифметической (m) равняется $\frac{\sigma}{\sqrt{N}}$ или в нашем примере:

$$\frac{5,48}{\sqrt{440}} = \pm \frac{5,48}{20,98} = \pm 0,26.$$

Как средняя арифметическая величина (M), так и квадратическое отклонение ($\pm \sigma$) выражаются именованными величинами.

Полученные статистические показатели представлены в виде сводной табл. 28. В ней показаны возрастные нормы физического развития московских школьников, обследованных автором в 1939/40 учебном году. Эти нормы используются практическими врачами детских учреждений для индивидуальной оценки физического развития детей школьного возраста. В табл. 28 можно проследить

Вес, рост и окружность грудной клетки московских школьников в возрасте от 8 до 17 лет (1939/40 учебный год)

Признак	Возраст	Мальчики				Девочки			
		N	M	m	σ	N	M	m	σ
Рост стоя (в см)	8	266	123,58	0,34	5,54	238	123,12	0,35	5,38
	9	259	128,10	0,35	5,58	250	127,22	0,39	6,08
	10	293	132,16	0,33	5,58	327	131,62	0,33	5,96
	11	341	136,64	0,35	6,38	368	136,48	0,34	6,46
	12	333	140,00	0,36	6,48	363	141,24	0,39	7,42
	13	326	145,78	0,38	6,80	389	148,18	0,36	7,04
	14	287	151,38	0,53	8,88	327	151,98	0,38	6,76
	15	241	157,50	0,57	8,78	320	156,14	0,34	6,06
	16	189	162,78	0,64	8,82	253	157,38	0,35	5,60
	17	137	166,96	0,62	7,26	198	158,46	0,36	5,02
Вес (в кг)	8	268	24,12	0,19	3,12	236	23,66	0,19	2,96
	9	259	26,62	0,22	3,51	251	25,84	0,25	4,02
	10	295	28,80	0,22	3,52	328	28,40	0,24	4,26
	11	340	31,32	0,22	4,02	370	31,00	0,26	4,94
	12	333	33,68	0,25	4,66	362	34,64	0,32	5,98
	13	326	37,24	0,28	4,98	390	37,80	0,33	6,54
	14	286	41,62	0,45	7,52	320	43,56	0,36	6,62
	15	241	47,14	0,52	8,18	321	48,92	0,38	6,52
	16	184	52,34	0,62	8,46	253	50,78	0,43	6,82
	17	137	57,80	0,63	7,42	198	53,06	0,44	6,20
Окружность грудной клетки во время паузы (в см)	8	266	59,68	0,19	3,06	238	58,88	0,29	4,52
	9	258	61,86	0,20	3,26	250	60,00	0,22	3,48
	10	294	63,66	0,18	3,14	329	62,00	0,20	3,63
	11	339	65,54	0,18	3,28	371	64,52	0,22	4,18
	12	330	67,36	0,19	3,44	362	67,02	0,22	4,18
	13	327	69,86	0,21	3,78	391	70,50	0,25	4,92
	14	222	72,74	0,31	5,30	321	73,52	0,27	4,80
	15	239	76,52	0,27	5,70	319	76,62	0,24	4,22
	16	188	79,60	0,39	5,38	253	77,46	0,30	4,68
	17	136	82,76	0,44	5,14	198	78,84	0,32	4,68

N — число случаев; M — средняя арифметическая величина; m — ошибка средней арифметической величины; σ — квадратическое отклонение.

возрастные и половые различия антропометрических показателей у московских школьников в 1939/40 г.

Для индивидуальной оценки физического развития применяют так называемый профиль физического развития, составляемый на основании величин роста, веса и окружности грудной клетки в сигмальных отклонениях от средней арифметической величины. Этот метод оценки физического развития прост и не требует больших расчетов. Техника его состоит в том, что находят разность между абсолютной величиной данного признака индивидуума и средней величиной (M) того же признака по возрастано-половым нормам. Найденную разницу делят на величину квадратического отклонения ($\pm \sigma$) данного признака.

Таблица 29

Пример индивидуальной оценки физического развития девочки 9 лет по сигмальным отклонениям от средней арифметической

Название показателей	Длина тела		Вес		Окружность грудной клетки	
	M	$\pm \sigma$	M	$\pm \sigma$	M	$\pm \sigma$
Обследуемый ребенок	129,20	—	27,0	—	60,0	—
Норма	127,42	5,78	25,46	3,46	60,56	3,52
Разница в абсолютном выражении	+2,08	—	+1,54	—	-0,56	—
Оценка	—	+0,34	—	+0,44	—	-0,16

Из табл. 29 видно, что данная девочка выше нормы по росту на 0,34 σ :

$$\frac{2,08}{5,78} = 0,34 \sigma;$$

вес ее выше нормы на 0,44 σ :

$$\frac{1,54}{3,46} = 0,44 \sigma,$$

а по окружности грудной клетки — ниже на 0,16 σ :

$$\frac{-0,56}{3,52} = -0,16 \sigma.$$

К группе среднего развития признака принято относить случаи, лежащие в пределах от $M + 1 \sigma$ до $M - 1 \sigma$ за пределами 1σ случаи расцениваются, как «ниже

нормы», а за пределами в сторону плюса ($M + 1 \sigma$) лежат случаи с оценкой «выше среднего». Этот прием оценки элементарен и прост, но он позволяет рассматривать отдельные признаки целостного организма лишь изолированно один от другого, что значительно снижает его ценность; этот метод приводит к переоценке веса высокорослых и к недооценке низкорослых.

Исследования показали, что вес в значительной степени зависит от длины тела и развития организма в ширину.

Более правильно оценивать физическое развитие по коэффициенту регрессии веса и грудного периметра по росту. Метод шкал физического развития дает возможность делать комплексную оценку, например веса с учетом длины тела. Коэффициент регрессии позволяет рассматривать признаки в их взаимосвязи, с помощью его можно учесть, как с изменением длины тела изменяется соответственно и вес. Метод регрессий, таким образом, дает возможность проследить конкретно, как с изменением одного признака изменяется величина другого, сопряженного с ним, причем оценка отклонения признака от норм выражается в долях частной сигмы (σ_R).

Пример шкал регрессии для комплексной оценки физического развития представлен в табл. 30.

Способ пользования ими прост. В первой графе слева даны абсолютные величины длины тела с интервалом в 1 см. Во второй, третьей и четвертой графах даны соответствующие каждой величине роста относительные величины веса, окружности грудной клетки и роста сидя, вычисленные по уравнению регрессии. Для каждого сопряженного признака в нижней строке дана частная сигма (σ_R), вычисленная по формуле:

$$\sigma_{yx} \sqrt{1-r^2},$$

где σ_y — обычная сигма, скажем, веса, r — коэффициент корреляции.

Индивидуальная оценка физического развития — вопрос сложный: нельзя ограничиться только размерами основных признаков физического развития, а следует базироваться на комплексном сочетании с описательными признаками, половым развитием и общеврачебными данными о состоянии здоровья.

Таблица оценки физического развития девочки 9 лет
(шкала регрессии по росту)

Оценка	Рост стоя (в см)	Вес по росту (в кг)	Окружность грудной клетки по росту (в см)	Рост сидя по росту (в см)
	1	2	3	4
Низкое (от $M-2\sigma$ и ниже)	112	17,9	56,0	62,1
	113	18,4	56,3	62,5
	114	18,9	56,9	62,9
	115	19,4	57,2	63,3
Ниже средних (от $M-1\sigma$ до $M-2\sigma$)	116	19,9	57,5	63,7
	117	20,4	57,8	64,1
	118	20,9	58,1	64,5
	119	21,4	58,4	64,9
	120	21,9	58,7	65,3
Средние вели- чины роста ($1\sigma+M-1\sigma$)	121	22,4	59,0	65,7
	122	22,9	59,3	66,1
	123	23,4	57,6	66,5
	124	23,9	59,9	66,9
	125	24,4	60,2	67,3
	126	24,9	60,5	67,7
	127	25,4	60,8	68,1
	128	25,9	61,1	68,5
	129	26,4	61,4	68,9
	130	26,9	61,7	69,3
	131	27,4	62,0	69,7
	132	27,9	62,3	70,1
	133	28,4	62,6	70,5
Выше средних (от $M+1\sigma$ до $M+2\sigma$)	134	28,9	62,9	70,9
	135	29,4	63,2	71,3
	136	29,9	63,5	71,7
	137	30,4	63,8	72,1
	138	30,9	64,1	72,5
Высокие (от $M+2\sigma$ и выше)	139	31,4	64,4	72,9
	140	31,9	64,7	73,3
	141	32,4	65,0	73,7
	$M=129,12$ $\sigma=5,78$	$M=25,46$ $\sigma_R=2,08$	$M=60,56$ $\sigma_R=3,08$	$M=68,26$ $\sigma_R=2,28$

ЛИСТ ДЛЯ ЗАПИСИ УТОЧНЕННЫХ ДИАГНОЗОВ

Место для подклейки в амбулаторную карту

Число, месяц и год обращения	Уточненные диагнозы	Впервые выяв- ленные (+)	Подпись врача
1	2	3*	4

* В графе 3 отметить знаком + впервые выявленные заболевания.

Оборот приложения 1

Число, месяц и год обращения	Уточненные диагнозы	Впер- вые вы- явлен- ные (+)	Подпись врача
1	2	3*	4

* В графе 3 отметить знаком + впервые выявленные заболевания.

**СТАТИСТИЧЕСКИЙ
ТАЛОН**

для регистрации заключи-
тельных (уточненных)
диагнозов

Приложение 2

Здравоохран. учетн. ф. № 25-в

Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
16/VII 1954 г.

М
Ж

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Адрес _____

3. Участок № _____ терапевтический, цеховой, педиатрический,
акушерско-гинекологический (подчеркнуть)

4. Работает на прикрепленном предприятии, не работает
(подчеркнуть)

5. Возраст _____
(для детей до 3-х лет — лет, мес., дней)

6. Диагноз заключительный (уточненный)

Впервые
установленный
(отметить +)

7. Вместо ранее зарегистрированного диа-
гноза _____

Пункт 7 заполняется в тех случаях, когда в пункте 6 взамен
ранее зарегистрированного в листе записи уточненных диагнозов
(в № 25-б) проставляется новый диагноз.

Подпись

_____ 195 г

название учреждения

СВОДНАЯ

**УЧЕТА ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В
ТЕРРИТОРИАЛЬНОМУ, ЦЕХОВОМУ УЧАСТКУ,**

по

№ по порядку	НАИМЕНОВАНИЕ БОЛЕЗНИ	№ по номенклатуре болезней 1952 г.	М-Ц		М-Ц	
			число зарегистриро- ванных заболеваний	из них у больных с первыми установлен- ным диагнозом	число зарегистриро- ванных заболеваний	из них у больных с первыми установ- ленным диагнозом
1	2	3	4	5	6	7
1	Всего (без болезней полости рта и зубов)					
	в том числе:					
2	Ангина	23				
3	Грипп вирусный Эпидемический	24				
4	Флегмоны и абсцессы	42				
5	Туберкулез всех органов	43—53				
6	Венерические болезни	54—66				
7	Микозы	71—79				
8	Гельминтозы	80—93				
	Механические травмы:					
9	а) без повреждения костей и суставов	96,105				
10	б) с повреждением костей и суставов	96,105				
11	Ревматизм (ревматический кардит, ревматический полиартрит, ревматический полиартрит с кардитом, ревматический порок сердца)	129—131				
12	в том числе ревматический порок сердца	131				
13	Сахарный диабет	133				
14	Рак и другие злокачественные новообразования	139—147				
15	Сосудистые поражения мозга (диффузный и очаговый артериосклероз мозга, субарахноидальные кровоизлияния, эмболия сосудов мозга, прочие поражения сосудов мозга)	170—173				
16	Болезни нервной системы	174—194				
17	Конъюнктивиты	195				

№ по порядку	НАИМЕНОВАНИЕ БОЛЕЗНЕЙ	№ по номенклатуре болезней 1952 г.	М-П		М-П	
			число зарегистрированных заболеваний	из них у больных с впервые установленным диагнозом	число зарегистрированных заболеваний	из них у больных с впервые установленным диагнозом
1	2	3	4	5	6	7
18	Глаукома	197				
19	Прочие болезни органов зрения	196, 198—200				
20	Отиты	203				
21	Воспаление острое верхних дыхательных путей (ринофарингиты, ларинготрахеиты, риноларинготрахеиты и др.)	220				
22	Трахеобронхит, бронхит острый и хронический	222 223				
23	Крупозное воспаление легких	224				
24	Очаговая пневмония («катаральная пневмония» или «бронхопневмония»)	225				
25	Грудная жаба (кроме случаев гипертонической болезни)	239				
26	Инфаркт миокарда (кроме случаев гипертонической болезни)	240				
27	Кардиосклероз атеросклеротический	241				
	Гипертоническая болезнь с медленно прогрессирующим течением:					
28	а) I стадия — невротическая (транзиторная гипертония)	242a				
29	б) II стадия — неустойчивая гипертония с начальными органическими изменениями	242б				
30	в) III стадия — стабильная склеротическая	242в				
	Из общего числа заболеваний гипертонией:					
31	а) с инфарктом миокарда					
32	б) с кардиосклерозом атеросклеротическим					
33	Гастриты (острый и хронический)	258				
34	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	259				
35	Воспаление тонких (энтерит) и толстых (колит) кишок	264				
36	Аппендициты (острый и хронический)	265				
37	Болезнь Боткина	271a				

№ по порядку	НАИМЕНОВАНИЕ БОЛЕЗНЕЙ	№ по номенклатуре болезней 1952 г.	М-Ц		М-Ц	
			число зарегистрированных заболеваний	из них у больных с впервые установленным диагнозом	число зарегистрированных заболеваний	из них у больных с впервые установленным диагнозом
1	2	3	4	5	6	7
38	Желчнокаменная болезнь, холецистит и холангит	274, 275				
39	Болезнь костей, мышц и сочленений (оститы, остеомиелиты, бурситы, синовиты, миозиты, невромиозиты и др.)	281—283				
40	Болезни кожи — всего	284—292				
	в том числе:					
41	пиодермии [карбункул, фурункул (чирей) гидраденит и др.]	284—285				
42	Нефриты и нефрозы	293—294				
43	Болезни почечных лоханок (пиелит, пиелонефрит, пиелонефроз)	297				
44	Прочие болезни почек и мочевых органов	{295, 296, 298, 299				
45	Болезни женских половых органов (непослеродовые и невенерические)	303—307				
46	Прочие — всего					
	в том числе:					
	а) _____					
	б) _____					
	в) _____					
	г) _____					
	Кроме того, зарегистрировано заболеваний полости рта и зубов	252—256				

Подпись

1. Данные формы № 271-гор. за год служат для заполнения таблицы «заболевания», зарегистрированные поликлиникой (амбулаторией) отчета городской больницы — форма № 1-а.

2. В число зарегистрированных заболеваний включаются заболевания, установленные врачами на поликлиническом приеме и при посещении больных на дому.

3. Если в район обслуживания поликлиники включена сельская территория, в этой таблице показываются сведения о населении только городской территории района обслуживания.

4. Сведения о де включительно в включаются, а со но по форме от ницы — Ф. № 1-г, больных и исходы

5. Поликлиники ные ведомости по клинике в целом.

6. Закрытые ме части составляют по цеховым уча целом на всех поликлинического

7. Открытые ме части — по отдель ным и цеховым, целом.

Отчет представляется в районную (городскую) санитарно-эпидемиологическую станцию всеми врачебными лечебно-профилактическими учреждениями 2-го числа следующего за отчетным месяца: раздел А и раздел Б, табл. 1 («профилактические прививки») ежемесячно, а таблицы 2, 3, 4 и 5 — ежеквартально

ОТЧЕТ О ДВИЖЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ

за _____ месяц 195__ г.

Название учреждения, представляющего отчет _____

СССР _____ область, край, АССР _____

Район _____ населенный пункт _____

А. Регистрация заболеваний и госпитализация больных (сведения представляют ежемесячно)

Наименование заболеваний	Зарегистрировано за отчетный период	Госпитализировано из числа зарегистрированных	Наименование заболеваний	Зарегистрировано за отчетный период	Госпитализировано из числа зарегистрированных
1. Брюшной тиф			17. Туляремия		
2. Паратиф А и Б			18. Бешенство		
3. Дизентерия острая			19. Лептоспироз		
4. В том числе у детей до 2 лет			20. Эпидемический гепатит (болезнь Боткина)		
5. Воспаление толстых и тонких кишок (колиты, энтериты, энтероколиты, гастроэнтероколиты)			21. Сибирская язва		
6. В том числе у детей от 1 года до 2 лет			22. Клещевой (весенне-летний) энцефалит		
7. Диспепсия токсическая у детей до 1 года			23. Малярия — первичные обращения в текущем году		
8. Диспепсия у детей до 1 года			24. В том числе свежие заболевания (первый раз в жизни или реинфекции)		
			25. Грипп вирусный эпидемический		

Наименование заболеваний	Зарегистрировано за отчетный период	Госпитализировано из числа зарегистрированных	Наименование заболеваний	Зарегистрировано за отчетный период	Госпитализировано из числа зарегистрированных
9. Сыпной тиф			26. Катар верхних дыхательных путей		
10. Корь			27. Бруцеллез — первичные обращения в текущем году		
11. Дифтерия			28. В том числе свежие заболевания		
12. Коклюш			29. Паротит эпидемический		
13. Скарлатина			30. Ветряная оспа		
14. Цереброспинальный менингит			31. Столбняк		
15. Эпидемический энцефалит			32. Ангина		
16. Полиомиелит			33.		

В свободную строку вписывают другие заразные болезни, не предусмотренные перечнем формы, имеющие распространение в данной местности.

Б. Профилактические мероприятия

1. Профилактические прививки (сведения представляют ежемесячно)

	Число привитых лиц за месяц		Число привитых лиц за месяц
1. Вакцинация против оспы		16. Прививки против брюшного тифа	
2. В том числе детей до 8 месяцев		17. Прививки против дизентерии (бактериальной)	
3. Проверенных вакцинаций		18. Прививки против туберкулеза — всего	
4. В том числе вакцинаций с положительным результатом		19. В том числе новорожденным	
5. Ревакцинация против оспы — всего		20. » » » в возрасте 2 лет	
в том числе:		21. » » » » 7—14 лет	
6. В возрасте 4—5 лет		22. » » » » старше 14 лет	
7. » » 10—11 »		23. Прививки против туляремии	
8. » » 18—20 »		24. Вакцинация против бруцеллеза	
9. Вакцинация против дифтерии (двукратная)		25. Ревакцинация против бруцеллеза	
10. Ревакцинация против дифтерии — всего		26. Прививки против кори	
в том числе:		27. Прививки против сибирской язвы	
11. Первичная (через 3—6 месяцев после двукратной вакцинации)		28. Прививки против гриппа	
12. Из них детей до 2 лет		29. Прививки против бешенства	
13. Повторная в возрасте 3—4 лет		30.	
14. » » » 7—8 »			
15. » » » 12 »			

В свободную строку вносят прививки против клещевого энцефалита или против лихорадки КУ, или против лептоспироза.

2. Противомаларийные мероприятия (сведения представляют ежеквартально)

Результаты обследования населения на малярию			Лечебно-профилактические мероприятия					Мероприятия по борьбе с комаром	
обследовано лиц	в том числе с исследованием крови	из них обнаружено с паразитами малярии	произведено исследований крови у первично обратившихся по поводу малярии (у скольких лиц)	из них с положительным результатом	число лиц, закончивших лечение		число лиц, находившихся в отчетном периоде на общественной химиопрофилактике (больших)	борьба с личинками (обработано га)	борьба с крыльеным комаром инсектицидами (обработано помещений, м²)
					систематическое	противорецидивное			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Противоглистные мероприятия (сведения представляют ежеквартально)

Всего обследовано населения на гельминтозы (лиц)	Из общего числа обследованных обнаружено инвазированных					Дегельминтизировано всего (лиц)	В числе при			
	всего	из них			аскаридозе		тениидозе	гименолипидозе		
		с аскаридами	с тениидами	с карликовым цепнем						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Противотуберкулезные мероприятия (сведения представляют ежеквартально)

Подлежало обследованию по годовому плану (лиц*)	Обследовано с начала года (лиц)	Из них выявлено больных активной формой туберкулеза	Подлежало неотложной госпитализации с начала года больных открытой формой туберкулеза*	Из них госпитализировано с начала года
1	2	3	4	5

* В соответствии с приказами, изданными в развитие постановления Совета Министров СССР № 3989 от 25/X 1948 г.

5. Движение больных хронической дизентерией (представляют ежеквартально)

	Состояло на учете на начало отчетного периода	Вновь взято на учет больных хронической дизентерией	В том числе		Снято с учета в связи с выздоровлением	Состоит на учете на конец отчетного периода
			бациллоносителей без клинических проявлений болезни	больных хронической дизентерией с впервые в жизни установленным диагнозом		
	1	2	3	4	5	6
ВСЕГО						
В том числе детей до 2 лет						

195 г.

Главный врач

СССР

Здравоохран. отчетн. ф. № 85—87 СЭС

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Утверждена ЦСУ СССР
23/VII 1955 г. № 326

Сводные отчеты по разделу Б представляются:

1. Районными СЭС:

месячные (квартальные) отчеты — 8-го числа следующего за отчетным месяца (квартала) в АССР, областную (краевую) СЭС (по принадлежности), годовой отчет — 15-го января.

2. Городскими СЭС городов, не имеющих районного деления:

в тот же срок и в тот же адрес.

Районными СЭС городов, имеющих районное деление:

месячные (квартальные) отчеты — 6-го числа следующего за отчетным месяца (квартала) в городскую СЭС, годовой отчет — 10-го января.

Городскими СЭС городов, имеющих районное деление:

месячные (квартальные) отчеты — 10-го числа следующего за отчетным месяца (квартала) в АССР, областную (краевую) СЭС, годовой отчет — 15-го января.

3. АССР, краевыми, областными СЭС, а также городскими СЭС городов республиканского подчинения: месячные (квартальные) отчеты — 18-го числа следующего за отчетным периодом в санитарно-эпидемиологическое управление Министерства здравоохранения ССР и в статуправление области, края, АССР, годовой отчет в те же адреса — 1-го февраля.

ОТЧЕТ ОБ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ**Раздел Б. Профилактические мероприятия**

за _____ месяц 195 г.

Название учреждения, представляющего отчет _____

СССР _____ область, край, АССР _____

Район _____ населенный пункт _____

Б. Профилактические мероприятия**1. Профилактические прививки**

(районные, городские СЭС представляют сведения ежемесячно с января по ноябрь включительно и за год. Областные, краевые СЭС и СЭС автономных республик — ежеквартально за I, II, III кварталы без заполнения пунктов 3, 4, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 20, 21, 22 и за год по всему разделу. Министерства здравоохранения союзных республик — за 1 полугодие и за год).

1	2	3	4	
			1	2
Число приви- тых лиц	Число приви- тых лиц	В том числе в учрежде- ниях сель- ских местностей	Число приви- тых лиц	В том числе в учрежде- ниях сель- ских местностей
1. Вакцинация против оспы			8. » » 18—20 »	
2. В том числе до 8 месяцев			9. Вакцинация против дифте- рии (двукратная)	
3. Проверенных вакцинаций			10. Ревакцинация против диф- терии — всего	
4. В том числе вакцинаций с положительным результа- том			В том числе:	
5. Ревакцинация против оспы — всего			11. Первичная (через 3—6 ме- сяцев после двукратной вакцинации)	
В том числе:			12. Из них детей до 2 лет	
6. В возрасте 4—5 лет			13. Повторная — в возрасте 3—4 лет	
7. » » 10—11 »			14. Повторная — в возрасте 7—8 лет	

1	2	3	Число привитых лиц		
			1	2	3
15. Повторная — в возрасте 12 лет					
16. Прививки против брюшного тифа					
17. Прививки против дизентерии (бактериальной)					
18. Прививки против туберкулеза — всего					
19. В том числе новорожденным					
20. В возрасте 2 лет					
21. В возрасте 7—14 лет					
22. В возрасте старше 14 лет					
			23. Прививки против туляремии		
			24. Вакцинация против бруцеллеза		
			25. Ревакцинация против бруцеллеза		
			26. Прививки против кори		
			27. Прививки против сибирской язвы		
			28. Прививки против гриппа		
			29. Прививки против бешенства		
			30.		

В свободную строку вносятся прививки против клещевого энцефалита или против лихорадки КУ, или против лептоспироза.

2. Противомаларийные мероприятия

Результат обследования населения на малярию			Лечебно-профилактические мероприятия				Мероприятия по борьбе с комаром		
обследовано лиц	в том числе исследованием крови	из них обнаружено с паразитами малярии	произведено исследований крови у первично обратившихся по поводу малярии (у скольких лиц)	из них с положительным результатом	число лиц, закончивших лечение		число лиц, находившихся в отчетном периоде на общественной химиопрофилактике (болевших)	борьба с личинками (обработано га)	борьба с крыленым комаром инсектицидами (обработано помещений (м ²))
					систематическое	противорецидивное			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Противоглистные мероприятия

Всего обследовано населения на гельминтозы (лиц)	Из общего числа обследованных обнаружено инвазированных					Дегельминтизировано всего (лиц)	В том числе		
	всего	из них					аскаридозе	тенидозе	гименолепидозе
		с аскаридами	с тенидами	с карликовым цепнем					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Противотуберкулезные мероприятия

Подлежало обследованию по годовому плану (лиц)*	Обследовано с начала года (лиц)	Из них выявлено больных активной формой туберкулеза	Подлежало неотложной госпитализации с начала года больных с открытой формой туберкулеза (лиц)*	Из них госпитализовано с начала года
1	2	3	4	5

5. Движение больных хронической дизентерией

Состояло на учете на начало отчетного периода	Вновь взято на учет больных хронической дизентерией	В том числе			Снято с учета в связи с выздоровлением	Состоит на учете на конец отчетного периода
		бациллоносителей без клинических проявлений болезни	больных хронической дизентерией с впервые в жизни установленным диагнозом	4		
1	2	3	4	5	6	
Всего						
В том числе до 2 лет						

* Районные, городские СЭС, таблицы 2, 3, 4 и 5 представляют ежеквартально за I, II, III кварталы и за год. Областные, краевые, АССР, санэпидстанции и министерства здравоохранения союзных республик представляют таблицы 2, 3, 4 и 5 один раз в полугодие и за год.

Главный врач

Зав. городским районным отделом здравоохранения

СССР
МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Здравоохр. уч. ф. № 281
 Утверждена Министерством
 здравоохранения СССР
 16/VII 1954 г.

наименование лечучреждения _____

ИЗВЕЩЕНИЕ

о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, трахомы, рака или другого злокачественного новообразования

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Под _____ 3. Возраст _____ 4. Дата обращения _____
 год, месяц, число
5. Адрес больного: населенный пункт _____ район _____
 улица _____ дом № _____ кв. № _____
6. Городской житель, сельский житель (вписать) _____
7. Подробный диагноз _____
8. Подтвержден ли диагноз лабораторными исследованиями, данными рентгена, биопсии, эндоскопии, для туберкулезных больных
 указать наличие БК _____

Подпись врача _____

ИЗВЕЩЕНИЕ СОСТАВЛЯЮТ НА СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1. Активный туберкулез органов дыхания (с указанием наличия БК)
2. Туберкулезный менингит
3. Активный туберкулез костей и суставов (с указанием локализации)
4. Туберкулез кожи, в том числе волчанка

5. Прочие формы активного туберкулеза
6. Сифилис I, II — свежий, II — рецидивный, III — активный
7. Сифилис врожденный ранний активный
8. Все прочие формы сифилиса
9. Гонорея острая, хроническая

- | | | |
|--|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 10. Трихофития 11. Микроспория 12. Фавус | | <p>С указанием локализации:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) волосяной части головы, б) ногтей, в) гладкой кожи |
|--|--|---|

13. Трахома I, II, III стадии

- | | | |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 14. Рак 15. Саркома 16. Другие злокачественные новообразования | | <p>С указанием локализации и клинической группы.</p> |
|--|--|--|

ИНСТРУКТИВНЫЕ УКАЗАНИЯ

1. Извещение составляет врач на каждого больного с впервые в жизни установленным диагнозом как городского, так и сельского жителя
2. Извещения составляют в каждом лечебно-профилактическом учреждении как общей, так и специальной сети
3. Не следует вписывать два диагноза, например, сифилис скрытый и сифилис висцеральный, туберкулез легких и туберкулез коленного сустава. Надо уточнить, какой диагноз является доминирующим, и указать только этот диагноз
4. В случае обнаружения двух инфекций у одного и того же больного, например гонореи и грибкового заболевания, заполняют отдельно два извещения

СССР
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Приложение 7

Здравоохранение, отчетная ф. № 61-а

Утверждена ЦСУ СССР 23/II 1955 г. № 326

Представляет обл(край)здравотдел, Министерство здравоохранения АССР Министерству здравоохранения ССР в отдел медицинской статистики за полугодие — 25-го июля, за год — 25-го января

Отчет о заболеваниях венерическими и грибковыми кожными заболеваниями

за _____ полугодие 195__ г.
_____ год

по _____ области (краю), республике, городу

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом

	сифилиса					гонорреи		грибковых кожных болезней		
	всего	в том числе				острой	хронической	трихофитии	микроспории	фавуса
		I	II свежего	III рецидивного	врожденного раннего активного					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Городские жители	1									
Сельские жители	2									

Примечания. 1. В графу «все» включаются все формы сифилиса, включая перечисленные в графах 2-6.

2. Распределение больных на городских и сельских жителей производится по месту постоянного жительства больного, а не по месту обращения за медицинской помощью.

3. При наличии зарегистрированных случаев мягкого шанкра число их указывается в примечании к отчету.

СССР
 МИНИСТЕРСТВО
 ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Здравоохран., отчетн. ф. № 61-6

Утверждена ЦСУ СССР
 13/VII 1954 г. № 323
 Представляет обл(край)
 здравотдел, Министерство здра-
 воохранения АССР за полуго-
 дие — 25-го июля, за год —
 25-го января Министерству
 здравоохранения ССР в отдел
 медицинской статистики.

ОТЧЕТ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

за _____ полугодие 195 _____ г.
 год

по _____ области (краю), республике, городу

		Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом							
		активного туберкулеза органов дыхания	в том числе бацеллярного	туберкулезно-го менингита	активного туберкулеза костей и суставов	туберкулеза кожи	в том числе волчанки	прочих форм активного туберкулеза	всего
		1	2	3	4	5	6	7	8
Городские жители	1								
Сельские жители	2								

Примечание. Распределение больных на городских и сельских жителей производится по месту постоянного жительства больного, а не по месту обращения за медицинской помощью.

_____ 195 г.

Министр здравоохранения АССР

Зав. областным (краевым), городским отделом здравоохранения
 Главный врач областного (краевого), городского, республиканского диспансера

Представляет обл(край) здравотдел,
Министерство здравоохранения АССР —
Министерству здравоохранения ССР
в отделе Медицинской статистики за
полугодие — 25-го июля, за год —
25-го января.

ОТЧЕТ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТРАХОМОЙ

за _____ полугодие 195 г.

по _____ области (краю),
республике, городу

	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом трахомы			
	I стадии	II стадии	III стадии	всего
Городские жители	1	2	3	4
Сельские жители				

Примечание. Распределение больных на городских и сельских жителей производится по месту жительства, а не по месту обращения за медицинской помощью.

195 г.

Министр здравоохранения АССР

Заведующий областным (краевым)
отделом здравоохранения

Главный врач областного (краевого),
республиканского трахоматозного диспансера

Приложение 10

Здравоохранение, отчетная ф. № 61-ж

Утверждена ЦСУ СССР 23/VII 1955 г. № 326

Представляет обл(край) здравотдел, Министерство здравоохранения АССР в Министерство здравоохранения ССР за полугодие 30-го июля, за год — 30-го января.

ОТЧЕТ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ РАКОМ И ДРУГИМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

за _____ полугодие 195 г.

по _____ области (краю), республике, городу

	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом												саркомы и других злокачественных новообразований	
	рака													
	всего	в том числе												
полости рта включая рак языка и глотки)		губы	пищевода	желудка	прямой кишки	гортани	бронхов, легких и плевры	матки	грудной железы	кожи	прочих органов			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Городские жители	1													
Сельские жители	2													

Примечание. Распределение больных на городских и сельских жителей производится по месту жительства больного, а не по месту обращения за медицинской помощью.

Министр здравоохранения АССР Зав. областным(краевым), городским отделом здравоохранения
Главный врач областного (краевого), городского, республиканского онкологического диспансера
195 г.

ВЦСПС
1952 г.

Приложение II

Форма № 3—1

Утверждено ЦСУ СССР
25/XI 1952 г. № 10—15

ОТЧЕТ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

За _____ месяц 195 г.

Наименование профсоюза, в который входит данная профорганизация, _____

Наименование предприятия, учреждения _____

Род производства _____

Адрес: республика, край, область _____

район _____ город (село) _____ улица _____

УКАЗАНИЯ К ЗАПОЛНЕНИЮ ОТЧЕТА

1. Отчет составляется ФЗМК по листкам нетрудоспособности, выданным не менее, чем на один день. В отчет включаются листки нетрудоспособности, по которым пособие назначено в отчетном месяце, а также листки нетрудоспособности, не подлежащие оплате, сданные в отчетном месяце. В отчет включаются листки нетрудоспособности по основному производству и по подсобным предприятиям и учреждениям, объединяемым ФЗМК.

Не допускается составление отчета на основании записей в книгах регистрации листков нетрудоспособности, ведущихся в лечебных учреждениях, по протоколам советов социального страхования и по другим записям.

Отчет отсылается в вышестоящую профорганизацию не позднее, чем через 8 дней после отчетного месяца.

2. Администрация предприятия и учреждения не позднее 5-го числа следующего за отчетным месяца передает в ФЗМК для составления отчета все листки нетрудоспособности за отчетный месяц как подлежащие, так и не подлежащие оплате.

3. Ответственность за правильность разметки листков нетрудоспособности возлагается:

а) на страхового врача ФЗМК;

б) на предприятиях и учреждениях, где нет страхового врача, но имеются медико-санитарная часть, поликлиника или врачебный здравпункт, — соответственно на врача, выделенного администрацией этих лечебно-профилактических учреждений;

в) на предприятиях и в учреждениях, не имеющих лечебно-профилактических учреждений, — на прикрепленного к

данному предприятию или учреждению врача или на другого врача, выделенного администрацией лечебно-профилактического учреждения, в районе обслуживания, которого находится данное предприятие (учреждение).

4. Число случаев нетрудоспособности учитывается только по первичным листкам. Число дней нетрудоспособности подсчитывается и по первичным листкам и по «Продолжениям».

5. Необходимо тщательно следить за тем, чтобы в подсчет числа случаев не попадали «Продолжения» и чтобы при подсчете дней выходные и праздничные дни не включались в отчет.

6. Отпуска для санаторно-курортного лечения учитываются в строке 19. Если санаторно-курортное лечение предо-

ставляется, когда имеется Листок по болезни, число случаев и дней нетрудоспособности до санаторного лечения или после него включается в раздел «Временная нетрудоспособность по болезни» (строки 1—17).

Случаи в строке 19 учитываются по первичным листкам, а также по продолжениям, если с этим продолжением больной направлен в санаторий.

7. При сверке отчетов о временной нетрудоспособности с расчетной ведомостью по социальному страхованию должно совпадать число работающих на начало каждого квартала и число оплаченных дней по строке 21 расчетной ведомости с числом дней (по строке 22 за вычетом строки 23) отчета о временной нетрудоспособности.

Число работающих обоого пола на 1-е число отчетного месяца _____
из них женщин _____

По листкам нетрудоспособности, подлежащим и не подлежащим оплате

Число случаев только по ПЕРВИЧНЫМ листкам (п.п. 4 и 6 указаний на обороте)	Виды временного освобождения от работы	Число дней (по первичным листкам и продолжениям)
	1. Грипп и острый катар верхних дыхательных путей	
	2. Ангина	
	3. Флегмоны, абсцессы, панариции	
	4. Ревматические заболевания, включая ревматические заболевания сердца	
	5. Туберкулез органов дыхания	
	6. Карбункулы, фурункулы, гидрадениты	

По листкам нетрудоспособности, подлежащим и не подлежащим оплате

Число случаев только по ПЕРВИЧНЫМ листкам (п.п. 4 и 6 Указаний на обороте)	Виды временного освобождения от работы	Число дней (по первичным листкам и продолжениям)		
Временная нетрудоспособность по болезни без санаторно-курортного лечения (строки 1—18)	7. Несчастные случаи в связи с производством с утратой трудоспособности <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>а) от 1 до 3 рабочих дней включительно</td> </tr> <tr> <td>б) свыше 3 рабочих дней</td> </tr> </table>	а) от 1 до 3 рабочих дней включительно	б) свыше 3 рабочих дней	
	а) от 1 до 3 рабочих дней включительно			
	б) свыше 3 рабочих дней			
	8. Повреждения в быту (ушибы, раны, ожоги, острые отравления и пр.)			
	9. Острые желудочно-кишечные заболевания (острый гастрит, гастроэнтерит, колит)			
	10. Болезни женских половых органов (болезни матки и ее придатков)			
	11. Болезни сердца			
	12. Невралгии, невриты, радикулиты			
	13. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки			
	14. Воспаление легких			
	15. Гипертоническая болезнь			
	16. Бронхиты			
	17. Прочие болезни			
	18. Итого по всем болезням (строки 1—17)			
	То же на 100 работающих			
	19. Отпуска в связи с санаторно-курортным лечением			
	20. Аборты			
	21. Уход за больными и карантин			
22. Всего без отпусков по беременности и родам (сумма строк 18, 19, 20, 21)				
То же на 100 работающих				
23. Из общего числа случаев и из числа дней, указанных в строке 22, не подлежат оплате				
24. Перевод на другую работу в связи с заболеванием				
25. Отпуска по беременности и родам				

Дата _____ 195 г. Председатель ФЗМК _____
 Врач, ответственный за разметку листков нетрудоспособности _____

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методы определения здоровья населения и краткий очерк их возникновения	3
2. Задачи советской статистики здоровья населения и методы его определения	11
3. Статистика общей заболеваемости	12
Учет эпидемических заболеваний	23
Учет важнейших неэпидемических заболеваний	27
Учет госпитализированных больных	28
Статистика медицинских осмотров	30
Заболеваемость населения и отдельных его групп	32
4. Статистика заболеваемости с временной утратой трудоспособности	40
5. Статистика причин смерти	54
6. Сравнительная значимость различных методов определения здоровья населения	64
7. О статистическом определении здоровья населения на основе прямых показателей	87
8. Изучение физического развития населения	89
9. Приложения	102

СМУЛЕВИЧ ВОЛЕСЛАВ ЯКОВЛЕВИЧ

Заболеваемость, смертность и физическое развитие населения

Редактор *М. М. Мазур*

техн. редактор *К. К. Сенчило*

Корректор *М. И. Стрельцова*

Сдано в набор 13/II 1957 г. Подписано к печати 13/IX 1957 г.
Формат бумаги $84 \times 108\frac{1}{32} = 2,06$ бум. л. 6,77 печ. л. 6,75 уч.-изд. л.
Тираж 8000 экз. Т08610. МУ-23.

Медгиз, Москва, Петровка, 12

Заказ 135. 1-я типография Медгиза, Москва, Ногатинское шоссе, д. 1

Цена 2 руб.