

А. М. Мерков

МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ САНИТАРНО-СТАТИСТИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ ДОЛГОЛЕТИЯ

Великая Октябрьская социалистическая революция вызвала огромные социально-экономические сдвиги в нашей стране. Это привело и к изменению процессов естественного движения населения страны и его возрастно-полового состава.

Демографы и врачи проявляют большой интерес к вопросам долголетия. Они привлекают внимание и работников других отраслей народного хозяйства. Это вызвано тем, что значительное увеличение количества лиц пожилого и старческого возрастов в СССР и значительное повышение доли их в составе населения ставят новые задачи по организации пенсионного обеспечения, общего бытового и медицинского обслуживания населения.

Снижение рождаемости в последнее время при одновременном значительном снижении смертности, в особенности детской, привело к значительному увеличению средней продолжительности жизни населения СССР¹ и к увеличению в его составе доли населения пожилого и старческого возрастов. В 1896—1897 гг., по данным

¹ Для сравнения дадим некоторые данные. В 1913 г. на 1000 человек рождалось 45,5, а в 1968 г.—17,3 ребенка; если в 1913 г. на 1000 человек населения умирало 29,1, то в 1968 г.—7,7 человека (в том числе детская смертность (до года) в 1913 г. равнялась 269 на 1000 родившихся живыми, а в 1968 г.—26). Средняя продолжительность жизни в 1896—1897 гг. равнялась 32 годам, в 1926—1927 гг.—44, в 1965—1966 гг.—70 годам («Народное хозяйство СССР в 1968 г.». М., 1969, стр. 36, 180).

С. А. Новосельского¹, из 100 тыс. родившихся мальчиков доживало до 60 лет только 28 183 человек, а из 100 тыс. родившихся девочек — 30 531, до 70 лет — соответственно 17 347 и 18 621, до 80 лет — 7 022 и 7 712, а до 90 лет — 1 763 и 1 911 человек.

По таблицам смертности, составленным известными советскими демографами С. А. Новосельским и В. В. Паевским применительно к материалам переписи населения 1926 г., в 1926—1927 гг. из 100 тыс. родившихся мальчиков доживало до 60 лет 40 297 человек, до 70 лет — 26 841, до 80 лет — 15 553, до 90 лет — 2 233 человека, а из 100 тыс. родившихся девочек доживало до 60 лет — 48 922 человека, до 70 лет — 36 635, до 80 лет — 18 592, до 90 лет — 4 298 человек².

По таблицам смертности и средней продолжительности жизни населения СССР, составленным ЦСУ СССР применительно к материалам переписи населения 1959 г., в 1958—1959 гг. из 100 тыс. родившихся мальчиков доживало до 60 лет 69 452, до 70 лет — 50 920, до 80 лет — 26 624, а до 90 лет — 6 690 человек, а из 100 тыс. родившихся девочек доживало до 60 лет 81 825, до 70 лет — 69 236, до 80 лет — 43 462, до 90 лет — 13 962 человека³.

В соответствии с этими процессами менялась и доля лиц пожилого и старческого возрастов в населении нашей страны. В 1897 г. лица в возрасте старше 60 лет составляли среди населения страны 6,89%, старше 70 лет — 2,56%⁴, в 1926 г. среди мужчин находились в возрасте старше 60 лет 6,1%, а старше 70 лет — 2,0%, среди женщин — 7,2% и 2,6%⁵, в 1939 г. в возрасте старше 60 лет среди населения СССР было 6,8%, старше 70 — 2,3%⁶; в 1959 г. среди мужчин находились в возрасте старше 60 лет 7,1%, старше 70 лет — 2,7%, а среди женщин — соот-

¹ С. А. Новосельский. Смертность и продолжительность жизни в России. Пг., 1916, стр. 123—124, 127—129.

² «Смертность и продолжительность жизни населения СССР. Таблицы смертности», М.—Л., 1930, стр. 2.

³ «Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 г., т. СССР», М., 1962, стр. 265, 267.

⁴ См. Д. Менделеев. К познанию России. СПб., 1906, стр. 15.

⁵ Исчислено по данным В. В. Паевского (см. «Труды демографического института АН СССР», Л., 1934, стр. 59—60).

⁶ «Здравоохранение в СССР». Статистический сборник. М., 1960, стр. 36.

ветственно 11,4% и 4,7%. Численность населения (в абсолютных числах) СССР в возрасте старше 60 лет составляла в 1959 г. 19 707 534 человека, старше 70 лет — 7 971 289, старше 80 лет — 1 803 267, старше 90 лет — 244 794 человека¹.

Нет сомнений в том, что и в настоящее время абсолютная численность населения пожилого и старческого возрастов и доля его в общей численности населения СССР продолжает увеличиваться. Если в 1959 г. эта возрастная группа составляла (60 лет и старше) 9,4% всего населения, то очередная перепись населения СССР 1970 г. показала повышение этой доли.

Проблемы пенсионного обеспечения, жилищного благоустройства, питания и ухода решаются вне медицинских учреждений, вопросы же медицинского обслуживания целиком находятся в ведении органов здравоохранения. Задача медицинского обслуживания лиц пожилого и старческого возрастов состоит не только в оказании им медицинской помощи, но и в предупреждении возникновения новых и обострения уже имеющихся заболеваний, а также в максимальном сохранении остаточной трудоспособности. Успешное решение этих вопросов требует особого внимания, в частности организации специальных или специализированных медицинских учреждений, повышения уровня геронтологических знаний всех врачей и создания специальных кадров врачей геронтологов и гериатров.

Для проведения этих мероприятий в указанных направлениях необходимо знание современной численности лиц пожилого и старческого возрастов в СССР и ее перспективных изменений, сведений о современном и ожидаемом в будущем составе по полу, возрасту, социальному положению, культурному уровню и т. д.

Необходимы также данные о размещении этих возрастных групп на территории союзных и автономных республик, краев и областей и сведения об их состоянии здоровья.

Сведения о численности, составе и размещении лиц пожилого и старческого возрастов могут быть получены из результатов переписей населения, дополнительных раз-

¹ «Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 г., т. СССР», стр. 50, 57, 59.

работок переписных материалов. Ценные данные дала перепись населения СССР, проведенная в 1959 г. Еще богаче материалы дала перепись населения, проведенная в январе 1970 г. В периоды между переписями необходимые дополнительные материалы могут быть получены путем выборочных исследований.

Первый вопрос, связанный с проблемой долгожителей,— это правильное определение возраста и показателей измерения долголетия. Под долгожителями мы понимаем лиц в возрасте 90 лет и старше.

Известно, что из 28 015 человек, показавших при переписи 1959 г. свой возраст в 100 лет и более, после произведенной ЦСУ СССР проверки их оказалось только 21 708 человек¹, т. е. 77,5% первоначального числа. Можно полагать, что при более тщательной проверке, основанной на изучении первичных документов записей о рождении (метрические книги, записи, производившиеся духовенством о крещении, и т. д.), это число оказалось бы еще меньшим.

Такого рода проверку на территории всего СССР осуществить невозможно из-за того, что государственные границы в первой половине XIX в. были другими. Кроме того, далеко не всюду аккуратно велись метрические записи о рождении, позволяющие проверить возраст современных долгожителей. Помимо этого, даже и на тех территориях, где соответствующие регистрации рождений в свое время производились, не везде сохранились архивы, необходимые для получения этих сведений. Часть архивов погибла в годы Великой Отечественной войны.

Следует иметь в виду, что у лиц пожилого и старческого возрастов наблюдается тенденция не только округлять, но и завышать число прожитых лет и тем самым искусственно увеличивать количество лиц пожилого и старческого возрастов.

Академик АМН СССР З. Г. Френкель приводит в своей работе пример Болгарии, где по переписи 1920 г. число лиц, показавших свой возраст в 100 лет и более, насчитывало 2 161. После проверки их оказалось только 158 (28 человек на 1 млн.). Такого же рода проверка числа пере-

¹ См. П. Г. Подъячих. Население СССР. М., 1961, стр. 35—36.

живших столетний возраст была проведена в Италии, где по переписи 1921 г. было зарегистрировано 256 человек в возрасте 100 лет и старше, а после тщательной проверки их оказалось только 51 человек¹. Надо полагать, что примерно в такой же мере все это относится и к лицам, показывающим при переписях свой возраст в 90 лет и более.

Все это дает основание предполагать, что подлинное число долгожителей ниже того, которое определяют опросным путем, если даже производится некоторая проверка достоверности этих показаний. Только проверка первичных записей о рождении, к сожалению, как указывалось выше, не осуществимая в ряде местностей СССР, могла бы выявить действительное количество долгожителей.

Определение точного возраста долгожителей имеет особое значение тогда, когда изучается их распределение по территории СССР. Дело в том, что по данным переписи 1959 г. наибольшее количество лиц старческого возраста оказалось в Грузии (в том числе в Южной Осетии, Абхазии), Дагестане, Дальнем Востоке, т. е. в отдаленных районах, где регистрация рождений в первой половине XIX в., когда родились эти лица, не производилась вовсе или была не на должном уровне. Следовательно, на этой территории мы не имеем достаточно надежных первичных записей о рождении лиц, указавших при переписи 1959 г. свой возраст как весьма преклонный.

Всякого рода попыткам изучения социально-гигиенических или природно-физических условий жизни населения этих территорий имеющих якобы особенно большое количество долгожителей, должны были бы предшествовать тщательные проверки достоверности показаний этих лиц. Между тем такие попытки неоднократно предпринимались рядом исследователей (Р. М. Аликишиев, Я. М. Грушко, В. В. Луговой, Г. З. Пицхелаури и др.) без надлежащей проверки достоверности материалов².

¹ См. З. Г. Френкель. Удлинение жизни и активная старость. Л., 1945, стр. 123, 125.

² См. Р. М. Аликишиев. Долголетие в Дагестане, Махачкала. 1969; его же. К проблеме долголетия человека. Сб. научных трудов Андижанского мединститута. Ташкент, 1962, стр. 21—36; Я. М. Грушко. Долголетие среди населения Восточной Сибири.— «Советское здравоохранение», 1962, № 3; Г. З. Пицхелаури.

Часто главной причиной долголетия лиц, живущих на данной территории, выдвигают благоприятные оздоравливающие условия, созданные на этих территориях в годы Советской власти. Достижения в этой области бесспорны. Это показывают числа увеличения средней продолжительности жизни населения и повышение доли лиц пожилого и старческого возрастов, приведенные в начале этой статьи. Однако, естественно, возникает вопрос, почему большое число людей преклонного возраста оказалось именно в относительно далеких местностях, т. е. там, где подлинное количество долгожителей вообще возбуждает сомнение из-за частой невозможности проверки по первичным записям о рождении точности показаний их возраста.

Наконец, возникает и еще один вопрос. Лица, которым при переписи 1959 г. было 100—120 лет и более, ко времени победы Великой Октябрьской социалистической революции уже находились в возрасте 70—80 лет и более, т. е. возраст их был значительно старше средней продолжительности жизни населения того времени; после революции они прожили примерно еще по 40 лет. Чьей же заслугой считать их особое долголетие? По-видимому, причиной исключительного долголетия в тех случаях, когда оно имеет место в действительности, являются какие-то индивидуальные генетические особенности этих людей.

Следующим методическим вопросом статистики долголетия является измеритель количества долголетних не в абсолютных числах, а в относительных показателях. Широко распространено их измерение в показателях на 10 000 человек (или 100 тыс. или 1 млн.) населения. Однако измерители такого рода не могут считаться методически правильными. Величина получаемого показателя (отношение числа долголетних к общей численности населения) будет при прочих равных условиях тем больше, чем относительно меньше в составе населения лиц молодого возраста, а следовательно, там, где ниже рождаемость. Это легко показать на следующем примере (см. табл. 1; числа условные).

лаури, В. В. Луговой. Зоны долголетия в Грузии.— «Вопросы геронтологии и геронотрии». М., 1962; Г. З. Пицхелаури, К характеристике долгожителей Грузии.— «Советское здравоохранение», 1966, № 5; его же. «Социально-гигиенические вопросы долголетия и старости».— «Гигиена и санитария», 1967, № 1.

Таблица 1

ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ДВУХ МЕСТНОСТЕЙ

Возрастные группы	Местность А		Местность Б	
	абсолютное число и селе-ция	в %	абсолютное число населения	в %
0—19 лет	920 000	47	380 000	38
20—59 »	880 000	43	440 000	44
60—79 »	140 000	7	150 000	15
80 и более	60 000	3	30 000	3
Итого	2 000 000	100	1 000 000	100

При обычном расчете показателя числа лиц в возрасте 80 лет и старше на 1 млн. населения в местности А этот показатель составит $\frac{60\,000 \times 1\,000\,000}{2\,000\,000} = 30\,000$,

а в местности Б: $\frac{30\,000 \times 1\,000\,000}{1\,000\,000} = 30\,000$. Казалось бы, показатели длительности жизни в обоих случаях одинаковы. Однако стоит только взглянуть на процентное распределение населения обеих местностей для того, чтобы убедиться, что в местности А в возрасте старше 60 лет живет 10%, а в местности Б—18% и, следовательно, доля лиц пожилого и старческого возрастов в этих местностях неодинакова, а средняя длительность жизни населения в местности Б, надо полагать, больше, чем в местности А. Разумеется, этот схематичный пример демонстрирует только влияние возрастного состава населения на величину показателя. Но, помимо этого, как справедливо отмечает советский исследователь Н. Н. Сачук, его величина «определяется не только факторами, способствующими достижению долголетия, но в значительной мере такими обстоятельствами, как уровень рождаемости и удельный вес детей, интенсивность и направление миграционных процессов среди лиц среднего возраста, соотношение численности мужчин и женщин и др.»¹.

Вместо этого широко применяемого, но методически

¹ Н. Н. Сачук. К методике изучения географии долголетия в СССР.— «Проблемы медицинской географии». Л., 1962, стр. 29—30.

неверного показателя Н. Н. Сачук предлагает другой. «В качестве наиболее простого и относительно точного измерителя уровня долголетия,— предлагает она,— может быть рекомендован показатель — удельный вес лиц 80 лет и старше среди лиц пожилого возраста (60 лет и старше)»¹. Н. Н. Сачук указывает, что, пользуясь материалами переписи населения СССР и приведенным выше показателем, она определила для СССР зоны с различной интенсивностью долголетия населения.

Предложенный Н. Н. Сачук показатель может быть принят с одной оговоркой. Следует учесть, что соотношение лиц в возрасте 80 лет и 60 лет по данным переписи также определяется не только размерами долголетия населения, а и различными уровнями рождаемости в годы рождения этих лиц, различными темпами вымирания этих поколений, различной степенью миграции в сравниваемых местностях и т. д. Поэтому предложенный Н. Н. Сачук показатель целесообразнее исчислять не по непосредственным данным переписи населения, а по построенным применительно к этим данным таблицам смертности и средней продолжительности жизни населения. При этом следует определять этот показатель по соотношениям доживающих до возрастов 80 (90 или 100) лет и 60 лет, (колонка / таблиц смертности) или 70 лет и 60 лет.

Этот показатель определяется только вероятностями умереть в различных возрастах (q) и поэтому свободен от привходящего влияния всех других обстоятельств. Такого рода показатели могут считаться наиболее точными в определении долголетия населения данной местности, а следовательно, наиболее пригодными для сопоставлений. Так как опубликованные материалы о возрастном составе населения СССР в 1959 г. оканчиваются возрастной группой 70 лет и старше, то для иллюстрации расчетов рекомендуемых показателей мы воспользуемся соотношениями чисел населения, дожившего до 60 и до 70 лет².

По этим данным соотношения населения в возрасте 60—69 лет и 70 лет и старше составляли у мужчин

$$\frac{2\,540\,685}{4\,098\,922} \times 100 = 62,0\%, \quad \text{у женщин — соответственно}$$

¹ Н. Н. Сачук. К методике изучения географии долголетия в СССР.— «Проблемы медицинской географии». Л., 1962, стр. 30.

² См. «Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 г., т. СССР», стр. 57, 59.

$\frac{5\ 430\ 604}{7\ 637\ 323} \times 100 = 71,1\%$, а более точные соотношения $l_{70} : l_{60}$ по таблицам смертности и средней продолжительности жизни равнялись у мужчин: $\frac{50\ 920}{69\ 452} \times 100 = 73,3\%$,

а у женщин: $\frac{69\ 236}{81\ 825} \times 100 = 84,6\%^1$. Аналогичные

показатели городского населения мужчин и женщин составляли 59,9%, а для сельского — 75,8%, а соотношения $l_{70} : l_{60}$ — соответственно 78,1% и 79,3%.

Этот показатель для Эстонской ССР (по переписным данным) равнялся 77,3%, а для Туркменской ССР — 61%. Как известно, Эстонская ССР выделяется среди союзных республик одним из наиболее высоких показателей численности населения пожилого возраста (6,6% населения в возрасте 70 лет и старше), а Туркменская ССР — одним из наиболее низких (3,0%). Так как приведенные расчеты нужны здесь только в качестве методической иллюстрации, анализ их результатов по существу не производится.

Если основные сведения о численности населения пожилого возраста, его составе и размещении, необходимые для санитарно-статистического анализа вопросов долголетия, могут быть извлечены из соответствующих демографических публикаций, то сведения о здоровье лиц пожилого и старческого возрастов в готовом виде не существуют. Для их получения необходимы специальные социально-гигиенические исследования.

Материалами, характеризующими здоровье населения, обычно считают сведения санитарно-демографического порядка, данные о физическом развитии и о заболеваемости населения. Все три названные группы материалов могут быть использованы для характеристики здоровья населения пожилого и старческого возрастов. Однако сбор, разработка и анализ этих данных требуют применения некоторых специальных методов.

Наибольшую ценность из материалов санитарно-демографического порядка для характеристики здоровья лиц старшего возраста имеют сведения о выживаемости, смертности и ее причинах. Наилучшим методом анализа

¹ См. «Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 г., т. СССР», стр. 265, 267.

этих данных является исчисление таблиц смертности и средней продолжительности жизни. Показатели этих таблиц говорят о доле доживающих до определенного возраста из числа одновременно родившихся в данной местности, о вероятности умереть в каждом возрасте и о средней длительности жизни лиц каждого пола, достигших данного возраста. Такого рода таблицы целесообразно составлять не только для населения различных местностей, но и для различных социальных, профессиональных и прочих групп населения.

Сопоставление аналогичных показателей таблиц дожития, составленных для разных групп населения и за разные периоды времени, дает сведения о различиях, свойственных этим группам, и о динамических изменениях соответствующих показателей. Для геронтологических целей, при исчислении и использовании таблиц дожития, для правильной экстраполяции вероятностей смерти, начиная примерно с возрастной группы старше 70 или 80 лет, необходимо уделять особое внимание проверке правильности показаний числа лет, как живущих, так и умерших.

Второй группой материалов, характеризующих здоровье лиц пожилого и старческого возрастов, являются сведения об их физическом развитии. Физическое развитие этих возрастных групп должно характеризоваться соответствием показателей их веса и окружности груди отдельных лиц показателю роста, а также оценкой результатов ряда функциональных (физиологических, биохимических и др.) проб (измерение уровня артериального давления, биохимические исследования крови, мочи и т. д.).

Для индивидуальной оценки результатов физического развития, так же как и для групповой, необходимы разработка и составление так называемых стандартов физического развития, характеризующих соотношения изучаемых признаков в каждой однородной возрастно-половой и этнической группе. Такого рода стандарты имеются для растущих организмов, но отсутствуют для лиц старшего возраста. Составление их требует проведения необходимых антропометрических, физиологических, биохимических и других исследований с последующей вариационно-статистической обработкой собранных материалов.

За последние несколько десятилетий изучение физического развития населения ограничивалось только исследованиями, относящимися к подрастающим поколениям (дети, подростки, дзпризывные и призывные контингенты в Советскую Армию). Взрослое население в этом отношении не привлекало должного внимания исследователей. Между тем в классических исследованиях физического развития, проводившихся в нашей стране еще в конце прошлого века Ф. Ф. Эрисманом, В. А. Левицким и др., использовались материалы антропометрических измерений именно взрослого населения. Возобновление исследований физического развития взрослого населения становится очередной задачей современной статистики здоровья населения. Для изучения же здоровья лиц пожилого и старческого возрастов проведение такого рода исследований особенно необходимо.

Третьей группой материалов, характеризующих здоровье населения, являются материалы о его заболеваемости. Изучение заболеваемости населения является одним из наиболее старых и традиционных способов исследования здоровья населения нашей страны. Однако традиционные методы этого исследования (изучение заболеваемости по материалам обращаемости за медицинской помощью, особенно использование материалов текущего учета и медицинской отчетности) в настоящее время в связи с изменением состава заболеваемости и организационных форм медицинской помощи плохо отвечают предъявляемым к ним требованиям¹.

Особенно непригодны эти методы для изучения заболеваемости лиц пожилого и старческого возрастов. Как известно из материалов многочисленных исследований заболеваемости, в возрасте старше 60 лет резко снижается «заболеваемость» почти всеми болезнями. Так, например, при изучении заболеваемости населения г. Иваново за 1955 г.² были установлены следующие показатели заболеваемости по материалам обращаемости за медицинской помощью на 1000 человек: общее число заболе-

¹ См. А. М. Мерков. Методические вопросы выборочного исследования в статистике общей заболеваемости.— «Ученые записки по статистике», т. VIII, М., 1964.

² См. «Материалы по заболеваемости населения г. Иваново в 1955 г.».

ваний за год составило 1225,5, в том числе у мужчин — 1222,1, у женщин — 1221,7¹.

Возрастные показатели заболеваемости были выше всего у детей младшего возраста, затем они понижались до минимального размера 849,9 в возрасте 14—19 лет и затем снова повышались до 1247,8 в возрасте 40—49 лет, 1219,4 в возрасте 50—59 лет и снова понижались до 907,5 в возрасте 60 лет и старше. У мужчин в возрасте 40—49 лет было зарегистрировано 1056,6 заболеваний, у женщин — 1335,3, в возрасте 50—59 лет — соответственно 1160,8 и 1241,9, в возрасте 60 лет и старше — 1071,3 и 838,2 заболеваний.

Таким образом, снижение этих показателей у мужчин начинается после 60 лет, а у женщин — в возрасте 50—59 лет, так как в эту возрастную группу входят женщины, вышедшие на пенсию по старости в возрасте 55—59 лет. Отсутствие необходимости в получении листка нетрудоспособности для больного, находящегося на пенсии, является, по-видимому, одной из причин снижения обращаемости этих больных за медицинской помощью.

Как известно, основными причинами смерти населения в настоящее время являются сердечно-сосудистые заболевания и злокачественные опухоли. В возрасте старше 60 лет смертность от этих болезней тем выше, чем выше возраст больных. Естественно ожидать, что в возрасте старше 60 лет увеличивается заболеваемость именно этими болезнями, которые приводят к смерти значительную часть больных. Между тем показатели заболеваемости по материалам обращаемости за медицинской помощью плохо подтверждают это предположение. Так, по тем же материалам о заболеваемости населения г. Иваново на 1000 человек возраста 50—59 лет болезни органов кровообращения у мужчин насчитывали 169,0 случаев, у женщин — 199,8, а в возрасте 60 лет и старше — соответственно 240,7 и 182,5, в том числе гипертонической болезнью (оба пола) в возрасте 50—59 лет — 72,9, а в

¹ Некоторое превышение показателя заболеваемости всего населения над раздельными показателями заболеваемости мужчин и женщин вызвано тем, что на медицинских документах некоторых больных не был указан пол больного. Сведения о таких больных были включены в общие материалы, использованные для расчета показателя заболеваемости всего населения, но не могли быть использованы для расчета раздельных показателей заболеваемости мужчин и женщин.

60 лет и старше — 72,2, грудной жабой и инфарктом миокарда без гипертонической болезни в 50—59 лет у мужчин — 8,2, у женщин — 2,5, а в 60 лет и старше — соответственно 7,5 и 1,1¹.

Даже злокачественные новообразования по материалам обращаемости за медицинской помощью дают не слишком большое увеличение заболеваемости в возрасте 60 лет и старше (в 50—59 лет 10,5 на 1000 населения этого возраста, а в 60 лет и старше — 20,0², хотя смертность от них особенно увеличивается именно в этом возрасте (438,8 на 100 000 мужчин в возрасте 50—59 лет и 1244,9 в возрасте 60 лет и старше, а у женщин — соответственно 264,6 и 685,6)³.

Можно было бы привести много других аналогичных материалов, собранных в различных местностях, но, незначительно отличаясь размерами показателей, все эти материалы подтверждают, что показатели заболеваемости в возрасте старше 60 лет плохо отражают подлинные уровни распространения этих болезней по материалам обращаемости. Это объясняется тем, что хронические болезни в стадии ремиссии не создают у больного импульса для обращения к врачу. Кроме того, отпадает необходимость трудовой экспертизы и в связи с этим подтверждения врачом наличия заболевания. Следует принимать во внимание трудности передвижения от дома до лечебного учреждения, очереди на прием к врачу и другие факторы. В то же время активные медицинские осмотры лиц пожилого и старческого возрастов, а особенно диспансеризация, выявляют у них значительное количество заболеваний, наличие которых было ранее не известно врачу.

Размеры этой дополнительно выявляемой заболеваемости вовсе не так малы. Так, материалы комплексной работы по изучению заболеваемости населения, проводившейся под руководством профессора И. Д. Богатырева, помимо изучения материалов обращаемости за медицинской помощью, дополнялись медицинскими осмотрами населения. Было отмечено, что «на каждую 1000

¹ См. таблицы в приложении к кн. «Материалы по заболеваемости населения г. Иваново в 1955 г.», стр. 101—127.

² Там же, стр. 121.

³ «Заболеваемость и смертность населения СССР от злокачественных новообразований». Л., 1962, стр. 41.

осмотренных было выявлено 839,5 случая ранее не известных по обращаемости различных, длительно протекающих заболеваний и отклонений от нормы»¹, тогда как по материалам обращаемости за медицинской помощью в этом обследовании было установлено только 1247,1 случая заболеваний на 1000 населения², т. е. почти столько же, сколько в приведенных нами ранее материалах заболеваемости населения г. Иваново. Правда, из этого количества нуждались в лечебно-профилактической помощи в момент обследования только 599,3 человека (это не исключает возможности того, что остальные больные будут нуждаться в медицинской помощи по выявленным заболеваниям позднее).

Из 1000 осмотренных людей у 195,3 не подтвердилось наличие хронического заболевания, диагноз которого был поставлен при амбулаторном посещении врача³. Таким образом, подлинный размер заболеваемости составлял $1247,1 + 839,5 - 195,3 = 1891,3$ на 1000 человек, т. е. на 51,3% выше размера заболеваемости, установленного путем учета обращаемости за медицинской помощью. При этом 81,6% из них нуждались в медицинской помощи. Приведенные числа относятся к населению всех возрастных групп и всем болезням, вместе взятым.

Если же выделить только пожилое и старческое население и уделить особое внимание болезням, специфичным для этого возраста, то все эти показатели становятся значительно выше. Так, из числа больных атеросклеротическим кардиосклерозом на 1000 человек по материалам обращаемости за медицинской помощью было выявлено только 13,9 больных⁴, а при медицинских осмотрах дополнительно выявлено еще 35,4, в том числе нуждавшихся в медицинской помощи 32,5 человека⁵. Следовательно, из общего числа больных атеросклеротическим кардиосклерозом ($13,9 + 35,4 = 49,3$) выявлено было путем медицинских осмотров 71,8%, в том числе нуждавшихся в медицинской помощи — 66%.

¹ «Заболеваемость городского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи». М., 1967, стр. 35.

² Там же, стр. 452.

³ Там же, стр. 453.

⁴ Там же, стр. 450.

⁵ Там же, стр. 455.

При гипертонической болезни было выявлено больных на 1000 человек (путем учета обращений за медицинской помощью) только 16, а при медицинских осмотрах — дополнительно еще 54,6 ранее неизвестных больных, в том числе 53,7¹ нуждавшихся в медицинской помощи. Следовательно, из общего числа больных гипертонической болезнью ($16,0 + 54,6 = 70,6$) было выявлено при медицинских осмотрах 77,3%, в том числе нуждавшихся в медицинской помощи — 76,1%.

Аналогичным образом можно установить, что при атеросклерозе и прочих сосудистых поражениях мозга путем обращаемости за медицинской помощью было выявлено на 1000 человек только 5,2 больных, а при медицинских осмотрах — еще дополнительно 9,3 ранее неизвестных больных, в том числе нуждавшихся в медицинской помощи — 7,5². Значит, из общего количества больных ($5,2 + 9,3 = 14,5$) с этими диагнозами медицинские осмотры выявили 64,1%, из которых нуждались в медицинской помощи 51,7% человек.

Можно было бы продолжить рассмотрение списка заболеваний, свойственных преимущественно пожилому и старческому возрасту, но, поскольку это имеет здесь только иллюстративно-методическое значение, расширять список болезней смысла не имеет.

Основным методом изучения заболеваемости лиц старшего возраста следует считать периодические осмотры их врачами-специалистами, желательно с последующей диспансеризацией больных. Только комплексная оценка и использование всех материалов о здоровье лиц старшего возраста может дать достаточно верное представление о нем и обеспечить организацию необходимых оздоровительных мероприятий.

¹ «Заболеваемость городского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи», стр. 450, 455.

² Там же, стр. 450, 454—455.