

ДЕМОГРАФИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА

С.А.ТОМИПИН

ДЕМОГРАФИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА

С. А. ТОМИЛИН



Сергей Аркадьевич Томилин
(1877—1952)



«СТАТИСТИКА»
МОСКВА 1973

ОТ СОСТАВИТЕЛЯ
И НАУЧНОГО РЕДАКТОРА

В книге помещены работы профессора С. А. Томилина по проблемам социальной гигиены и демографии, преимущественно имеющие теоретический и методологический характер. Написанные в основном в 20-е и 30-е годы, они и сейчас актуальны.

При формировании книги мы стремились отобрать работы, опубликование которых окажет методологическую помощь социальным гигиенистам и демографам в исследовании проблем воспроизводства населения, его здоровья и условий жизни. Через работы, предлагаемые читателю, красной нитью проходит идея необходимости создания органического сплава социального и биологического при изучении этих проблем. Такой подход, широта взглядов и энциклопедические знания во многих отраслях науки позволили С. А. Томилину предвосхитить многие проблемы, ставшие актуальными сегодня.

Работы С. А. Томилина — образец глубокого и всестороннего анализа и блестящего изложения результатов исследования.

Многие из них были опубликованы в малодоступных изданиях, некоторые переведены с украинского.

Приносим глубокую благодарность жене профессора С. А. Томилина Елене Михайловне Томилиной, проделавшей большую работу по систематизации научного наследия ученого, за помощь при формировании рукописи и в написании очерка о жизни и деятельности С. А. Томилина. Выражаем признательность профессорам М. С. Бедному и Л. Е. Полякову за ценные замечания, высказанные в процессе подготовки книги к печати, а также сотрудникам отдела демографии Института экономики АН УССР Н. И. Брикер и Л. Ф. Шевцовой за помощь в окончательном оформлении рукописи. Очень важными для нас были пожелания профессора А. М. Меркова по поводу отбора работ для издания.

В. Стешенко

**О ЖИЗНИ
И НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
С. А. ТОМИЛИНА
(краткий очерк)**

Там, где прежде были границы науки,
там теперь ее центр.

Г. К. Лихтенберг

Сергей Аркадьевич Томилин — автор многих научных трудов по социальной гигиене, санитарной статистике, демографии, истории медицины, эпидемиологии и фитотерапии, известный деятель в области организации здравоохранения — родился 19 октября 1877 г. в городе Сувалках (ныне Белостокский уезд ПНР) в семье военного чиновника. Учился в Рижской Александровской гимназии.

В семье Томилиных родилось 13 детей, Сергей Аркадьевич был десятым. Заработка отца не хватало на жизнь, и с 12 лет С. А. Томилин начал давать уроки. С 8-го класса гимназии он завоевал репутацию хорошего репетитора, и эта полоса репетиторства длилась в течение всей его гимназической и студенческой жизни. В старших классах гимназии С. А. Томилин очень увлекался латынью и греческим языком, и это породило «раздвоение»: его манила и медицина, и филология, но победила медицина.

В 1895 г. он поступил в Военно-медицинскую академию в Петербурге. В 1899 г. на 4-м курсе Военно-медицинской академии на деньги, добытые репетиторством, С. А. Томилин едет в Германию, где посещает клиники Кенингсбергского и Гейдельбергского университетов. Вернувшись домой, он узнает о своем исключении из Военно-медицинской академии по политическим мотивам. Образование С. А. Томилин закончил в Московском университете (1901 г.). К этому периоду относится его первый литературный опыт, который дал толчок научной работе. На 4-м курсе он написал сочинение на тему: «Стерилизация молока. Польза и вред стерилизации в деле искусственного вскармливания детей», за которое на торжественном заседании факультета в 1901 г. был награжден серебряной медалью.

Сергея Аркадьевича всю жизнь интересовало культурное наследие Востока, особенно Индии. Это обстоятельство наложило отпечаток на весь его облик как человека и как исследователя. В 1901 г. С. А. Томилин поступил в Лазаревский институт восточных языков, но, проучившись там год, был вынужден оставить обучение и принял предложение занять место ординатора психиатрической больницы в Риге. В 1902 г. он вновь сделал попытку продолжить свое ориенталистическое образование, поступив на восточный факультет Петербургского университета. Однако из-за отсутствия средств ему пришлось оставить Петербург и в 1903 г. занять должность помощника врача больницы Седлецкой железной дороги (г. Лида), а затем — врача-эпидемиолога в Лидском и Виленском уездах Виленской губернии. Здесь он работал до мая 1904 г. в летучем санитарном отряде по борьбе с эпидемическими болезнями.

Во время русско-японской войны С. А. Томилин служил на Дальнем Востоке. Когда закончилась война, С. А. Томилин возвратился в Вильнюс и работал участковым врачом. Летом 1906 г. он сдал государственные экзамены при Новороссийском университете в Одессе и получил звание «лекаря с отличием». После сдачи экзаменов он поехал в Крым, где работал земским врачом.

С 1908 по 1913 г. С. А. Томилин работал санитарным врачом в г. Александровске (ныне Запорожье). В первый же год работы участвовал в борьбе с эпидемиями скарлатины и сыпного тифа. Здесь он переболел сыпным тифом в очень тяжелой форме.

Вспоминая эти годы, С. А. Томилин пишет в своей автобиографии: «Земская работа, в которой не было ничего корыстного, которая руководилась только стремлением быть возможно полезнее народным массам, воспитывала лучшие душевные инстинкты. Работа в земстве — это лучшая пора моей сознательной жизни, время, которое я всегда вспоминаю с большим чувством душевного тепла».

В этот период С. А. Томилин по командировке земства побывал в Будапеште (1909 г.), Париже, Льеже (1910 г.), Дрездене (1911 г.), где знакомился с постановкой санитарно-гигиенической работы и совершенствовал профессиональную квалификацию.

В конце 1913 г. С. А. Томилин был избран на должность помощника заведующего санитарным отделом Екатеринославского губернского земства. В его обязанности входила научная разработка всех санитарно-статистических материалов, которые собирались в губернии земскими врачами.

Период работы С. А. Томилина в Александровске и Екатеринославе был очень продуктивным. В эти годы он начинает разработку проблем санитарной статистики и демографии. Характеризуя его деятельность, доцент П. Т. Петров писал: «Здесь он сформировался как прогрессивный санитарный деятель, эпидемиолог и социальный гигиенист. В эти годы он написал 15 работ, в которых освещалась эпидемиологическая заболеваемость населения

Александровского уезда и давался анализ эпидемий брюшного тифа за 1901—1910 гг. Кроме того, С. А. Томилин уделял значительное внимание роли земского участкового врача в профилактике и борьбе с эпидемиями. С. А. Томилин также поднял ряд санитарных вопросов: о санитарном состоянии городов Екатеринославской губернии, о гигиенической оценке сельских жилищ в России и мерах их улучшения и т. д. Его заинтересовали проблемы демографии и социальной гигиены. С. А. Томилин написал работы о санитарном состоянии Александровского уезда с обзором движения населения, а также о динамике естественного движения населения того же уезда за 1908—1912 гг.»¹.

Когда началась первая мировая война, С. А. Томилин был призван в армию в качестве военного врача, он служил на Западном и Юго-Западном фронтах.

После Великой Октябрьской социалистической революции С. А. Томилин работал санитарным врачом армии, а затем начальником санитарной части 7-й армии. После демобилизации в 1918 г. он непродолжительное время работал помощником заведующего санитарным отделом Екатеринославского губернского земства и в том же году переехал в Киев.

С установлением Советской власти на Украине С. А. Томилин работал заведующим статистическим отделом Комиссариата народного здоровья УССР и состоял членом научной подкомиссии Чрезвычайной комиссии². Однако вскоре перипетии того бурного времени забросили семью С. А. Томилина на Северный Кавказ.

С августа 1922 г. до 1930 г. С. А. Томилин — заведующий статистическим отделом Наркомздрава Украины. Руководя этим отделом, С. А. Томилин организовал ведомственную санитарную статистику на Украине и в течение 4 лет публиковал единственные в то время в Союзе отчеты о деятельности органов здравоохранения и санитарном состоянии республики. Он составил первое при Советской власти санитарное описание Украины, был организатором изучения заболеваемости населения, специальных санитарно-демографических обследований и многих санитарно-статистических научных разработок³. Его монография этого периода «Материалы о социально-гигиеническом состоянии украинской деревни» (1924 г.), в которой подведены санитарные итоги империалистической войны, выполненная на основе выборочного изучения нескольких сот населенных пунктов, была высоко оценена санитарным отделом Лиги наций и переиздана в Женеве на французском языке.

¹ П. Т. Петров. С. А. Томилин (к 10-летию со дня смерти). «Советское здравоохранение», 1963, № 7, с. 52—53.

² Чрезвычайные санитарные комиссии были созданы специальным постановлением Всеукраинского и Реввоенсовета Юго-Западного фронта в феврале 1920 г., когда вся территория республики была охвачена эпидемией тифа.

³ См.: А. М. Мерков. Санитарная статистика в Союзе ССР за 40 лет (1917—1957 гг.). М., 1957, с. 11—21.

С. А. Томилину принадлежит более 100 научных работ, в том числе несколько монографий, посвященных изучению самых разнообразных проблем¹. Социальная гигиена и демография, санитарная статистика и эпидемиология, организация здравоохранения и врачебная этика, история отечественной и зарубежной медицины и фитотерапия, теория медицины и клиническая терапия — таков далеко не полный перечень его научных интересов.

Десятилетие 1922—1931 гг. было самым плодотворным периодом в научной деятельности С. А. Томила. В эти годы им опубликовано более 50 работ, среди которых несколько монографий. Круг его научных интересов расширяется. Разработки прикладного характера дополняются глубокими теоретическими исследованиями очень широкого диапазона. Социальная гигиена как наука и ее место в системе медицинского знания, социальные аспекты генетики человека, проблема наследственности и социальная гигиена, теоретические проблемы демографии и демоэкономики, экономические аспекты профилактики, вопросы медицинского образования и истории медицины становятся темами более чем половины работ, написанных им в это время.

Работы С. А. Томила отличаются широким социальным подходом к проблемам медицины и здравоохранения. Этот подход вытекает из той роли, которую играло в мировоззрении Сергея Аркадьевича влияние факторов внешней среды на биологические характеристики воспроизводства населения (см. об этом в работе «Основные вопросы социальной гигиены», помещенной в настоящем издании). Именно такой подход дал ему возможность под новым ракурсом рассмотреть изучаемые явления, критически подойти ко многим устоявшимся представлениям, дать цельную и глубокую социально-биологическую характеристику различных демографических процессов.

В этом плане особенно большую ценность имеют его работы, посвященные проблемам воспроизводства населения, демографическому поведению, браку и семье, проблеме пола. Эти работы звучат очень современно и сейчас, читаются с большим и неослабевающим интересом. Большую роль в этом сыграли энциклопедические знания С. А. Томила не только в области биологии и медицины, но и в широкой сфере социально-экономических и социально-психологических наук.

Особый интерес представляют работы С. А. Томила по экономике населения, которые имеют не только большое историческое значение, но и сохранили актуальность для современной науки о демовоспроизводстве. Они должны стать настольной книгой для специалиста-демографа, которому не чужд интерес к основам

науки вообще и экономической ее отрасли в особенности. Без изучения этих работ невозможно выработать целостное представление о развитии отечественной демографической мысли.

В них содержится ряд перспективных идей, лишь значительно позже получивших дальнейшее (к сожалению, неоправданно малое) развитие и породивших целое направление в демографических исследованиях. Работы С. А. Томила по экономике населения — одни из первых в отечественной демографической и социально-гигиенической литературе попыток синтезировать некоторые очень важные теоретические обобщения, выработанные смежными социальными и социально-биологическими науками.

В работах С. А. Томила речь идет не об «экономии человека», а об «экономике населения». И это не просто терминологическое различие, а принципиально иной подход к объекту исследования по сравнению с подходом сторонников учения об «органическом капитале». В условиях капитализма «экономика человека» — социально-реформистская попытка выработать «рецепты» ограждения «органического капитала» от его чрезмерной эксплуатации капиталистическими хищниками. Независимо от субъективных желаний и личной позиции каждого ее представителя теория «экономики человека» в эксплуататорском обществе играет в целом реакционную роль, поскольку хотя и дает дополнительные аргументы в пользу организованной борьбы рабочих за улучшение условий профессионального труда и быта, но одновременно порождает реформистские иллюзии (интенсивно распространяемые пропагандистскими органами буржуазных государств)¹ о том, что строго научные аргументы в защиту «органического капитала» могут сами по себе повлиять на характер эксплуатации рабочей силы. В условиях же социализма исчезает реакционная подоплека этого учения, и соответствующее направление исследований растворяется в системе знаний о путях и методах оздоровления труда и быта населения.

Таким образом, содержание понятия «экономика населения» более широкое и глубокое. Не случайно иногда С. А. Томилин говорит не об «экономике населения», а об «экономике воспроизводства человеческих жизней». Задача экономики населения не только в отыскании оптимальных режимов использования рабочей силы в общественном производстве, но и в разработке научных основ производства здоровых и гармонично развитых поколений, что применительно к условиям общества, строящего коммунизм, не только не является утопией, но и превращается в настоятельную необходимость (об этом см. в работе «Профилактика и экономика»).

¹ «Ежедневная пресса и телеграф, который моментально разносит свои открытия по всему земному шару, — писал К. Маркс, — фабрикует больше мифов (а буржуазные ослы верят в них и распространяют их) за один день, чем раньше можно было изготовить за столетие» (К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., т. 33, с. 215).

¹ Две работы С. А. Томила «Опыт санитарного описания Украины» и «Венерические болезни в окружных городах Украины» премиярованы бывшим Управлением Главнауки УССР.

«Экономика населения», по Томилину, не эквивалент современного понятия «экономическая демография». С. А. Томилин считал, что экономика населения не просто должна исследовать влияния на производство средств к жизни (экономическое воспроизводство) демографических процессов и структур, но быть конструктивной наукой, разрабатывать пути и методы рационализации демовоспроизводства с точки зрения оптимизации затрат общественного труда (см. с. 188).

В рассматриваемом цикле работ С. А. Томила очень много ярких и образных сравнений демовоспроизводства с экономическим воспроизводством¹. Однако было бы большим, как нам кажется, упрощением оценивать эти аналогии только как органически присущий Томилину-исследователю способ очень образной и оригинальной характеристики получаемых результатов. С. А. Томилин неоднократно подчеркивал, что только такой «экономический подход» к демографическим процессам позволяет осмыслить и описать их естественное место в общей системе социальной жизнедеятельности населения. Таким образом, указанный подход отнюдь не свидетельствует о недооценке специфики демографического процесса, как казалось и до сих пор, к сожалению, кажется некоторым демографам. Наоборот, он свидетельствует о глубоком марксистском понимании исследователем органического единства всех видов социального жизнепроявления, в основе которого лежит один субстрат — общественный труд. «Конечно, — подчеркивал С. А. Томилин, — далеко не все стороны человеческой жизни могут быть подвержены хозяйственной оценке, но несомненно и то, что к реальной социально-экономической политике можно прийти только изучив человеческую жизнь под экономическим углом зрения, выяснив, что дает и что отнимает от общества отдельная личность» (об этом см. в работе «Народнохозяйственная ценность человеческой жизни»).

Подход к демографическому воспроизводству как сфере приложения общественного труда не только открывает перспективное направление для глубокого логического исследования внутренних социальных механизмов, определяющих динамику и структуру демографического процесса как элемента общей системы жизнедеятельности человеческого коллектива, но создает также прочный теоретический базис для математизированного анализа взаимосвязей экономического и демографического воспроизводства. Имея в виду именно это, С. А. Томилин подчеркивал, что «современной социальной гигиене необходимо только сблизить экономические явления с процессами биологическими (имеются в виду демографические процессы. — В. П. и В. С.), перевести многие экономические

¹ Очень динамичный и афористический язык С. А. Томила — тема специального разговора, поскольку «мыслевыражение — есть такое же конкретное открытие, как географическое» (М. Пришвин. Глаза земли. М., «Советский писатель», 1957, с. 275). Здесь же хотелось только подчеркнуть, что некоторые образные выражения С. А. Томила воспринимаются как настоящие «интуитивные модели».

понятия на биологический язык и внести принципы экономического мышления в область биологических явлений» (см. с. 186 настоящего издания).

Идеи С. А. Томила, изложенные в работах, посвященных экономике населения, явились серьезным вкладом в развитие отечественной демологической мысли¹. На этот вывод уже не может повлиять наше несогласие с некоторыми его положениями. Единственное, на что в связи с этим хотелось бы обратить внимание, это необходимость вдумчивого подхода к работам, где С. А. Томилин излагает свои взгляды по проблемам экономики населения. Изучающий эти работы должен прежде всего следить за общей направленностью мысли ученого и не «спотыкаться» на отдельных частностях, несколько непривычных и даже «консервативных» терминах. Тогда не возникнет опасность слишком поспешных выводов, основанных на поверхностном схватывании существа рассматриваемых вопросов и неоправданно формальном подходе к употребляемой терминологии, и будет обеспечено правильное понимание оригинальных идей ученого.

Взгляды С. А. Томила на сущность и роль экономики населения в обосновании санитарных и демографических мероприятий постоянно развивались в направлении все более глубокого осмысления ее теоретических основ и связей со всеми сторонами жизни социалистического общества. В этом весьма легко убедиться, сопоставив первую и последнюю работы по экономике населения, написанные С. А. Томилиным². С каждой новой работой С. А. Томилин все больше выходил за пределы терминологии учения об органическом капитале, ее эволюция происходила в направлении все большего приспособления к новому содержанию. К примеру, если в четырех первых работах по экономике населения («Учение об органическом капитале, как основе медицинского мировоззрения» — 1919 г., «Идея социалистического обоснования санитарной идеологии» — 1923 г., «Проблемы рождаемости с точки зрения учения об органическом капитале» — 1923 г. и «Народнохозяйственная ценность человеческой жизни» — 1925 г.) С. А. Томилин широко пользовался такими терминами, как «органический капитал» и «биологический капитал», то в последующих работах по этой проблеме указанные термины уже отсутствуют. Так, в работе «Социально-гигиеническая оценка проблемы рождаемости» (1925 г.) С. А. Томилин употребляет такие термины: «биологические ценно-

¹ На отписке статьи «Экономика населения — ее социально-гигиеническое и народнохозяйственное значение», подаренном С. А. Томилиным 1 января 1939 г. племяннице Т. Н. Томилиной, сохранилась надпись: «Дорогая Таня! Время еще не созрело для идей, изложенных в этой статье, но ты, вероятно, будешь свидетельницей, когда над ними придумаются и, быть может, извлекут для себя некоторые уроки...»

² См.: «Учение об органическом капитале, как основе медицинского мировоззрения» (Киев, изд. Наркомздрава УССР, 1919) и «Экономика населения — ее социально-гигиеническое и народнохозяйственное значение» («Профилактическая медицина», 1929, № 1).

сти», «органические ценности», «органическое воспроизводство» (этот термин он уже берет в кавычки). В работе «Профилактика и экономика» (1927 г.) используются такие термины: «экономика воспроизводства человеческих поколений», «экономика обмена поколений», «человеческая экономия» (этот термин взят в кавычки). Наконец, в последней работе указанного цикла («Экономика населения — ее социально-гигиеническое и народнохозяйственное значение» — 1929 г.) используются только термины «биологические ценности» и «биологическое воспроизводство» (синоним термина «демографическое воспроизводство», который в то время еще не употреблялся).

С. А. Томилин был пионером в нашей отечественной демографической науке и в широкой постановке вопроса о качестве населения. Рассматривая вопросы генетического здоровья населения, он отмечал, что «в настоящее время большинство этих вопросов представляет сплошной хаос, из которого некоторые социально-кастрированные биологи пытаются вывести ряд консервативно-доктринерских формул, в то время как медики, компетенция которых должна бы была заставить заговорить, смущенно молчат» (см. с. 150 настоящего издания). С. А. Томилин не молчал. В публицистически заостренной форме он пропагандировал свои идеи.

С. А. Томилин подчеркивал, что генетическое оздоровление человечества должно начаться с оздоровления внешней среды и прежде всего с ликвидации эксплуататорского строя. «...Биологические процессы, именуемые «наследственностью», — писал С. А. Томилин, — вовсе не принуждают нас рассматривать их как консервативные силы природы. Правильнее видеть в них тщательно оберегаемые и охраняемые природой заряды биологической энергии. По мере улучшения среды все новые и новые зачатки новых психических свойств и обогащений станут раскрываться в неисчерпаемой сокровищнице природы. Но там, где люди массами топчут почву, не может вырасти ни один цветок из множества разбросанных семян! Достаточно представить себе, какие новые зачатки раскроются в зародышевой плазме человека, когда освободятся все силы его, уходящие на классовую борьбу и на добычу черствого куска хлеба, когда социальный строй устранил угрожающий всякому призраку голодной, бесприютной старости, когда труд перестанет быть оружием эксплуатации, а жизнь — рядом сумеречных переживаний, безропотно сливающихся со смертью»¹.

Конкретно-исторический подход к возможностям идеологического, научного и практического использования достижений генетики обуславливал позицию С. А. Томилина в оценке значения генетического контроля и генетической профилактики в условиях со-

¹ С. А. Томилин. Проблема наследственности в свете социальной гигиены. — «Профилактическая медицина», 1925, № 12, с. 56.

циализма¹. С. А. Томилин неоднократно подчеркивал, что только ликвидация эксплуатации человека человеком открывает действительные и поистине неведомые возможности широкого использования достижений всех наук, в том числе и генетических. Более того, С. А. Томилин был глубоко убежден в том, что все развитие социалистического здравоохранения закономерно ведет к созданию системы генетического контроля и генетической профилактики. «В своем последовательном развитии, — писал С. А. Томилин, — социальная профилактика постепенно перерождается в расовую², генеративную гигиену, воспитывая в человеке чувство ответственности за свое здоровье не только перед коллективом, но и перед своим потомством» (см. с. 52 настоящего издания).

С. А. Томилин считал, что усиление ответственности всех членов нового общества перед потомством за его здоровье должно прежде всего проявиться в характере индивидуальной генеративной деятельности. Действительно, сознательный и ответственный подход к созданию новых членов общества должен породить строгую самодисциплину и стремление к «рационализации» (см. с. 151).

С. А. Томилин широко поставил в отечественной демографической и социал-гигиенической литературе проблему «биологического качества» населения. Ему мы обязаны тем, что эта проблема, очищенная от реакционной грязи, предстала в первоначальной чистоте. «Ведь сам факт постановки вопроса о природе генетических структур человека и возможности их исправления, — писал уже совсем недавно академик Н. П. Дубинин, — это совершенно новый подход к проблеме человека. Можно без преувеличения сказать, что это одна из наиболее важных и многообещающих идей, возникших на протяжении всей истории цивилизации»³.

Осуществление генетического контроля и генетической профилактики — это уже не задача отдаленного будущего, а практическая проблема живущих и рождающихся поколений — факт, не только не нашедший пока желательного отражения в общественном сознании (без чего, естественно, невозможны ни генетический контроль, ни генетическая профилактика), но даже не осмыслен-

¹ Академик Б. Л. Астауров подчеркивает, что «каждая социальная формация создает свою евгенику. Человек социалистического общества должен создать и практиковать свою высокогуманную социалистическую евгенику. Надо ли говорить, что возможности социалистического общества в этом отношении не могут идти ни в какое сравнение с возможностями общества капиталистического? Мы не вправе ими пренебрегать. Мы не должны вести в этом вопросе страусову политику, не должны трусливо прятать голову под крыло!» (Предисловие к кн. В. М. Польшина «Мама, папа и я». М., «Советская Россия», 1967, с. 10).

² Хотелось бы обратить внимание, что, употребляя широко распространенное в современной ему социально-гигиенической литературе слово «раса», С. А. Томилин не вкладывал в него того реакционного социального смысла, который впоследствии прочно «сроднился» в литературе определенного сорта с этим словом. У С. А. Томилина понятие «раса» эквивалентно понятию «популяция».

³ Н. П. Дубинин. Философские и социологические аспекты генетики человека. — «Вопросы философии», 1971, № 2, с. 62.

ный с должной глубиной и ответственностью широким кругом специалистов — демографами и социал-гигиенистами¹. Внедрение генетического контроля и генетической профилактики не только естественное следствие демографического перехода, но и непременное условие его успешного завершения. Сущность действительно нового режима воспроизводства населения характеризуется не столько «умеренностью» естественного прироста при «высокой» продолжительности жизни (величина того или другого будет меняться), сколько эффективностью сознательного регулирования генеративной деятельности, направленной на воспроизводство биологически и социально здорового потомства. Таким образом, наблюдаемый нами демографический переход, по-видимому, только начало действительной демографической революции, ее первый этап, когда создаются объективные «демографические» (да и не только демографические) предпосылки для генетического и дальнейшего социального оздоровления человечества.

В харьковский период жизни (1922—1934 гг.) С. А. Томилин написал ряд работ, посвященных содержанию и задачам социально-медицинской профилактики и основным принципам профилактического мышления. Прекрасно понимая, что профилактика — столбовая дорога развития социалистического здравоохранения и медицины, С. А. Томилин неустанно разоблачал всякого рода компромиссные программы, явные и неявные попытки каким-то образом «точно очертить границы профилактики». С. А. Томилин пропагандировал профилактический подход ко всем сторонам жизнедеятельности социальных коллективов, ибо такой подход наиболее экономный и в максимальной степени соответствует целям и задачам социалистического общества. «Профилактика, — постоянно подчеркивал С. А. Томилин, — есть наиболее надежная спутница всяких государственных начинаний, ставящих себе целью повышение производительности народного труда» (см. с. 135). В связи с этим С. А. Томилин писал о том, как опасно попасть под гипноз впечатляющих цифр объема наших материальных вложений в развитие здравоохранения и медицинской помощи населению (и полученного эффекта), поскольку в такой ситуации возникает опасность преувеличения значения достигнутых результатов в деле охраны здоровья народа и ослабления внимания к более глубоким профилактическим задачам. «Значительные, все увеличивающиеся затраты на терапевтическую медицину, — подчеркивал С. А. Томилин, — с экономической точки зрения есть не что иное, как выплата ростовщических процентов по векселям профилактической задолженности» (см. с. 143). Ведь существует вполне реальная опасность того, что недостаточное внимание к вопросам профилактики, оздоровления условий труда и быта населения

¹ «Предстоит, — подчеркивает И. И. Канаев, — создавать строго научную еврику социалистического общества, а для этого надо определить, что такое настоящая евристика и каковы ее возможные задачи» (И. И. Канаев. Фрейнс Гальтон. Л., «Наука», 1972, с. 116).

приведет к увеличению объема патологии, стоимость же усилий по ликвидации и нейтрализации ее последствий значительно больше стоимости мероприятий, препятствующих или хотя бы ограничивающих появление самой патологии. С этой точки зрения сама по себе величина расходов на здравоохранение в расчете на душу населения не может служить достаточно точным критерием ни качества работы системы здравоохранения вообще, ни тем более ее социальной направленности в особенности. Если, к примеру, в капиталистическом производстве условия труда и его интенсивность ведут к преждевременному износу и нарушению нормального функционирования организма рабочего, то в этом случае никакие затраты на «лечение» и «оздоровление» не могут считаться эффективными, поскольку они не могут «исправить» то, что «исправить» уже невозможно. Вот почему здоровое будущее населения может быть обеспечено только в условиях социализма (см. с. 184).

С. А. Томилин также прекрасно понимал, как трудно изменить, причем в кратчайшие исторические сроки, характер и направленность здравоохранения, этой громадной системы, складывающейся в течение многих десятилетий и обладающей большим запасом инерционной энергии. Звонких и броских «профилактических» лозунгов и даже самых строгих и обязывающих постановлений для этого явно недостаточно. Нужны были люди, хорошо понимающие «профилактические идеи» и, самое главное, умеющие и знающие, как эти идеи претворять в жизнь. Именно поэтому так настойчиво и так убежденно боролся С. А. Томилин за коренное изменение программ учебной подготовки медицинских кадров (см. с. 284).

Необходимости подготовки высококвалифицированных, творческих и глубоко убежденных в правоте профилактических идей специалистов была подчинена также исследовательская работа С. А. Томилина в области истории медицинского знания¹. И отбор объектов исследования, и сам подход к ним — все было подчинено современности, обоснованию правильности и перспективности широкого профилактического направления в медицине. Анализируя научное творчество того или иного деятеля медицинской науки или практики, С. А. Томилин стремился показать, как творчество этого деятеля отражало веяния его эпохи, как оно органически вливалось в мировой поток развития медицинской мысли. Исторические очерки С. А. Томилина, посвященные выдающимся деятелям общественного здравоохранения, не только будили профессиональный интерес у слушателей и читателей (написанные им очерки представляли переработанные и дополненные тексты соответствующих лекций), но воспитывали у них гражданское чувство глубокой ответственности за доверенное им обществом дело, про-

¹ Оценке деятельности С. А. Томилина как историка медицины посвящена специальная работа П. Т. Петрова «С. А. Томилин — выдающийся гигиенист и историк медицины» («Врачебное дело», 1958, № 11).

буждали профессиональную гордость и преклонение перед всепо-
беждающей мощью творческого человеческого духа¹.

Для научного мышления С. А. Томилина было органически при-
суще предвидение, проникновение в логику развития явлений. Еще
в те времена, когда актуальной проблемой медицины была борьба
с инфекционными заболеваниями, он писал, что на первый план
среди причин смерти выдвигается сердечно-сосудистая патология.

Изучая вопросы профилактики острых инфекционных заболе-
ваний, С. А. Томилин предвосхитил возникновение проблем сегод-
няшнего дня, состоящих в том, что вакцинация и иммунизация,
способствуя ликвидации многих инфекционных болезней, может
привести и к нежелательным последствиям. «Проблемы иммуно-
биологии — это самая темная область в медицине, освещаемая
чуть заметными огоньками отдельных исследователей, вступивших
в ее лабиринты, — писал С. А. Томилин. — Поэтому здесь менее
чем где-либо в другом месте уместна скоропалительность выводов
и поспешность эффективных заключений.

При всяком введении сыворотки и вакцины необходимо учиты-
вать возможное в последующем влияние на изменение естествен-
ного иммунитета в целом. Теоретически вполне вероятно предполо-
жение, что искусственно изменяемая биологическая сопротивляе-
мость человека может потерпеть такие нарушения в своем равнове-
сии, что какой-нибудь безвредный сапрофит, мирно живущий
в кишечнике человека, вдруг приобретет токсические качества па-
разита и начнет свою разрушительную работу» (см. с. 97).

Руководя санитарной статистикой Украины, С. А. Томилин
стремился взять лучшее, рациональное из зарубежного опыта
и использовать его в своей практической работе. В сентябре
1924 — январе 1925 г. он был в командировке в Берне, Женеве,
Амстердаме и Берлине на курсах по санитарной статистике, орга-
низованных эпидемической комиссией Лиги наций; в августе —
октябре 1927 г. — в Швейцарии и Германии, где ознакомился с ра-
ботой социально-гигиенических институтов Западной Европы. Зна-
ние нескольких иностранных языков (французским и немецким он
владел в совершенстве) делало эти поездки очень плодотворными.

Работа С. А. Томилина на посту руководителя санитарной ста-
тистики Украины характеризовалась широким междисциплинар-
ным подходом к объектам санитарного учета и анализа. К выпол-
нению крупных санитарно-статистических работ С. А. Томилин
стремился привлечь не только ведущих специалистов данной обла-
сти, но и крупных ученых-смежников, работающих в других ве-
домствах и учреждениях. Особенно тесные и плодотворные науч-

ные контакты были налажены С. А. Томилиным с Отделом демо-
графии ЦСУ УССР и Демографическим институтом АН УССР.
С. А. Томилин был неутомимым пропагандистом широкого, ком-
плексного подхода к исследованию актуальных проблем условий
жизни и воспроизводства населения Украины. Об эффективности
и перспективности такого подхода он неоднократно писал в своих
работах и говорил в выступлениях на многочисленных научных
съездах, конференциях, заседаниях.

В 1923 г. С. А. Томилин начал чтение лекций по медицинской
статистике в Харьковском мединституте. В этот период им была
создана одна из первых в СССР кафедр социальной гигиены — ка-
федра в I Харьковском медицинском институте, которой он руко-
водил с 1925 по 1932 г. В 1926 г. он получает звание профессора.

С. А. Томилин очень продуктивно сочетал научно-исследова-
тельскую работу с педагогической и был прекрасным преподавате-
лем. В 1930 г. он заведовал отделением социальной гигиены и па-
тологии в Украинском институте охраны материнства и детства¹;
с 1930 по 1934 г. — социально-гигиеническим сектором Украинско-
го института питания; с 1932 по 1934 г. — руководил кафедрой со-
циальной гигиены II Харьковского мединститута и одновременно
читал факультативный курс истории медицины там же, высоко оце-
нивая значение этой дисциплины в системе медицинского образо-
вания.

О том, каким преподавателем был С. А. Томилин, самое яркое
представление можно составить из воспоминаний его учеников.
Вот, например, что писала Е. М. Томилиной в десятилетнюю годов-
щину смерти ученого врач М. Я. Насельская: «Многое стерлось в
моей памяти (ведь я окончила Харьковский медицинский институт
в 1930 г.), но на всю жизнь запомнился мне яркий, неповторимый
образ профессора, который резко выделялся на фоне харьковской
профессуры. Для нас, студентов-лечебников, социальная гигиена,
санитарная статистика были, так сказать, принудительными пред-
метами, мы не собирались стать ни санитарными врачами, ни вра-
чами-гигиенистами. Но уже после первой лекции Сергея Аркадь-
евича наше отношение к «принудительной» дисциплине совершен-
но изменилось. Каждая лекция его оставляла неизгладимый след,
расширяла наш медицинский кругозор. Сергей Аркадьевич очень
много уделял внимания истории медицины. От него мы впервые
услышали об Авиценне, Парацельсе, о наших отечественных класси-
ках врачебной мысли. Лекции Сергея Аркадьевича расширяли
рамки медицинского мышления. Именно на его лекциях мы, сту-
денты, поняли, как ответственна роль врача не только перед от-
дельным лицом, но и перед всем обществом.

¹ В конце 30-х годов С. А. Томилин написал в Наркомздрав УССР специаль-
ную докладную записку «О необходимости учреждения научно-исследовательской
ячейки по истории медицины и о введении факультативного курса истории меди-
цины на медицинских факультетах», которая в качестве приложения содержала
подробный и очень интересный проект программы курса по истории медицины.

¹ В этот период С. А. Томилин совместно с известным украинским демогра-
фом А. П. Хоменко работал над перспективным расчетом населения УССР на вто-
рую пятилетку (1933—1937 гг.) в Украинском государственном институте здраво-
охранения (см.: Ю. А. Корчак-Чепурковский. Избранные демографические иссле-
дования. М., «Статистика». 1970, с. 308).

Нас всех поражала огромная эрудиция Сергея Аркадьевича. Он не только прекрасно знал предмет, который он нам преподавал, он был также глубоко осведомлен во всех областях наук, смежных с медициной. Он был всесторонне высокообразованным человеком. Он великолепно знал художественную литературу и часто очень уместно и убедительно иллюстрировал свои мысли цитатами классиков античной, западной и русской литературы.

Читал свой предмет Сергей Аркадьевич увлекательно. Каждая его лекция казалась блестящей импровизацией — так легко, непринужденно, изящно текла его речь. А после лекции мы повторяли друг другу отдельные фразы из услышанного, чрезвычайно остроумные по форме и точные по смыслу, как математические формулы»¹.

С. А. Томилин подготовил многочисленные кадры врачей — руководителей здравоохранения. Заведая кафедрой социальной гигиены Харьковского мединститута, он объединил вокруг себя группу молодых научных работников, из которых многие впоследствии возглавили кафедры, стали крупными деятелями социальной гигиены. Руководя аспирантами, Сергей Аркадьевич умел прививать им вкус к творческой работе, воспитывал в них стремление к научному поиску и научный оптимизм, в моменты сомнений и разочарований умел вовремя дать нужный совет и поддержать дружеским теплым словом. С. А. Томилин тесно увязывал санитарную статистику с демографической в своих работах и всячески старался воспитать демографическое мышление у своих учеников, повысить их эрудицию в области демографии. «Я чту в лице Сергея Аркадьевича своего первого учителя, обаятельного, душевного человека, прекрасного педагога и воспитателя первых статистиков в области медицины»², — писал о нем профессор А. М. Мерков.

Большое внимание уделял С. А. Томилин издательской деятельности. С 1928 по 1936 г. он был членом редколлегии журналов «Профилактическая медицина» и «Врачебное дело».

С. А. Томилин принимал активное участие в общественной жизни. В частности, он был членом Совета рабочих и солдатских депутатов города Жмеринки в 1917 г. и депутатом Харьковского городского Совета X созыва в 1926 г.

В 1934 г. Сергей Аркадьевич переезжает в Киев, который становится столицей Украины. Здесь проходит вся его дальнейшая, очень многогранная, деятельность. С 1934 по 1936 г. он — заведующий сектором заболеваемости и действительный член Всеукраинского института социалистической охраны здоровья. Одновременно (с 1934 по 1938 г.) он работает старшим научным сотрудником Института демографии и санитарной статистики Академии наук УССР. В 1938—1940 гг. С. А. Томилин — заведующий отделом изучения заболеваемости Украинского научно-исследователь-

ского бюро санитарной статистики и одновременно заведующий отделом статистики Украинского научно-исследовательского туберкулезного института (1938—1945 гг.) и статистическим отделом Украинского института эпидемиологии и микробиологии (1936—1941 гг.).

В 1935 г. С. А. Томилин назначается членом Методической комиссии при Всесоюзной госсанинспекции СССР, в 1936 г. — консультантом Центральной медсанстанции. В этом же году он удостоен степени доктора медицинских наук *honoris causa*.

В 1944 г. С. А. Томилин был назначен членом Центральной научно-методической санитарно-статистической комиссии Наркомздрава СССР. С 1945 по 1952 г. он — заведующий статистическим отделом Украинского института эпидемиологии и микробиологии.

С переездом в Киев в круг научных интересов С. А. Томилина вошла фитотерапия. Он начал активно ею заниматься и был единственным на Украине в тот период крупным специалистом в этой области медицины. Кроме многочисленных статей С. А. Томилин опубликовал справочник в помощь сельскому участковому врачу «Фитотерапия на сельском врачебном участке» (1945 г.) и уже после его смерти вышла книга «Лекарственные растения в терапевтической практике» (1959 г.).

С. А. Томилин пришел к фитотерапии через историю медицины. Фитотерапия была для него тем звеном в медицинском знании, которое тесно связывает ее прошлый и настоящий опыт. Он писал, что история медицины «несомненно, может быть источником обогащения современной терапии ценными лечебными средствами, почерпнутыми прямо из природы»¹. Лекарственные растения для него — «золотой фонд биологических медикаментов, хранящийся в природе нашей страны»². И он не жалеет сил и энергии для того, чтобы этот драгоценный фонд шире использовался службой народного здоровья. С. А. Томилин занимался не только научными исследованиями в области фитотерапии, но и вел большую работу по пропаганде применения лекарственных растений на страницах периодической печати, поддерживал личные контакты с многими сельскими врачами, давая ценные советы по использованию фитотерапевтических средств, доступных в условиях сельской местности.

Внедряя средства растительного происхождения в лечебную практику, С. А. Томилин как врач пользовался большой и заслуженной популярностью. «Во всей его личности было столько от настоящего врача, проникнутого прежде всего глубоким интересом к пациенту, кто бы он ни был, и страстным желанием помочь ему, — писала преподаватель иностранных языков из Ленинграда Е. П. Кудрявцева. — Так подошел он ко мне, человеку, ему до того совершенно незнакомому. После первой же визитации я во-

¹ Письмо М. Я. Насельской Е. М. Томилиной, датированное августом 1962 г.

² Письмо А. М. Меркова Е. М. Томилиной от 12 сентября 1952 г.

¹ С. А. Томилин. О терапевтическом использовании лекарственных растений отечественной флоры для лечения гипертонической болезни — «Врачебное дело», 1949, № 11, с. 1034.

² Там же.

шла прочно в его сознание как его подопечная, как лицо, о котором он вроде как «обязан» уже заботиться всю свою жизнь. Так оно и было...»¹.

Сергей Аркадьевич был очень своеобразной, яркой личностью. Ему были свойственны глубокая культура, блестящая эрудиция, живой, оригинальный ум, научная честность, требовательность к себе, энтузиазм, настойчивость, бескомпромиссность, душевная простота, чуткость, отзывчивость и бесконечная преданность делу.

В последние годы жизни С. А. Томилин тяжело болел. В декабре 1949 г. он лишился возможности читать и писать, но не утратил активного интереса к научному творчеству. При помощи своей жены Е. М. Томилиной он продолжал неустанно трудиться. «Моя литературная деятельность не прекращается, — писал Сергей Аркадьевич в одном из своих писем врачу К. Е. Череповскому. — Допisyваю ранее начатые статьи, а после того, как освобожусь от работы в институте, примусь за редактирование руководства по применению лекарственных растений в терапии».

Не всем обширным планам по завершению начатых работ и новым исследованиям суждено было осуществиться. 19 июля 1952 г. С. А. Томилин скончался.

¹ Письмо Е. П. Кудрявцевой Е. М. Томилиной от 10 августа 1952 года.

В. П. ПИСКУНОВ

В. С. СТЕШЕНКО

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И МЕСТО ЕЕ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ¹

В цикле медицинских наук, во всей системе современного медицинского знания социальная гигиена занимает совершенно особое место. Если можно охарактеризовать одной общей идеей современную постановку врачебного знания, то ее нужно формулировать как «терапевтический индивидуализм». Анатомия, физиология и патология отдельного организма — вот три последовательных этапа, в которые замыкается индивидуальная медицина. Изучению ее предшествует общее ознакомление с законами неорганического мира.

Биология как самостоятельная дисциплина на медицинском факультете появилась только в самое недавнее время, и незнание медиков с ней очень резко дает себя чувствовать в подходе к таким проблемам, как наследственность, явления изменчивости, роль естественного подбора в социальном мире и прочее, без которых обозрение социально-гигиенического горизонта абсолютно невозможно. Увенчивается все медицинское преподавание терапией, которая в основной своей массе представляет сумму эмпирических знаний без связи с предыдущими дисциплинами. Наконец, несколько особняком стоит общая гигиена, нормативная дисциплина, указывающая, какие условия и качества внешней физической среды обуславливают оптимум физиологических функций. Вот та несколько разноголосая семья, в круг которой вступает новая гостья — социальная гигиена, претендующая не только на равноправность, но даже более того — на дирижерское место.

Какая черта является наиболее характерным отличием социальной гигиены от других врачебных дисциплин, преподающихся на медицинском факультете? Это ясно из самого обозначения «социальная гигиена». Социальная гигиена это есть первая и пока

¹ Вступительная лекция по курсу социальной гигиены, прочитанная в Харьковском мединституте. Впервые опубликована в журнале «Профилактическая медицина», 1925, № 9—10. — *Ред.*

еще единственная медицинская дисциплина, которая подходит к анализу всех патологических явлений, составляющих предмет медицинского изучения не с точки зрения их индивидуальных проявлений, с какой они получают наиболее наглядный интерес для индивидуальной медицины, а под углом зрения их социальной обусловленности. Индивидуальная медицина, встречаясь с отдельной больной личностью и пытаясь установить патогенез данного заболевания, перечисляет все проявления и комбинации внешней физической среды, неблагоприятное сочетание которых в данном случае могло вызвать то или иное патологическое явление. Но она всегда упускает из виду, что все эти сочетания есть не что иное, как отражение социальной обстановки, которая скрывается за всеми видимыми внешними воздействиями или, вернее, всякий раз предпринимает их появление.

Индивидуальная патология не могла возвыситься до понимания социальной стороны всех патологических процессов по двум мотивам. Один из них давно уже указан статистиком Кетле, сказавшим, что при изучении только индивидуальных явлений невозможно установить их закономерность, потому что мы будем поражены множеством индивидуальных различий. Правда, даже в области индивидуального медицинского анализа многие патологические явления настолько явно выдают свою социальную природу, что она уже издавна не могла остаться неподмеченной, например роль социальных факторов в патогенезе туберкулеза или в развитии эпидемий. Но здесь выплывает на сцену второй мотив социальной слепоты медицины — это внушенная всем медицинским образованием врача привычка рассматривать себя как пользователя отдельной больной личности, как механика индивидуального человеческого тела и потому решительно отбрасывающего все «социальные подходы» просто потому, что они были ему излишней обузой в процессе установления диагноза и прописывания соответствующего медикамента.

Каковы результаты этого единоборства, вернее, крохоборства индивидуальной медицины с социальной глыбой массовой патологии? История в прошлом и санитарная статистика в настоящем отвечают на это очень красноречивыми цифрами.

Не трогая всей «тяжелой артиллерии» статистических выкладок, достаточно остановиться на двух из них. Средняя продолжительность жизни новорожденного, исчисленная на основании переписи населения России 1897 г., — 27 лет 8 месяцев. На основании этих же материалов составленная С. А. Новосельским таблица вымирания удостоверяет, что из 100 родившихся предельного физического срока жизни — 70 лет — достигают только 17 человек. Каждый человек недополучает почти $\frac{2}{3}$ полагающегося ему по природе жизненного дара и, не успевши еще как следует оглядеться, торопливо, залпом выпивает неполный кубок жизни. Из каждой сотни 83 человека могли бы с того света жаловаться на незадачливость медицины, не сумевшей сохранить за ними место в

жизненном пиршестве. Однако и 17 счастливых, получивших полную порцию жизни, в большинстве случаев — крестьяне, мало избалованные медицинскими угощениями и часто, вероятно, вовсе незнакомые с врачами.

Очевидно, что терапевтическая медицина со всеми ее многочисленными атрибутами и немногочисленными козырями, начиная с клистира, скальпеля, микстуры и кончая сывороткой, не обеспечивает человеку его физиологических прав на жизнь в достаточном объеме и что она могла бы быть привлечена к нелицеприятному суду за покушение на народное здоровье с негодными средствами.

Но нет ничего удивительного в том, что бессильная, по существу, индивидуальная медицина сопровождала все длинное историческое шествие человечества и в тех или иных видоизменениях и дальше еще долгое время будет идти с ним.

Если терапевтической медицине не удалась ее «биотехническая» роль, если она оказалась не в состоянии обеспечить отдельному человеку и всему социальному коллективу безболезненную и долгую жизнь, то перед ней всегда оставались определенные «психотехнические» и паллиативные задачи. В ее арсенале есть такие могущественные средства, как наркотики, и, лишенная их, она, вероятно, на три четверти утратила бы свое значение. Если под излечением понимать восстановление первоначально утраченной биологической функции, то ясно, что скальпель никогда и никого не излечивал. Ампутированная нога вовсе не есть вылеченная нога, так же как ампутированный человек вовсе не есть выздоровевший человек. Но, жертвуя частью организма, хирург дает возможность ему продолжать существование в ослабленной и измененной форме.

Беспристрастный анализ течения болезней свидетельствует о том, что выздоровлением, т. е. полным восстановлением биологических функций организма, могут заканчиваться инфекционные болезни (да и то не все из них), характеризующиеся определенным циклическим течением.

Точно так же могут заканчиваться выздоровлением все поверхностные нарушения наружных тканей, вызванные вредными влияниями средней силы. В тех же многочисленных случаях, которые составляют подавляющее большинство болезней и когда нарушается органическая структура ткани, никогда ни о каком выздоровлении в точном смысле этого слова говорить нельзя, и мнимое выздоровление происходит за счет компенсаторных и викарствующих функций других частей организма. Терапии приходится в таких случаях брать на себя задачу поставить больной организм или весь организм в условия возможно более устойчивого равновесия путем максимального облегчения его функций.

Проф. Н. А. Семашко жалуется на отсутствие в современной медицине каких бы то ни было философских обобщений. Это вовсе не удивительно. Врачебная мысль современной буржуазной

эпохи полуинстинктивно, полусознательно боится всяких обобщений, систематизирующих реальный опыт того, что дается наличной медицинской практикой. Наиболее характерная черта современного медицинского мышления — это пропитанность его мелким и мелочным анализом отдельных патологических явлений. Медицинская казуистика — это излюбленные темы для бесчисленных и скучнейших рефератов, почти исчерпывающих «научную» деятельность наших провинциальных медицинских обществ дореволюционной эпохи. Как ни парадоксальны и наивны кажутся нам теперь все метафизические медицинские системы прошлого, начиная с Галена, все средневековые, владевшие умами врачей, и кончая последними догматическими системами, погибшими в XVIII в., но несомненная их заслуга заключалась в том, что они удовлетворяли естественную потребность в синтезе всего медицинского знания.

Социальная структура буржуазного строя не заключала в себе ни одной предпосылки для образования широких медико-философских обобщений. Болезнь как случайный комплекс неблагоприятных биофизических воздействий на отдельную личность — выше этого понимания не могла подняться медицинская мысль буржуазной эпохи. К этому нужно прибавить, что последние 80 лет медицина находится под гегемонией патологоанатомического направления. Несмотря на все свои заслуги в последовательной эволюции медицинского знания, кстати сказать, вовсе не изучающейся врачами, оно имеет свою оборотную сторону.

Патологическая анатомия грубо механизировала мышление врача, приучила его искать местный диагноз и прибегать к местной терапии и устранила представление о человеке как определенной системе сил со специфической реакцией на внешнюю среду. Случайно или нет — это другой вопрос, но несомненно, что патологоанатомическое направление, совпавшее с эпохой роста пролетариата, явилось своеобразным социальным громоотводом, надолго отвлекшим внимание врача к микроскопическим разрезам ткани от макроскопических разрезов жизни. Появившееся в самое последнее время учение о роли конституции как о видном факторе в патогенезе, несомненно, следует рассматривать как реакцию на крайности патологоанатомического увлечения. Но это учение требует также точной социально-гигиенической расшифровки, потому что, приспособляясь к реакционным настроениям большинства сегодняшних биологов, оно имеет тенденцию спутать вопрос о взаимоотношении между внешней и внутренней средой (о чем будет сказано ниже) и завести медицинскую мысль в новый реакционный тупик.

Нельзя вообще отрицать того, что XIX в. обогатил внешне медицинское знание биологией, но вместе с тем нужно подчеркнуть, как весьма любопытный факт, что медицина до сих пор питается больше плодами учения о неорганической природе, чем находится под непосредственным воздействием биологической мысли. С дру-

гой стороны, следует заметить, что, будучи веком техники по преимуществу, XIX в. ввел эту технику в обиход медицинской практики. Анархия производства в технике создала помимо анархии медицинской мысли и анархию медицинского действия. Больной — потребитель «медицинского товара», врач — его продавец. Отношения между ними — отношения купли-продажи. Правда, патологоанатомическая мысль вскоре привела врача к терапевтическому скептицизму, к убеждению, что он не в состоянии реставрировать ни один мальпигиев почечный клубочек, ни одну погибшую печеночную клетку. Но вскоре врач пришел к сознанию, что если он не в состоянии излечивать больных, то тем не менее с успехом в состоянии «пользоваться» их. И практика жизни заставляла врача «пользоваться» больным и тогда, когда больному экономическая обстановка не позволяла пользоваться даже паллиативными средствами облегчения, и тогда, когда по характеру болезни вообще никакого облегчения произойти не могло. Он выписывал больному валериану тогда, когда больному нужен был хлеб и мясо, заменял гваяколом необходимый отдых и чистый воздух и бромом — нормальную половую жизнь. Разве это не всемогущий чародей, компенсирующий приемом чудесного порошка больному все, что не доставлено ему внешней средой, — сытость, тепло, здоровье, бодрость?

Поистине нужно сказать, что социальный гигиенист очень малому может научиться у этой магической науки. Он должен пересмотреть все доставшееся ему от милосердной бабушки наследство, отбросить весь хлам и не пренебречь лишь точным морфологическим описанием патологических явлений, сохраняющих при всех условиях свою объективную ценность.

Более того, он должен был бы начать свой профилактический путь с точного анализа «болезней медицины», оценить ее внутреннее полнокровие от изобилия не поддающихся никакой сводке отдельных патологических явлений, ее злокачественную социальную анемию вследствие оторванности ее от живой социальной среды, легковёрность ее непрерывно меняющихся терапевтических иллюзий, — одним словом, все принципы индивидуально-терапевтического мышления и действия.

Говорить об ограничительной, по существу весьма и весьма скромной роли терапии в индивидуальной медицине приходится для того, чтобы по аналогии с индивидуальной терапией не воспитывать никаких иллюзий по отношению к социальной терапии, которые заставили бы думать, что последующими социально-гигиеническими мероприятиями можно искупать и заглаживать все предварительно вызванные погрешности в здоровье социального коллектива.

Можно спросить, почему же благотворное появление социальной гигиены на арене медицинского знания так запоздало? Почему в течение многих веков индивидуальная медицина была представлена самой себе?

Объективными предпосылками, определившими возможность формирования социальной гигиены как самостоятельной дисциплины были, с одной стороны, достаточное накопление научных сведений о характере и о природе патологических явлений, а с другой — появление на арене истории такого класса, в котором социальные стремления и интересы нашли себе наиболее полное и ясное оформление. Если мысленно окинуть взглядом всю историю рабочего движения, то его можно формулировать как борьбу за минимум гигиенических прав, дающих возможность удовлетворения наиболее насущных жизненных потребностей.

Как ни кажется разнообразным все содержание человеческой истории, оно может без всяких натяжек рассматриваться с точки зрения выполнения в различных внешних условиях и в различных социальных группировках двух основных биологических функций: функции самосохранения и воспроизведения. К функции самосохранения, кроме основных биологических свойств, заставляющих человека избегать внешних опасностей, относятся и все хозяйственные процессы, путем которых человек претворяет внешнюю неорганическую природу в доставляющую ему питание органическую среду.

По своей роли в природе человек представляет собой своеобразный катализатор. Общая сумма вещества и энергии в природе никогда не изменяется. Но соотношение между неорганическим веществом и органической материей и сумма всего идеологического запаса находится в непрерывной изменчивости по мере того, как человек, используя законы природы путем хозяйственных процессов, превращает один вид энергии в другой.

Эти трудовые процессы получают хозяйственную осмысленность только в тех случаях, когда они сопровождаются созданием прибавочных ценностей, т. е. когда сумма полученных в результате трудового процесса благ больше той, которая предназначена на восполнение биологических потерь, вызванных работой. Если организм не успевает пополнять те затраты органической материи, которые были сделаны им в процессе создания и накопления этих ценностей, то первое время он выравнивает свои функции за счет некоторого резервного фонда биологических сил, находящегося в организме, а затем, по исчерпании их, начинается длинная, не поддающаяся скорому перечислению разнообразная вереница патологических расстройств организма в зависимости от данных условий. Описанием и классификацией этих процессов занята терапевтическая часть медицины.

Представим себе, что хозяйственная и санитарная статистика сообща оказались бы в силах разрешить теоретически довольно трудную, но все же не невозможную задачу. Допустим, что санитарная статистика точно бы проследила в какой-либо стране порядок вымирания определенного поколения, родившегося в определенном году, и вместе с тем зарегистрировала бы число и характер болезней, какими болели члены этого поколения, сосчитала бы

число туберкулезных, сифилитиков, нервных и душевных больных, ставших преждевременно инвалидами, и т. п. Хозяйственная статистика сумела бы подсчитать за период жизни этого поколения, какие затраты были произведены на подготовку этого поколения к профессиональной работе, какие и в каком числе были созданы этим поколением хозяйственные и культурные ценности, сколько средств ушло на покрытие всех жизненных нужд поколения, и какая осталась чистая прибыль, оставленная в наследство следующему поколению, пока оно в свою очередь не станет на ноги.

В итоге мы могли бы сбалансировать затраты человеческой энергии с полученными материальными ценностями и сказать: «Такое-то число лет, прожитых сообща членами данного поколения, определенная сумма биологической энергии, содержащаяся в таком-то числе человеко-жизней, были трансформированы в такое-то число хозяйственных ценностей, часть которых потреблена непосредственно самим поколением, а часть представляет чистый доход — прибавочную культурно-хозяйственную ценность, предоставляемую последующему поколению». Мы могли бы прибавить к этому, что в течение жизни прослеженного нами поколения в таком-то числе случаев наблюдалась преждевременная амортизация биологических ценностей (человеческих жизней), выразившаяся в определенном числе болезней и смертей. Можно сказать даже больше, что в такое-то число изготовленных данным поколением хозяйственных ценностей входит как сопутствующая, непременная премия, столько-то туберкулезных, алкоголиков, ранних детских смертей и разнообразных человеческих калечеств.

Разве не ясно, что если дешевая продажная цена каменного угля достается за счет длинного и плохо оплачиваемого рабочего дня, ведущего к преждевременной смерти, к развитию туберкулеза и алкоголизма горнорабочих, то мы имеем полное право сказать, что мы отапливаем свои жилища кроме угля еще телом и костями рабочих.

Таким образом, мы видим, что выполнению хозяйственных функций, проявляемому в трате биологической энергии, — «созданию прибавочной стоимости» — может в отдельных случаях сопутствовать образование «убавочной биологической ценности» самого производителя. Обе части этого процесса, биологическая — с одной стороны, и хозяйственная — с другой, по существу неразрывно связанные друг с другом, изучались очень отдаленными одна от другой институтами. Финансовая статистика сводила баланс народного хозяйства с вычислением, на какой процент увеличилось народное богатство, а санитарная статистика устанавливала число заболевших и умерших от всяческих заболеваний и определяла затраты государства на организацию санитарно-медицинской помощи.

Социальная гигиена, сочетая в себе элементы биологического и социального порядка, имеет своей задачей синтезирование обеих этих категорий явлений. Ее задача — установить, как исполь-

зается сам человек в производственном процессе при наличных условиях хозяйственной жизни, какие биологические нарушения сопутствуют его участию в этом производстве, происходит ли оно в обстановке, когда затраченная биологическая энергия выравнивается, или, наоборот, при этом подрывается нормальная эластичность функций и ускоряется процесс естественной амортизации человека как биологической машины. Дальше она имеет своей целью также выяснение вопроса, как отражается участие человека в производственных процессах на его регенеративных свойствах, какое биологическое наследство, уходя с поля жизни, он оставляет последующему поколению вместе с передаваемыми ему материальными ценностями.

Поскольку социальная гигиена является социальной дисциплиной, постольку она оперирует методом, свойственным всем общественно-историческим дисциплинам, т. е. описательным. Поскольку как гигиена она есть не что иное, как ветвь биологического знания, то ей свойствен стиль нормативного мышления. Пользуясь первым методом, она устанавливает, как в настоящее время и в различных исторических эпохах те или иные производственные условия оказываются на здоровье и жизни отдельных поколений, каков характер и объем заболеваемости и порядок вымирания.

Как нормативная наука она ставит своей задачей изучение вопросов, в какие естественные и социальные условия должен быть поставлен социальный коллектив, чтобы все его общественно-хозяйственные процессы протекали без его преждевременной порчи. Этим путем она вливается в обширное ложе дисциплин «социальной техники», регулирующих жизнь коллектива и имеющих своей целью его непрерывное совершенствование.

Появление социальной гигиены на арене медицинского знания должно постепенно до неузнаваемости преобразовать все поле теоретической и прикладной медицины. Социальная гигиена впервые устанавливает точную и ясную роль врача и властно указывает ему линию его социального поведения. Она выводит индивидуальную медицину, заблудившуюся в чаще непроходимой казуистики, в дробном и мелочном анализе десятков тысяч патологических явлений, на путь творческого синтеза. Не отдельный орган, не отдельный человеческий организм, искусственно изолированный от социальной среды, с которым имеет дело современная терапевтическая медицина, а жизнь, здоровье и генеративные свойства всего коллектива составляют объект его изучения. И подобно тому, как система социалистического строя обеспечивает отдельной личности возможность наиболее полного выявления ею своих индивидуальных задатков, точно так же только реализация всех требований социальной гигиены в состоянии утвердить за отдельным человеком его естественное право на жизнь и здоровье.

Социальная гигиена имеет целью перестроить ремонтную мастерскую, расположенную на задворках социальной жизни, где тысячи врачей были заняты сизифовым трудом — пластырной под-

клейкой многочисленных трещин биологического материала, вообще обезображивающих всю социальную жизнь, в биотехническую лабораторию, устанавливающую и проводящую нормы безболезненного обмена человеческих поколений.

Будучи синтетической дисциплиной по преимуществу, социальная гигиена устанавливает по отношению к здоровому и больному организму интегральный подход, отсутствующий в индивидуальной медицине. Рассматривая человека как замкнутую, целостную психофизическую систему, находящуюся в постоянных взаимоотношениях с внешней средой, она видит в нем не пассивный объект локальной диагностики терапии и гигиены, а активного борца, осуществляющего свои права на здоровую жизнь путем максимального раскрытия всей своей психофизической энергии.

В борьбе за эту здоровую жизнь социальная гигиена приводит в действие те рычаги человеческого поведения, которые совершенно не принимались в расчет индивидуальной медициной, строившей свои отношения к больному, как к пассивному объекту терапевтического воздействия. Социальная гигиена пробуждает в массах и в отдельных личностях «волю к здоровью», вызывает и развивает новые формы сознания, чувство гигиенической ответственности перед коллективом и перед грядущим поколением.

Отношения социальной гигиены к общей, или, как ее часто называют, экспериментальной гигиене, вполне ясно и не требуют длительных пояснений. Общая гигиена путем экспериментального опыта и наблюдения устанавливает наличие тех обязательных норм во внешней физической среде, которые обеспечивают optimum физиологических функций отдельного человеческого организма. Это ее основная задача. Установив эти нормы и переходя к наблюдению от отдельного человека к коллективам, вынуждаемым условиями социальной жизни к совместному постоянному или временному существованию, она указывает технические пути, которыми эти нормы могут быть обеспечены. На основе этих норм возникает новая техническая дисциплина — прикладная санитария, включающая в себя методику проведения их в жизнь в определенных условиях данной обстановки и в соответствующих организационных формах.

Нельзя отрицать того, что в общей гигиене в потенциале заключались зародыши социальной гигиены. Знание не может быть отвлеченным от жизни и совершенно понятно, что как только экспериментальная гигиена нового времени, созданная громадными трудами Петенкофера, установила гигиенические нормы, среди многих гигиенистов развилось естественное стремление узнать, как же эти отвлеченные нормы воплощены в конкретные формы жизни. Таким путем многими иностранными гигиенистами и русскими санитарными исследователями были собраны представляющие значительный интерес описательные материалы о разных сторонах санитарного быта отдельных групп населения. Но эти конкретные документы реальной санитарной жизни, как ни важно

их значение в целом, понятно, так же не в состоянии стать фундаментом социальной гигиены, как отдельные правильные силлогизмы не могут заменить собой логики как научной дисциплины.

Но если материнской формообразующей почвой для социальной гигиены была экспериментальная гигиена, то также несомненно и то, что мужское оплодотворяющее семя привнесено было ей всем социальным содержанием жизни, конкретизированным, с одной стороны, в науке об эволюции общества и о тяготеющих над ним экономических законах, а с другой, и это важнее всего, — неуклонным завоеванием пролетариатом все новых социальных позиций, выразившихся у нас в СССР в Октябрьской революции.

Таким образом, социальная гигиена представляет не отвлеченную, а самую реальную смычку биологических дисциплин о человеке с социальными дисциплинами об обществе.

После всего сказанного о социальной гигиене кажется странным, что серьезные люди в настоящее время могут еще говорить о социальной гигиене как о таинственной незнакомке, отличающейся большими претензиями¹.

В заключение своих классификационных построений проф. Вигдорчик говорит, что социальная гигиена вовсе не есть «всеобъемлющая дисциплина, какая-то сверхнаука, захватившая в свои пределы материал целого десятка других наук», а только «новый лозунг для молодой формации гигиенистов», и с добродушной отеческой воркотней рекомендует ей не «изображать из себя отдельную науку, а, напротив, стремиться целиком и без остатка слиться со всеми отделами общей и частной гигиены».

Дело заключается вовсе не в том, чтобы немедленно дать диалектически наиболее изысканное определение социальной гигиены. Все уже сделанные в этом отношении попытки, нужно сознаться, достаточно неуклюжи. Социальная гигиена, как молодое вино, еще пенится и играет, и не одно еще поколение пройдет, пока из чаши этого нового знания будет утолена издавна человеческая жажда полноценной жизни, не омрачаемой излишним страданием.

Уже Готштейн, обзревая методологию социальной гигиены, указал, что не только применение новых методов, но даже значительное увеличение объема знаний, группируемых внутри отдельной дисциплины, дает ей право на выделение из себя новой отрасли знания. По такому пути, например, шла дифференциация отдельных отраслей медицины, где поочередно из учения о внутренних болезнях выделялись педиатрия, неврология, отиатрия и другие отделы медицины.

Социальная гигиена стремится раз навсегда освободиться от того практического эмпиризма, в лоне которого зародилась и продолжает развиваться терапевтическая медицина. Она строит

свою архитеконику на совершенно иных, чуждых практической медицине основаниях. Ее биологическая структурность должна быть настолько же обогащена, насколько и ее социальное содержание. Индивидуальному терапевтическому эмпиризму, легшему в основу всей практической медицины, она противопоставляет всестороннее изучение всего жизненного потока, выраженного в чередовании человеческих поколений, прослеживая самые скрытые его родники.

Освещая сияющим прожектором все грани социальной среды, где скрываются болезнь и страдания, социальная гигиена направляет фокус этого прожектора на тот социальный слой, которому принадлежит настоящее и будущее истории, на тот слой, который создает не только экономические, но и биологические ценности, являясь единственным источником жизни, постоянно обновляющим ее течение. И быть может, нельзя найти более краткого и выразительного определения социальной гигиены, как «учения об охране пролетариата от биологической экспроприации».

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ¹

Истекший XIX в. был по преимуществу веком накопления технических прикладных наук. Успехи их отстранили влияние умозрительных теоретических дисциплин, сведя их значение к роли своеобразного спорта среди опраниченного числа профессионалов академического мира, малоинтересного для широких масс, прочищающих себе дорогу к сознательным формам существования. Воспринимаемое и культивируемое немногими умозрительными умами, теоретическое знание постепенно разменивалось на ничтожные мелочи, на крохотные пустячки. Получалось впечатление, будто крупные проблемы науки уже решены и деятели ее уткнулись в какой-то безвыходный тупик.

Современный ученый средней руки должен всю свою жизнь просидеть в лаборатории за микроскопом или экспериментирова, чтобы сделать два или три открытия теоретического знания и этим обеспечить себе некоторое имя в крошечном уголке науки. Дело дошло до того, что заговорили о банкротстве науки, а вместе с тем и о приближении сумерек окончательного вымирания и падения всего цивилизованного мира.

Этот своеобразный декаданс в буржуазной науке, точно свидетельствующий о вторичном наступлении в мировой истории Александрийской эпохи с ее видимым техническим богатством и внутренним бесплодием, сменившей пышный расцвет греко-римской культуры, нашел себе чрезвычайно яркое отражение внутри медицины.

¹ Работа впервые опубликована в журнале «Профилактическая медицина», 1924, № 5—6. Печатается с сокращениями. — *Ред.*

¹ См.: Н. А. Вигдорчик. Очерки по профессиональной гигиене. М.—Л., 1925. с. 37.

Делались неоднократно попытки торжественных утверждений, что практическая медицина достигла крупных успехов, идя чисто эмпирическим путем, отбросив ненужный умозрительный и философский балласт. В сущности говоря, это верно только по отношению к технике медицинского исследования и терапевтических приемов, действительно настолько усовершенствованных и разросшихся, что они до крайности стесняют изучение медицины и сводят ее по преимуществу к ремесленной выучке разным техническим манипуляциям.

Основные же проблемы науки, оценка ее значения и роли в жизненных судьбах отдельного организма и социального коллектива до сих пор оставались в тени, точно сознательно покрытые непроницаемым туманом. Между тем несомненно, что в этих проблемах заложен основной стержень, центральная ось, определяющая всю ее социальную мощь и значение.

Если верно, что бытие определяет сознание, то нужно согласиться и с тем, что бытие медика уделило ему весьма оригинальную и сомнительную в объективной оценке форму этого сознания, определяющую основной характер всех его логических операций. Вынужденный по природе своей профессии постоянно выступать в роли врачавателя таких заболеваний, где никакой речи об излечении не может быть, лишенный, по существу, возможности точно проверять целесообразность своего вмешательства в каждом отдельном случае заболевания, кроме того, постоянно упуская из виду склонность организма к самопроизвольному излечению, врач и окружающие его стали переоценивать его деятельность и придавать ей несоответствующую реальным условиям оценку.

Нужно определенно помнить, что прикладная медицина, т. е. та ее область, где вступают в действие терапевтические приемы врача, развивалась независимо от успехов теоретических отраслей медицины. Единственным, пожалуй, исключением являются методы стерелизационной терапии и серотерапии. Впрочем, научные устои последней в настоящее время тоже подтачиваются.

Беспристрастный анализ влияния медицинского вмешательства на течение болезни свидетельствует о том, что помощь врача оказывается полезной только при таких заболеваниях, которые имеют тенденцию оканчиваться выздоровлением и без всякого его участия. Строго говоря, излечение болезни в биологическом трактовании, т. е. полное восстановление временно нарушенных жизнепроявлений, наблюдается исключительно при острых инфекционных заболеваниях, большинство из которых обладает самопроизвольно этой способностью. Единственными исключениями являются водобоязнь и легочная чума, роковым образом влекущие к смерти, и ни один врач еще не мог позволить себе утверждать, что он вылечил какого-нибудь больного от одной из этих болезней.

Все прочие болезни, за исключением скоропроходящих функциональных расстройств и повреждений кожи и слизистых оболочек, с биологической точки зрения неизлечимы. Они влекут за со-

бой те или иные нарушения анатомического характера и ослабление физиологических функций. Человеческий организм, обладающий большим арсеналом выравнивающих функций, приспосабливается иногда надолго к жизни в условиях ослабленной его деятельности, а врач, обязанный психологическими мотивами к какому-то активным действиям, к вмешательству в процессе болезни, вынужден устанавливать терапевтический ритуал сомнительной ценности. И можно сказать с уверенностью, что, несмотря на прогрессивно растущее число врачей, потребность в них не ослабевает, количество заболеваний, особенно хронических, все увеличивается, и мрачная фигура врача все чаще встречается в непрестанных конфликтах личности с природой.

Популярный польский врач Эдмунд Бернадский замечает, что столь популярное среди широкой публики хирургическое вмешательство не столько в виду имеет сущность болезни, сколько следствие ее, и меланхолически добавляет, что «врачебное искусство потеряло бы для больных половину своей цены, если бы оно не обладало наркотическими средствами».

II

Уже древним цивилизациям пришлось воочию столкнуться с тем элементарным фактом, что значительное скопление людей на ограниченном пространстве неминуемо влечет за собой развитие эпидемических заболеваний. Это явление можно рассматривать как модификацию общего биологического закона, в силу которого всякая совокупность однородных живых организмов, сосредоточенная на ограниченном пространстве, истребляя и портя небольшой запас питательных веществ, погибает от накопления продуктов обмена, что с особенной наглядностью обнаруживается в мире простейших. На этой почве стала развиваться элементарная гигиена населенных пунктов, заботы об удалении отходов, о незагрязнении ими воды, санитарный надзор за доброкачественностью пищевых продуктов и другие области общественной санитарии, возникшие на Западе уже в XII в. Но эти заботы вполне организованное и гораздо более углубленное выражение нашли только тогда, когда на арену истории вышел новый класс — промышленный пролетариат, когда значение и доминирующая его социальная роль стала выясняться как для него самого, так и для немногих вначале его идеологов и друзей и когда, наконец, осознанные классовые интересы побудили его отстаивать свои права на здоровую жизнь.

III

Если гигиена есть наука об оптимуме функций организма отдельной личности, то, облекаясь эпитетом «социальная», она становится наукой о том, как создать этот оптимум для всей социальной массы. Быть может, сейчас не стоит тратить много умствен-

ной энергии, чтобы дать этой науке наиточнейшее и глубочайшее определение, потому что сделать это не так легко. Ясно одно, что перед нами рождается новая наука, которая сочетает в себе элементы биологических и социальных дисциплин. Как раз сочетание этих разнородных и удаленных до сих пор одна от другой научных дисциплин даст нам право так много ждать от их обоюдной встречи, прикосновения и взаимного оплодотворения. Здесь именно, в их перекрестке, создается возможность широкой плодотворной работы, не замыкающейся в тесном кабинете, а устремляющейся в живой поток волнующей жизни. Здесь наука перестает быть обсасыванием эпизодических, казуистических и скрупулезных фактов, приятных для немногих гурманов науки с микроскопическим мировоззрением, а становится широкой ареной для устройства и утверждения здорового социального бытия всего человечества. И поэтому еще раз следует высказаться против всяких пеленок для связывания свободных движений только что рождающейся науки.

Немногим работникам нашей страны, которые возымели мужество вступить в действенную и, несомненно, плодородную область социальной гигиены, следовало бы прежде всего установить — в противоположность тому, что так характерно для нынешней индивидуальной медицины, страдающей от излишнего полнокровия клинических фактов и биологическим и социальным художеством, — твердые биологические предпосылки, прочный фундамент, на котором постепенно можно было бы возвести стройную колоннаду научного знания, выработать целостное социально-гигиеническое мировоззрение.

В своих первичных построениях гигиена есть дисциплина биологическая. Основным ее субстратом является выражение жизненной активности человека. Социальная жизнь и классовая группировка дают этой активности то или иное направление, задерживают или извращают внешнее выражение и качество этих жизнепроявлений, придают им ту или иную психическую обогащенность, рождают определенные формы индивидуального или классового сознания. Без последовательного рассмотрения всех проблем, встречающихся по пути этого цикла явлений, от первичного биологического единства до сложного социального комплекса научное обоснование социальной гигиены немислимо, и попытки обойтись без него будут вырождаться в чрезвычайно нежелательные формы «практического эмпиризма», заполнившего до краев всю нашу медицинскую деятельность. Но если утилитарные цели практической медицины могут, хоть несколько, оправдать этот эмпиризм во врачебном деле, то он абсолютно неуместен и неизвинителен в социальной гигиене, если только последние действительно претендует на значение серьезной социальной дисциплины.

Поэтому основной предпосылкой социальной гигиены должна стать монистическая идея о психофизическом единстве человеческой личности, в содружестве с себе подобными, осуществляющей

жизненный путь в той или иной социально-культурной группировке.

Клиническое мышление принудило врачей к оперированию в области отдельных функций организма, к искусственному абстрагированию их от всего человека в его психофизической совокупности.

Перенесение этих навыков и привычных шаблонов в область социальной гигиены означало бы и чрезвычайно грубую методологическую ошибку и отвлекло бы развитие социальной гигиены от правильного пути. Во всех проблемах социальной гигиены, будь то жилищный вопрос, борьба с венерическими болезнями, алкоголизм, задача науки не только охватить вегетативные функции организма, но и подойти к изучению интимных сторон человеческой личности, ее эмоций и волевых импульсов, регулирующих изнутри внешние действия человека. Эти начала совершенно упускаются из виду современной медициной, подходящей к человеку так же, как к лошади, и требующей от больного только пассивного подчинения терапевтическим мероприятиям.

Упрощенная механизация обычного медицинского мышления есть, вообще, громадное зло, еще не осознанное врачебными кругами. Противодействие в этом отношении, вероятно, выйдет из области психотехники, изучающей психологические элементы социальной жизни. Как ни далеко от нас разрешение многих сложных проблем социальной жизни, но уже теперь, издали подходя к ним, необходимо вооружиться более глубоким анализом внутренних регуляторов человеческого поведения, что отчасти уже создается при помощи учения о гармонах.

Связанное с ним учение о конституции, возникшее с легкой руки Штиллера, подкрепленное Марциусом и Бактером, следует, несомненно, рассматривать, как шаг вперед, как выход из бесконечного лабиринта клинических фактов и как одну из руководящих нитей для социальной гигиены.

Глубоко ошибаются те, кто видит в учении о конституции какую-то социально-реакционную подкладку. И если бы с чьей-либо стороны и делались такие попытки, то разоблачение их оказалось бы слишком легким, как это станет ясно из последующего изложения. Как известно, одной из первых была установлена Штиллером «врожденная общая астения», характеризующаяся худощавым, деликатным строением скелета и всего тела, узкой, большей частью плоской грудью и рядом других признаков.

Такой авторитетный исследователь, как Бругш, подвергший весьма внимательному изучению патогенез Штиллеровской астении, пришел к конечному выводу, что в громадном большинстве случаев астения есть неунаследованное явление, обязанное своим возникновением условиям плохого питания, отсутствию физических упражнений и, вообще говоря, тому комплексу явлений, вызванному условиями современной цивилизованной жизни, которому Ганземаан дал название «доместикация».

Беспристрастному исследователю в вопросе о конституции и о всех связанных с ним социально-гигиенических выводах следует занять трезвую позицию, считаясь со всем верным, что заключается в ней.

Опасности одностороннего увлечения учением о конституции заключаются в том, чтобы не считать конституцию чем-то фатальным, не игнорировать в ее образовании значения внешних условий жизни и не обесценивать важность внешних мероприятий, направленных на улучшение гигиенической обстановки окружающей среды.

Если исключить весьма маловероятную и во всяком случае чрезвычайно редкую спонтанную вариацию зародышевой плазмы под влиянием совершенно неизвестных и неуловимых воздействий, то нужно логически прийти к выводу, что биологические качества этой плазмы подчиняются воздействиям среды, влияющим на нее через посредство соматических клеток организма. Это обстоятельство не находится ни в каком противоречии с тем фактом, что раз по тем или иным причинам в зародышевой плазме произошли стойкие изменения, которые выражаются в форме слабоумия или других пороков развития, то здесь уже социальной гигиене делать нечего.

Одна из наиболее острых научных задач социальной гигиены, как ее сформировал еще Макс Грубер, заключается в том, чтобы определить, являются ли ныне наблюдаемые дегенеративные элементы общества потомками родов с закрепленными уже наследственными дефектами или перед нами развивается непрерывный процесс нового образования патологических вариаций человеческого типа из здоровых до сего поколений. Иначе говоря, здесь ставится кардинальный вопрос о том, угрожает ли современному культурному человечеству вымирание или мрачные предсказания о нем вытекают из пессимизма, не имеющего за собой реальной почвы.

Ответ на это невозможен без предварительного разрешения ряда других, чрезвычайно важных и сложных тем, а именно: какие изменения привносятся в психофизическую структуру человека, находящегося в примитивных условиях своего существования, под непреклонным воздействием естественного подбора формами цивилизованной жизни, и как действует механизм наследственности в передаче психофизических качеств нисходящим поколениям.

IV

Чрезвычайно жалко, что обе эти темы совершенно еще не освещались на страницах русской медицинской печати, что они не вызвали не только любознательности, но даже любопытства со стороны врачебных кругов. Рассмотрение этих вопросов в исчерпывающем масштабе в рамках настоящего изложения невозможно и

должно быть ограничено штриховкой наиболее выпуклых его сторон. По этому поводу приходится прежде всего заметить, что неограниченное властвование естественного подбора может иметь место только в условиях не затронутого культурой природного существования, при наличии обильного размножения данных зародышей. Естественный отбор есть не что иное, как акт пассивного подчинения со стороны вида обстановке внешней среды. Слабые организмы, погибая, уступают место более стойким и выносливым. Далее, при игре естественного отбора все вступающие в состязание обладают равными средствами в борьбе за жизнь.

Совсем не то в условиях культурной человеческой жизни. Уже первые ее зачатки означают не что иное, как стремление выйти из тисков природы, расширить возможность существования и изменить внешнюю обстановку среды в благоприятном для человеческой жизни смысле. В борьбе за существование среди людей, имеющей место в антагонистических формациях, слабые не уничтожаются поголовно, как это наблюдается в условиях ничем неограниченного естественного отбора, а часть их, оставаясь в жизни, переходя из одного общественного слоя в другой, ниже стоящий, или деклассируясь, продолжает давать хилое потомство. Наконец, при дифференциации классов вступающие в жизненное состязание люди находятся в совершенно различных условиях борьбы: одни не имеют ничего кроме своей физиологической способности сопротивляемости против вредных воздействий среды, способности, уже подточенной тяжелыми условиями существования, другие, принадлежа к более привилегированному классу, обладают возможностью создать себе необходимую гигиеническую обстановку и вероятность выжить с худшими биологическими качествами, чем первые.

Все эти различия в условиях естественного отбора, с одной стороны, в обстановке полного подчинения внешней среде, с другой — при наличии дифференцированной классовой жизни в буржуазном обществе так велики, что становится непонятным, как еще могут некоторые социологи мечтать о восстановлении в обстановке современной социальной жизни, с ее неравенством классов, ничем не ограниченного подбора и ждать от него обновления и чуть ли не возрождения всего человечества.

Вся человеческая культура с первых зачатков своего зарождения имела своим источником вначале инстинктивное, а потом сознательное стремление ограничить простор естественного подбора, противопоставить угрожающим внешним силам природы созданную искусственно среду, облегчающую человеку жизнь и размножение. Человек создал себе искусственный климат в форме жилья и одежды, сбереженный от беспрестанной борьбы с природой, досуг стал затрачивать на улучшение технических форм жизни, устроил города, дифференцировал труд и сложился, наконец, в классовое общество. Прогрессирующее накопление знаний, овладение многими законами природы помогло построить чрезвычай-

но дифференцированную промышленность, которая явилась новым ядом культуры, вызвавшим массу профессиональных вредностей, преждевременную амортизацию человеческих жизней и, как соответствующее противоядие, профессиональную гигиену и охрану труда.

Все увеличивающееся скопление больших масс населения в скученных городах, характерное для XIX в., непомерная эксплуатация труда, кризисы и безработица, распространение венерических заболеваний, рост алкоголизма вызвали на сцену появление со многих мест тревожных голосов об исчерпании человеческой жизни, об угрозе предстоящего массового вымирания культурных народов. Соответственно с дифференциацией социальной жизни появились изменения и в нервнопсихической структуре человека, обогащение ее эмоциями и опасности источника.

Скопление роскоши у одних классов вызвало тяготение к рафинированным наслаждениям и болезни пресыщения. Отсутствие возможностей удовлетворить минимум человеческих нужд — два глубоко вошедшие в живую природу человека инстинкта: чувство голода и половую страсть — понижало нормальные жизнеощущения у других.

Затрудняющаяся конкуренция в жизни, невозможность раннего вступления в брак, склонность избегать появления на свет лишних голодных ртов, необходимость искать удовлетворения половым стремлениям на почве случайных встреч, продажа своего тела в форме проституции, склонность к наркозу в поисках искусственной эйфории — все эти и подобные им явления являлись спутниками этой новой и современной нам обстановки жизни в разбитом на классовые клетки капиталистическом строе. Как велики должны быть задачи социальной гигиены в этом сложном клубке жизни!

Несомненно, что в полном своем объеме эти выдвигаемые современной социальной культурой вопросы могут быть в целом разрешены лишь в будущем бесклассовом строе. Но социальная гигиена не может дремать. Уже в своих первых, еще мало осознанных, инстинктивных и робких шагах социальная гигиена стремится к разрешению грандиознейшей культурной проблемы — предоставить каждому человеку возможность выполнить ту жизненную задачу, разрешение которой посылно его органической природе. Этой своей тенденцией она вскрывает свои «надклассовые» задачи, этим объясняется заглушенность ее в дореволюционную эпоху и лихорадочный рост ее практических позиций теперь, рост, за которым не успевает следовать архитекtonика ее теоретических обоснований.

V

Успехи общественной гигиены, выразившиеся в оздоровлении санитарной обстановки городов в Западной Европе, начиная с конца первой половины XIX в., не замедлили вызвать у целого ряда

«социологов и врачей (застрельщиком явился Герберт Спенсер) опасения в том, что благодеяние гигиены, сохраняя жизнь многим лицам со слабой физической организацией, передаваемой ими по наследству потомкам, имеет своим результатом систематическое и прогрессирующее ухудшение телесной структуры человеческого рода. Видимые признаки этого грозного симптома усматривались в следующих явлениях: непрестанное увеличение числа лиц, негодных к военной службе, значительное число детей с дефектами физической структуры, обнаруживаемыми при врачебно-санитарных осмотрах, прогрессивное распространение близорукости, увеличение числа женщин, не обладающих способностью выкармливать грудью своих детей, учащение родов, требующих оперативного вмешательства, видимый рост числа нервных и душевных больных, распространение кариеса зубов и целый ряд других тревожных симптомов. Все эти явления связывались не столько с воздействием внешних вредностей, сколько с наследственной передачей и аккумуляцией конституциональных аномалий. Видимо, противоречащее этому факту ослабление смертности от инфекционных заболеваний и увеличение средней продолжительности жизни приписывались не улучшению средней конституции человека, а ослаблению вредных влияний. Часть этих упреков, несомненно, культура должна принять на себя. Не подлежит сомнению, что та искусственная обстановка жизни, которая создается современными условиями, особенно в больших городах, систематически изнеживает организм человека.

Ганземанн первым чрезвычайно подробно проанализировал значение этих факторов «одомашнения» (доместикации) в патогенезе многих заболеваний, которые сводятся к длительному воздействию на организм человека испорченного комнатного воздуха, к отсутствию физических упражнений, к богатству пищи возбуждающими веществами и прочее.

Путем сравнительно-биологических изысканий он показал, что эти явления доместикации можно часто найти и у многих домашних животных, прирученных человеком, в то время как их дикие, находящиеся на свободе, сородичи нигде и никогда не проявляли никаких симптомов этих заболеваний (рахит у обезьян и среди других животных, содержащихся в зверинцах). Что касается вопроса в полном его объеме, ухудшает ли обстановка социальной жизни последних десятилетий биологическую структуру современного человека, то точный ответ на него не может быть дан, вследствие отсутствия сравнимого материала за разные периоды жизни одного и того же общества.

Указания на значительное увеличение числа душевнобольных в психиатрических учреждениях за последнюю половину века, значительно опережающего соответственный рост населения, не могут считаться окончательно убедительными: большее доверие к психиатрическим лечебницам со стороны широких кругов населения, затруднительность, при ухудшении материальных условий, обеспе-

чить душевнобольным надлежащий уход дома, более совершенная диагностика душевных заболеваний, большая продолжительность жизни душевнобольных — все эти факторы вместе и каждый в отдельности, несомненно, способствовали большему заполнению психиатрических учреждений, чем прежде. Как разительный пример возрастания числа душевнобольных в связи с усложнением социальной жизни приводят факты весьма значительного возрастания числа душевнобольных среди североамериканских негров после освобождения их от рабства. В 1856 г. на миллион негритянского населения насчитывалось 175 душевнобольных, спустя 10 лет — 169, в 1870 г. — 367 и, наконец, в 1890 г. — уже 886 душевнобольных. Но и эти цифры, если даже считать, что они исчерпывают наличное число душевнобольных негров в разные переписи, говорят лишь о том, что резкие изменения в условиях социального быта, неподготовленность к борьбе за существование в новых формах бытия, то чувство беспокойства за свою жизнь, которое так характерно для условий капиталистического строя, вызвали наружу явления психической неустойчивости, которые в последующие десятилетия, быть может, и сгладятся.

Остается несомненным один факт — это чрезвычайное увеличение числа разного рода нервных заболеваний, значительный рост «нервности» всего населения. Получается впечатление, что тот орган, который природа заботливо прикрыла самой крепкой оболочкой, стремясь защитить его от внешних механических воздействий, культура разрушает изнутри, подтачивая его выделяемыми ею ядами. Стало уже азбучной истиной, что многие болезни, как, например, сифилис, развиваемый городской культурой по преимуществу, сам по себе не может вызывать осложняющих его иногда заболеваний, как табес и прогрессивный паралич, если к нему не присоединятся какие-то, не учтенные еще точно патогенные влияния.

Одна из интересных научных задач, стоящих перед социальной гигиеной, заключается в том, чтобы точно определить и взвесить, что в современных городских условиях так быстро изнашивает нервную систему, какую роль играет неестественное раздражение органов чувств, искусственный свет, постоянный городской шум и уличный грохот, раздражающая пища, возбуждающие напитки, распределение трудового дня, непрерывное эмоциональное возбуждение, создаваемое условиями жизни и другими факторами, под постоянным воздействием которых находятся обитатели большого города и которые действуют в своей сумме, как какой-то наркотический яд. Это увеличение числа нервных заболеваний представляло бы непредотвратимую опасность для будущего всей культуры, если бы эти заболевания передавались по наследству и если бы были верны так мастерски очерченные в свое время Морелем картины наследственного патологического отягощения, приводящего к вымиранию всего рода на четвертом поколении. Но, к счастью, этого нет.

VI

Ни один вопрос социальной гигиены, ни одно планомерное гигиеническое построение в общественной практике не могут обойтись без самого глубокого проникновения в проблемы наследственности. К сожалению, современный врач совершенно не ориентирован в биологии, и, надевая на себя социально-гигиенический шлем и панцирь, он позволяет себе недопустимый и ничем не извинительный дилетантизм. Он слышит и говорит о дегенерации, пугает общественное воображение ужасами последствий некоторых болезней, как в свое время католический проповедник пугал неверующих ужасами ада, распространяет брошюры и против венерических болезней, которые имеют то же влияние на одно из сильнейших чувственных влечений человека, как попытка затушить пожар бросанием в него реклам о пользе огнетушителей или брошюр о значении огнестойкого строительства.

Нужно громко и отчетливо провозгласить: без предварительного изучения биологических предпосылок и всех их влияний на нашу сложную социальную жизнь нельзя в ней разобраться и уверенно действовать. Глубокое изучение биологических законов, психики личности и психики коллектива, с одной стороны, социальной жизни и ее эволюционных тенденций — с другой, должны сопутствовать социальному гигиенисту.

До сих пор преимущественное внимание социальной гигиены занимала внешняя среда, как более показательная и доступная. Если не в целом, то в своих отдельных частях коллективному воздействию. И в этой внешней среде наиболее популярным объектом внимания был мир микробов, за микробами шли почва, вода, вопросы жилища, проблемы питания и где-то совсем незамечаемый, в тени находился сам человек, в интересах которого суетился весь медицинский гигиенический мир. Если бы случайно открытие большинства патогенных микроорганизмов произошло не в 90-х годах, а четырьмя десятилетиями раньше, то вряд ли в Западной Европе были бы произведены громадные оздоровительные работы, вызвавшие улучшение санитарной городской обстановки, потому что бактериологическая мысль долгое время была увлечена поисками методов специфической борьбы с ними: дезинфекцией, стерилизацией, прививками.

Только недавно в этом отношении произошла законная реакция, но и до сих пор преимущественное внимание гигиениста отдается изучению внешних вредностей. Против этой односторонности необходимо горячо и энергично протестовать.

Что же нам точно известно и что для нас важно в учении о наследственности для социального гигиениста? Прежде всего нужно сказать, что научные вопросы, которые скрываются за оболочкой «наследственности», совершенно не соответствуют терминологии понятия «наследственность», а гораздо шире и глубже. Кто наследник и кто наследователь? Соматическая плазма или

зародышевая? Практически наиболее существенная часть всех вопросов в учении о наследственности сводится к изучению соотношения между соматическими и зародышевыми элементами, к изучению процессов оплодотворения. Теперь может считаться уже окончательно установленным тот факт, что никакой наследственной передачи приобретённых признаков в том смысле, как это допускали Дарвин и Спенсер, не существует. Зародышевая плазма есть автономное образование, живущее в условиях симбиоза с телесной плазмой.

Известные вредности внешней среды, в которых живет человек и которые влекут его к быстрому изнашиванию и преждевременной смерти, могут совершенно не отразиться на внутренних качествах зародышевой плазмы, и дети этого человека, попав в благоприятные внешние условия среды, могут быть совершенно здоровыми и правильно развитыми организмами. Из этого не следует, что зародышевая плазма ограждена китайской стеной от влияний телесной плазмы. По меткому сравнению Гольдшейда, она воспринимает эти влияния приблизительно так же, как сейсмограф отмечает отдельные потрясения коры земного шара. В процессе длительного филогенетического развития она постепенно накапливает те изменения, которые приобретаются человеком на пути его активного культурного творчества. Если бы зародышевая плазма рабски отражала в себе все потрясения, которые падают на человека в период его онтогенеза, тогда человечество вымерло бы все в течение нескольких поколений. Но оставаясь в значительной степени изолированной от процессов, разыгрывающихся в соматической плазме, генеративная плазма чрезвычайно чувствительна к некоторым ядам, как алкоголь, сифилис, ртуть и свинец. Они извращают ее жизненные свойства. Но нужно ясно понимать, что если отец-алкоголик имеет слабоумного сына, то здесь наследственность ни при чем. Слабоумие является в этом случае врожденным заболеванием, вследствие непосредственной порчи плазмы.

В нашей обычной медицинской практике понятия унаследования и врожденности не разделяются, что вносит большую путаницу в рассматриваемый вопрос. Для социально-гигиенической практики весьма важно решить вопрос, обладает ли поврежденная генеративная плазма способностью к регенерации, могут ли эти повреждения в дальнейшем ее филогенетическом процессе выравниваться и приводить к образованию здоровых поколений. Все, что мы знаем о наследственности, дает нам право на этот вопрос ответить в утвердительном смысле. Разные уродства, пороки развития и психические отклонения при скрещивании со здоровыми родами, подчиняясь менделевским правилам, имеют тенденцию, если они рецессивны, исчезать в нисходящих родах и возникать вновь только в случае нового скрещивания, где признаки эти также проявились. В случае, если патологические признаки в форме стойких расстройств психической сферы наследуются доминантно,

то носители их должны вымирать вовсе в ближайших одном-двух поколениях или потому, что они госпитализируются в психиатрических учреждениях, или вследствие затруднительности основать семью и иметь детей.

Чрезвычайно также неясно положение вопроса о дегенеративном влиянии алкоголя и сифилиса на потомство. Кроме работ Фурнье и Фингера, медицинская литература не обладает материалами, безусловно свидетельствующими о пагубном влиянии этих ядов. В настоящее время можно скорее говорить, что эти явления ведут не столько к дегенерации рода, сколько к его уничтожению, вследствие большой смертности детей второго поколения и частому бесплодию третьего. Исследуя третье поколение сифилитиков, Фингер находит в нем признаки разных дистрофических процессов, не являющихся специфическими, а служащих выражением упадка конституционального развития вообще. Вейнберг в своей классической работе «Дети туберкулезных» отметил постоянное, хотя и незначительное, уменьшение числа детей в туберкулезных семьях по сравнению со здоровыми.

Русская работа А. И. Ефимова о влиянии сифилиса на вымирание сельского населения не подтвердила пессимистических взглядов Фурнье и не могла установить даже этого вымирания.

Эти данные заставляют нас очень сдержанно относиться к разного рода распространенным, но не обоснованным точными фактами мыслям по вопросу об угрозе дегенерации и ждать спокойно последующих наблюдений. Для социальной гигиены имеют гораздо большее значение факты, непреложно свидетельствующие о том, как резко и быстро улучшается конституция членов социального коллектива, когда он переводится из худших санитарных условий в лучшие. Ярким примером этого является опыт, произведенный английским фабрикантом и филантропом Левером. На его Ливерпульской фабрике мыла было занято несколько тысяч рабочих, живущих в чрезвычайно скученной жилищной обстановке, дававшей громадную заболеваемость туберкулезом и высокую детскую смертность. Левер перевел фабрику на морской берег и устроил при ней образцовый город-сад, названный «Солнечным светом». Произведенные спустя несколько лет антропологические измерения над детьми этих рабочих по сравнению с измерениями, относящимися к городским школьникам, дали следующие результаты:

	Дети 7 лет		Дети 11 лет		Дети 14 лет	
	длина тела	вес в фунтах	длина тела	вес в фунтах	длина тела	вес в фунтах
Городские школы для обеспеченного населения	45,3	44,1	53,1	61,4	58,2	95
Школы бедных классов	44	43	49,7	55,5	55,2	71,1
Школы «Солнечного света»	47	50,5	57	79,5	62,2	108

Чрезвычайно красноречивы показатели, относящиеся к «вырождающимся» детям фабричного пролетариата! Они свидетельствуют о том, что у отцов и дедов тяжелые условия труда, сказавшись на ухудшении их внешних физических качеств, оставили неповрежденной зародышевую плазму, что и обнаружилось при перемене условий жизни к лучшему. Образованная в Англии после войны с бурами комиссия для изучения вопроса, не угрожает ли английскому пролетариату вырождение, пришла к следующим выводам: «Даже в самых пролетарских слоях населения нет указаний на наследственную дегенерацию, а только на приобретенное ослабление физического благосостояния, являющееся результатом исключительно бедности, а не отягощающих их наследственных качеств. Признаков общего и прогрессирующего вырождения отметить нельзя». Еще решительнее высказывается, на основании изучения санитарного состояния английского рабочего класса, Геркнер в суждении: «Вопрос о дегенерации есть проблема питания и жилища».

VII

Более серьезным в оценке ближайшего будущего и в вопросах вырождения является все более распространяющееся, захватывающее все классы населения, стремление ограничить потомство или в браках совсем обойтись без детей. Это явление, как известно, было чрезвычайно распространено в Риме в эпоху цезарей и многими историками, из новейших особенно Секом («История падения античного мира»), связывается непосредственно с последующей гибелью империи. Напрасно Август, Нерва, Троян и Адриан назначали премии за каждого родившегося младенца.

Брачность в городах и селах чрезвычайно понизилась. Большинство римлян оставались холостыми и пользовались ласками восточных рабынь. Педерастия стала общераспространенным половым извращением, проституция наводняла города. Большинство легионеров из сельских жителей возвращались домой уже в пожилом возрасте. Деревни мало-помалу запустели...

Стоит ли современный западноевропейский мир перед этими угрозами? Во всяком случае, систематическое и прогрессирующее падение рождаемости во Франции, даже в сельской ее части начиная с первых десятилетий XIX в. по наше время, является суровым симптомом.

Есть некоторые указания, что биологические качества первенцев вообще хуже, чем вторых и третьих детей в браке. Если бы этот факт подтвердился, то он уже сам по себе явился бы очень опасным. Лоренц исследовал историю одного саксонского крестьянского рода и показал, что его боковые ответвления, представители которых попадали в город и достигали там привилегированного положения, неизменно кончали вымиранием, в то время как основной ствол продолжает существовать много столетий. В специальной литературе накопилось много указаний, что недавние

выходцы из деревни чаще, чем коренные обитатели города, делаются жертвами многих нервных заболеваний. К сожалению, вопросы обмена классов представляются сейчас еще очень мало изученными и не позволяют делать точных социально-гигиенических выводов. То немногое, что мы знаем, свидетельствует о постоянном обмене классов, в частности об обмене между городом и деревней, причем город быстро, во 2—3-м поколении изнашивает накопленную энергию сельских жителей. Несомненно, что не существует единого закона о народонаселении, и первая попытка его установления Мальтусом оказалась явно ложной. Производство детей, так же как и производство товарных ценностей, подчиняется законам экономики. Современная экономическая конъюнктура заставляет пролетария с женой воздержаться от выращивания детей, как от малоодоходных ценностей, требующих значительной затраты на их воспитание отсутствующих у него производственных средств. Кроме того, браки в настоящее время, по крайней мере у нас реже, чем прежде, ведут к длительному сожитию и в небывало частой степени кончаются разводом. Социально-гигиеническая сторона этих явлений еще не учтена, хотя очень серьезна. Наблюдаемое сплошь на Западе с 70-х годов прошлого столетия (а в некоторых странах и раньше) уменьшение рождаемости является типичным для капиталистической эпохи, но не дает нам права судить, как изменится темп движения населения при ликвидации классового строя. Так как в среднем до 15% всех брачных сожитий бесплодно, то для удержания движения населения в равновесии было бы необходимо, чтобы каждая уходящая из жизни пара оставляла не менее трех заместителей. При наличии большого числа сельского населения, влияющего свои резервные силы в городскую культуру, как это имело место в Великороссии и на Украине, малая рождаемость среди городского населения компенсируется притоком свежей и здоровой крови извне. Но и здесь буржуазная городская культура проявляет свои губительные свойства.

Многие иммигрировавшие в капиталистический город сельские девушки, биологически представляющие из себя очень ценный материал, делаются жертвами проституции и не оставляют потомства. Самые частые причины бесплодия — гонорея, сифилис и алкоголь — очень распространены в условиях современной городской жизни, и борьба с ними представляет одну из наиболее тяжелых проблем социальной гигиены. В области жилищной гигиены, в вопросах народного питания социальная гигиена в нашей стране находит себе поддержку у органов государственной власти и общественных организаций; что же касается вопросов сексуальной гигиены, борьбы с алкоголизмом и другими видами наркомании, то здесь социальная гигиена непосредственно сталкивается с личностью, с ее чувственными влечениями, с ее эмоционально-волевой стороной, с необходимостью воздействия на внутренние результаты поведения человека.

Как ни важно в системе социально-гигиенических мероприятий санитарное просвещение и пропаганда гигиенических навыков, но здесь они играют подчиненную роль. Несомненно, что студенты-медики осведомлены обо всех опасностях случайных половых сношений, но, как свидетельствуют разные анкетные данные об их половой жизни, процент заражения венерическими болезнями среди них довольно высок. В борьбе с этими недугами социальной гигиене нужно опираться на сексуальную педагогику, сублимировать чувственные влечения, наконец, призвать на помощь физическую культуру населения, до сих пор еще чуждую громадному большинству врачей. Изучение и надзор за правильным развитием организма в период его формирования, тренировки его сил и содействие личности в выявлении ею скрытых потенциалов природных возможностей представляют одну из самых серьезных и важных жизненных задач врача, сознающего социальную природу своего служения.

VIII

Очерченные выше положения представляют беглый очерк наиболее существенных позиций социальной гигиены в настоящую минуту. Время может привнести в них много изменений. Накопление данных в учении о наследственности, о влиянии среды и профессии на конституцию человека могут изменить установившиеся точки зрения и выдвинуть целый ряд новых проблем. Но не подлежит никакому сомнению, что одна идея в сознании как руководителей политической жизни народов, так и всех социальных гигиенистов, будет все больше выдвигаться в ближайшие годы. Идея эта так же проста, как простым казалось падение яблока перед глазами Ньютона, и, быть может, только вследствие своей мнимой простоты она до сих пор не завоевала общего внимания среди гигиенистов и государственных деятелей и из нее не извлечены все логические выводы. Не накопление внешних ценностей, не вопросы политической экономии будут основными рычагами социальной культуры ближайшего времени, а накопление здоровья и сил, созидание активности и творческих человеческих поколений.

Социальная гигиена к этому времени тысячами систематизированных фактов должна показать, как варварски нерационально потреблялась в течение многих веков человеческая жизнь, какие ничтожные результаты, какую жалкую «культуру» она производила как прибавочную ценность и что несравненно более достойные и несоизмеримо более высокие результаты могут быть получены путем применения хозяйственных принципов экономии к «органическому капиталу». Урегулирование вопросов перед социалистическим строем с логической неизбежностью на своем разрешении выдвинет новый лозунг — «органическую культуру». Только тогда можно будет во всей полноте поставить вопрос о евгенике, не в узкобуржуазном ее трактовании как выращивание отдельных

личностей, возвышающихся над серой толпой, а как массовое улучшение социальной конституции. И может случиться, что когда социальный организм будет разгружен от всех тягестей, наложенных на него историей и ее гнетом, и когда будут залечены последние язвы невежества, нищеты, моральных и физических страданий, то евгеника и в такой трактовке окажется мнимой и ненужной проблемой.

Теперь же необходимо громко призывать пахарей на мало возделанную ниву социальной гигиены и пожелать им вооружения тремя столь необходимыми при этой работе свойствами: глубокой преданностью социальным интересам, активностью и вдумчивостью в труде.

СОЦИАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА¹

(сравнительная характеристика)

Исходным пунктом всех научных исследований в клинической медицине служат морфология, физиология и патология человеческого организма, изучаемые чрезвычайно детально, путем разнообразных измерений, применения клинического и лабораторного эксперимента и частью перенесением на человека данных, установленных опытами над животными. Методологически наиболее уязвимое место в этой схеме изучения патологических жизнепроявлений заключается в том, что внимание исследователя, отвлеченное частностями и деталями изучаемого процесса, нередко забывает о логической необходимости вернуться в итогах своих исследований к организму как цельному психофизическому единству, в конечном счете приспособляющемуся к данному ему раздражению и выравнивающему все свои функции сообразно своим аккомодационным способностям применительно к той биологической среде, где он находится.

При чрезвычайном развитии лабораторного и клинического эксперимента сознание исследователя невольно механизмуется, он начинает относиться и в теории и в практике к человеку не как к самодовлеющей системе сложносвязанных психофизических сил, а как к занятой механической игрушке, прототипом которой может служить легендарный лабораторный *hominiculus*.

Исходным пунктом социальной медицины в ее анатомофизиических предпосылках является изучение морфологии целого человеческого коллектива, будет ли это определенная народность или часть ее, характеризующаяся однообразным составом своего социального строения, как, например, промышленный пролетариат, группа сельского населения, учащиеся в школах и т. п.

¹ Статья была напечатана в журнале «Профилактическая медицина», 1922, № 4—5. Публикуется с небольшими сокращениями.

Содержание, вложенное С. А. Томилиным в понятие «социальная патология», в настоящее время принято обозначать термином «социальная гигиена». — Ред.

Объектом изучения клинической медицины является человек в его недолгой и чаще всего преждевременно прерываемой жизни. Социальная медицина должна поставить себе задачей изучение социальной массы не только в периоде проявления ею всех ее общественно полезных функций, но и в течение всех фазисов предыдущего ее развития, начиная с появления элементов этой массы на арене жизни, можно даже сказать еще раньше — с выяснения вопросов, каким биологическим опасностям подвергаются эти элементы в период своего эмбрионального формообразования и после, в период раскрытия всех потенциалов своей жизненной энергии.

С удалением со сцены жизни определенной социальной группы не заканчивается работа социально-медицинской мысли; она следит за тем, что передала эта группа в форме зародышевых задатков следующему поколению. В противоположность клинической медицине, обходящей вниманием вопрос о хозяйственно-экономических изменениях в положении человека, вызванных болезнью, и центрирующей свое внимание исключительно на последней, социальная медицина выдвигает новый мотив изучения состава социально-патологических группировок, который можно назвать социально-хозяйственным. Наблюдая за возрастно-половым составом обычного их морфологического строения, она отмечает все выгоды и дефициты этого строения. Она пользуется в этом отношении некоторыми уже готовыми данными социально-родственных ей наук: демографии и политической экономии. Так, например, она учитывает факт чрезвычайной невыгоды в народнохозяйственном балансе соотношения нерабочих и полурбочих групп с взрослыми рабочими группами, тратящими много средств на прокормление первых до достижения ими общественно полезного возраста. Далее, ей приходится считаться с небольшой средней продолжительностью жизни, сокращающей срок ее образовательной подготовки к культурно-хозяйственной работе, и вызывающей весьма частую смену поколений, причем затрудняется преемственная передача, сознательное усвоение — эволюция культурных ценностей.

Индивидуальная, или клиническая, медицина изучает человека как какую-то отвлеченную, абстрагированную от реальных условий величину, в произвольных функциях времени и пространства. Социальная медицина изучает реальный коллектив в реальной среде, со всем грузом социально-культурных условий, определяющих самые характерные особенности всего его существования и психического уклада жизни, как, например: характер и обстановка труда, условия домашнего обихода жизни, режим питания и жилья, основные черты психики — словом, всю чрезвычайно сложную совокупность тех влияний, какие установлены человечеством в целом и в его отдельных группировках, отделяющих его от условий его бывшего непосредственно биологического приспособления к среде и вовлекших его в водоворот так называемого культурного

существования. Можно, пожалуй, сказать, что социальная патология это есть патология культурных форм человеческого общежития.

В области оценки *status praesens*'а социальная патология смело переходит ту границу мышления, какая является по существу и навсегда непреходима для индивидуальной медицины, а именно в область моральных проблем.

Для индивидуального медицинского сознания личность всякого больного священна, кто бы он ни был, чем бы он ни был болен, будет ли то дегенерат или высокоталантливый профессионал, будет ли то буржуазный делец, страдающий миокардической одышкой от излишков *in Vaccho et Venere*, или безработная швея, умирающая от истощения. Для социальной медицины оценка биологических качеств изучаемого ею коллектива далеко не безразлична. Если условия социальной эксплуатации данного коллектива таковы, что вызывают преждевременную утрату и порчу физической и духовной энергии его членов, если они таковы, что в результате своем вызывают значительные отбросы в форме дегенерации и морального слабоумия, то социальная медицина, чуждая соблюдения каких бы то ни было профессиональных тайн, присущих отдельным представителям индивидуальной медицины, во всеуслышание должна заявлять о необходимости коренных изменений условий жизни этой группы и указывать на их возможность. В противоположность индивидуальной медицине она ничуть не заинтересована в сохранении и жизненном преуспевании дегенеративных и социально негодных элементов общественного коллектива, заражающих здоровые части общества и загрязняющих родовую плазму.

Переходя к постановке этиологических проблем, заключенных в индивидуальной медицине, приходится сказать, что нигде, как здесь, не сказывается с такой беспримечной наглядностью все научное убожество, вся философская нищета относящихся сюда данных.

Факт почти поголовного проглядывания врачами существа и смысла этиологических вопросов можно объяснить только тем, что все их школьное внимание и практическая жажда имеют своим устремлением один заключительный источник достижения — терапию, где с одинаковым легковерием больной и будущий врач думают найти облегчение, первый — в форме удачно прописанного ему рецепта, второй — в форме услаждающего жизнь гонорара.

В отделе «этиология» обычно, как в лавке старьевщика, собраны самые разнообразные категории явлений и действий: пол, возраст, внешние воздействия, микробы, психические травмы, переутомление, наследственная предрасположенность — одним словом, чего хочешь, того спросишь.

Со времен схоластики остались ссылки на причины постоянные, временные, побочные, усиливающие, случайные, внешние, внутрен-

ние, вызывающие, предрасполагающие и всякие иные, смотря по настроениям и квалификационным вкусам авторов.

Социальная патология имеет возможность избежать этой ребяческой «этиологии», заменить ее установлением социальных влияний, в результате которых болезнь вытекает с логической неизбежностью, демонстрируемой ее наличием и распространенностью на основании закона больших чисел. В социальной патологии учение о «причинах» болезни заменяется учением об «условиях», при наличии которых эта болезнь появляется, причем в оценке всех внешних фактов устанавливается их социальная группировка и генезис. Вместе с тем она ставит своей задачей — ознакомление с внутренней средой самого коллектива, реакция которой на внешние раздражения чрезвычайно часто свидетельствует не столько о силе внешних вредных влияний, сколько о внутренней слабости этой самой среды. Задачей этого изучения внутренней среды является установление биологической стойкости, конституциональной характеристики элементов данного социального ряда путем применения получающих в последнее время более или менее точную формулировку биометрических методов (метод измерения свойств и качеств конституции, антропометрика и др.).

Социальная патология должна использовать в своих целях полезные плоды, собранные другой, очень важной дисциплиной — криминальной антропологией — на пройденном ею в последние годы пути. И в индивидуальной медицине, и в криминальных дисциплинах с одинаковой ценностью видна вся неприхотливость обыденного человеческого мышления. Болезнь и сознанию потерпевшего, и мнению общества выгоднее всего приписывать внешней среде, преступление с таким же основанием удобнее всего объяснять дурной волей, т. е. внутренней средой самого преступника. Общественная мораль в обоих случаях желает только самооправдания. Достаточно для иллюстрации различного подхода к вопросу об этиологии заболеваний со стороны клинической и социальной медицины привести в пример случай хронического алкоголизма, вызывающего часто, как известно, целый ряд изменений в паренхиме внутренних органов. С точки зрения клинической медицины вопрос вполне ясен и прост: у больного цирроз печени оттого, что он злоупотребляет алкоголем, хотя сосед его пьет, быть может, втрое больше и вполне здоров. Объяснение вполне, пожалуй, удовлетворительное в плоскости лабораторного опыта над кроликом.

Социальная патология не может замкнуться в признании такого фактора в патогенезе какого-нибудь цирротического изменения ткани, считая необходимым выяснить, путем каких социально-психических стимулов данное лицо или группа лиц оказываются вынужденными к искусственному и длительному созиданию для себя эйфории как суррогата нормально бодрого процесса естественного жизнеощущения.

Социальная медицина ставит себе задачей в системно-последо-

вательном порядке изучение всех неблагоприятных социальных влияний, вызывающих иногда предрасположение к болезни и самую болезнь, иногда неблагоприятно воздействующих на течение самой болезни. Далее, социальная патология изучает обратные влияния социально-патологических явлений на непосредственные процессы социальной жизни. Они выражаются в тех изменениях социальной структуры целого общественного организма, какие вносятся в него путем преждевременных смертей, образования инвалидности, склонности к последовательным заболеваниям, наконец, вырождения целых родов.

Переходя к оценке картины заболевания, мы наблюдаем следующие различия в клинической и социальной патологии. Индивидуальная медицинская мысль стремится найти наиболее ясно выраженную картину заболевания, тяготеет к самым экзотическим ее выражениям и охотно занимается наиболее редкими, казуистическими формами.

Социально-медицинская мысль, наоборот, совершенно игнорирует последние, как не имеющие социального значения, и особенно детально останавливается на неясно выраженных, мало типичных, неинтересных с чисто клинической стороны формах, в которых обыкновенно проявляется наиболее распространенный тип того или иного заболевания.

Терапия представляет совершенно особую область в индивидуальной медицине, мало связанную с общим темпом развития других частей медицины, в значительной степени косную, покоящуюся по преимуществу на эмпирических традициях.

Даже в тех относительно весьма немногих случаях, где применение ее вполне целесообразно, оно по существу своему весьма ограничено, потому что связано с такими материальными затратами со стороны больного (в странах с платным медицинским обслуживанием. — В. С.), каких он, уже ухудшив свое хозяйственное положение вследствие болезни и вытекающей из последней утраты, хотя бы временной, трудоспособности, почти никогда не в состоянии произвести. Поэтому в области терапии задачи социальной медицины с организационной стороны сводятся к предоставлению членам коллектива квалифицированной медицинской помощи и к улучшению их жизненного санитарного режима на началах общедоступности и бесплатности.

Социальная терапия, как таковая, вряд ли может существовать. Если характер социально-патологических процессов уже глубоко отразился на извращении жизненных свойств соматической (деградация) или, что еще хуже, генеративной плазмы (дегенерация), то никакие терапевтические мероприятия здесь неуместны. Поэтому социальная терапия ставит своей задачей устранение всех этих влияний из социальной обстановки среды.

Индивидуальная профилактика состоит из кучи добродетельных рецептов, какие совестливый врач не может предлагать боль-

ному иначе, чем с краской стыда на лице, и напоминающих знаменитую курицу Генриха IV, которая почему-то упорно не желает фигурировать в воскресном меню крестьянина. Социальная профилактика входит в состав родственных ей государственных дисциплин, имеющих своей задачей улучшение психических и материальных форм жизни, тесно связана с санитарным законодательством, с охраной труда и с гигиеническим просвещением масс. Здоровье личности и коллектива она не может рассматривать как нечто данное готовым от природы, а рассматривает как нечто достигаемое путем очень сложных, системных и постоянных активных усилий коллектива в процессе созидания и непрерывного улучшения своей физической и духовной культуры.

Социальная профилактика выдвигает громкий лозунг для народных масс: «волю к здоровью», активное творчество улучшающихся форм физического и духовного благополучия, не омрачаемого тяжелым и ненужным страданием.

Переходя от индивидуальных догм к социальным тезисам, от анализа единичных патологических явлений к их социально-философскому синтезу, медицинская доктрина раскрывает и находит свою внутреннюю сущность. Еще в 1847 г. врач Нейман в своей работе «Общественное здравоохранение и собственность» писал, что медицинская наука есть прежде всего социальная наука и что пока сознание этого прочно не утвердится общество не будет в состоянии вкушать ее плоды и вынуждено будет довольствоваться ее внешней скорлупой. В своем последовательном развитии социальная профилактика постепенно перерождается в расовую¹, генеративную гигиену, воспитывая в человеке чувство ответственности за свое здоровье не только перед коллективом, но и перед потомством.

Социальная медицина только рождается. Необходимы чрезвычайные силы не одного поколения врачей, чтобы оформить все ее положения и ввести их в жизнь. Работа в этой области требует несколько более расширенных знаний, чем те, какими пользовался обычно врач до сих пор, — прочного знания биологии, знакомства с демологией, политической экономией, социологией, социальной антропологией, математической статистикой и прочее.

Но как ни затруднительны эти задачи, можно быть смело уверенным в том, что они найдут своих работников, как только интерес и сознание ни с чем несравнимой важности проблем, заключенных в социальной медицине, проникнут и укрепятся в той среде, где врачом выполнялся всегда суровый и доблестный долг — защищать поле жизни от преждевременного вмешательства смерти и бережно очищать его от терний, рассеянных в нем бесстрашной природой и неразумной волей человека.

¹ Понятие «раса» здесь эквивалентно понятию «популяция». — *Ред.*

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ В СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ¹

Социальную гигиену мы определяем как науку, изучающую влияние среды на физическое состояние общественного коллектива. Под средой мы должны понимать не только влияние чисто внешних ее форм и выражений, из которых для нас наиболее важна социальная группировка всего коллектива, но и внутреннюю среду — те влияния, которые присущи и исходят из самих организмов, как проявления их биологических свойств, полученных преемственно от цепи предков. С другой стороны, и самый объект воздействия среды, индивидуальный и социальный организм, представляет далеко не аморфную и пассивную массу, которая позволила бы нам устранить из поля нашего изучения его ответную реакцию на все эти раздражения. Таким образом, мы видим, что в понятие «социальная гигиена» включен сложный клубок взаимоотношений между социально-биологическим воздействием среды на человека и наоборот.

Как все прикладные знания, вышедшие из практической потребности улучшить и облегчить нашу социальную жизнь, так и социальная гигиена как эмпирическая наука существовала очень давно и ставила своей задачей устранять из общественной среды те неблагоприятные условия, воздействие которых реально создавалось каждым человеком в отдельности и коллективом вместе.

Но то, что в настоящее время мы подразумеваем под социальной гигиеной, оставляет далеко за собой те эмпирические мероприятия санитарного характера, которые с известным правом могут претендовать на социально-гигиеническое значение. Наше определение социальной гигиены гораздо шире и глубже. Социальная гигиена имеет своей жизненно-практической задачей не только оздоровление внешних условий существования, но и оздоровление внутренних форм нашей физической и психической жизни, оздоровление всего человеческого духа, овладевающего постепенно разумением законов своей собственной эволюции и свободно осуществляющего те категории социальной энергии, которые вытекают из основных наших представлений о человеке как об активном творце культурного процесса.

Точная формулировка социально-гигиенических стремлений оказалась возможной только с того времени, когда наукой было накоплено достаточное число знаний, определяющих влияние внешней среды на состояние отдельной личности. Иначе говоря, индивидуальная гигиена предшествовала гигиене социальной.

Индивидуальная гигиена, изучая взаимоотношения между средой и организмом, установила тот желательный оптимум внешних условий, который ставит организм человека в условия наиболее полной и вместе с тем экономной физиологической продуктивности.

¹ Статья была опубликована в журнале «Профилактическая медицина», 1922, № 2—3. Статья публикуется с небольшим сокращением. — *Ред.*

Она имеет своей задачей выполнение чисто нормативных задач. В противоположность ей социальная гигиена принадлежит к числу наук дескриптивных, или описательных. Индивидуальная, или, вернее, общая, гигиена имеет дело с абстрактной человеческой личностью, с произвольно установленным средним человеческим типом. Социальная гигиена изучает реального человека в реальной среде и отмечает, в какой степени конкретные условия социальной среды препятствуют воплощению в жизнь тезисов общей гигиены.

Изучая это преломление теоретических норм в реальной жизни, наша наука со второй половины прошлого столетия накопила и подготовила следующему, ныне переживаемому веку громадный арсенал фактов, воочию обнаруживающий, что в санитарных условиях быта больших социальных групп есть много препятствий к проникновению в них теоретических требований гигиены. Это чисто научное движение сопровождалось в Западной Европе ростом пробуждающегося самосознания широких кругов трудового населения.

В практике санитарной жизни немалое влияние в Европе сыграла впервые появившаяся в ней в начале XIX в. холера, побудившая правительственные круги взяться за оздоровление крупных населенных пунктов. Этим же был дан толчок к проведению многих законодательных санитарных актов, ставивших своей задачей выполнение общественно-обязательного минимума санитарных мер и улучшения условий труда и жизни рабочих кругов. Начавшая под этим влиянием постепенно крепнуть и развиваться широко социальная оценка и понимание явлений общественной патологии была несколько задержана и ослаблена школой Коха. После открытия одного за другим патогенных микроорганизмов бактериология на некоторое время заняла в гигиене доминирующее положение, поставив на первый план борьбу со специфическими заразными возбудителями. Дальнейшее накопление фактов, собранных той же бактериологией, обнаружило недостаточность этой борьбы под «бактериологическим флагом» и подтвердило необходимость изучения и устранения основных гигиенических дефектов в жизни широких кругов населения, поддерживающих у них легкую санитарную ранимость.

Американский социолог Havelock Ellis разграничивает на четыре последовательных периода социально-гигиеническое движение в XIX в. Первый период характеризуется стремлением оздоровить населенные пункты путем систематического санитарного улучшения городской обстановки, созданием канализационных сооружений, устройством водопроводов, учреждением органов общественного санитарного надзора. Второй период — фабричное законодательство: регулирование условий промышленного труда, введение ограничений в работу женщин и детей. Третий период — введение государственной нормировки школьного образования, заботы о физическом развитии подрастающих поколений, установление врачебного надзора за школами, регламентация питания школьников,

выделение дефективных детей и т. д. Наконец, четвертый период — широкая охрана младенчества и материнства в целях оберегания физических сил новых поколений.

Нужно дать себе ясный отчет в том, что многие проблемы, заключенные в социальной гигиене, получают научное разрешение только при посредстве предпосылок из тех областей знания, которые объектом своего изучения ставят непосредственно биологию. Быть может, некоторым практическим санитарным деятелям покажется странным, что та или иная постановка санитарных задач может находиться в непосредственной зависимости от того, как в конечном счете будет разрешен некогда завязавшийся между Вейсманом и Спенсером спор о наследственной передаче приобретенных признаков.

С другой стороны, практическое осуществление санитарных мероприятий, поскольку они претендуют на участие в общекультурной политике государства, требует большой ориентировки в процессах культурного хозяйства. Эта разносторонность общественно-практических и научных обоснований социальной гигиены даже в западноевропейской практике до самого последнего времени замедляет темп жизненного оплодотворения тех санитарных импульсов, научная подкладка которых стоит вне всяких сомнений.

Исходя из сказанного, мы не можем хотя бы в самых общих чертах не остановиться на взаимоотношениях между средой и организмом в условиях его первоначально чисто природного, а потом искусственно культурного существования.

Борьба за существование, которую ведет всякое живое органическое существо единично или коллективно, сводится к обеспечению себе наилучших условий питания и возможности воспроизведения потомства. В органической природе успех в этой борьбе выпадает на долю особей, наделенных более крепкой организацией. Борьба эта ведется в мире низших органических форм столько же между отдельными представителями вида друг с другом, сколько каждым из них и всей группой вместе с враждебно направленными против них силами внешней природы. В результате этой борьбы слабейшие устраняются из праздника жизни обыкновенно ранее, чем они успеют дать потомство, и если не погибают сами от невозможности обеспечить себе минимум возможного питания, то делаются предметом нападения и добычи ближайших своих сородичей. По мере эволюции органических форм борьба между отдельными представителями одного и того же вида ослабевает и заменяется сознанием выгоды солидарной защиты групповых интересов, и центр борьбы за существование переносится в область взаимоотношений между органической единицей и внешним физическим миром.

От этой формы борьбы за существование не освобожден и современный человек, какими бы защитительными средствами против внешних воздействий среды он себя не обеспечил. Если усилиями предупредительной медицины и удастся ограничить круг забо-

леваний инфекционного характера, то, раз заболев, человек вынужден единолично вести поединок между враждебными ему силами природы и своим оборонительным оружием. Непредубежденному человеку должно быть вполне ясно, что если эти средства самозащиты ниже того минимума, который необходим для отражения врага, то ему приходится погибнуть. Практическая медицина задалась целью повысить эту сопротивляемость организма в течение болезни, вводя в бой путем терапевтических мероприятий резервные силы организма, причем далеко не всегда ясно, не растрачивает ли она их преждевременно, переводя посредством возбуждающих средств потенциальную энергию в расходимую. Во всяком случае статистика инфекционных заболеваний своим четким языком постоянно напоминает, что пределы врачебного вмешательства очень ограничены и что результаты исхода болезни обязаны природным силам организма.

От этой биологической борьбы за существование необходимо резко различить интрасоциальную форму борьбы, где человек (в классовом обществе. — В. С.) озабочен тем, чтобы удержаться на поверхности социального слоя, к которому он прикреплен условиями своего рождения, образования и профессиональной подготовки, или чтобы найти доступ в более привилегированный слой. Сюда же можно отнести и социальную борьбу отдельных групп и классов за максимум обеспечения жизненных выгод и благ.

Эта конкуренция за материальные блага не имеет ничего общего с Дарвиновским законом выживания наиболее приспособленных вариаций, который некоторыми социальными реакционерами с претензией на научную обоснованность переносится в социальную жизнь. Чтобы в этом вопросе избежать логической путаницы, необходимо постоянно считаться с тем, что в жизненной судьбе индивида определяется биологическими качествами, его органическим фондом, с которым он выступает на арену жизни как с неким полученным от природы приданым, и что относится к разряду его социальных черт, особенностей и условностей, так переплетающих культурную жизнь человечества.

Биологическая борьба за существование и борьба за жизненные блага в сопоставлении друг с другом имеют только формальную и чисто внешнюю аналогию, заключающуюся в том, что исход обеих предопределяется в общем итоге как будто теми силами и средствами организма, которые он должен проявить в процессе своего развития. Правда, есть тот биологический порог, ниже которого ни один человек, в какой бы биологической и социальной среде он ни находился, не в состоянии принять участия в этой борьбе и завоевать себе хлеб. Это относится к случаям дегенерации организма. Во всех же остальных эта борьба как по средствам своим, так и по обстановке, в какой она протекает, и по своим результатам представляет совершенно своеобразное явление.

Природа не знает тех целей, которые часто ставит себе человек в непомерном стремлении к стяжению и концентрации физических

ценностей и благ. Природе ведомы паразитизм и хищничество, но ни один хищник в природе не в состоянии удержаться за собой пространство земли и ту добычу, которая превышает его существенные потребности. Если в природе успех в борьбе становится делом наиболее крепкого, выносливого и вообще биологически одаренного организма, то в социальной жизни это скорее исключение, чем правило. Ничто не мешает анемичному, маловольному с иппохондрическим настроением миллионеру приумножать свое состояние, в то время как здоровый бедняк вынужден вместе с семьей страдать от случайностей безработицы. Одну из задач социальной гигиены можно формулировать так, что ее стремления имеют своей целью устранить из процесса борьбы за существование социальные наслонения, нарушающие равенство шансов в этой борьбе, которое только одно в состоянии действительно обеспечить победу достойнейшему. И социальная гигиена уже в своих первых, еще мало осознанных, инстинктивных и робких шагах стремится к разрешению грандиознейшей культурной проблемы — предоставить каждому человеку выполнить ту жизненную задачу, разрешение которой посылно его органической природе, поставленной в условия нормальной эволюции. Этим она раскрепощает человеческий организм от всех случайностей его культурно-социального положения и возвращает процессу естественного отбора разумную свободу с гарантией на то, что истоки жизни и культуры перестанут застаиваться и давать социальный смрад.

Второе явление, которое не должно ускользать от взора гигиениста, разбирающегося в течении биологических процессов в социальном мире, это коренное различие в результатах отбора в природе и в культуре. В природе та вариация, которая по тем или иным причинам оказалась не в состоянии упрочить за собой место в природе, погибает. Смерть там служит торжеству жизни. В социальной же среде условия неполного приспособления в большинстве случаев не вычеркивают человека из жизни, а только деклассируют его, уничтожая его возможность сохранить определенное социальное положение, или переводят человека в состояние хронически ослабленного физического здоровья. Оба эти условия обычно не лишают человека возможности осуществлять акт деторождения и иметь потомство с врожденным понижением биологических качеств.

Dugdale в 1872 г. описал семью lukes в Северной Америке, которая благодаря перекрестным бракам лиц, происходящих из дегенеративных семейств, в течение пяти поколений произвела 709 отпрысков, состоящих сплошь из лиц, вредных для общества, душевнобольных, эпилептиков, запойных алкоголиков, преступников и проч.

Другой род был недавно описан в Германии. Родоначальницей его была одна физически крепкая алкоголичка. Из 834 ее потомков громадное большинство состояло из преступников, убийц, алкоголиков, бродяг, проституток. Расходы прусского государства на

призрение и государственное содержание этих потомков выразились в сумме до 5 млн. марок.

В психиатрической литературе не меньшей известностью пользуется описанная одним врачом швейцарская семья, скрытая под псевдонимом «Зего», потому что некоторые боковые члены ее, живущие посейчас, пользуются общественной известностью и уважением. Вследствие того, что мужские члены этой семьи в течение нескольких поколений вступали в брак с женщинами из рода, где наблюдались душевные болезни, среди 310 потомков этой семьи преобладают слабоумные, преступники, неспособные к труду и другие бесполезные для общества элементы.

Точная фамильная статистика в настоящее время оставляет вне сомнения тот факт, что в семьях слабоумных в среднем наблюдается больше детей, чем в семьях здоровых лиц. Отпрыски их представляют тяжелый балласт для общества и государства.

Как бы ни смотреть на образование слабоумия, или как на спонтанную вариацию зародышевой плазмы, подобно тому как это приписывается в образовании врожденной катаракты, глухоноты и других пороков развития, или как на очень стойкое закрепление унаследованного уже порока, во всяком случае ясно, что мы здесь сталкиваемся в первую очередь с проблемой биологической, подойти к которой с рецептом социальной уравнительности значило бы сознательно обрекать человечество на массовое вырождение.

Важно отдать себе полный отчет в том факте, что если в органической субстанции человека произошли стойкие внутренние изменения, внешняя проекция которых выразилась в его непригодности к общественной жизни, то нельзя возлагать никаких упований на возможность их улучшений путем социальной терапии. Социальная наука, подавленная гипнозом внешней среды, берет на себя ответственность за то, что она до последнего времени замаскировывала серьезные трудности, ожидающие социалистический строй в предстоящей ему борьбе со многими социальными язвами с глубоким биологическим стержнем, как алкоголизм, нравственная дефективность, проституция, врожденное антисоциальное поведение и многие другие.

Борьба с этими, все увеличивающимися в своем числе и влиянии спутниками культурного человека требует расширения методов социального мышления и поведения. Необходимо к человеческому сознанию подвести Архимедов рычаг, который упрочил бы и поставил на достойное место внутреннюю среду человека и освободил бы запуганное внешней средой сознание человека от пошлого идолопоклонства перед тегемонией внешних обстоятельств, за которыми часто прячется недоразвитая, убогая и трусливая воля.

Несомненно, что и в случаях патологической наследственности природа производит свое выравнивающее действие, потому что без него человечество успело бы вымереть в короткий ряд поколений, если бы все приобретенные или унаследованные отклонения от нормального человеческого типа распространялись на все потом-

ство. Так, из эмпирических законов о порядке проявления унаследованных потомками свойств, установленных Менделем, мы знаем, что если какая-либо патологическая фамильная черта благодаря притоку свежей крови при скрещивании в каком-нибудь поколении исчезает, то обычно она больше не возвращается в род, если только в процессе последующего скрещивания не вводятся вновь представители родов с такой же патологической чертой.

Есть ли болезнь внешнее выражение внутренней слабости организма, штемпель, который природа кладет на биологически пошатнувшийся организм, или проявление исключительно неблагоприятных воздействий среды на биологически вполне здоровой субстанции, в какой степени нужно влияние обоих факторов для появления ее — этот вопрос при современном состоянии биологического знания решить еще нельзя.

Разграничение влияний каждого из обоих участвующих в ее создании моментов состоится только тогда, когда медицина, кроме накопления и изучения отдельных, раздробленных и аморфных патологических явлений, обратится к генетическому их изучению, когда вместо нынешней атомистической медицинской статистики займет место молекулярная статистика, которая поставит своей задачей изучение патологических жизнепроявлений в последовательно чередующихся поколениях. Работа эта может считаться только начатой.

Предоставляя этот вопрос решить разумению следующих поколений врачей, мы и теперь не должны ни на миг забывать, что оба эти детерминирующие влияния нужно иметь на учете и не поддаваться так легко соблазну внешнепричинных объяснений, как это делается посейчас.

A priori можно сказать, что если бы врачам каким-либо чудом удалось свести на нет всю патогенную микробную флору, устранить артритизм, развить в необъятных размерах сывороточное лечение, то новые болезни нещадно обрушились бы на продезинфицированное и провакцинированное человечество.

Нет никакой гарантии, что какая-нибудь самая невинная бактерия, оттертая сейчас на задворки сапрофитного существования более свирепыми сородичами, не станет хозяйничать в человеческом организме и не вызовет трагедии смертоносной пандемии. Эпидемия испанки свидетельствует о том, что, как только заколебались привычные условия жизни масс, всегда дремлющий у порога жизни враг вторгается в человека и разрушает его.

Итак, организм и среда это два фактора, стоящие перед научной мыслью гигиениста, определенные комбинации которых вызывают в жизни человека и общества столько страданий и несчастий, смягчить и устранить которые он призван.

Нужно ли улучшать эту среду, не лучше ли дать природе возможность беспрепятственно производить свое очищающее действие и регулировать естественным отбором выживание тех, кому удалось удержаться за жизнь?

Ответом на этот вопрос служит само понятие культуры. Вся ее история есть непрерывное старание смягчить первоначальные формы борьбы за существование, как крайне неэкономные и несовместимые с чувством человеческой солидарности, и заменить процесс естественного приспособления к среде видоизменением ее и методами искусственного приспособления. Не будучи в состоянии выйти из опеки полновластной природы, человек выхватывал одну за другой ее тайны и обращал явления природы себе на служение.

Сберегая свои силы, тратившиеся первоначально всецело на доставление себе возможности примитивно-физического существования, человек постепенно улучшал и облегчал внешние формы жизни и накапливал материальные и духовные ценности. Создавая и утрачивая целые цивилизации и аккумулируя весь горестный опыт истории, в настоящее время человек находится на пути к тому, чтобы овладеть законом своего социального развития и устойчивого положения в природе. Но окончательное торжество в этой схватке с природой, последовательно превращающейся в содружественную с ней жизнь, удастся не тем, кто верит во всемогущество физического социального мира и приспосабливается к нему ценой любого компромисса, и не тем, кто, ослепляемый своей видимой мощью, бросает гордый вызов природе, а тому, кто сочетает в творческом синтезе прометеевское начало человеческого духа с чувством сыновнего уважения к природе и сумеет за покровом внешних одеяний расслышать вечный ее шопот, неустанно манящий человека вперед.

Мы живем в то время, когда на месте истлевших и тесных культурных построек человечество с судорожной торопливостью берется за устройство более просторных зданий. Наша задача заключается в том, чтобы в новом здании ярко горел светильник духа и кротко теплилась лампада познания. И мы знаем, что врачи как бодрствующие служители жизни будут продолжать у порога нового храма нести свою неизменную стражу — охрану чистоты истоков и течения жизни.

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА.¹

(теоретическое обоснование и практическая постановка)

Предисловие

Настоящая работа не ставит перед собой невыполнимой для одного лица задачи — детально изложить организацию и технику профилактических мероприятий в разнообразных сферах ее приложения. Цель ее иная: изложить в сжатой форме основные принци-

¹ Работа впервые была издана Госмедиздатом в 1931 г. Публикуется с сокращениями. В частности, разделы «Профилактика туберкулеза» и «Профилактика венеризма» опущены, разделы «Аntenатальная профилактика» и «Профилактика детской смертности» сокращены и объединены. — *Ред.*

пы профилактического мышления и указать на объем профилактических задач, раскрывающихся в различных областях социальной патологии.

Поскольку работа в таком масштабе является первой попыткой как в отечественной, так и в иностранной литературе, в ней местами неизбежно проявляется субъективизм автора и опущения в охвате темы.

При изложении отдельных вопросов профилактики автор по возможности избегал ссылок на различные авторитеты. Предварительное ознакомление с ними так же неизбежно, как необходимо возведение лесов при постройке здания. Но, когда здание готово, леса должны быть убраны. Нет в манере писания медицинских работ ничего более утомительного и бесцельного, чем нанизывание десятков авторитетных имен, за которыми прячется пишущий. Некоторые неровности в стиле могут показаться педантам науки не соответствующими требованиям научного изложения. Но наука вовсе не представляется автору бесстрастной весталкой с запасом пресных истин, изрекаемых схоластическим тоном для узкого круга посвященных.

В исканиях науки и, в частности, в целеустремленности профилактики, охраняющей чистоту, многоводность и непрерывность человеческого потока, имеют право диалектически отражаться разнообразные настроения, сопровождающие всякую борьбу за улучшение форм коллективного существования: постоянное беспокойство за человеческую жизнь, мимолетная печаль, навеванная временной неудачей, сознанием громадных задач и — зачастую — ограниченных возможностей, радость очередного достижения и, наконец, желание, чтобы ни один человек не чувствовал себя одиноко затерянной, беспомощной марионеткой слепых космических сил, бросивших его на мучительное служение стихийной хозяйственной системе, что столь характерно для индивидуального самосознания членов буржуазного общества. Призванная идеей социалистического переустройства общества быть активной деятельницей новых форм жизни, профилактика должна обеспечить каждому поколению возможность стойко и уверенно проходить свой жизненный путь в атмосфере коллективного бодрящего братства и непрерывно освещать жизнь здоровыми, сочными и готовыми к плодоношению порослями.

В системе социалистического строительства профилактический фронт есть отдельный участок социальной работы, имеющий своей задачей обеспечить коллективу возможность полного психофизического развития. Фронт этот далеко не насыщен работниками и с нетерпением ждет пополнения.

Если эта работа будет в сколько-нибудь полезной степени способствовать дальнейшему развитию профилактической мысли и действия — автор будет считать свою задачу вполне выполненной.

Существо и задачи профилактики

Профилактика есть социальная дисциплина, изучающая, в какие условия должна быть поставлена жизнь коллектива и его отдельных членов, чтобы обеспечить им возможно более долгое сохранение здоровья и отсрочить смерть. Термин «профилактика» часто смешивается с термином «гигиена» и «санитария». Поэтому представляется важным возможно более отчетливо отдифференцировать эти понятия друг от друга и установить за каждым принадлежащие ему свойства.

Гигиена — биологическое нормативное знание, устанавливающее, при каких условиях внешней физической среды достигается оптимум физиологических функций организма. Основной метод, которым пользуется гигиена, — эксперимент. Нормативные построения гигиены преимущественно негативного характера. Устанавливая экспериментальным путем, какие вредности и в каком количестве извращают нормальный ход физиологических процессов в человеческом организме, гигиена ставит своим требованием исключение этих вредностей из внешней физической среды человека.

Санитария — техническое знание, ставящее своей задачей воплотить в жизнь гигиенические нормы, устанавливаемые общей гигиеной.

Если объектом гигиены и санитарии является физическая среда по преимуществу, то объектом профилактики служит непосредственно сам коллектив и входящие в него элементы. Различного рода мероприятия по иммунизированию от заразных болезней, по предупреждению инфекций и остальных заболеваний или сопровождаются процессами, требующими активного участия самого коллектива, или непосредственно совершаются над элементами этого коллектива.

Это делает понятным, почему профилактика как специальная система социального знания появилась так поздно на арене человеческой истории. Профилактические мероприятия в единичном или частичном масштабе становились возможными по мере того, как точное знание накапливало наблюдения над ролью их в процессе сохранения здоровья или предупреждения болезни.

Но никакого социального значения такие методы индивидуальной профилактики не могли иметь, потому что они оставались достоянием незначительных, экономически привилегированных групп, в то время как массы обездоленного населения в силу своего экономического угнетения совершенно не затрагивались благдеяниями профилактики. Ни одна экономическая система не ставила себе задачи поставить здоровье масс населения за самоцель, потому что перед ней были другие задачи — эксплуатация масс населения в интересах создания ценностей, которыми пользовалось ограниченное меньшинство этого населения. А обе эти задачи несовместимы друг с другом. Социальная обстановка, при которой один класс

служит объектом эксплуатации другого класса, тем самым исключает возможность осуществления профилактических задач. Реализация профилактических требований в полном своем масштабе возможна только в бесклассовом обществе, в котором отсутствует эксплуатация человеческого труда и присвоение его результатов другим лицом.

Капиталистическое общество только в одной сфере профилактики достигло некоторых успехов — в области профилактики инфекционных заболеваний. Этому способствовали два обстоятельства: во-первых, успехи научного знания, которыми характеризуется капиталистическая эпоха, и, во-вторых, сознание, что распространение заразных болезней угрожает в одинаковой мере как господствующим классам, так и пролетариату. Наконец, тот факт, что эпидемии в состоянии приостанавливать и нарушать нормальное течение всей хозяйственной жизни среды, распорядителями которой являлась господствовавшая буржуазия, также должен был способствовать развитию профилактики заразных болезней. Место профилактики в условиях капиталистического хозяйства занимает терапия как паллиативная помощь, имеющая своей задачей сглаживать противоречия, коренящиеся в существе всего капиталистического хозяйства, которое можно выразить формулой «вредить, чтобы потом лечить».

Медицина как знание, имеющее своим назначением смягчение страдания, вызванного болезнью, была спутницей всех человеческих культур, сменявших друг друга в последовательном ходе истории. Как ни расценивать роль медицинского вмешательства в жизнь отдельного больного, приходится признать, что социальное значение этого вмешательства в целом относительно невелико. Всякую болезнь можно рассматривать как временный, неустойчивый компромисс между биологическими элементами человеческого организма и враждебными воздействиями физической среды, окружающей человека. Наличие этих влияний, их сила, их группировка всецело определяются социальной обстановкой, в которой живет организм и которая детерминирует все его физическое бытие. Понятно, здесь имеют значение и количественные различия в степени устойчивости отдельного организма по отношению к отдельным неблагоприятным физическим воздействиям. Встречаются организмы, наделенные чрезвычайной силой стойкости, и, наоборот, другие, настолько хрупкие, что не выдерживают и относительно небольших вредных воздействий.

Решение многочисленных конкретных задач — какая совокупность вредных внешних воздействий и защитительных сил организма в каждом отдельном случае лишила организм биологического равновесия, называемого здоровьем, — относится к области индивидуальной медицины. Но для социального анализа эти явления не имеют существенного значения. Задача социального анализа исчерпывается объективным утверждением факта, что наличие определенных неблагоприятных физических воздействий, выра-

стоящих на определенной социальной среде, вызывает в среднем в определенном числовом выражении появление определенного количества заболеваний. Источник всякого заболевания коренится в социальной среде, подготавливающей и вынашивающей патологическое состояние отдельных индивидов, капли которого, стекаясь вместе, образуют широкий поток массовой патологии. И единственной плотной, которая может прекратить загрязнение жизненного русла этим патологическим потоком, служит совокупность мер массовой социальной профилактики и санитарии.

Социальная профилактика в целом — важная функция государства.

В условиях классового общества эта функция достигается лишь в той степени, в какой пролетариату, пользующемуся всеми методами борьбы, находящимися в его распоряжении, удастся завоевать свое влияние на законодательные акты, регулирующие охрану жизни трудящихся масс. Терапевтическая медицина и профилактика находятся в отношении обратной пропорциональности. Чем меньше профилактики, тем больше терапии.

Всякий человек, потерявший свое здоровье в силу неблагоприятных условий труда или антисанитарных условий жизни, сохраняет надежду, что обращение к врачу может восстановить его здоровье. Но это восстановление оказывается возможным далеко не всегда. Пока организм человека, уже фактически больного, делает усилие путем введения всех резервных сил сохранить выпавшую функцию, он еще не чувствует себя больным и не имеет повода обращаться за медицинской помощью. Этот повод выступает лишь тогда, когда все резервы уже использованы, оказавшись не в состоянии сохранить, хотя бы в неустойчивом равновесии, силы организма. Но это время совпадает с периодом, когда болезненный процесс уже успел значительно видоизменить морфологическую структуру органов тела, вызвать в них патологические изменения с ослаблением или выпадением их функций, которые не могут быть восстановлены. При этих условиях задача врача сводится к постановке биологической экспертизы, имеющей своей конечной целью выяснить вопрос, в каких видоизмененных условиях внешней среды организм может еще продолжать с наибольшей длительностью свое существование.

Практически деятельность врача ограничивается установкой нозологической номенклатуры заболевания, прописыванием рецепта и подачей некоторых гигиенических советов общего характера, выполнение которых мало вероятно. Как редко врачу приходится верить в эффективность своего терапевтического воздействия, видно хотя бы из того факта, что по произведенному мной подсчету в одной из поликлиник г. Харькова наркотические средства встречаются в составе 20% всех внутренних назначений и в 30% наружных назначений.

Мотивы, в силу которых больной часто не выполняет гигиенических предписаний врача, бывают двоякого характера; и те,

и другие, нередко суммируясь вместе, делают эти предписания абсолютно безрезультатными. Часто больной совершенно не понимает значения и ценности даваемых ему врачом советов и склонен извлечь гораздо больше помощи из таинственного содержания аптечной склянки, чем из простых и живых гигиенических предписаний врача. Всем известно, как недоверчиво относится наш крестьянин к лекарству, получаемому им из аптеки сельского участка, если оно имеет вид прозрачного, не пахнущего лекарственной специей раствора. Вторая группа мотивов, обесценивающих советы врача, заключается в том, что большинство гигиенических предписаний объективно невыполнимо для больного. Характер питания больного, жилищные условия, его физическое самочувствие, распорядок дня всецело определяют его экономическое положение. При такой обстановке платонические советы врача о необходимом гигиеническом режиме могут вызвать только саркастическую улыбку больного или увеличить его отчаяние. Ясно, что максимальная эффективность врачебного совета может быть достигнута лишь тогда, когда к медицинскому и гигиеническому совету врача присоединяется контроль за выполнением этих советов, и когда вся непосредственно окружающая больного физическая среда видоизменяется в направлении, создающем необходимый гигиенический минимум.

Эта идея выразительно изложена в первом классическом афоризме Гиппократов: «Не только врач должен делать то, что ему представляется необходимым, но вместе с тем и сам больной, и окружающая его обстановка должны быть поставлены в надлежащее положение». Гениальный критический ум Гиппократов в этом афоризме ограничивает терапевтический эффект врачебного вмешательства, если оно не сопровождается необходимыми сопутствующими изменениями физической среды больного.

Сознание необходимости прибавить к врачебному диагнозу и к врачебной терапии еще ряд дополнительных мероприятий, чтобы помочь больному восстановить утраченное здоровье, прежде всего появилось при терапии двух форм хронических инфекционных заболеваний: туберкулеза и сифилиса. Открытие специфических возбудителей обоих заболеваний, выяснение факта, что каждый больной является носителем инфекции, которая может передаваться окружающим, хронический характер обоих заболеваний, установление роли всех предрасполагающих факторов в патогенезе туберкулеза, наконец, распространенность этих болезней и серьезный вред, наносимый ими как наличному, так и последующим поколениям, — все это способствовало тому, что уже в недрах капиталистического общества зреющая социально-медицинская мысль решила расширить объем своего вмешательства в эти болезни.

Прототипом общественно-организованной медицинской помощи были амбулатория, поликлиника и больница. Во все эти лечебные учреждения больные шли самотеком, по личной инициативе, в за-

висимости от своей субъективной потребности посоветоваться с врачом насчет тревожащего состояния своего здоровья. Более легкие больные направлялись в амбулаторию, тяжелые больные, сознававшие необходимость в длительном уходе за собой, направлялись сами или отвозились окружающими их лицами в больницу.

Термин «поликлиника» не имеет ясно определенного характера. Теперь под поликлиникой понимается прием больных по разным специальностям в отдельных кабинетах. В прежнее время поликлиникой называлось учреждение, в которое обращались для вызова врача на дом. Такая поликлиника в свое время существовала в Юрьеве (нынешнем Дерпте). Город был разделен на районы. По вызову из района направлялся врач и студент, который был обязан курировать больного на дому. Несомненно, такая организация медицинской помощи, при которой студент знакомился с бытовой обстановкой больного у него на дому, а не в больнице, где больной попадает в необычную для него госпитальную среду, имела известное воспитательное значение для будущего врача. Эта система могла бы быть испытана и в настоящее время.

Среди безбрежного моря массовой патологии эти три вида медицинских учреждений долго были единственными центрами, куда стекались разнообразно страдающие люди. Все эти лечебные центры были оторваны от непосредственного наблюдения за ходом и протеканием в каждом отдельном случае патологического процесса и чаще всего имели дело с уже ясно выраженными заболеваниями нередко в их терминальных проявлениях.

Четыре предшествующих болезни акта человеческой драмы: 1) рождение человека и наследственная его характеристика, 2) обстановка его роста и развития, 3) гигиеническая среда, окружающая человека, и его быт и 4) условия, в которых он работает, — оставались вне сферы непосредственного наблюдения врачей, сидевших в терапевтических крепостях и обстреливавших патологического противника нередко наудачу и холостыми зарядами. Им приходилось наблюдать лишь пятый, заключительный акт этой драмы, за которым рано или поздно следует неизбежный эпилог — смерть.

Появление профилактики как особой дисциплины среди медицинских наук заставляет подвергнуть анализу ее соотношения с терапевтической медициной и установить для нее определенную идеологическую базу. В то время как объективные обоснования терапевтической медицины сводятся к мотивам индивидуально-гуманитарного характера, объективные обоснования профилактики нужно искать в роли и в значении человека в производственном процессе вообще и в принципах социальной энергетики¹.

¹ Под социальной энергетикой здесь, очевидно, следует понимать ту область знаний, которая исследует границы физиологической активности человека и оптимальные режимы разных видов его жизнедеятельности с точки зрения здорового его существования как биосоциального организма. — *Ред.*

Человек есть ценный элемент каждого производственного процесса (не говоря уже о том, что он является и организатором этого процесса). Из всех живущих на свете существ лишь один человек обладает способностью трансформировать свою биологическую энергию в ценности материального и культурного порядка. Участие человека в производственном процессе проявляется всегда в двух явлениях: в создании ценностей и в затрате своей биологической энергии. С энергетической точки зрения всякую работу человека можно рассматривать как переключение биологических ценностей в ценности социальные. Для того чтобы эта работа могла давать возможно больший производственный эффект, необходимо наличие двух условий: чтобы после периода определенной затраты биологической энергии, имеющего своим последствием создание внешних ценностей, следовал период прекращения активной деятельности человека, называемый в общежитии отдыхом. Во время последнего происходит процесс восстановления затрат, вызванных работой клеточных элементов.

Эффективность врачебной помощи не может быть значительна уже по тому одному, что патологоанатомические изменения в тканях организма не обратимы в сторону нормального их строения. Единственная проблема, которую предстоит врачу разрешить в случае всякого заболевания с резко очерченным патологическим изменением тканей, — это постараться приостановить его дальнейшее развитие (а это оказывается возможным далеко не всегда) и поставить больной орган в условия возможно меньшей функциональной нагрузки, чтобы бережно расходовать наличность энергии. При лечении заболеваний хирургическим путем точно так же в большинстве случаев не приходится говорить об излечении в биологическом смысле, т. е. о возврате больного организма к нормальному строению, а речь может идти о продлении жизни за счет механического удаления частей организма, пораженных болезнью.

Массовые исследования здоровья различных групп населения всегда обнаруживают, что среди обследуемых находится значительное количество лиц, являющихся носителями компенсированных болезненных явлений, которые протекают латентно для самих обследуемых или периодически сигнализируют о себе неприятными ощущениями, на которые человек не обращает внимания. Своевременно принятые медицинские и гигиенические меры многим из них могли бы еще долго сохранить здоровье и социальную ценность.

Всякий машинный механизм, как правило, подвергается периодическому техническому осмотру и текущему ремонту, что удлиняет срок успешного функционирования машины. Это правило нуждается в распространении на все без исключения работающие «человеческие механизмы».

Принципы биосоциальной энергетики в настоящее время представляют огромную проблему, еще не успевшую привлечь к себе

необходимое внимание, техническое обоснование и практическое применение в будущем.

Причины такого крайне парадоксального явления заключаются в том, что человек до сих пор рассматривался как существующий в избытке дар природы и наравне с другими благами природы был предметом самой хищнической эксплуатации различных хозяйственных систем, сменявших вплоть до капитализма поочередно друг друга.

Только в условиях социалистического хозяйства человек получает обратно экспроприированные прежде свои ценности. Поэтому учет всех ценностей, заключенных в психофизических силах населения, и бережное использование их представляют одну из серьезнейших плановых проблем социалистического строя.

Как элемент стихийной массовой продукции, человек не мог ни одной хозяйственной системе обеспечить высокого технического уровня хозяйства. Для того чтобы обеспечить ограниченному числу избранных определенные хозяйственные блага, требовались неимоверные жертвы со стороны масс населения, живущих в условиях беспросветного существования. В этом отношении особенно поучительна картина капиталистического хозяйства, достигшего наибольшего уровня производственной техники, когда соответственно накоплению товарных ценностей на одном полюсе хозяйства на другом его полюсе шло увеличение пауперизма, дегенерации, проституции, алкоголизма.

Борьба пролетариата с эксплуатацией своего труда была вначале инстинктивным стремлением добиться права на осмысленную человеческую жизнь, которую хозяйственные системы низводили до степени орудия доставления социальному меньшинству материальных благ. Эта борьба приняла плановые формы вместе с развитием пролетариата и с осознанием им своей революционной роли в судьбах капиталистического мира. Окончание этой борьбы вместе с тем есть конец хищнической эксплуатации человеческих сил, обмениваемых на гвозди, ситец, каучук и множество разных других продуктов.

Задачи профилактики в социальном строе, который отбросил эксплуатацию большинства меньшинством, кратко говоря, заключаются в том, чтобы поставить хозяйственное использование и всю жизнь всякого человека в такие условия, чтобы участие его в производственном процессе, ведущее к созданию материальных ценностей, не сопровождалось преждевременной амортизацией его биологического фонда. Эта амортизация проявляется в преждевременной смерти и в массе разнообразных страданий, предшествующих ей и осложняющих обычно закат человеческой жизни.

Опасности такой преждевременной амортизации грозят с двух сторон: со стороны профессионального труда и со стороны всего хозяйственного и бытового уклада жизни человека и коллектива. Первые, как всем известно, подчиняются в гораздо большей степени контролю и устранению, чем вторые. В первых случаях ре-

шающая роль принадлежит социальной политике государства, трудовому и санитарному страхованию, которые в состоянии со значительной скоростью устранить все факторы, вызывающие преждевременную изнашиваемость человеческого материала. Быт же, вся совокупность культурных и санитарных навыков, наслаивавшихся веками, не имеет тенденции изменяться столь быстро, склонен отставать в развитии даже при революционизирующей хозяйственной структуре коллектива. Поэтому и профилактические мероприятия имеют перед собой два центра устремлений — это создать здоровую обстановку работы, изменить традиционно косный быт и поставить его на уровень высшей материальной культуры.

Врач-терапевт видит в больном изолированную личность, пострадавшую в столкновении с внешней средой. Средой он интересуется лишь постольку, поскольку анализ этой среды дает ему возможность установить наличие враждебных влияний, которые могли сказаться в определенном конкретном случае. Он мало интересуется общей *конфигурацией* коллектива, в состав которого входит больной.

Совершенно другая принципиальная установка к больному человеку у профилактика. Он видит в нем лишь одно из звеньев многочисленной цепи коллектива, уходящей одним концом в далекое прошлое и другим восходящей в будущее. Индивидуальные качества звена при этом утрачивают значение первоочередной важности и заменяются оценкой его как члена коллектива, состав которого связан определенной общностью материальных условий существования и угрожающими санитарными недочетами. Все санитарные дефекты в жизни коллектива вчерашнего дня оставят свой след и на будущий день. Если они не будут устранены сегодня и если эти дефекты уже успели поколебать пластичность живой материи, то с ними придется считаться и завтра, у нового поколения. Профилактические мероприятия могут абсолютно ликвидировать новую порчу живой материи. Но все дефекты этой материи, которые импрегировались в нее в течение многих веков и проявились в патологических мутациях зародышевой протоплазмы, в малой степени подчиняются выравниванию и нуждаются в устранении путем особых мер социальной защиты.

Если с точки зрения индивидуальной медицины болезнь есть прежде всего нечто связанное со страданиями, которые заставляют больного искать избавления от боли, то с профилактической точки зрения болезнь и преждевременная смерть есть прежде всего явления непроизводительной растраты человеческой энергии. Каждый человек в социалистическом обществе есть необходимый участник производственного процесса. От степени квалификации этого человека зависит его роль и значение в хозяйственной жизни всего коллектива. Квалификация эта приобретает той или иной производственной обработкой человека, который появляется на свет как сырье. Это сырье получает социальную ценность только

тогда, когда по отношению к нему будут произведены определенные затраты из общего производительного фонда коллектива. Чем больше затрат, тем выше средняя квалификация. Затраты эти, начинающиеся с момента зачатия новой жизни до периода вступления ее в активно производственную деятельность, имеют своей задачей образование здорового организма, обладающего определенными социально полезными техническими навыками, наличие которых обеспечивает ему активное участие в накоплении коллективном культурно-материальных ценностей.

С этой точки зрения всякую смерть до наступления возраста, когда человек общественно полезным трудом имел бы возможность вернуть коллективу средства, истраченные на его производственную подготовку, нужно рассматривать как невозвратимую растрату средств коллектива.

Точно так же ясно, что всякое обременение коллектива массой больных, периодически или вовсе лишенных возможности быть участниками производственной жизни, значительно уменьшает темп экономического развития этого коллектива, потому что те средства, которые в иных условиях могли бы быть истрачены на увеличение производственного фонда коллектива, должны идти на «бесполезные затраты производства», связанные с сохранением этой массы общественно бесполезных жизней.

Все недочеты в затратах, которые необходимы для создания нормального, здорового и технически обученного человека, оборачиваются в последующем ничтожной «рентабельностью» такого человека, обрекают коллектив на медленный ход развития его хозяйства.

Можно сказать больше, что затраты на терапевтическую медицину, на лечение и на содержание многочисленных хроников, душевно больных, алкоголиков и т. д., с народнохозяйственной точки зрения есть не что иное, как выплата ростовщических процентов по векселям профилактической задолженности.

Учитывая первенствующее значение различных санитарно-демографических показателей в оценке основной профилактической проблемы, а именно: как «потребляется жизнь» членов коллектива в создании ими культурно-хозяйственных ценностей, — профилактик должен всеми силами стремиться к овладению тем исключительно мощным орудием познания, каким является социальная статистика. При его участии термин «статистика», который многим представляется абсолютно неудобоваримым винегретом из тошнотворно скучных цифр, должен возратить себе утраченный в настоящее время смысл «науки о государственном управлении», установленный Ахенвалем. Овладение этим методом вместе с тем дает ему единственную возможность точно сигнализировать о том, как изменение материальной культуры масс населения влияет на санитарное состояние коллектива, в чем и где находятся узкие места, требующие особого внимания для их преодоления. Инженер-организатор управляет технической продукци-

ей на заводе. Профилактик по внутреннему своему смыслу должен быть социально-биологическим инженером, зорко следящим за жизненным потоком, измеряющим его ширину и охраняющим чистоту его течения от малейшего загрязнения.

Профилактический персонал

Профилактические мероприятия не могут быть проводимы без наличия соответствующего медицинского персонала; количество его и подготовка к профилактической работе имеют решающее значение для постановки всей медицинской профилактики.

Советское здравоохранение должно было само организовывать подготовку этого персонала, которого совершенно не знала дореволюционная Россия по той простой причине, что государственно осознанных профилактических идей в ней не было и быть не могло. Санитарный строй дореволюционной России характеризовался чертами, типичными не для современного западноевропейского буржуазного общества, а для феодальной эпохи (массовое развитие заразных болезней, периодически вызывающих значительные эпидемии, колоссальная детская смертность, отсутствие элементов социального призрения, наличие таких бытовых болезней, как сифилис, трахома и т. д.).

В соответствии с общим укладом санитарного народного быта и подготовка медицинского персонала преследовала цель создания «индивидуальных терапевтов» и подсобного медицинского персонала, на долю которого в сельских местностях выпадала очень часто роль самостоятельных врачей-лечителей.

После революции в медицинское образование внесен был ряд частичных реформ и дополнений, которые выразились, с одной стороны, в вовлечении в это преподавание социальных дисциплин, учреждении кафедр социальной и профессиональной гигиены, с другой — в создании многочисленных краткосрочных курсов для подготовки профилактических работников по отдельным отраслям советского здравоохранения (врачи по охране детства и материнства, санитарные врачи, промышленно-санитарные врачи и т. п.).

Несомненно, что частичные реформы в преподавании на медицинских факультетах несколько раздвинули узкий горизонт терапевтического мышления врача, но, во всяком случае, до сих пор они не изменили в корне, если можно так выразиться, медицинского мировоззрения врача, в центре которого находится терапия, а на далекой периферии — неопределенные очертания профилактики. Социальная обстановка наличной жизни требует совершенно иного типа врача, в центре устремлений которого была бы профилактика, окаймленная терапией. Некоторые наиболее дальновидные и вдумчивые клиницисты, как, например, профессор Лейден, высказывали мысль, что клиника должна учить профилактике, но такая настроенность отдельных клиницистов есть не общее правило, а исключение. Объектом своего наблюдения клиницист

имеет ограниченный отрезок человеческой жизни в период, когда социально-биологическая катастрофа, именуемая болезнью, достигает максимального напряжения.

Самое большое, что может показать клиницист, — это динамика болезненного процесса в его терминальном периоде, когда стойкие изменения анатомического субстрата болезни роковым путем влекут человека к неизбежной развязке. Если врачу-профилактику и необходимо знать терминальный период заболевания, то в равной, если не в большей, степени он должен ориентироваться в инициальных, начальных фазах заболевания, когда вмешательство профилактики неизмеримо важнее. Как раз эта категория патологических процессов наименее всего изучена. Несомненно, здесь предстоят очень большие трудности. Улавливать почти незаметные первые предвестники развертывающегося болезненного процесса гораздо труднее, чем на основании выпирающих в глаза симптомов ставить с чувством удовлетворенного научного самолюбия этикетки нозологической номенклатуры. Истинный смысл клинического анализа должен бы заключаться не в том, чтобы апостериорно ставить диагноз болезни; перед ним разрешение иной задачи — ответ на вопрос, каким путем возникло в данном организме именно это заболевание, а не другое. Для разрешения этой задачи клиницисту необходимо было бы проследить всю жизнь человека с момента его рождения в постоянно меняющемся социальном окружении больного.

Вместо подготовки к анализу этого диалектического процесса современный студент в процессе своей медицинской учебы «терроризируется» многозначительными ссылками на различные научные авторитеты, каждый из которых имеет собственные взгляды на счет причины болезни, названия ее и методов наилучшего ее лечения. Обилие этих авторитетов ставит студента в положение своеобразного Буриданова осла, беспомощно прерывающего свою научную жвачку перед случайным решением неразрешимого вопроса: под ярмо какого из этих авторитетов ему смиренно подставить свою шею?

Пока в клинике не укрепится окончательно сознание, что в каждом больном необходимо разрешать не только биологическую, но и социальную проблему, клиника будет отставать от требований жизни и выпускать однобоких терапевтов, а не «организаторов здоровой жизни», какими по существу должны быть врачи в социалистическом государстве.

Очередная задача в постановке современного медицинского образования заключается в том, чтобы в обиход этого преподавания ввести методы профилактической работы, уже проводимой органами государственного здравоохранения. В арсенал этого преподавания нужно включить всю цепь диспансерных учреждений, возвращенную государственным здравоохранением.

Психологический профиль врача-профилактика должен иметь совершенно иные очертания, чем профиль врача-терапевта. Тера-

певт — индивидуалист с наличием ремесленно-технических навыков. Преодолеть громадную дистанцию от рецепта и скальпеля до социальных концепций Маркса для него почти неразрешимое предприятие. По своему характеру он кустарь и не прочь обзавестись маленькой «починочной лавочкой», в которой у него хранятся чудеса медицинского распознавания и лечения.

Врач-профилактик должен быть социален и по своему характеру обладать если не организационными талантами, то организационными навыками, которые крепнут и развиваются в его работе.

Не в меньшей мере, чем ориентируется терапевт в биологических проявлениях болезни, профилактик должен ориентироваться в социальной среде, подмечать в ней этиологические факторы массовой патологии и точно их учитывать. Чтобы управлять диспансером или чтобы даже работать в нем в качестве рядового работника, он должен осмотреться в социальной среде, которую он обслуживает, и суметь спаять ее целой сетью организационных социальных связей. Он должен быть знаком с рождаемостью, смертностью и заболеваемостью своего района. Он должен выискать и учесть все факты, вызывающие эту болезненность и смертность. И наконец, он должен уметь все результаты своей ориентировки излагать в объективно доказуемых и логически связанных социальных документах. Переходя от элементов своей социально-статистической деятельности к конструктивной работе профилактического характера, врач-профилактик должен суметь организовать постоянный и специальный надзор за всеми социально-патологическими процессами в наблюдаемом им районе и обеспечить реальное, гладко руководимое и точно проверяемое им медико-профилактическое вмешательство со стороны всех агентов медико-профилактической работы его участка.

Наиболее талантливый врач-терапевт, исчерпав значительную долю вдохновения и проницательности в постановке тонкого диагноза, редко имеет утешение в сознании, что истраченный им труд окончился выздоровлением больного. Врач-профилактик, видя, как терапевт беспомощно склоняется у постели неизлечимого больного, получает новый импульс для профилактической работы. Он спрашивает себя: «Что должен я сделать, чтобы здоровый человек не превращался в такое беспомощное и несчастное существо?».

В отличие от терапевта он имеет твердое сознание, что профилактическая работа его будет сопровождаться определенным успехом в зависимости от того, в какой степени ему удалось провести в жизнь требования профилактики. И всякий недочет, всякое проявление элементов социально-патологического порядка в наблюдаемом им участке жизни свидетельствует не о принципиальной слабости его позиций, а об организационных дефектах в его работе, о ее неполноте, о наличии разрыва между требованиями профилактики и ее реализацией.

Профилактик может смело верить, что в результате его длительной работы отвратительный символ смерти, созданный сред-

невековьем в виде кривляющегося, вооруженного косой скелета, беспощадно разрушающего поросли жизни, сменится иным символом угасания жизни, завещанным нам еще в прообразах греческой медицины, — изваянием сосредоточенно сдержанного гения, держащего в руках опущенный, догоревший до конца факел жизни.

В старинной гравюре, украшающей медицинские сочинения одного из известных учеников Парацельса, отношения профилактики к терапии представлены чрезвычайно картинно.

Богиня здоровья сидит на троне в храме с двумя колоннами. Одна из этих колонн — профилактика, другая — терапия. В храм этот врывается женщина, олицетворяющая болезнь. Врач, стоящий у терапевтической колонны, набросил на ногу женщины шнурок. Шнурок этот стесняет движение болезни вперед, но не может ее остановить, и болезнь увлекает за собой врача. На плаще врача, отягощенного громадной сумкой с медикаментами, надпись: «Нужно облегчать страдания, над которыми не удастся господствовать». Стоящий перед профилактической колонной врач-профилактик набрасывает на шею болезни цепь и тем останавливает окончательно ее движение. Эмблема в руках врача-терапевта — часы, в руках профилактика — компас.

Если подготовка профилактического персонала из состава врачей в настоящее время не может считаться еще окончательно разрешенной задачей, то еще большие организационные затруднения нужно преодолеть, чтобы в достаточном количестве создать те стержневые профилактические кадры, которые изо дня в день должны вести оздоровительную работу, осуществляемую при непрерывном и самом тесном объединении с трудящимися массами. Этими кадрами является институт сестер социальной помощи. Сестра социальной помощи — опорный рычаг и проводник всей массовой профилактической работы. Характер и степень подготовки ее к профилактической деятельности определяют успешность всех профилактических мероприятий. Достаточный охват населения профилактической деятельностью сестер социальной помощи гарантирует коллективу значительное снижение общей заболеваемости и смертности. Без боязни впасть в преувеличение можно сказать, что эффективность работы сестры социальной помощи может быть гораздо более значительной, чем работа врача, и вполне понятно почему.

Главная задача врача, к которому обратился больной, — установка биологической экспертизы и создание определенного плана терапии. В громадном большинстве случаев врач лишен возможности даже контролировать правильное выполнение его лекарственных назначений. Сущность гигиенических советов врача в каждом конкретном случае сводится к тому, чтобы поставить больной орган в условия минимальной нагрузки, передоверить его функцию, если это оказывается возможным, другим органам и обеспечить дальнейшее существование организма в обстановке меньшего запроса к его функциям. При такой линии поведения врача остается

ся нескрытым социальный базис, на почве которого возник и продолжает развиваться патологический процесс. Так, например, если врач пропишет больному с острым ревматизмом салициловый препарат, а больной этот будет продолжать жить в вызвавшем это заболевание сыром подвале, то всякому ясно, что терапия врача не может вызвать существенных улучшений в состоянии здоровья больного, и что необходимо немедленно изменить жилищную его обстановку. Потребность регулировать физическое и социальное окружение больного встречается при каждом заболевании. Вот здесь и начинается работа сестры социальной помощи. Она является органом коллектива, уполномоченным организовать для больного все условия, необходимые для возможно более полного восстановления его биологической энергии. Но задача сестры социальной помощи в области непосредственной профилактики еще важнее. Поистине, она играет роль социального лейкоцита! Являясь в семью больного, она ориентируется в состоянии здоровья окружающих и, если замечает среди них лиц, вызывающих сомнение в степени удовлетворительности их здоровья, убеждает их обратиться в профилактическое учреждение для осмотра и в случае необходимости — для соответствующего лечения.

Если в ряде случаев сестра социальной помощи выискивает начальные формы заболеваний в патологических очагах, где всего вероятнее встретить их, то в другой части своей деятельности сестра социальной помощи исполняет непосредственную профилактическую работу. В этой сфере деятельности она является постоянным, непрерывным органом социально-профилактической разведки, имеющим своей задачей удерживать на грани здоровья всех лиц, которых она встречает на своем пути. Из этого не следует делать вывод, что сестра социальной помощи какая-то чародейка, своим вмешательством приостанавливающая течение законов природы. Но она постоянно апеллирует к коллективу, который в своих организованных формах должен приходить навстречу всем запросам сестры социальной помощи, обращающейся к его помощи¹.

Организационные центры профилактики

Задачи профилактики — воспрепятствовать развитию болезни, установить возможно более ранний диагноз заболевания и предупредить угрожающие осложнения этого заболевания — требуют осуществления следующих основных условий: 1) организации систематического наблюдения за состоянием здоровья лиц, входящих под профилактический надзор; 2) составления возможно более

¹ С. А. Томилин писал о необходимости учредить институт сестер социальной помощи в годы, когда был большой дефицит во врачах вообще и во врачах, знающих основы социальной гигиены, в особенности. В настоящее время осуществление комплекса профилактических мероприятий возложено на участковых врачей и работников санитарно-эпидемиологической службы. — *Ред.*

точного представления о состоянии здоровья каждого подвергаемого профилактическому осмотру лица; 3) изменения условий труда и быта, если в них коренится угрожающий источник заболевания; 4) составления авторитетных и продуманных правил личной гигиены, обеспечивающих возможно более долгое сохранение здоровья, наконец, 5) контроля за выполнением сделанных предписаний.

Частичная практика профилактических осмотров уже давно применялась по отношению к лицам, объединенным в определенные, доступные осмотрам группы, как, например: школьники и призываемая на службу мужская часть молодежи. Но она никогда и нигде не получала массовой и систематической реализации. Единственным и заслуживающим внимания исключением является небольшой, но технически интересный опыт, осуществленный в Америке частным объединением, носящим громкое название «Институт для продления человеческой жизни». Ознакомление с практикой этого института представляет определенный технический интерес для нашей страны, где профилактические начинания поставлены в центр всей работы в области здравоохранения. Не следует от себя скрывать, что переход значительной части врачебной массы, воспитывающейся прежде в рамках терапевтического индивидуализма, на путь профилактического действия представляет значительные трудности, которые нельзя преодолеть в короткий срок. И никакого внезапного чудесного превращения не произойдет с врачом в тот день, когда он перейдет работать из обычной амбулатории в учреждение, которое будет называться «единый диспансер» или будет носить другое профилактическое наименование. Для того чтобы врач переключился с терапевтических рефлексов на профилактические, необходимо, чтобы в диспансерном учреждении существовала определенная «профилактическая дисциплина», чтобы профилактическое воспитание масс, обращающихся в диспансер, держалось на известном уровне, чтобы была преодолена рутинная рецепта как деяния, завершающего вмешательство врача в оценку здоровья больного, обращающегося к нему за советом.

«Институт продления человеческой жизни» был основан в Нью-Йорке в 1909 г. профессором политической экономии Ирвингом Фишером.

Экономическая база его — акционерное общество обычного капиталистического типа, модифицированное лишь в том отношении, что две трети его прибылей отдаются в пользу профилактических учреждений. Любопытно, что идея устройства этого учреждения возникла в результате работ правительственной североамериканской комиссии, которой было поручено изучить все энергетические богатства страны, в число которых был включен и человек как определенная энергетическая единица.

Клиентами этого института являются лица трех категорий: 1) застрахованные в частных страховых обществах, между кото-

рыми и институтом существуют определенные соглашения; 2) служащие в правительственных и частных учреждениях, которые также вошли в соглашение с институтом, и 3) частные лица, которые за пользование услугами института ежегодно делают взнос в сумме 20 долл.

Исследование физического состояния здоровья происходит по особой, точно стандартизированной программе (с включением радиоскопического анализа грудной клетки) и длится не более одного часа. В результате осмотра каждый получает санитарную карточку с описанием обнаруженных у него физических дефектов и определенные предписания в письменной форме о необходимом для восстановления здоровья общем гигиеническом режиме, включая в них указания диетического и физкультурного порядка. Никаких терапевтических указаний институт не дает и в случае обнаружения начальных или развитых форм болезни предлагает осмотренным обращаться к любому врачу, которого они обязаны ознакомить со своей санитарной карточкой.

Все прошедшие профилактический осмотр делятся на шесть групп:

Первая группа. Полное физическое здоровье и отсутствие погрешностей против правил гигиены.

Вторая группа. Легкие физические недостатки или незначительные отклонения от необходимых гигиенических правил.

Третья группа, куда входят лица с начальными симптомами болезненных состояний, требующих врачебного наблюдения или изменения гигиенического режима.

Четвертая группа, включающая лиц с более или менее развившимися патологическими процессами, не имеющими особо серьезного характера, но требующими врачебного вмешательства.

Пятая группа, где необходима немедленная врачебная помощь, отсутствие которой может в ближайшее время иметь непоправимые последствия.

И наконец, *шестая группа,* где осмотр обнаруживает наличие серьезного заболевания, требующего немедленного систематического лечения и прекращения труда.

При повторных осмотрах нередко случается, что лица из третьей и четвертой и даже пятой категорий переходят во вторую категорию, если они выполняют данные им указания.

За время своего существования институт собрал и разработал очень большое количество чрезвычайно интересных материалов, характеризующих состояние обследованного здоровья нескольких миллионов лиц из различных социальных групп и выясняющих эффективность пользования профилактическими осмотрами лиц, попадающих под наблюдение института, а также экономические выгоды пользования услугами института для страховых обществ.

На основании этих материалов оказывается, что период полного здоровья человека редко переходит за 30 лет жизни, когда обычно уже намечаются те или иные функциональные перебои,

если человек не следит за своим здоровьем. Среди промышленно-го пролетариата в возрасте около 42 лет интенсивность труда начинает значительно понижаться вследствие ослабления общего состояния сил рабочего. Далее статистические изыскания института приводят к выводам, что введение профилактических осмотров населения в повседневную практику в состоянии снизить наполовину интенсивность вымирания среди зрелых возрастных групп населения. Биометрические исследования института приводят к заключению, что среди лиц, находившихся в течение пяти лет под профилактическим наблюдением института, смертность понизилась на 28% по сравнению с обычным уровнем смертности, характерным для аналогичных групп населения.

Выводы американской профилактической практики представляют для нас интерес в двух отношениях. С одной стороны, они подтверждают огромное значение профилактических осмотров в процессе сохранения жизни и здоровья. С другой стороны, двадцатилетний опыт проведения профилактического наблюдения, постановка его и статистическая техника учета эффективности профилактического наблюдения, представляющая сама по себе значительные трудности и долженствующая у нас быть поставлена впервые, опять-таки представляют для советской профилактической практики значительный конкретный интерес.

Повторяю еще раз, что хотя организационные формы американской профилактики для нас чужды по своему классовому построению, но с технической стороны, было бы неправильно не учесть и не изучить детально практику американского профилактического опыта и уместные для нас технические формы работы не использовать в условиях советского здравоохранения.

Основные организационные принципы советского здравоохранения, построенные на началах профилактики, на началах внедрения в бытовую обстановку жизни трудящихся санитарных навыков и на широком развитии самостоятельности в области укрепления санитарной культуры, в настоящее время завершаются естественным и логическим синтезом, осуществляемым организационно в учреждении «единого диспансера».

Аntenатальная профилактика и профилактика детской смертности

Совокупность мероприятий, имеющих своей задачей поставить зачатый женщиной плод в благоприятные условия внутриутробного развития и отстранить от него вредные влияния внешней среды, проникающие к плоду через организм матери, называется антенатальной профилактикой («антенатальный» буквально значит «предшествующий рождению») или антенатальной гигиеной.

Каковы бы ни были характер и цель профилактических мероприятий, для достижения определенной их эффективности всегда должен быть определенный промежуток времени, и в общем мож-

но сказать, что, чем раньше и системнее проводятся профилактические мероприятия, тем значительнее и реальнее их польза.

Роль и значение антенатальной профилактики в деле формирования здоровой человеческой конституции, в деле уменьшения ранней детской смертности и в деле охраны здоровья женщин-матерей до сих пор еще мало сознаются в широких медицинских кругах. Исторически формулировка тезисов антенатальной профилактики относится к самым недавним приобретениям этого знания.

Наблюдая развитие гигиенического и профилактического движения в Западной Европе, можно отметить в этом движении следующие этапы: первый — оздоровление внешней физической среды, вызванное необходимостью ограничить распространение заразных болезней; второй — организация медицинской помощи взрослому населению и популяризация среди него гигиенических знаний; третий — заботы об охране здоровья подрастающей части населения, выразившиеся в учреждении института школьных врачей; четвертый — обращение общественного внимания на значительную детскую смертность и попытки борьбы с ней и, наконец, пятый этап, который в настоящее время находится еще в начальном фазисе своего развития и который может быть назван «профилактикой эмбрионального периода человеческой жизни». Заключительный фазис профилактики в процессах генеративной жизни, которому посвящена последняя глава этой работы, только еще намечается в своих очертаниях и ждет времени, когда социальное сознание ясно сформулирует свои обязанности в деле эволюции человеческого коллектива и когда научная мысль будет в состоянии в этом отношении серьезно помочь ему.

Такова своеобразная диалектическая эволюция профилактических идей, захватившая в свое русло сначала верхушки профилактики, чтобы переходить последовательно к ее корням.

Идя противоположным путем, от корней к верхушкам, приходится сказать, что антенатальную профилактику нужно рассматривать как естественный последующий этап той формы профилактики, которая имеет своей задачей благоприятный подбор двух «производителей» для создания здорового потомства.

Раз процесс оплодотворения женского яйца мужским живчиком произошел, и человеческий зародыш находится в матке на пути своего внутриутробного развития, то, как только женщина почувствовала себя беременной, антенатальная гигиена должна вступить в свое действие.

Сущность антенатальной профилактики заключается в том, чтобы поставить беременную женщину в такую гигиеническую среду, которая обеспечила бы возможность наиболее благоприятного развития плода, созревающего в ее матке, облегчила бы ей самой процесс родоразрешения, сохранила бы здоровье будущей матери и подготовила бы ее к выполнению обязанностей материнства.

Ни в одной области социальной патологии эффективные результаты профилактических мероприятий не приобретают такого ясного выражения, как в борьбе с детской смертностью. Это зависит от того, что благоприятные результаты здесь достигаются путем относительно несложных воздействий на поведение матери ребенка, от которой зависит судьба жизни ее младенца.

Шансы на выживание ребенка в течение первого года его жизни зависят преимущественно от трех факторов: 1) состояния здоровья матери, 2) близости матери к ребенку и 3) знакомства матери с гигиеной раннего детского возраста. Всякое из этих трех условий, будучи поколеблено в нормах, тем самым создает непосредственную угрозу для дальнейшей жизни младенца.

Профилактические мероприятия по охране жизни младенцев до года получили повсюду особенное распространение потому, что за последние годы в капиталистических странах рождаемость стала падать с угрожающей быстротой, которая уже в настоящее время ставит Западную Европу перед угрозой обезлюдения.

В настоящее время всякое снижение коэффициента рождаемости за пределы 20 на 1000 населения приходится считать угрожающим, так как если представить себе, что все родившиеся будут достигать пятидесятилетнего возраста, то возрастная группировка населения будет состоять из 50 возрастных количественно равных групп, из которых достигшие пятидесятилетнего возраста, т. е. 2% всего населения, ежегодно будут вымирать, что соответствует коэффициенту смертности 20 на 1000 населения. Отсюда становится понятным повсеместное желание сберечь для жизни столь ограниченное число рождающихся младенцев.

В последние десятилетия в странах Западной Европы падение детской смертности опережало падение рождаемости.

Если сильное понижение детской смертности, наблюдаемое в большинстве стран Европы, с одной стороны, объясняется значительным уменьшением числа детей, тем, что рождающиеся дети в большинстве случаев являются детьми желанными, за которыми со стороны матери обеспечен возможно больший уход, то, с другой стороны, нельзя не признать и определенной роли в этом снижении широко раскинутой во всех странах сети специальных учреждений по охране детей. Но так как эти учреждения преимущественно обслуживают городское население, которое притом гораздо богаче гигиеническими навыками, то детская смертность в земледельческих странах, кроме Севера Европы, в среднем значительно выше, чем в странах с развитой индустрией.

Статистика детской смертности в настоящее время так тщательно изучена, что умелые выводы из нее дают вполне точные указания, в каком направлении должна идти дальнейшая борьба за ее снижение.

Прежде всего, в детской смертности до одного года нужно различать раннюю детскую смертность — детскую смертность на первом месяце жизни — и смертность последующих одиннадцати меся-

цев жизни ребенка на первом году его существования. Смертность на протяжении первого месяца жизни никогда не составляет меньше третьей части общего числа смертей на первом году жизни и поэтому может и должна занимать значительное место в общей профилактике детской смертности до одного года. В половине случаев и больше среди причин смерти детей на первом месяце жизни фигурирует диагноз «врожденная слабость».

Диагноз этот сам по себе не имеет точного медицинского содержания и в большинстве случаев выводится из самого факта смерти младенца, ближайшие причины которой остаются неизвестными. В более точном медицинском смысле он может быть поставлен только по отношению к детям, преждевременно родившимся, когда он оправдывается недоразвитием младенца. Число преждевременных родовений особенно велико среди первородящих матерей, и так как количество матерей, довольствующихся рождением одного только ребенка, становится с каждым десятилетием все больше, особенно в городах, то отсюда становится ясным, почему так часто заполняется рубрика «врожденной слабости» в статистике причин детской смертности.

Должно быть ясным также и то, что, как ни важна роль социальных факторов в смертности вообще и в детской смертности в частности, переоценивать их непосредственную роль в ранней детской смертности было бы неправильно. Ребенок в первые дни жизни так нетребователен к окружающему миру: ему нужна грудь матери, тепло и чистые пеленки, т. е. то, что как будто бы могла бы ему дать и наиболее обездоленная мать. И если он гибнет в первые дни и недели своего бытия, то главным образом и чаще всего потому, что та «социальная среда», в которой он развивался девять месяцев своей внутриутробной жизни, не обеспечила его необходимыми физическими ресурсами для внеутробного существования. Иначе говоря, вся проблема профилактики ранней детской смертности — это проблема не детской консультации, до первого посещения которой младенцу часто не удается даже дожить, а это проблема консультации для беременных, это проблема антенатальной гигиены, изложенной выше. Охрана жизни первых дней и недель жизни ребенка осуществляется через охрану матери.

Травмирование ребенка в процессе акушерского вмешательства в акт родоразрешения также занимает довольно значительное место в числе причин детской смертности. Отсюда видно, какое важное значение в борьбе с ранней детской смертностью имеет надлежащая постановка акушерской помощи. Недостаточный охват этой помощью родильниц на селе в значительной степени объясняет, почему ранняя детская смертность на Украине в селах в настоящее время в полтора раза выше, чем в городах.

Переходя к рассмотрению профилактических мер борьбы с детской смертностью в возрасте свыше одного месяца, на интервале последующих одиннадцати месяцев жизни первого года, прихо-

дится повторить элементарную гигиеническую аксиому, что исключительное кормление грудью матери в течение первых шести месяцев жизни ребенка является необходимым условием для сохранения жизни младенца в первые шесть месяцев его существования.

Это азбучное гигиеническое предписание нарушается в основном мотивами двух категорий. Недоразвитие грудных желез с сопровождающим его понижением лактационной их деятельности, наблюдаемое в широких размерах среди горожанок, заставляет их часто в первые же месяцы переходить к искусственному прикорму. Среди селянок это явление наблюдается гораздо реже (точные размеры его еще не изучены), и ранний прикорм у них объясняется чаще всего отсутствием элементарных гигиенических сведений об основах кормления младенца. Пока эти гигиенические навыки не станут известны и закреплены в сознании матерей, до того времени борьба с детской смертностью будет оставаться лозунгом без всякого внутреннего содержания. Внедрение этих навыков в реальный гигиенический режим матери-селянки требует систематического влияния на нее и постоянного контроля за ее фактическим поведением.

В настоящее время, основываясь на опыте борьбы с детской смертностью в тех странах, где она упала уже до 3—5 смертей на 100 рождений, можно сказать без всяких преувеличений, что весь успех дела борьбы с детской смертностью находится в руках профилактической организации, задача которой сводится только к энергичному и системному проведению относительно немногих, но очень тщательно проводимых действий. Задача эта в санитарной обстановке Советского Союза приобретает тем больше значения, что высокие коэффициенты рождаемости, являющиеся чрезвычайно типичными для демографической характеристики нашего недавнего санитарного быта, имеют тенденцию к резкому понижению вследствие значительного распространения аборта, особенно в городах.

Показатели рождаемости в крупных городских центрах Украины более низки, чем соответствующие показатели в целом ряде западноевропейских столиц. Относительно высокий прирост населения в целом в Советском Союзе идет за счет сельского населения. Но и оно за последние годы стало на путь рационализации своей половой жизни, и эпоха автоматической репродукции населения отходит уже в прошлое. Легализация аборта, с одной стороны, пропаганда противозачаточных средств — с другой, в ближайшие годы скажется в значительном уменьшении рождаемости и на селе. При этих условиях борьба за сохранение жизни относительно уменьшенного числа рождающихся детей приобретает очень важное социальное значение.

Профилактика детской смертности не требует каких-либо особых медицинских мероприятий, а сводится исключительно к системному выполнению задач организационно-профилактического

масштаба. Всякое выпадение отдельного звена в цепи этих организационных установок обесценивает или ослабляет значение другого звена и всей цепи.

Профилактика детства и юношества

Профилактические мероприятия в области охраны детского возраста до последнего времени почти исключительно центрировались на детях до одного года, привлекавших к себе вполне справедливо социальное внимание громадными цифрами младенческой смертности.

Затем внимание это было перенесено на школьный возраст, в котором дети, собранные в школе, обеспечивали возможность системного контроля за условиями их физического развития и здоровья. Таким образом, получилось, что дошкольный возраст, как правило, выпадал из поля общественно-санитарного контроля и не был объектом каких-либо организованных профилактических мер. Между тем, цифры смертности детей в периоде, следующем за первым годом жизни, не так уж малы и заставляют гораздо более внимательно обеспечить эти возрастные детские группы профилактическими заботами.

Ниже приводятся цифры детской смертности на протяжении первых лет жизни в различных странах, относящиеся к 1924—1926 гг.

Таблица 1
СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 0—5 ЛЕТ НА УКРАИНЕ И В НЕКОТОРЫХ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ В 1924—1926 гг.

Возраст	Украина 1926 г.		Швеция 1925 г.		Англия 1926 г.		США 1924 г.	
	маль- чики	девочки	маль- чики	девочки	маль- чики	девочки	маль- чики	девочки
0—1	159,4	132,4	65,6	50,9	83,2	63,2	145,4	128,2
1—2	61,5	57,1	10,7	9,4	19,2	17,5	24,6	24,9
2—3	35,2	34,2	4,6	4,2	8,0	7,0	11,8	11,4
3—4	24,5	23,9	3,9	3,0	4,9	4,7	7,7	7,9
4—5	18,0	17,6	2,9	2,2	3,8	3,3	5,8	5,9

В этой таблице обращает на себя внимание значительная смертность детей, переживших уже первый год жизни, на Украине по сравнению со смертностью детей в других перечисленных странах.

Эта повышенная детская смертность на Украине объясняется главным образом высоким уровнем смертности от заразных заболеваний. Небольшие имеющиеся в нашем распоряжении материалы о причинах смертности на протяжении от второго до пятого года

жизни включительно по городам Украины свидетельствуют о том, что в среднем до 20% всех смертей, падающих на второй год жизни, и до 25% всех падающих на возраст от третьего до пятого года жизни вызывается острозаразными болезнями.

Табл. 2, сопоставляющая порядок выживания на 1000 родившихся в различных странах, свидетельствует о том, как велика преждевременная смертность на Украине по сравнению с другими странами.

Таблица 2

ДОЖИВАНИЕ ДО 5 И 15 ЛЕТ НА УКРАИНЕ И В НЕКОТОРЫХ ДРУГИХ СТРАНАХ

Страна	Годы, к которым относятся показатели	На 1000 родившихся доживает до 5 лет		На 1000 родившихся доживает до 15 лет	
		мальчики	девочки	мальчики	девочки
Украина	1925—1926	720	750	676	706
Швеция	1911—1915	888	905	863	878
Германия	1924—1926	858	881	844	868
Англия	1920—1922	869	891	849	870
Франция	1920—1923	856	877	836	852
Новая Зеландия	1921—1922	935	946	918	934

Из этой таблицы видно, что, в то время как в Новой Зеландии, которая в настоящее время характеризуется максимальной выживаемостью населения, из 1000 родившихся мальчиков только 82 не доживают до возраста экономически активной жизни, Украина хоронит на протяжении 14 лет жизни целую треть родившихся, а именно: 324 мальчика и 294 девочки.

Эти цифры красноречиво свидетельствуют о том, какие громадные области профилактики остаются до сих пор еще неразработанными. В сущности говоря, три четверти всей профилактической работы должны сводиться к тому, чтобы довести организм неповрежденным до периода его полного развития и поставить его в условия исчерпанного развития всех здоровых зародышевых зачатков. Если бы это удалось сделать, то и потребность в лечебной медицине в последующих возрастах точно так же сократилась бы на три четверти.

Относительно небольшие цифры переживших «потребительский» возраст жизни и перешагнувших через «производящий этап» жизни вовсе не свидетельствуют о том, что эти счастливыцы сохранили в неповрежденной целостности свои биологические ресурсы. Если этих ресурсов оказалось достаточно, чтобы не стать жертвой смерти от инфекционного заболевания, то, как показывает повседневный опыт, оставшиеся в живых привносят с собой много органических дефектов, ослабляющих их биологическую резистентность

и часто понижающих их социальное значение. Поэтому совершенно ясно, что возраст формирования человека должен быть ударным центром всей профилактической работы и местом приложения ее в значительном масштабе и разнообразных аспектах. В настоящее время только один из элементов этого возраста более или менее обеспечен профилактическим вниманием — это период школьного детства, от 7 до 15 лет.

Городские дети дошкольного возраста только в некоторой части находятся под организованным педагогическим и частично медицинским контролем в детских садах. Сельские дети до сих пор сохраняют полную свободу распоряжаться своим досугом, и их конституции предоставляется право вступать в единоборство с инфекциями. Одни из них падают в этой неравной борьбе, другие выходят со значительно помятой конституцией, ничтожному меньшинству неизвестно какими путями удастся счастливо избежать встречи с представителями различных «бактериальных профессий», снующих вокруг беспомощных малышей.

Первое профилактическое начинание, широко спроектированное советской медициной в деле охраны этой группы детского населения — это организация яслей как в городах, при фабриках, заводах, жилищных кооперациях, так и на селе. Эти ясли должны сыграть громадную, ни с чем не сравнимую профилактическую роль в оздоровлении нашего детства, особенно сельского, стать конкретной школой внедрения навыков личной гигиены с раннего детства, прививаемых на всю последующую жизнь. Ясли и детские сады, которые должны раскинуться широкой и густой сетью по всему социалистическому сектору сельского хозяйства, являются мероприятиями, заново строящими весь наш сельский гигиенический быт, в то время как разброзанность сельского населения, инертность, малая забота о личной гигиене, отсутствие представлений о мерах личной профилактики не позволяли до сих пор в этом отношении добиться мало-мальски значительных успехов.

Организация профилактического надзора над детским школьным возрастом, хотя и стала намечаться в различных странах Европы приблизительно с 80-х годов прошлого века, до сих пор еще почти всюду носит несовершенный характер. Если во многих городах России в дореволюционную эпоху в школах номинально существовал институт школьных врачей, ограничивавшихся периодическим, достаточно редким общим осмотром состояния здоровья школьников и лишенных каких-либо возможностей существенно влиять на санитарный распорядок школы в целом, то при этом нужно помнить, что во всей безграничной сельской России имелся только один школьный врач (в Московской губернии).

В настоящее время, после Октябрьской революции, бывший институт школьных врачей заменен организацией врачей охраны здоровья детей с широкими и разнообразными профилактическими функциями. Хотя этот институт в настоящее время количественно еще не является вполне достаточным для обслуживания

сельского детства, но во всяком случае он уже успел твердо оформить свое существование, завоевать общественные симпатии и теперь находится на пути к дальнейшему развитию.

Первоначально деятельность школьных врачей сводилась к недопущению детей, болеющих инфекционными и контагиозными болезнями, в школу. При развитии среди учеников какой-либо школы инфекционного заболевания профилактическое самолюбие врача удовлетворялось закрытием на время школы. При этом не учитывалось, что такое оригинальное проявление научной профилактики, как закрытие школы, имеет обособленное значение лишь в том случае, когда дети, остающиеся дома, попадают в более благоприятную санитарную среду, чем та, какой служит школа. Как правило, это, понятно, никогда не случается, потому что сельские школьники в домашней обстановке лишены какого бы то ни было санитарного надзора.

Вообще нужно сказать, что вопрос о роли школы в распространении заразных заболеваний остается до сих пор открытым и, несомненно, что пальму первенства в происхождении таких серьезных болезней, как трахома, разнообразные кожные болезни и проч., должна получить семья школьника, с которой он связан гораздо более интимно, чем со школой, — семья, в которой он ест, где он проводит значительную часть своего дня и всю ночь.

Постепенно в объем функций школьного врача стали проникать идеи профилактического характера, сознание необходимости предупреждать инфекционное заболевание, корректировать физические аномалии, воспитывать в детях санитарные навыки, проводить физическую культуру.

Громадное значение в профилактической практике современного врача охраны здоровья детей имеет систематическое измерение детей. В некоторых американских школах процедура антропометрического исследования обставляется определенной торжественностью, чтобы возбудить у школьников интерес к ней.

Школьники, вес которых более или менее значительно отклоняется от нормального для их возраста и роста, должны выделяться в особую группу и быть предметом особого санитарного попечения.

Констатирование у школьника того или иного болезненного состояния должно быть поводом к системному изучению обстановки той среды, где он находится. Всякий ученик, обращающий на себя внимание теми или иными отклонениями от нормы в своем психофизическом развитии, должен быть тщательно изучен у себя на дому. Особенное внимание должно быть уделено изучению происхождения таких явлений у школьника, как чрезмерная бледность, значительная худоба тела, частые головные боли, всякие кожные сыпи, невротические признаки, неуспеваемость.

Организация горячих завтраков в школе, как мера, совмещающая в себе санитарные цели с педагогическими, должна быть обязательным заданием всякого врача по охране здоровья детей.

Но деятельность современного советского врача по охране здоровья детей не ограничивается непосредственно школой, а далеко переходит за ее стены. Расширяющееся пионерское движение, имеющее одной из своих задач широкое оздоровление «смены смены», устройство летних пионерских лагерей, оздоровительных площадок, летних детских санаториев и разнообразных, в настоящее время только намечаемых форм массового профилактического характера, предъявляют к врачу охраны здоровья детей и подростков серьезные требования значительно расширить свой профилактический горизонт, детально изучить психофизическую конституцию растущего организма, приобрести солидное знание по физической культуре и педагогике. Основной работой его всегда остается — зорко следить за развивающимся юным коллективом, не допускать среди членов его никаких перенапряжений, обеспечить им возможность правильного развития индивидуальных физических качеств и умственных способностей в обстановке коллективного труда и коллективной солидарности.

Профилактика материнства

Те мероприятия, объектом которых становится женщина во время беременности и которые носят название антенатальной гигиены, составляют лишь отдельный сегмент в цепи профилактических начинаний, имеющих своей задачей охрану здоровья женщины. Во время беременности женщина является средой, внутри которой происходит развитие нового организма, и ясно, что без контроля за физическим благополучием этой среды невозможно рассчитывать на появление жизнеспособной здоровой новой жизни. Поэтому антенатальная профилактика есть одновременно профилактика и женщины, и зреющего в ее лоне младенца. Но профилактические задачи по отношению к женщине как к члену коллектива, участвующему одновременно и в производстве материальных ценностей, и в репродукции самого населения (биологических ценностей), гораздо более обширны и определяются ее положением в хозяйстве и в эволюции коллектива.

Какой-то социолог съязвил, что можно написать историю материальной культуры населения и не упомянуть в этой книге ни разу имени женщины как творческого деятеля. Ему можно было бы возразить, что вся человеческая культура есть дело женщины, на которой всегда лежала тягчайшая миссия заполнять пустоты жизни, вызываемые как естественной амортизацией человеческого существования, так и хищнической эксплуатацией человеческой энергии и неравной часто борьбой с жестокой природой. Чем грубее эксплуатация человеческой жизни, чем легкомысленнее обращается хозяйственная система с человеческим материалом, тем больше становится генеративная нагрузка женщины. В настоящее время нам кажется примитивно варварской эта беепрерывная

функция генеративного аппарата, характерная особенно для крестьянки еще не столь далекого недавнего времени, превращение ее в какой-то своеобразный генеративный *perpetuum mobile*, фабрикующий непрерывно детские существа. Фактически все хозяйственные системы вплоть до капиталистической пользовались человеческим сырьем, вырабатываемым кустарным путем женщинами, для своих хозяйственных интересов, насколько не задаваясь вопросами о том, чтобы поставить это производство в элементарно сносные санитарные условия и обеспечить этому сырью возможность наиболее эффективной переработки в социально-хозяйственные ценности. В одинаковой степени их мало заботила мысль о том, чтобы поставить самих продуценок в условия элементарной охраны их здоровья и труда. И когда женщина подымала свой голос за право участия в культурных интересах коллектива, она чаще всего слышала окрик: «Назад, в спальню и кухню!».

Для нас совершенно ясны два положения: 1) что современная женщина может быть активным и ценным членом культурного процесса только будучи равноправным участником производственной жизни в стране и 2) что еще важнее, что, только будучи таковой, она в состоянии будет и функции деторождения выполнять в обстановке, обеспечивающей все культурные и эволюционные потребности коллектива. Можно сказать еще больше: когда женщина овладеет и осмыслит свое генеративное самосознание, то социальное положение и роль ее изменятся в такой же степени, как это стало с пролетариатом, когда он в процессе борьбы с капиталистической системой выковал себе классовое самосознание и стал в одних странах хозяином собственной жизни, в других — продолжает добиваться своих прав на эту самостоятельность.

Весьма крупным событием в истории буржуазной культуры XIX в., несомненно, явилась тенденция к регулированию процесса рождаемости, которая проявилась сперва среди социальных верхов, овладевших первыми этой техникой, а затем стала постепенно просачиваться во все без различия социальные классы. Сама по себе эта тенденция ничего общего не имеет с проблемой «вырождения», о чем часто пишут некоторые перепуганные врачи и социологи, кричащие о всеобщей генеративной забастовке женщин и омрачающие общественное воображение картинами грозящего всему миру обезлюдения. В этой тенденции проявляется исторически присущее человеку стремление рационализировать свою жизнь, поставить ее вне грубых законов природы, подчиняясь безответственно которым человек должен был бы всегда влечь животное существование. Но, с другой стороны, совершенно ясно, что такая рационализация деторождения, проводимая в индивидуальном порядке и охватывающая все слои населения, действительно угрожала бы через несколько поколений значительной депопуляцией.

В настоящее время можно только пожалеть, что гениальный ум Маркса, мельком скользнувший по проблеме населения в поле-

мике с Мальтусом, не внес в обсуждение ее всей мощи и глубины свойственного ему научного анализа. Но основной брошенный им тезис, что закон народонаселения имеет исторический характер, т. е. изменяется в связи с социально-культурным развитием коллектива, должен быть отправной точкой для всякого серьезного исследователя, желающего разобраться в сложнейшей из сложных социальных проблем.

Слепая вера в автоматизм человеческой репродукции, взгляд на человека, как на в избытке имеющийся дар природы, как на известную материальную ценность, часто не имеющую никакой соответственной рыночной ценности, всегда затемняли проблему того, в каких соотношениях должен получаться оптимум между производством материальных ценностей и производством человека.

Во весь свой рост эта проблема встанет перед социалистическим обществом, в которое, возможно, многие народы вступят с уменьшенными против сегодняшнего дня кадрами населения.

Возрастная группировка современного западноевропейского населения приобретает все больше старческий оттенок. Рождений с каждым годом становится все меньше. Процентное участие зрелых и перезрелых групп населения все больше увеличивается в массе населения. Вследствие этого процесс смертности населения в ближайшие годы все больше будет нарастать и, что самое главное, перестанет компенсироваться избытком рождений.

В среднем на каждую тысячу населения с небольшими отклонениями в обе стороны приходится около 250 женщин в воспроизводительном возрасте. Так как воспроизводительный возраст женщины охватывает тридцать лет жизни, от 15 до 45 лет, то если бы каждая женщина в течение своей жизни рожала одного ребенка, то годовой показатель рождаемости в таком случае был бы $250 : 30$, т. е. 8,3. Кратное от этого числа и свидетельствует о том, какое число живорождений приходится на одну женщину в данный исторический период.

Для того чтобы удержать в численном равновесии два поколения — активно выступающее на сцене жизни и готовящееся стать ему на смену, необходимо, чтобы показатель этот (8,3) был по меньшей мере увеличен в три раза, т. е. чтобы каждая женщина имела трех детей, двое из которых, таким образом, заступают на место родителей, а третий необходим как излишек вследствие того, что до 12—15% браков вовсе бесплодны. Число это должно быть еще несколько повышено, имея в виду, что часть детей гибнет до достижения ими воспроизводительного возраста и, таким образом, с баланса народонаселения должна быть снята.

Статистические показатели рождаемости, относящиеся к самому последнему времени, свидетельствуют о том, что в целом ряде западноевропейских центров лозунг «один ребенок в семье» стал в полном смысле общераспространенным явлением.

Проблемы социальной профилактики материнства, как всякие социальные проблемы вообще, упираются в социальную структуру

данной хозяйственной системы. В условиях капиталистического хозяйства они являются одним из внутренних противоречий этого хозяйства, где коренное разрешение их становится невозможным. В обстановке социалистического хозяйства функция материнства становится одной из важнейших социальных функций обновления коллектива, не омрачаемой той бездной страданий, горя и нищеты, которая часто разворачивается перед матерью детей в буржуазном обществе. Не стоит себя обольщать лживыми надеждами, что переход от конвейерной системы детопроизводства, столь характерной еще для недавнего времени и местами неизжитой в селе и по сейчас, в систему сознательного материнства совершится вполне гладко, без шероховатостей и без судорожных толчков.

Одним из таких отрицательных с социально-гигиенической стороны явлений служит значительное учащение числа искусственных абортов. Операция искусственного аборта, выведенная советским законодательством из подполья, где она служила объектом корыстных целей производящих ее лиц, и часто совершаемая неумелыми руками, угрожала здоровью и жизни прибегающих к ней женщин, фактически в значительной степени превратилась в средство индивидуального регулирования рождений и прерывания нежелательной беременности.

Рост абсолютного числа абортов на Украине показан в табл. 3.

Таблица 3

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АБОРТОВ НА УКРАИНЕ
В 1923—1929 гг.

Годы	Абсолютные числа абортов	Число абортов на 1000 насе- ления
1923—1924	52 836	2,0
1924—1925	89 172	3,2
1925—1926	149 648	5,3
1926—1927	245 088	8,4
1927—1928	297 364	9,9
1928—1929	364 453	11,9

Анализ аборта на Украине, произведенный мной и д-ром Шнейдером на основании детальной статистической разработки абортных карточек за 1927 г. в количестве 99 154, обнаружил целый ряд чрезвычайно интересных фактов, характеризующих генеративный эффект половой жизни современной женщины в разных социальных разрезах, и впервые в социально-гигиенической литературе с определенностью установил неблагоприятное влияние распространенного аборта на дальнейшую родовую деятельность женщины. Анализ этот, между прочим, показал, что в настоящее время искусственным абортom заканчивается 59,8% всех зачатий среди служащих женщин, 51,1% — среди работниц, 49,8% — среди жен

служащих, 41,2% — среди жен рабочих и 30,7% — среди селянок. 25% служащих женщин, обращающихся с целью произвести аборт, делают это при первой своей беременности; среди работниц показатель этот несколько ниже и выражается в числе 19,6%. Современная гинекология считает очень вредным производство аборта первобеременными, инволютивные процессы в матке которых нередко обрекают их в дальнейшем на роковое бесплодие. Вместе с тем анализ абортов показал, что число родов, кончающихся мертворождением, среди прибегающих ранее к аборту женщин в больших городах, где он является наиболее распространенным, равно 6,7, т. е. вдвое превышает обычно наблюдаемые показатели мертворождения. Иначе говоря, этот факт обнаруживает, что повторные аборты несомненно ухудшают шансы на благоприятное течение и исход последующих беременностей среди абортировавших ранее женщин, когда они, наконец, решаются на донашивание плода. Очевидно, что аборт как индивидуальная мера к регулированию, или, правильнее говоря, к ограничению деторождений, с социально-гигиенической точки зрения не выдерживает никакой критики и должен быть заменен другими средствами, на поиски которых и направлено современное медицинское внимание.

Не менее ясно и то, что массовое распространение аборта находится в коренном противоречии с задачами социальной-медицинской профилактики материнства, которые имеют своей целью облегчить женщине выполнение падающей на нее функции деторождения и материнства.

Физиологически естественный процесс беременности и родоразрешения женщины в обстановке культурного существования связан с рядом опасностей. У примитивных народов акт родоразрешения протекает относительно очень легко. Вследствие отсутствия акушерской помощи среди них в этих условиях невозможно выживание матери с аномалиями таза, если бы они в силу какой-либо случайной мутации или приобретенного повреждения появились. С другой стороны, природные условия существования не могли вызвать появление таких болезней, как рахит, которые тесно связаны с условиями «одомашнения», вызываемого культурной обстановкой.

Как известно, среди свободно живущих животных ни разу не удалось найти признаков рахита, в то же время рахит — повсеместное явление среди животных, томящихся в неволе. Различные деформации таза, утолщение его и уменьшение его конъюгат развиваются частью на почве рахита, частью на почве общей недоразвитости женского организма. Наличие их осложняет правильный процесс родоразрешения, вынуждает прибегать к искусственным методам извлечения плода, увеличивает шансы инфекции органов тазовой области, вероятность послеродовых болезней и смертей рожениц и родильниц. При Земмельвейсе в госпиталях смертность от послеродовой горячки наблюдалась при 11,4—34,9% случаев общего числа всех родоразрешений. Имя этого талантлив-

вого профилактика, впервые доказавшего, что родильная горячка обуславливается занесением в половые органы роженицы инфекции, всегда будет памятно в истории профилактического движения. Но, хотя эти колоссальные цифры смертности при родах давно уже преданы забвению, еще и в настоящее время повсюду акт родоразрешения связан с некоторой вероятностью гибели матери.

К сожалению, мы не располагаем материалами об уровне смертности во время родов в пределах Советского Союза за исключением относительно небольших отрывочных сведений. Даже в тех городских центрах, где при смерти является обязательным медицинское свидетельство врача о ее причине, статистика смерти при родах весьма неточна. Многие случаи смерти, связанной с родами, врачами указываются как перитонит, без более ясного указания его причины, или как гнилокровие, также без детальных указаний о его характере. Если сопоставлять абсолютное количество умерших от перитонита и сепсиса мужчин и женщин, то в среднем получается, что число умирающих от обеих названных болезней женщин на 30% больше, чем число умерших мужчин. Ясно, что этот избыток женских смертей над мужскими в значительной степени связан с родовым процессом женщины. В отчете Центрального статистического управления Украины о смертности городского населения за 1925 г. исправленный коэффициент смертности в зависимости от беременности и родов в четырех больших городах Украины выражен числом 4,98 смерти на 1000 родоразрешений. Исторический анализ оперативной помощи при родах показывает, как об этом свидетельствуют собранные материалы по Норвегии, по бывшему герцогству Баденскому и по г. Гамбургу, прогрессирующее увеличение случаев вмешательства врача в акт родоразрешения.

Таблица 4

ЧИСЛО ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА 1000 РОДОВ

Норвегия		Баден		Гамбург	
год, к которому относится показатель	число оперативных вмешательств на 1000 родов	год, к которому относится показатель	число оперативных вмешательств на 1000 родов	год, к которому относится показатель	число оперативных вмешательств на 1000 родов
1900	25,7	1871—79	44	1889	47,4
1905	32,4	1880—89	60	1894	51,5
1910	38,2	1890—99	74	1899	63,2
1915	46,6	1900—07	81	1900—1904	69,9
				1905—1909	74,9

Материалы, относящиеся к различным странам, единогласно свидетельствуют о росте оперативного вмешательства в родовой акт, причем цифры Гамбурга говорят о том, что среди городских женщин это вмешательство гораздо чаще, чем среди сельских.

Рост этот можно объяснить или прогрессирующей смелостью акушера, побуждающей его вмешиваться в процессы родоразрешения, смелостью, воспитанной в нем успехами асептики, или все больше растущей объективной необходимостью вмешиваться в родовой акт.

В медицинской статистике до сих пор не собрано таких же точных наблюдений о конституциональных качествах женского таза и физического развития женщины вообще, как это сделано для мужской части молодежи при военных наборах.

Накопление и анализ этих материалов могли бы выяснить чрезвычайно интересный вопрос, имеем ли мы в факте прогрессирующего увеличения искусственного вмешательства в родовой акт отражение прогрессирующего ухудшения женской конституции, находящее себе косвенное подтверждение в увеличении числа матерей со слабым развитием грудной железы. Если бы факты эти подтвердились, то их легко можно было бы связать со все большим вовлечением масс населения в городские формы существования, со все большим количеством девушек, вовлекаемых в индустриальные формы труда. В материалах Баденской акушерской статистики бросается в глаза особенно сильный рост родоразрешений при помощи щипцов. В то время как за 1870—1879 гг. на каждую тысячу рождений приходилось 18 случаев накладывания щипцов, в 1900—1907 гг. число это дошло до 31,5.

Неопубликованные еще материалы разработки карточек о 110 357 родоразрешениях, произведенных при участии акушерского персонала на Украине за 1927 г., свидетельствуют о том, что патологические роды составляют в среднем 52,3% к общему их количеству. Материнская смертность в больничной обстановке при патологических родах составляет 2,2%. Наиболее часто применяемые методы акушерского вмешательства — это поворот, наблюдаемый в 11,5% общего числа родовспоможений и наложение щипцов — в 8,9%.

Предпосылкой для медицинской профилактики материнства служат широкие мероприятия социальной профилактики, облегчающие женщине выполнение функции родоразрешения и последующего кормления рожденного ребенка. Целый ряд льгот, предоставляемых советским законодательством в деле охраны женского труда — запрещение, как правило, ночного труда и труда в особо опасных для женщин профессиях, освобождение от труда за два месяца до разрешения и на два месяца после него, — является чрезвычайно крупным завоеванием в области профилактики материнства.

К мерам социально-медицинской профилактики относятся: подготовка квалифицированного акушерского персонала, дисциплинированного по отношению к асептике, возможно больший охват родоразрешений акушерской помощью в специальных родильных домах, расширение консультаций по охране материнства, в которых каждая беременная должна быть заблаговременно осмотрена

врачом, чтобы последний мог подготовить мать к возможным осложнениям беременности и избежать их своевременным вмешательством. Профилактика рахита женского организма должна начинаться уже в детской консультации, когда приходит мать с новорожденным младенцем, где она получает указание о важности кормления ребенка грудью и необходимые сведения о гигиеническом режиме для ребенка вообще.

Современные профилактические устремления медицинской мысли требуют, чтобы техник-акушер и мастер терапии — гинеколог значительно расширили свои функции и превратились бы в агентов санитарной охраны эмбриональной жизни человека и плодородного женского чрева.

Профилактика острых инфекционных заболеваний

Предупреждение острых инфекционных заболеваний относится не столько к области непосредственно медицинской профилактики, сколько к мероприятиям общесанитарного характера, ставящим своей задачей оздоровление внешней физической среды. Но в настоящем анализе общепрофилактических мероприятий невозможно оставить без внимания громадный отрезок социальной патологии, чрезвычайно важный по своему удельному весу и по тем разрушениям, которые он вносит в жизнь всего народного коллектива.

Следующие данные свидетельствуют о том, какое место в различных странах Европы среди причин смертности населения занимают острые инфекционные заболевания:

Страна	Процент умерших от острозаразных болез- ней в общей массе всех умерших в 1925 г.
Украина (города)	13,7
Болгария	11,7
РСФСР (города)	10,4 *
Англия	6,6
Италия	6,1
Бельгия	5,5
Испания	5,2
Германия	4,7
Венгрия	4,5
Дания	4,1
Швейцария	4,0
Швеция	2,4
Франция	2,2

* Не вошла смертность от гриппа.

Переходя к вопросу о характере профилактических мероприятий при острых инфекционных заболеваниях, приходится сказать, что в общем, как уже указано выше, они отходят на второй план при сопоставлении с эффективностью мероприятий санитарного

характера, имеющих своей задачей оздоровление внешней среды, а также мероприятий культурного порядка, повышающих уровень материального благосостояния и санитарных навыков масс населения.

В этом отношении особенно поучительна история исчезновения дизентерии и сыпного тифа в большинстве стран Западной Европы. Никаких специфических мер борьбы, средств профилактики ни с дизентерией, ни с сыпным тифом не проводилось санитарными органами, а эти болезни исчезли вовсе под влиянием культурного роста масс. Точно так же блокированная во время войны Германия, в которой городское население форменно голодало, тем не менее не стала ареной сыпного тифа.

Поэтому нужно определенно сказать, что массовое оздоровление внешней среды, которое достигается путем улучшения питания населения, путем оздоровления жилищной его обстановки, включая сюда доставку чистой воды в достаточном количестве и удаление нечистот, — это необходимые предпосылки мер групповой и индивидуальной профилактики при острых инфекционных заболеваниях. Ввиду того что источником всякой инфекции прежде всего является сам больной, выделения его, в которых находится инфекционные начала, и те предметы, куда эта инфекция могла попасть, то изоляция больного и обеззараживание инфицированной обстановки приобретают, как правило, значение необходимых санитарно-профилактических мер, требующих проведения в неукоснительном и самом педантичном порядке.

С другой стороны, нужно отметить, что, быть может, ни в одной области профилактики острых инфекционных заболеваний не имеют такого решающего значения факторы общего культурного порядка и уровня гигиенических навыков среди населения. Быстрое развитие заболевания делает невозможным присутствие врача с первых моментов появления острого инфекционного заболевания.

И все, что делается в первые дни в ближайшем окружении больного, как в смысле мер помощи ему, так и профилактических, всецело определяется уровнем гигиенической среды, окружающей больного.

Даже в тех случаях, когда врач вмешивается в болезненный процесс и дает указания профилактического характера, последние имеют эффект только тогда, когда окружающие больного люди своим культурным уровнем подготовлены к восприятию и к выполнению его указаний. Практика борьбы с эпидемиями показывает, что в отдельных конкретных случаях никогда не удастся с одного раза преодолеть непроходимую чашу предрассудков в области личной гигиены и что только систематическое внедрение гигиенических навыков и привычек в быт населения начиная с самых юных лет может здесь принести осязательную пользу. В этой области социальной работы врачу принадлежит доминирующая роль. Если на минуту вспомнить, что 10% всей массовой патологии на

Украине падает на кожные болезни, что такие болезни, как брюшной тиф и дизентерия, могут быть с известным правом названы «болезнями грязных рук», если представить себе обстановку той грязи, неряшливости и санитарной запущенности, которая так характерна особенно для нашей деревни, то можно решительно сказать, что борьба за элементарную чистоту человеческого тела в состоянии сама по себе наполнить значительную часть работы санитарно-просветительных органов и что в этой работе всякий врач должен принимать посильное участие.

Переходя к оценке различных санитарно-профилактических мероприятий по отношению к острым инфекционным заболеваниям, их можно условно разделить на три крупных раздела. Первую группу можно назвать мероприятиями по повышению уровня социального иммунитета к острым инфекциям. Сюда входят проблемы массового питания, жилищного благоустройства, организации гигиенической обстановки труда. Этот раздел местами переплетается и постепенно переходит в другой раздел — оздоровление внешней среды, осуществляемое мерами коммунальной политики и коммунальной гигиены. И наконец, третий раздел — профилактика в более узком, медицинском смысле, где речь идет о создании биологического иммунитета в групповом или индивидуальном масштабе.

В первом разделе основным организатором профилактики являются непосредственно государственные органы управления. Во втором исполнителями и проводниками — местные государственные органы, в третьем — санитарный и лечебно-профилактический персонал.

В практике профилактики против инфекционных заболеваний приходится опираться на тот факт, что человеческий организм в процессе своей эволюции в течение сотен тысяч лет приобрел значительную стойкость в борьбе против инфекционных возбудителей. Чтобы этот природный биологический иммунитет был нарушен, необходим целый комплекс неблагоприятных влияний, который обычно появляется во время очень крупных социальных сдвигов. Так, во время войны мы встречаемся с чрезмерной скученностью населения на ограниченных пространствах, плохим питанием масс населения, недостаточной опрятностью, подавленным психическим состоянием и т. д.

Каждый из этих отдельных факторов принимает участие в ослаблении естественного иммунитета, и в результате этого разыгрывается эпидемия. И в отдельных случаях бывает достаточным устранить один из таких факторов, чтобы, не имея возможности действовать на все остальные, повысить массовый иммунитет и ослабить интенсивность эпидемии. Примером таких профилактических мер является устройство столовых при эпидемиях сыпного тифа. Улучшение массового питания, повышая массовый иммунитет, тем самым ограничивает размеры сыпнотифозной заболеваемости.

С другой стороны, практика показывает, что при ослаблении социального иммунитета к инфекционным заболеваниям, вызванного плохим питанием масс и другими условиями, меры специфической медицинской иммунизации либо оказываются вовсе бессильными помочь организму выработать антитоксины, либо приходится значительно увеличивать дозировку специфических вакцин и сывороток для получения хоть некоторого эффекта.

Поэтому делать в профилактике инфекционных заболеваний основную ставку на меры специфически медицинской профилактики было бы жестоким заблуждением, отводящим общественное внимание от кардинальных задач оздоровления всей среды в целом.

Проблемы иммунобиологии — это самая темная область в медицине, освещаемая чуть заметными огоньками отдельных исследований, вступивших в ее лабиринты. Поэтому здесь менее чем где-либо в другом месте уместна скоропалительность выводов и поспешность эффективных заключений.

При всяком введении сыворотки и вакцины необходимо учитывать возможное в последующем влияние на изменение естественного иммунитета в целом.

Теоретически вполне вероятно предположение, что искусственно измененная биологическая сопротивляемость человека может потерпеть такие нарушения в своем равновесии, что какой-нибудь безвредный сапрофит, мирно живущий в кишечнике человека, вдруг приобретет токсические качества паразита и начнет свою разрушительную работу.

История патологии хранит примеры, когда внезапно появлялась дотоле неизвестная эпидемия и уносила колоссальные жертвы. Такова, например, «английская потница», унесшая в могилы в XVI в. в Англии около половины населения. В последние годы в психиатрической литературе очень живо обсуждается вопрос о том, связано ли введение повсеместной вакцинации против оспы с появлением и с распространением прогрессивного паралича в XIX в., причем один немецкий ученый со свойственной немцам скрупулезностью, детально разобрав этот вопрос, приводит 50% мотивов в пользу такой связи и 50% против нее.

Как бы ни казались парадоксальны такие сопоставления, они не должны затушевывать основного факта необходимости осторожного обращения с естественными иммунобиологическими процессами.

Интересы здоровья будущих поколений требуют прежде всего сохранения тех защитных сил, которые выработаны человечеством в процессе его многовековой эволюции. Если в санитарной практике возможен выбор между двумя путями — оздоровлением среды и мерами специфической иммунизации, она всегда должна предпочитать первый путь и второй рассматривать, как временное *ultimum refugium* (последнее прибежище).

Известный афоризм Гиппократ, относящийся к психическим заболеваниям¹, сохраняет свою выразительность и по настоящее время. В сущности говоря, профилактические мероприятия общества в области так называемых душевных болезней сводятся почти исключительно к механической охране психически здоровой части населения от душевнобольных, осуществляемой путем интернирования больных в специальных психиатрических учреждениях. И в то же время несомненно, что профилактике нервно-психической системы принадлежит исключительное место в системе всех профилактических мероприятий будущего; можно сказать больше: этот вид профилактики будет центром всех гигиенических устремлений.

До последнего времени внимание медицины и гигиены отдавалось почти исключительно вегетативным процессам человеческого организма. Иногда кажется, что орган, притягивающий к себе наибольшее внимание медицины и задающий наибольшие хлопоты гигиене, — это кишечник и его содержимое. Медицинская мысль не нашла еще достаточно времени, чтобы перевести свои взоры несколько выше — в ту область человека, где покоится бережно прикрытый костной оболочкой высший человеческий орган, антенна, воспринимающая и перерабатывающая в сознательные, волевые и чувственные акты вибрации всего бесконечного внешнего мира: будет ли то улыбка ребенка, аромат свежераспустившегося цветка, торжественный марш овейной красными знаменами первомайской процессии или мигание самой отдаленной звезды.

Мозг — это орган, который в эволюции человеческой природы подвергался максимальным вариациям, во много раз превышающим вариационные отклонения печени или селезенки в человеческом теле. Легкие, желудок или печень могут заболеть только от воздействия той среды, с которой они вступают в непосредственное соприкосновение. Психика же человека нередко травмируется через посредство источников, находящихся физически очень далеко от человека и тем не менее осуществляющих непосредственный вред.

Так как мозг есть орган, регулирующий все поведение человека, то ему приходится ежечасно разрешать разнообразные конфликты, возникающие между человеком и всей окружающей его социальной средой, выбирая себе фарватер, искусно лавируя между встречающимися разнообразными препятствиями.

Ни в одной области медицины идея обреченности человека не утверждается с большей уверенностью, чем в области психиатрии. Наследственная психиатрическая отягощенность многим представляется как неумолимый фатум, бороться с которым бесполезно. Что наследственные факторы играют значительную роль в пато-

¹ В сборнике Гиппократ есть следующий афоризм, относящийся к мозгу: «Obscura natura, obscurior functio, morbi obscurissimi» (загадочное строение, еще более загадочна функция, болезни загадочнее всего).

генезе нервно-психических заболеваний, с этим нельзя спорить, но в какой степени они фактически детерминируют появление психического расстройства, до сих пор остается еще неразрешенным вопросом. Человек, который вышел со станции с тяжелым багажом, может благополучно донести его и спокойно прожить положенное ему время в гостинице жизни, если ему придется идти по ровной дороге. Но тот же самый человек может упасть, сделав всего только несколько шагов, если путь будет идти по ухабам и если он станет подвергаться частым толчкам со стороны встречаемых людей.

То, что мы знаем о законах наследования, оставляет нам право утверждать наличие определенной пластичности в порядке их проявлений и считать, что окончательные контуры человеческой психики определяются социальной средой. Внимательно наблюдая все, что предшествует вспышке того или иного психоза, в отдельных случаях возможно проследить, какой долгий и мучительный путь проделывает психика человека, прежде чем он сдаст свои здоровые позиции, окончательно утратит свое равновесие и получит от психиатра соответствующую нозологическую этикетку. Есть крепости, только потому считающиеся неприступными, что они никогда не подвергались штурму, и есть много людей, сохранивших в целостности свое психическое здоровье только потому, что по пути их жизни не встречалось сильных препятствий, травмировавших их психику. И с другой стороны, сколько людей не заболело бы психически, если бы их серое, монотонное и бесперспективное существование было прорезано хоть несколькими лучами тех радостных эмоций, которые на субъективном человеческом языке называются счастьем.

Шаг за шагом закрепляются профилактические позиции! Мы уже не ждем, чтобы человек заболел туберкулезом, а стремимся предупредить эту болезнь так же, как не предоставляем младенцу свободу болеть и умирать от острого гастроэнтерита. Мы восклицаем: «Один грамм профилактики ценнее одного кило лекарств!» Но социально-медицинское внимание к бесчисленной армии как законченных психических больных, так и к не менее мощным кадрам резервной армии этих больных ограничивается пока что тем, что относительно немногим избранным мы гостеприимно предлагаем скромный уют в психиатрических больницах и спокойно вычеркиваем их существование с социально полезного актива нашего хозяйства.

Можно быть уверенным, что в пролетарском государстве, объединяющем всех своих членов общностью социальных интересов и устранившем мотивы классовой вражды, идеи нервно-психической профилактики должны получить четкую формулировку и полное завершённое развитие.

Первым моментом, определяющим позиции нервно-психической профилактики, является тот факт, что мозг, как один из органов общей экономики организма, подчиняется всем основным физиоло-

гическим законам, имеет одинаковые потребности в притоке к нему питательных веществ, как и прочие элементы организма, и подчиняется общему принципу необходимости чередования работы и покоя.

Психозы истощения (после инфекционных заболеваний, послеродовые) как нельзя яснее оправдывают то положение, что психика многих людей находится в условиях полного устойчивого равновесия, пока на организм их не обрушится чрезмерная тяжесть, под бременем которой психика приостанавливает свою нормальную работу, дает резкие перебои, которые обычно впоследствии проходят вместе с ликвидацией этих отягчающих моментов.

Это заставляет сказать, что все принципы личной профилактики и гигиены, имеющие своей задачей сохранить здоровье организма, поставить его в условия нормального санитарного режима вообще и в частности обеспечить ему достаточное питание, обезопасить от инфекций, оградить от чрезмерных напряжений, сохраняют свое место и в системе нервно-психической профилактики. Это подкрепляется тем соображением, что мозг как таковой не является исключительным источником психизма, что между ним и другими органами тела (в частности, органами внутренней секреции и вегетативной нервной системой) существует интимная связь, которая, между прочим, проявляется в том, что состояния значительной психической депрессии, наблюдаемые при меланхолии, сопутствуются повышенным тонусом симпатической нервной системы, а состояния маниакального возбуждения связаны с раздражением блуждающего нерва.

Особые трудности заключаются здесь в том, что ни в одной сфере социального бытия и поведения человека внутренняя саморегуляция человека не имеет такого большого значения, как в проблемах нервно-психической профилактики. Психическая направленность человека в значительной степени зависит от того, насколько правильно он установит взаимоотношения между своим «я» и интересами всего коллектива. Каждый из нас в своей жизни должен организовать свою психическую жизнь путем гармонического сочетания личных интересов и интересов социальных. Всякая переоценка своего «я», а тем более противопоставление его интересов интересам коллектива создают психический конфликт, нередко кончающийся психической катастрофой. Борьба с различными инстинктами и влечениями, находящими импульс в низших психических центрах, требует также определенных волевых упражнений, определенной, если можно так выразиться, психической гимнастики, поддерживаемой и направляемой умелым педагогом. Недооценка своего «я» может иметь также те пагубные последствия, как и его переоценка.

Человек, лишенный нормального физиологического гедонизма, не может быть активным и полноценным участником социальной жизни. Этот физиологический гедонизм или физиологическая эвфория свойственны всякому нормальному человеку. Как биологиче-

ские конфликты (болезни), так и социальные конфликты (неудачи в общественной жизни и прочее) могут нередко прерывать эту эвфорию, вызывать состояние психической депрессии, которая, как бы она ни была значительна, спустя некоторое время, как правило, выравнивается, сглаживается, и человек приобретает вновь ощущение радости личного бытия и заинтересованности социальной сферой.

Наблюдаемое изредка у некоторых нейропатов неудержимое влечение к наркотикам есть проявление поисков во что бы то ни стало создать искусственным путем то состояние психического довольства, которое в нормальных случаях является естественным свойством здорового организма.

Основная установка психизма человека закладывается уже с раннего детства и обычно направляется родителями и другими лицами, окружающими ребенка, без всякого понимания находящихся перед ними задач и своим поведением грубо нарушающих возможности нормального психического развития живущих вместе с ними детей.

Суровый авторитетный тон родителей или воспитателей, постоянные окрики, непрерывное лишение ребенка инициативы, систематические запрещения, отсутствие ярких впечатлений, монотонность среды постепенно готовят у ребенка шизоидное состояние, характеризующееся тем, что психизм его, не привлекаемый окружающей его средой, ищет себе удовлетворения в области грез, в создании призрачного мира, где ущемленные его потребности находят себе полное удовлетворение. Если наследственная структура психики этого ребенка имеет характер неустойчивости, то тем самым создаются все наличные предпосылки для образования впоследствии стойкого психоза. Частодневные попреки, постоянные мелкие психические травмы вызывают у подрастающего человека чувство безволия, нарастающее сознание своей малой ценности и готовят почву для разнообразных психозов сомнения (*folie de doute*), для хронических состояний меланхолии, для психастенических состояний, характеризующихся полной утратой воли.

Такие депрессивные влияния на психизм человека обнаруживаются не только в детском возрасте, но и в последующих этапах человеческой жизни. «Сколько на свете женщин с многообразным душевным миром, жизненная бодрость которых гаснет в браке», — указал один французский психиатр. «Некоторые мужья третируют взгляды на всю психическую жизнь своих жен с таким убийственным высокомерием, что они утрачивают веру в себя, превращаются в бесцветные существа, имеющие вид покорных избитых собак».

Для многих людей, находящихся в аналогичных состояниях хронической психической депрессии, которым реальная жизнь не оставляет никаких светлых надежд, остается единственный выход, выражаясь языком Фрейда, — «бегство в болезнь».

Если обстановка развития ребенка в чрезмерно суровой среде, без проявления человеческой теплоты создает определенную угрозу правильности его психического развития и подготавливает почву для различных психозов, то в настоящее время приходится учесть новые, ранее неизвестные опасности, представляющие бесспорно громадное, пока еще достаточно не учтенное социальное значение, — это наличие в массе семейств «единственного ребенка», условия психического развития которого также идут по своеобразным, нуждающимся во внимательном изучении путям.

В настоящее время в городах Украины свыше трети всех рождающихся детей (34,2% в 1927 г.) по порядку рождения относятся к перворожденным. «Единственные дети» в городских семьях составляют третью часть общего числа детей. Условия развития и воспитания таких детей в семье представляют значительную угрозу для их нервно-психического здоровья. Постоянно находясь в общении со взрослыми людьми, они преждевременно развиваются в умственном отношении. Нервная система их получает непосильную нагрузку. Лишенные социальной среды, где в общении с другими детьми они привыкли бы с малых лет приучать себя к самоограничению, они имеют тенденцию вырастать эгоистами. Социальные навыки среди них остаются подавленными. Приучаемые окружающей их средой постоянно сосредоточивать внимание на самом себе, на явлениях незначительного недомогания, они легко превращаются в сосредоточенных медицинских ипохондриков. Жизнь под постоянным ревнивым присмотром родных, старающихся предупредить все их желания, задерживает у таких детей развитие воли и активности. Одиночество, с одной стороны, и неподходящее общество взрослых — с другой, рано знакомят их с чувством скуки, спасения от которой им приходится искать в причудливых узорах фантазии, отвлекающей от реальной жизни и угрожающей разорвать их связь с действительностью и воспитать шизоидный характер. Единственным противоядием такой ненормальной среды является детский коллектив, естественная обстановка жизни среди сверстников во возрасте, которая должна быть предоставлена ребенку возможно раньше.

Помимо условий гармонического развития всего психизма подрастающего организма, достигаемых обстановкой правильного социального воспитания, в деле нервно-психической профилактики имеет очень большое значение надлежаще поставленный профессиональный отбор и научная организация труда.

Профессиональный отбор имеет своей задачей выяснение совокупности психофизических условий, наличие которых сопровождается максимальным эффектом и наименьшей усталостью при различных формах труда.

В одних профессиях чрезвычайно важна хорошая память, в других — точность движений, в третьих — способность сильного сосредоточения внимания и т. д. При выборе профессии необходимо также считаться с тем, в какой степени она удовлетворяет инстинк-

тивным влечениям индивида. Необходимо иметь в виду, с чем непосредственно связана каждая профессия: с постоянным соприкосновением с людьми или с неодушевленными предметами. Неудачный выбор профессии, постылая каждодневная работа, не удовлетворяющая индивидуальных склонностей человека, являются сильным непрерывно угнетающим психическую сферу человека фактором, способным нарушить его психическое равновесие. А из повседневного опыта нам известно, что психизм человека обычно оправляется даже после сильного единичного шока, в какой бы тяжелой форме он ни наступил. Гораздо более опасны каждодневные мелкие психические толчки, выводящие человека из равновесия, исподволь подтачивающие психическую устойчивость и в результате переводящие его в разряд психических больных.

Для того чтобы получить ясное представление о конкретных перспективах профилактики в области психических болезней, достаточно хотя бы бегло ознакомиться с составом психических больных, заполняющих современные психиатрические больницы. Состав этот может в отдельных странах в отдельные периоды подвергаться тем или иным изменениям, но в общем он относительно устойчив и раскрывает нам картину современной социальной психопатологии в ее основных проявлениях. Нужно при этом иметь в виду, что в зависимости от той или иной доступности психиатрического лечения населению контингенты больных психиатрических лечебниц могут изменяться и что при недостаточности этой помощи в психиатрические больницы попадают только больные, содержание которых дома представляется абсолютно невозможным. Классификация психозов чрезвычайно сложна и непрерывно пересматривается. Для анализа психозов с профилактической точки зрения они могут быть разбиты на следующие группы: 1) дефекты развития мозга; 2) шизофрения; 3) маниакально-депрессивный психоз; 4) психозы, связанные с органическими болезнями мозга; 5) токсические психозы; 6) эпилепсия; 7) паранойя; 8) прочие душевные расстройства.

Дефекты в развитии мозга составляют от 5,6 до 9,9% общего числа интернированных психических больных. Исключая незначительную часть, вызванную травмами и заболеваниями мозга в раннем детстве, в основной массе их мы имеем проявления дефективного строения мозга, унаследованного от предков. В части случаев слабоумие в различных его степенях есть проявление структурных аномалий, унаследованных от предков, в другой части случаев оно есть результат дефектов в эмбриологическом развитии мозга, вызванных токсическим воздействием на зачатый или развивающийся зародыш. Основными токсическими факторами, извращающими нормальное формирование вообще и структурное строение мозга в частности, служат сифилис и алкоголь. Иначе говоря, дебильность в значительной части случаев есть не фатально-наследственное поражение, а результат токсиче-

ских влияний на развивающийся организм, которые в соответствующей профилактической обстановке могли бы быть устранены.

Следующая за группой дебилов группа шизофреников составляет основные кадры больных в психиатрических учреждениях. Этиология этого заболевания в целом остается неясной. Считается в настоящее время, что наследование этого заболевания идет в рецессивном порядке. При наличии наследственного предположения, как уже указано было выше, факторы социального окружения играют значительную роль в проявлении этой болезни, и несомненно, что разумным психопедагогическим вмешательством можно было бы достичь того, чтобы часть предрасположенных к шизофрении не переступила бы граней психически здорового существования.

Больные маниакально-депрессивным психозом составляют от 10 до 17,6% душевнобольных, находящихся в психиатрических больницах. Эта нозологическая форма, как известно, представляет самые разнообразные варианты в своих проявлениях. Неясно выраженные проявления ее часто скрываются под диагнозом психастения, нейрастения, психоневроз и т. д. Наследование ее, по-видимому, подчиняется закону доминирования.

Но нельзя не отметить, что резкие вспышки этой болезни, иногда периодические, иногда только раз в жизни выводящие человека из нормальной колеи психической жизни, всегда совпадают с моментами непосильной нагрузки психизма, будет ли это умственное переутомление, тяжелые аффекты или внутренние конфликты в самом человеке. Так что и здесь применение элементов психогигиенического характера в состоянии было бы сохранить социальную полезность многих людей, которым приходится переходить на иждивение государства потому, что они были лишены в необходимое время психогигиенической охраны.

Психозы, вызванные органическими изменениями самого вещества мозга, состоят в основном из прогрессивного паралича и из психозов, вызванных склеротическим изменением сосудов мозга. Прогрессивный паралич, осложняющий в незначительном числе случаев заболевание сифилисом, является устранимым заболеванием в той же степени, в какой устраним сифилис. Тот факт, что прогрессивным параличом заболевает относительно небольшое число сифилитиков, в анамнезе которых часто встречается злоупотребление алкоголем и психические эксцессы, определенно свидетельствует, что и в профилактике прогрессивного паралича психогигиенические мероприятия могут сыграть большую роль. Вторая часть болезней этой группы — психозы на почве склероза сосудов — также в известной степени должна считаться заболеванием устранимого характера, поскольку в наше время может быть организована борьба с ранним наступлением склероза.

Следующую группу психических расстройств образуют болезни токсического характера. Сюда входят алкогольные психозы и психозы, вызываемые бактериальными токсинами в течение инфекции

онной болезни. И об этой группе психических расстройств приходится сказать, что она с профилактической точки зрения вполне устранима в той степени, в которой эффективно ведется борьба с алкоголизмом и с заразными болезнями.

Предпоследняя группа — группа психозов на почве эпилепсии, — составляющая от 8,2 до 9,3% общего числа больных, также этиологически связана с токсическим воздействием алкоголя на зародышевую плазму родителей больного и к ней относится то же, что сказано по отношению к предыдущей группе.

Наконец, последняя группа — паранойя — составляет от 0,5 до 2,9% общего числа душевных больных. Этот беспросветно мрачный психопатический монолит, выкованный, по господствующему в психиатрии мнению, из одних только наследственных факторов, без какого бы то ни было участия социальных влияний, в последнее время начинает распадаться. В основе параноидального состояния, так поражающего окружающих больного лиц сохранением формальной логики суждения во всем, кроме определенной группы идей, относящихся к самой личности больного, часто можно найти внутренние психические конфликты вследствие воспитания в среде, насыщенной узким себялюбием и прививаемым с детства эгоизмом. В основе паранойи нередко можно отыскать первичное аффективное состояние, стремление излить на посторонних негодование за личные неудачи. Несомненно, встречающиеся случаи эпизодической паранойи, излечимость ее в некоторых случаях путем психоанализа свидетельствуют о том, что, подходя к самой тяжелой психопатической картине, мы стоим не перед пропастью, вырытой «наследственностью», а перед сложным психосоциальным комплексом, доступным профилактическому вмешательству.

Из вышеперечисленных конкретных материалов о составе психических больных, содержащихся в специальных больницах, совершенно ясно видно, какой значительный процент этих больных обусловлен устранимыми причинами и какие громадные области психогигиенической профилактики лежат еще нетронутым пластом перед нами.

Если санитарная статистика располагает более или менее солидным материалом о составе психических больных, интернированных в специальных лечебницах, то сведения из области статистики «резервной армии» этих больных, о численности ее кадров и о характере ее патологии почти отсутствуют. О значительности численности этой армии свидетельствует тот факт, что среди лиц, обращающихся в нервно-психические диспансеры, число больных органическими болезнями нервной системы уступает значительному количеству всяких психоневротиков.

Число психоневрозов в самых различных формах особенно велико в наше время, когда отживающие формы быта резко сменяются новыми формами, когда к личности предъявляются требования быстро перестроить свой психизм в соответствии с революционизирующим темпом социалистического строительства.

Если профилактика психоневрозов в существенной своей части сводится к такому воспитанию и самовоспитанию отдельной личности, чтобы она гармонически сочетала интересы своего «я» с интересами коллектива, то коллектив, с другой стороны, должен сделать все возможное, чтобы отдельный человек накануне срыва своей психики мог найти у коллектива столь нужную ему моральную поддержку.

Организационными формами такой социальной связи между обществом в целом и отдельным индивидуумом прежде всего должны служить психоневрологические диспансеры как одна из основных форм открытого призрения разнообразных психоневротиков. Социальная агентура такого диспансера в лице сестры социальной помощи и совета социальной помощи должна облегчить выпущенному из психиатрической больницы переход к условиям нормальной гражданской жизни. Через школьных учителей, через фабрично-заводских врачей она должна получать информации о наличии лиц, нервно-психическое здоровье которых находится под угрозой.

Она должна была бы привлекать в диспансер, как это кое-где уже начинают делать, всех утративших вкус к жизни и покушавшихся на самоубийство.

Социально-экономическое значение нервно-психических диспансеров, которые должны в будущем разгрузить в значительной степени скученность в наших психиатрических больницах и создать более дешевые формы организации лечебно-профилактической помощи психическим больным, чрезвычайно важно. Вместе с тем эти диспансеры должны быть центрами, изучающими столь еще мало известные формы нашей социальной психопатологии, и аванпостами по насаждению и по распространению самой юной и многообещающей области профилактики — психической гигиены.

Профилактика старости

Бэкон Веруламский, возвещая в 1623 г. предрассветную зарю естественного развития, посвятил в своем «Органоне» несколько замечаний медицине, не утративших и по сей час известного значения. В эпоху, отделенную от нашего времени тремя веками, Бэкон устанавливает и разграничивает три направления и задачи в медицине: 1) лечение болезней, 2) охрана человеческого здоровья и 3) продление человеческой жизни. Это деление медицины на три области сохраняет свое значение до настоящего времени, хотя приходится оговориться, что вопросы о продлении человеческой жизни не образовали самостоятельной дисциплины¹

¹ Со времени написания этих строк соответствующие исследования уже оформились в специальную научную дисциплину — геронтологию. Более того, сейчас есть определенные основания говорить даже о системе геронтологических наук. — Ред.

и исчерпываются сравнительно немногими частью научными, частью литературно-историческими изысканиями, не получившими до последнего времени законченного выражения в социально-медицинской практике.

Профилактика не может ставить своей задачей ликвидацию смерти и предшествующей ей старости, сопровождающейся упадком и увяданием всех жизненных функций. Ее задача — отодвинуть на возможно более поздний срок наступление неизбежного угасания всех психофизических сил человека и сохранить возможно более долго социальную ценность человеческой жизни.

Сущность процессов, обуславливающих старость человека, до сих пор не может считаться окончательно изученной. Различные исследователи, подходившие к этой проблеме, оценивали ее с разнообразных точек зрения: с биологической, с патологической, с химической.

Биологами установлено, что одноклеточные организмы можно рассматривать, как потенциально бессмертные. Размножение среди них происходит путем дробления клетки. Одноклеточные организмы могут погибать вследствие неблагоприятных условий среды, в которой они находятся, но не вследствие своей внутренней изношенности. Многоклеточные организмы, в том числе и человек, распадаются за дифференциацию своих клеток, выполняющих специальные функции, утратой способности непрерывно обновляться и смертью организма в целом, неизбежно наступающей вследствие этого.

Исследования ряда американских биологов показали, что клетки многоклеточного организма потенциально также обладают бессмертием, так как выделенные из организма и культивируемые на питательных средах они могут размножаться неопределенно долгое время.

Химики отметили, что последовательное изнашивание организма характеризуется целым рядом изменений химико-физического состава тканей. По мере роста организма в нем наблюдается прогрессирующее обеднение водой. В организме человеческого эмбриона 87% воды, у новорожденного — 84%, у взрослого — 70%. Соли калия, обуславливающие пластичность организма, постепенно заменяются солями кальция. Это невольно наводит на некоторые аналогии между старением организмов и целых материков. Жизнь зарождается в воде, относительно богатой солями калия и натрия. Медленно материк выступает из воды и обызвестляется.

Анатомы и физиологи обратили внимание на то, что в старческом периоде человеческой жизни интенсивность обмена между органами и тканями тела значительно ослабевает. Органы внутренней секреции перестают снабжать кровь гормонами, исчезают половые импульсы, психическая жизнь человека постепенно слабеет. Жизнерадостный оптимизм юности сменяется ворчливым пессимизмом старости. Клеточные элементы тела уменьшаются в объеме, протоплазма их утрачивает свою прозрачность, кости ста-

новятся ломкими, паренхиматозные элементы органов и тканей вытесняются соединительнотканскими элементами.

Но как связать все эти явления в одно целое, установить между ними взаимозависимость, отделить основные факторы от сопутствующих — до сих пор остается еще неразгаданной проблемой.

Наш великий Мечников создал гипотезу, что процессы старения вызываются медленной интоксикацией организма со стороны «дикий флоры» кишечного канала. Эта интоксикация понижает жизнеспособность тканевых элементов, медленно рассасываемых фагоцитами. Если в этом объяснении и есть известная доля истины по отношению к человеку, то общих процессов старения, свойственных и представителям растительного царства, эта гипотеза не объясняет. Среди растений процесс одряхления сопровождается изменениями физико-химического состава тканей, нарушающими возможность питания отдельных частей, а также заканчивающимися гибелью в целом.

Приходится признаться, что мы пока бессильны объяснить существенные детали основного факта, что каждый живой организм, приобретая в момент своего зарождения определенную сумму энергии, в более или менее ограниченный срок ее тратит до последнего предела и исчезает из этого прекрасного мира.

Французский ботаник Бюффон, желая установить точные пределы для существования того или иного вида животных, пришел к выводу, что существуют определенные соотношения между периодом созревания организма и общей длительностью его существования.

Для большинства животных организмов нормальные пределы существования соответствуют пятикратному периоду его развития. Считая, что процесс окостенения эпифизарных хрящей заканчивается около двадцати лет, можно считать нормальной продолжительностью человеческой жизни около 100 лет. Однако всем нам известно, что в человеческой жизни достижение столетнего возраста является редким исключением, а не общим явлением.

Дошедшие до нас из различных источников сообщения об исключительном долголетии отдельных лиц далеко не всегда заслуживают доверия. Контроль над отдельными зарегистрированными случаями исключительного долголетия, произведенный при некоторых общенародных переписях, показал, что среди стариков существует своеобразное честолюбие, заставляющее прибавлять себе годы, в противоположность тому, что наблюдается среди молодящихся женщин.

Во всяком случае чрезвычайно знаменательно, что в последних народных переписях эти виртуозы долголетия, которыми пестрят средневековые хроники, уже больше не встречаются. Многие из рассказов об обстоятельствах жизни, сопровождавших долголетность, в сущности говоря, представляют собой издевательство над здравым смыслом и элементарной гигиеной. Мы встречаем среди них лиц, злоупотребляющих алкогольными напит-

ками, кофе, табаком. Очевидно, что в этих случаях речь идет о субъектах, наделенных исключительно крепкой конституцией, которые достигали очень преклонного возраста вопреки полному пренебрежению к правилам гигиены.

Что конституциональные факторы имеют определенное влияние на общую продолжительность жизни — факт, не подлежащий сомнению. Если бы продолжительность жизни каждого отдельного человека была совершенно случайным явлением, тогда нельзя было бы установить никакой закономерности в соотношениях между продолжительностью жизни родителей и детей.

Крупнейший американский биолог и статистик Раймонд Пирл в своей исключительно интересной и содержательной работе «Биология смерти» утверждает, что время наступления смерти определяется комбинированным действием наследственных качеств и внешней среды. Последнее влияние проявляется в том, что неблагоприятные условия внешней среды способствуют преждевременной растрате биологических качеств, унаследованных ими от предков. На основании статистических выкладок Пирл приходит к выводу, что от 25 до 50% всех смертей происходит за счет случайных и относительно легко устранимых факторов. Если исключить эти случаи, очень осложняющие изучение вопроса о конституциональных факторах, определяющих продолжительность жизни, то влияние последних приобретает неоспоримое значение. Некоторые евгенисты значительно вульгаризируют эту идею, когда высчитывают вероятный возраст наступления смерти определенного лица путем сложения общего числа прожитых лет его отцом и матерью и двух дедов и бабок с отцовской и материнской стороны и разделением этой суммы лет на шесть.

Таблица 5
ДОЖИВАЕМОСТЬ ДО 70 ЛЕТ ПО УКРАИНЕ И В НЕКОТОРЫХ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Страны	Годы, к которым относятся показатели	Из каждой тысячи родившихся мальчиков и девочек доживают до 70 лет	
		мужчин	женщин
Новая Зеландия	1921—1922	503	566
Дания	1921—1925	497	517
Австралия	1920—1922	443	547
Швеция	1911—1915	435	493
Норвегия	1911—1921	420	480
Германия	1924—1925	419	472
Голландия	1910—1920	417	453
США	1922	401	440
Англия	1920—1922	395	484
Франция	1920—1923	343	433
Украина	1925—1926	302	356

К сожалению, отсутствие таблиц смертности для населения РСФСР, относящихся к последним годам, не позволяет привести необходимые статистические показатели. Средняя продолжительность жизни, вычисленная проф. Борткевичем для 1874—1883 гг. для части русского населения, определялась величиной в 26,3 года для мужчин и 29,0 года для женщин. Повторные вычисления проф. С. А. Новосельского для 1896—1897 г. измеряют среднюю продолжительность жизни в дореволюционной России для мужчин в 31,3 года и для женщин в 33,4 года. Исчисленная Центральным статистическим управлением в РСФСР средняя продолжительность жизни в 1926 г. — 41,6 года для мужчин и 46,8 года для женщин.

Последующие показатели дают конкретные указания, сколько лиц из каждой тысячи родившихся в данную эпоху доживают до того возраста, который в настоящее время можно считать периодом физиологического изнашивания организма.

Таким образом, только небольшое меньшинство доживает до возраста, на который могли бы простираться блага профилактики старости, если бы они нашлись. Большая же часть сверстников к этому времени уже спят вечным сном смерти, сном без грез и без пробуждения. В кубок жизни, к которому когда-то тянулись их жадные губы, была примешана отравя. В последнем выпитом ими напитке, приготовленном в аптеке, они не нашли необходимого противоядия.

Но каковы же средства, имеющиеся в распоряжении профилактики и гигиены, для того, чтобы сделать старость бодрой, возможно более жизнерадостной и работоспособной? Можно ли извлечь полезные уроки из практического опыта седовласых старцев, как будто владеющих секретом «жизненного эликсира»? Курьезно, что почти всякий из этих старцев обладает свойственной исключительно ему тайной владения «долгой жизнью». Так, один врач приписывал свое долголетие тому, что он всегда охранял себя от магнитных земных токов и во время сна располагал свое тело с севера на юг. Другой объясняет свое долголетие тем, что он ест только один раз в сутки, третий — исключительно вегетарианским режимом, четвертый — питательным мясным столом и т. д.

В 1924 г. проф. Пирл поставил опыт статистического изучения характера жизни и наследственности более чем трехсот лиц, достигших возраста 95 лет жизни и больше. Предварительная разработка изученного им материала мало прибавляет к тому, что уже известно по этому вопросу. Оказалось, что родители и деды долголетних характеризуются превышением средней продолжительности жизни, установленной для данной эпохи. 54% из состава обследованных потребляли алкогольные напитки и 50% курили.

Современное медицинское знание определяет возраст в зависимости от состояния стенок артериальных сосудов и предполагает не допускать их раннего обызвествления, которое приписывается действию хронических инфекций (сифилис, туберкулез и другие

яды), затем алкоголя, табаку, чаю, кофе, не говоря о профессиональных ядах.

Согласно мнению Мечникова, здесь имеет также большое значение хроническая интоксикация со стороны продуктов гниения в кишечном канале.

Но нет ли еще других факторов склероза? При анатомическом исследовании 24 египетских мумий эпохи XXI династии в 13 случаях были обнаружены склеротические изменения больших сосудов. А Египет не знал еще сифилиса, курение также было неизвестно и растительный стол был там преобладающим. Во всяком случае можно сказать, что подавляющее большинство лиц, достигших значительного долголетия, вело очень простой образ жизни, ограничивало свою диету и особенно потребление животных белков. Среди стариков нередко наблюдается отвращение к мясной пище и переход на вегетарианский стол.

Пользующийся и в настоящее время некоторой популярностью метод антисклеротического режима Гуельта заключается в том, чтобы периодически абсолютно воздерживаться от пищи или ограничивать свою диету небольшим количеством хлеба и чая, чтобы вызвать сгорание и удалить из тканей излишние продукты обмена. Метод этот пригоден, вероятно, только для лиц, страдающих ожирением и болезнями обмена. Некоторые врачи, исходя из факта, что в старости окислительные процессы значительно ослабевают, рекомендуют периодически глубокие дыхания, прогулки на открытом воздухе и побольше пить воду.

«Фонтан жизни», окунаясь в котором ветреные богини Олимпа вновь возвращали себе девственность, а распутные боги восстанавливали свои юношеские силы, иссяк безвозвратно и навсегда. Средство, которым в свое время старались возбудить слабеющие силы царя Давида, укладывая рядом с ним спать юных красавиц, ожидая, что испарения от свежих их тел вдохнут в него утраченную бодрость, во-первых, мало кому доступно, во-вторых, уже дискредитировано в том же библейском рассказе, оно оказалось безрезультатным. В последние годы в роли нового спасителя человека от тягостей старчества неожиданно появился ближайший сородич человека — горилла и некоторые его коллеги, более доступные по своей рыночной расценке. Опыты прививки старикам взятых целиком или разрезанных на кусочки обезьяньих семенных желез, произведенные д-ром Вороновым и другими хирургами, обнаруживали у привитых возврат психофизических сил и разбудили угаснувшее половое влечение и половую потенцию. Дороговизна такого обновления и сравнительная недавность этих опытов заставляют относиться к ним пока что сдержанно и во всяком случае не позволяют думать, что метод борьбы со старческим одряхлением за счет обезьяны может получить более или менее широкое распространение. Оперированные по Воронову по вполне понятным мотивам избегают широкой огласки результатов операции. Теоретически можно сомневаться, что привнесение продуктов секреции

одной железы в экономию одряхлевшего организма в состоянии выравнивать все явления одряхления, так же как трудно себе представить, чтобы поставленный в изношенную фабрику мощный мотор в состоянии исправить сам по себе все производственные недочеты.

Профилактика преждевременного увядания организма должна быть построена на началах системного контроля здоровья и на борьбе с проявлениями склероза. Одним из существенных методов контроля склероза служит определение силы кровяного давления в сосудах, повышение которого всегда почти связано со склерозом. Такое же раннее диагностическое значение имеет контроль за количеством мочевины в крови, наличие которой свидетельствует о дефектах внутриклеточного питания и об ослаблении мочевыделительной функции почек.

Бодро всматриваясь вперед, но все же сдерживая себя от излишних иллюзий, не мешает иногда оглянуться и назад, на пройденные медицинским знанием этапы, чтобы учесть и использовать уже накопленный медицинский опыт. Оставшийся от знаменитой Салернской школы афоризм «Custodit vitam qui custodit sanitatem» (тот, кто бережет свое здоровье, бережет тем самым и свою жизнь) прекрасно резюмирует взгляды врачей-рационалистов отдаленной от нас эпохи. Эта же Салернская школа, бывшая в течение нескольких веков в Европе единственным светочем рационального медицинского знания, разменявшеся в других местах на грубый эмпиризм и шарлатанство, оставила в числе своих литературных памятников небольшой трактат о гигиене в стихотворной форме, который заканчивается словами:

Si tibi deficiant medici, medici tibi fiant haec tria: meus hilaris, requies moderata dieta¹.

Под такими правилами гигиенического распорядка, охраняющими течение жизни, не откажется подписаться и современный врач-профилактик.

За последние годы в медицинской литературе много внимания уделяется вопросу об увеличении смертности от рака, наблюдаемого, как известно, преимущественно в тот период жизни человека, когда, пройдя зенит своего существования, она склоняется к своему фатальному концу. Не входя в излишне подробное обсуждение этого вопроса, можно заметить, что самым важным фактором в распространении рака, обратившим за последние десятилетия на себя внимание, является значительное увеличение средней продолжительности жизни во всех странах Европы и в Америке. Вследствие этого в настоящее время гораздо большее число

¹ «Если ты будешь чувствовать недостаток во врачах, то пусть твоими врачами будут бодрое настроение, умеренность в пище и отдых». В изданном недавно «Салернском кодексе здоровья» (М., Медицина, 1970, с. 18) перевод этих строк звучит следующим образом: «Если врачей не хватает, пусть будут врачами твоими трое: веселый характер, покой и умеренность в пище». — *Ред.*

людей доживает до пожилого возраста, в котором рак встречается чаще всего.

Говорить о профилактике рака в прямом смысле в настоящее время, к сожалению, еще не приходится, так как до настоящего времени неизвестны непосредственные причины этого заболевания. Но факты, находящиеся в несомненной связи с раковыми заболеваниями, теперь уже более или менее установлены, и смысл их сводится к тому, что всякие хронические раздражения кожи и слизистых оболочек увеличивают вероятность заболевания раком. Поэтому профилактические мероприятия по отношению к раку сводятся сейчас к тому, чтобы избегать потребления алкоголя и всех веществ, значительно раздражающих кожные и слизистые оболочки. Курение также служит одним из моментов, предрасполагающих к раку губы. Во многих случаях этой формы рака, а также рака языка и прямой кишки в анамнезе больных находят указания на сифилис, борьба с которым также обещает снижение числа раковых болезней. Точно так же необходимо охранять кожу от повторных резких раздражений, наблюдаемых среди рентгенологического персонала и представителей других профессий, при которых кожа подвергается сильным раздражениям.

Профилактика рака в настоящее время уступает место «ранней диагностике» рака, широкая постановка которой открывает значительные перспективы хирургической терапии рака, пока еще не образовались метастазы раковой опухоли, значительно обесценивающие хирургическое вмешательство в эту болезнь.

Организационными центрами такой «ранней диагностики» рака в настоящее время являются диспансеры по борьбе с раком, которые стали в последние годы учреждаться в различных городах Советского Союза. Наряду с учреждением таких диспансеров в целях профилактики рака необходима дальнейшая популяризация среди населения систематического контроля здоровья, при котором могут улавливаться в числе начальных симптомов прочих заболеваний также и симптомы развивающегося рака. Этот контроль в Советском Союзе осуществляется посредством диспансерного метода, при котором определенные группы рабочего населения ставятся под систематический лечебно-профилактический надзор.

Профилактика дегенерации

Профилактические задачи, стоящие перед коллективом, имеют своей целью обезопасить здоровье данного поколения и способствовать возможно большему продлению его жизни. Улучшая здоровье масс, отстраняя от него вредности, сказывающиеся одинаково как на соматических, так и на генеративных элементах человеческого организма, профилактические начинания тем самым способствуют и улучшению физической конституции следующих поколений. Но задачи профилактики чрезвычайно осложняются, когда она встречается с уже готовым наличием среди коллектива деге-

нератов, т. е. лиц, унаследовавших от своих производителей определенные патологические изменения в структуре зародышевой плазмы, изменения, проявляющиеся в форме разнообразных психических заболеваний, как, например: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия и т. д. Эти заболевания, часто сопровождающие всю человеческую жизнь, значительно понижают общественно полезную ценность психических больных и ложатся тяжелым экономическим бременем на государство.

При всенародных переписях населения, производимых обычно через каждые пять или десять лет, в последние десятилетия насчитывают на каждую тысячу населения трех человек, страдающих психическими расстройствами. Но эти числа не соответствуют реальной действительности, так как переписчики не обладают никакими познаниями по психиатрии и в их учет попадают только резко выраженные психические заболевания, явные для окружающих.

Кроме ясно выраженных форм психических заболеваний, интенированных в специальных больницах, в обществе находится громадная резервная армия разного рода психических больных, размножение которых не встречает никаких ограничений. Многократными наблюдениями установлено, что количество детей в семьях, где один из супругов страдает слабоумием или алкоголизмом, в среднем несколько выше числа, характерного для той группы населения, к какой они принадлежат. Это обстоятельство в связи с резкими детоограничительными тенденциями подавляющей массы городского населения создает угрозу относительного увеличения дегенеративных элементов в последующих поколениях.

Нам пока еще неизвестна сущность тех патологических мутаций в зародышевой плазме, которые обуславливают в дальнейшем появление психических расстройств. Но нам известно, что, раз возникнув, эти изменения в зародышевой плазме переходят из одного поколения в другое и выявляют себя или остаются незамеченными в зависимости от неизвестных нам причин, причем порядок их выявления подчиняется определенным правилам, эмпирически установленным в основном Грегором Менделем.

Патологический признак, закрепленный в зародышевой плазме, может передаваться последующим поколениям или в порядке доминантности, или в порядке рецессивности. В первом случае он покрывает собой здоровые качества второго производителя. При этих условиях все члены поколения, получившиеся в результате обоюдного слияния больных и здоровых зародышевых элементов, заболевают той же болезнью, что и один из производителей, наделенный этим патологическим качеством. Иногда же патологическое свойство обладает рецессивными качествами, имеет тенденцию отодвигаться в сторону здоровыми элементами в плазме другого производителя. В таких случаях это патологическое качество остается в скрытом, ни в чем внешне себя не проявляющим свойством и в последующих поколениях может обнаружиться лишь

тогда, когда оба производителя оказываются наделенными этими патологическими элементами в своей зародышевой плазме и когда взаимное их слияние вызывает у части их детей болезнь в явной форме.

Можно высказать с некоторой уверенностью соображение, что для человечества в целом было бы выгоднее, если бы психические болезни передавались по законам доминантности. В таком случае раз появившаяся патологическая мутация у членов одного поколения неуклонно появлялась бы среди членов последующего поколения. Появление резких форм психического расстройства, проявляющих себя в каждом последующем поколении, так резко бросалось бы в глаза, что весьма мало вероятно, что наделенный такими патологическими качествами род мог бы долго существовать. Ясное наличие душевной болезни, независимо от того, интернирован больной или нет, уменьшает шансы половой жизни носителям этой болезни, ограничивает возможность его хозяйственно-самостоятельного существования и тем самым и возможность появления детей. А если дети все же рождаются, то характерные признаки той же родовой болезни так бросались бы в глаза окружающим, что они, надо думать, были бы совершенно изолированы и дальнейшее размножение такого рода было бы невероятным.

В тех случаях, когда передача психических дефектов нисходящим поколениям происходит в порядке рецессивности, картина пораженности рода становится менее заметной, потому что патологические явления, характеризующие одно поколение, переходят в скрытое состояние во втором поколении, чтобы обнаружиться вновь в третьем.

Для того, чтобы составить «биологический гороскоп», врач должен обладать солидными сведениями в области анализа семейной генеалогии, обыкновенно абсолютно неведомой большинству людей. С другой стороны, при ограничении числа рождений в современной городской семье никогда почти нельзя сказать, какой биологический жребий из числа равно возможных выпадет на долю одного или двух отпрысков данной семьи.

Все-таки следует отметить, что движение в пользу устройства специальных консультаций по вопросам брака, наследственности и гигиены половой жизни в последнее время все шире проникает в общественное сознание. Какая масса несчастных человеческих существований могла бы быть предотвращена, если бы виновники этих существований обладали бы зачатками «генеративного самосознания» и если бы им вовремя дан был бы совет удержаться от деторождения!

Практика работы брачных консультаций показывает, что посещаемость их очень невелика. Первая такая консультация возникла в 1922 г. в Вене. В 1924 г. была устроена аналогичная консультация в Берлине. В 1926 г. прусское министерство общественного призрения стало на путь широкой рекомендации устройства таких консультаций, в результате чего в течение одного только

года в Пруссии было основано 77 консультаций и 54 находились в стадии организационной подготовки к их открытию. В целом ряде стран все громче раздаются голоса в пользу обязательного медицинского осмотра лиц, вступающих в брак, и кое-где этот осмотр уже получил законодательную санкцию (сеть штатов Северной Америки, Швеция).

Наше советское законодательство обязывает лиц, вступающих в брак, знакомить друг друга с состоянием своего физического здоровья. Эту меру, вряд ли повсюду проводимую в жизнь, можно рассматривать как начальное звено будущих законодательных санкций, имеющих своей задачей взять под профилактическую охрану зарождение новых жизней.

Значительная часть психических заболеваний обнаруживается в период полового созревания и в период жизни, непосредственно следующий за этим периодом. Благодаря тому, что в Советском Союзе средний возраст вступающих в брак мужчин и женщин гораздо более молодой, чем в западных странах¹, большая часть людей обоего пола из лиц, имеющих наследственную склонность к душевным расстройствам, успевает вступить в брак прежде, чем стали ясны признаки психического заболевания. Если бы средний возраст вступления в брак отодвинулся на несколько лет, то наступившая психическая болезнь явилась бы препятствием к заключению брака и появлению на свет детей с врожденной склонностью к психическому заболеванию.

Немногочисленные переписи душевнобольных, организованные в дореволюционную эпоху, показали, что в подавляющем большинстве случаев душевнобольные мужчины находились в браке. Перепись душевнобольных в Уфимской губернии, произведенная в 1913 г., показала, что взрослые эпилептики все женаты, и что в среднем на 100 психических больных, состоящих в браке, приходится 350 детей.

Необходимость организации широких мероприятий по профилактике дегенерации диктуется прежде всего мотивами социально-экономического характера. В тех странах, где признание душевнобольных приняло более или менее значительные размеры, оно ложится очень тяжелым бременем на бюджет государства и местных хозяйственных организаций. Принимая наличие на Украине в среднем 90 000 резко выраженных психических больных и считая, что годовое содержание больного в настоящее время обходится минимум в 263 руб., одни затраты на интернирование этого числа больных должны были бы обходиться государству до 24 млн. руб. ежегодно, т. е. превышать более чем вдвое наличный государственный бюджет здравоохранения. Известные категории душевнобольных, как, например, больные маниакально-депрессив-

ным психозом, периодически имеют светлые промежутки, в течение которых болезнь их внешне ничем не проявляется и, находясь вне больницы, они могут вступать в брак и рожать детей. Пропорция слабоумных среди населения не меньше, чем процент резко выраженных форм душевных болезней. Эта группа населения ничем не ограничивается в своем размножении.

Среди детей, учащихся в школах в разных странах, в среднем насчитывается до 2%, характеризующихся теми или иными дефектами психического развития, которые значительно затрудняют дальнейшее их умственное развитие и делают невозможным пребывание их в общих классах наряду с нормально развитыми детьми. Таких детей приходится отбирать в специальные школы для отсталых детей, содержание которых обходится значительно дороже (в 2½ раза), чем содержание нормально развитых детей, так как каждому отдельному преподавателю дается гораздо меньшая нагрузка. Среди этих умственно отсталых детей половина обязана своей отсталости наследственности — слабоумию одного из родителей или эпилепсии. Результаты воспитания умственно отсталых детей значительно уступают результатам воспитания нормальных детей и в лучшем случае делают их пригодными для выполнения элементарных профессий земледельческого, садоводческого характера и простейших форм ручного труда.

Стремление ограничить число дегенеративных элементов коллектива требует прежде всего ясной ориентировки в вопросе, из кого рекрутируются кадры налично живущих дегенератов: есть ли это потомки лиц, зародышевая плазма которых подверглась патологической мутации, или перед нами протекает непрерывный процесс нового образования дегенеративных семей, происходящих от здоровых родов. В первом случае задачи медицинской профилактики относительно просты и сводятся, по крайней мере в принципе, к возможному ограничению размножения психически больных людей. Во втором случае они гораздо более сложны и имеют своей задачей предотвращение всех возможностей, создающих появление патологических мутаций из состояния здоровых генов производителей.

Современное состояние психиатрии не позволяет ответить на этот вопрос. Предположительно можно думать, что имеют место оба эти процесса, но в каком они находятся численном отношении друг к другу, ответить на это сейчас нельзя. Если исключить теоретически возможные в небольшом количестве случаев факторы дегенерации вследствие биологической неспособленности друг к другу зародышевых элементов обоих производителей, то нужно сказать, что основными факторами нарастающей дегенерации, кроме тех, которые заключены в зародышевой плазме населения и борьба с которыми требует указанных выше евгенических мер, являются вещества, влияющие дистрофически на зародышевую плазму, прежде всего сифилис и алкоголь. Поэтому все мероприятия социальной профилактики, направленные на борьбу с обоими

¹ В РСФСР в 1927 г. из каждой сотни вступающих в брак мужчин 65,6%, а из каждой сотни вступающих в брак женщин 77% находились в возрасте менее 25 лет. В том же году в Швеции процентное число мужчин и женщин из каждой сотни их вступающих в брак в этом возрасте было соответственно 21,3 и 46,1%.

ядами, нужно рассматривать не только в свете социальной гигиены, охраняющей здоровье масс наличного населения, но и одновременно с этим как обеспечивающие улучшение психофизических свойств грядущих поколений.

Заключение

Из предыдущих глав читатель легко заметит, что в изложении опущены многие главы массовой патологии и соответствующей им профилактики, как, например: профилактика глазных болезней, сердечнососудистых, ревматизма и других, каким в последние годы медицинская мысль отводит значительное внимание.

По этому поводу приходится сказать, что в задачу автора не входила мысль написать «компендиум» по профилактике; им руководило только желание сосредоточить внимание на основных идеологических пунктах профилактики и на некоторых отдельных темах практической профилактики, кажушихся автору наиболее ценными.

Составление цельного руководства по профилактике, необходимость в котором вполне актуальна, может быть выполнено только коллективным трудом клиницистов. Хотя профилактика в настоящее время еще не вошла в сердцевину медицинского образования, но историческая эпоха делает свое дело. Учреждение в Советском Союзе в 1930 г. санитарно-профилактических факультетов — это знаменательная дата, открывающая новые горизонты и необозримые перспективы в деле оздоровления трудящихся масс населения. В одной из своих речей в конвенте Дантон говорил: «После хлеба народ больше всего нуждается в гигиене». Эта «все-народная гигиена» и является основным лозунгом советского здравоохранения, которому приходится с геркулесовскими усилиями очищать от векового загрязнения авгиевы конюшни массового санитарного неблагоустройства, полученные по наследству от абсолютизма. Наряду с этой работой советская профилактическая мысль старается выковать новые формы гигиенического сознания, стремление к здоровым формам в индивидуальном и общественном быту.

Примитивная общественная совесть громко возмущается поступком вора, извлекающего в трамвае носовой платок из кармана соседа. Но она беспрестанно позволяет неосторожному человеку сеять кругом себя заразу, она не мешает слабоумному плодить несчастных от рождения детей, единственная вина которых состоит в том, что они не в состоянии были распорядиться выбором своих родителей. Как много людей в простоте душевной разделяют афоризм Козьмы Пруtkова: «Зачем мне заботиться о потомстве, ежели оно ничего для меня не сделало!».

Каждый из нас получает факел жизни, передающийся ему на время от бесчисленного поколения предков. Он волен сам решать, загасить ли его навсегда вместе со своим уходом из жизни, раз-

множить ли его рядом новых ярких огней или тусклых и чадных мерцаний.

Санитарное просвещение имеет своей задачей не только освободить коллектив от осевших на нем многовековых шлаков санитарного невежества, не только культивировать гигиенические навыки в индивидуальном и коллективном быту и приучить каждого уважать в своем соседе право на здоровье, не только поднять ценность жизни как таковой, но и постепенно пробуждать среди членов коллектива сознание его генеративных интересов.

Санитарное просвещение имеет целевой установкой стремление возбудить в каждом желание здоровой, содержательной психически, наполненной социальными влечениями жизни, и должно вовсе отказаться от популяризации устрашающих воображение разнообразных микробных угроз и заболеваний, что нередко в податливых умах культивирует «медицинскую ипохондрию».

Образную картину такого запуганного медицинскими страхами человеческого существования дает один английский философ в следующих выражениях: «Подобно тому, как одинокий шпион пробирается ночью через вражеский лагерь, видит неприятелей, сидящих вокруг костров, и дрожит, когда под ногою затрещит ветка, так и странник жизни пробирается с бутылкой лекарства в одной руке, с перевязочным пакетом в другой, боясь, как бы не потревожить спящие легионы смертей, и благословляет судьбу, если ему удастся, лавируя то вправо, то влево, пройти незамеченным ими».

Не стальные мышцы гладиатора и не бесплотный дух, созданный мистической фантазией утратившего связь с реальной жизнью сознания, рисуются нам как желанные формы непрестанно меняющегося лица человека, а сочетание тонкой психической чеканки с правильно развитым, крепким, выносливым и красивым человеческим телом.

Декарт высказал предположение, что «если существуют средства улучшить человеческую природу, то их нужно искать в медицине». Эту провидческую мысль нужно понимать в том смысле, что медицинская деятельность, обогащенная профилактическим содержанием и протекающая в социальной среде, обеспечивающей всем своим членам полноценное физиологическое существование, окажется в состоянии обеспечить будущему человеку возможность развернуть все вложенные в него природой и облагороженные социальной средой потенциалы развития.

Защищая от нападков скептиков медицину, Гиппократ говорил: «Медицина издревле обладает способами исследования, с помощью которых были произведены многочисленные открытия... Следуя по этому пути, медицина будет в состоянии в дальнейшем достигнуть совершенного развития посредством применения правильных методов логического мышления» (Гиппократ. «О древней медицине», гл. 2 и 12). На высоте сознания теперешней философской мысли этот «правильный метод логического мышления» не

может быть иным методом, как методом диалектического материализма.

Зачатая в предрассветных сумерках человеческого сознания как инстинктивное стремление заглушить боль, медицина в диалектическом процессе своего развития будет постепенно освобождаться от своего патологического содержания и в социалистическом мире превратится в основном в науку об экономике человеческой жизни и об экономике обмена поколений. Каждый профилактик должен неустанно следить за разворачиванием этого процесса и освобождать ему путь!

ЕСТЕСТВЕННЫЙ ОТБОР, ОБМЕН ПОКОЛЕНИЙ И КЛАССОВ В ОЦЕНКЕ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ¹

Один из характерных симптомов биологической анемии современной медицины, ее резкий отрыв от биологического знания проявляется в том, что она остается совершенно глухой к тем страстным упрекам и обвинениям, которые — справедливо или нет — иной подлежащий нашему рассмотрению вопрос — с легкой руки Спенсера в изобилии стали сыпаться на медицину, в частности на гигиену, со второй половины XIX в.

Социальной гигиене приходится брать под свою защиту свою старшую, молчаливую, заматавшуюся среди аптечной стряпни семью, разобраться и системно ответить на обвинения.

Сущность их сводится к тому, что гигиена и медицина, способствуя выживанию слабых, обреченных на раннее вымирание организмов, тем самым противодействуют тенденциям естественного отбора, отмечающего с поля жизни все слабое и тем самым охраняющего в известных пределах жизненную стойкость любого вида животных или растений.

Согласно Дарвину, естественный отбор — один из наиболее видных факторов эволюции в органической природе. Дарвин называл естественным отбором выживание наиболее приспособленных. Это определение является по существу ничего не объясняющей тавтологией. Научный анализ должен ставить своей задачей объяснение, почему в данных условиях среды выживают те или иные организмы, а не декларировать приспособлением факт, сам по себе вполне естественный, что некоторая часть организмов оказалась способной дожить до воспроизводительного возраста в данных условиях. Поэтому в настоящее время в биологии под есте-

ственным отбором принято понимать гибель части организмов до достижения ими воспроизводительного периода жизни. По Дарвину, массовому рождению организмов сопутствует такая же массовая гибель, причем воспроизводительного периода достигают лишь весьма немногие, наделенные какими-либо преимуществами, дающими им возможность счастливо избежать разнообразных угрожающих им опасностей, выжить и произвести потомство.

По этому поводу нужно прежде всего заметить, что в процессе преждевременной гибели организмов данного вида естественный отбор может иметь место только в ничтожном меньшинстве случаев, а в большинстве их зародыши не выживают не потому, что они конституционально слабее других, а потому, что они попали в среду, в которой не могли выжить. Разве комочки оплодотворенной слизи лягушек, которые попали в мелкий быстро высохший пруд и таким путем остались лишенными возможности дальнейшего развития, заключали в себе менее ценные зародыши, чем те, которые находились в нормальных условиях для их роста?

Отбор является эволюционным фактором только в тех относительно нечастых случаях, когда от его воздействия гибнут наименее дифференцированные организмы. Но мы знаем, что далеко не всегда особи, оказавшиеся неприспособленными к данной среде, гибнут и уступают свое место более приспособленным. В природе наряду с разнообразными формами приспособления мы наблюдаем и паразитизм как своеобразную форму приспособления.

Крайние сторонники естественного отбора склонны считать все внешние вредности природы факторами отбора.

Наиболее последовательным и выразительным представителем идей «социального дарвинизма» является английский физиолог Хейкрафт. В книге, озаглавленной «Естественный отбор и улучшение расы», он утверждает, что слабые дети легче погибают от неблагоприятных климатических воздействий и от дефектов кормления, и что поэтому значительная детская смертность есть благоприятное условие для физического развития расы. Такими же средствами отбора, благотворными для человечества, служат инфекционные болезни, потому что они уносят в могилу слабые организмы. Сопоставляя весьма значительную восприимчивость африканских негров к инфекционным заболеваниям детского возраста с относительно сильным иммунитетом англичан, Хейкрафт заключает, что современные англичане есть продукт отбора, произведенного микроорганизмами оспы, скарлатины и кори. Туберкулезная бацилла, по словам Хейкрафта, — «друг человечества» (!), потому что она удаляет из жизни слабые индивиды и поддерживает тем самым на определенной высоте физическое благополучие человеческого общества.

Таким же фактором отбора, по мнению Хейкрафта и его многочисленных единомышленников, является алкоголизм, разрушающий здоровье и ускоряющий наступление смерти среди лиц с пси-

¹ Статья впервые была опубликована в журнале «Профилактическая медицина», 1926, № 1. Печатается с небольшими сокращениями. В № 11 за 1928 г. журнала «Профилактическая медицина» помещена статья С. А. Томилина «К вопросу об естественном отборе и об обмене классов», в которой он, давая ответ своему оппоненту, развивает некоторые положения, содержащиеся в публикуемой здесь статье, и выступает против упрощенческого их толкования. — *Ред.*

хопатической конституцией, испытывающих болезненное влечение к искусственному одурманиванию.

По мнению Аммона, пауперизм и безработица захватывают те круги населения, которые состоят из наименее одаренных лиц, не справляющихся с требованиями современной культуры, легкомысленных, нерасчетливых людей, не способных к системной работе, с недоразвитыми психическими свойствами.

Для того чтобы доказать, что детская смертность есть селекционный фактор, многими социальными дарвинистами производились обширные исследования, которые должны были удостоверить, что в районах с максимальной детской смертностью взрослое выжившее население отличается особенно крепкой жизненной конституцией, содержит небольшой процент туберкулезных в своей среде и дает наибольшее число мужчин, пригодных к воинской службе. Выводы, полученные из этих работ, оказались разноречивыми. Но если бы они все даже совпали с предвзятыми тенденциями селекционистов, то, по существу говоря, это доказало бы очень мало. В одной социальной среде внешние вредности одинаково угрожают и одинаково рассыпаны для всех возрастных групп населения. Там будет и повышенная детская смертность, и повышенный туберкулез взрослого населения. В другой социальной среде внешние вредности преимущественно угрожают какой-либо определенной возрастной группе. Тогда для нее может быть характерна значительная детская смертность с малым туберкулезом взрослых или, наоборот, большое распространение туберкулеза среди взрослого населения и относительно малая детская смертность.

Насколько классовые «симпатии» извращают нормальную логику мышления, всегда избирающую наиболее ясный и простой метод объяснения того или иного явления, видно из того, что профессор Мюнхенского университета Фриц Ленц, двухтомное руководство которого «Человеческий отбор и расовая гигиена» признается чуть ли не классическим трудом, повышенную детскую смертность в пролетарских семьях сравнительно с буржуазными относит всецело за счет большого количества наследственно отягощенных младенцев с плохой жизненной конституцией.

С тревогой глядя в социальную среду, современный социальный гигиенист спрашивает: «Отчего так велика детская смертность, отчего так много преждевременных смертей, отчего так размножается армия нейропатов, отчего туберкулез собирает такую обильную жатву среди цветущего населения?»

Селекционисты ему отвечают: «Оттого, что еще невелика детская смертность, оттого, что инфекционные болезни еще не отсортировали человеческую пшеницу от человеческих плевел, оттого, что от туберкулеза еще умирает слишком мало!».

Но спрашивается, до какой напряженности нужно довести этот отбор? Не до 100 ли процентов? И не ясно ли самим селекциони-

стам, что 100% отбора есть не что иное, как массовая гибель всего человечества!

Социальный гигиенист должен взять на себя утомительный труд познакомиться со всеми «научными» работами селекционистов. Он должен внимательно проштудировать «Естественный отбор среди людей» знаменитого Аммона и спросить себя, что же в конечном счете общего между дарвиновским естественным отбором, являющимся одним из факторов эволюции, и «человеческим отбором», приводящим в результате к гибели и вымиранию наиболее талантливых представителей homo sapiens и целых культур. Не есть ли последнее — категория явлений совершенно иного порядка, искусственно связываемая с идеями дарвинизма, только замаскированным из последнего термином отбора?

Социальный гигиенист должен тщательно изучить премированную увесистую книгу мюнхенского врача Вильгельма Шальмауера «Наследственность и естественный отбор в жизненном процессе народов». Не удивительно, что из широкого кармана пушечного фабриканта Круппа через посредство Йенской академии наук этот автор получил 30 000 марок премии по конкурсу на тему «Чему учит нас теория происхождения видов в области внутренней государственной политики». Наконец, социальный гигиенист должен последовательно познакомиться со всеми эпигонами социально-дарвинистской школы, как Тиле, Дризманс, Геншель и остальные.

Познакомившись со всеми этими социальными интерпретациями дарвинизма, социальный гигиенист должен с суровым мужеством над этими книгами произнести такой же безжалостный приговор, который некогда был составлен смелым Парацельсом по адресу средневековой медицины арабов, схоластически интерпретировавшей Гиппократ. В лучшем же случае он должен последовать их совету, заняться отбором выставленных в них положений, отсеяв жемчуг истины от груд социально-реакционного мусора.

Мюнхенский гигиенист Макс Грубер в 1893 г. первый мужественно выступил против проповеди ничем не ограниченного естественного отбора, провозглашаемой зарвавшимися селекционистами. Он указал на то, что медицина и гигиена застали человечество вовсе не в состоянии полной гармонии с внешней средой, а с множеством слабых и искалеченных людей. Далее, что инфекционные болезни в одинаковой степени угрожают вполне здоровым организмам, как и организмам со слабой конституцией, что физическое состояние культурных народов не может считаться хуже, чем народов, не тронутых еще культурой, что большинство физически очень слабых организмов умирает, несмотря на все благодеяния гигиены и медицины, и, наконец, что столь излюбленное селекционистами деление людей на полноценные и малоценные вариации не выдерживает серьезной научной критики.

К этим доводам Грубера можно прибавить еще несколько соображений общебиологического порядка.

Одна из характерных черт естественного отбора заключается в том, что последний не устраняет основные, первопричинные влияния, вызывающие те или иные дефекты в физической природе организма, а только последствия этих влияний.

Значит, если какое-нибудь вредное влияние внешней среды действует на ряд последовательных поколений, то естественному отбору приходится непрерывно устранять те индивиды, которые подверглись их воздействию и ослабили свои силы.

В итоге мы должны сказать, что естественный отбор — это есть аппарат, работающий чрезвычайно неэкономно, не обеспечивающий сам по себе никакого улучшения в строении организмов и наказывающий не виновников бедствий, а самих пострадавших.

Как только человек занял в природе сознательное место, он поставил своей задачей освободиться из-под сурового гнета стихийной природы и раздвинуть рамки своего существования за счет видоизменения внешней среды и приспособления ее к своим потребностям. Современное культурное человечество не существовало бы вовсе, если бы его отдаленные предки не прибегли к искусственным формам самозащиты в поединке с безжалостной природой. В мифе о борьбе Геракла с лернейской гидрой до нас дошли замаскированные сказания, как отдаленный многими веками от нас человек начал борьбу с малярией, которая долгое время была серьезным препятствием к укреплению культуры по берегам Средиземного моря.

Создавая себе в форме жилья искусственный климат, обеспечивая путем культуры злаков и сбережения пищевых средств возможность равномерного питания, страхуя таким путем свою жизнь от периодических голодовок, человек освобождал часть своих сил, первоначально всецело тратящихся на борьбу с природой, на создание культурных ценностей, откуда мало-помалу развились умозрительная наука и усовершенствованная техника.

Медленные изменения и смягчения внешних форм человеческого существования производили соответствующие изменения в органической природе человека, которые нельзя, как это некоторые делают, огулом рассматривать как симптомы вырождения, а нужно считать факторами приспособления к видоизмененным условиям существования.

Последовавшая дифференциация труда, образование социальных групп и классов совершенно лишили естественный отбор того значения, которое он мог иметь в условиях примитивной природы. В природе все существа вступают во взаимное соревнование будучи наделены одинаковым оружием — силами своего организма. Успех выпадает на долю наделенного наибольшей физической выносливостью. Совсем другие результаты получаются в человеческом обществе с его классовым делением.

Социальная обстановка, принадлежность к тому или иному классу, ставит людей в совершенно неодинаковые условия борьбы за жизнь. К услугам одного лица достаточная материальная по-

мощь, обеспечивающая ему в необходимом случае все нормы гигиенического режима. А у заболевшего туберкулезом рабочего, чтобы противостоять инфекции нет ничего, кроме подорванного неблагоприятными воздействиями среды организма. В каком из двух случаев преобладают шансы наиболее длительного выживания и оставления потомства — ясно само собой. Таким образом, в человеческом обществе социальные различия, принадлежность к той или иной группе имеют гораздо больше влияния на судьбу всей жизни, чем та или иная конституциональная крепость организма.

Эта простая и горькая истина доказывается характером всей патологии отдельных социальных классов, неравенством их шансов перед лицом жизни и смерти.

В заключение небезынтересно еще раз вернуться к вопросу о детской смертности как фактору естественного отбора.

В своих лекциях по экономической и демографической статистике известный итальянский статистик Г. Мортара приводит коэффициенты смертности населения Швеции, пользующейся вполне заслуженной славой прекрасной постановки учета естественного движения населения уже свыше 150 лет. Данные эти относятся к пяти последовательным поколениям на протяжении 120 лет.

На 1000 родившихся умирало в возрасте	Периоды наблюдения				
	I (1751 — 1780 гг.)	II (1781 — 1810 гг.)	III (1811 — 1840 гг.)	IV (1841 — 1870 гг.)	V (1871 — 1900 гг.)
До 1 года	217	209	184	156	123
От 1 года до 15 лет	195	174	132	142	116
» 1 » » 60 »	317	320	283	240	...

Из сопоставления этих показателей видно, что среди первого поколения из 1000 родившихся в возрасте до одного года умирало 217 детей, а в пятом поколении — 123, т. е. на 94 ребенка меньше. Если бы эта уменьшенная смертность шла за счет выживания младенцев со слабой конституцией, то было бы естественно ожидать большого вымирания среди выживших в последующих возрастах. Но мы на показателях смертности всех четырех дальнейших поколений видим, что одновременно с уменьшением детской смертности параллельно уменьшается и смертность среди более взрослых групп населения.

В заключение этого краткого анализа роли естественного отбора в социальной жизни можно сказать, что задача социальной гигиены заключается не в слепом подчинении перед этими факторами отбора, а в отборе самих факторов отбора.

Вредные факторы отбора, принижающие человека, должны быть отброшены с дороги. Человек должен держать экзамен жизни не перед малярийным плазмодием или скарлатинозным стрептококком, а перед достижениями раскрытой всем одинаково куль-

туры, подготовленной ему целым рядом поколений, уже прошедших по тропе жизни, с тем, чтобы он шел и искал дальше.

Следующее по интересу место в социальной гигиене занимает совершенно еще не затронутая исследованием в отечественной литературе проблема обмена классов и чередования поколений.

Уже Джону Граунту, который может смело быть назван отцом демографии, было известно, что рост г. Лондона идет не за счет естественного прироста населения, т. е. превышения рождений над смертями, а за счет постоянного притока свежего сельского населения извне. Правда, санитарная обстановка больших городов Европы за 300 лет сделала громадные успехи, и на Западе уже давно ликвидирована громадная смертность городского населения от заразных болезней, которая была препятствием к естественному приросту. Но и по настоящее время остается открытым вопрос: за счет каких элементов по преимуществу происходит естественный прирост городского населения — за счет родов, живущих там несколько поколений, или за счет недавних пришельцев со стороны? По отношению к берлинскому населению работой Р. Бёка доказано, что рождаемость коренных жителей Берлина не покрывает количества смертей. В 1896—1900 гг. на 100 рождений приходилось 116 смертей среди коренного населения Берлина. По мнению первого, кто приступил к изучению вопроса об обмене поколений между городом и деревней — Ганзена, коренное городское население вымирает без следа в течение трех поколений, заменяясь пришлым.

Второй автор, создавший себе имя исследованиями обмена между городом и деревней, — Аммон утверждает, что если принять число пришедших из деревни в город в первом поколении за 100 человек, то во втором поколении их останется только 29, а в третьем — число потомков их опускается до 15 человек.

Детальный генеалогический анализ некоторых буржуазных родов во Франции обнаружил, что в подавляющем большинстве случаев они бесследно вымирают в течение трех столетий, иногда же возвращаются к сельской жизни. Французский исследователь Буше на основании обследования судьбы потомков некоторых крупных вогезских промышленников утверждает, что в половине случаев возвышение родов, вышедших из сельских классов, длится не выше 2 поколений и обычно не превышает 100 лет.

С другой стороны, Кольбругге, исследуя генеалогические таблицы членов Амстердамского городского сената с конца XVI до конца XVIII в., установил, что до сих пор живы потомки 29% общего числа этих фамилий, так что полного вымирания их не наблюдается. Лапуж уверяет, что если какой-либо фамильный род, вышедший из крестьянства в роды городской знати, в состоянии избежать вырождения в течение первых трехсот лет, то он приобретает весьма сильную жизненную устойчивость на последующие века.

Весьма вероятно, что закрепленная в зародышевых качествах высокая биологическая стойкость и приток здоровой крови от женских поколений могут служить факторами, задерживающими вымирание. Во всяком случае, вопросы эти требуют дальнейшего освещения и многочисленных дополнительных наблюдений с обоснованной методикой. Понтус Фальбек в своей классической работе о шведском дворянстве установил вымирание шведских дворянских родов даже в тех случаях, где были исключены алкоголь и сифилис как факторы дегенерации. Значительное объяснение этого вымирания он видит в позднем вступлении в брак и в частичном безбрачии.

По исчислениям Ф. Гальтона, если предположить, что один мужчина женится в возрасте 20 лет, а другой в возрасте 33 лет и если их потомки женятся последовательно в таком же возрасте, то через три столетия потомство первого становится в 15 раз многочисленнее, чем второго.

Произведенные в более близкое к нам время генеалогические исследования Лоренца среди крестьянства Саксонии обнаружили, что представители отдельных поколений крестьян, попадая из деревни в город, производили там потомство, которое быстро вымирало, а оставшиеся в деревне ответвления тех же родов продолжают существовать много столетий.

Статистическое бюро Рима в 1895 г. исследовало соотношения между профессией жениха в момент бракосочетания с профессией его отца, которой он был занят во время рождения своего сына. Нижеследующая таблица дает представление о том, как проявлялась «социальная капиллярность» среди зарегистрированных представителей двух поколений. «Профессии» в ней сведены в четыре основные группы: 1) неквалифицированные рабочие; 2) квалифицированные рабочие; 3) мелкая буржуазия (низшие служащие, лавочники и проч.); 4) крупная буржуазия (собственники и представители либеральных профессий).

Социально-профессиональный статус сына при бракосочетании

Социально-профессиональный статус отца жениха

	I	II	III	IV	Всего
I	263	78	19	17	377
II	458	772	125	133	1 488
III	104	158	97	84	443
IV	55	151	116	497	819
Всего	880	1 159	357	731	3 127

Из анализа этой таблицы видно, что из 3127 сыновей только 1629, т. е. 52% общего их числа, оставались в той же социальной группе, в которой находились их отцы. В 13,9% остальных случаев дети спустились с социальной лестницы своих родителей и в 34,1% шагнули выше.

К сожалению, мы не могли разыскать в демографической литературе более обширных указаний, иллюстрирующих постоянный обмен классов. Из вычислений Фальбека видно, что шведское дворянство в 1815 г. составляло 0,39% всего населения, в 1830 г. — 0,36% и в 1855 г. — 0,32%, т. е. постоянно убывало. Если наблюдать за смертностью отдельных поколений, то видно, что от $\frac{2}{5}$ до $\frac{2}{3}$ всех умерших не состояло в браке. Из числа вступивших в брак от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{7}$ умирает без потомства. Таким образом, каждое последующее поколение не воспроизводит состава предыдущего, а составляет только некоторую его часть, колеблющуюся между $\frac{1}{2}$ и $\frac{2}{9}$.

К сожалению, мы не располагаем статистическими материалами, освещающими биологию русского промышленного пролетариата, но можно с уверенностью сказать, что он пополняется за счет «демографических резервов» из сельского населения. Но социальная гигиена не может равнодушно относиться к непрерывному протекающему с судорожной быстротой обмену классов¹. Процесс этого обмена не происходит безболезненно и для заместителей. Нам известен элементарный биологический закон, в силу которого быстрая перемена условий среды, требующая чрезвычайного напряжения всех сил организма, влечет за собой весьма часто неполное, частичное приспособление к новой среде и как результат этого неполного приспособления — функциональную недостаточность нервно-психического аппарата. Многие психиатры насчитывают значительное распространение всяких нейропатических заболеваний среди свежих выходцев из деревни, которые вынуждены были в течение индивидуального своего существования сменить характер близкого к природе прародительского существования на непрерывный мозговой труд, протекающий в атмосфере напряженной борьбы за существование и в непомерно возбуждающей всю нервную систему обстановке больших капиталистических городов.

Один из гигиенистов метко выразился, что городская жизнь действует на психику горожанина, как легкие дозы алкоголя. Действительно, капиталистический город, и большой в особенности, создал совершенно новые формы беспрестанно действующих на организм раздражений его физической и психической сферы. Органы чувств, зрения и слуха подвергаются систематическим возбуждениям, которые в итоге истощают нервно-психическую систему человека, создавая наклонность к пользованию разнообразными наркотиками. Яркий электрический свет, беспрестанный уличный шум и грохот, необходимость почти ежеминутно быть настороже, чтобы не подвергнуться какому-нибудь физическому столкновению, пища с раздражающими приправами, умственная работа среди испорченного воздуха, сводящаяся к хроническому мозговому

му переутомлению, легкая доступность половых наслаждений, принимающих часто извращенный рафинированный характер, наконец, усиленная борьба за существование или, вернее, всеобщая конкуренция из-за видимых материальных благ — все это, вместе взятое, требует такого напряжения сил, которое несовместимо с длительным их сохранением.

В условиях наличной культуры современный капиталистический город это своеобразный социально-гигиенический насос, высасывающий не только человеческую кровь, но и человеческое семя. Он вознаграждает пролетария алкоголем за нудную монотонную работу. Цветущую деревенскую девушку он превращает в бескровную, нарумяненную проститутку. Он держит мозг мужчины в состоянии непрерывного рассеивания, мешающего тому творческому сосредоточению, без которого невозможно создание каких бы то ни было культурных ценностей. Он выхолащивает плодотворную женщину и создает из нее стерильную самку, доводящую бесплодную чувственность мужчины до крайних пределов.

Выращивание детей в нем также трудно, как мало возможно в нем обилие цветов, деревьев, птичьих гнезд.

И за все приносимые ему человеческие жертвы он возмещает ядовитыми порослями дегенерации, заражающими и уцелевших от его отравляющего дыхания членов человеческого общества.

Можно сказать, что современный крупный капиталистический город представляет для сельской молодежи такую же притягательную силу, как яркие огни маяка для птиц, которые разбиваются об его стекла. В Германии из 100 жителей в 1871 г. на большие города приходилось 4,8, а в 1910 г. — 20,9% общего населения страны. По германской переписи 1900 г. на 1000 берлинского населения, родившихся в самом Берлине, приходилось только 409.

Несомненно, что усилиями последующих поколений, которым придется осуществить социалистическое строительство, социально-гигиеническая обстановка городской жизни будет оздоровлена в корне. Но пока мы остаемся перед несомненным фактом, что города быстро изнашивают те заряды человеческой энергии, которые длительно накапливались в иных природных условиях существования. Этот факт обязует социально-гигиеническую мысль поближе подойти к селу и создать в сельской обстановке такие формы существования, чтобы там могли находить удовлетворение все культурно-социальные запросы.

¹ Для обозначения этого понятия сейчас принято употреблять термины «социальная мобильность», «социальные перемещения». — *Ред.*

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕМОГРАФИИ И СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ

НАРОДНОХОЗЯЙСТВЕННАЯ ЦЕННОСТЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ¹

Приняв без оговорок то положение, что темп размножения в данном обществе всецело определяется его хозяйственным укладом, мы не имеем права отказаться от детального рассмотрения вопроса, как в дальнейшем влияет состав и динамика этого населения на хозяйственные процессы страны в целом. И этот вопрос приобретает особенную значительность тогда, когда, как, например, в настоящий момент, правительство страны, держа курс на социалистическое хозяйство с интенсификацией труда, вынуждено оперировать с массами населения, процессы размножения которого не выходят из традиций, характерных для стран с экстенсивным сельским хозяйством и малой производительностью народного труда в целом.

Для начала попробуем на основании уже установленных демографической статистикой данных выяснить, какие экономические тяготы ложатся на весь социальный коллектив при наличии темпе движения населения (рождаемость и смертность) и обусловливаемым им характером возрастно-полового распределения населения.

Некоторые стороны этого влияния уже теперь могут быть представлены в виде более или менее точных числовых выражений, а некоторые не поддаются точному учету и должны быть объектом многосторонних экономических вычислений.

Первым бросающимся прежде всего в глаза демографическим фактом, характеризующим демографию Украины наравне с Великобританией, является единственный в Европе очень высокий уровень рождаемости, выражавшийся в эпоху непосредственно перед мировой войной 45 рожденьями на 1000. Высота этого показателя обуславливается целым рядом условий, из которых важнейшие следующие: сельский характер подавляющего большинства населения, обычай ранних браков, отсутствие в широких массах жен-

ской части населения навыков в предохранении от зачатий, отсутствие дальновидности и забот о жизни последующих поколений. Наконец, не остается без влияния на высоту рождаемости и значительная детская смертность до 1 года: в количестве в среднем до 20 умерших на 100 родившихся в этом же году. Если бы поднятием гигиенических навыков эту смертность удалось приблизить к 10 смертям на 100 рождений, то удалось бы предотвратить у 10 женщин быстрое наступление вторичного зачатия и количество выживающих к 1 году жизни детей могло бы остаться тем же самым, что и сейчас, при падении рождаемости с 45 до 41‰.

Громадная плодовитость украинской крестьянки, сопровождающаяся чрезмерной смертностью детей до года и в последующих возрастных группах, причем экономически продуктивного возраста достигает только около половины родившихся, не может быть охарактеризована иначе, чем «бесплодная плодовитость». Следующий момент ее отрицательного влияния на народное здоровье и на народную экономику заключается в преждевременном увядании материнского организма, изнуренного частыми беременностями, и в массе гинекологических заболеваний, вызванных недостатками рациональной медицинской помощи и привычкой обращаться к повитухам, бабкам, шептухам, знахаркам.

Другой, гораздо более серьезный и совсем еще не изучавшийся вред такой большой рождаемости заключается в том, что эта массовая производительность выбрасываемых в жизнь человеческих существований идет за счет их качества. Несомненно, что качество и количество рождающихся стоят между собой в условиях обратной зависимости.

Можно считать уже более или менее установленным, что биологическая «квалификация» детей повышается в среднем от первого до третьего или четвертого ребенка и начинает явно понижаться с пятого плода¹. В народных воззрениях это наблюдение сказалось в том, что удачным героем в сказках обыкновенно бывает третий сын. Поэтому тот несомненный факт, что в сравнительно малодетных городских семьях встречается больше одаренных людей по сравнению с сельскими не есть простая случайность. Между тем нужно подчеркнуть тот факт, что для современного общества биологическая «квалификация» сельского населения представляет чрезвычайно важное значение. По самому существу своему сельское население есть не что иное, как огромный резерв биологических сил, которыми оно пополняет быстро исчезающие обыкновенно в 3—4 поколения «кадры» городских жизней. К сожалению, в русской и украинской литературе изучением вопроса об обмене поколений между городом и деревней,

¹ Об этом, в частности, косвенно свидетельствуют данные об изменении частоты мертворождений и уровня детской смертности в зависимости от очередности рождения. — *Ред.*

¹ Статья впервые опубликована в журнале «Профилактическая медицина», 1925, № 8. Печатается с сокращениями. — *Ред.*

так же как и об обмене поколений в отдельных социальных классах, не был занят ни один серьезный исследователь.

Вторым, подлежащим изучению с народнохозяйственной стороны демографическим явлением служит сопутствующая большой рождаемости столь же высокая смертность. Перед империалистической войной в Европейской России цифре рождаемости в 46,3 соответствовала смертность в 27,8 и прирост населения в 18,5.

Высокая цифра общей смертности населения складывается по преимуществу из двух моментов: большой детской смертности и значительной смертности от инфекционных болезней, которая в дореволюционной России была в 10 раз больше, чем смертность от заразных болезней в северных странах Европы (в 1905—1909 гг. на 100 тыс. населения в Европейской России умирало 527,7 человека, в Швеции — 56,2, в Ирландии — 53,7, в Норвегии — 50,6). Эта же высота смертности и определяет возрастную группировку населения, и среднюю продолжительность жизни, и степень доживаемости до отдельных возрастов, что имеет главное значение для экономики страны. Более или менее точное установление всех этих явлений стало возможным только на основании материалов первой русской переписи населения 1897 г.

Согласно выводам, опубликованным С. А. Новосельским, выживаемость на 100 000 родившихся в Европейской России к 15 годам — 50 727, в Австрии — 64 772, Германии — 66 462, Италии — 68 054, Англии — 72 537, Бельгии — 73 744, Франции — 74 818, Швеции — 79 189.

С экономической точки зрения нужно рассматривать три периода в человеческой жизни: возраст от рождения до 15 лет, который тратится человеком на подготовку к культурно-хозяйственной работе, возраст от 60 лет и старше, когда человек утрачивает свою производительность, и возраст от 15 до 60 лет, в течение которого человек разворачивает свою хозяйственную энергию. Первые две возрастные группы — потребляющие, третья — производящая. Соотношения между производящими и потребляющими группами из-за уровней украинской рождаемости и смертности оказываются явно невыгодными, как это видно из следующих показателей. На 1000 человек в производительном возрасте приходится потребляющих по данным переписи 1897 г. на Украине 1008, переписи 1920 г. — 1040, по данным санитарно-демографического обследования 1923 г. — 910. В Ирландии этот показатель составляет 808, Англии — 779, Германии — 764, Венгрии — 743, Италии — 720, Австрии — 712, Швейцарии — 691, Испании — 681, Франции — 641.

Таким образом, из 27 млн. украинского населения в производительном возрасте находятся только 14,1 млн., которые должны на свои заработки поддерживать существование почти такого же количества людей непроизводительного возраста. Зная точный возрастной состав умерших, можно вычислить все потери, которые несет хозяйство страны от преждевременной смерти 493 лиц на каждую 1000 родившихся до достижения ими производительного

возраста при условии, если нам известен средний годовой доход и расход на душу населения и установлены эмпирическим путем изменения этого дохода и расхода на отдельные возрастные группы.

Следующим результатом высокой смертности населения служит непомерно низкая средняя продолжительность человеческой жизни в России и на Украине и связанная с ней низкая средняя продолжительность производительного периода жизни. Ниже приводятся обе эти средние величины.

Страна	Средняя продолжительность жизни	Среднее число производительных лет жизни
Россия	27,7	18,7
Испания	32,2	19,7
Венгрия	37,2	22,7
Австрия	39,4	24,1
Германия	42,2	26,1
Япония	44,5	27,1
Франция	47,0	28,6
Голландия	49,9	30,1
Норвегия	54,6	32,0
Австралия	57,0	34,5

Конечно, далеко не все стороны человеческой жизни могут быть подвержены хозяйственной оценке, но несомненно и то, что к реальной социально-экономической политике можно прийти только изучив человеческую жизнь под экономическим углом зрения, выяснив, что дает и что отнимает от общества отдельная личность.

Вышеприведенных указаний достаточно, чтобы показать, что определенный возрастной состав населения, уровень рождаемости и смертности имеют определенное, быть может решающее, влияние на работу социального коллектива в целом. Гораздо более целесообразными оказались бы условия обмена поколений, если бы рождаемость и смертность упали бы на одинаковую величину, причем коэффициент прироста мог бы остаться неизменным. Сейчас можно даже с большой предположительностью думать, что значительный прирост населения при наличии ничтожной производительности народного труда не в состоянии обеспечить социальному коллективу развитие его материального благосостояния, потому что незначительные излишки неистраченных ценностей должны идти на то, чтобы держать вновь вступившие в жизнь поколения на уровне уже достигнутой материальной культуры. Вышеприведенный анализ цифровых демографических показателей должен быть значительно углублен расшифровкой тех реальных людей, которые скрываются за этими цифрами. Прежде всего ясно, что при краткой средней продолжительности жизни время, отдаваемое на профессиональную подготовку, очень невелико. Последовательное изучение условий, в которых находится питание населения, состояния здоровья его физических сил, характера и сте-

пени его болезненности, могло бы дополнить вышеприведенный анализ рядом конкретных характеристик, дополняющих и объясняющих картину малой продуктивности народного хозяйства в России.

В результате мы должны прийти к выводу, что человек есть чрезвычайно важный фактор общей производительности труда. Второй вывод тот, что мы должны в исследовании всех производственных процессов изучать участие и роль человека с такой же последовательностью, как политическая экономия изучала до сих пор образование, условия обмена и амортизацию всех хозяйственных ценностей. Третий вывод — задача поднятия производительности народного труда в целом не может быть разрешена без разрешения другой частичной задачи — поднятия квалификации человеческой личности.

Во всех материальных ценностях, вырабатываемых тем или иным поколением, вложена определенная доля биологического «капитала», части человеческой энергии. Если это производство товаров совершается при бережливом отношении к биологическому «капиталу», за счет его процентов, без нарушения целостности самого «капитала», то народное достояние увеличивается. Если же это производство происходит при повышенной эксплуатации человеческой энергии, то дешевизна товара получается мнимой, потому что в баланс не вносятся те расходы, которые государство и общество вынуждены нести за преждевременную инвалидность, хронические болезни среди населения и прочее. С этой точки зрения громадное большинство таких хронических заболеваний, как туберкулез, малярия, психические расстройства, должно рассматриваться как преждевременный распад этого «капитала», как ржавчина, заражающая и здоровые элементы общества в недостаточно организованном народном хозяйстве.

Никто не станет рассматривать в фабричном производстве требования постановки предохранительных щитов перед машинами и необходимость смазки машины во избежание трения и ржавчины как требования этического характера, точно так же все требования, чтобы поставить человеческую «машину» в условия оптимума производства, есть прежде всего требования простого экономического расчета. До сих пор еще встречающийся взгляд на человека как на природное благо, существующее в избытке, должен быть в корне, радикально изменен. Человек есть абсолютно необходимый элемент производственного процесса. Образование, «обмен» и «амортизация» его должны быть так же подробно изучены, как это делается по отношению ко всем хозяйственным ценностям. В целях подъема производительности народного труда в биологический «капитал» должны быть вложены такие же суммы основного капитала, которые вкладываются в каждый вид промышленности. При дешевой «себестоимости» человек не может создать более или менее значительных как товарных, так и общественных ценностей.

Необходимость изучения человека не как субъекта народного хозяйства, а как объекта его начинает все больше проникать в отдельные социалистические круги Запада. Но нам кажется, что наиболее решающие выводы могут и должны быть сделаны у нас в СССР, если внимание экономистов и правительства будет достаточно приковано к этой задаче.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ НАРОДНОГО ТРУДА И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ¹

Основная задача, исторически поставленная перед Советским государством и общественностью, в настоящее время — это достижение возможно большей производительности народного труда.

Само собой ясно, что низкая доходность от народного хозяйства, исчисляемая в довоенный период в 101 рубль на душу населения, является серьезным тормозом на пути осуществления социалистического строительства и должна быть поднята в несколько раз. Армия профилактических работников должна вполне точно уяснить себе, какая роль отведена ей в этой ответственной задаче государственного строительства текущего момента.

В самодержавной России не только отсутствовала продуманная санитарная политика, но даже единичные стремления отдельных самоуправлений к немногим оздоровительным мероприятиям наталкивались на враждебную позицию центральной государственной власти. Самоотверженная работа отдельных санитарных партизан разбивалась о море народной нищеты и несправия.

Земская медицина шла по линии наименьшего сопротивления и за 50 лет своего существования успела с грехом пополам наладить элементарную форму подачи врачебной помощи части населения, разбавленную вдвое «фельдшеризмом».

Советская медицина, провозгласив лозунг оздоровления труда и быта, тем самым ясно установила свои профилактические тенденции и предначертала предстоящий ей путь дальнейшего развития. Профилактика есть наиболее надежная спутница всяких государственных начинаний, ставящих себе целью повышение производительности народного труда.

В настоящее время государство несет громадные, к сожалению, никем еще точно не подсчитанные убытки от потери почти половины своих членов в возрасте до 15 лет, т. е. периода, с которого начинается экономически продуктивная часть человеческой жизни. Из-за большого числа скоротечных жизней в нашем населении преобладает количество экономически пассивных жизней, так что в среднем на 100 производительных душ населения приходится столько же потребительных и каждому человеку приходится разделять свой скудный достаток поровну с другим.

¹ Работа впервые опубликована в журнале «Профилактическая медицина», 1926, № 9. — *Ред.*

Можно сказать с полной убежденностью, что если бы возрастная группировка нашего населения, определяемая характером его смертности, изменилась в лучшую сторону, то даже при том условии, что производительность народного труда осталась бы неизменной, баланс народного хозяйства сводился бы с большими сбережениями, чем это происходит сейчас.

Поэтому нужно заметить, что изучение состава населения, характера обмена поколений представляет одну из самых интересных профилактических задач, внимание к которой еще недостаточно привлечено со стороны профилактических работников.

Режим экономии как актуальная задача во всем советском хозяйстве должен найти себе отражение и в профилактической работе. Всякое устранение преждевременной смерти, всякое сбережение человеческой жизни от заболевания, всякое накопление жизненной энергии в отдельном человеке и в целом коллективе сопровождаются как профилактические достижения одновременно значительными экономическими выгодами для государства.

Но эти конечные выгоды, значительно поднимающие рентабельность всего народного хозяйства в целом, не могут быть достигнуты без значительных затрат на улучшение квалификации человеческой жизни и на оздоровление ее внешней среды.

Индустриализация страны, к которой приступает Советская власть, сопровождается массовым переходом рабочей силы из села в город, что связано с вероятностью значительного расширения туберкулеза среди мало иммунизированного сельского населения, переселяющегося в город. Поэтому борьба за здоровое жилище и проведение в жизнь начал коммунальной санитарии как в городе, так и на селе составляют одну из актуальнейших задач профилактической организации.

Кризис санитарной организации, о котором местами говорят, есть не что иное, как скоропроходящая болезнь роста, период внутренней самокритики, из которого она должна выйти с обновленными силами и ясным сознанием своих культурно-социальных задач, с достаточным запасом фермента активности, который составляет наиболее характерную профессиональную черту ее работников.

ПРОФИЛАКТИКА И ЭКОНОМИКА¹

Обычно медицинская деятельность рассматривается под гуманным углом зрения, как работа, направленная к возможному устранению или облегчению индивидуальных человеческих страданий.

Единственная форма экономики, с которой встречается врач в этом фазисе своей работы, это нарушенная «экономика» орга-

¹ Изложение доклада на X Всесоюзном съезде бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей им. И. И. Мечникова, проходившем 5—11 сентября 1926 г. в Одессе. Впервые опубликован в «Ленинградском медицинском журнале», 1926, № 9. — *Ред.*

низма, выражающаяся в выпадении или извращении отдельных физиологических функций организма, уничтожающих гармонию организма как определенного «хозяйственного» единства.

Вторая форма непосредственно экономических явлений, непрерывных спутников болезней, которые скользят мимо внимания врача, это связанное с расстройством биологической «экономики» расстройство хозяйственной экономики больного.

Это расстройство вызывается необходимостью для всякого больного приостановить вовсе или ослабить темп своей профессиональной работы, служащей для него источником средств существования. При скоропроходящих заболеваниях этот экономический перебой не имеет особенно серьезного значения. Но при длительных болезнях, как, например, при туберкулезе, экономический кризис разражается надолго не только перед больным, но часто и перед целой группой лиц, связанных с ним экономической подчиненностью.

Но соотношение между рядом патологических и общеэкономических явлений резко, в корне, меняется в исторический период, переживаемый нами, когда медицина постепенно утрачивает первоначальный характер индивидуальной помощи и когда индивидуальная экономика всякого отдельного хозяйства попадает под планирующее влияние государственного хозяйства, проводящего и осуществляющего принципы социалистического строительства.

До сих пор от медицины требовали только костылей, опираясь на которые человечество кое-как ковыляло по извилистым тропинкам и тупикам истории. А теперь от медицины требуют преобразования в профилактику, в сложную сеть системной, творческой, эволюционной работы, которая в результате должна дать государству тот человеческий материал, который способен быть носителем социалистической культуры.

Нужно открыто сознаться, что, несмотря на то что советское государство проводит профилактические мероприятия в самом широком масштабе, никто из врачей-профилактиков до сих пор еще не сделал попытки дать всем профилактическим начинаниям научную основу, привести их в определенную стройную систему, связать их со всей экономической политикой страны и настаивать на проведении этой программы в жизнь.

Можно к этому прибавить, что и в дореволюционное прошлое наша общественно-санитарная мысль, в которой теплились профилактические идеи, была слишком слаба, чтобы отвести должное внимание изучению научных основ профилактики. На Пироговских съездах немного поговорили о социальном и санитарно-техническом назначении в общественной медицине и, как водится, быстро и надолго остыли.

Для того чтобы реально подойти к теме о соотношении экономики и профилактики, прежде всего необходимо расшифровать понятие экономики.

Категория экономического есть чисто формальное понятие. Вне сочетания с определенной целью понятие экономики — абсурд. Только тогда, когда устанавливается определенная цель, только тогда экономика становится учением о методах, путем которых поставленная цель может быть выполнена наиболее целесообразно, иначе говоря, учением о том, чтобы с наименьшими затратами достигались наибольшие результаты. Поэтому мы в несколько образном смысле имеем право говорить, например, об «экономике» организма как о системе гармонически приспособленных друг к другу функций, осуществляющих возможность нормального существования организма как «хозяйственного» единства.

Какие же задачи могут и должны быть поставлены к использованию сил отдельного организма и каково к этим задачам отношение профилактики? Ответ на этот вопрос очень прост и может быть дан без всякой натяжки.

Находясь на почве современного мировоззрения, мы должны рассматривать человека как определенную биологическую ценность, созданную природой и усовершенствованную длительной культурой.

Характерное отличие этой биологической ценности от всех других ценностей, заключающихся в природе, состоит в том, что только один человек обладает свойством трансформировать свою биологическую энергию в разного рода хозяйственные и культурные ценности, сумма которых и определяет то, что называется цивилизацией. Ни одно создание этих ценностей немислимо без его самого интимного участия, так что если допустить невероятный случай, что какой-нибудь неимоверно размножившийся патогенный микроорганизм, перед которым оказалась бы бессильна медицина, или ядовитые газы приблизившейся к земле кометы истребили бы все человечество, то вся созданная многовековой борьбой с природой человеческая культура погибла бы и образование новой культуры, если бы оно вообще оказалось возможным, потребовало бы ряда новых миллионов лет.

Однако эта кажущаяся нам такой элементарной истина досталась человечеству с большим трудом. Долгое время человек был вещью другого человека, потом был подчиненным ему существом.

В обстановке капиталистического хозяйства человек имеет значение подчиненной ценности. Более того, можно сказать, он играет роль непостоянной ценности, приобретая последнюю в те периоды, когда он принимает участие в производстве товаров, и теряя ее, когда он выбрасывается на рынок безработных.

Вторая характерная черта использования биологической энергии человека в капиталистическом хозяйстве заключается в том, что его трудовая эксплуатация переходит часто через границы его способностей восстановления истраченных в производственном процессе сил.

На требования отдельных филантропов или санитарных врачей улучшить санитарную обстановку работ или уменьшить длину рабочего дня обычно слышится ответ, что гигиена — прекрасная, но очень дорогая вещь.

Капиталистическая бухгалтерия приводит в заблуждение общественное мнение, так как она никогда к продажной цене товаров не прибавляет тех экономических затрат, которые частные лица и общество вынуждены производить на поддержание преждевременно амортизированных с производственной точки зрения лиц и на такие «биологические отбросы», как дегенерация, алкоголизм, проституция и другие, которые являются постоянными спутниками капиталистического хозяйства.

В целом можно сказать, что экономические методы, которыми пользуется капиталистическое хозяйство, вполне соответствуют тем задачам, которые стоят перед капитализмом как хозяйственной системой, экспроприрующей биологические ценности для создания хозяйственных ценностей, поступающих в обладание небольшого круга привилегированных людей.

Подобно тому, как мы называем проституированием всякую имитацию полового сближения без предшествовавшей ему психической эмоции, мы должны считать проституированием человеческой энергии всякое использование ее в мере, не соответствующей высшим возможностям психофизических сил организма. Таким проституированием человеческой энергии наполнена вся хозяйственная жизнь антагонистических обществ.

Борьба трудящихся масс за улучшение своего экономического быта и связанного с ним социального положения в капиталистическую эпоху с биоэнергической точки зрения есть не что иное, как вначале стихийное, а потом сознательное стремление к высвобождению своей психофизической энергии от подчиненных задач, которые отводит им экономика капитализма, — к борьбе с ее проституированием и экспроприацией.

Какие же задачи стоят перед профилактикой в совершенно новых формах социалистической жизни, когда трудящиеся массы сами непосредственно прокладывают свой исторический фарватер? Какие методы профилактической работы должны считаться наиболее экономными, т. е. осуществляющими задачи, поставленные перед коллективом, с наибольшим успехом?

В конечном счете задачи профилактики сводятся к тому, чтобы устранить из внешней и внутренней среды человека все препятствия, нарушающие свободное биологическое течение человеческой жизни, и поставить хозяйственную эксплуатацию человека в условия, которые не ускоряли бы наступление срока его «биологической амортизации», нормально рассчитанного на 70—80 лет.

Нужно мимоходом указать на то, что современная небольшая армия профилактики, вышедшая из общественной школы с ее терапевтическим индивидуализмом и практическим эмпиризмом, склонна к переоценке внешней среды человека и к недооценке его

внутренней среды¹. Профилактика находится преимущественно в «бактериологическом окружении». Около нее слишком сильный запах карболки. Она по совершенно серьезным мотивам увлекается санитарной техникой. Но она упускает из виду другие, не менее важные задачи, которые стоят перед ней, — задачи биотехнические, задачи экономного функционирования самого социального коллектива.

Прежде всего каждый профилактик должен спросить: «Как количество производимых человеческих жизней влияет на их качество и на их жизненную «рентабельность»? Каково соотношение потребляющих возрастных групп населения к производительным и в чем заключается влияние этого соотношения на производительность народного труда в целом? Какова экономическая ценность того человеческого материала, который создает все другие ценности? Какие затраты необходимы, чтобы поднять его квалификацию, и какой общественный доход они обеспечат? Какие материальные потери несет современный коллектив вследствие преждевременной потери массы своих членов до того периода, когда они оказываются в состоянии общественно полезным трудом возместить понесенные на них затраты? Может ли современный «дешевый» человек быть источником производства значительных материальных ценностей? Какими чрезвычайно тягостными экономическими осложнениями сопровождается наличный темп образования, если можно так выразиться, «человеческого сырья»? Какие плюсы и минусы для народной экономики возникают в результате отвлечения женщины от воспроизводства биологических ценностей к производству материальных?».

Когда профилактик заинтересуется и сумеет ответить на все эти и ряд других важных вопросов, тогда он научится говорить языком, понятным и убедительным для экономиста и хозяйственника. Из этого не следует, что и профилактик, и хозяйственник всегда придут в отдельных конкретных темах к одинаковому решению. Но хозяйственник вынужден будет считаться с тем, что всякое напряженное использование человеческой энергии имеет в биологическом рефлексе определенную материальную подкладку, и будет понимать, что экономически оно может быть оправдано лишь в тех исключительно немногих случаях, когда непоправимая растрата этой энергии будет с избытком покрыта значительными культурными приобретениями коллектива в целом.

Профилактик, с другой стороны, должен основательно втолковать хозяйственнику, что если в отдельных случаях возможно отложить на время приобретение тех или иных технических ценностей, то быть скупым на затраты, необходимые для устойчивого равновесия биологической энергии, а тем самым и экономической

¹ Понятия внешняя и внутренняя среда чисто условные. По существу говоря, в природе мы наблюдаем взаимодействия между всеми ее элементами. Человек есть в такой же степени продукт внешней среды, как внешняя среда есть видоизмененная обстановка в результате воздействия человека на эту среду.

продуктивности определенной группы людей, — значит рисковать навсегда потерей хозяйственной ценности как их самих, так и нисходящего от них поколения.

Отказаться от затрат на необходимое поднятие квалификации биологических ценностей, заключающихся в человеке, по экономическим мотивам можно только тогда, когда четкими цифрами будет доказано, что затраты эти не рентабельны и не окупаются ожидаемым повышением доходности от хозяйственного использования человеческой жизни.

Но, с другой стороны, экономист и хозяйственник должны прочно усвоить то положение, что без значительных затрат, имеющих своей задачей повышение квалификации человеческой энергии, будут мало рентабельны и те затраты, которые производятся государством на приобретение и улучшение орудий производства. Каждой производственной эпохе соответствует определенный биологический и психологический тип человека. От шофера и летчика требуются совершенно иные качества, чем от медлительного погонщика волков.

С полной убежденностью можно заявить, что все, что в настоящее время мы знаем о структуре наших биологических ценностей, является значительным тормозом для экономического развития страны.

Какая буря разразилась бы в Совете народного хозяйства, если бы там было сообщено, что из тысячи заказанных тракторов по дороге испортилось 493, а прибывшие на место все в непродолжительное время пришли в негодность.

Из каждой тысячи «человеческих машин», изготавливаемых в домашних производствах Советского Союза, к периоду годности их для хозяйственной эксплуатации уцелевает 507. Срок хозяйственного их использования длится только 17 лет.

К сожалению, статистика «человеководства» у нас поставлена значительно хуже, чем многие отрасли сельскохозяйственной статистики, и точные исчисления народных убытков, вытекающих из недостаточного продуманного отношения к этой — наиболее важной в хозяйственном отношении отрасли народной экономики, сейчас невозможны.

Если на минуту представить, какие громадные экономические потери мы несем оттого, что до 25% всех лиц умирает ежегодно от так называемых «устраимых» болезней, оттого, что плодovitость наших крестьянок в громадном большинстве случаев кончается преждевременной гибелью большинства детей и преждевременным изнашиванием материнского организма, оттого, что темп смены поколений протекает с неимоверной быстротой, то без дальнейших объяснений нам станет понятным, почему так низка у нас средняя годовая доходность человеческой жизни, исчисляемая в 101 рубль, и средняя ценность человеческой жизни — в 3200 руб. И еще более ясно, что в проблеме «человеческой экономики» мы имеем ударный профилактический фронт, без изуче-

ния, борьбы и последующей победы на котором мы не в состоянии значительно поднять экономику страны.

Экономика воспроизводства человеческих жизней есть одна из самых важных глав общей проблемы народной экономики вообще.

Темп роста населения может или опережать темп создания материальных ценностей, или совпадать с ним, или, наконец, отставать от него. В первом случае страна будет постепенно беднеть, во втором и третьем — богатеть.

Если эта проблема не привлекла к себе достаточного внимания в профилактических кругах Советского Союза, то это объясняется главным образом громадными резервами сельского населения, куда только начинают проникать навыки ограничения размножения. Но через одно-два десятилетия эта проблема приобретет громадное социальное значение и потребует к себе значительного внимания.

Трудно поверить, что в научно образованных кругах могут еще находиться люди, которые допускают в условиях «искусственной» жизни, называемой культурой, какой-то таинственный биологический *perpetuum mobile*, какой-то извечный процесс обновления жизни. Вымирают без следа отдельные семьи, целые народности. История хранит нам уже не один пример исчезновения великих цивилизаций, любоваться следами которых мы можем только в музеях. Культура — это вовсе не забавная детская игра, и возведение каждого нового этажа в ее постройке требует все больше осмотрительности, все больше профилактических мероприятий, чтобы удержать в равновесии человека.

Обмен, обновление поколений в настоящее время происходит чисто стихийно, почти без всякой регуляции. Любой дегенерат, если ему не лень повозиться ночь с женщиной, может подарить обществу нового члена, который вправе потребовать от общества пожизненного бесплатного пансиона в психиатрическом учреждении. Экономика обмена поколений — это дисциплина, еще не привлекавшая внимания профилактиков. В каком соотношении находится количество рождений к их качеству? К каким новым экономическим начинаниям обязывает нас явление резко убывающей рождаемости, так характерное для Запада и уже начинающее обнаруживаться среди нас?

Вычислял ли кто-нибудь, что экономически выгоднее обществу: если женщина, работающая на конфетной фабрике, будет иметь два выкидыша, одно мертворождение и останется затем бесплодной или, оставаясь в семье, подарит коллективу три новые, человеческие жизни, необходимые для возмещения сходящего со сцены поколения. Уравновешивают ли изготовленные ею в течение ее профессиональной жизни пакеты пряников и леденцов недостатку трех новых человеческих жизней? Правда, выработка конфет оплачивается, а выработка детей — нет, и поэтому общественное мнение повсюду, во всех социальных группах, все больше склоняется к тому, что не стоит заниматься

явно бездоходным, даже убыточным предприятием выращивания детей.

Известен рассказ о том, как один французский полководец, принц Конде, осматривая после кровопролитного сражения покрытое многочисленными трупами французов поле битвы, сказал: «Ну что ж, одна ночь в Париже возместит все эти потери». Принцу приходится возразить, что брачные ночи становятся все менее плодотворными, что любовь вооружена надежными предохранителями, что аисты, напуганные психологической атмосферой нашей современной жизни, все реже залетают в наши города и что даже врачи, эти исконные профессиональные охранители жизни, на виду у всех открыто подняли кампанию за разорение и выскабливание их гнезд.

Несомненно, что выполнение всех профилактических задач, вытекающих из принципа экономного использования человеческой жизни, и согласование их с другими хозяйственно-техническими задачами — дело неблизкого будущего. Но камни этой новой науки, которую можно было бы назвать «человеческой экономией», нужно собирать уже теперь.

Мы переживаем в настоящее время один из оригинальных кризисов — кризис перепроизводства человеческих жизней, подобно тому, как в промышленности наблюдаются периодические кризисы вследствие перепроизводства товаров. Но этот кризис, выход из которого государство ищет в поднятии производительности труда, не дает нам права менять принципиально свое отношение к экономному пользованию человеческой жизнью.

Дальновидная профилактика не может ограничиваться интересами одного поколения, потому что на последующих поколениях, на их жизненной, культурной и экономической рентабельности явственно скажутся непоправимые последствия ограничительных средств, потребляемых обществом на его жизненные нужды.

Значительные, все увеличивающиеся затраты на терапевтическую медицину с экономической точки зрения есть не что иное, как выплата ростовщических процентов по векселям профилактической задолженности.

Терапевтическая медицина находится в таком же отношении к профилактике, как кустарная ремонтная мастерская к грандиозному заводу, изготовляющему усовершенствованные «биологические машины». Несомненно, что терапевт во многих случаях попутно облегчает выполнение некоторых профилактических задач, но по самому характеру своей социальной роли он должен всегда иметь подчиненное положение и не может быть организатором профилактических мероприятий.

В последнее время со страниц печати не сходит лозунг «режим экономии». Что значит «режим экономии» на профилактическом языке? Это значит — ни одной лишней смерти, кроме той, которая вызывается естественной амортизацией человеческой жизни, это значит — ни одного преждевременного изнашивания челове-

ской жизни, ни одного излишнего бесполезного рождения, отягчающего коллектив бесполезными затратами.

Реальные представления о достижениях режима экономии мы будем иметь только тогда, когда каждый трест в свой гроссбух рядом с активом — «выработано столько-то вагонов мануфактуры» — внесет и пассив — «столько-то аборт, столько-то мертворождений, столько-то болезней и преждевременных смертей, столько-то прямых и косвенных расходов на преждевременную амортизацию рабочей энергии».

Всякое увеличение средней продолжительности жизни на 1 год есть крупное достижение в режиме экономии, потому что это означает уменьшение затрат на выращивание «бездыханых» человеческих жизней и большое сбережение народнохозяйственных средств, не учитываемое пока еще экономическим балансом народного хозяйства. Всякое увеличение средней продолжительности жизни на 5 лет — это значит для государства повышение рентабельности больших затрат на квалификацию и хозяйственную подготовку членов социального коллектива. Наконец, доведение средней продолжительности жизни до достигнутой нашими западными соседями нормы в 50 лет означает подведение прочного социально-биологического базиса под все наше хозяйственное строительство.

Одним словом, если верно, что учет и калькуляция представляют базу, на которой должна строиться подготовка к высшим хозяйственным формам, то сбрасывать со счетов экономики тот колоссальный фактор, который представляет в своей архитектонике само население, есть неизвинительная и далее нетерпимая ошибка.

Анализируя взаимоотношения между профилактикой и экономикой, мы приходим к выводам, что профилактика и экономика — это два родственных понятия, два только внешне различающихся выражения одной и той же идеи, постоянно перекрещивающиеся друг с другом.

Профилактика является экономикой по своим целям, потому что она оберегает от растраты биологические ценности. Вместе с тем она — экономика по характеру средств, в которых она нуждается для поднятия биологической энергии народных масс. С другой стороны, всякое профилактическое начинание является экономическим по своему влиянию на народное хозяйство, поскольку повышенная биологическая энергия имеет своим результатом увеличение материального эффекта работы. Вне профилактики невысказана рациональная государственная экономика, точно так же как вне государственной экономики нельзя себе представить проведение профилактических начинаний.

Но если всякая профилактика есть экономика, то далеко не всякая экономика есть профилактика. Совершенно два различных эффекта получают в зависимости от того, поступает картофель на откармливание свиней и в виде дешевого сала идет на питание организма или если этот же самый картофель перерабатывает-

ся в алкоголь, который как наркотик создает иллюзию сытости голодному организму и медленно подтачивает силы всего коллектива.

Различие между профилактикой и экономикой в том, что первая обозначает техническое управление человеческим организмом и коллективом, а вторая — техническое управление всеми остальными хозяйственными ценностями, кроме человека. Дело государственной политики — дать обеим отраслям техники сцепление в условиях наилучшего равновесия. Но это равновесие и уверенное поступательное движение социального организма может быть обеспечено только тогда, когда профилактический фонд государство будет рассматривать как основной производственный фонд для развития сил страны и обеспечит как его самого, так и всех профилактических работников надлежащими материальными средствами.

Можно только одно сказать без всяких преувеличений, что наши народные трудовые массы — это та часть национального достояния, которая с хозяйственной точки зрения может быть сравнена с девственной почвой. Никакие затраты не окажутся излишними, чтобы вычерпать таящиеся в ней силы, и всякая затрата по пробуждению их окупится сторицею.

Но не следует ограничивать биотехнические функции профилактики исключительно культурой вегетативных функций организма, как это до сих пор всюду делается. Биотехника включает в себя и психотехнику. Долгое время человек был искусственно разделен на две части. Первая часть — тело — была отдана искусству врачей; вторая часть его — психика была в монопольной обработке жрецов разных наименований. Профилактик должен изучать «экономику» организма в целом, изучать механику его поведения и всю сферу его психики. Только тогда он укрепит свои познания в таких сферах социально-патологических явлений, как алкоголизм, патологическая сексуальность, проституция и многое другое. Профилактику должна быть понятна и знакома «экономика» человеческих эмоций и всего так называемого душевного содержания человеческой жизни, потому что совершенно ясно, что все, что увеличивает товарищескую солидарность, все, что укрепляет и поддерживает социальный энтузиазм, все это представляет несомненные экономические ценности, потому что все это вливает новые силы в ряды борцов, пробивающих для всего человечества путь к настоящей человеческой культуре, вне гнета и насилия, освещенной солнцем творческого труда. Профилактик должен быть в первых рядах этих борцов. И поэтому должен показаться логически противоречащим всему сказанному призыв к профилактической организации — не экономить энергию своего служения массам, быть великодушной и расточительной в собственной работе и отдать все прибавочные ценности, которыми обогатилась она от соприкосновения со знанием, весь свой энтузиазм, все будни своей работы так беспредельно нуждающимся в них массам.

Это явится исчерпывающей формой экономики профилактического служения той форме жизни, о которой мечтал Мечников и которую мы должны формулировать как социальный ортобиоз.

ЭКОНОМИКА НАСЕЛЕНИЯ — ЕЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ И НАРОДНОХОЗЯЙСТВЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ¹

Среди всех материальных и культурных ценностей человек есть высшая ценность потому, что только он один обладает способностью трансформировать свою биологическую энергию в ценности культурно-хозяйственного порядка и вместе с тем он является необходимым участником и основным звеном всякого хозяйственного процесса.

Для того чтобы установить наиболее ясное взаимоотношение между ценностями, заключающимися в самом населении, и всеми остальными хозяйственными и культурными ценностями, наиболее удобен тот путь, каким издавна пользуется политическая экономия, последовательно изучая различные этапы хозяйственного процесса: производство, эксплуатацию и амортизацию создаваемых ценностей.

Производство биологических ценностей есть чисто природный процесс, начало которого относится к оплодотворению женщины мужским семенем. В противоположность тому, как это поставлено в каждом культурном зоотехническом хозяйстве, в производстве этом могут принимать участие все взрослые индивиды. В громадном большинстве случаев производство это происходит внутри семьи, т. е. формы более или менее длительного сожития мужчины с женщиной, представляющей первичную социальную ячейку, обеспечивающую человеческому росту возможность дальнейшего развития. По франкфуртским демографическим исследованиям было установлено, что, в то время как из 100 детей, рожденных в браке, до 20 лет доживало 66, из 100 внебрачных детей этого возраста достигало только 18. Процент внебрачных рождений в большинстве стран Западной Европы составляет менее 10% общего числа рождений, падая в отдельных странах (Англия и Германия) до 4—3.

С производственной точки зрения образование биологических ценностей есть никем не оплачиваемый побочный продукт домашней мелкой индустрии, для технической оценки которой характерно все то, что типично вообще для домашней индустрии, т. е. прежде всего полное отсутствие санитарного контроля.

Поскольку производство биологических ценностей в массе имеет чисто стихийный характер, оно никогда непосредственно не регу-

¹ Статья впервые была помещена в журнале «Профилактическая медицина», 1929, № 1. Публикуется с незначительными сокращениями. — *Ред.*

лировалось определенным спросом на человеческую силу, а определялось, с одной стороны, сексуальным поведением его продуцентов, с другой — субъективными хозяйственными мотивами той мелкой производственной ячейки, внутри которой оно происходило. Во второй половине XIX в. повсюду в Европе производство биологических ценностей стало подвергаться существенным количественным изменениям. XIX в. был веком чрезвычайного развития техники вообще, которая проникла и в область половых отношений. Люди успешно стали учиться удовлетворять свои естественные половые влечения и не платить по векселям природы путем применения разнообразных так называемых превентивных (противозачаточных) средств. С этого времени «рационализация» размножения внутри отдельных семей и классов стала все более распространяться и захватывать все большие круги, что начало сказываться в систематическом неуклонном и последовательном падении рождаемости, окончательный предел которой в настоящее время никем точно не может быть установлен.

В образовании биологических ценностей подавляющее значение принадлежит женщине. Она вынашивает детский организм девять месяцев внутри себя, питает его соками своего тела, с появлением ребенка на свет продолжает кормить его своим молоком и в течение первых трех лет жизни младенца должна отдавать ему много времени и забот, чтобы обеспечить своему росту правильное жизненное развитие. Совершенно естественно, что втянутая с развитием капиталистической культуры в производственную жизнь мать-пролетарка, имеющая уже одного-двух детей, не могла не пойти по той же дорожке, на которую уже раньше нее вступили ее товарки по биологическому производству: буржуазная женщина и трудовая интеллигентка. Если для первой излишний ребенок мог являться помехой в ее светском образе жизни, если для второй ребенок вносил осложнения в путь индивидуального развития и профессиональной работы матери, то для пролетарской семьи ребенок стал дорогостоящим, нерентабельным предприятием, ухудшающим и без того незначительные материальные ресурсы пролетарского хозяйства. Если в условиях экстенсивного сельского хозяйства в крестьянской семье новый ребенок мог явиться желанным прищельцем, то по мере перехода этого хозяйства на интенсивное, в связи с ограничением перспектив дальнейшего расселения, крестьянин также утрачивает экстенсивное деторождение и стремится ограничить свое детопроизводство.

При народнохозяйственной оценке высоты показателей рождаемости в той или иной стране следует спросить себя: каково качество¹, если можно так выразиться, «человеческого сырья»

¹ В настоящее время качественные аспекты воспроизводства населения вновь привлекли пристальное внимание не только демографов и генетиков, но и философов, социологов, психологов, социал-гигиенистов (см. «Вопросы философии», 1970, № 8, с. 129—134; 1971, № 1, с. 36—45; 1971, № 2, с. 55—64; «Demografia», 1970, № 1—2, р. 21—30). — *Ред.*

в целом, какими сопутствующими экономическими явлениями сопровождается этот процесс, как эта «продукция» отражается на биологической энергии, т. е. на состоянии здоровья его продуцентов, какие материальные затраты необходимы для превращения этого «биологического сырья» в общественно полезные ценности — одним словом, исследовать все компоненты производства биологических ценностей с экономической точки зрения.

Прежде всего следует заметить, что в природе рождаемость есть тот процесс, которым данный вид сохраняет свою численность, пополняя как естественные потери, происходящие путем отмирания части своих членов, так и случайные утраты, вызываемые борьбой членов этого вида с враждебными ему представителями других видов и вредными влияниями окружающей среды. Чем больше опасностей заключается во внешней среде для данного вида, чем большим истреблением прозяет он, тем большей плодовитостью реагирует вид на опасность своего истребления. Правильнее говоря, только те виды могли удержаться в жизненном соперничестве, которые обладали способностью реагировать на большое истребление большим размножением. Этому закону, в свое время незамеченному Ч. Дарвином (который, попав на удочку Мальтуса, установил обратную зависимость, будто излишняя плодовитость вызывает чрезмерную гибель), долгое время, несомненно, был подчинен и человек, пока он с поступательным ходом культуры не научился сначала ослаблять влияние внешней среды, а потом компенсировать вредные последствия скупченности человеческих масс на ограниченных пространствах применением санитарной техники и организацией социальной гигиены.

Все, что мы знаем из истории человеческого размножения на земле, свидетельствует о том, что, несмотря на формальные возможности в виде громадных незаселенных пространств, с одной стороны, и несмотря на значительный потенциал женской плодовитости — с другой, размножение это происходит весьма медленно. Так, например, в средние века столетия проходили за столетиями, а население в Европе оставалось стационарным и даже убывало. Стоит вспомнить одну только «черную смерть» XIV в., от которой погибло из 100-миллионного населения тогдашней Европы 20 млн., чтобы ясно представить себе, какие задержки испытывало население Европы в своем размножении помимо непрерывных голодовок и войн. Все международные демографические показатели с неотразимой убедительностью свидетельствуют о том, что страны с большой рождаемостью есть в то же время страны с большой смертностью.

Данные русской довоенной статистики неопровержимо свидетельствуют о повышении рождаемости во все годы, непосредственно следовавшие за годами с повышенной смертностью. Общая эволюция показателей рождаемости и смертности, наблюдающаяся за последние 50 лет в Западной Европе, обнаруживает несомненную их тенденцию приблизиться друг к другу. Один и тот же прирост

населения, допустим 10 человек на 1000 населения, может быть достигнут при коэффициенте рождаемости в 45 и смертности в 35 человек или рождаемости в 25 и смертности в 15 человек, но народнохозяйственная сторона обоих этих процессов будет протекать в совершенно различной обстановке. В первом случае мы будем иметь значительную перегрузку женского организма, быстрое его изнашивание, разнообразные гинекологические заболевания, преждевременную старость и проч. Обилие рождений вызывает частое наступление смертей еще в детском возрасте, обильное число детей не обеспечивает за ними надлежащего физического ухода. Значительная смертность детей до одного года автоматически ведет за собой процесс вторичного зачатия, которое не наступило бы, если бы предыдущий ребенок остался в живых и кормился грудью своей матери. Во втором случае мы достигаем того же прироста населения при относительно незначительной затрате сил материнского организма, малой детской смертности при больших сбережениях в народных расходах на здоровье.

Стихийный тип рождаемости в сопоставлении с «культурным» типом рождаемости, т. е. таким, при котором ставятся определенные ограничения автоматизму природы, чрезвычайно неэкономичен. Он в состоянии обеспечить только очень медленный культурно-хозяйственный рост страны, потому что в его результате в составе всей массы населения значительно преобладают детские возрастные группы. Несмотря на это преобладание, относительно только немногие дети достигают того периода жизни, когда они оказываются в состоянии возместить обществу те издержки производства, которые были понесены коллективом в процессе их выращивания и на подготовку к той или иной форме профессионального труда. Смерть всякого организма, не достигшего продуктивного периода жизни, должна рассматриваться как непосредственный ничем не возместимый экономический убыток для коллектива. Это есть биологическое мотовство, расточение сбережений в народном хозяйстве, обременительные накладные расходы на продукцию народного труда в целом. При стихийном типе размножения количество младенцев идет за счет их качества. Уже может считаться прочно установленным тот факт, что для формирования биологически полноценного плода необходим минимально двухлетний перерыв между двумя последовательными зачатиями.

Стихийный тип размножения, связанный с чрезмерной смертностью и как результатом последней со значительным укорочением средней продолжительности человеческой жизни, в конечном счете ведет к быстрой смене поколений, каждое из которых за короткое время жизненного существования не успевает накопить достаточного количества хозяйственно-культурных ценностей, необходимых для подспорья новым поколениям, выходящим на жизненную арену. Стихийный тип размножения органически несовместим с интенсивной культурой женщины как личности и как члена социального коллектива, обрекает ее на «бесплодную плодови-

тость», на вечную возню с малолетками, пеленки которых загораживают от нее широкий простор культурно-общественных интересов.

* * *

Проблема качества «человеческого сырья» состоит из целого ряда отдельных вопросов: вопрос соматической и психической полноценности рождающихся детей, вопрос о роли одаренности таланта в культурно-эволюционной жизни общества и некоторые другие. В настоящее время большинство этих вопросов представляет сплошной хаос, из которого некоторые социально-кастрированные биологи пытаются вывести ряд консервативно-доктринерских формул, в то время как медики, компетенция которых должна бы была заставить заговорить, смущенно молчат. Более или менее ясны требования, какие можно предъявить к соматической структуре рождающихся. Биологическая добротность сырья определяется здоровыми соками родителей, зрелым их возрастом и отсутствием в зародышевой плазме зачатков, которые в индивидуальной жизни потомков разворачиваются в болезненные состояния или создают из этих потомков вялые пассивные существа, так же разрезающие человеческий актив, как азот разбавляет кислород в атмосфере воздуха. Но полная ясность во всех этих вопросах будет достигнута лишь тогда, когда медик из своей скромной роли штопальщика человеческой протоплазмы перейдет на амплуа организатора жизни, «биологического инженера», управляющего жизненным потоком.

Социально-культурное значение всякой крупной одаренности, будет ли это научный гений или духовный вождь, заключается в том, что всякий талант расширяет диапазон жизни, увеличивает число материальных и психических ценностей, какими пользуются все нисходящие человеческие поколения. С биологической точки зрения талант есть редкое сочетание в одном лице таких способностей, которые остались несобранными, разъединенными в других индивидах. Если талант есть не что иное, как определенная биологическая вариация, подчиненная закону больших чисел, то вероятность его появления должна быть одинакова во всех социальных классах. Но фактическое выявление потенциала одаренности определяется высотой культуры и социальными условиями данной среды. Поскольку в основе одаренности лежат определенные биологические предпосылки, мы его не в состоянии искусственно создавать, но оберегать и культивировать таланты коллектив обязан не в меньшей степени, в какой он считает для себя возможным хотя бы украшать общественные сады красивыми декоративными растениями.

Мы не обладаем до сих пор никакими точными и объективно доказуемыми сведениями о высоте одаренности того или иного коллектива. Известный интерес представляют выводы американских психотехнических исследований во время воинских наборов,

обнаружившие, что из числа испытуемых только 20% оказались способными к успешному усвоению дисциплин, преподающихся в высших школах. Но нет никаких сомнений в том, что рядом с редкими случаями образования талантов в современном коллективе происходит значительное размножение биологических элементов, психика которых в достаточной мере рудиментарна и, несомненно, значительно понижает их «социальную ценность». На каждом почти шагу можно встретить различные формы врожденного слабоумия, начиная от ограниченных формалистов, наивных эгоистов и кончая чрезвычайно пестрой армией всяческих самоопределившихся психопатов. Социальное воздействие и социальная среда в состоянии до определенной степени влиять на внешнее поведение большинства таких людей, но не воздействовать на их внутреннюю психическую структуру.

Только тогда, когда станет точно проводиться учет биологических ценностей и всех деталей строения их, будет ясно осознано вредное влияние на коллектив и на темп его поступательного развития всех биологически малоценных элементов, обусловленных стойкой порчей зародышевой плазмы. Дегенерация в ее многообразных проявлениях, будет ли это эпилепсия, душевные расстройства, некоторые виды социально нетерпимого поведения, — есть не что иное, как ничем непоправимые распад и дегенерация биологических ценностей, своей ржавчиной заражающие здоровые элементы общества и лежащие тяжелым материальным гнетом на весь коллектив. При лозунге «размножайся кто хочет» борьба с этим разложением биологического материала невозможна. Перед коллективом будущего стоит громадная задача освободить биологический материал от подтачивающих его изнутри органических дефектов, которые так сильно снижают его «рентабельность» и наполняют человеческую жизнь множеством излишнего горя и страданий.

Проблема «человеческого сырья» в настоящее время подменена проблемой наследственности. С большой уверенностью можно утверждать, что проблема «наследственности» в значительной своей части сводится к проблеме «распределения» зародышевых качеств среди членов нового поколения. Ни одно новое поколение не является копией предыдущего.

Часть членов данного поколения оставляет жизнь, не достигнув воспроизводительного возраста, часть остается безбрачной, а из вступивших в брак некоторые остаются бесплодными. Наоборот, другая часть значительно размножается и занимает своими потомками освобождающиеся «вакансии». В настоящее время представляет значительный интерес разрешение вопросов: какова дифференциальная рождаемость внутри разных групп населения, каково размножение биологически «малоценных» элементов в сравнении с размножением «полноценных», какова плодовитость в семьях слабоумных, эпилептиков, алкоголиков и т. д.

Несомненно, что высокие производственные затраты на переработку малоценного сырья не в состоянии окупаться и что «рентабельность» его весьма ничтожна. Поэтому врач-социолог прежде всего должен ориентироваться в основных качествах биологического сырья и бороться за него так же, как экономист борется за качество продукции уже обработанного материала, и обеспечить ему возможно более высокую квалификацию. По количеству затрат, вложенных в переработку сырья в произведенный продукт, мы можем различать «дешевых» и «дорогих» людей. Современный человек как массовый продукт биологического воспроизводства в громадном большинстве случаев очень мало «рентабелен». Если коллектив оказывается не в состоянии обеспечить ему ту ступень культуры, которая достигается грамотностью, то этим самым массы населения исключаются из пределов какой бы то ни было культурной жизни и сколько-нибудь ценного участия в техническом процессе страны.

Статистик С. Г. Струмилин¹ высчитал, что на осуществление всеобщего начального образования в пределах Союза необходимо затратить 1600 млн. руб. Но эффект этих затрат, результатом которых будет значительное повышение производительности народного труда, будет оцениваться по меньшей мере в 69 млрд., т. е. в 43 раза больше. Не удивительно, что ничтожные затраты на охрану биологических ценностей и на их квалификацию, которые производились у нас до революции, выражаются с неизбежной последовательностью в чрезвычайно ничтожной производительности народного труда и его доходности.

Демографическая статистика считает возраст от рождения до 15 лет экономически непроизводительным возрастом. Это верно лишь в очень относительной степени. Это период, в течение которого человек как сырой продукт природы превращается в общественно полезную ценность, привлекаемую к социальной работе, к экономическому и культурному творчеству. Всякая смерть человеческого организма до достижения им 15-летнего возраста есть непоправимая безвозвратная потеря коллектива, прямой убыток в непосредственном хозяйственном смысле и должна относиться к излишним издержкам производства. Это — период разворачивания биологических потенциалов организма, очень чуткого ко всякого рода вредным влияниям среды и слишком еще слабого, чтобы противостоять им так, как это доступно уже сформированному организму. Всякое нарушение его природных биологических потребностей, будут ли это дефекты в питании, ограничение необходимого числа часов сна, загрязнение воздуха и т. д., кончаются жизненным ослаблением его конституции, нарушением гармонического развития организма как определенной замкнутой системы психофизических сил. Если организм, находящийся в периоде ро-

ста, ставится в неблагоприятные гигиенические условия, если он недоедает, недосыпает, не обогащается психически, то тем самым он не прерывает своего физического развития, но оно получает извращенный характер. Предупредительная медицина, или, как теперь ее называют, профилактика, должна три четверти своего внимания сосредоточить на этом возрасте. Безуспешно пытаться разубедить человечество в существовании чудес в природе, оно требует теперь чудес даже от науки и хочет приписать науке способность устранять неизбежные последствия вреда, нанесенного живому организму. Наивно-жестоким лозунг всех хозяйственных систем, основанных на порабощении одного класса другим, формулирован в положении «сначала вредить, чтобы потом лечить». В этих условиях медицине не оставалось иной роли, кроме сострадательной сестры милосердия, питающейся скудным бюджетом, построенным на «гуманных» основаниях.

По окончании периода своей профессиональной подготовки человек становится участником производственного процесса, создателем экономических и культурных ценностей. Демографическая статистика, как сказано уже, этот возраст определяет в 15 лет и на этом строит целый ряд системных вычислений. Фактически производственный возраст для всех групп так называемого умственного труда отодвигается на много лет позже, так как требует для себя гораздо более длительного периода подготовки. Здесь своеобразно отражается то биологическое положение, в силу которого чем более дифференцирован организм, тем больше стадий производственной подготовки он проходит. Но, несомненно, что всякий социальный коллектив в определении периода подготовки, который он дает своим подрастающим сочленам, вынужден считаться и фактически связан масштабом средней продолжительности жизни своих граждан.

Совершенно ясно, что одни возможности профессиональной подготовки даются средней продолжительностью жизни в 32 года и другие — средней продолжительностью в 50 лет. Тем же самым определяются и эффективные результаты характера и качества профессиональной подготовки. Если взрослый организм вступает в хозяйственную жизнь страны без всякой квалификации, то он применяется или в качестве простой физической силы, представляющей систему механических рычагов, или для самых элементарных форм жизненного труда. В первом случае труд его часто гораздо менее выгоден, чем применение энергии высших животных, содержание которых гораздо дешевле, чем затраты, необходимые на восстановление энергии человеческого организма. Здесь мы имеем наиболее наглядный пример деквалификации биологических ценностей, используемых не по линии наибольших возможностей, а в направлении низведения биологических ценностей до элементарной природной стихии, как механическая сила ветра, движение волн и т. д. Во втором случае перед нами человек, не способный к тем творческим направлениям, с которыми связано поступатель-

¹ См.: С. Г. Струмилин. Проблемы экономики труда. М., Госполитиздат, 1957, с. 164. — *Ред.*

ное развитие культуры, слепо сдавленный традициями, формально выполняющий свои немногосложные функции элементарного порядка.

Вовлекаемый в производственный процесс, объективной целью которого является удовлетворение общественно необходимых потребностей коллектива и увеличение общего числа материальных благ, накопленных предыдущими поколениями, человек раскрывает все свои особенности. Труд человека есть социализированное выражение его основной биологической функции — инстинкта самосохранения, потому что только он один дает возможность ему удовлетворить необходимые жизненные потребности. Трудовой процесс получает хозяйственную осмысленность только в том случае, когда сумма созданных хозяйственных благ превышает число их, необходимое для восполнения затрат, истраченных организмом в процессе работы. Если бы человек в процессе труда добывал себе ровно столько ценностей, сколько необходимо потребить, чтобы привести в равновесие утомленный работой организм, то он ни на йоту не увеличивал бы число наличных ценностей. Если характер труда таков, что человек не в состоянии уравнивать своих затрат нервно-мышечной энергии, то таким путем его биологическая ценность экспроприируется. Способность восстанавливать равновесие биологических функций есть то, что называется здоровьем. Как только одна из бесчисленных клеток человеческого организма утрачивает возможность восстанавливать свой нормальный состав, тогда она становится больной клеткой.

Но организм в целом чувствует себя больным много позже — он первоначально пускает в ход все свои защитительные аппараты, зовет на помощь соседние клетки, усиливает работу и приспосабливается путем вызова всех резервных функций к требующимся от него усилиям. Болезнь, а вместе с ней и врач появляются на сцену только тогда, когда все защитительные приспособления испробованы, пущены в ход и оказались бессильны установить равновесие между организмом и средой. Эту функцию вынужден брать на себя врач, единственная задача которого заключается в том, чтобы снять с организма всю излишнюю нагрузку, поставить его в условия возможно меньшей работы, снабдить больные органы возможно большим количеством питательного материала и устранить внешние вредности, если они продолжают еще действовать на организм. Но врач не является распорядителем хозяйственных процессов, в которые вовлечен больной, так же как он не есть распорядитель в его биологическом хозяйстве. В первом — распоряжается общественная экономика, во втором — биологическая энергетика. Поэтому врач, по существу, осужден на паллиативы и там и здесь: и там и здесь с ним мало считается хозяйственная и «биологическая» экономика. Естественно, что урок, который врач для пользы своей должен вынести, это то, что трагедия биологических страданий есть обратная сторона той же самой медали, на которой вычеканены хозяйственные эмблемы дан-

ного социального строя, и что строим, устраняющим страдания, есть не тот, где человек приспосабливается к хозяйству, а где хозяйство приспосабливается к человеку.

Поэтому нормальное «использование» человека в производственном процессе должно быть построено на том расчете, чтобы человек не переходил за верхние границы своих биологических функций и в процессе отдыха восстанавливал все биологические затраты. Если бы оказалось, что условия производственного труда таковы, что они ускоряют естественную амортизацию человеческой энергии на несколько лет, то они должны были бы быть пересмотрены и из них нужно было бы исключить те влияния, которые вызывают это ускорение. К сожалению, это является началом того времени, когда все издержки производства и хозяйственные выгоды будут точно известны.

В капиталистическом хозяйстве фабриканта мало тревожит вопрос о преждевременной изношенности работающих на принадлежащем ему предприятии. К его услугам постоянно новые кадры здорового биологического материала. Он сбрасывает со своих плеч на ношу общества необходимость содержания и ухода за преждевременно изношенными людьми, а если общество сделать это не в силах, то тем самым армия пауперизма и нищеты увеличивается. Точно так же капиталиста ничуть не тревожит вопрос, как сказывается вовлечение в производственный процесс женщины, жены и дочери пролетария на их воспроизводительных функциях. Для коллектива же в целом этот вопрос, как и предыдущий, представляется делом первостепенной важности. Зачатая еще в недрах капиталистического общества идея социального страхования, по существу, представляет одну из наиболее революционных идей нашего времени. Когда коллективу приходится уплачивать частью или всецело за преждевременную амортизацию биологического материала, тогда все внутренние противоречия хозяйственной системы получают яркое освещение и требуют дальнейших логических выводов. Когда коллективу приходится выдавать страховые премии за увечья, вызванные плохой организацией производства, или уплачивать инвалидное страхование вследствие того, что производство неправильно организовано, то элементарные соображения хозяйственного расчета вынуждают произвести необходимые улучшения в организации труда.

Всякое накопление хозяйственных ценностей, которому соответствует разрушение биологического материала или преждевременная его амортизация, является мнимым. История может оправдать только отдельные случаи разрушения биологических ценностей, например революции, если результат последних проявляется в значительном обогащении народнохозяйственной жизни и ликвидации тех хозяйственно-политических преград, которые стояли на пути развертывания социальной культуры. Вопрос о количественном соотношении между биологическими и всеми другими культурно-хозяйственными ценностями представляет проблему, еще

очень мало затронутую общественным вниманием, хотя кардинальная важность ее должна стоять вне всяких сомнений для каждого сколько-нибудь вдумчивого социолога. Особенно этот вопрос тревожен в наши дни, после международной бойни, результатом которой было колоссальное уменьшение мирового богатства, вызвавшее повсюду значительное обнищание масс населения. Ясно, что та или иная цифра населения сама по себе не может являться самоцельной величиной и что догматизм ревнивых проводников усиленного размножения так же неоснователен, как и социальная ипохондрия неомальтузианцев.

Вопрос о соотношении между ценностями, заключающимися в самом населении, и всеми остальными хозяйственными ценностями и составляет существо «проблемы населения». Если эти соотношения подчинены закону исторического изменения, что так выразительно было в свое время подчеркнуто К. Марксом, то это именно обстоятельство и должно обязывать произвести теперь возможно более глубокий анализ этих взаимоотношений и установить определенные соотношения оптимума между количеством населения, с одной стороны, и всеми культурно-хозяйственными ценностями — с другой. Это тем более необходимо, что тот «автоматизм репродукции», который — плохо, хорошо ли, другой вопрос — регулировал в течение тысячелетия размножение населения, исчез навсегда и безвозвратно.

Официальная статистика легализированного аборта, несомненно, не исчерпывающая этого явления в целом, свидетельствует о стихийной потребности женщин приостанавливать свою генеративную функцию, что на примере Украины в течение последних лет дает следующий рост этого, в санитарном отношении отрицательного, явления, поскольку он неблагоприятно отражается на здоровье женщин. Число произведенных абортов на Украине: 1924—1925 гг. — 89 648; 1925—1926 гг. — 149 648; 1926—1927 гг. — 241 983. Не менее интересным является наблюдаемое в последние годы явление чрезвычайно быстрого темпа понижения рождаемости. Коэффициент плодovitости в городах Украины (на 1000 женщин в возрасте 15—45 лет): 1924 г. — 122,6; 1925 г. — 117,6; 1926 г. — 108,9; 1927 г. — 99,5.

Специальные обследования должны выяснить, в какой степени в наблюдаемых явлениях мы имеем дело с влиянием экономических факторов на население. Во всяком случае ясно, что в процессе репродукции биологического материала наметились чрезвычайно серьезные сдвиги, которые подлежат тщательному изучению с народнохозяйственной точки зрения. Это тем более важно, что, в сущности говоря, вся как социальная, так и, в частности, санитарная политика нашего государства может быть сформулирована как политика охраны биологических ценностей. Законы социального страхования, законы о труде, мероприятия по охране детства и материнства — все это есть не что иное, как принципы охраны биологического материала, полученного нами в наследие

от бесчисленного ряда поколений, от системы варварского хозяйства, расточительно потреблявшего все ценности, заключающиеся в населении.

Интенсификация народного хозяйства, повышение производительности народного труда — есть проблема не только непосредственно экономическая: она не может быть разрешена без анализа многочисленных вопросов, имеющих отношение к структуре строения биологического материала в целом. Каково желательное соотношение возрастных групп, чтобы обеспечить максимум производительности народного труда и чтобы последний не вынужден был тратиться на поддержание тысяч человеческих жизней, погибающих ранее вступления их в производственный возраст жизни, и как это может быть достигнуто? Какова средняя «доходность» человеческой жизни и каким путем может быть она повышена? Во сколько обходится народному хозяйству в целом громадная детская смертность, малая доживаемость до экономически активного возраста? Эти и десятки других вопросов требуют, чтобы к современной структуре населения подошли с хозяйственно-экономической точки зрения и сделали из анализа ее все прикладные выводы. Настоящий очерк и ставит своей задачей формулировку некоторых начальных положений из этой, пока еще недостаточно затронутой общественным вниманием, главы из обширной темы — организации социалистического хозяйства. Но два основных вывода должны быть сделаны немедленно.

Первый из них заключается в том, что наличная структура всех биологических ценностей, как она представлена в возрастной группировке населения, экономически ничтожно рентабельна и что рентабельность эта останется без изменений даже в том случае, если государство истратит громадные средства на приобретение новых орудий производства и на улучшение производственной техники, на что преимущественно и обращено в настоящее время внимание государства. Полученная в результате повышенной производственной техники прибыль не явится народным сбережением, а будет в значительной части растрочена на содержание экономически пассивных групп населения и на тот «биологический балласт», громадное наличие которого парализует хозяйственные успехи страны.

До революции в России средняя продолжительность жизни исчислялась в 32 года, иначе говоря, складывалась из 15 лет экономически непродуктивной жизни и 17 лет продуктивной. Значит, всякое увеличение продолжительности жизни на год, на два и больше изменяет соотношение экономически непродуктивных и продуктивных лет в пользу последних и в итоге дает определенную выгоду всему коллективу¹.

¹ По вычислению демографа Ю. А. Корчак-Чепурковского средняя продолжительность жизни для современного украинского населения 43,5 года для мужчин и 46,7 года для женщин (эти данные относятся к 1925—1926 гг. — *Ред.*)

Если в балансе современной смертности на Украине 41% умерших составляют лица, не достигшие экономически активного возраста, то всякое уменьшение этого процента, достигаемое улучшением и расширением социальной профилактики, гарантирует коллективу некоторые экономические выгоды. Второй вывод, логически связанный с первым, заключается в том, что все затраты на здравоохранение, ставящие своей задачей продлить срок амортизации человеческих жизней, необходимо рассматривать как экономически наиболее рентабельное использование сумм из производственного фонда народного хозяйства. Если в настоящее время еще нельзя с математической точностью указать, каково должно быть распределение затрат на цели хозяйственные в узком смысле этого слова и на цели реконструкции и квалификации «человеческого материала», то во всяком случае эта задача должна стать объектом специального научного анализа, являющегося базой планового социалистического хозяйства.

Не странно ли, в самом деле, что, в то время как повсюду в Западной Европе и у нас в Советском Союзе существуют научно-исследовательские институты, занимающиеся специально изучением молочного хозяйства, угля, рыболовства и пр., нигде нет учреждения, в котором отдельные вопросы экономики изучались бы не только в односторонне производственном отношении, но и с точки зрения анализа характера и темпа потребления человеческой энергии в производственном процессе. Какова амортизация рабочей жизни в отдельных производствах, как влияет рационализация труда на социально-гигиенический быт рабочего, каково соотношение между производительной и воспроизводительной функцией пролетарки, какая степень квалификации рабочего является наиболее рентабельной, какова типичная судьба рабочей жизни и сотни других вопросов, освещающих проблемы «человеческой экономики», остаются неисследованными.

Некоторые из этих тем, правда, разрабатываются частично в отдельных исследовательских институтах. В последнее время в немецкой социологической литературе поднят вопрос о необходимости создания специального исследовательского института по «человеческой экономике».

Было бы желательно, чтобы и у нас в Советском Союзе, где анализ всех этих проблем может ставиться без буржуазной вуали, было создано соответствующее учреждение. И во всяком случае для начала вовсе не представляет трудности организация отдела «человеческой (рабочей) экономики» при одном из нескольких наших институтов труда или других научных установлений.

ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ПОЛАМИ, БРАК И СЕМЬЯ¹

Эволюция половых отношений

Не подлежит никакому сомнению, что первобытной формой половой жизни у человека было общее смешение полов. Исследователи первобытного быта несогласны лишь в том, было ли это явление общераспространенным или нет. Несогласны они и в другом вопросе: отличались ли эти народы чрезмерной чувственностью или, наоборот, она проявлялась в слабой степени. Вероятно, что правы скорее последние, потому что первобытному человеку, тратившему громадные усилия на постоянную борьбу с враждебной ему природой и переживавшему чередующиеся голодовки, некогда было культивировать свою сексуальную жизнь. Сверх того, первобытный человек в эротических своих проявлениях был значительно подчинен закону периодичности, отдаленные следы которого отражаются и сейчас в жизни цивилизованных европейских народов в форме повсеместно наблюдаемого увеличения зачатий в весеннее время.

Оставшиеся от отдаленной эпохи саркофаги изукрашены барельефами с разрисованными на них хороводами женщин, кружащихся в исступленном экстазе. Личность не чувствовала себя обособленной и индивидуальной, жизнь ее не имела никакой автономной ценности, все определялось интересами и жизнью рода.

Попытка в ту пору ограничить этот, если можно так выразиться, аморфный сексуализм должна была показаться кошмаром. Протест против такого порядка шел от мужчины. Существует предположение, что право на единоличное пользование женщиной возникло тогда, когда мужчина в поисках женщины добывал ее за пределами своей общины и насильно увлекал в свое жилище. Как этот протест был встречен представительницами обычного уклада половой жизни, прекрасно изображено в мифе об Орфее, растер-

¹ Извлечения из работы «Проблема пола», опубликованной в виде отдельной брошюры издательством «Научная мысль» в Харькове в 1926 г. — *Ред.*

занном фракийскими женщинами за то, что он в течение долгого времени оплакивал смерть своей жены Эвридики, оставаясь ей верным и не поддаваясь их ласкам.

Но старый порядок не сошел вовсе со сцены. Он скрылся в храмы, в эти постоянные цитадели традиции, и остался нам известным в форме «храмовой проституции». Хотя этот термин — «храмовая проституция» — широко распространен в этнографических исследованиях, но, думается, что пользование им требует некоторой оговорки. Под проституцией мы понимаем продажу женщиной своих ласк в качестве профессии. Обычай в ближайшую к матриархату эпоху отдавать возле храма свое тело любому пришельцу такой профессией, несомненно, считать нельзя.

Первоначально это было умилованием таинственных богинь изначального плодородия, жертва им для получения права на индивидуальную половую связь. В дальнейшей эволюции эта жертва, постепенно уменьшаясь в своем объеме, стала выражаться в виде права божества на первое соединение с невинной девушкой, прежде чем она будет отдана ее супругу, причем правом этим божество пользовалось или само — в форме дефлорирующего извращения бога (такие извращения и по сию пору рассеяны в многочисленных храмах Индии) — или переуступало «право первой ночи» носителям его велений — жрецам. Быть может, эти же храмы были местом средоточия тех женщин, которые протестовали против нового уклада половой жизни. Во всяком случае, храмы долго еще удерживали за собой репутацию очагов плодородия, и нередко к ним стекались бесплодные женщины в надежде быть оплодотворенными одним из посетителей храма.

Индивидуальная половая связь под влиянием социально-экономических условий в древних цивилизациях постепенно вылилась в форму моногамного брака. Но напрасно искать в картинах классического мира те неуловимо тонкие эмоции между отношениями обоих супругов, которые современный человек называет любовью. Эллин и римлянин знали только индивидуальную страсть. Древний грек смотрел на свою жену как на производительную силу для выращивания детей и граждан. Олицетворяя в себе элементарные плодородные силы природы, она казалась ему существом, лишенным душевного содержания. Благородная душа, по мнению грека, могла быть только у мужчины. Вот почему культ юноши получил у греков и римлян такое сильное распространение и принял формы, не вяжущиеся с нашими представлениями о половой морали.

Обогащение половой жизни новым содержанием есть процесс, разыгравшийся в пределах исторической памяти, и мы имеем возможность проанализировать его начальные истоки. На юге Франции, в благодатном Провансе, среди романизированного кельтского и германского населения с незначительной примесью мавританской крови возникло новое культурное движение, поставившее себе задачей идеализировать женщину, придать ей значение и ценность,

совершенно незнакомые древнему миру. Обожествление женской любви — метафизическая эротика — есть, несомненно, дитя средних веков. Можно много спорить на тему, какую роль в этом процессе сыграло христианство и рыцарство, но факт остается фактом, и детальный его анализ завел бы нас слишком далеко. Те возражения, которые приводит А. Бебель в своей книге «Женщина и социализм», по этому поводу, а именно, что эпоха XII—XIV вв. была периодом самого грубого кулачного права, что время подобных грубых насилий не подходит для господства нежных и поэтических чувств, не могут опровергнуть этот неоспоримый факт*. Ведь мог же в автократической, нищей и невежественной России, эстетические потребности которой исчерпывались гармоникой, балалайкой и гопаком, культивироваться самый изысканный, утонченный балет.

Следующее достояние, следующий подарок средних веков — это признание личности женщины, признание за ней самостоятельного начала. То, что не удалось христианству, потому что оно натолкнулось на непреклонную оппозицию Востока, и что на протяжении первых двенадцати веков нашей эры не раз заставляло на церковных соборах ставить вопрос: обладает ли женщина душой? — было победой европейской светской культуры, возникшей в Провансе. Таким образом, мы должны признать, что современное уважение к женщине на Западе есть заслуга сравнительно недавнего времени, победившего грубое и примитивно-дуалистическое мировоззрение средневековой церкви.

Не лишена при этом известного культурно-исторического значения та стойкость, с какой старые языческие боги, деклассированные христианством и загнанные им в подполье, спустя несколько столетий в новых, правда, масках заняли свои старые места. До четвертого столетия дева Мария по церковным верованиям была обыкновенной женщиной и только в 431 г. на церковном соборе в том самом Эфесе, где когда-то была разбита статуя стогрудой языческой богини, дева Мария была причислена к лику святых, был установлен культ ее непорочного зачатия и разрешено было обращаться к ней с молитвами. Таким образом, этот культ восстановил свою связь с прежними человеческими верованиями, и египетская Изиды с Горусом в своем лоне, которая символизирует землю, рождающую без оплодотворения, была заменена пречистой девой с ее младенцем. Задача нового времени, сменившего эпоху средневековья, заключалась в том, чтобы установить мощный синтез между тезой — чувственностью, как проявлением материального начала, и антитезой — эротической метафизикой, как идеальной

* Самым ярким примером этой «мистической эротики» является исторически описанный рыцарь Жоффр, влюбившийся заочно в триполитанскую графиню на основании рассказов пилигримов о ее красоте и добродетели. Чтобы увидеть ее, он стал крестоносцем и отплыл на корабле в Африку, по пути заболел и больной, без сознания прибыл в Триполис. Графиня, зная об этой пламенной любви, поспешила к умирающему, который еще раз пришел в себя и умер в ее объятиях.

любовью без чувственного содержания, в форме личной взаимной привязанности представителей двух полов, где сплетены оба эти начала в неразрывном целом, где мужчина и женщина равны друг другу и обмениваются многоцветными дарами любви.

Этот путь исторического развития эротизма характерен только для мужчины. Женщина его не проделывала. Она всегда в проявлениях своего чувства была более цельной, чем мужчина, и не отделяла половой страсти от эроса. Даже тогда, когда социальная обстановка удаляла ее в мистическую любовь средних веков, она вкладывала в нее значительный чувственный элемент.

Лицам, знакомым с биологией, известен «биогенетический» закон, установленный Эрнстом Геккелем, о том, что онтогенез есть краткое повторение филогенеза или, говоря проще, что каждый отдельный организм в течение своей внутриутробной жизни наскоро проделывает все периоды развития своего рода. Можно установить и другой закон, что человек в течение своей индивидуальной жизни конспективно повторяет всю историю развития человечества. Так, ребенок сначала учится ходить, потом говорить, в детстве проделывает все упражнения, свойственные дикарям, играет в охоту на зверей, лазает по деревьям, относится к животным как к разумным существам, и прочее. Это справедливо и по отношению к развитию у отдельного человека его половых стремлений. В детстве, в своей спальне, ребенок растет в условиях как бы возрожденного матриархата, окруженный женщинами. Среди них отец — часто чужой человек. Первые проблески половой жизни у юноши имеют безличный характер, у него еще не установились индивидуальные требования к женщине. Любая из них, какая есть налицо, вызывает его страсть. Затем он часто переживает «идеальную любовь» без всякого чувственного содержания и с негодованием отгоняет от себя даже малейшую мысль о возможности телесно приблизиться к «небесному ангелу». И только потом, уже в зрелом возрасте, он находит определенное женское лицо, внушающее ему чувство любви и восхищения, связанное с половой страстью.

Таков вкратце очерк внешней эволюции половой страсти у человека. В какие же реальные формы заключала их историческая действительность? Могли ли оба пола с равными шансами предъявлять свои права на любовь? В каких отношениях стояли они прежде друг к другу и в каких отношениях находятся они теперь?

Проституция

Уже раньше было сказано о том, что в период появления и развития индивидуальных потребностей у мужчины женщина предстала перед ним как инструмент для наслаждения и как аппарат для выращивания его детей. Прав А. Бебель, когда он говорит, что женщина — первое человеческое существо, попавшее в рабство. «Она сделалась рабой раньше, чем существовал раб». Еще в эпоху императоров в Риме брак был частной гражданской сделкой.

По мере развития и укрепления христианства церковь, подчиняя своему влиянию брачную сделку, стала обставлять ее религиозными церемониями, окончательно установившимися в XII в. В этот брак женщина входила всегда как существо с меньшими гражданскими правами, и церковь постоянно подчеркивала ее подчиненное положение. От вступающей в брак женщины мужчина требовал всегда ее досупружеского целомудрия и верности ему в браке. Эти требования коренились в известных интересах отцовства, в желании мужа быть твердо уверенным в том, что рожденное его женою дитя, получающее от отца определенные права, есть его собственная плоть и кровь. Но, обязывая женщину к супружеской верности, мужчина, сохранивший полигамические инстинкты, сам очень часто нарушал верность своей жене и искал на стороне недостающих ему наслаждений. Так рядом с браком развивалась и росла проституция. Вместе с тем, поскольку брак и связанная с ним необходимость содержать жену и обеспечивать вырастающих в семье детей представляли задачу, всегда экономически разрешимую только для части мужского населения, другая его часть, в поисках за утолением полового голода, должна была обращаться к тому же источнику — к проституции.

По сохранившимся сведениям афинский законодатель Солон, живший в VI в. до начала новой эры, был первым, устроившим публичный дом. В хвале за это благодеяние совершенно ясно видны мотивы этого начинания: «Слава тебе, Солон, — провозглашает один из его современников, — ибо ты купил публичных женщин для блага города, наполненного крепкими молодыми людьми, которые без твоего мудрого учреждения должны были бы предаться нарушающему покой преследованию женщин из лучшей среды».

Этим был положен первый камень регламентации проституции, существовавшей на всем протяжении западноевропейской истории вплоть до нашего времени. Из Греции к началу императорской эпохи проституция была занесена в Рим, где она быстро расцвела самым пышным цветом. Этому способствовали оживленные торговые сношения с Востоком, ввоз рабынь и военнопленных. Император Калигула обложил все публичные дома государственным сбором. Публичные женщины обязаны были носить короткие тоги, белые парики и красные сандалии.

С распространением христианства публичные дома стали всюду закрываться, законы за безнравственные поступки угрожали тяжелыми карами, до смертной казни включительно; но к началу средних веков публичные дома повсюду вновь начали открываться, и уже в XI в. существовали во всех более или менее значительных городах Западной Европы. В ту эпоху они рассматривались как учреждения общественной полезности и обычно вводились городскими магистратами. За счет взимаемых с публичных домов налогов обычно содержались городская стража и палач. Отношение к обитательницам этих домов со стороны городских властей опре-

делялось характером нравов эпохи. Чаще всего проститутки были подчинены надзору городского палача.

В случае смерти проститутку хоронили вне кладбища, вблизи живодерни. Городские правила великодушно предоставляли обитательницам публичных домов их дневной заработок всецело оставлять себе, а ночной делить пополам с хозяином учреждения. Посещение этих домов не считалось предосудительным поступком. Правила не разрешали входа в них евреям, прокаженным, женатым мужчинам и духовным лицам. Впрочем, в большинстве домов были установлены особые часы для посещения их духовенством. Публичные дома рассматривались иногда как исправительные учреждения, и одно время существовал обычай посылать в них неверных жен для исправления. В 1309 г. страсбургский епископ для увеличения своих доходов сам учредил публичный дом. Посещения этих домов коронованными особами, как это было, например, с императором Сигизмундом, считались очень почетными и оплачивались городским магистратом.

С конца XV и с начала XVI в. отношение общественного мнения к этим учреждениям резко меняется. С одной стороны, здесь повлияло ужасающее распространение венерических болезней, поставленное в связь с этими домами, с другой — призыв к очищению нравов со стороны лютеранства. К половине XVI в. большинство публичных домов в Европе было закрыто, и в занимаемых прежде ими помещениях были открыты больницы для венерических больных. Место официально зарегистрированных домов разврата заняла уличная, ничем не регламентируемая, проституция.

Наполеоновская эпоха знаменуется новым воскрешением публичных домов во всей Западной Европе. В этом движении решающую роль сыграла прогремевшая книга известного французского исследователя проституции Парран дю Шателе, открыто ставшего на защиту публичных домов.

XIX в. характеризуется очень горячей борьбой двух противоположных взглядов по отношению к проституции: с одной стороны, аболиционистов, восстающих против регламентации государством разврата как с точки зрения общественной гигиены, так и морали, с другой, — регламентаристов, считающих необходимым государственный и общественный надзор за проституцией. К концу столетия аболиционисты почти повсюду одержали верх, успешно доказав, что существование регламентированной проституции не уменьшает распространения венерических заболеваний.

Древней России не были знакомы эти картины публичного торгова женщиной, проходящие через всю западноевропейскую историю. Изолированная от Запада, незнакомая с его роскошью, окруженная крепкими теремами и суровым гнетом семейного режима, она не давала почвы для насаждения проституции. Некоторые былинские рассказы дают право думать, что и тогда общественные нравы не отличались особенной чистотой, но отсюда еще очень далеко до проституции как социального зла.

Реформы Петра, нарушившие традиционный уклад семейной и общественной жизни русского общества, дали первую почву для насаждения проституции. Чрезмерный наплыв иностранцев, постоянная солдатчина и увеличение служилого народа способствовали усилению разврата. Тайная проституция в ту пору ютилась в относительно небольших размерах в постоянных дворах, трактирах, кабаках, содержимых большей частью бессемейными вдовами. В инструкции петербургскому генерал-губернатору в 1718 г. Петр предлагает ему искоренить «все подозрительные дома, а именно: шинки, картежную игру и другие похабства». В сенатском указе 1736 г. велено всем трактирщикам объявить с подпиской, «чтобы впредь непотребных жен и девок не держали, под жестоким страхом и наказанием».

Русское общественное мнение без основания винило Екатерину II в том, будто она регламентировала в России публичную проституцию. На самом деле эта регламентация была установлена Павлом. Но только в 1844 г. были выработаны полицейские правила для содержательниц публичных домов, предоставляющие им право торгова человеческим телом. Регламентация эта, несмотря на усиливающуюся оппозицию со стороны передовых врачебных кругов, держалась вплоть до Октябрьской революции, когда рухнули все подгнившие устои прошлого социального быта.

Но проституция не исчезла. Не исчезла нужда, безработица, женская беспризорность и многое другое, что составляет ее почву. Теперь нужно было бы еще больше, чем прежде, бороться с ней, изучать ее, поддерживать тех, кто готов опуститься на ее дно и быть захваченным в ее водоворот, из которого выплыть очень трудно, почти невозможно. Проституция по-прежнему вырывает часто самые цветущие жизни, выброшенные из деревни в город и отданные городом в жертву неослабной мужской похоти.

Несомненно, что проституция есть социальное зло, прежде всего вызываемое экономическими мотивами. Но сказать это — значит сказать очень мало. Чтобы объяснить это зло в целом, нужно вскрыть не только базу материального уклада жизни буржуазного общества, но и подвергнуть детальному анализу всю совокупность его психических переживаний. Нужно изучать, наконец, ее отдельные проявления, чтобы понять, из каких слагаемых она вырастает.

Один факт здесь сразу бросается в глаза. Не столько фабричные работницы, сколько домашняя прислуга, всегда давали наибольшее кадры проституции. Есть степень душевной сопротивляемости, которая одним никогда не позволяет опускаться в ее низины, а других сбрасывает туда почти без сопротивления. Оболащенная одним мужчиной и скоро покинутая им, нашедшая себе временного утешителя в другом, женщина уже легко мирится с мыслью о третьем и дальше. Трагедия проституции состоит не только в распространении ею венерических заболеваний, но и в том, что, отдаваясь ей, женщина утрачивает свой эрос, без которого соединение полов превращается в животную случку. Пользо-

вание проституцией, механизирование сексуальных отношений кладет определенный отпечаток и на последующие отношения мужчины к женщине в браке или в неоформленной половой связи. Громадный социально-гигиенический вред проституции заключается еще в том, что она лишает возможности деторождения и материнства множество женщин, физические качества которых в большинстве случаев заставляют считать их хорошим «биологическим материалом».

Но проституция начинается не там, где женщина продала свои половые ласки безразличному для нее мужчине, — это уже конец проституции. Начало ее там, где женщина отделяет психические элементы от своих сексуальных проявлений, будет ли это танец перед сотней вожделеющих мужчин, будет ли это лишенная эмоционального содержания половая связь с мужчиной в моногамном браке.

Проституция в таких ужасающих размерах не могла бы существовать даже в буржуазном обществе, если бы мужчина не предъявлял спроса на продажную любовь и если бы он сам часто не сводил свою эротическую жизнь до степени обнаженных половых инстинктов. Очень медленно в этом отношении меняются вкусы масс, хотя и не остаются на одном месте. Так, в последние десятилетия перед революцией было многими наблюдателями замечено, что дома терпимости перестали пользоваться популярностью среди мужчин. Даже подгоняемый голым половым безличным инстинктом мужчина стал избегать учреждения, где покупка ласки, ее массовое производство слишком уж били в нос. Он охотнее шел к уличной проститутке и разыгрывал с нею мгновенную пантомиму любви.

Перед социальной культурой расстилается еще громадная работа — довоспитать мужчин до любви. Откровенные признания некоторых мужчин, как они изложены в современной специальной литературе, вызывают чувства глубокой жалости и вместе с тем возмущения к наличию среди мужской молодежи «полового ниглизма», абсолютной эротической опустошенности.

Брак

Переходим к краткому анализу современного брака. Брак, по существу, является соединением двух любящих людей и средством prolongации человеческого рода. Первое — его субъективный интерес, второе — его объективный смысл, имевший на протяжении всей истории большое значение, потому что только в обстановке некоторого отдаления от социальной борьбы, в длительной связи мужчины с женщиной, в атмосфере самоотверженной материнской любви может завязываться и расцветать для жизни новый человеческий росток.

Ни одно млекопитающее не производит на свет такого беспомощного детеныша, каким является человеческое дитя. Уже у выс-

ших млекопитающих, как, например, у человекообразных обезьян, связь между самцом и самкой переживает период животной похоти, и они живут парами. Но брак превращается в мучительную пытку для обоих его участников, если из него улетучивается начало любви, уважения и обоюдного дружеского отношения.

Не слишком ли много пороку истрачено на бомбардировку брака? Брак таков, каково само общество. И если из современного брака можно было бы устранить язвы, вызываемые в нем экономической порабощенностью женщины и двойственной половой моралью, то там бы осталось еще много и много темных пятен, лежащих тяжелым гнетом на отношениях между полами. Часто брак называли «крепостью эгоизма», и в этом определении много правды. Но вместе с тем та же жизнь в браке, в семье может быть прекрасной школой для развития социальных инстинктов, для укрепления чувства солидарности между сверстниками детства, которые потом расширяющееся сознание распространяют на большие социальные группы, на человеческий коллектив. Понятно, что абстрактно любить человечество легче, чем реально любить реального человека, зная и прощая его слабости¹. Но вряд ли можно прийти к первой любви, не пройдя через школу второй.

Нерасторжимость брака — другой его очевидный дефект. Общественное сознание давно уже боролось за свободу брачных отношений, и революция санкционировала эту свободу. Но современное законодательство сразу оказалось вынужденным оградить самые существенные права матери, потому что свобода брака не есть освобождение мужчины от долга, налагаемого на него как на отца ребенка, от забот по его первоначальному воспитанию, которое общество не в силах всецело принять на себя.

Идея собственности, пропитавшая психику большинства людей до самых ее глубин, служит следующей отравой современного брака. Распространение на своего брачного партнера взгляда как на какую-то домашнюю собственность есть, к сожалению, довольно частое явление. Мужчина и женщина перестают интересоваться друг другом, строят жизнь на мелких будничных фактах и увлекают друг друга в тину мещанского благополучия.

Эти собственнические инстинкты могут упрямить и тем формам половых взаимоотношений, какие уже давно рекомендованы как замена брака и формулируются как свободная любовь. Свободной любовью принято называть независимость половой жизни от материальных условий, проявляемую в совместном физическом и культурном содружестве. Свободная любовь не есть новая выдумка. Формы ее давно практически осуществлены пролетариатом. Известный исследователь полового вопроса Альфред Бляшко говорит по этому поводу: «Где нет собственности, которую можно было бы

¹ Знаменитый французский мемуарист XVII в. Франсуа Ларошфуко писал: «Легче познать людей вообще, чем одного человека в частности» (Мемуары, максимы. Л., «Наука», 1971, с. 183). — *Ред.*

оставить законным наследникам, где люди сходятся по сердечному влечению, там издавна мало заботились о благословении священника». Свободная любовь основана на равноправии обеих сторон. Каждая из них пользуется внутренней свободой и дарит свою любовь другой стороне не по навязанному извне мотиву, а как свободный дар свободного сердца. Но собственнические инстинкты, которые, как наследие многих веков, спят в сердце мужчины, представляют серьезные угрозы этой свободной любви. До сих пор сохраняют свою правду слова Чернышевского, обращенные им к мужчине: «Смотри на жену, как смотрел на невесту, знай, что она каждую минуту имеет право сказать: «Я недовольна тобою, прочь от меня»; смотри на нее так, и она через десять лет после твоей свадьбы будет внушать тебе такое же поэтическое чувство, как невеста, нет — более поэтическое, более идеальное в хорошем смысле слова. Признавай ее свободу так же открыто и формально и без всяких оговорок, как признаешь свободу твоих друзей чувствовать или не чувствовать дружбу к тебе, и тогда через десять лет, через двадцать лет после свадьбы ты будешь ей так же мил, как был женихом».

Эволюция психических качеств человека не есть закончившийся процесс. Развитие эмоционального элемента в чувственном содержании, отношение «эроса к сексуальности» у разных лиц представляет большие колебания. Сейчас оба пола взаимно обвиняют друг друга в неспособности к одухотворенной любви, и этим часто оправдывают свою беспорядочную сексуальную жизнь.

Трудно сказать, правы ли наблюдатели, уверяющие, что психика современной девушки и женщины менее содержательна, чем у ее предшественницы лет 30—40 тому назад, как это запечатлелось в целой галерее женских образов в нашей классической литературе.

Западноевропейские социологи указывают на серьезную опасность, угрожающую культуре оттого, что женщина, предоставив поле социальной борьбы почти исключительно мужчине, сама отдалась преимущественно своим сексуальным переживаниям и страсти к нарядам, пользуясь ухищрениями моды для того, чтобы усилить чувственное тяготение к ней мужчины. В результате этого явления у мужчин нарастает излишняя половая возбужденность и вместе с ней — многочисленные половые излишества и извращения. Любовь превращается в вид своеобразного спорта с быстрой сменой партнеров, без внутреннего тепла, заменяемого технической любовной выучкой, чтобы сделать более рафинированным физиологическое наслаждение.

Точно так же вполне понятно, что гражданская война не могла способствовать одухотворению любви и сопровождалась массовым освобождением сексуального начала, находившего себе удовлетворение во временных, случайных и быстро обрывающихся половых связях. Это вызвало временно одичание любви и взаимное понижение среди обоих полов моральной оценки друг друга.

В настоящее время трагедия половой проблемы в том, что касается индивидуальных переживаний, заключается в качественных различиях эмоционально-чувственной сферы мужчины и женщины. У женщины в любви преобладают индивидуально-эротические элементы. В любимом мужчине она видит цельный образ. Любя его, она сплетает единый венок чувства, где нераздельно скреплены половое влечение с духовной стороной ее чувства. Половая жизнь мужчины гораздо разнообразнее, и каждый мужчина меняет характер своей половой жизни со своим ростом. Большинство мужчин примитивно сексуальны, особенно в первой юности. Затем у многих из них развивается индивидуальная физическая страсть и сопутствующее ей наслаждение красотой женского тела. Эротический элемент любви в тесном смысле этого слова появляется у них по мере обогащения вообще их духовной жизни.

Но пусть женщины не обманывают себя! Даже среди чрезвычайно распространенного среди мужчин типа, который можно назвать «охотником за женщиной» и выражающегося в том, что эти мужчины беспрестанно разыскивают все новые и новые жертвы своей прихоти и без всякого сожаления и чувства переходят от одной к другой, есть иногда даже ими мало сознаваемое желание встретить единственную, которую никогда не встретишь.

Будущее брака

Какие же перспективы виднеются впереди и ожидают будущее коммунистическое общество, в котором освобожденная от социальной борьбы энергия уйдет значительной своей частью на раскрытие творческих способностей человека? Может ли нас чему-нибудь научить весь пройденный человечеством путь его любовных исканий? Правы ли буддисты и Шопенгауэр, уверяющие, что эмоция любви лишь хитрая уловка природы, чтобы бросить в объятия друг друга два разнополых существа и зажечь новую искру жизни? Может ли человечество вернуться к примитивному безличному смешению полов? Какое основание имеет предполагать Фридлендер, автор брошюры «Половой вопрос, государство, культура» (Пг., 1920), что «в счастливом будущем социализма, избавленном от экономической борьбы, будут господствовать дикое скрещивание и полигамия во всех ее формах?». Будем ли мы культивировать метафизическую эотику средних веков? Удовлетворятся ли мужчина и женщина в будущем одним культом физической чувственности? На все эти вопросы может быть дан лишь один отрицательный ответ. Возврат ни на один из старых путей невозможен!

Вовлеченная в широкие социальные и культурные интересы женщина в свои отношения к мужчине внесет такую психическую обогащенность и яркость душевных эмоций, какие встречаешь теперь лишь в слабых намеках. Поэтому уже теперь пора сказать, что расширение социальных горизонтов, укрепление воли, впитывание

вание в себя всего лучшего, что создано человеческим творчеством, есть самая лучшая школа любви, необходимая предварительная ступень, чтобы встретить любовь, лучезарного и редкого гостя нашей жизни.

Половое воспитание

Трудно понять, как случилось, что подготовка подрастающих поколений к предстоящей им воспроизводительной функции оказалась совершенно исключенной из программ воспитания в культурном обществе! Стоит взять наугад любую книгу по первобытной этнографии и увидеть, какой системой ритуалов повсюду составлялась подготовка подрастающих поколений к этому периоду, как торжественно отмечалось в общественных церемониях наступление половой зрелости. Многочисленные «табу», налагаемые первобытными религиозными предписаниями на женщину, явно говорят о том, как бережно и осторожно подходило примитивное общество к будущей матери, как часто оно отдаляло час оближения между новобрачными. Откуда эта пошлая мораль культурного общества, оскорбляющая истоки жизни, заставляющая видеть в них только какой-то мутный, болезненно-сладострастный туман, от которого нужно отводить чистые глаза ребенка?

Есть ли другая область знания, которую педагоги и врачи решились бы так великодушно предоставить улице и ее samozваным учителям? Приходится ответить, что если на улице нельзя изучить алгебру, то все, связанное с половой жизнью, там представляет очень популярное знание и многочисленные и никем не оплачиваемые профессора находят там обширную и внимательную аудиторию. От кого узнает ребенок о своем происхождении? Из случайных, часто, к сожалению, грязных уст! Уже с детства родник жизни кажется ему забитым грязью. Кто не поймет, как сильно это отражается на дальнейших эротических переживаниях ребенка? Вначале он в достаточной степени наивен. Если на вопрос шестилетнего мальчика, обращенного к матери, почему у его младшей сестры нет того, что есть у него, он получает ответ, что этого нет потому, что она еще очень маленькая и что это вырастет у нее позже, он все же вполне удовлетворяется и охотно верит объяснению. Таинственный аист и в лучшем случае серьезный доктор, развязывающий пупок у матери и вынимающий из него младенца, — два наиболее ходовых ответа детскому любопытству об их рождении. Но каждая мать, которая хочет навсегда привязать душу ребенка к себе, должна найти в своей жизни такой вечер, когда возле ее колен ребенок узнал бы, что она носила его в своем теле, и этот момент должен стать первым шагом к рациональному половому воспитанию.

Но обычно тайны рождения старательно припрятываются и по двум совершенно разным мотивам. Одни находят, что темы эти «грязные», а другие, что они «священные». И те и другие желают

воспитывать детей в неведении о зарождении жизни, забывая слова Паскаля, что тот, кто обыкновенно желает воспитать небесного ангела, получает чаще всего земного осла.

Эти люди совершенно не учитывают громадной психической травмы, какая наблюдается у девушки при первой менструации, у юноши — при первой поллюции. Мужчины до сих пор пользуются абсолютным незнанием громадного большинства своих жен о сущности венерических болезней, и жертвы последних в браке очень часто не узнают о настоящей причине их болезненного состояния. Вследствие отсутствия знаний о физиологии пробуждающейся у них половой жизни, подростки обоего пола не могут пустить в ход сдерживающее влияние своей воли. Но надежда на родителей плоха; часто и в школе они будут мешать работе педагога. Что же должна сделать школа в деле полового воспитания? Какие требования нужно предъявить к преподавателю сексуальной гигиены?

Прежде всего он должен быть ознакомлен с элементами биоэротике, слагающейся из сексуальной физиологии, сексуальной психологии и сексуальной патологии. Дальше, он не должен быть чрезмерным ригористом, а должен понимать психику ребенка, относиться к нему с симпатией, не перусердствовать в своих требованиях, иметь личный половой опыт.

Много ли можно найти таких учителей? Их нужно еще создавать! Цикл сексуальной гигиены должен осторожно разворачиваться в школе. Прежде всего дети должны получить элементарные сведения о формах передачи жизни, о явлениях наследственности в природе, затем сведения о заразных и наследственных болезнях и, наконец, необходимые знания по физиологии и гигиене размножения у людей. В результате такого преподавания подросток к 14—15 годам должен знать и оценивать основные явления, имеющие отношение к процессу размножения. Тогда и юноша и девушка внесут в свое будущее чувство гораздо больше содержания и будут более бережны в своей половой жизни. Но задачи сексуальной гигиены, вскользь намеченные здесь, не могут ограничиваться одной школой. Вся культурная среда должна помочь процессу облагораживания половой жизни и освободить ее из того смрадного тупика, куда она загнана сейчас нашим невежеством, тупыми предрассудками и элементарной чувственностью. Параллельно с этим должно идти и сублимирование половых импульсов переключением эротического тока в другие культурно-эмоциональные волны.

Символы жизни не могут быть грязны и позорны! Греческая архитектура создала прекрасные символы смерти в изваянии гения, держащего в опущенной руке потухающий факел. Средневековый аскетизм заменил этот красиво трагический образ страшным скелетом с кривой.

Нам нужно создать новый символ жизни, не фаллус, олицетворяющий безличную половую страсть древнего мира, а иной об-

раз, символизирующий преемственность и непрерывность жизни в ее постоянных новых рождениях, в котором сплетались бы торжественный праздник тела и возвышенная эмоция человеческого сердца.

ПРОБЛЕМА НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ¹

Во всей совокупности социально-биологического знания, растilaющегося перед социальным гигиенистом, нет другого вопроса, по отношению к которому можно встретить столько безразличия, с одной стороны, и столько путаницы, такого нагромождения личных и общественных предрассудков, ошибок и субъективных толкований — с другой, как в проблеме населения. Проблема народонаселения ставит перед собой задачу изучения всех социальных и биологических факторов, определяющих в конечном итоге те или иные изменения в количестве народонаселения. Проблема народонаселения — это основной стержень всей социальной жизни, это поистине проблема всех проблем! Без ориентировки в ней врач как биологически мыслящий работник рискует остаться безответственным ремесленником, неуклюже копошащимся возле страдающей человеческой протоплазмы. Как социальный агент коллектива, доверившего ему наблюдение за чистотой жизненного потока, он лишен какой бы то ни было путеводной нити в служении этому коллективу.

Население — это фактор, одновременно создающий и потребляющий материальные и культурные ценности. В каком соотношении находятся эти полярные функции коллектива в связи с тем или иным темпом его размножения? Какие экономические и санитарные директивы непосредственно вытекают из самого факта наличного роста населения? Какие материальные средства нужны для того, чтобы вновь выходящие на сцену жизни поколения могли быть приобщены к уже наличной степени материальной и социальной культуры и продвинуты на дальнейшую ступень? Ценой каких затрат со стороны коллективного материального благосостояния и здоровья получается реальный прирост населения, который в одном случае достигается громадной рождаемостью и сопутствующей ей колоссальной смертностью, в другом — относительно малой рождаемостью и малой смертностью? Какова материальная и санитарная выгода и убыль при этих совершенно различных по

существо перегруппировках численного состава населения, сводящихся к видимо одинаковому цифровому итогу?

Разве не ясно, что все основные вопросы социальной патологии и социальной гигиены, будет ли это жилищный вопрос, борьба с заразными болезнями, туберкулез, сифилис, проституция, проблема массового питания и прочие, в значительной степени определяются изменениями в составе человеческой массы, что все эти вопросы есть производные проблемы народонаселения? Что происходит в результате того, что в последнее время поток жизни заграждается массой мелких плотин? Угрожает ли это глубине, широте и чистоте его течения в будущем? Какова суверенная роль государства в регулировании этого течения? Все эти и десятки других животрепещущих санитарных и тесно сплетенных с ними экономических вопросов не могут быть разрешены, пока медик как «биологический инженер», заведующий руслом человеческой жизни, не создаст себе четкого представления о проблеме народонаселения в целом!

К сожалению, затуманенный душевной атмосферой индивидуальной медицины, в состоянии своеобразной слепоты современный врач проходит мимо всех этих кардинальных проблем жизни, не замечая их вовсе, даже иногда не подозревая их существования, точно их совсем нет, прищуривая свои близорукие глаза, оправленные в терапевтические очки, к тысячам патологических мелочей повседневной жизни, имеющих в громадном большинстве случаев невидимое ему одно и то же основание — «проблему народонаселения».

Впервые общественное и научное внимание к проблеме народонаселения было привлечено книгой Мальтуса, появившейся в 1798 г. и озаглавленной им «Опыт закона о народонаселении». Эта книга была полемическим выпадом по адресу незадолго до того появившегося труда, написанного социалистом Вильямом Годвином «Исследование о политической справедливости».

Основная мысль Мальтуса заключается в том, что главной причиной, задерживавшей историческое развитие человечества и ограничивавшей его материальное благополучие, было стремление, присущее человеку наравне со всеми остальными живыми существами, размножаться быстрее, чем это допускается находящимися в его распоряжении жизненными благами. Рост населения, по мнению Мальтуса, имеет тенденцию обгонять рост продуктов питания. Эта тенденция встречает определенные препятствия со стороны самого человека, которые Мальтусом разделены на две группы — предупредительные препятствия, когда человек сознательно отказывается от брачной жизни, понимая, что он не будет в состоянии содержать своих детей, и разрушительные препятствия, такие, как бедность, недостаточное питание, голод, проституция, преступность, эпидемии. Эти разрушительные препятствия часть родившихся, для которых не оказалось свободного прибора

¹ Работа впервые опубликована в журнале «Врачебное дело», 1927, № 23—24.

Несмотря на прогресс в решении многих вопросов, затронутых в статье, она и сейчас звучит очень актуально, поскольку в ней содержатся ценные научные наблюдения и выводы. Она является прекрасным памятником развития отечественной демографической мысли, примером полемически заостренных выступлений в дискуссиях, которые велись в 20-е годы вокруг узловых проблем демографической теории, нерешенных до настоящего времени. Печатается с незначительными сокращениями. — *Ред.*

за пиршественным столом жизни, уносят преждевременно в могилу, а часть оставляют жить в условиях бедности и порока.

Эти две группы препятствий, по мнению Мальтуса, в той или иной комбинации постоянно сдерживают в определенных границах стремление населения к размножению. Дальше Мальтус утверждает, что «главная и постоянная причина бедности мало или вовсе не зависит от образа правления или от неравного распределения имущества». В результате он обращается к бедным с проповедью полового воздержания, чтобы не увеличивать армию обездоленных.

Хотя со времени выхода в свет этой книги прошло много лет, до сих пор около нее и вокруг нее не прекратились самые ожесточенные, самые страстные споры. В то время как приверженцы Мальтуса считают его одним из мудрейших людей мира, сформулировавшим точно самый важный и прочный закон в развитии человечества, противники его, ругая его лицемерным попом, не находят на своем языке достаточно выразительных слов, чтобы унижить, высмеять и всячески его обругать. До чего доходила ярость против Мальтуса, можно видеть из того, что сын Годвина, против которого была направлена книга Мальтуса, сказал однажды, что он предпочел бы очутиться в одиночестве в аду, чем в раю вдвоем с Мальтусом.

Здесь неуместно входить в детали этой слишком уж долго продолжающейся дискуссии вокруг Мальтуса, на которую с обеих сторон истрачено столько диалектических способностей, остроумия и эрудиции.

Должно сказать одно, что такая сложная проблема, какой является вопрос о народонаселении, не может быть решена одной простой, априорной формулой: вечных истин вообще не может быть!

С другой стороны, Мальтусу также априорно, как он установил свой закон, можно возразить, что социальный, а стало быть, и хозяйственный строй всегда влиял, влияет и будет влиять на ход человеческого размножения. Чтобы внести ясность в этот вопрос и найти основные закономерности в процессе человеческого размножения, нужно идти не путем априорных соображений, а посредством индуктивного метода, путем анализа отдельных этапов в процессе человеческого размножения. Но если рассмотреть, как шло размножение человечества во все последовательные этапы его хозяйственного развития, то методом элементарного сравнительного анализа не удастся установить никакой определенной закономерности.

Дело заключается в том, что эволюцию человечества нельзя представлять в упрощенной схеме последовательного перехода от первобытной эпохи к охотничьему периоду, от охотничьего — к земледельческому, от последнего — к эпохе раннего капитализма и т. д. Кроме этого поступательного развития и перехода одной эпохи в другую, есть еще другая, сопутствующая форма развития,

которую можно сформулировать как «фазис бокового развития». Одни народы, недавно перешагнувшие от одной эпохи к другой, еще не освободились вполне от обычаев и пережитков предыдущей эпохи, другие имеют за собой уже сотни лет «бокового развития» и находятся в условиях длительного и прочного приспособления к условиям жизни данной среды.

Поэтому каждую хозяйственную эпоху нужно делить на два периода: период экспансивного размножения человечества, когда установившиеся при данной форме хозяйства материальные средства расширяли возможности размножения, и период превентивный, когда при уровне данного хозяйственного строя продуктов продовольствия уже не хватает для новых сочленов¹ и когда размножение ограничивается.

Каждая новая хозяйственная эпоха создает значительное увеличение возможностей пропитания. Это имеет своим результатом размножение населения, которое по истечении определенного времени достигает «оптимального уровня», после чего начинается задержка в его дальнейшем росте и тенденция населения к стабилизации. Оба эти соотношения — экспансивности и превентивности — не следует понимать в буквальном смысле, а в смысле основных тенденций, из которых каждая преобладает в определенное время.

После этого чрезвычайно важного методологического замечания можно перейти к общей оценке размножения в природе вообще и к фактическому анализу роста населения в истории человечества.

Как известно, в природе каждый отдельный вид обладает такими громадными способностями к размножению, что если бы это размножение не встречало никаких препятствий, то в относительно небольшой срок вся земля могла бы покрыться потомками одной пары данного вида.

Одна устрица в состоянии дать 16 млн. новых устриц. 5-е поколение для своего размножения потребовало бы пространства, равного поверхности 151 земного шара. Но в природе громадному размножению сопутствует и колоссальная гибель. Треска за один день может проглотить до тысячи сельдей. Маленькая птичка в течение года уничтожает до 250 000 насекомых. Все эти организмы погибают не от голода, а от своих естественных врагов. Вопрос о роли пищевых средств в существовании и в размножении выдвигается только тогда, когда данное животное делается настолько сильным, что уничтожает своего естественного врага.

По отношению к человеку астрономом Гершелем также было высчитано, что если бы во время постройки пирамиды Хеопса существовала только одна пара людей и если бы дети и последую-

¹ При высоком уровне развития производительных сил речь, по-видимому, должна идти не о недостатке продуктов продовольствия, а о появлении несоответствия между растущими потребностями и возможностями их удовлетворения. — *Ред.*

щие потомки беспрепятственно производили только по два ребенка, то для размещения получившихся от них людей в настоящее время не хватило бы всей поверхности земли, и эти люди должны были бы, стоя на головах друг друга, образовать пирамиду колоссальной высоты.

Нам не известно, как шло размножение первобытного человечества, потому что представители его уже давно вымерли, но нужно думать, что размножение это шло по типу животных. Первобытное состояние человечества продолжалось сотни тысяч лет, в течение которых человек научился изготавливать первые орудия нападения и защиты, а также сумел пользоваться огнем.

Судя по тому, что орудия палеолита находят повсеместно в разных частях света, можно быть уверенным, что размножение первобытного человека шло путем экспансии за счет охвата все новых и новых земельных территорий.

При анализе размножения наиболее близких к первобытной культуре современных племен австралийцев, бушменов и жителей Огненной Земли бросается в глаза факт ничтожной их плодовитости и широкое развитие разного рода противозачаточных средств. Среди них часто встречается обычай оставления в живых не более двух детей, остальные дети умерщвляются. Иначе говоря, мы застаем остатки первобытных племен в превентивном фазисе, когда их дальнейшее размножение становится чрезвычайно незначительным.

Отсюда можно сделать вывод, что пока человек питался наравне с другими животными готовыми дарами природы, недостаток их заставлял его все время занимать новые территории, когда же он распространился повсеместно, то он не в состоянии был размножаться дальше и население стало стабильным. Последовательный переход от охотничьего периода культуры к скотоводческой и земледельческой сделал возможным весьма значительное уплотнение населения. Вычислено, что тысячи квадратных километров достаточно, чтобы прокормить до десяти охотников, до 1770 пастухов и до 177 тыс. земледельцев. Но может ли данная территория прокормить больше народа, чем сколько хватает продуктов для питания населения, собранных с данной территории? Да, при условии развития на этой территории той или иной индустрии, если предметы этой индустрии обмениваются на средства пропитания, доставляемые из других стран. В таких условиях протекает обмен продуктами между индустриальным городским центром и земледельческим округом, между индустриальными и аграрными странами.

Обращаясь к истории заселения Европы, можно видеть, как древние культуры, греческая и римская, вступив в фазу земледельческого хозяйства, стали всячески способствовать размножению населения. Это прекрасно отражено в греческой и в римской мифологии. За единственным исключением Артемиды все олимпийские боги живут в брачных союзах. Часто эти божества и мифи-

ческие герои отличаются чрезмерной плодовитостью. Мы читаем о 50 дочерях Даная, о 50 сыновьях Приама, о 50 океанидах и т. д.

Но с течением времени экспансивный период размножения заменился превентивным. Так, греческий историк Полибий (II в. н. э.) пишет: «В мое время вся Греция постепенно опустошалась, вследствие повсеместного сознательного ограничения рождений; земля не давала больше плодов, потому что был большой недостаток в людях, хотя не было ни войны, ни эпидемий».

Причиной такого обезлюдения Греции было крайне неравномерное распределение богатств, вследствие чего высшие классы утопали в развращающей роскоши, а массы населения находились в условиях нищеты и голода.

Та же картина добровольного бесплодия отмечает эпоху царствования в Риме Августа, который рядом законов ограничил наследственные права бездетных вдов и установил привилегии для многодетных семейств. Введенные им законы с целью поощрить деторождение держались в течение трех веков, пока они не натолкнулись на оппозицию христианства, ставшего господствующей церковью, взявшей под свою защиту безбрачие и девственность.

После падения обеих империй историческая сцена была занята варварами, которым понадобилась тысяча лет, чтобы впитать в себя культуру классического мира и в эпоху Возрождения продвинуть эту культуру вперед. Вся эпоха средневековья характеризуется чрезвычайно медленным темпом роста народонаселения в Европе, несмотря на то что большинство племен, занявших Европу, находились, несомненно, в экспансивном периоде земледельческой культуры. Так, само слово Германия происходит, вероятно, от латинского термина *germīnare*, что значит производить или размножаться. На частичном примере Франции можно видеть, как медленен был темп увеличения населения отдельных частей Европы вплоть до XIX в.

Население Франции: во время Юлия Цезаря — 6,7 млн., в эпоху Карла Великого — 8—9 млн., начало XIV в. — 20—22 млн., середина XVI в. — 14 млн., конец XVII в. — 19 млн., ко времени смерти Людовика XIV — 18 млн., в 1789 г. — 23 млн.

Вся эпоха средних веков наполнена бесчисленными войнами, голодовками, эпидемиями. Так, в XII в. во Франции было 50, т. е. половина, голодных лет. В XIV в. «черная смерть» (чума) унесла 25% всего европейского населения. Только чрезвычайная, ничем не ограничиваемая рождаемость выравнивала эти потери и в конечном счете периодически давала некоторый прирост населения. Условия для увеличения народонаселения несколько улучшились в XVII и в XVIII вв., в эпоху меркантилизма и абсолютизма, когда правительствами различных стран делались усилия поощрить деторождение путем освобождения от податей многодетных семей и вместе с тем стеснялось переселение в другие страны.

В конце XVIII в. в Европе появились первые симптомы превентивного периода в условиях аграрного, докапиталистического хозяйства. Как раз в эту эпоху и появилась наделавшая столько шума книга Мальтуса.

Но здесь наступил новый фазис в экономической жизни Европы, которого Мальтус, разумеется, не мог предвидеть, — фазис капитализма, характеризующийся небывалым развитием производительных сил. Добыча угля в Англии с 6—8 млн. т в XVIII в. дошла до 267 млн. т к началу XX в. Успехи промышленной техники сказались и на успехах сельского хозяйства. Урожайность в Германии в течение XIX в. увеличилась по меньшей мере в 4 раза.

Развитию индустриальной техники сопутствовали значительные успехи также в области санитарной техники и общественной гигиены, которые ликвидировали без остатка постоянные эпидемии оспы, чумы и другие, без конца опустошавшие Европу в прошлые столетия. Колонизация просторных незаселенных заатлантических материков вместе с тем давала излишкам населения возможность переселения в Америку и в Австралию, где агрикультурная техника производила массовые излишки зерновых продуктов, не потреблявшихся местным населением и за чрезвычайно дешевую цену вывозившихся в Европу.

В результате этих условий население в Европе в течение XIX в. возросло так, как это не имело никогда еще места в истории. В I в. население Европы было 33 млн., XIV в. — 100 млн., в начале XIX в. — 175 млн. и в начале XX в. — 400 млн. Иначе говоря, в течение одного XIX в. население Европы увеличилось вдвое, в то время как предыдущее удвоение населения достигалось в сроки около шести столетий. Особенно поразителен рост населения некоторых стран, например Америки, где население в течение XIX в. увеличилось с 5 до 75 млн., т. е. удваивалось почти каждые 20 лет. Население России в эпоху Петра состояло из 13—14 млн., в 1796 г. с присоединением Белоруссии и Литвы оно дошло до 36 млн. В 1815 г. в России было 45 млн., в 1851 г. — 67 млн., в 1897 г. — 129 млн., из которых 65 млн. падает на территорию России времен Петра, в 1914 г. оно дошло до 180 млн.

Каковы перспективы дальнейшего роста населения Европы? Падение рождаемости с 70-х годов XIX в. стало в Европе повсеместным явлением. Но особенно резко оно стало чувствоваться после первой мировой войны, когда вся конъюнктура мирового хозяйства резко изменилась к худшему.

Это уменьшение рождаемости, вызванное широким распространением противозачаточных средств, получило название неомальтузианства. В то время как Мальтус проповедовал добровольное ограничение половой жизни, перенос брака на более поздний срок жизни, неомальтузианцы не ограничивают прав на половую жизнь, но рекомендуют широкое применение противозачаточных средств с целью избежать нежелательного потомства.

Таким образом, если капиталистическое хозяйство в течение трех первых четвертей XIX в. переживало период экспансивного размножения, в последние 50 лет оно, несомненно, вступило в фазу превентивного размножения.

В настоящее время в Западной Европе живет от 80 до 100 млн. населения, питающегося привозным извне хлебом.

Каково будущее Европы? Перейдет ли переживаемая ею превентивная фаза размножения в экспансивную фазу высшей социалистической культуры?

Я оставляю открытым этот вопрос, потому что из плоскости социальной гигиены он переходит в плоскость социальных и политических проблем вообще, и задаю другой вопрос: каковы вообще жизненные ресурсы для будущего человечества?

В этом вопросе мы оставляем поле чистого знания и переходим в область разнообразных предположений субъективного характера. Несомненно, что успехи индустриализации вообще и в применении к аграрным целям могут еще больше поднять производительность труда и повысить урожайность земли. Но урожайность имеет свои пределы на том простом основании, что ограниченная поверхность земли не может давать безграничного числа плодов, так что, значит, в конечном счете в тот или иной момент должна установиться стабильность населения.

В настоящее время на земле живет около 1,8 млрд. населения. Если темп его роста будет в течение ближайших веков тот же, что и в XIX в., значит, к 2000 г. на земле будет 3,6 млрд., а в 2100 г. — 7,2 млрд. населения, т. е. то число, которое выходит за пределы средств существования, так как теоретически высчитано, что при ближайших доступных улучшениях почвы вряд ли земля в состоянии прокормить более 5 млрд. населения¹.

Улыбаются ли нам такие перспективы? Не правильнее ли было бы стать на другую точку зрения, на ту, что не максимум, а оптимум населения должен быть нашей задачей? Если учесть, какие громадные культурные задачи предстоит разрешить еще на Украине, как мал культурный уровень нашего крестьянства, как нищ его бюджет, то вряд ли было бы гуманно рекомендовать ему ту автоматическую плодовитость, которая так для него характерна, так унижительно для его жены, играющей ежегодно роль термостата для вылупливания крестьянских заморышей, из которых большая часть быстро гибнет.

Другая группа, оптимисты, возлагают большие надежды на химию и на искусственное заготовление продуктов питания. Не отрицая в отдаленном будущем такой возможности, все же мало

¹ Как видим, С. А. Томилин слишком пессимистически оценил возможности увеличения продовольственных ресурсов. Думается, что на этой оценке сильно сказалось, в частности, его большое беспокойство за судьбу сохранения биологического равновесия на планете, от которого в значительной мере зависит здоровое существование человечества, а также страстное желание как социал-гигиениста улучшения «качества» населения за счет снижения темпов его роста. — *Ред.*

вероятности думать, что удастся эту задачу разрешить не только в лабораторной обстановке, но и в обстановке социально-хозяйственной, т. е. чтобы дешево производить массовые продукты питания. И потом вполне открытый вопрос: как органы пищеварения и весь организм будут реагировать на эти искусственные продукты питания?

Делая выводы из проблемы народонаселения, мы приходим к заключению, что всегда человечество так или иначе регулировало свою плодovitость. Наиболее варварские методы — оставление детей на произвол, детоубийство — уже отталкиваются современной моралью. Аборт, следующий за детоубийством метод регулирования рождений, получил у нас право гражданства. Мне думается, что легализация аборта — это временный компромисс, который скоро будет отвергнут общественным мнением. Успехи превентивной техники так велики, что она в недалеком будущем будет, вероятно, всеобщим достоянием. И здесь возникает новая опасность. Большинство семей будут удовлетворять свои родительские инстинкты рождением одного-двух детей. И таким образом, отдельные нации из поколения в поколение будут уменьшаться в своей численности. Соображения о будущем народа не в состоянии управлять поведением отдельного человека, который заинтересован прежде всего удобствами своей личной жизни. Поэтому будущее социалистическое общество будет вынуждено взяться за регулирование генеративной деятельности, как оно это начинает уже делать и сейчас. Но из отдельных начинаний эта деятельность государства в будущем развернется в планомерную генеративную политику, проводимую при участии органов биологического надзора, которыми будут врачи будущего.

Эти врачи в своей практической работе будут стремиться освободить людей от всех патологических примесей, которые вошли в человеческий род за его многовековую историческую жизнь, и создать ему более совершенные формы радостного и творческого существования.

ПРОБЛЕМА РОЖДАЕМОСТИ¹

Приходится с чувством горечи признать несомненный факт чрезвычайно малого знакомства и заинтересованности широких врачебных кругов с проблемами демографической и санитарной статистики, устанавливающей внешние очертания социального организма, происходящие в нем изменения в связи с ходом исторического процесса и соотношения между суммой всех патологических влияний на жизнь коллектива и его биологическими качествами.

¹ Статья впервые опубликована в журнале «Профилактическая медицина», 1923, № 7—8. Печатается с незначительными сокращениями. — *Ред.*

Объясняется это явление, по всей вероятности, преимущественно тем, что медицинское преподавание в дореволюционную эпоху ограничивало свои воспитательные задачи целью образовывать врача как терапевта единичной личности; с другой стороны, анархо-буржуазными тенденциями медицинского мышления вообще, его злокачественной социальной анемией, погружающей медицинскую мысль в мелкий и мелочный анализ бесконечного числа отдельных клинических феноменов, в логически ничем не оправдываемую дифференциацию подлежащих изучению фактов, вместо того, чтобы заняться их творческим синтезом, интегрированием громадного материала разнообразной ценности, собранного трудами многих поколений медицинских работников. Вот почему с таким трудом налаживается сейчас реформа медицинского образования на широкой социальной базе.

Как много внутренней правды в словах А. Бебеля, что «в буржуазном обществе существуют два класса, которые не принадлежат пролетариату, но которые, если бы они могли освободиться от своего узкого буржуазного образа мыслей, должны бы с восторгом приветствовать социалистов: учителя и медики», и как далеки еще эти слова от своего жизненного воплощения.

Оглушенные разноязычным шумом непрестанно меняющейся жизни, мы забываем о необходимости подойти к исследованию ее первоначальных родников, выбиваясь из которых она течет различными потоками, постепенно затихающими в одних случаях, бессознательно и преднамеренно отравляемыми неразумной человеческой волей в громадной массе остальных.

В настоящее время можно с абсолютной уверенностью утверждать, что все наше государственное, социальное, культурное и хозяйственное благополучие в значительной мере определяется тем или иным характером, той или иной степенью воспроизводства населения, т. е. уровнем рождаемости.

Изучение этого процесса в течение доступного нашему обозрению периода, с XVII в. по первую, еще не закончившуюся четверть XX в., обнаруживает, что эпоха феодальных отношений и сельскохозяйственного быта в Европе отличалась чрезвычайно высокой рождаемостью, которая не обеспечивала значительного прироста населения лишь потому, что эта эпоха сопровождалась постоянными войнами, частым голоданием населения, малой продуктивностью народного хозяйства и абсолютной санитарной беззащитностью населения. В XIX в. капиталистический строй на первых порах, в эпоху его нарастания, обнаружил, по-видимому, благоприятное влияние как на рождаемость — в смысле ее повышения, так и на выживаемость населения. После длинной эпохи наполеоновских войн рождаемость по всей Западной Европе (единственным исключением была Франция) стала в течение первых десятилетий прошлого века повышаться, несколько снизившись к 50-м голодным годам. Рождаемость населения в Европе достигла максимальной цифры к 60—70-м годам, и с того времени вплоть

до взрыва империалистической войны в Европе наблюдается сплошное, захватывающее все страны понижение рождаемости с непреклонной тенденцией опускаться все ниже. Коэффициент рождаемости в Европейской России, выражавшийся в 60-х годах числом 52,4 рождения на 1000 населения, спустя 50 лет, к первому десятилетию XX в., упал до 46,6 рождения.

Некоторое злорадство по отношению к Франции в сознании ее соседок, Германии и Англии, сменилось внутренним беспокойством, как только обнаружилось, что процесс уменьшения рождаемости захватил также их собственное население. А здесь разразилась еще мировая бойня, выхватившая миллионы жизней из существования и чрезвычайно осложнившая и ухудшившая не только санитарную жизнь всей Европы, но и виды на эволюцию и качественный состав этого населения в будущем.

Изучение условий, вызывающих всеобщее и прогрессирующее понижение рождаемости в Европе, в тех проявлениях, которые доступны нашему анализу, лишний раз подчеркивает зависимость этого понижения от экономических факторов, трактуемых с достаточной широтой и углубленностью.

Признав, что падение рождаемости есть всеобщее «культурное явление», мы должны удержаться от трагического пафоса и воплей о грозящем всему культурному человечеству вымирании, какими обычно сопровождается рассмотрение этого явления, и постараться спокойно исследовать вызывающие его мотивы.

В нашу задачу не может также входить анализ вопроса, почему именно Франция возглавила это всеобщее шествие народов Европы к биологическому декадансу. Гораздо важнее то, что Франция в процессе уменьшения рождаемости явилась не изолированной, что этот процесс оказался всеобщим для Европы.

Разделив все видимые причины этого явления для удобства классификации на три группы: биологические условия, социально-экономические и вытекающие из последних культурно-психологические, мы отметим для начала факт, что у высших млекопитающих в противоположность человеку оплодотворение, как правило, протекающее почти без исключений, наступает всякий раз после одно-двукратного полового соединения производителей. Среди современного человечества мы наблюдаем до 18% всех долговременных половых сожитий без потомства, причем в некоторой, хотя незначительной, части эта бесплодность объясняется односторонним вырождением их зародышевых элементов, несмотря на видимое телесное здоровье, — факт, почти не изучавшийся нашей медициной.

Более многочисленные явления, именуемые бластофторией герминативных элементов, вызываются алкоголем, гоноррейным ядом, свинцовым и некоторыми другими отравлениями. Чрезмерная упитанность организма, ожирение, наблюдаемое по преимуществу у женщин среди городской буржуазии, также часто ведет к бесплодию.

Гораздо большее значение в процессе прогрессивно уменьшающейся рождаемости играют социальные влияния, вызывающие, с одной стороны, более позднее вступление в брак, а с другой — ведущие к сознательному ограничению зачатий или плодотворности.

Исчерпанная плодовитость, т. е. абсолютное число рождений, исчисляемых у замужних женщин за весь период их воспроизводительного возраста, у тех из них, которые вступили в брак до 20 лет, относится к исчерпанной плодовитости женщин, вышедших замуж в возрасте 29 лет, как 8 : 5.

Характерно, что в течение истекшего столетия коэффициент брачности в Европе почти не подвергался большим изменениям. Боязнь иметь детей, чтобы не ухудшить материального благосостояния семьи, в сознании супругов скоро сменялась возможностью избежать их рождения. В 1908 г. во Франции насчитывалось всего несколько более 11 млн. семей. Из них 2 млн. семей были бездетны, а в 3 млн. семей было только по одному ребенку. Из общего числа 1 722 000 семей, состоящих в браке не менее 15 лет, зарегистрированных в 1906 г., только в одной трети их общего числа насчитывались семьи с числом рождений свыше трех. В Америке, по исследованиям Франклина, в XVII в. в среднем на одну семью приходилось 7, а в XVIII в. — 6 детей. Энгельман, продолжавший статистические исследования Франклина, указал, что в первой половине XIX в. число их упало до 5—4 детей на семью, а во второй — до 4—1.

Все эти факты свидетельствуют о том, что ожесточающаяся борьба за жизнь в капиталистическом обществе, стремление удержаться в определенном социальном слое или сохранить в нем возможно большее благополучие вызывают все более и более широкое распространение средств против зачатия и ограничивают число рождений.

Это явление захватывает одинаково все классы общества, включая в него и пролетариат¹, как только он начинает выходить из глубин своего сумеречного состояния, где ему почти единственно доступны эйфорические ощущения, представленные чувственностью сексуальной жизни и алкогольным наркозом, заволакивающим на время беспредельный ужас низин человеческого существования.

Кроме того, если ограничение числа рождений в семьях буржуазных кругов отчасти диктуется возможностью застраховать своих детей от вероятности смерти путем гигиенического ухода за ними, чем избегается необходимость в большом числе их, то в сознании пролетариата все более крепнет убеждение, что рож-

¹ В этимологическое обозначение слова «пролетариат» положено слово *proles-progenies* (потомство), т. е. одна из характерных особенностей — высокая рождаемость.

дение и воспитание ребенка, будущего пролетария, обреченного на создание прибавочных ценностей, которыми пользуются эксплуатирующие классы, есть ненужное и невыгодное для семьи предприятие.

Развивающееся чувство ответственности за жизненную судьбу своих потомков среди пролетариата ведет к тому же, к чему представителей буржуазии влечет желание возможно полнее пользоваться благами жизни и избегать парцелляции богатств среди своих наследников. И только социалистический строй в этом отношении будет в состоянии изменить психологию пролетариата и даст возможность работающей женщине проявить в полной степени ее материнские инстинкты и устранить тревогу за жизнь своих детей.

Разбор культурно-психологических условий, влекущих к ограничению рождений, был бы чрезвычайно сложен и потребовал бы анализа упадочного настроения человека в современном европейском быту, что не входит в задачи этого очерка. Эта опустошенность души, отсутствие в ней жизненных активных начал, творческих идей замечательно ярко и талантливо обрисованы таким глубоким наблюдателем западноевропейского быта, как Ромэн Роллан. «Бесплодное наслаждение» — таков лозунг этого быта. Несомненно, что «демократизация роскоши» проникает и в пролетарские круги общества, верно и то, что эмансипация женщины в этих кругах, неустойчивость семейных отношений, особенно в переживаемую нами революционную эпоху, вряд ли способствуют правильной постановке материнства. Но не менее несомненно и то, что только в грядущем обществе, трудовом и дисциплинированном, материнство как акт, венчающий здоровую и радостную любовь, получит все свои социальные и моральные предпосылки.

Итак, мы должны признать, что наблюдаемое повсюду уменьшение числа зачатий есть не что иное, как впервые наблюдаемый в истории человечества факт рационализации воспроизводства населения, совершаемый чисто стихийным путем и вызванный в большей своей части развитием интеллекта среди эксплуатируемых классов общества.

Не стоит тратить много доказательств на утверждение того положения, что между той или иной степенью развития производства и уровнем воспроизводства населения есть прямая функциональная связь, что система экстенсивного сельского хозяйства была связана со значительной плодовитостью, что интенсивное капиталистическое хозяйство и экстенсивное средневековое воспроизводство населения не могут ужиться вместе. Но сужение воспроизводства населения, стихийно развивающееся на наших глазах в Западной Европе, протекающее без всяких социальных поправок, обозначает не что иное, как самоубийство целого народа.

Здоровое будущее может быть обеспечено только научно обоснованным социализмом, которому придется охватить не только техническую культуру, т. е. производство, обмен и распределение

материальных ценностей, но, что, быть может, еще гораздо труднее и гораздо важнее, создать условия, обеспечивающие наилучшее воспроизводство и квалификацию населения и охраняющие его от преждевременной «амортизации».

В настоящее время еще невозможно спланировать все государственные и социальные начинания в этом направлении. Но очевидно, что в основу их должно быть положено достижение оптимума физиологических функций матери и ее ребенка. Можно считать признанным, что между биологическими качествами и количеством детей существуют явления антагонизма. Биологическая «квалификация» детей повышается в среднем от первого до третьего или четвертого ребенка и начинает явно понижаться с пятого плода. Институт брака до последнего времени рассматривался в чисто сексуальной плоскости, а не как учреждение, играющее решающую роль в процессе сохранения и эволюции человеческого рода. При буржуазном укладе социальный коллектив неразумно и варварски потреблял демографический потенциал и возлагал на женщину обязанность пополнять эти растраты и восстанавливать биологические ресурсы нашей жизни.

Понятно, почему социалистическое строительство, учитывая эти обстоятельства, так широко декларировало охрану здоровья матери и ребенка и стало постепенно вводить в жизнь соответствующие учреждения. Но несомненно, что эти мероприятия — только первые начатки определенной демографической культуры, которая будет широко развиваться по мере того, как государство и общество ясно поймут угрожающие им опасности, находящиеся сейчас в некотором отдалении. Вся наша культурная жизнь до сих пор благоприятствовала холостым и «пролетаризировала» многодетные семьи. Помощь последним со стороны государства — это требование времени, задерживаемое только экономическими затруднениями. В ближайшее время все более будет крепнуть сознание необходимости заменять исчезающее на наших глазах экстенсивное воспроизводство населения интенсивным. Военная служба все более будет приобретать характер социальной школы, гигиенического укрепления организма. Вопросы физической культуры населения только-только стали серьезно ставиться. Социальные гигиенисты еще не прониклись идеей того, что в центре их научных изысканий должны стать две проблемы, от изучения и практических выводов из которых будет в значительной степени зависеть благосостояние будущего социального коллектива, который идет на смену буржуазному обществу, — это проблема биоэротики и наследственности.

Это побудит их подойти к изучению наиболее интимных психологических областей, регулирующих ту часть человеческих эмоций, которые имеют своим последствием загорание новых человеческих жизней, качество, силу и творческую энергию будущих поколений... Поле профилактики необычайно расширяется и ждет своих работников!

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОБЛЕМЫ РОЖДАЕМОСТИ¹

Начальным субстратом, точкой отправления индивидуальной медицины служит изучение строения и функций отдельного человеческого организма, а затем всей массы патологических расстройств, которым он подвергается в течение своей жизни. Основным базисом социальной гигиены должно быть учение о социальной ценности человеческой жизни и анализ морфологии коллектива. Стоя на почве современного материалистического мировоззрения, мы должны рассматривать человека как высшую биологическую ценность, созданную природой и усовершенствованную культурой. В условиях современного капиталистического хозяйства эта биологическая ценность имеет перемежающуюся товарную ценность.

Реальную ценность она приобретает только при эксплуатации ее как живой силы, в том или ином производстве, для создания прибавочных хозяйственных ценностей. Вообще же человек рассматривался до сих пор буржуазными политэкономами, с легкой руки Мальтуса, как в изобилии существующий продукт природы, угрожающий обществу непомерным размножением. Политэкономы при определении роста народного богатства вычисляли нарастание прибавочных ценностей, создаваемых использованием человеческого труда, не обращая внимания на то, как этот процесс нарастания хозяйственных ценностей отражается на биологических качествах создателей прибавочной ценности. Так, например, в условиях капиталистического хозяйства могла быть вполне рентабельна эксплуатация труда детей и подростков, занятых несложным и доступным им техническим участием в производстве. Точно так же, если определенное производство обеспечивало бы наибольшие выгоды при чрезмерной затрате сил человека, то капиталистического предпринимателя несколько не останавливало бы опасение преждевременной изношенности человеческих жизней, потому что их легко можно было бы заменить свежим притоком из резервной армии труда.

В «Капитале» К. Маркса процесс участия труда в образовании прибавочной стоимости изучен со всесторонней глубиной и по существу своему составляет колоссальный источник социально-гигиенического значения. *Современной социальной гигиене необходимо только сблизить экономические явления с процессами биологическими, перевести многие экономические понятия на биологический язык и внести принципы экономического мышления в область биологических явлений.* Принципы экономического мышления до сих пор еще не нашли себе полного отражения в биологии и, значит, в гигиене. Если гигиена есть наука об экономии органических функций отдельного человека, обеспечивающих ему

наиболее полное и длительное их удовлетворение, то социальная гигиена есть наука о том же самом в масштабе коллектива.

Социальная гигиена должна быть учением о создании и увеличении «биологических прибавочных ценностей». *Все, что увеличивает внутреннюю квалификацию человека, что делает его более крепким физически и отодвигает время его природной амортизации — смерть — есть биологическая прибавочная ценность. Все, что способствует преждевременному изнашиванию организма, что не дает возможности выявления его органических задатков, что приближает к нему смерть, есть образование убавочной биологической ценности.*

В сжатой формулировке можно утверждать, что ближайшая задача социальной гигиены заключается в том, чтобы процесс образования материальных прибавочных ценностей не сопровождался параллельным образованием убавочных биологических ценностей. Но совершенно ясно, что в условиях капиталистического хозяйства, когда полюсу накопления товаров соответствует противоположный полюс накопления нищеты, дегенерации, разных форм калечества, эти задачи встречают непреодолимые препятствия и в полной своей степени могут быть решены только во внеклассовом обществе. Только непрерывно растущее классовое сознание и увеличение политического влияния пролетариата в буржуазных странах обеспечивают ему в настоящее время выполнение некоторых задач социальной гигиены и закрепляют за ними некоторые биологические позиции.

Борьба пролетариата против эксплуатации его биологических ценностей, за счет которых создается товар, есть вначале, быть может, инстинктивное, а потом все более сознательное стремление охранить свои элементарные права на жизнь и сберечь биологические силы до того времени, когда грядущий социалистический строй обеспечит ему его биологическую собственность от всяких покушений, производимых в настоящее время на нее современными буржуазными «охранителями частной собственности».

Многие буржуазные экономисты, подходившие к учению о ценности человеческой жизни, конфузливо избегали переводить эту ценность на язык экономических цифр, оставаясь под впечатлением слов Канта, утверждавшего, что если каждая вещь на земле имеет реальную ценность, то человек представляет самодовлеющую ценность.

Конфузливость эта при современном положении вещей совершенно неуместна. Если разделить человеческую жизнь на три периода: от рождения до 15 лет, от 15 лет до 60 лет и от 60 и старше, как это делает демография при хозяйственной оценке человека, то следует признать, что все, умирающие в возрасте до 15 лет, не достигшие периода, когда они общественно полезным трудом могли бы возместить обществу те затраты, которые были понесены на них, представляют экономическую потерю. В России по таблицам смертности из 100 родившихся доживают до этого

¹ Статья опубликована в журнале «Профилактическая медицина», 1925, № 11. Перепечатывается с незначительными сокращениями. — *Ред.*

возраста 52 человека¹. В северных странах, в Норвегии и Швеции, число достигающих этого возраста доходит до 83.

Техника статистического учета позволяет в настоящее время определить, какая часть народного благосостояния ежегодно теряется из-за того, что все затраты на содержание почти половины всех родившихся не окупаются никаким возмещением.

Если произвести экономическую оценку всех основных демографических факторов естественного движения населения, учесть, как мало продуктивного труда может быть выполнено в течение краткой средней продолжительности жизни, как быстро сказывается на преждевременном одряхлении женщины ее «бесплодная плодovitость», как велика заболеваемость населения вследствие малого распространения среди него гигиенических навыков, то становится понятной и малая производительность народного труда, исчисляемая С. Н. Прокоповичем для Европейской России (в 1913 г.) ежегодно в 101 руб. на душу населения².

В итоге мы в дореволюционной России имели культуру, основанную не столько на использовании неорганической природы и на применении квалифицированной техники, сколько на эксплуатации биологических сил самого населения. Но что можно сказать о хозяйстве, в котором плоды срывались незрелыми, в котором рабочий скот впрягался в плуг прежде, чем он достаточно вырос и креп, в котором природные богатства оставались неразработанными.

В процессе народного труда все элементы, участвующие в нем, должны находиться в определенном органическом сочетании, и дешево стоящий человек не может быть создателем крупных прибавочных ценностей. Можно уже теперь безошибочно сказать, что перед хозяйством будущего социалистического строя стоит не только задача овладения техническим производством и распределением, но и «органическим воспроизводством», т. е. задача установления определенных наиболее благоприятных условий размножения людей. Для эпохи капиталистического хозяйства характерна, быть может, в одинаковой степени анархия демографического воспроизводства, как и анархия экономического производства. Создание дешевой рабочей силы и выращивание достаточного числа солдат — вот две основные цели, которые стоят перед капиталистическим государством и осуществляются без всяких особых для него забот. Вопрос о соотношении между количеством и качеством населения никогда не становился еще четко перед сознанием людей в буржуазных странах.

Нельзя не пожалеть, что К. Маркс, внимание которого было отвлечено всецело изучением участия человека в производствен-

ном процессе, уделил так мало внимания проблеме населения в целом.

К. Маркс дал резкую отповедь Мальтусу, идеи которого пользовались чрезвычайной популярностью, в словах «абстрактный закон населения существует только для растений и животных, пока в эту область исторически не вторгается человек»¹. Как известно, этот «абстрактный закон населения» Мальтусом был формулирован в том смысле, что люди имеют тенденцию размножаться в геометрической прогрессии, в то время как средства пропитания увеличиваются в арифметической прогрессии. На это К. Маркс возразил, что «всякому исторически особенному способу производства в действительности свойственны свои особенные, имеющие исторический характер законы народонаселения»².

Биологическая сторона проблемы населения в ту пору, когда писался «Капитал», оставалась совершенно неразработанной. Со стороны социальных перспектив эта проблема за 100 лет сделала поворот на 180 градусов, и если в эпоху Мальтуса боялись излишнего размножения людей, то эта боязнь теперь сменилась воплями об угрожающем в недалеком будущем культурному человечеству обезлюдению.

Необходимо с чрезвычайной серьезностью подчеркнуть, необходимо неустанно повторять, чтобы это стало для всех азбучной истиной, что **проблема населения есть основной стержень, на который должна опираться социальная гигиена**. Никакое научное построение элементов социальной гигиены вне анализа вопросов, заключающихся в понятии населения, невозможно. Всякая попытка построить те или иные начала социальной гигиены, обходя вопросы населения, должна рассматриваться как не имеющий никакого серьезного значения практический эмпиризм, как пустая фразеология в одном случае или как нагромождение случайных умозаключений — в другом.

С другой стороны, можно сказать, что нет ни одного вопроса столь интересного во всей области социально-гигиенического знания, как вопрос о народонаселении. И прямо изумительно то общее незнание, то возмутительное игноранство по отношению к этому вопросу, которое столь характерно для врачебных кругов.

Нет никакого сомнения в том, что именно возле этой проблемы сконцентрируется вся социальная мысль ближайших десятилетий, что именно ей будет отдано наиболее пристальное внимание, что, вдумываясь в нее, будущие социальные гигиенисты и практические работники станут недоумевать, чем можно объяснить полное пренебрежение со стороны наиболее заинтересованных в изучении развития общества научных кругов к той биологической основе, на которой строится вся наша социальная жизнь.

*
*

¹ К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., т. 23, с. 646. — *Ред.*

² Там же.

¹ См.: С. А. Новосельский. Смертность и продолжительность жизни в России. Пг., 1916, с. 130. — *Ред.*

² См.: С. Н. Прокопович. Опыт исчисления народного дохода 50 губ. Европейской России в 1900—1913 гг. М., 1918, с. 66. — *Ред.*

Производство человека есть массовый процесс биологического порядка¹, почти не регламентируемый современным государством. Только в самое последнее время Советская власть делает первые шаги санитарной охраны этого производства, требуя от обоих участвующих в нем, вступающих в брак лиц взаимного осведомления о состоянии здоровья. С социально-биологической точки зрения производство ребенка может рассматриваться как образование никем не оплачиваемой биологической ценности. По остроумному замечанию Гольдшейда это производство можно рассматривать как побочный продукт домашней индустрии, характеризующийся всеми типичными отрицательными сторонами домашней индустрии вообще. В производстве этом могут принимать участие все взрослые индивиды.

Как известно, ни одно зоотехническое хозяйство, ставящее себе задачей улучшение или сохранение породы на определенной высоте, не ставится в такие условия. Несомненно, что в жизненном процессе примитивных народов подбор производителей играл довольно важную роль. Развитие частной собственности почти совсем уничтожает этот вид подбора. Вольтман говорит, что в настоящее время среди буржуазных кругов брачный подбор сопровождается отталкивающим звоном металла. Теоретическим сторонникам регулирования половой жизни всегда возражали, что страсть составляет проявление наиболее интимной, не подлежащей вмешательству, стороны индивидуальной жизни, что ветер страсти дует там, где он хочет. Этому противоречит детальный анализ проявлений и процесса созревания половой страсти, удостоверяющий, что в течение ее занимает определенное, хотя очень быстротечное, время момент колебаний и окончательного выбора. Никто не притронется к сладкому торту, если его предупредить, что к нему примешан мышьяк. Но далеко не всякий в состоянии удержаться от объятий тела, даже зная, что соки этого тела отравлены.

Выращиваемый женщиной человеческий плод нужно рассматривать как сырой продукт биологического воспроизводства, к которому должны быть применены значительные затраты для придания ему надлежащей квалификации. Если всякий человеческий организм, находящийся в возрасте от 0 до 15 лет, демографическая статистика относит к потребляющей группе, то этот экономический термин в биологической оценке принимает совершенно другое освещение. Потребление есть не что иное, как форма производства внутренних прибавочных биологических ценностей. Чем совершеннее и правильнее уход за подрастающим организмом с чисто физической стороны, тем большая обеспечивается ценность не только его физических, но и «психических» качеств. Надлежащий подбор пищи, обеспечение чистого воздуха, правильная смена сна и бодрствования, гигиенический уход за телом, определенная

техническая выучка, все это есть необходимые предпосылки, чтобы человек, сырой продукт природы, превратился в определенную социальную ценность. Если бы современное капиталистическое общество было действительно матерью для всех своих детей, если бы каждому ребенку, появляющемуся на свет, был бы обеспечен хотя бы тот уход, заботливость и вскармливание, которыми пользуется в крестьянской семье теленок, то были бы устранены тысячи страданий и прекратились миллионы воплей, оглашающих социальную атмосферу.

Чем меньше производится затрат на квалификацию биологических ценностей в период их формирования, тем более «дешевый человек» получается в результате такой выработки. Его природные таланты остаются неразвитыми, его физические свойства подточены в своих основах, его психическая саморегуляция, проявляющаяся в его внешних отношениях к обществу, в его поведении вовне, остается весьма несовершенной. Общество терпит непосредственные экономические убытки и задерживает свое культурное обогащение всякий раз, когда остаются неиспользованными органические ценности, находящиеся в человеке, и когда характер работы этого человека не соответствует его задаткам. Но современная буржуазная культура не ведет этого учета. Она потребляет человеческую жизнь чрезвычайно варварским способом, предоставляя его жизненную судьбу случаям рождения в той или иной среде, игнорируя его потенциалы развития и довольствуясь незначительными «прибавочными ценностями», которые она передает небольшому числу привилегированных лиц.

Очень долго процесс демографического воспроизводства шел чисто стихийным путем. Человек расплачивался с природой за наслаждение, получаемое от удовлетворения своего полового инстинкта, созданием новых человеческих жизней. Но как только человек вышел из рабского подчинения природе, как только в условиях буржуазного общества к высокой производственной технике присоединилась и техника половой жизни с применением противозачаточных средств, человек внес принцип рационализации в демографическое воспроизводство.

У примитивных народов единственным средством ограничения размножения была широко развитая практика умерщвления части рождающихся младенцев. По-видимому, механические способы плодизгнания были известны римским патрицианкам в эпоху упадка Римской империи. Но в повседневную практику половых отношений меры предупреждения зачатия и плодизгнания вошли только в капиталистическом обществе, захватив поочередно сначала верхушку буржуазного общества, потом серединку и, наконец, и фундамент его — пролетариат. Крестьянство до последнего времени осталось менее других увлечено этим движением, хотя нет никаких сомнений в том, что по мере вовлечения в это движение сельской массы населения оно также приостановит темп

¹ С. А. Томилин часто термин «биологический» трактует расширительно, практически — как «демографический» в узком значении слова. — *Ред.*

своего размножения, как это уже давно наблюдается среди крестьян Франции.

Правда, никогда человечество не размножалось более энергично, чем в первую часть эпохи капиталистического хозяйства: до XVI в. увеличение населения разных стран Европы происходило весьма медленным темпом, с большими перерывами, обусловленными эпидемиями «черной смерти», высокой смертностью от оспы и частыми войнами. Так, например, в конце XVI в. население Франции не превышало 14 млн., в то время как в начале XIV в. оно доходило до 20—22 млн. Города в течение многих сотен лет не обнаруживали прироста. Цюрих насчитывал в середине XIV в. 12 тыс. населения, а в середине XVII в. — 11 тыс.

В течение 100 лет, с 1800 до 1900 г., население Европы со 187 млн. дошло до 400, что соответствует ежегодному приросту на 0,8%. Этот прирост происходил не столько за счет увеличения рождаемости, сколько за счет падения смертности.

С середины 70-х годов XIX в. во всех странах Европы наблюдается непрерывное понижение рождаемости. Во Франции понижение рождаемости началось непосредственно с начала XIX в. Так как смертность может падать до определенных естественных пределов, а пределы падения рождаемости ничем не ограничены, то, как только понижение рождаемости стало последовательным явлением, с разных сторон начали раздаваться голоса о грозящем всему культурному человечеству вымирании. Сотни рецептов услужливо преподносятся моралистами, философами, юристами и политэкономами Франции, как ей остановить непрерывно увеличивающееся падение рождаемости. Здесь по очереди фигурируют запрещение продажи противозачаточных средств, штрафы до 10 000 франков за аборт, налоги на холостых и на малодетные супружества, увеличение избирательных голосов мужчинам по числу детей, пособия на каждого рождающегося ребенка и много других.

Втянув женщину в процесс капиталистического хозяйства, оторвав мать-пролетарку от своих детей и создав возможность рафинированного существования женщине высшего буржуазного круга, капитализм тем самым бесповоротно предрешил проблему рождаемости. Участие женщины в производственном процессе, куда она вовлекается законом экономической необходимости, отнимает у нее силы, нужные ей для воспроизводства органических ценностей. Для пролетарской семьи выращивание и вскармливание детей прежде всего есть экономически тяжелое, бездоходное предприятие. Поэтому на определенной высоте классового самосознания и с нарастанием у него культурных потребностей и навыков пролетариат начинает утрачивать те биологические свойства, которые вошли в самую характеристику его как класса, отличающегося обильным размножением.

Нет никаких сомнений в том, что усиление классового самосознания и участие в политической борьбе среди пролетариата

сопровождается развитием индивидуальных потребностей, заботой о завтрашнем дне, нарастающим чувством ответственности за судьбу своих детей и желанием избежать появления лишних, вызывающих жалость голодных детских ртов. В семьях мелкой буржуазии и трудовой интеллигенции точно так же желание держаться на социальном уровне, затруднительность дать детям соответствующее воспитание обуславливают необходимость избегать лишних рождений. Для женщины этих кругов, выходящей на самостоятельную профессиональную работу, безразлично в какой бы то ни было роли, беременность со всеми вытекающими из нее последствиями представляет настолько серьезное осложнение, что она, не задумываясь, жертвует своим материнским инстинктом, если он у нее еще сохранился, и уничтожает зародыш затрепетавшей новой жизни.

Наконец, на верхней площадке социальной лестницы мы опять встречаемся среди высшей буржуазии со стремлением к ограничению числа рождений, вызванным, с одной стороны, желанием не дробить среди большого числа наследников своего имущества и неохотой женщины стеснять себя выращиванием детей, что служит помехой ее светскому образу жизни, состоящему из ухода за собственным телом, одеваний и раздеваний бесчисленных туалетов, непрерывной чувственной щекотки. Выхоленная и стерилизованная самка, прекрасно знакомая с «гигиеной» половой техники, изящная альковная безделушка, питающая целые отрасли промышленной роскоши и взвинчивающая до крайних пределов похоть мужчины — вот самый заверченный тип женщины, взращенной капитализмом для немногих избранных.

Принимая во внимание, что в среднем до 18% браков остаются бесплодными и что часть женщин не вступает в половую жизнь вовсе, необходимо, для того чтобы население в следующем поколении не уменьшилось в своей численности и оставалось хотя бы стационарным, чтобы всякая семья имела по меньшей мере трех детей, которые дожили бы до воспроизводительного возраста. По данным французской семейной статистики в довоенную эпоху число супружеств, насчитывающих пятнадцатилетнюю давность с одним и двумя детьми, составляет 55% всех семей во Франции. Вывод отсюда напрашивается сам собой.

Но Франция — это только авангард «культурного» человечества, который возглавляет общее шествие всех европейских стран к депопуляции. Характерно при этом отметить, что и восточные страны, вступая на путь капитализма, например Япония, резко понижают рождаемость.

Таким образом, на процессе убывающей рождаемости в условиях развитого капитализма мы видим, что последний истощает органическую среду, которая служит фундаментом жизни вообще. Хищническая эксплуатация вызывает рефлекс со стороны органической среды человека. Родник жизни начинает бить тише, источник его становится мутным и запустевает.

*
*
*

Проблема рождаемости, составляющая незначительную часть проблемы народонаселения, сама по себе настолько сложна, что вряд ли кто-нибудь решился бы в настоящее время ответить, исследовав ее в целом, какой уровень рождаемости желателен в данную эпоху и как он может быть осуществлен. В настоящее время можно считать ясным только два следующих факта. Во-первых, что те три громадные страны на земном шаре, которые характеризуются большой рождаемостью (Советский Союз, Индия и Китай), покупают свой значительный прирост населения слишком дорогой ценой.

Во всех них высокой рождаемости сопутствует значительная детская смертность, обилие инфекционных заболеваний и слишком быстрый обмен поколений. Объединяющим эти страны экономическим признаком является относительно невысокая продуктивность народного труда и тяжелое экономическое положение сельских слоев населения. Малой производительности народного труда не хватает на то, чтобы усилить темп культурного развития страны в целом, потому что эти средства уходят на то, чтобы поддержать на высоте уже достигнутой культуры непрерывно вливающиеся новые кадры населения.

Другой несомненный факт — что население, которое в данных социальных условиях уже стало стационарным, например, Франция с 90-х годов XIX в., должно в ближайшие десятилетия регрессировать в своей численности. Франция это подтверждает примером целого ряда лет, когда годовой баланс населения сводился с дефицитом, как это видно из нижеследующих данных:

ПРЕВЫШЕНИЕ ЧИСЛА СМЕРТЕЙ НАД ЧИСЛОМ РОЖДЕНИЙ ВО ФРАНЦИИ

1890 г.	38 446	1900 г.	25 988
1891 г.	10 505	1907 г.	19 071
1892 г.	20 041	1919 г.	34 869
1895 г.	17 813	1914 г.	53 000

Мировая война, значительно ухудшившая экономическое положение масс населения в Европе, вызвала во всех странах значительное дальнейшее падение рождаемости. Во всяком случае вряд ли можно считать положительным явление, что народы, идущие к неизбежному социалистическому строительству, частью вступят в него в такую эпоху, когда их жизненные силы будут на ущербе.

Говорить сейчас о том, как будет разрешена проблема рождаемости в социалистическом обществе, было бы неуместным и излишним доктринерством. Важно только знать, что социалистическое общество путем ликвидации эксплуатации человека капиталом восстановит биологические ценности в их непосредственном значении и будет любовно принимать в свою среду всякий новый дар жизни, который будет исходить из радостных сплетений здоровых и чистых творцов жизни.

АБОРТ В СВЯЗИ С ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЖЕНЩИНЫ¹

Целью данного исследования было определение места, принадлежащего аборту в генеративной деятельности современной украинской женщины как одному из способов ее регулирования, распространенности аборта и частоты его. Для большей достоверности данных это исследование ограничивается исключительно материалами об искусственных абортах. Когда для сопоставления приводятся данные об аборте с кровотечением, это отмечается в каждом отдельном случае.

Аборт и превентивные средства

Разработка статистических материалов об абортах дает некоторое представление о распространенности превентивных средств среди абортировавших женщин (см. табл. 1).

Таблица 1

**УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ЖЕНЩИН, ПРИМЕНЯВШИХ
ПРЕВЕНТИВНЫЕ СРЕДСТВА (в %)**

	При искусственном аборте	При аборте с кровотечением
4 крупнейших города ²	19,5	20,7
Окружные города	18,5	19,0
Прочие города	13,5	11,3
Сельская местность	11,1	13,8
В среднем по Украине	13,8	14,5

Из табл. 1 видно, что применение превентивных средств среди обеих групп абортировавших не отличается значительным расхождением и что оно увеличивается по мере перехода от села к крупному городу.

Среди женщин с искусственным абортом в четырех крупнейших городах превентивных средств применяется на 75% больше, чем среди крестьянок. Этому соответствует и значительный перевес рождаемости в сельских местностях Украины над рождаемостью в крупных городских центрах, который определялся в 1927 г. циф-

¹ Работа впервые опубликована на украинском языке в брошюре: С. А. Томілін, М. К. Шрейдер. Аборти на Україні. Основні показники поширення і методика вивчення аборту. Харків, Держстатвидав, 1930.

Все специально не оговоренные числовые данные, содержащиеся в этой работе, относятся к Украинской ССР 1927 г. — *Ред.*

² Киев, Харьков, Одесса, Днепрпетровск. — *Ред.*

рой 93% (рождаемость в крупных городах — 22,0 на 1000 населения, в сельской местности — 42,6).

Материалы не отвечают на вопрос о том, какие именно средства против зачатия применяются, и в данном случае особенное значение приобретают полученные пропорциональные соотношения между женщинами разных территориальных единиц. В различных социальных категориях абортировавших степень применения этих средств далеко не одинакова: среди жен служащих этот процент достигает максимального числа — 23,2, среди женщин-служащих — 20,0, среди женщин-рабочих — 12,1, среди жен рабочих — 10,5 и, наконец, среди крестьянок — 7,1.

Сам факт нежелательной беременности, от которой женщина хочет избавиться, свидетельствует о том, что применение этих средств оказалось напрасным, неудачным или неустановившимся.

Небольшой материал, уже опубликованный в украинской санитарной литературе, о расширении применения превентивных средств показывает, что четвертая часть крестьянок применяет те или иные средства, чтобы обезопасить себя от беременности, — чаще всего прерывает половой акт¹. Во всяком случае наш материал свидетельствует о том, что превентивные средства на селе — дело уже обычное. Село хоть и отстаёт от города по объёму их использования, но, безусловно, они очень популярны, и поэтому их будут применять во все больших размерах.

Повторность аборта

Из общего числа женщин, делавших искусственный аборт, 44,4% абортируют впервые и 55,6% — повторно. Пропорциональное соотношение между числом первых и повторных абортов может служить некоторым критерием для определения интенсивности искусственного аборта в том или ином социальном окружении и отчасти — времени, на протяжении которого аборт значительно распространился. Можно предполагать, что в ближайшие годы начнется постепенный спад процента первых абортов в общей их численности. По материалам белорусской санитарной статистики, процент первых абортов в общем их числе в 1925 г. составлял 71,5%.

Так что не удивительно, что по украинским материалам процент повторных абортов наиболее высокий в окружных городах и самый низкий на селе. Среди абортов с кровотечением процент повторных абортов меньше, чем среди искусственных абортов, за исключением окружных городов, где этот показатель несколько выше, чем соответствующий показатель для искусственных абортов.

¹ А. И. Ворожбит. К вопросу о половой жизни селянки. — «Профилактическая медицина», 1929, № 2.

Отношение числа повторных абортов к числу первых абортов видно из табл. 2.

Сопоставление украинских показателей отношения первого аборта к совокупности последующих с ограниченными аналогичными данными по другим частям Советского Союза говорит о том, что детоограничительные тенденции на Украине проявляются ярче, чем где бы то ни было. По материалам ЦСУ РСФСР, удельный вес первых абортов в общем их числе составил в 1926 г. для Москвы и Ленинграда 49,2%. Первый аборт в сельской местности РСФСР составлял в 1926 г. 69,1% общего их числа, тогда как в украинских селах он составлял 44,4%.

Вторые аборт составляют в среднем по Украине 28,4% их общего числа, третьи — 14,6%, четвертые — 6,3%, пятые — 2,9% и последующие — 3,4%.

Таблица 2

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ПЕРВЫХ АБОРТОВ В ОБЩЕЙ ЧИСЛЕННОСТИ АБОРТОВ (в %)

	При искусственном аборте	При аборте с кровотечением
4 крупнейших города	35,1	34,6
Окружные города	30,7	40,4
Прочие города	38,2	46,7
Сельская местность	51,6	58,4
В среднем по Украине	44,4	51,9

Повторные аборт в пропорциональном отношении намного чаще имеют место в городских поселениях, чем в сельских местностях. Например, женщины, абортирующие в пятый раз, в крупных городах составляют 5% общего числа абортировавших, а на селе — только 2%. В группе абортов с кровотечениями цифры повторных абортов несколько меньше, чем в группе искусственных абортов, причем распределение их частоты по отдельным территориальным единицам выявляет ту же устойчивость, что и в группе искусственных абортов, спадая последовательно от крупных городов к сельским местностям. Все эти закономерности ясно видны из табл. 3.

Учитывая, что повторность аборта тесно связана с возрастом женщины, интересно проследить частоту повторных абортов на разных стадиях развития половой жизни женщины: в начале, на вершине и в период угасания половой жизни.

Как видно из табл. 4, повторные аборт начинаются в юношеском возрасте. Почти пятая часть общего числа абортировавших в возрасте 18—19 лет абортирует уже вторично. Около 5%

Таблица 3

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС АБОРТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ПОРЯДКОВЫМИ НОМЕРАМИ
В ОБЩЕЙ ИХ ЧИСЛЕННОСТИ (в %)

Порядковый номер аборта	Крупнейшие города	Окружные города	Прочие города	Села	Всего
<i>Искусственный аборт</i>					
I	35,1	30,7	38,2	51,6	44,4
II	27,5	30,2	32,6	27,5	28,4
III	17,3	19,9	15,7	12,2	14,6
IV	9,1	9,4	7,3	4,6	6,3
V	5,0	4,4	2,8	2,0	2,9
VI	2,3	2,3	1,4	0,9	1,4
VII	1,5	1,2	0,9	0,4	0,8
VIII и более	2,2	1,9	1,1	0,8	1,2
<i>Внебольшинный аборт</i>					
I	34,6	40,4	46,7	58,4	51,9
II	27,2	28,9	26,3	23,5	24,8
III	17,1	14,7	14,2	10,7	12,5
IV	9,1	7,8	5,7	3,9	5,2
V	5,0	3,7	2,7	1,6	2,5
VI	2,9	1,9	2,6	0,8	1,4
VII	1,3	1,1	0,8	0,4	0,6
VIII и более	2,8	1,5	1,0	0,7	1,1

Таблица 4

ПОВТОРНОСТЬ ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 18—19 ЛЕТ

Порядковый номер аборта	Удельный вес абортс с различными порядковыми номерами в общей их численности (в %)				
	4 крупнейших города	окружные города	прочие города	сельские местности	Украина в целом
I	73,3	59,1	75,7	83,9	78,8
II	21,5	33,7	23,7	14,8	18,7
III	4,7	4,9	—	1,2	2,1
IV	0,5	1,9	0,6	0,1	0,4
V	—	0,4	—	—	—

абортировавших в крупных и окружных городах абортуют третий раз. Как известно из собранных наблюдений о вредном влиянии аборта на дальнейшую генеративную деятельность женщины, аборт в молодом возрасте, когда женщина прибегает к нему, еще не родив ребенка, часто очень неблагоприятно влияет на возмож-

ность зачатия и безопасность родов и вызывает у одних женщин, преимущественно астенического типа, чрезмерную инволюцию матки, у других — разные атрофические процессы в самой матке, которые отрицательно сказываются на протекании и исходе беременности.

Повторность искусственного аборта в период расцвета половой жизни показана в табл. 5.

Таблица 5

ПОВТОРНОСТЬ ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 20—24 ГОДА

Порядковый номер аборта	Удельный вес абортс с различными порядковыми номерами в общей их численности (в %)				
	4 крупнейших города	окружные города	прочие города	сельские местности	Украина в целом
I	47,5	42,1	48,2	65,6	55,4
II	30,3	33,5	34,7	25,4	29,0
III	14,5	16,6	11,8	6,7	10,8
IV	4,9	4,9	4,0	1,5	3,2
V	1,7	2,0	0,8	0,5	1,0
VI и более	1,1	0,9	0,5	0,3	0,6

Несколько округлив цифры, можно сказать, что если среди абортировавших горожанок в этом возрасте половина вторично прибегает к искусственному аборту, то среди крестьянок — только одна треть. Большие различия в частоте повторных абортс наблюдаются начиная с третьего аборта, который среди абортировавших, живущих в крупных центрах, случается пропорционально вдвое чаще, чем в селах, а относительная частота четвертого аборта втрое выше в крупных городах, чем в селах.

Следует остановиться на том факте, что многие показатели интенсивности и частоты аборта в окружных городах выше, чем в четырех крупнейших городах. Например, повторные аборты в вышеуказанных возрастах сравнительно чаще наблюдаются в окружных городах, чем в выделенных для специального изучения четырех крупнейших городах. Это объясняется, вероятно, тем, что в четырех крупнейших городах много женщин, которые не живут регулярной половой жизнью в браке, например женщины-ученицы и служащие, тогда как в окружных городах относительное число замужних женщин больше в сравнении с крупными центрами.

В этой возрастной группе абортировавших, живущих в крупных городах, около 70% абортует повторно. Процент повторных абортс в окружных городах еще больше. Среди абортировавших в других местностях половина прибегает к аборту впервые, половина — повторно. Доля повторных абортс в общей массе абортс более четко определяется в крупных и окружных городах, чем в прочих городах и сельских местностях.

Таблица 6

ПОВТОРНОСТЬ ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 25—29 ЛЕТ

Порядковый номер аборта	Удельный вес абортс с различными порядковыми номерами в общей их численности (в %)				
	4 крупнейших города	окружные города	прочие города	сельские местности	Украина в целом
I	29,4	26,8	37,9	50,0	41,1
II	28,4	30,6	32,8	30,1	30,2
III	19,8	22,6	16,9	12,8	16,1
IV	10,7	11,2	7,3	3,8	6,7
V	6,6	4,3	3,1	1,8	3,2
VI	2,3	2,3	0,7	0,7	1,2
VII и более	2,8	2,2	1,3	0,8	1,5

Таблица 7

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ЧАСТОТА АБОРТОВ СРЕДИ АБОРТИРОВАВШИХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП (в %)

Порядковый номер аборта	4 крупнейших города	Окружные города	Прочие города	Сельские местности	Украина в целом
Возраст 30—34 года					
I	20,6	19,4	26,9	43,3	35,4
II	25,8	26,8	31,8	29,4	28,8
III	19,0	23,0	18,3	14,9	16,7
IV	14,9	12,8	10,7	6,4	8,9
V	7,1	7,9	5,1	3,0	4,4
VI	5,0	4,0	3,3	1,3	2,4
VII и более	7,6	6,1	3,9	1,7	3,4
Возраст 35—39 лет					
I	21,2	16,6	30,4	39,6	34,3
II	20,5	26,0	30,4	29,2	28,1
III	22,2	22,9	19,4	16,5	18,1
IV	12,1	13,6	9,7	7,6	8,9
V	8,1	7,4	3,9	3,2	4,2
VI	5,4	5,3	2,8	1,5	2,5
VII и более	10,5	8,2	3,4	2,4	3,9
Возраст 40—44 года					
I	22,4	18,9	25,0	43,5	38,3
II	23,3	24,3	34,6	24,1	25,0
III	16,2	19,7	21,2	16,2	16,8
IV	8,5	13,8	9,6	7,7	8,4
V	9,4	9,7	3,3	3,5	4,6
VI	3,6	3,5	1,8	2,1	2,3
VII и более	16,6	10,1	4,5	2,9	4,6

В возрастной группе 30—34 года первый аборт среди абортировавших жительниц четырех крупнейших городов и окрестных городов имеет место только у пятой части общего числа абортировавших. Остальные уже успели раньше отреагировать соответствующим образом на посев мужского семени. Здесь, как и в других возрастных группах, среди женщин, живущих в прочих местностях, т. е. преимущественно в селах, число абортировавших повторно значительно меньше, чем среди горожанок. Такая же картина наблюдается и в последующих возрастных группах, как это можно видеть из приведенной выше табл. 7.

Если проанализировать относительную частоту абортс в группе 40—44 года, когда в матке зреет самое позднее мужское семя, то оказывается, что относительная частота абортировавших впервые среди женщин, живущих в крупнейших городах, почти вдвое меньше, чем среди живущих в прочих поселениях. Можно предполагать, что зарегистрированный демографической статистикой за последние годы факт вдвое меньшей рождаемости в крупных городах в сравнении с другими местностями не является случайным совпадением частоты абортс с цифрой рождаемости, а находится в причинной взаимозависимости с числом женщин, у которых сердце гостеприимнее матки.

О повторности абортс среди женщин разных социальных групп дает представление табл. 8.

Таблица 8

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС АБОРТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ПОРЯДКОВЫМИ НОМЕРАМИ В ОБЩЕЙ ИХ ЧИСЛЕННОСТИ ПО СОЦИАЛЬНЫМ ГРУППАМ (в %)

Порядковый номер аборта	Женщины-рабочие	Жены рабочих	Женщины-служащие	Жены служащих	Крестьянки
I	45,0	38,4	39,3	37,7	54,1
II	28,2	30,8	28,5	27,7	27,8
III	14,0	14,1	16,8	15,5	11,2
IV	6,2	8,8	7,7	6,6	3,8
V	3,1	4,9	3,6	6,6	1,6
VI	2,0	0,4	1,8	2,1	0,5
VII и более	1,5	2,6	2,3	3,8	1,0

Из этой таблицы видно, что повторные абортс чаще всего наблюдаются среди жен служащих, в меньшей мере среди жен рабочих и женщин-служащих и в относительно малой степени среди женщин-рабочих и среди крестьянок. В то время как среди жен служащих повторные абортс составляют около 2/3 общего числа абортс, среди крестьянок на повторные абортс приходится меньше половины общего числа сделанных ими абортс. Пропорция второго аборта во всех социальных группах абортировавших при-

близительно одинакова, она составляет от 27,7 до 30,8% общего числа аборт. Однако удельный вес третьего аборта и следующих намного выше среди жен рабочих, жен служащих и женщин-служащих, чем в группе крестьянок.

Для дальнейшего анализа относительной частоты повторных аборт среди женщин разных возрастных групп по отдельным социальным категориям потребовалось бы много места, поэтому тут можно поместить сравнительно немного цифровых показателей, характерных для повторного аборта в разных социальных группах.

Особенно интересна статистика повторности аборта в относительно молодой группе женщин от 20 до 24 лет, когда аборт несомненно не проходит бесследно для здоровья женщины и ее дальнейшей генеративной деятельности.

Таблица 9

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ЧАСТОТА АБОРТОВ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП В ВОЗРАСТЕ 20—24 ГОДА

Порядковый номер аборта	Женщины-рабочие	Жены рабочих	Женщины-служащие	Жены служащих	Крестьянки
I	55,3	50,9	51,8	45,9	67,7
II	28,9	34,4	30,3	30,4	24,8
III	9,8	11,5	12,0	17,6	5,8
IV	4,6	1,6	4,1	4,1	1,3
V	0,8	1,6	0,8	2,0	0,2
VI	0,6	—	0,5	—	0,1
VII и более	—	—	0,5	—	0,1

Из табл. 9 видно, что среди жен рабочих, жен служащих, а также женщин-служащих в возрасте 20—24 года половина абортует повторно, тогда как у абортировавших крестьянок повторность аборта наблюдается в количестве несколько меньшем третьей части общего их числа. Повторные аборты среди абортировавших женщин-рабочих составляют немного менее половины их общего числа и типом распределения мало отличаются от группы, к которой относятся жены рабочих, жены служащих и женщины-служащие. Частота второго аборта среди женщин разных социальных категорий данной возрастной группы относительно равномерна, но доля третьего и последующих аборт в их общей сумме дает значительные вариации. Она минимальна в группе крестьянок и максимальна в группе жен служащих, где относительная частота аборт втрое выше, чем среди крестьянок.

В следующей возрастной группе (25—29 лет) повторный аборт составляет в среднем 75% общего числа сделанных аборт во всех социальных группах за исключением крестьянок, где повтор-

ные аборты составляют меньше половины общего их числа. Особенно велики различия в относительной частоте третьего и последующих аборт между группой крестьянок и жен рабочих.

Если сопоставить относительную частоту первого и последующих аборт в том возрасте, когда половая деятельность женщины уже склоняется за свой зенит — от 30—34 лет, — то оказывается, что тогда как первый аборт составляет только 22,5% в общей массе их, среди женщин-служащих он составляет 25,9%, а среди крестьянок — 50,6.

Число нерожавших женщин в среднем по Украине составляет 10%. Этот процент максимальный в 4 крупнейших городах и минимальный в «прочих городах». Наибольшее число абортировавших по крупнейшим городам приходится на женщин, рожавших один раз. Это число превышает треть всех абортировавших. Максимальная доля рожавших один раз характерна и для женщин, живущих в окружных и прочих городах, только с той разницей, что в прочих городах процент рожавших один раз и два раза одинаков.

Таблица 10

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЖЕНЩИН, ПРИБЕГАЮЩИХ К ИСКУССТВЕННОМУ АБОРТУ, ПО ЧИСЛУ РОДОВ

Число родов	4 крупнейших города	Окружные города	Прочие города	Сельские местности	Всего по Украине
0	13,8	9,0	6,7	9,7	10,0
1	35,4	28,6	22,8	12,6	19,8
2	22,2	22,3	22,8	16,1	18,7
3	12,2	14,4	16,4	15,5	14,9
4	6,2	9,6	11,2	13,5	11,5
5	3,9	6,0	6,9	10,3	8,2
6	2,2	3,6	4,8	7,3	5,7
7	1,7	2,3	3,3	4,9	3,8
8 и более	2,4	4,2	5,1	10,1	7,4

Среди женщин сельских местностей наблюдается иная картина. Максимальную долю в общей численности абортировавших составляют женщины, рожавшие дважды (16,1%), второе место занимают рожавшие три раза (15,5%) и лишь на третьем месте стоят женщины, рожавшие один раз. Число женщин, рожавших не более трех раз (вместе с нерожавшими), в крупных городах составляет 83,6% общего числа абортировавших, в окружных городах — 74,3%, в прочих городах — 68,7% и в селах — 63,4%.

Если от анализа соотношения чисел аборт и родов по территориальному признаку перейти к социальному признаку, то полученная картина даст более выразительную характеристику генеративной деятельности женщин, прибегавших к аборту.

Таблица 11

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЖЕНЩИН, ПРИБЕГАВШИХ К ИСКУССТВЕННОМУ АБОРТУ, ПО ЧИСЛУ РОДОВ И СОЦИАЛЬНЫМ ГРУППАМ (в %)

Число родов	Служащие	Рабочие	Жены служащих	Жены рабочих	Крестьянки
0	25,0	19,6	5,3	4,2	8,9
1	37,0	32,6	29,3	21,0	9,1
2	19,5	19,1	26,7	25,2	13,5
3	8,7	11,9	15,5	18,4	15,7
4	4,4	5,9	10,2	11,0	15,2
5	2,3	4,0	5,2	6,8	11,4
6	1,0	2,5	3,1	6,1	8,5
7	0,9	1,7	2,6	2,6	5,9
8 и более	1,2	2,7	2,1	4,7	11,8

Процент абортировавших ни разу не рожавших составляет четвертую часть общей численности сделанных ими аборт и почти вдвое больше, чем соответствующий процент, характерный для женщин крупнейших городов. Ни разу не рожавших меньше всего среди жен рабочих. Относительно высокий процент ни разу не рожавших среди крестьянок объясняется тем, что в группу крестьянок вошли как состоящие в браке, так и одинокие, поэтому в показателях для крестьянок нивелированы особенности, характерные для состоящих и не состоящих в браке.

Среди женщин-рабочих процент не рожавших также очень высок (19,6%).

Максимум абортировавших среди женщин-служащих, среди женщин-рабочих и среди жен служащих приходится на рожавших один раз. Среди жен рабочих этот максимум приходится на женщин, рожавших дважды, а среди крестьянок — на рожавших трижды. Много раз рожавшие женщины встречаются намного чаще среди абортировавших крестьянок, чем среди других социальных групп, и менее всего — среди женщин-служащих и жен служащих.

После этого суммарного анализа искусственного аборта в зависимости от числа родов можно перейти к более детальному изучению этих взаимосвязей по отдельным возрастным группам, количественные характеристики которых дают возможность делать статистические выводы.

Количество ни разу не рожавших в возрасте 20—24 года особенно велико в группе женщин — служащих и рабочих. Сравнительно высокий процент женщин ни разу не рожавших среди крестьянок объясняется, вероятно, тем, что они не разделены на группы состоящих и не состоящих в браке.

В общем табл. 12 свидетельствует о том, что если в группах служащих и рабочих максимум абортировавших приходится на

рожавших один раз и на нерожавших, то в группе жен служащих, жен рабочих и крестьянок — на рожавших один и два раза.

Таблица 12

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АБОРТИРОВАВШИХ, ПРИНАДЛЕЖАЩИХ К РАЗЛИЧНЫМ СОЦИАЛЬНЫМ ГРУППАМ, ПО ЧИСЛУ РОДОВ (ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА АБОРТИРОВАВШИХ 20—24 ГОДА)

Число родов	Служащие	Рабочие	Жены служащих	Жены рабочих	Крестьянки
0	37,1	27,2	9,0	5,6	20,9
1	45,7	50,9	54,2	46,7	32,9
2	12,7	16,5	29,9	34,4	29,6
3	2,7	4,6	4,0	10,0	12,0
4	1,7	—	2,9	3,3	3,0
5	0,1	0,6	—	—	0,9
6	—	—	—	—	0,3
7 и более	—	0,2	—	—	0,4

Максимальное число абортировавших ни разу не рожавших в возрасте 25—29 лет наблюдается среди женщин-служащих. Среди служащих наибольшее число абортировавших приходится на рожавших один раз, среди рабочих, жен служащих и жен рабочих — на рожавших дважды, а среди крестьянок — на рожавших трижды.

Как видно из табл. 14, в возрасте 30—34 года среди женщин-служащих максимум абортировавших дают рожавшие дважды, среди рабочих и жен служащих — рожавшие три раза, среди крестьянок — рожавшие четыре раза.

Таблица 13

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АБОРТИРОВАВШИХ, ПРИНАДЛЕЖАЩИХ К РАЗЛИЧНЫМ СОЦИАЛЬНЫМ ГРУППАМ, ПО ЧИСЛУ РОДОВ — В % (ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА АБОРТИРОВАВШИХ 25—29 ЛЕТ)

Число родов	Служащие	Рабочие	Жены служащих	Жены рабочих	Крестьянки
0	16,4	8,7	1,6	3,8	4,3
1	41,2	29,3	24,9	15,2	7,3
2	23,9	31,1	37,3	32,4	21,8
3	11,4	19,8	20,7	27,6	30,2
4	4,2	7,9	8,8	14,3	22,6
5	1,9	2,3	4,1	3,9	8,7
6	0,7	0,3	1,6	0,9	3,2
7 и более	0,3	0,6	1,0	1,9	1,9

Таблица 14

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АБОРТИРОВАВШИХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К РАЗЛИЧНЫМ СОЦИАЛЬНЫМ ГРУППАМ, ПО ЧИСЛУ РОДОВ — В % (ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА АБОРТИРОВАВШИХ 30—34 ГОДА)

Число родов	Служащие	Рабочие	Жены служащих	Крестьянки
0	9,6	6,4	2,6	3,0
1	26,2	12,2	10,4	2,4
2	28,3	18,1	18,5	7,6
3	16,7	22,9	27,8	17,4
4	7,9	18,1	22,6	23,5
5	5,4	9,6	7,8	20,3
6	2,4	9,0	3,6	13,3
7 и более	3,5	3,7	6,7	12,5

Распределение абортировавших по числу живых детей

Представляет интерес изучение вопроса: в какой мере обременены детьми женщины, прибегающие к искусственному аборту? Ответ на этот вопрос в целом дает табл. 15. Из этой таблицы видно, что в целом по Украине численность бездетных, имеющих одного и двух детей, составляет больше половины всех абортировавших (57,3%), в крупных городах эта часть абортировавших достигает 75% их общего числа, а в селах опускается до 48,8%. Отсюда следует, что в большинстве случаев нынешний аборт не столько способ оградить себя от большого числа детей, сколько средство осуществления желания установить минимальную норму рождений.

Таблица 15

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АБОРТИРОВАВШИХ ПО ЧИСЛУ ЖИВЫХ ДЕТЕЙ (в %)

Число живых детей	4 крупнейших города	Окружные города	Прочие города	Села	Всего
0	16,4	10,4	8,3	11,9	12,0
1	36,6	33,6	26,5	15,5	22,5
2	22,0	26,4	26,2	21,4	22,8
3	11,3	14,0	17,9	19,6	17,3
4	5,7	7,6	9,6	14,3	11,5
5	3,2	3,4	5,4	8,1	6,4
6	1,8	2,1	2,7	4,8	3,7
7	1,2	1,0	1,6	2,4	1,9
8 и более	1,8	1,5	1,8	2,0	1,9

Максимальное число абортировавших как в крупных городах, так и в прочих приходится на женщин, имеющих одного ребенка, которые в четырех крупнейших, а также в окружных городах со-

ставляют больше трети общего числа абортировавших, а в прочих (неокружных) городах немного превышают четверть всех абортировавших.

Среди крестьянок максимум абортировавших приходится на женщин с двумя детьми (21,4%), далее идут женщины, имеющие трех детей (19,6%), одного (15,5%) и четырех (14,3%). Доля абортировавших женщин-крестьянок, имеющих четырех детей, в два с половиной раза выше, чем в крупнейших городах.

Бездетные женщины составляют в среднем по Украине 12% общего числа абортировавших. Среди женщин, живущих в крупных городских центрах, этот процент достигает 16,4, иначе говоря, шестой части общего числа абортировавших. В небольших городах этот процент вдвое меньше.

В селах среди абортировавших процент женщин с четырьмя детьми в общей их численности почти такой, как процент женщин с одним ребенком. Среди абортировавших в крупных городах женщины с четырьмя детьми составляют лишь шестую часть от числа женщин, имеющих одного ребенка. Картина меньшей доли женщин с относительно большим числом детей во всех трех городских группах абортировавших в сравнении с абортировавшими в селах представлена в табл. 15, дающей возможность проводить сопоставления по всем направлениям.

От этого суммарного анализа абортировавших по числу детей следовало бы перейти к анализу отдельных возрастных групп среди абортировавших. Из-за ограниченности места приводим здесь только некоторые цифры, наиболее характерные для аборта, который делают женщины в молодые годы.

В возрастной группе 20—24 года в среднем по Украине среди абортировавших процент бездетных составляет 21,3, процент женщин с одним ребенком — 47,2 и с двумя детьми — 24,4. Абортировавшие, имеющие трех детей, в селах в этой возрастной группе составляют 8,4% общего числа абортировавших, в крупнейших городах — 3,2%.

В следующей возрастной группе — 25—29 лет — бездетные женщины составляют в среднем 6,4% общего числа абортировавших. В крупных городах процент бездетных поднимается до 11,6, в селах падает до 5,4. Число женщин, имеющих трех детей, среди абортировавших в селах в этой группе вдвое больше, чем среди абортировавших в крупнейших городах.

Процент бездетных женщин среди абортировавших в возрасте от 30 до 34 лет в крупных городах остается сравнительно высоким — 6, тогда как в селах он падает до 2,7. Окружные и прочие города стоят посередине между этими показателями. Бездетные абортировавшие этого возраста и имеющие одного и двух детей, в крупных городах составляют больше половины (53,8%) абортировавших, а в селах — только 28,1%.

Удельный вес женщин с четырьмя детьми в этой группе абортировавших в городах вдвое меньший, чем в селах.

Распределение абортировавших женщин разных социальных групп по числу живых детей дает интересную картину далеко не равномерной в этих группах нагрузки детьми.

Таблица 16

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АБОРТИРОВАВШИХ ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП ПО ЧИСЛУ ЖИВЫХ ДЕТЕЙ

Число детей	Служащие	Рабочие	Жены служащих	Жены рабочих	Крестьянки
0	27,8	25,6	6,3	6,9	10,3
1	41,3	33,8	32,3	25,5	11,6
2	17,4	19,3	32,4	26,9	18,7
3	7,2	10,0	13,3	19,3	21,2
4	3,5	4,7	8,6	10,7	16,3
5	1,5	2,6	2,9	5,8	10,5
6	0,5	1,5	2,2	1,4	5,8
7 и более	0,8	2,5	2,0	3,5	5,6

Дополнением к этой таблице является среднее число живых детей, приходящихся на одну абортировавшую женщину в разных социальных группах. В среднем на одну женщину-служащую приходится 1,28 живых детей, на одну женщину-рабочую — 1,62, на жену служащего — 2,13, на жену рабочего — 2,56, на одну крестьянку — 3,08.

Из этих показателей видно, что в среднем на одну крестьянку приходится детей почти в 2,5 раза больше, чем на одну женщину-служащую.

Обращает внимание большой процент бездетных среди абортировавших женщин, принадлежащих к группе служащих и рабочих. Он приблизительно в четыре раза больше, чем среди жен служащих и жен рабочих.

Наибольший процент абортировавших в группе служащих приходится на женщин с одним ребенком. То же наблюдается и среди абортировавших, принадлежащих к группе рабочих. В группе жен рабочих максимум, правда, выраженный очень слабо, приходится на женщин с двумя детьми, которые вместе с матерями, имеющими одного ребенка, составляют больше половины общей численности абортировавших всей данной группы. В группе крестьянок максимум абортировавших переходит к трехдетным женщинам. В таблице чрезвычайно ясно выражена картина относительного обеднения детьми женщин-служащих и относительно большого числа детей у жен рабочих и особенно крестьянок. В то время как крестьянки, имеющие трех детей, в общей массе абортировавших составляют число втрое большее, чем число женщин с тремя детьми среди служащих, число крестьянок, имеющих четырех детей,

в 4½ раза выше, а женщин с пятью детьми в 7 раз выше, чем соответствующее число служащих.

Число бездетных женщин, а также имеющих одного и двух детей, в группе абортировавших женщин-служащих составляет 86,5% общего их числа. Эта же совокупность среди рабочих составляет 78,7%, среди жен служащих — 71%, среди жен рабочих — 59,3% и среди крестьянок — только 40,6%.

Выкидыши и мертворождаемость среди абортировавших

Теоретически можно было бы предположить, что статистический анализ частоты самопроизвольных аборт и мертворождений среди двух групп абортировавших — с искусственным и самопроизвольным аборт — даст ценные материалы, характеризующие влияние искусственного аборта на протекание последующих беременностей, а с другой стороны — хоть частично выявит природу «аборта с кровотечением».

С этой стороны разработка единого в Советском Союзе материала об абортах исключительно интересна. И все-таки к многим выводам, полученным в результате разработки, следует относиться очень осторожно и избегать окончательных обобщений. Причиной этого, кроме несовершенства и неточности записей, является несколько моментов.

Во-первых, понятия спонтанного выкидыша и мертворождения в медицинской и демографической терминологии не имеют единого содержания. Выкидыши в первые месяцы после зачатия могут совсем не регистрироваться как таковые и проходить в форме сильных маточных кровотечений. Мертворожденным в последнее время обычно считают плод, достигнувший достаточного развития для постэмбрионального существования, т. е. когда со времени его зачатия прошло не менее 28 недель и который погиб в утробе матери или во время родового акта.

Клиницисты, публикующие небольшие наблюдения по статистике мертворождений, не придерживаются точно этого определения. Наконец, показания о мертворождениях и выкидышах основываются на словах женщин и нельзя быть уверенным, что они соответствуют действительности.

В табл. 17 и 18 сопоставляются процентные отношения самопроизвольных аборт к общему числу родов в группе женщин, которым сделан полный аборт, и в группе женщин, пришедших уже с кровотечением. В какой мере во второй группе присутствует самопроизвольный аборт и аборт, вызванный специально, остается неизвестным. Но можно утверждать, что отнесение всех аборт с кровотечением к самопроизвольным абортам, как это делают некоторые, совершенно неправомерно.

Из таблицы видно, что в среднем на 100 родов в группе женщин, прибегающих к искусственному аборту, приходится 6,5 спонтанных выкидыша, а в группе женщин с внебольничным аборт — 7,2.

Таблица 17

ПРОЦЕНТ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТОВ ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА РОДОВ

Возрастные группы	Искусственный аборт в больнице					Аборт с кровотечением				
	4 крупнейших городов	окружные города	прочие города	сельские местности	УССР в целом	4 крупнейших городов	окружные города	прочие города	сельские местности	УССР в целом
18—19	4,8	6,8	—	11,7	9,0	—	—	—	—	—
20—24	5,1	7,0	8,4	7,0	6,8	13,8	26,5	25,9	16,2	17,8
25—29	6,7	5,7	8,7	6,8	6,9	12,0	24,5	20,7	12,8	14,3
30—34	6,6	7,0	11,7	6,9	7,3	12,3	23,3	17,6	10,6	12,1
35—39	5,0	7,6	7,7	4,9	5,4	8,3	16,2	14,9	9,6	10,2
40—44	3,9	5,1	7,8	6,0	5,9	10,4	13,7	14,8	9,6	10,3
45 и более	3,2	7,5	5,7	5,1	5,2	3,7	—	8,5	9,3	9,0
В среднем	5,9	6,6	9,0	6,2	6,5	11,0	20,8	17,9	11,0	7,2

Среди абортировавших, живущих в крупных городах, процент спонтанных выкидышей от общего числа родов несколько меньше, чем в среднем по Украине. Удельный вес спонтанных выкидышей среди женщин, прибегавших к искусственному аборту, максимальный в группе 18—19 лет, намного уменьшается после 35 лет.

Профессор П. Х. Хажинский, изучивший в своей докторской диссертации статистику 6292 беременностей в акушерской клинике Харьковского университета за 1892—1908 гг., установил, что спонтанные выкидыши составляют 5% общего числа беременностей, зарегистрированных за этот период в клинике.

Таким образом, наши материалы, очевидно, свидетельствуют о несколько большем количестве спонтанных выкидышей по сравнению с общим числом родов.

Высокий процент абортов с кровотечением, выявленный среди женщин с внебольничным аборт, вызывает догадку, что в группе абортировавших с кровотечением мы имеем дело далеко не с самым подпольным аборт, который, конечно, в некоторой пропорции там есть, а с определенной конституциональной женской группой, имеющей тенденцию не донашивать часть зачатых плодов.

Статистика мертворождений среди обеих групп абортировавших по нашим материалам выглядит следующим образом (см. табл. 18).

Следует отметить, что более или менее достоверных материалов по статистике мертворождаемости в демографической статистике Украины до сего времени нет, поэтому не с чем сопоставлять наши материалы. Единственная диссертация врача Выклюкова о мертво-

рождаемости в Петербурге относится к дореволюционному периоду и ограничивается городским населением Петербурга. Сопоставление полученных показателей (4,4 для группы искусственного аборта и 4,9 для аборта с кровотечением) с материалами международной демографической статистики свидетельствует о том, что наши показатели мертворождаемости намного превышают соответствующие показатели других стран.

Таблица 18

ЧИСЛО МЕРТВОРОЖДЕННЫХ НА 100 РОЖДЕНИЙ

Возрастные группы	Искусственный аборт					Аборт с кровотечением				
	4 крупнейших городов	окружные города	прочие города	сельские местности	УССР в целом	4 крупнейших городов	окружные города	прочие города	сельские местности	УССР в целом
20—24	4,2	2,7	2,9	2,2	2,7	4,7	5,8	6,8	4,6	5,0
25—29	6,2	3,4	3,5	3,5	3,9	4,3	5,3	5,6	4,8	4,8
30—34	8,9	4,3	3,9	4,1	4,6	4,6	5,5	4,7	4,4	4,5
35—39	7,1	3,8	4,2	4,8	4,8	4,5	6,3	7,3	4,7	5,0
40—44	8,5	3,3	5,2	4,9	5,0	4,9	3,2	7,4	4,9	5,1
45 и более	9,7	5,3	2,4	5,8	5,6	—	8,6	9,4	6,4	6,5
Всего	6,7	3,6	3,8	4,2	4,4	4,2	5,3	6,2	4,8	4,9

МЕРТВОРОЖДАЕМОСТЬ НА 100 РОЖДЕНИЙ В 1920—1922 гг.

Бельгия	4,7	Швейцария	2,8
Франция	4,4	Эстония	2,6
Италия	4,4	Венгрия	2,5
Голландия	3,7	Дания	2,4
Германия	3,2	Швеция	2,3
Австрия	3,1		

Уровни мертворождаемости в Бельгии, Франции, Италии и Голландии завышенные, поскольку в этих странах к мертворожденным относят детей, умерших на протяжении первых дней жизни. Действительный процент мертворождений близок к 3, чему соответствует показатель, полученный по материалам Харьковской акушерской клиники в указанной выше работе, где он определен в 3,2%.

Табл. 18 свидетельствует о зависимости числа мертворождений от возраста матери. Число мертворождений всегда несколько увеличивается с общим числом беременностей.

Процент мертворождений немного выше в группе аборта с кровотечением, чем в группе искусственного аборта. Но разница в цифрах невелика и не подтверждает теоретического предположе-

ния о намного большем количестве мертворождений в той группе женщин, где наблюдалось увеличенное число самопроизвольных аборт.

В табл. 18 обращает на себя внимание чрезвычайно большой процент мертворождений у женщин, прибегавших к искусственному аборту, в 4 крупнейших городах, т. е. на той территории, где аборт очень распространен. Этот показатель вдвое больше обычного процента мертворождений. Может быть, несколько поспешно делать отсюда вывод, что значительное распространение абортов повышает уровень мертворождаемости, хотя такой вывод полностью подтверждал бы взгляды клиницистов на вопрос о неблагоприятном влиянии абортов на протекание родового акта в дальнейшем. Тут могут иметь место и другие причины: сифилис в городах, неблагоприятные гигиенические условия одиноких матерей и т. д. Во всяком случае, факт вдвое большей мертворождаемости в сравнении с обычной среди женщин, часто прибегающих к искусственному аборту, как мы установили впервые при помощи статистического метода на основе разработки почти 100 тыс. абортных карточек, заслуживает того, чтобы отнестись к нему внимательно, проверить его и детально изучить.

Общий генеративный эффект у абортировавших

Статистический анализ дает возможность рассчитать всю генеративную деятельность женщины, закончившуюся рождением ребенка, и сопоставить ее с числом живых детей. Учитывая, что ни в украинской, ни в русской санитарной литературе вопрос плодovitости еще никогда не изучался, этот материал представляет особую ценность и имеет только тот недостаток, что он охватывает не все женское население в его репродуктивной части, а только ту часть, которая прибегает к абортам. Из материалов статистики родовспоможения на Украине выяснилось, что среди 83 867 рожавших женщин 19 180 до родов делали аборт, иными словами, искусственные аборт были у 22,9% рожавших. В 4 крупнейших городах этот процент составляет 44,3, в окружных — 33,0, в прочих городах — 23,2 и в сельской местности — 16,2. Если к этим цифрам добавить аборт женщин, не имеющих детей, то станет ясно, что в крупнейших центрах больше половины женщин теперь прибегает к аборту и что с некоторой вероятностью полученные показатели можно распространить на всех женщин.

В любом возрасте плодovitость увеличивается с переходом от крупного города к меньшему и достигает максимума в селе. При рассмотрении плодovitости и среднего числа живых детей, приходящихся на женщину в возрасте 45 лет и старше, обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на значительный перевес женской плодovitости в селах, число живых детей в среднем там меньше, чем во всех трех группах городских женщин.

Если условиться называть отношение числа живых детей к общему числу рождений «полезным коэффициентом плодovitости», то оказывается, что в возрасте угасания генеративной деятельности женщины он в четырех крупных городах составляет 81,3%, а в селах — только 63,5%.

Таблица 19

СРЕДНЕЕ ЧИСЛО РОЖДЕНИЙ И ЖИВЫХ ДЕТЕЙ, ПРИХОДЯЩИХСЯ НА ОДНУ АБОРТИРОВАВШУЮ

Возрастные группы	Крупнейшие города		Окружные города		Прочие города		Сельские местности		УССР в целом	
	рождений	живых детей	рождений	живых детей	рождений	живых детей	рождений	живых детей	рождений	живых детей
20—24	1,05	0,95	1,28	1,06	1,35	1,19	1,36	1,21	1,28	1,13
25—29	1,95	1,69	2,34	1,94	2,45	1,99	2,86	2,37	2,56	2,14
30—34	2,93	2,51	3,50	2,45	3,73	2,96	4,22	3,20	3,90	3,01
35—39	4,39	3,68	4,97	3,92	5,17	3,83	5,69	3,89	5,43	3,87
40—44	5,41	4,37	6,55	4,89	6,92	5,32	7,52	5,10	7,22	5,05
45 и более	6,65	5,41	7,28	5,44	7,94	6,04	8,43	5,36	8,27	5,40
Всего	2,09	1,79	2,58	2,03	2,97	2,37	3,61	2,72	3,15	2,45

В этой таблице привлекает внимание большое число живорождений у женщин в возрасте 35 лет и старше. Оно характеризует плодovitость поколения, вышедшего из детородного возраста и жившего до легализации аборта, после которой он стал широким бытовым явлением. Не раньше чем через одно-два десятилетия можно будет определить точно, насколько снизится показатель исчерпанной плодovitости женщины, провозвестником спада которого может быть быстрое снижение общего коэффициента рождаемости в последнее время.

Наконец, перед нами последний и чрезвычайно важный раздел в изучении проблемы современного аборта — место аборта в общем балансе генеративной деятельности современной женщины на Украине. Табл. 20 дает суммарное представление об отношении абортов к общему числу зачатий.

Подавляющее большинство всех беременностей в группе до 20 лет заканчивается искусственным абортом, причем очень больших различий в степени доношивания плода между горожанками и крестьянками не отмечается. Крестьянки в возрасте 20—24 года доношивают 50% плодов, женщины крупных городов свыше одной трети. В последующих возрастных группах наблюдается та же самая разница между горожанками и крестьянками.

Таблица 20

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС АБОРТОВ В ОБЩЕМ ЧИСЛЕ БЕРЕМЕННОСТЕЙ (в %)

Возрастные группы abortировавших	Крупнейшие города	Окружные города	Прочие города	Сельские местности	УССР в целом
18—19	76,6	73,2	74,6	82,0	79,3
20—24	63,1	59,9	55,5	50,6	55,8
25—29	56,6	51,5	46,7	38,4	44,9
30—34	52,0	46,4	42,3	32,8	38,2
35—39	44,1	39,8	33,1	27,7	31,2
40—44	40,7	33,8	27,2	22,6	25,2
45 и более	31,0	29,2	25,3	20,3	21,4
Всего	54,6	49,1	42,8	33,9	40,0

Наиболее показателен в этом отношении возраст угасания половой жизни — 45 лет и старше, по которому можно составить приблизительное представление об исчерпанной плодovitости женщин. Оказывается, что среди abortировавших женщин крупных городов abortы на протяжении жизни составляют несколько меньше одной трети общего числа беременностей, среди крестьянок — пятую часть. Между этими двумя показателями промежуточное число занимают abortировавшие окружных и прочих городов. Соотношение показателей распространения abortа в разных возрастных группах дает некоторое право сказать, что современный abort переживает фазу экспансивного распространения, особенно у женщин молодого возраста. Если в ближайшее десятилетие его частота не изменится, то можно надеяться на повышение в будущем этих показателей в старших возрастных группах по сравнению с младшими. У женщины может быть всегда больше мотивов прекращать дальнейшие беременности при наличии нескольких детей, а не ранее, когда ее материнский инстинкт жаждет удовлетворения, и только в отдельных случаях парализуется соображениями материального порядка.

Из табл. 21 видно, что abort составляет от 30,7 до 59,6% общего числа беременностей среди женщин разных социальных групп. Крестьянки донашивают около $\frac{2}{3}$ зачатых плодов, женщины-служащие — только $\frac{1}{3}$. Жены служащих и жены рабочих по уровню процента прерванных abortом беременностей стоят между женщинами-служащими и крестьянками. Эти отличия характерны для всех возрастных групп abortировавших женщин разных социальных категорий. В группе 30—35 лет частота abortа среди женщин-служащих почти вдвое больше, чем среди крестьянок.

В табл. 22 приведено среднее число беременностей и abortов, приходящихся на женщин разных социальных групп.

Таблица 21

ПОВОЗРАСТНЫЕ УДЕЛЬНЫЕ ВЕСА АБОРТОВ В ОБЩЕМ ЧИСЛЕ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП (в %)

Возрастные группы	Служащие	Рабочие	Жены служащих	Жены рабочих	Крестьянки
18—19	87,0	83,7	72,4	64,3	84,2
20—24	67,3	62,7	59,6	51,8	48,7
25—29	60,7	53,6	51,6	43,4	35,5
30—34	56,5	45,2	48,6	37,6	28,9
35—39	44,3	32,9	39,8	34,7	26,7
40—44	45,2	32,2	40,0	—	21,2
45—49	—	21,1	—	—	19,6
Всего	59,6	51,1	49,8	41,2	30,7

В то время как максимальный abortизм наблюдается у женщин-служащих, среднее число abortов, приходящихся на одну женщину-служащую, намного меньше, чем у жен служащих. Такое как будто бы несоответствие показателей объясняется тем, что жены служащих живут более регулярной и интенсивной половой жизнью, поэтому в их среде и число беременностей, и число abortов выше, чем среди женщин-служащих, часть которых не состоит в браке. По данным этой же таблицы можно проследить в ряде возрастных групп и среди разных социальных категорий abortировавших провокационное влияние abortов на дальнейшие беременности. Среднее число беременностей, приходящихся на 35—44-летних жен рабочих, намного выше, чем у крестьянок этого же возраста, что объясняется, несомненно, большим числом искусственных abortов среди жен рабочих в сравнении с крестьянками, в результате чего бывают повторные зачатия.

В заключение этого статистического исследования можно сказать, что проблема abortа приобретает социальный интерес, преимущественно в таких двух аспектах: 1) роль abortа в процессе воспроизводства населения и 2) влияние его на социальное здоровье женщины. С точки зрения организации здравоохранения представляет интерес также вопрос о заполненности abortировавшими значительного числа больничных коек. Наконец, социолог не пройдет мимо вопроса, как в растущем числе abortов выявляется психология современных отношений между полами, в какой мере abort делает более свободным половое поведение женщины и мужчины.

Все эти вопросы нельзя считать объективно исследованными.

Ограничивающее влияние искусственного abortа на размножение населения не подлежит ни малейшему сомнению и особенно заметно в городах. Какими субъективными мотивами не прикрыва-

лось бы желание женщины в каждом отдельном случае делать аборт, объективно не подлежит сомнению, что аборт теперь — один из важнейших способов рационализации размножения, осуществляемый в индивидуальном порядке. Сейчас мы наблюдаем на Украине только начало этого движения, более всего в городах, но оно несомненно имеет тенденцию охватывать все более широкие слои женщин.

Таблица 22

СРЕДНЕЕ ЧИСЛО БЕРЕМЕННОСТЕЙ И АБОРТОВ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП

Возрастные группы	Крестьянки		Рабочие		Жены рабочих		Служащие		Жены служа- щих	
	Среднее число									
	бере- меннос- тей	аборт ов	бере- меннос- тей	аборт ов	бере- меннос- тей	аборт ов	бере- меннос- тей	аборт ов	бере- меннос- тей	аборт ов
18—19	1,39	1,17	1,45	1,21	2,33	1,50	1,42	1,24	1,93	1,40
20—24	2,90	1,41	2,70	1,69	3,27	1,69	2,60	1,75	3,10	1,85
25—29	4,59	1,63	4,29	2,30	5,13	2,23	3,92	2,38	4,78	2,47
30—34	6,49	1,88	5,87	2,65	6,57	2,47	5,32	3,01	6,48	3,15
35—39	8,09	2,16	8,09	2,66	9,00	3,12	6,27	2,77	7,69	3,06
40—44	9,96	2,11	12,20	3,93	13,00	4,50	7,34	2,32	7,85	3,14
45—49	10,90	2,19	—	2,00	—	—	11,57	3,00	12,00	4,00
Всего	5,78	1,77	4,07	2,08	5,55	2,29	3,78	2,25	4,94	2,46

Мы теперь сталкиваемся в крупных городах Украины с фактом, что среди абортировавших женщин только четвертая часть имеет более двух детей. Чтобы сохранилось количественное равновесие двух смежных поколений, нужно, чтобы на каждую семью приходилось в среднем три с дробью ребенка. Двое из родившихся замещают умерших родителей, а остальные должны компенсировать число лиц, оставшихся бесплодными из состава предыдущего поколения, и число умерших ранее наступления воспроизводительного возраста из состава нового поколения. Теперь население растет за счет тех семей, которые не ограничивают число своих детей одним или двумя рожденьями. Таким образом, мы видим, что интересы семьи, которая в каждом новом ребенке видит нового потребителя, а с другой стороны, интересы коллектива, для которого каждый новый член общества является новым производителем ценностей, находятся во взаимном противоречии. Отсюда начинаются все попытки современного буржуазного государства влиять на уровень рождаемости, давая привилегии многодетным семьям (Франция), или способствуя развитию организаций охраны детства и материнства.

В условиях украинского городского быта важное место в этиологии неоднократного аборта занимают неблагоприятные жилищные условия. По материалам городской переписи 1923 г. около 54% городского населения жило в однокомнатных квартирах. Супружеская пара не хочет ребенка потому, что негде поставить люльку.

Если проблема аборта, с одной стороны, упирается в политику народонаселения, то, с другой стороны, это проблема непосредственно социально-гигиенического характера. В свое время легализация искусственного аборта преследовала цель вырвать аборт из рук темных бабок и лиц, наживающихся на выгодной нелегальной операции. Но теперь набралось много наблюдений, свидетельствующих о том, что, если даже аборт делают опытные руки врача, и тогда на него нельзя смотреть как на операцию, индифферентную для нынешнего и будущего здоровья женщины. Все более усиливается убеждение, что аборт играет роль «гормональной травмы», на которую матка часто реагирует последующей стойкой атрофией и фиброматозом. Гинекологические амбулатории все больше заполняются женщинами с повторными абортами в анамнезе и с целым рядом явлений психостенического характера: утрачивают ощущение радости жизни, утрачивают половой порыв, ощущают себя совершенно разбитыми психически, утрачивают трудоспособность. Часто эти явления сопровождаются расстройством менструальных функций. Наконец, безусловно, в некоторых случаях аборты приводят к устойчивой потере плодovitости женщины и навсегда лишают ее радости материнства. Протекание и окончание последующих беременностей среди абортировавших часто характеризуется отклонениями от нормы. Рост числа внематочных беременностей, имеющий место в последние годы, также связан с массовым распространением абортов и с точки зрения клинициста легко объясняется нарушением нормальной структуры слизистой оболочки матки из-за абортов. Об установленном увеличении числа мертворождений среди абортировавших женщин говорилось выше. По материалам клинических наблюдений особенно неблагоприятные результаты аборта бывают у нерожавших женщин. Из наших материалов видно, что к этой категории абортировавших принадлежит 25% всей массы женщин-служащих.

В городах чрезвычайно распространен астеничный тип женщины с той или иной степенью недоразвитости отдельных органов половой сферы (генитальный инфантилизм). Физиологические наблюдения над этим типом женщин показывают, что нормальное протекание беременности, оканчивающееся родами, есть необходимое условие для того, чтобы вся генитальная сфера нормально развилась. Аборт же у женщин, еще не рожавших, вызывает инволютивные, атрофические процессы в матке и, как сказано выше, обрекает на неминуемое бесплодие.

Наконец, аборт, сделанный самими умелыми руками, — а их не так уж много, — совсем не пустячная операция, и даже опыт-

нейший врач не гарантирован от случаев прокола матки и других осложнений, ставящих под угрозу саму жизнь abortирующей.

Немецкая санитарная статистика насчитывает в среднем на тысячу abortов пять смертных случаев. Будь эти цифры верными, это означало бы, что на Украине в 1927 г. от abortа умерло 1225 женщин. А если цифры смертности от abortа и завышены, то все-таки они должны означать несколько сотен случаев ежегодно.

Намного чаще abort угрожает здоровью женщины в дальнейшем, провоцируя обострение имеющихся воспалительных процессов матки и придатков, чаще всего гонорейного характера.

В последнее время некоторые авторы провозглашают показания к abortу в случае ожидаемого рождения дегенеративного ребенка. По этому поводу можно сказать следующее. Нынешние наши знания законов наследственности не столь глубоки, чтобы врач мог бы при рождении новой жизни составить его «биологический гороскоп». Более достоверным может быть приговор врача, если он имеет дело не с анализом наследственных примет зародышевой плазмы обоих партнеров, а с интоксикацией ее (алкоголизм, свежий сифилис, туберкулез у отца или у матери).

Все приведенные факты свидетельствуют о том, что на массовое распространение abortа с социально-гигиенической точки зрения нельзя смотреть как на явление, не нарушающее интересов общественного здоровья, а значит, и общественной экономики. Нужно, чтобы каждая женщина, прибегающая к abortу, и особенно та, которая ни разу не рожала, была ознакомлена с той опасностью, которая угрожает ей в будущем; нужно, чтобы медицинская мысль изыскивала не такие опасные для женщины способы предупреждения нежелательной для нее беременности, и, наконец, нужно, чтобы объединенными усилиями государства и общества каждой женщине, которая отдает свой труд коллективу, была обеспечена возможность стать матерью, если она этого хочет.

К ВОПРОСУ О ПЛОДОВИТОСТИ КРЕСТЬЯНКИ И ВЛИЯНИИ ЕЕ НА ДЕТСКУЮ СМЕРТНОСТЬ¹

Тот факт, что колоссальная детская смертность на селе в известной степени является результатом ничем не ограничиваемой, стихийной плодovitости крестьянки, не может быть оспариваем, но фактически эта проблема в дореволюционное время никем еще не изучалась. Смертность детей до одного года до революции в России доходила до 30% на сто рождений, а на Украине — до 20. В настоящее время детская смертность несколько упала, но все же держится на относительно высоком уровне (в России в 1926 г. — 19,1, а на Украине — 14,1).

¹ Заметка была опубликована в «Журнале по изучению раннего детского возраста», 1929, № 9. — *Ред.*

Для предварительного изучения плодovitости украинской крестьянки Харьковская кафедра социальной гигиены предприняла в 1927 г. изучение плодovitости, некоторых вопросов женского полового быта и детской смертности населения одного типичного украинского села. Из опроса 119 замужних женщин в возрасте законченной плодovitости (свыше 50 лет) выяснилось, что в среднем на каждую женщину приходится 7,4 живорожденного ребенка. Характер смертности детей до одного года был изучен в том же селе на значительно большем материале. Выяснилось, что из 100 живорожденных детей в возрасте до одного года умирало 17,9, до 5 лет — 11,6 и в возрасте от 5 до 15 лет — 5 детей. Таким образом, оказывается, что свыше трети рожденных детей погибает до вступления их в воспроизводительный возраст. Значительная смертность детей до одного года влечет за собой быстрое наступление вторичного зачатия, которое, как правило, не произошло бы, если бы ребенок остался живым и питался бы грудью матери. Исследование показало, что в тех случаях, когда ребенок умирал ранее одного года, в 14% рождение последующего ребенка происходило в срок не более года со времени смерти предыдущего ребенка. Этот факт подтверждает мнение, высказывавшееся некоторыми европейскими демографами, что высокая детская смертность «провоцирует» последующую рождаемость.

Дополнительно кафедрой социальной гигиены было изучено влияние следующих факторов на детскую смертность до 1 года: 1) возраст матери, 2) очередь рождения, 3) интервал между двумя последующими рождениями и 4) число родившихся детей. Ниже приводятся результаты этого исследования.

Возраст матери	Число детей, умерших до 1 года, на 100 родившихся
До 19 лет	20,4
20—24 года	16,8
25—29 лет	16,9
30—34 года	13,4
35 и более	16,7

Порядок рождения	
1-й по счету ребенок	26,0
2-й » »	12,3
3-й » »	14,2
4-й » »	14,4
6-й » »	18,0
7-й » »	28,0

Интервал между рождением предыдущего и последующего ребенка	
1 год	18,9
2 года	14,4
3 »	12,2
4 »	7,2

1	13,2
2—4	16,6
5—7	14,9
8—10	18,3
свыше 10	22,0

В общем эти материалы, нуждающиеся в дополнительной проверке в ряде последующих исследований, удостоверяют факт повышенной детской смертности у очень молодых матерей, свидетельствуют о большой смертности первенцев и детей с большим порядковым номером рождения, указывают на неблагоприятное влияние на детскую смертность коротких интервалов между зачатиями и говорят о повышенной смертности в многодетных семьях.

Расспросы о половой жизни замужних крестьянок показали, что 9% их пользуется теми или иными методами, чтобы предохранить себя от зачатия, чаще всего *coitus interruptus*.

На вопрос, желают ли замужние крестьянки иметь детей, были получены следующие ответы в зависимости от продолжительности брака и от числа наличных живых детей.

Продолжительность брака	% замужних женщин, желающих иметь детей
До одного года	62,5
1—5 лет	32,8
6 и более	18,3
Число живых детей	
Бездетные	64
С 1 ребенком	35
С 2 детьми	20
С 3 и более детьми	10

В целом этот элементарный анализ плодовитости и некоторых сторон половой жизни украинской крестьянки свидетельствует о том, что современная значительная плодовитость крестьянки может быть с известным правом названа «бесплодной плодовитостью» потому, что значительная часть рожденных ею детей погибает, не достигая производительного возраста, представляя ничем не заменимую экономическую потерю средств, затрачиваемых на их эфемерную жизнь, подрывая здоровье матерей частыми беременностями и вызывая излишние моральные страдания. Вместе с тем этот краткий анализ обнаруживает, что женская масса крестьянского населения ищет пути к рационализации своей половой энергии и прибегает к недостаточным и вредным средствам. Сознательное стремление матери иметь ребенка при наличии уже небольшого числа детей быстро убывает.

Все эти факты свидетельствуют о необходимости со стороны органов государственного здравоохранения и общественности обратить серьезное внимание на проблему рационализации женского полового быта в деревне.

ИССЛЕДОВАНИЕ СМЕРТНОСТИ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ДОЛГОЛЕТИЯ

К СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ НА УКРАИНЕ¹

Во всем сложном комплексе социальной патологии вряд ли есть иное социально-патологическое явление, которое по своему внутреннему значению и глубокому влиянию на многие стороны народного санитарного быта и народной экономики заслуживало бы более пристального и углубленного внимания, чем проблема детской смертности.

Этнограф вызывает наше удивление, восстанавливая картины тех времен, когда невежественный дикарь приносил разгневанным богам в добровольную жертву своих детей, но еще не так давно, в дореволюционной России, сила всепримиряющей привычки заставляла не замечать те бесчисленные человеческие жертвы, которыми наши народные массы расплачивались за свое санитарное невежество. К этому все присмотрелись, это было только одним из бесчисленных мрачных эпизодов нашего отсталого санитарного быта. Можно сказать больше: несмотря на губительное значение для многих сторон народной жизни, чрезвычайная детская смертность в России почти не изучена. За исключением одного-двух десятков статистических исследований, принадлежащих земским санитарным врачам, и небольшого числа поверхностных диссертаций, в дореволюционной санитарной литературе нельзя найти значительных материалов, приподнимающих завесу перед этим грозным явлением народной жизни.

Подчеркивая значительную ценность немногих отдельных работ, во главе которых стоит труд «каменщика русской санитарной статистики» П. И. Куркина («Детская смертность в Московской губернии за 1888—1897 гг.»), в настоящее время приходится ска-

¹ Работа была опубликована в 1930 г. под названием «Социально-гигиеническая оценка детской смертности. По материалам международной и украинской статистики». Работа печатается с сокращениями. В частности, полностью опущены разделы «Общая характеристика детской смертности на Украине», «Детская смертность в отдельные периоды первого года жизни», «Территориальные особенности детской смертности на Украине», «Причины детской смертности», «Мировая статистика детской смертности и ее динамика». — *Ред.*

зять, что изучение детской смертности требует углубленных и расширенных методологических приемов статистического анализа для выяснения ряда вопросов, оставшихся до сих пор мало или вовсе в ней неосвещенными.

Термин «детская смертность» может пониматься двояко: это есть или смертность детей в возрасте до одного года, собственно младенческая смертность, или детская смертность в более широком охвате понимания, т. е. смертность детей на протяжении их первых пяти лет жизни. В последующем речь будет идти исключительно о смертности младенцев до одного года.

Санитарная статистика, при непосредственном участии которой социальная гигиена добывает материалы для изучения отдельных сторон массовой патологии, широко пользуется различными коэффициентами и показателями, в которых она стремится кристаллизовать основные, характерные черты определенного социального явления. В этом отношении коэффициент детской смертности до одного года, исчисляемый как отношение количества умерших в возрасте до одного года к числу родившихся на протяжении того же года, приобретает право на совершенно особое и внимательное к себе отношение.

Коэффициенту детской смертности можно по справедливости отвести первое место среди многочисленного ряда как санитарных, так и экономических показателей, которыми пытались определить уровень социальной культуры для данной страны. Правда, коэффициент общей смертности населения давно уже был назван «барометром культуры» и санитарного благополучия. Но на показание этого коэффициента прямо или косвенно влияет ряд других демографических факторов, таких, как уровень рождаемости, возрастная структура населения, и поэтому в недостаточно умелых руках пользование этим коэффициентом иногда ведет к ошибочным результатам.

Совсем другое дело — младенческая смертность. Человеческий младенец — такое слабое биологическое образование, что он абсолютно бессилён самостоятельно охранять свое бытие. В правах на это бытие он может апеллировать только к культурной организации среды, в которую вступает. Некоторое скептическое недоверие к этой среде новорожденный сразу проявляет криком, как только оставляет омывающую его теплую влагу матери и попадает в холодную атмосферу внешней жизни; некоторая же часть младенцев, отравленная проникшим к ним даже через утробу матери ядом жизни, пропитывается согласно закону «бытие определяет сознание» таким пессимизмом, что, не апеллируя даже к общественной совести, не успев и вздохнуть, из материнской утробы непосредственно переходит в более вместительную утробу земли. Это — мертворожденные.

Поэтому коэффициент детской смертности одним своим числовым выражением говорит очень много. Он красноречиво свидетельствует об уровне санитарной культуры в данном коллективе, о том,

как ценится среди этого коллектива вновь приходящая человеческая жизнь, с какой тщательностью оберегается свежий жизненный росток, и в состоянии ли этот коллектив предоставить новому пришельцу необходимый ему, казалось бы, несложный комфорт — грудь матери, свежий воздух, чистые пеленки, а спустя некоторое время — рациональный прикорм.

Более или менее точные измерения смертности младенцев в дореволюционной России начались с 80-х годов прошлого века.

Относительная недостаточность материалов по современной статистике детской смертности в РСФСР не позволяла произвести необходимые сопоставления уровня и причин детской смертности по отдельным частям Советского Союза в желательном размере.

Все цифровые исчисления и статистические показатели, приведенные в тексте, составлены на основании официальных статистических источников, изданий Международного статистического института и статистических сборников отдельных государств.

Следующие цифры свидетельствуют о высоте детской смертности в дореволюционной России за время с 1871 по 1910 г.

ЧИСЛО УМЕРШИХ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА НА 100 РОДИВШИХСЯ

Годы	
1871—1875	26,9
1876—1880	26,4
1881—1885	26,7
1886—1890	26,4
1891—1895	27,5
1896—1900	26,1
1901—1905	25,8
1906—1910	24,7

Какие выводы можно извлечь из этих данных?

На протяжении четырех десятилетий, почти непосредственно предшествовавших мировой войне, детская смертность на территории России выражалась в числе, превышающем 25 смертей на каждые 100 рождений, и оставалась все время почти на одном и том же высоком уровне. Только с конца XIX в. наметилась незначительная тенденция к ее понижению. Это дает нам право утверждать, что за весь означенный период санитарный быт русского народа оставался без видимых существенных изменений, несмотря на то, что данная эпоха совпадала с периодом разворачивающейся деятельности земства, несомненно осуществившего значительную работу по обслуживанию населения врачебной помощью. Это обстоятельство заставляет невольно вспомнить замечание одного из исследователей русского сельского санитарного быта, д-ра Светловского, что земская медицина, пока она ничего не сделала для гибнущего детства, не вправе утверждать, что она занимается оздоровлением страны, так как деятельность ее сводилась к удовлетворению одной из наиболее примитивных потребностей, присущей человеку со времен первобытного варварства, — искать лечебной помощи во время болезненного состояния.

Действительно, что значит эта сакраментальная цифра — двадцать пять умирающих младенцев на каждые сто рождений? Можно ли себе представить какое-нибудь техническое производство, в котором при выработке той или иной продукции процент брака достигал бы ее четвертой части? Так что наше детопроизводство, которое с точки зрения биологической динамики имеет своей непосредственной задачей замещать пробелы, вызываемые смертью выходящих из жизненного тиража поколений, можно без преувеличения уподобить самому низкопробному кустарничеству, выполняемому наиболее неумелым и грубым путем, какой можно только себе представить, и лишенному необходимого санитарного контроля.

Как расценивать с социально-гигиенической точки зрения проблему детской смертности? Можно долго не останавливаться на чисто гуманитарной стороне этой проблемы, но несколько слов о ней нужно сказать. «Бог дал, бог и взял» — такая средневековая идеология не совместима ни с трактором на селе, ни со всем строем нашего социального бытия. Она должна стать изжитым анахронизмом.

Наше растущее чувство человечности, уважение ко всякой жизни не может и не должно мириться с сотнями тысяч детских агоний, остающихся нам на память от эфемерных детских существований.

Народно-санитарное значение детской смертности заключается в том, что детская смертность в возрасте до одного года составляет значительную часть в общем бюджете всей смертности населения. Отсюда ясно, что добиться понижения коэффициента общей смертности населения нельзя без одновременного понижения коэффициента детской смертности, иначе говоря — оздоровления условий жизни и охраны раннего детства.

Следующая таблица дает представление о том, какой процент в общем бюджете всей смертности населения страны падает на смертность детей в возрасте до одного года (по данным 1925 г.):

РСФСР	38,6	Австрия	17,0
Украина	32,4	Бельгия	14,1
Румыния	32,0	Австралия	13,3
Венгрия	27,8	США	13,1
Египет	25,5	Англия	11,5
Брит. Индия	23,7	Новая Зеландия	10,2
Испания	20,3	Франция	9,7
Италия	19,8	Швейцария	8,8
Германия	18,3	Швеция	8,3

На примере Украины, в которой умершие до года составляют почти ровно одну треть общего числа умерших (1925 г.), легко убедиться, какое влияние величина детской смертности оказывает на показатель общей смертности населения. Если схематически представить себе, что коэффициент детской смертности удалось бы довести до уровня детской смертности в Новой Зеландии, то таким

образом в 1925 г. вместо 172 563 младенцев, фактически умерших на первом году жизни, погибло бы только 27 400. Сохранившиеся для жизни 145 000 младенцев тем самым снизили бы коэффициент общей смертности населения, который в 1925 г. был равен 19,2, (на 1000) до 13,5, иначе говоря, уменьшили бы показатель общей смертности населения на 30%.

Народнохозяйственная сторона, связанная с вопросом о материальных потерях населения вследствие смертности детей до одного года, вряд ли сама по себе имеет большое значение. Эти потери есть только самая незначительная часть материальных ущербов, испытываемых населением от того, что значительная часть человеческих жизней преждевременно обрывается раньше, чем они успеют достичь экономически производительного возраста и своей общественно полезной работой сумеют возместить обществу понесенные затраты на выращивание и подготовку к этой работе.

Если исходить из расходного бюджета на взрослого крестьянина в размере 105 р. 27 к.¹, то, принимая в расчет, что расходы на ребенка до года принимаются как 25% затрат на взрослого человека, мы получим ежегодную потерю около 4 млн. руб. одним сельским населением, не считая затрат, связанных с погребением.

Следующая социально-гигиеническая особенность детской смертности заключается в том, что она автоматически поднимает коэффициент рождаемости. Матери, потерявшие ребенка в первые недели и месяцы первого года его жизни, быстро подвергаются новому зачатию, которое, как правило, не наступило бы, если бы ребенок остался в живых и кормился бы грудью матери, потому что обычно материнская лактация задерживает возможность нового зачатия. При такой обстановке женский родильный аппарат уподобляется бочке Данаид, бесплодно наполняемой мужским семенем.

При изучении научно-исследовательской кафедрой социальной гигиены в г. Харькове вопроса, как влияет смертность до одного года на время последующих рождений, было установлено на небольшом материале по сельскому населению, что после смерти ребенка до одного года рождение следующего плода в 14% случаев происходит менее чем через год и в 30% — в срок от одного до двух лет.

Рождаемость с социально-гигиенической стороны нужно рассматривать как процесс, путем которого население восполняет свои потери от смертей, сохраняет и увеличивает свою численность. Конечный результат соотношения между рождаемостью и преждевременной смертностью не изменится в случае, если женщина произведет на свет семь детей, потеряет пять или если она родит трех и потеряет одного. Но социально-гигиеническая сторона обоих этих процессов будет совершенно различна. В первом случае мы будем иметь варварскую эксплуатацию женской генеративной

¹ По материалам бюджетных исследований ЦСУ Украины 1924 г.

функции, подавление всех ее культурно-социальных и индивидуальных интересов, преждевременное истощение ее организма, значительную смертность женщин, в другом случае — крепкое и сильное потомство, здоровую смену на место уходящего поколения и неистративших здоровья квалифицированных культурно женщин-матерей.

Поэтому с социально-гигиенической точки зрения «сырые» коэффициенты рождаемости, женская «брутто»-плодовитость имеют гораздо меньшее значение, чем вопрос о числе и проценте выживаний детей до воспроизводительного возраста, коэффициент которых, выразившийся для Украины в 90-х годах минувшего столетия в числе 58 доживающих до 15 лет из ста рожденных, может быть назван показателем «нетто»-плодовитости. В настоящее время «нетто»-плодовитость выражается в 67 доживаний до 15 лет для мальчиков и в 70 доживаний для девочек из 100 родившихся.

Биологические факторы детской смертности¹

Целый ряд биологических факторов влияет на детскую смертность. Из них наиболее точно установленным является пол ребенка. Статистически точно известно, что младенцы мужского пола умирают в возрасте до одного года в большем числе, чем младенцы женского пола, причем это преобладание смертности мальчиков над смертностью девочек держится в определенных мало колеблемых границах.

На 100 девочек умирает мальчиков в возрасте до 1 года

Швейцария	(1900—1902 гг.)	120
Австрия	(1898—1902 гг.)	119
Франция	(1899—1902 гг.)	119
Англия	(1900—1901 гг.)	121
Дания	(1890—1900 гг.)	121
Норвегия	(1890—1900 гг.)	123
Швеция	(1891—1900 гг.)	121

Это же явление можно проследить по статистическим материалам детской смертности во Франции:

Годы	Коэффициент смертности мальчиков в возрасте до одного года в процентах к коэффициенту смертности девочек
1874—1878	118
1879—1883	119
1884—1888	119
1889—1893	120
1894—1898	120
1899—1903	120
1904—1908	120
1909—1913	120
1914—1918	121
1919—1920	119

¹ Во время печатания настоящей работы ЦСУ Украины опубликовало ряд чрезвычайно интересных материалов, освещающих биологические факторы смертности в издании «Сучасна статистика населення України» (Харків, 1929).

На Украине соответствующие коэффициенты в 1924 г. — 120, в 1925 г. — 119, в 1926 г. — 120 и в 1927 г. — 119.

Но если, с одной стороны, факт большей смертности мальчиков по сравнению с девочками давно уже известен, объяснение этого факта до сих пор не вполне ясно. Преобладает взгляд, что это явление зависит в среднем от большего веса и объема мужских плодов над женскими, вследствие чего и пропорциональное отношение выкидышей мужского пола значительно преобладает над выкидышами женского пола. Но это объяснение оставляет открытым вопрос, почему смертность среди мальчиков держится выше смертности девочек не только в первые дни и месяцы жизни, но в течение всего первого года жизни детей, и заставляет предполагать, что организм мужского пола в целом является менее устойчивым, чем женский.

Во всяком случае, при наличном уровне наших знаний то или иное вмешательство в эту «трагедию мужского пола» не представляется возможным и заставляет нас только ее учитывать. Гораздо больше практического интереса представляют другие биологические стороны в проблеме детской смертности, а именно влияние на детскую смертность: а) возраста матери, б) порядкового числа рождения; в) интервала между двумя последовательными рождениями.

К сожалению, эти факторы не могут учитываться при текущих записях рождений и смертей органами государственной статистики и должны изучаться специально при анализе женской плодовитости. Несомненно, что эти биологические факторы в будущем могут подлежать определенному регулированию со стороны коллектива и стать одними из многих элементов «генеративной гигиены», пока еще находящейся в стадии зачаточного развития. Поэтому при рассмотрении этих вопросов приходится ограничиваться немногими исследованиями, произведенными в последнее время в Америке и частью на Украине (Харьковской научно-исследовательской кафедрой социальной гигиены).

По вышеуказанным данным оказывается:

Возраст матери	Коэффициент детской смертности (в промилле)	
	(материалы американской экспедиции)	(материалы Харьковской кафедры социальной гигиены)
Моложе 18 лет	160,3	204
» 18—19 »	128,9	
» 20—24 »	109,5	
» 25—29 »	101,4	
» 30—34 »	104,7	
» 35—39 »	126,5	
» 40 и выше	136,7	

Американское исследование указывает, что детская смертность максимальна среди детей, рождающихся от очень юных матерей,

минимальна она у детей, рождающихся от матерей в возрасте 25—29 лет; у детей, рождающихся от более пожилых матерей, вероятность умереть в возрасте до 1 года тем больше, чем возраст матери старше. Данные исследования Харьковской кафедры социальной гигиены также свидетельствуют о значительно большей детской смертности у молодых матерей и о возрастании ее у пожилых матерей.

Влияние порядковой очереди рождения на детскую смертность видно из следующей таблицы:

Порядок рождения ребенка	Коэффициент детской смертности (в промилле)
Первый по счету ребенок	104,6
Второй » »	95,7
Третий » »	104,6
Четвертый » »	108,8
Пятый » »	118,8
Шестой » »	122,0
Седьмой » »	136,8
Восьмой » »	135,9
Девятый » »	146,8
Десятый и дальше	181,5

На основании исследования влияния очереди рождения на детскую смертность по материалам кафедры социальной гигиены на Украине получились следующие соотношения:

	Детская смертность до 1 года (на 1000 родившихся)
Среди первых по счету	260
» вторых »	125
» третьих »	142
» четвертых —	
пятых »	144
» шестых »	180
» седьмых »	280

Украинские материалы очень малочисленны, чтобы из них делать окончательные выводы. Они совпадают с американскими в том отношении, что и там и здесь среди перворожденных наблюдается максимальная детская смертность. Вероятно, на украинских материалах суммируется неблагоприятный эффект первого рождения вместе с юным возрастом матери, и эти оба обстоятельства так резко повышают смертность перворожденных. Выводы американского и украинского исследования совпадают в том отношении, что минимальная детская смертность наблюдается у второрожденных, затем в группах с каждой последующей очередностью рождений детская смертность повышается относительно незначительным прибавлением смертности, по американским ма-

териалам, и с очень крутым ее подъемом на Украине. Необходимо в будущем эти исследования на Украине распространить, чтобы получить как в этом, так и во многих других вопросах, связанных с детской смертностью, объективную, отчетливую и более полную картину.

Время, протекающее между двумя последующими зачатиями, также имеет большое влияние на детскую смертность. По материалам американской экспедиции и Харьковской кафедры социальной гигиены, это обнаруживается в следующих показателях:

Интервал времени между настоящим рождением и рождением предыдущего ребенка	Детская смертность на 100 рождений	Американская экспедиция	Данные Харьковской кафедры социальной гигиены
1 год		14,6	18,9
2 года		9,8	16,4
3 »		8,6	12,2
4 »		8,4	7,2

В этой таблице обращает на себя внимание резкое повышение смертности среди детей, которые родились в промежутке одного года после предшествующего рождения. Считаясь с фактом, что при стихийной рождаемости в условиях нашей сельской жизни часто зачатия следуют непрерывно друг за другом, в короткие интервалы между последующими рождениями, это явление также приобретает право на социально-гигиеническое внимание и требует дополнительного изучения.

Бытовые и социальные факторы детской смертности

Совокупность бытовых факторов в значительной степени определяет степень санитарной культуры населения и чрезвычайно резко влияет на детскую смертность. Поэтому изучение бытовых факторов в вопросе детской смертности приобретает особенно важное значение на селе, где в силу специальных условий, формы быта, закрепляясь наследственной передачей, получают характер освященных временем нерушимых традиций и значительно препятствуют борьбе с ними. Бытовой уклад жизни населения, являясь сам по себе рефлексом на социальное давление, под которым оно живет, не имеет тенденций к скорому видоизменению даже тогда, когда одни социальные формы жизни меняются на другие.

Мы — современники эпохи, когда были только что разбиты цепи векового крестьянского гнета. Но эти цепи оставили глубокий, обезображивающий след от обруча, на котором они держались. Этот след сохраняется в традиционной крестьянской рутине, в слепой привязанности к обычаям предков, в недоверчивом отношении ко всякому новшеству.

Октябрьская революция раскрывает как возможность, так и необходимость новых форм быта, но борьба за них требует напряжения громадной энергии, значительной армии работников, большого охвата и масштаба работы.

Своеобразный ход русской и украинской истории не способствовал развитию санитарных навыков среди населения. Владимир окунул в Днепре Киевскую Русь в тот исторический момент, когда в ней еще не сложилась сколько-нибудь оформленная каста жрецов, которая успела бы привить народу некоторые гигиенические навыки. В законодательствах многих народов, в частности евреев и магометан, мы встречаем определенные гигиенические предписания, которые, получив священную санкцию, постепенно вошли в народные навыки и закрепились путем наследственных традиций. Сменившая не успевший оформиться языческий культ византийская церковь с ее обрядовым формализмом ничего положительного не внесла в санитарную культуру народа, а наоборот способствовала развитию нелепых взглядов и предрассудков, что значительно ослабляло возможность внедрения в сознание народных масс разнообразных гигиенических навыков.

Целый ряд врачей, изучавших детскую смертность в дореволюционное время в восточных губерниях России, пришел к единогласному заключению, что среди татарского населения, находящегося по условиям материальной и санитарной культуры в условиях не лучших, если не худших, чем живущее рядом с ними русское население, детская смертность значительно меньше, чем среди русских. Так, доктор Ершов, изучая параллельно смертность детей до одного года среди татар и русских в Свияжском уезде Казанской губернии, нашел, что смертность среди русских составляла 55,2 на 100 рождений, а среди татар — 30,2. Такое значительное превалирование детской смертности среди русских младенцев по сравнению с татарскими Ершов всецело объясняет различным характером вскармливания грудных детей и ухода за ними.

В некоторых селениях Свияжского уезда русские матери исключительно грудью кормят младенцев не более двух недель. С этого времени к материнскому грудному молоку прибавляют разнообразный десерт в виде жвачки из черного хлеба, каши, кренделей и прочее. У татарок же прикорм начинается не раньше конца года. Кроме того, татарки имеют возможность всегда кормить детей грудью, потому что они всюду берут детей с собой в особых ручных тележках.

Другие исследователи также единодушно отметили, что детская смертность среди татар значительно меньше, чем среди русских, живущих в той же, если не в лучшей экономической и санитарной обстановке, и это различие объясняют предписанием кормить татаркам детей известное время исключительно грудным молоком.

Если судить о высоте детской смертности среди татар по последним материалам, опубликованным Центральным статистиче-

ским управлением за 1926 г., то оказывается, что детская смертность у них в настоящее время не меньше, чем в смежных русских губерниях. Во всяком случае, общие показатели детской смертности служат недостаточным материалом для суждения о том, какие сдвиги произошли в этом явлении среди татарского населения, и требуют специального изучения. Как русская, так и украинская санитарная литература чрезвычайно бедны такими обследованиями, и поэтому анализ динамики детской смертности за предреволюционное время и в последние годы не находит попутных материалов, обрисовывающих изменение в оздоровлении быта населения, которое наблюдается в современной жизни.

В 1924 г. во время изучения экспедиционным путем санитарными врачами Украины сельского жилищного быта было произведено попутно и изучение некоторых условий, сопровождающих детскую смертность на селе. Была исследована обстановка, при которой умерло 1500 детей в возрасте до одного года. Оказывается, что в половине случаев исключительное кормление грудью не простиралось далее первого месяца жизни и что только 6% из общего числа умерших вскармливались правильно в том смысле, что не получали прикорма ранее чем после первого полугодия жизни. 79% из общего числа умерших детей погибли, не будучи ни разу показаны врачу. Если эти цифры не могут быть перенесены в целом на детей, остающихся в живых, то все же они указывают на то, в какой безотрадной гигиенической обстановке рождается и живет младенец в нашей деревне.

Нужно подчеркнуть со всей серьезностью, что мы чрезвычайно мало знаем санитарную обстановку, сопровождающую детскую смертность, особенно на селе. Детальный анализ всех факторов детской смертности никем еще подробно не произведен, не изучен и не представлен общественному вниманию. Можно без всяких преувеличений сказать, что мы гораздо лучше знаем условия выращивания различных микробов на питательных средах, чем ту среду, в которой завязывается и быстро чахнет нежный посев человеческой жизни. В этом отношении современная санитарная действительность дает совершенно четкий «социальный заказ» органам охраны детства и младенчества в целом и каждому работнику в частности — детально разобраться по всей совокупности условий, определяющих нашу высокую смертность на селе, чтобы затем сомкнутым фронтом вести борьбу с ней. Наша зарождающаяся социально-гигиеническая литература в области охраны детства отдает значительным терапевтическим привкусом. Мы до сих пор не имеем никаких значительных исследований, посвященных описанию условий быта детей грудного возраста в деревне. На основании небольшого опыта, предпринятого в этом отношении статистическим отделом Народного комиссариата здравоохранения Украины, здесь можно привести некоторые наиболее характерные штрихи, дающие представление об условиях ухода и вскармливания младенцев на селе.

Беременная мать обычно до последнего дня не освобождается от работ и иногда рождает на поле, занятая сельскохозяйственным трудом. На второй-третий день после родов она в большинстве случаев уже встает с постели. Если ребенок родился в асфиктическом состоянии, то часто не прибегают ни к каким способам, чтобы вызвать дыхание. Пуповину отрезают ножом, гребенкой, иногда перегрызают зубами. Постель ребенка состоит из грязного тряпья, покрытого рядом. Ребенка купают далеко не каждый день. При частом крике его нередко успокаивают отваром из маковых головок. В кормлении грудным молоком не соблюдают никакой системы. С трехмесячного возраста грудному младенцу дается борщ, картофель, сырые овощи. Грудной младенец не может реагировать на этот неестественный прикорм иначе, чем усиленной перистальтикой своего кишечника. Нормальные функции питания организма расстраиваются, и статистика детской смертности увеличивается на единицу. С социально-правовой точки зрения детский мор на селе имеет полное право называться *infanticidium per omissionem* (детоубийство вследствие непринятия необходимых мер к уходу за младенцем), детоубийство, правда, неосознанное, но от этого не перестающее быть детоубийством.

В какой степени влияют на повышение летней детской смертности на селе жилищные условия — опять-таки проблема, еще не привлекавшая к себе ничего внимания. Закупоренное зимой и летом наше сельское жилище, с нераскрывающимися даже летом форточками, со вколоченными обычно рамами, с земляным полом, который с санитарной стороны не может расцениваться иначе, как сильно загрязненная почва, с тысячами мух с гигиенической точки зрения может быть уподоблено термостату для выращивания патогенных бактерий.

В этой грязи, в перепрелой атмосфере, в парах аммиака вынужден распускаться сомнительно благоухающий «цветок жизни», который, как выразился один из знатоков русского сельского быта, мог бы позавидовать телянке, потому что крестьянин догадывается о необходимости кормить его молоком и чистить. Совокупность всех бытовых факторов, полное отсутствие гигиенических навыков вообще и в частности знакомства с элементарными правилами вскармливания грудных детей и составляет основной фон, на котором разыгрывается смертность грудных младенцев в нашем селе.

В городских условиях к отсутствию необходимых навыков в деле кормления и ухода за ребенком присоединяются часто профессиональный труд матери, не дающий ей возможности отдавать достаточно внимания кормлению и заботам о ребенке, и необходимость прибегать к раннему прикорму вследствие широко развитой гиполактации грудных желез среди современных женщин города. Точные размеры распространения ее не изучены, хотя представляют значительный социально-гигиенический интерес.

К факторам, влияющим на высоту детской смертности в городах, также относятся, несомненно, жилищные условия, если можно так выразиться — «жилищный климат», еще не изученный экспериментальной гигиеной, которой в этой области представляется интересная задача дополнить материалы, характеризующие социальную этиологию детской смертности.

Переходя к оценке влияния непосредственно социальных и связанных с ними экономических и культурных факторов на уровень детской смертности, необходимо оговориться, что статистическое выражение их еще далеко не изучено как в Советском Союзе в целом, так и на Украине в частности. Для изучения этого влияния необходимы специальные обследования, производимые на относительно небольшом, хорошо проверенном материале. Но влияние социальных факторов на детскую смертность так значительно, что оно дает себя чувствовать даже в материалах общереспубликанской статистики на Украине. Так, Могилевский округ, занимающий второе место по высоте детской смертности за трехлетие (17,7 на 100 рождений), вместе с тем занимает первое место по числу хозяйств, не имеющих рабочего скота (73,2% при среднеукраинском 41,7%), и четвертое место по числу неграмотных женщин в возрасте 15—49 лет (25,4% при среднеукраинском 37,2). Старобельский округ с максимальной детской смертностью на Украине занимает по числу неграмотных женщин в воспроизводительном возрасте второе место. Тульчинский округ, первый по высоте детской смертности на Украине, есть вместе с тем второй по степени необеспеченности рабочим скотом и третий — по степени неграмотности крестьянок (25,8% грамотных).

Округа, характеризующиеся малой детской смертностью, относятся к округам с экономической мощностью крестьянства выше средней и в то же время с максимальной грамотностью крестьянок. Так, Мариупольский округ, занимающий третье с конца место по высоте детской смертности, занимает по высоте женской грамотности на Украине второе место (60,1% грамотных); Одесский округ, занимающий предпоследнее место по детской смертности, занимает третье с начала место по грамотности крестьянок.

При обследовании детской смертности во время сельскохозяйственного весеннего опроса ЦСУ Украины за 1923—1924 гг. было установлено, что в разных экономических группировках крестьянства детская смертность на 100 рождений была выражена в следующем виде: в бедных семьях — 15,1, в среднезажиточных — 14,7 и в богатых — 13,8.

Представляется чрезвычайно сомнительной правильность выделения одного экономического фактора вне связи со всеми сопутствующими явлениями в деле изучения детской смертности. Некоторые исследователи, в том числе автор классической английской работы о детской смертности Ньюмен, утверждают, что бедность сама по себе не ответственна за детскую смертность, ссылаясь на добытые статистикой факты, что в бедных английских коммунах

наблюдается иногда относительно невысокая детская смертность. Исследования американской комиссии по изучению детской смертности в 1915 г. приводят к выводу, что если социальное положение родителей значительно влияет на уровень детской смертности на первом году жизни, то оно почти не сказывается на уровне детской смертности в первые дни и недели жизни.

Смертность первых дней жизни в различных социальных группах Украины пока еще не изучена. Но по данным смертности первого месяца жизни в различных округах Украины, о которых говорилось выше, получается вряд ли случайное совпадение, свидетельствующее о том, что между экономикой и детской смертностью первого месяца есть прямая связь. Округа с максимальной детской смертностью на первом месяце жизни есть вместе с тем и наименее экономически мощные округа Украины, как это видно из следующих данных:

Округа	Детская смертность на 1-м месяце жизни на 100 рождений	% хозяйств, не имеющих рабочего скота
Могилевский	6,8	73,2
Тульчинский	6,8	62,1
Каменецкий	6,5	52,9

Как и все на свете, понятие о бедности относительно, и если на известной высоте материального благополучия различия между незначительными степенями его могут затухиваться целым рядом других вмешивающихся в детскую смертность факторов, то, очевидно, должны существовать и такие градации материальной необеспеченности, которые с неизбежным детерминизмом сказываются на уровне детской смертности. С падением материального благосостояния идет параллельно и недостаток культурных навыков, ухудшение жилищных условий, отвлекается более внимание матери от ребенка и прочее. Сепаратный анализ всех этих факторов в отдельности и синтетический вывод из их совокупности представляет значительные затруднения и является еще делом будущего.

В условиях капиталистического хозяйства особое значение приобретает вопрос о влиянии промышленного и всяких форм профессионального труда матери на смертность ее ребенка. Капиталистическая система, экспроприруя труд работницы, вместе с тем отняла от матери и ее ребенка. Многочисленные исследования, посвященные вопросу о влиянии фабричного труда матери на детскую смертность, со стереотипным постоянством отмечают этот факт и не нуждаются в повторениях.

Советская система охраны материнства, предоставив работнице двухмесячное освобождение от работы перед родами и двухмесячное освобождение после родов, тем самым положила начало антенатальной гигиены, ставящие мать в обстановку правильного

вынашивания плода и возвращения младенцу его матери, сердце которой и молоко, по замечанию Пинара, ничем не могут быть заменены. Ближайшая задача статистики детской смертности на Украине — отметить влияние результатов этого законодательства на снижение детской смертности. Некоторые уже накопившиеся наблюдения по этому вопросу, произведенные докторами Кольнер и Шаферштейном, которые в ближайшем будущем будут опубликованы¹, позволяют думать, что влияние законодательства об охране женского труда уже проявилось, особенно в снижении детской смертности на протяжении первых двух месяцев жизни в городах. Детальное изучение детской смертности в целях изучения социальных и биологических факторов требует постановки специальных системных обследований, которые могут вестись двумя методами.

Первый менее совершенный метод заключается в том, что на определенной территории с точно известным количеством населения и с точным учетом всех рождений производится обследование по специальной программе, охватывающее всех детей, умерших в возрасте до одного года в течение календарного года (с 1 января по 31 декабря). Трудности этого способа заключаются в том, что далеко не во всех случаях удается по материалам ЗАГСа разыскать родителей умерших детей, чтобы получить от них необходимые сведения.

С другой стороны, полученные в результате обследования материалы не дают возможности выяснить, в какой степени те или иные санитарные дефекты окружающей ребенка среды, которые характерны для общей массы умерших детей, могут быть распространены и на детей, оставшихся в живых. Предположим, что такое обследование выяснило, что в общем составе умерших до одного года детей находилось 70%, которые со второго месяца находились на искусственном прикорме. Так как не известно, какое количество детей, несмотря на такой же ранний прикорм, остается в живых, то участие этого фактора в детской смертности остается нераспознанным. Точно так же, если это обследование установило, что 65% из общего числа умерших детей жили в неблагоприятных квартирных условиях, то нельзя делать выводы о роли жилищного фактора в их смертности, пока не известно, какой процент детей, живущих в аналогично неблагоприятных жилищных условиях, остался пощаженным смертью. Поэтому для более основательного изучения всех факторов детской смертности желательно,

¹ См.: Р. Ю. Кольнер, С. Я. Шаферштейн. Анализ детской смертности по г. Харькову и некоторым местам УССР и основные меры борьбы с ней. — «Врачебное дело», 1929, № 10, с. 673—676; № 11, с. 738—739; Р. Ю. Кольнер, С. Я. Шаферштейн. Анализа дитячої смертности у м. Харкові за 1927 рік. — «Профілактична медицина», 1929, № 5, с. 42—52; № 6, с. 33—44; Р. Ю. Кольнер. Причини дитячої смертности. — В кн.: А. Хоменко, Р. Кольнер. «Сучасна смертність немовлят в УСРР». Харків, Держвидав «Господарство України», 1930, с. 35—55; Р. Ю. Кольнер. Дитяча смертність на Україні і боротьба з нею. Харків, Державне видавництво України, 1930. — Ред.

где это возможно, воспользоваться другим методом, заключающимся в том, что на определенной территории консультацией берутся на систематический надзор все живорожденные дети в течение одного года, еще лучше двух последовательных лет (с января по декабрь), причем по определенной программе производятся записи как над всеми умершими до достижения ими года жизни, так и над оставшимися живыми к этому сроку. Ввиду того что более или менее решительные выводы могут быть сделаны над материалом, охватывающим, по меньшей мере, тысячу смертных случаев, иначе говоря, в масштабе, недоступном наблюдению одной консультации, необходимо, чтобы наблюдение такого рода было поставлено одновременно в различных консультациях и чтобы полученный в результате материал подвергся централизованной сводке Институтом охматдета.

Борьба с детской смертностью в прошлом и настоящем

Колоссальная детская смертность в России уже давно обратила на себя внимание отдельных лиц, знакомившихся с бытом русского народа. В Екатерининском наказе¹ комиссии о сочинении проекта нового Уложения сказано: «Мужики большей частью имеют по 10, 15 и 20 детей из одного супружества, однако редко и четвертая часть их приходит в совершенный возраст. Чего для непременно должен тут быть какой-нибудь порок или в пище, или в образе их жизни, или в воспитании, который причиняет гибель сей надежды государства».

Вопрос о громадной детской смертности в России привлек к себе внимание и Ломоносова, который в «Рассуждении о размножении и сохранении российского народа в 1761 г.» указал на необходимость целого ряда мероприятий по борьбе с детской смертностью, а именно: 1) учредить богадельные дома для приема внебрачных детей; 2) бороться с болезнями новорожденных; 3) устранить вредный обычай крестить младенцев в холодной воде; 4) бороться с неводержанностью русского народа и всеми мерами содействовать более разумному образу жизни, не отымающемуся слишком вредно на человеческом здоровье; 5) бороться с болезнями путем организации надлежащей медицинской помощи.

Причины усиленной детской смертности Ломоносов видит в неосторожности беременных и в неопытности повивальных бабок, а также в неумении родителей ухаживать за детьми во время их болезни. Для борьбы с детской смертностью Ломоносов рекомендует «выбрать хорошие книжки о повивальном искусстве и самую лучшую из них положив за основание, сочинить наставление на российском языке. Для излечения детских болезней следует из-

дать особые руководства. Заботиться об общедоступности лекарств во всех местностях России».

В 1780 г. проф. Московского университета Семен Герасимович Зыбелин, преподававший одновременно анатомию, хирургию и химию, прочел «Слово о способах, как предупреждать можно немаловажную между прочими медленного умножения народа причину, состоящую в неправильной пище младенцам, даваемой в первые месяцы их жизни». В этом слове он говорит, между прочим: «Если рано младенцев начинают кормить, то следует неотложная сырьость, распор во внутренностях всех каналов и оных отверстий затворение, отчего обращение соков везде находит препятствие».

В 1833 г. Вольно-экономическое общество предложило премии за исследование причин большой смертности детей первого года и выдало пять наград. Как лучшая работа был премирован труд доктора Лихтенштедта «О причинах большой смертности детей на первом году жизни и мерах к ее отвращению» (1839 г.). В 1864 г. Русское географическое общество увенчало премией труд Гиляровского — «Исследование о рождении и смертности детей в Новгородской губернии».

Вопросы изучения и борьбы с детской смертностью неоднократно ставились на пироговских съездах врачей и на отдельных губернских санитарных совещаниях.

В 1904 г. по инициативе проф. Н. И. Гундобина был учрежден Союз для борьбы с детской смертностью. Союз этот имел несколько отделений в провинциальных городах. Деятельность его ограничилась учреждением нескольких «Капель молока» в городских центрах. В отдельных городах устройство «Капель молока» по местной инициативе предшествовало учреждению этого союза. Первая «Капля молока» в дореволюционной России была учреждена проф. Троицким в Киеве (1893 г.), а последующие — в Одессе и Петербурге (1901 г.).

В 1912 г. в Петербурге собрался I Всероссийский съезд детских врачей. Съезд этот обратил внимание на недостаточность статистических материалов по состоянию детской смертности в России, декларировал охрану детства и материнства обязанностью государства и общества и высказался за необходимость широкого учреждения консультаций для матерей и детей грудного возраста как самого надежного способа по борьбе с детской заболеваемостью и смертностью.

В 1913 г. в Петербурге было учреждено Всероссийское попечительство об охране материнства, которое стало издавать специальный журнал, посвященный этим вопросам, и субсидировать немногие имеющиеся налицо попытки устройства «Капель молока» и детских ясель. Все эти частичные попытки повести под флагом благотворительности и при содействии отдельных лиц и немногих общественных организаций борьбу с детской смертностью были

¹ 1767 г. — *Ред.*

обречены на неудачу и не могли произвести хоть сколько-нибудь значительного эффекта.

Если принципы борьбы с детской смертностью могли прежде теоретически формулироваться в сознании отдельных исследователей, сознающих всю сумму социальных бедствий, порождающих колоссальный детский мор, то только Октябрьская революция могла сделать все практические выводы из этих теоретических формул и противопоставить детской смертности социально-организованные начинания, которые в состоянии в более или менее близком будущем значительно ослабить ее размеры и уменьшить вред, причиняемый детской смертностью всему народному коллективу. Учреждения специфического характера в борьбе с детской смертностью — консультации для беременных, для детей, ясли — не могли бы дать надлежащего эффекта, если бы они не были одними из элементов широкой защиты материнства и детства, проводимой законодательным путем.

Созывавшиеся несколько раз в течение послереволюционного периода всесоюзные, республиканские и областные съезды и совещания по охране детства и материнства детально обсуждали все причины и формы организационного устройства и деятельности многочисленных и разветвленных учреждений по охране детства и материнства. Практические результаты всех мероприятий по борьбе с детской смертностью будут обуславливаться тем, в какой степени детализированно будут проводиться все отдельные звенья этих мероприятий в жизнь. Представлялось бы желательным образование на периферии как в окружных городах, так, быть может, и в районных центрах специальных комиссий по борьбе с детской смертностью, периодически подытоживающих все, что сделано в этой области. Каждый работник по охране материнства и детства должен быть знаком с размерами детской смертности того района, где он работает, заинтересован в правильной ее статистике и по возможности принимать участие в научном изучении всех факторов, обуславливающих тот или другой уровень детской смертности. Без накопления материалов, характеризующих все отдельные этапы в сложном клубке социально-экономических, культурно-бытовых и биологических факторов, определяющих детскую смертность, правильный статистический анализ, как база для рациональной постановки борьбы с детской смертностью, невозможен.

Не подлежит никакому сомнению, является социальной аксиомой то положение, что успешная борьба с детской смертностью возможна только при условии привлечения самого широкого внимания всех общественных сил к этому вопросу. Борьба с детской смертностью есть один из наиболее ответственных участков на фронте общего оздоровления быта населения и, в частности, наиболее отсталой в гигиеническом отношении сельской части населения. Здесь раскрывается непочатый край деятельности, громадное поле для применения энергии активных общественных сил.

Мало сказать, что материнство есть социальная функция женщины и что как таковая она должна быть обеспечена социальным вниманием и контролем; сюда нужно прибавить, что по своему удельному весу эта социальная функция должна быть поставлена на первое место, потому что только ее выполнение обеспечивает сохранение видовой жизни, нерушимость и непрерывность существования коллектива. И каждый зачатый женщиной плод по тем же самым основаниям имеет право на социальную защиту и на социальное призрение.

В настоящее время мы находимся на рубеже того колоссального исторического сдвига, который должен ликвидировать «анархию биологического воспроизводства» и «бесплодную плодовитость» современной женщины, а на их место установить «сознательное материнство» в такой же степени, как проблемы рационализации ставятся и разрешаются в области хозяйственной культуры. Конвейерная система детопроизводства, при которой женщина срочно фабрикует одного за другим младенцев, характерная для нашего села, несовместима с качеством продукции. Слишком велико количество брака и слишком сомнительно биологическое качество остающегося в живых человеческого материала! Здесь проблема борьбы с детской смертностью близко соприкасается с вопросами социальной генетики. Организм матери и, в частности, ее генитальный аппарат — это та социальная среда, в которой формируется плод, и все дефекты этой среды отражаются неблагоприятно на зародыше.

Борьба за оздоровление материнской среды в деревне должна начинаться с борьбы против того примитивного варварства, с которым относятся к крестьянке — будущей матери. Должно быть поднято чувство уважения к ней, она должна получить некоторые льготы, должна быть освобождена от наиболее тяжелых семейных обязанностей и по возможности подготовиться к технике будущего материнства.

Роль акушерского персонала, которая до последнего времени сводилась к обязанности стрелочника, переводящего колею жизни с подъездных путей на станцию постэмбрионального существования, должна быть перестроена с тем, чтобы этот персонал был органом санитарной охраны эмбрионального периода человеческой жизни. Консультации по охране материнства, которые стали учреждаться в послереволюционную эпоху, образуют первое звено в длинной цепи мероприятий по охране детства. Абсолютное число их в настоящее время еще слишком невелико, чтобы эффективные результаты могли обнаружиться в массовом масштабе, за пределами непосредственного охвата обслуживаемых ими будущих матерей.

Следовало бы продумать, в какой степени можно было бы функции этих консультаций распространить на селе при непосредственном участии сельской медико-профилактической сети и разнообразных общественных организаций, являющихся проводниками

ми санитарной культуры на селе. Санитарно-просветительная пропаганда в области рационального вскармливания и ухода за детьми должна быть подкреплена методическим наблюдением за практической реализацией рекомендуемых начинаний сначала в небольшом масштабе, в пределах села, где находится консультация, и параллельно с методическим наблюдением должно развиваться осуществляемое советами социальной помощи снабжение матерей необходимым материалом для поддержания гигиенической чистоты ближайшей обстановки младенца. Только при совокупности трех вышеуказанных условий можно рассчитывать на значительное понижение детской смертности в селе.

ОБ УСТАНОВЛЕНИИ СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ¹

Материалы о характере смертности населения окружающих городов Украины с 1923 г. стали изучаться Центральным статистическим управлением Украины. Идя навстречу этой задаче, Народным комиссариатом здравоохранения Украины была установлена в свое время схема разработки материалов о причинах смерти в рамках международной номенклатуры. В ближайшее время можно ожидать опубликования этих материалов². Таким образом, органы государственного здравоохранения получают впервые ориентировочные данные о развитии смертности от отдельных видов заболеваний и в состоянии будут установить, как проявляются на уровне и на характере смертности все социальные условия, в которых живет подвергнутое изучению городское население Украины.

Гораздо хуже обстоит дело с селом. Русское и украинское село всегда представляли собой демографическую Сахару без единого оазиса, если не считать, что в статистическую обработку данных о смертности сельского населения помимо обычных возрастных группировок входили незначительные и весьма неточные сведения о смертях вследствие инфекционных болезней на основе метрических записей, которые велись представителями культов, совершавшими обряд погребения. Верно и то, что до Октябрьской революции почти не находилось исследователей, отваживающихся вступать в эту демографическую пустыню. Голос двух-трех демографов-врачей, С. А. Новосельского, П. И. Куркина, раздавался оди-

ноко. Несколько «партизанских» походов со стороны земских санитарных врачей на детскую смертность — вот почти вся русская демографическая литература. Упреки С. А. Новосельского «о малом интересе к демографии» могут еще с большей справедливостью быть обращены к врачам, чем к статистикам. В итоге можно сказать, что у нас почти абсолютно нет демографической литературы.

Это полное игнорирование врачебной корпорации в сфере морфологии и эволюции социального коллектива отражается очень неблагоприятно на темпе развития социальной гигиены, которая, уходя корнями в демологию, пока что вынуждена топтаться на месте.

Для сравнения с этой демографической отсталостью в Советском Союзе достаточно указать на такую страну, как Италия, где среди только наличного живущего поколения демографов можно указать такие крупные имена, как Коррадо Джини («Демографические факторы социальной эволюции»), Карло Филиппо («Демографическое равновесие отдельных наций»), Джорджо Мортара («Связь статистики демографической со статистикой экономической»), Альфредо Ничефоро («Изменение жизни») и ряд других. Единственным залогом благоприятного будущего в смысле постановки демографического знания в Советском Союзе является небольшая развивающаяся семья молодых украинских демографов во главе с акад. М. В. Птухой (Работы А. П. Хоменко, М. Р. Ходоса, Ф. И. Коваленко, Ю. А. Корчак-Чепурковского). К сожалению, в числе их нет врачей.

Советское государство не может дальше мириться с такой отсталостью в постановке изучения характера естественного развития населения. Изучение морфологии коллектива, обмена и чередования поколений, порядка и характера их вымирания есть основная база, без учета которой вся государственная экономическая политика может повиснуть в воздухе. Это положение настолько очевидно, что не требует никаких пояснений. Не менее очевидно и то, что Советская власть, которая поставила себе задачей оздоровление широких масс населения, должна знать, как движется демографическая стрелка по циферблату смертности, на какие поля разделен этот циферблат, как отражаются на уровне смертности те или иные профилактические начинания, каков конкретный успех противоэпидемических мероприятий, от каких причин, в каких возрастах, в каких социальных группировках замечается та или иная смертность.

Говорить в настоящее время о сплошном изучении характера смертности сельского населения мы не можем. Для этого на селе не найдется достаточного коллектива врачей, которые могли бы регистрировать причины смерти.

Но, с другой стороны, на селе есть целый ряд районов, более или менее насыщенных врачами. Кое-где учреждены профилактические участки, местами в селах появились туб- и вендиспансеры,

¹ Впервые опубликовано в журнале «Профилактическая медицина», 1925, № 8. — *Ред.*

² См. Померлі в містах України в 1923—1924 рр. за причинами смерті. Харків, Видання ЦСУ УСРР, 1926; Померлі в містах України у 1925 році за причинами смерті. Харків, Видання ЦСУ УСРР, 1928; Померлі в містах України за причинами смерті в 1926—1927 рр. Харків, Видання ЦСУ УСРР; Матеріали щодо смертності на Україні. Померлі в місті Києві за причинами смерті, статтю та віком, 1918—1927 рр. За ред. акад. М. В. Птухи (Праці Демографічного інституту Всеукраїнської Академії наук, т. VIII). Київ, 1930. — *Ред.*

устроены детские консультации. Наконец, и что важнее всего, послереволюционная деревня уже позволяет себе роскошь обследования санитарным врачом, который прежде всегда был атрибутом, да и то далеко не повсеместным, исключительно городской обстановки или в прежних земских условиях почти всегда жил в городе и платонически обслуживал деревню.

Таким образом, в отдельных местах появилась несомненная возможность организовать регистрацию причин смерти. Выбор районов демографического изучения должен быть предоставлен окружным санитарным советам. В первое время не следует гнаться за большим количеством селений. Список этих селений должен быть точно известен местному статистическому бюро. Врачи отобранных селений должны быть ознакомлены с правилами регистрации смертей и снабжены формами удостоверений. Местный подзагс должен требовать обязательно представления родственниками умершего свидетельства о причине смерти. Демографический отдел окружного статистического бюро совместно со статистическим аппаратом окружной инспектуры здравоохранения ежегодно должен производить разработку материалов по смертности. Эти же районы могли бы стать объектом более детального санитарного изучения, как со стороны болезненности населения, так и других сторон санитарного быта. Путем установления таких «районов демографического изучения» будет сделан первый, давно назревший шаг для выяснения характера крестьянской смертности, до сего времени нам совершенно неизвестного.

ОСНОВНЫЕ ИТОГИ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ СТЕПЕНИ САНИТАРНОЙ ГРАМОТНОСТИ УКРАИНСКОГО КРЕСТЬЯНСТВА¹

Во время выборочного санитарно-демографического обследования, проведенного санитарной организацией Украины в 1924 г., попутно производился опрос населения, задачей которого было выяснить степень распространения среди него элементарных гигиенических знаний. В опросном бланке, входящем в состав соответствующего формуляра, отмечалось, имеет ли опрашиваемый правильное представление о причинах: а) туберкулеза, б) сифилиса, в) сыпного тифа и г) холеры.

Всего на Украине было опрошено 18 087 взрослых крестьян и 1393 школьника обоего пола.

Основные результаты этого обследования обозначены в табл. 1, дающей представление, с одной стороны, о взаимоотношении между санитарной грамотностью населения и общей его грамотностью, с другой — о влиянии на уровень санитарной грамотности принадлежности населения к той или иной социально-экономической группе.

¹ Заметка опубликована в журнале «Профилактическая медицина», 1928, № 1. — Ред.

Выводы, которые напрашиваются на основании анализа цифр, приведенных в таблице, могут быть резюмированы следующими положениями:

1. Крестьяне, имеющие элементарное представление о сущности наиболее тягостных заболеваний, в среднем составляют немного более четверти (27,7%) всего опрошенного населения.

2. Среди опрошенных нельзя отметить значительных различий в степени распространения рациональных представлений об отдельных заболеваниях. Несколько выше находится уровень осведомленности о причинах сыпного тифа (29,5%). Менее остального крестьянам известна этиология холеры.

Таблица 1

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ПРИЧИНАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ (в %)

Крестьяне	Туберкулез			Сифилис			Сыпной тиф			Холера		
	м.	ж.	оба пола	м.	ж.	оба пола	м.	ж.	оба пола	м.	ж.	оба пола
Зажиточные	39,5	25,2	32,2	45,8	22,8	34,1	40,0	25,0	32,3	34,0	19,2	26,5
Середняки	35,2	20,0	27,3	39,9	17,5	28,3	36,9	22,5	29,5	32,1	17,0	24,3
Бедняки	37,3	18,9	27,3	42,0	17,7	28,9	38,8	21,5	29,4	32,4	16,7	23,9
Всего	36,7	19,9	27,5	41,5	18,1	28,8	38,0	22,1	29,5	32,3	16,9	24,1
Грамотные	48,0	40,0	46,7	53	35	47,6	50	43	47,7	44	35	41,4
Неграмотные	14,0	13,0	14	22	12	15,5	18	15	16,2	12	11	11,4

3. Санитарная грамотность женщин значительно ниже санитарной грамотности мужчин. Только пятая часть женщин в среднем имеет некоторое представление о существовании четырех заразных болезней. Эта осведомленность больше по отношению к сыпному тифу (22,1% опрошенных женщин), чем по отношению к холере (16,9%).

4. Среди мужской части населения наибольшая осведомленность наблюдается по отношению к сифилису (41,5% опрошенных). О причинах сыпного тифа знают 38,8% мужского населения, туберкулеза — 36,7% и о причинах холеры — 32,3%.

5. Отсутствие элементарной общей грамотности снижает в среднем вдвое уровень элементарных представлений о причинах четырех указанных заразных болезней, причем различия в санитарной грамотности между обоими полами почти выравниваются. Только по отношению к сифилису неграмотные мужчины обнаруживают большую осведомленность, чем неграмотные женщины. В то время как из 100 неграмотных женщин только 12 имеют представление о способе заражения сифилисом, число мужчин из каждой сотни, имеющих соответственные знания, — 22.

6. В то время как среди всего опрошенного населения санитарная грамотность (по 4 признакам) характерна для 27,7%, у грамотных она повышается до 45,6%, среди безграмотных опускается до 14,4%; среди школьников она занимает промежуточное место (26,1%).

7. Зажиточность сама по себе является фактором, имеющим очень незначительное влияние на подъем санитарной грамотности. Так, общая санитарная осведомленность по отношению к четырем инфекциям на каждую сотню зажиточных — 31,5, на каждую сотню середняков — 27,3, на каждую сотню бедняков — 27,4.

Из более детального анализа таблиц, не приводимых здесь в целях экономии места, оказывается, что, в то время как среди грамотных бедняков элементарно верные представления о туберкулезе встречаются у 46,9% опрошенных, среди безграмотных зажиточных крестьян их можно найти только в 15%.

Сопоставление двух крайних групп населения: безграмотных и зажиточных крестьян с бедными, но грамотными — обнаруживает, что в первой группе опрошенных элементарные гигиенические представления о сущности 4 заразных болезней имеют 13,2%, во второй — 47% общего числа опрошенных.

Нельзя ни секунды спорить о том, какую огромную роль в деревне, какова бы ни была ее экономическая структура, играет отсутствие самых азбучных гигиенических представлений, которое вскрывается данными этого обследования. Бытовой сифилис на селе является наиболее ярким выражением этого. Данное обследование статистически доказывает, что экономические преимущества крестьянской зажиточности в состоянии быть парализованы невежеством и что, стало быть, санитарная пропаганда гигиенических знаний в социальной политике по отношению к деревне должна занять почетное место наряду с мероприятиями по поднятию экономического уровня сельских масс населения. А тот факт, что даже среди приобщенных к элементам общей культуры — грамотных крестьян — меньше половины имеют первичные гигиенические представления, говорит лишний раз о необходимости в сельской школе к начаткам общей грамотности прибавлять такие же начатки гигиенических знаний и соответствующих им навыков, без чего наша деревня еще долго будет совершенно беспомощна в борьбе с эпидемическими болезнями.

СТАТИСТИКА ДОЛГОВЕЧНОСТИ¹

Задачи статистики долговечности заключаются в установлении прежде всего правильных и возможно более точных методов измерения долговечности и, сообразно с ними, в определении доли людей, достигающих весьма преклонного возраста. Вместе с тем

¹ Впервые опубликована в кн.: «Труды конференции по проблеме генеза старости и профилактики преждевременного старения организма», 17—19 декабря 1938 г. Киев, 1939. — *Ред.*

статистика обязана собрать сведения о максимально предельном долголетии, достигаемом в данную историческую эпоху отдельными лицами. Затем, путем организации специальных массовых обследований лиц преклонного возраста она должна выяснить признаки и общие характерные черты как организма всех этих лиц, так и окружающей их физической и социальной среды. Попутно с этим статистика долговечности должна разобраться в том, какие причины препятствуют людям, благополучно дожившим до порога глубокой старости, переступить его.

Для разрешения всех этих задач статистика пользуется либо методом непосредственного определения количества лиц, доживающих до крайних пределов человеческого существования, либо методом организации специальных обследований по особо составленным программам. Первым методом пользуются во время всенародных переписей населения. Собираемые при этом сведения построены на так называемом самоопросе населения, т. е. на субъективном определении каждым отдельным лицом своего возраста. Практика переписей населения обнаруживает, что в этих показаниях существуют ошибки двух видов: одни — неумышленные и случайные, другие — умышленные и вполне сознательные.

Первый вид ошибок объясняется существующей среди широких, преимущественно малокультурных, кругов населения тенденцией округлять свои годы, центрируя их на числах, оканчивающихся нулем и пятью. Второй вид ошибок объясняется тем, что старикам, в противоположность некоторым молодым женщинам, которые имеют тенденцию стабилизировать, а иногда даже преуменьшать число прожитых лет, свойствен своеобразный вид старческого тщеславия, побуждающего их преувеличивать свой возраст в целях обратить на себя внимание окружающих и заинтересовать их собой. В тех странах, где существует обычай торжественно преподносить столетним юбилярам от лица государства ценные подарки, это тщеславие вполне понятно. Гораздо реже встречается среди лиц почтенного возраста противоположная тенденция — преуменьшать свой возраст либо вследствие незнания точного количества прожитых лет, либо из боязни подвергнуться вследствие своего престарелого возраста опеке и утратить материальную самостоятельность.

Прием, которым в настоящее время пользуются для исчисления количества людей, доживающих до ста лет и больше, не лишен некоторой неточности. Обычно во время всенародных переписей число лиц, достигших и переживших столетний возраст, исчисляется на 1 млн. населения.

Неточность этого вычисления заключается в том, что лица, достигшие столетнего возраста, по времени своего рождения относятся к значительно менее многочисленному поколению, чем налично живущее. Кроме того, удельный вес долголетних несколько колеблется в зависимости от далеко не одинакового в различных странах удельного веса детской группы в общей массе всего населения.

С методологической точки зрения более правильно было бы исчислять количество людей, доживающих до 100 лет и более, из определенной массы родившихся. Но к этому приему, широко применяемому для исчисления степени выживаемости в молодом и зрелом возрасте, вследствие определенных затруднений не прибегают для исчисления выживаемости стариков.

Что касается контроля за тенденцией округления своих годов, то в демографической статистике существует очень простой способ измерять степень точности показаний о возрасте, сообщаемых во время переписи, путем установления «показателя концентрации». Метод этот заключается в том, что сосчитываются все показания о возрасте в 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет, по своей численности составляющих пятую часть всех возрастов жизни от 25 до 60 лет. Если затем полученное число умножить на пять и выразить в процентных отношениях, то при правильности показаний указанных лет оно должно дать цифру 100%. Чем дальше полученное число от этой цифры, тем меньше точность о сообщенном возрасте и тем больше тенденция к округлению годов в показаниях возраста.

Во время последних переписей населения в различных странах получены следующие «показатели концентрации»: Бельгия — 100%, Швеция — 101%, Норвегия — 102%, Франция — 106%, Англия — 107%, Соединенные Штаты Америки — 120%, Венгрия — 134%, Испания — 137%, Болгария — 245%. Показатель концентрации при первой переписи населения в России в 1897 г. был 183%, а во время переписи населения в 1926 г. — 159%, что свидетельствует об определенном росте культурного уровня населения за время между обеими переписями.

Наиболее древним памятником количества столетних, установленного переписью, служат сохраненные Плинием-младшим сведения о числе лиц в возрасте 100 лет и старше. Сведения эти получены во время римской всенародной переписи населения в I в. н. э. при Веспасиане и относятся к одной из восьми областей Римской империи того времени с населением около 3 млн. Среди переписанных оказались в возрасте: 100 лет — 54 человека, 110 лет — 14, 125 лет — 2, 130 лет — 4, 135—137 лет — 4, 140 лет — 3, всего — 81 человек. Это число, достоверность которого в настоящее время, разумеется, не может быть проверена, в итоге дает 27 лиц в возрасте 100 лет и старше на 1 млн. населения. Цифра эта значительно выше обычной пропорции среди населения по последним переписям в большинстве европейских стран и, по всей вероятности, объясняется неточностью в возрастной ориентировке у престарелых людей, в давнее время гораздо более значительной, чем теперь.

В последние десятилетия в практику переписей населения все больше внедряется документальная проверка точного возраста лиц, сообщивших при переписи, что они достигли 100 лет или более. При переписи населения в Норвегии в 1910 г. был проверен возраст

163 человек, объявивших себя родившимися в 1815 г. и ранее, и обнаружено, что 72% их дали точные сведения, 22,7% оказались более молодыми и 5,3% — более старыми, чем они показали во время переписи.

В Италии при переписи населения в 1931 г. было зарегистрировано 69 человек в возрасте 100 лет и старше. При документальной проверке возраста этих лиц выяснилось, что только двое находились в возрасте 100 лет, а 27 лицам на самом деле было менее 70 лет.

При переписи населения в Болгарии в 1926 г. 1756 человек указали свой возраст в 100 лет и старше. При специальном обследовании возраста этих старцев оказалось, что фактическое количество столетних равно 156, т. е. только 9% показаний о столетнем возрасте соответствовало действительности. По всей вероятности, и этот процент несколько выше, чем фактическое наличие столетних среди болгарского населения. Документально доказанный во время этой переписи максимальный предел старости обнаружен у одного старика — в 110 лет.

Мало кому известно, что во время первой переписи населения в России в 1897 г. была сделана попытка организовать проверку возраста лиц, объявивших себя столетними и старше. Вместе с проверкой возраста намечалось описание по определенной программе всех старцев, находящихся в возрасте 100 лет и старше, с целью выяснения факторов, способствующих значительному долголетию. Краткое предварительное сообщение о результатах этого обследования было опубликовано в 1903 г. Центральным статистическим комитетом от имени Международного статистического института. Обследование это оказалось неудачным и не было доведено до конца, так как, кроме указанного выше весьма краткого сообщения, никаких дальнейших следов о нем в демографической литературе не осталось.

Судя по этому предварительному сообщению, среди 87,7 млн. населения 4117 человек показало себя в возрасте 100 лет и старше, т. е. в среднем 46 человек на миллион населения. На каждые 100 столетних мужчин приходилось 149 столетних женщин. В сообщении упоминается, что среди лиц, объявивших себя столетними, многие при документальной проверке возраста оказались не достигшими этого возраста, но точные сведения о том, какое именно число стариков дало неверные показания, не приводятся. Из 100 столетних было 77 сельских жителей и 23 горожанина. Так как на городское население по переписи 1897 г. приходилось только 14,1% общего населения страны, то отсюда делался вывод, что городская жизнь не менее благоприятна для достижения долголетия, чем сельская.

Среди обследованных мужчин в возрасте 100 лет и старше 21,3% оказались женатыми, 72,1% — вдовцами и 3,7% — холостяками. Среди обследованных женщин того же возраста замужних было

2,4%, вдов — 90,4% и незамужних — 5,3%, 35,7% среди мужчин и 3,8% среди женщин курили табак. Спиртные напитки потребляли 71,9% мужчин и 46,0% женщин. Этими чрезвычайно скудными и вряд ли точными сведениями ограничивается официальное сообщение по вопросу о столетних в связи с переписью населения в России в 1897 г.

По материалам последних переписей различных стран Западной Европы на миллион населения возраста 100 лет и старше достигают: в Чехословакии — 0,6, в Швейцарии — 0,8, в Финляндии — 1,5, в Бельгии — 2,4, в Голландии — 2,8, в Дании — 4,9, в Италии — 6,6, в Венгрии — 12,2, в Норвегии — 13,2.

По переписи 1926 г. пропорция лиц в возрасте 100 лет и старше среди различных национальностей, живущих в СССР, в общей массе населения на миллион его такова (в возрастающем порядке): греки — 0, немцы — 1,8, казахи — 18,4, евреи — 36,0, киргизы — 37,8, узбеки — 107,0, украинцы — 111,7, болгары — 116,8, русские — 124,8, таджики — 155,7, молдаване — 161,3, поляки — 238,5, белорусы — 305,2, армяне — 629,3, чеченцы — 1260,0, грузины — 1832,0, турки — 2061,4, аджарцы — 3499,0, горцы Дагестана — 3530,0, абхазцы — 3792,1.

В фактической верности этих цифр приходится сомневаться, потому что документальной проверки возраста лиц, перешагнувших столетний возраст, не производилось. Особенно велика пропорция столетних среди жителей Абхазии и Дагестана. Она превышает количество столетних среди русского населения в 30 раз.

Косвенным доказательством преувеличения этих показателей, полученных вследствие отсутствия точных знаний о своем возрасте среди определенной части населения, служит крайне неравномерное распределение стариков по восходящим возрастным группам. Число это должно по мере увеличения возраста делаться все меньше; на основании же данных переписи получается следующая, не соответствующая конкретной действительности картина:

Таблица 1

АБСОЛЮТНОЕ ЧИСЛО ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ОТ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ В АБХАЗИИ ПО ДАННЫМ ПЕРЕПИСИ 1926 г.

Возраст	Мужчины	Женщины
От 60 до 64 лет	934	989
» 65 » 69 »	297	235
» 70 » 74 »	537	541
» 75 » 79 »	206	152
» 80 » 84 »	319	411
» 85 » 89 »	39	30
» 90 » 94 »	132	153
» 95 » 99 »	30	39
» 100 лет и старше	119	93

В этой таблице число лиц в возрастных группах 70—74, 80—84 лет и т. д. больше, чем в предшествующих им возрастных группах 65—69, 75—79 лет и т. д., что мало правдоподобно. Поэтому без специальной документальной проверки точности возрастных показаний нельзя решительно утверждать, что относительное число людей, находящихся в возрасте 100 лет и старше, в общей массе населения Абхазии больше, чем среди русского населения. Ввиду того что вокруг вопроса о столетних, об их числе и об их отличительных качествах собралось много значительных преувеличений и легендарных рассказов, чрезвычайно желательно, чтобы индивидуальные переписные карточки лиц в возрасте 90 лет и старше были проверены путем всех возможных документальных сверок. Такие проверки можно произвести либо выборочным методом среди обширных массивов населения, либо в исчерпывающем объеме на отдельных, относительно небольших территориях.

Произведенные мной на значительном международном статистическом материале исчисления показали, что между числом людей, доживающих до преклонного возраста, и средней продолжительностью жизни населения в одной стране существует определенная положительная корреляция, а именно: чем выше средняя продолжительность жизни, тем, в определенном соотношении, больше людей доживает до старости; по мере того как увеличивается средняя продолжительность жизни в той или иной стране, увеличивается в определенной пропорции и количество людей, доживающих до преклонного возраста. Понятно, что с увеличением средней продолжительности жизни главный «выигрыш» падает на долю, если можно так выразиться, максимально «жизнеспособных» возрастов, т. е. детского и отроческого, но в этом выигрыше определенную часть имеют также зрелые и старческие группы населения.

Прекрасной иллюстрацией может служить сопоставление таблиц выживаемости, составленных во время переписи населения России в 1897 г. и во время переписи населения СССР в 1926 г. За время между этими двумя переписями средняя продолжительность жизни населения европейской части РСФСР увеличилась с 32,4 до 46,3 года, т. е. на 13,9 года. В следующей таблице показано, какое число людей из каждой тысячи родившихся доживало до 70, 80 и 90 лет¹.

Из каждой тысячи родившихся данного пола доживало:

	В 1896—1897 гг.		В 1926—1927 гг.	
	М.	Ж.	М.	Ж.
До 70 лет	17	18	27	36
» 80 »	7	8	12	18
» 90 »	2	3	23	41

¹ Сведения 1897 г. и 1926 г. относятся к не вполне тождественным группам населения, но, как мне кажется, они все же сопоставимы: за 1897 г. они относятся к «православному» населению, т. е. главным образом к сельской массе русского крестьянства, за 1926 г. — к сельскому населению европейской части РСФСР.

Следовательно, в 1926—1927 г. доживаемость среди мужчин (на каждую тысячу родившихся) до 70 лет увеличилась на 10 человек, среди женщин — на 18. В возрасте до 80 лет увеличение это касалось 5 мужчин и 10 женщин. Наконец, в возрасте 80 лет это увеличение числа доживающих достигло наибольшей величины — на 21 мужчину и на 38 женщин. Из этой краткой иллюстрации можно видеть, что проблема увеличения продолжительности жизни и проблема долговечности, по существу говоря, представляет две стороны разрешения одной центральной задачи — оздоровления всего коллектива, уменьшения его заболеваемости и снижения смертности.

Каков предельный возраст жизни, достигаемый отдельными долговечными лицами? Необходимо крайне осторожно относиться к гиперболическим сообщениям на эту тему, в изобилии существующим в истории, даже в тех случаях, когда в свидетели такой долговечности приводятся безупречно честные люди. Известный английский исследователь этого вопроса Гемфри, проанализировавший точно возраст большого числа пенсионеров в Англии, не мог найти среди них лиц в возрасте свыше 110 лет.

Приходится очень критически оценивать все показатели старшего этого возраста, проверять возраст точными документальными данными с несомненным доказательством тождества лица, к которому относятся эти документы, с лицом, претендующим на признание долговечности.

Если документальные данные отсутствуют, то необходимо сознаться, что мы часто не обладаем объективной возможностью точно установить возраст старца и что исчисления этого возраста по показаниям самого опрашиваемого лица никогда не могут считаться абсолютно достоверными.

Мысль о том, что лица, достигающие долголетия, объединяются некоторыми общими соматическими признаками, в элементарных формах встречается в классической медицинской литературе. Так, один из афоризмов Гиппократов гласит: «Высокий рост в молодости имеет нечто благоприятное, но под старость он в тягость больше низкого роста» («Афоризмы», отдел 2, 54), а другой: «Весьма полные умирают внезапно чаще, чем худые» («Афоризмы», отдел 2, 44). Действительно, материалы современной санитарно-демографической статистики показывают, что «*homo brevilineo*» более резистентен к патологическим воздействиям, чем «*homo longilineo*», и что смертность в зрелые годы тем больше, чем сильнее уклоняется в сторону увеличения нормальный для роста вес людей. По данным американской страховой статистики, если этот вес выше нормы на 15%, то смертность увеличивается по сравнению со средней на 22%, если он выше на 25%, то смертность увеличивается на 44% и, наконец, если он выше более чем на 25%, то смертность увеличивается на 74%. Среди полных людей особенно велика смертность от диабета, от нефрита, от рака и от органических болезней сердца.

Хотя количество произведенных до последнего времени статистических обследований людей, находящихся в глубокой старости, сравнительно невелико (работы Гемфри, Пирла, Пирсона, Грефа; из русских исследований — труды Добровольского, Кадьяна, экспедиции Академии наук УССР в Абхазию), все же на основании их можно установить некоторые общие выводы и факты, характерные для долговечности:

1. Среди женщин, как правило, долговечных больше, чем среди мужчин. Однако в литературе высказывалось предположение (Гуфелянд), что крайних степеней долголетия достигают только мужчины. Предположение это находит подтверждение в результатах Абхазской экспедиции.

2. По порядку рождения, по одним обследованиям, среди долговечных чаще встречаются перворожденные, по другим — третьи по рождению.

3. Брачная жизнь способствует долголетию.

4. Все исследователи факторов долговечности сходятся в том, что фактор наследственности играет определенную роль в долговечности.

5. Из факторов внешнего характера как абхазское исследование, так и изучение долговечности в Болгарии обращают внимание на то, что для многих долголетних людей характерен длительный пастушеский горный стаж (по исследованию столетних в Болгарии в 1926 г. из 158 человек в возрасте 100 лет и старше 69 были овчарами).

6. В анамнезе долговечных лиц большинство исследователей отмечают малое число перенесенных заболеваний. Факт этот объясняется различно: одни исследователи предполагают, что он свидетельствует об особенно устойчивой физической конституции людей, достигающих глубокой старости, другие же считают его не связанным с конституциональными качествами организма и думают, что отсутствие этих заболеваний у определенных людей было причиной, позволившей им достичь долговечности.

7. Для долговечных людей характерны определенные психические черты: большая активность, жизнерадостность, неподатливость мрачным аффектам, быстрое восстановление психического равновесия после тяжелых психических травм и т. д. Мысль, что психическое спокойствие играет весьма значительную роль как фактор долговечности, особенно подчеркнута в интереснейшем труде о старости, принадлежащем перу четвертого по счету русского архиатра (начальника Высшего медицинского управления в России) Иоганна Фишера «*De senio ejusque gradibus et morbis tractatus*» (editio secunda, 1760)¹. В этом трактате автор, между прочим, замечает: «Нужно признать, что отсутствие душевного спокойствия гораздо более способствует укорочению жизни, чем наличие всех благоприятных для нее факторов — ее удлинению».

¹ О старости, ее степенях и болезнях. Издание второе, 1760.

8. Наименее изучены половая жизнь достигших долголетия, характер их питания и особенности их индивидуального гигиенического режима. Роль двух первых факторов в гигиене старости картинно выражена в арабской поговорке: «Наиболее опасные враги для старца — хороший повар и молодая женщина».

Во всяком случае большинство исследователей половой жизни долголетних стариков отмечают, что у них, как правило, наблюдалась расчетливость в половых тратах и вместе с тем длительное сохранение половой потенции.

9. Пищевой режим долголетних стариков очень разнообразен, не отличается никакими чрезвычайными особенностями и, по собранным материалам, не может быть охарактеризован ясно ограничивающими его признаками. Во всяком случае, у многих стариков можно отметить определенную склонность к молочным блюдам. В пищевом режиме большинства долголетних стариков можно наблюдать выполнение совета Цельса «не избегать ни одного из кушаний, которые в ходу у народа».

10. По отношению к вину и вообще к спиртным напиткам среди долголетних стариков обращает на себя внимание определенная выносливость к ним, отсутствие патологической реакции на алкоголь, что приходится рассматривать как проявление определенной конституциональной крепости организма, понятно, без какой бы то ни было медицинской рекомендации спиртных напитков.

Отмеченные выше характерные для большинства долголетних лиц черты нужно рассматривать как бледную канву, на которой дальнейшему научному исследованию удастся четко нарисовать ясные узоры физиологии и профилактики «зеленой», как называли ее римляне, старости. Остается пожелать, чтобы в целях дальнейшего уточнения факторов долголетия и установления новых, еще не сформулированных закономерностей в этой области была использована перепись населения Советского Союза 1939 г.

ПОПЫТКА САНИТАРНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ В АБХАЗИИ¹

Изучение старости в социально-гигиеническом аспекте — вопрос мало освещенный в медицинской литературе. Российская медицинская мысль собрала по этому вопросу, очевидно, намного больше материалов, чем зарубежная. Систематическое массовое изучение старости начал в дореволюционной России прославленный русский клиницист С. П. Боткин в 1889 г., когда он как член Петербургской городской думы представил проект исследований стариков, находившихся в городских богадельнях. С. П. Боткин очень интересовался этим исследованием, лично инструктировал приглашенных им для этого ординаторов своей клиники, и только

¹ Статья впервые опубликована в «Медицину журналі Академії наук УРСР», 1938, т. VIII, вып. II. — *Ред.*

преждевременная смерть помешала ему принять участие в анализе материалов этого исследования.

Основные результаты исследования, охватившего 2627 человек, изложены в докторской диссертации Кадьяна «Население Санкт-Петербургских городских богаделен. Материалы по изучению старости, произведенному под руководством С. П. Боткина в 1889 году». Через два года д-р Алекеков использовал этот же материал для своей диссертационной работы «Старость. Клиническое исследование в области нервной системы и психофизиологии». В 1902 г. в Военно-медицинской академии была опубликована д-ром Добровольским третья диссертация из цикла массового изучения старости под названием «Материалы к изучению старости по статистическим данным Чесменской военной богадельни». В ее основу было положено двухразовое обследование 371 инвалида. Все эти три обследования старости можно объединить наличием в них патологических наслоений, поскольку их объектом были «копекаемые инвалиды» и не в очень глубоком возрасте (до 70 лет).

Предпринятая во время первой российской переписи населения в 1897 г. попытка обследования лиц в возрасте 100 лет и старше закончилась неудачей из-за чрезмерной громоздкости программы обследования и отсутствия на местах лиц, которые могли бы провести это обследование. Лишь очень немногочисленные, чисто формальные сведения из этого обследования были опубликованы на французском языке бывшим Центральным статистическим управлением Министерства внутренних дел.

Из зарубежных работ по вопросу изучения старости нам известна только работа д-ра Греффа, который в 1930—1933 гг. в Германии обследовал 124 человека в возрасте 100 лет и старше.

В 1937 г. Ленинградский институт врачебно-трудовой экспертизы выпустил комплексную работу под общим названием «Старость и трудоспособность». В нее входит 21 отдельное исследование разных групп стареющих и старых рабочих.

Таков, кратко, научно-методологический и конкретный багаж в вопросе изучения старости в социально-гигиеническом аспекте имела экспедиция, состоящая из 4 клиницистов и единственного представителя Демографического института, начиная изучение стариков в Абхазии.

Первой задачей, стоящей перед санитарно-демографическим исследованием, было составление программы обследования, которая по плану должна была быть как можно короче и ограничиваться абсолютно необходимым минимумом вопросов. Проект такой программы был разработан автором этого сообщения, одобрен коллективом научных сотрудников Демографического института и по приезде экспедиции на место рассмотрен и с небольшими дополнениями принят Наркомздравом Абхазии (форма анкеты приведена в конце статьи).

Приехав в Сухуми, мы начали искать людей в возрасте 100 лет и старше. По данным переписи 1926 г. таких людей в Абхазии

насчитывалось 212. Это число, возможно, завышено, потому что в относительном выражении (на 10 000 населения) оно соответствует 37,9, тогда как среди русского населения этот показатель составлял 1,2.

При контроле возраста нужно помнить о двух наиболее часто встречающихся источниках ошибок: 1) ошибки субъективного характера, когда обследуемый приписывает себе возраст намного больший, чем в действительности, или в результате неточной ориентации в числе прожитых им лет, или из-за плохой памяти, или в результате, наконец, особого вида старческого тщеславия, свойственного некоторым старикам, которые, увеличивая свой возраст, претендуют на внимание общественности; 2) тенденция к округлению цифры своего возраста. Я остановлюсь на этом несколько подробнее потому, что вопрос о наиболее точном установлении возраста долгожителей при социальном изучении старости имеет большое значение, и легкомысленное отношение к нему сводит на нет все прочие результаты обследования.

Данные о столетних стариках и о месте их пребывания мы получали либо в Наркомздраве Абхазии, либо в Институте абхазской культуры, либо, наконец, просто путем опроса населения.

Как показал непосредственный опыт, ни один из этих источников не является ни исчерпывающим, ни абсолютно точным. Не раз на практике опроса на месте приходилось убеждаться, что лицо с репутацией 100-летнего старика в действительности имеет намного меньший жизненный стаж. У подавляющего большинства обследованных стариков не было никаких документов, на основании которых можно было бы с объективной точностью установить их возраст, поэтому для его определения приходилось выяснять, сколько лет было обследуемому в разные моменты очень богатой событиями истории Абхазии и какую роль в этих событиях он играл. Дополнением к этому опросу была конфронтация возраста обследуемого с возрастом его детей и родственников и других стариков. Полученные таким путем цифры не могут претендовать на абсолютную точность, но обеспечивают вероятность незначительной ошибки в обоих направлениях.

Первым обратил внимание на то, что в Абхазии доживают до исключительного долголетия, французский писатель Анри Барбюс. Он сам приехал в абхазское селение Лихны, где жил Мафусаил Абхазии Шапковский, которому по слухам было 150 лет. Дальнейшее изучение долгожителей проводил Институт абхазской культуры. Один из научных руководителей этого института, Симон Басария, в 1930—1932 гг. обследовал 7 глубоких стариков, из которых ко времени приезда нашей экспедиции остался в живых только один, да и тот жил в местности, которая из-за транспортных условий оказалась неприступной для экспедиции. Следует отметить, что абхазские селения разбросаны на десятки километров; в основном к ним ведут горные тропы, доступные только пешему или всаднику, и это в значительной степени ограничивало возможности

поисков долгожителей. Стариков разыскивали по указанию Наркомздрова Абхазии в таких населенных пунктах: Красная Беслетка, Нижний Бирц, Тамиш, Киндхи, Эшери, Гали, Сухуми и его ближайшие окраины.

Оказалось, что из 30 обследованных возраста 100 лет и старше достигли 16: Тлабаган Кецба, 137—142 года, г. Гали; Бадрач Авидзба, 95—100 лет, с. Эшери; Паве Лукава, 100—105 лет, с. Красная Беслетка; Бирлава Сикойа, 100—105 лет, с. Красная Беслетка; Дария Шерозия, 95—100 лет, с. Бирц; Константин Лукава, 95—100 лет, с. Красная Беслетка; Мустафа Чишхалия, 100—105 лет, с. Тамиш; Чхангери Джания, 110—115 лет, с. Тамиш; Дату Туркия, 105—110 лет, с. Тамиш; Мамсир Киут, 110—115 лет, с. Киндхи; Кату Гвинджия, 110—115 лет, с. Киндхи; Беч Карчава, 95—100 лет, г. Сухуми; Гаху Туркия, 95—100 лет, г. Сухуми; Мурзаган Чирикбай, 100—105 лет, г. Сухуми; Гаху Чиквания, 95—100 лет, г. Сухуми; Иегуда Менашеров, 95—100 лет, г. Сухуми.

Относительно небольшое число обследованных не дает права устанавливать массовые закономерности, характеризующие специфические особенности самого организма и характер влияния внешних факторов, который обеспечивает определенным лицам возможность доживать до глубокой старости. Но все-таки результаты обследования, которые следует считать только первым шагом большой работы по социально-гигиеническому изучению старости, складываются в контуры совершенно определенной общей картины. Единственный демографический диссонанс в результатах обследования по сравнению с тем, что нам известно о закономерностях дожития до престарелого возраста, — почти полное отсутствие женщин (кроме единственной — Дарии Шерозии), которые, как правило, доживают до престарелого возраста в большем числе, чем мужчины.

Сначала можно было предполагать, что долголетие женщин, может быть, не так резко обращает на себя внимание, поэтому сведения о долголетних женщинах не столь распространены, как аналогичные сведения о мужчинах. Однако весьма настойчивые поиски женщин в возрасте 100 лет и старше в тех районах, где приходилось бывать членам экспедиции, все-таки не смогли выявить их. Объяснение такого странного явления, если оно будет подтверждено дальнейшими наблюдениями в Абхазии, придется искать в некоторых особенностях профессиональной жизни мужчин, о чем будет сказано ниже.

Национальный состав обследованных нами долгожителей: 9 абхазцев, 6 мингрелов и 1 еврей.

Какие конституциональные черты свойственны всем обследованным? Они преимущественно невысокого или среднего роста. У некоторых из них до глубокой старости прекрасно сохранился зубной аппарат (у Чхангери Джания все зубы, у Беч Карчавы один зуб выкрошился, остальные все целы, у Тлабагана Кецбы сохранились 6 стертых зубов). Многие из них отличались большой

мускульной силой и до сих пор говорят об этом не без гордости. Трудоспособность, особенно в садоводстве, они сохраняют до глубокой старости. Например, самый долголетний из обследованных старик Тлабаган Кецба плотничал до прошлого года. Большинство из обследованных были прекрасными ходоками. Тлабаган Кецба говорит, что он утром выходил из Гали, а к ночи уже был в Сухуми (приблизительно 80 км).

Особенная конституциональная крепость организма большинства обследуемых видна из того, что они никогда не болели, не помнят дня, когда чувствовали бы себя нездоровыми. Только в двух случаях в анамнезе отмечается брюшной тиф и язва желудка. Несмотря на то что селения, в которых живут обследуемые, расположены в предгорьях Кавказа, где малярия хоть и не имеет за последние годы такого сплошного распространения, как было когда-то, но все-таки еще эндемична, многие из обследованных никогда не болели малярией. Особая конституциональная крепость некоторых из обследованных долгожителей видна еще из того, что в поколении, к которому принадлежат они сами, и в следующем, происходящем непосредственно от них, мы видим иногда стопроцентную выживаемость до зрелого возраста, совсем без детской смертности. Например, у Тлабагана Кецбы родилось два сына и пять дочерей. И кроме одного сына, умершего от случайной причины, все остальные дети, некоторые уже состарившиеся, еще живы. Один из его младших сыновей, живущий вместе с родителями, имел в браке семеро детей и все они живы. Вряд ли можно рассматривать это явление как случайность. Значительно более вероятно, что это — внешнее проявление очень устойчивой физической конституции, закрепившейся в данной семье.

По семейному положению все обследуемые женаты, причем большинство из них вступало в брак несколько раз. Например, Гаху Чиквания был женат 7 раз, Бадрач Авидзба — 4 раза, четверо из обследованных — по 3 раза, остальные — по два и по одному разу. Число детей колеблется в широких пределах от 18 (Дату Туркия) до 1, в среднем составляя 8,1. Несколько из обследованных стариков, о которых можно было собрать точные данные, в молодом возрасте длительное время были пастухами и провели эти годы отчасти в предгорьях, а иногда даже на альпийских лугах, лежащих в зоне гор на высоте более 1 км над уровнем моря. Пастушество не было у некоторых из этих стариков эпизодом юности, а продолжалось до достижения 30-летнего возраста. У многих опрошенных стариков момент их вступления в брак наступал только на сороковом году.

Что касается характера питания — не удастся отметить ни в прошлом, ни в настоящем обследованных стариков каких-либо особенностей. Питание преимущественно вегетарианское, основу его составляет кукуруза в форме мамалыги (старики помнят время, когда и кукурузы еще не было и самым распространенным лаком в Абхазии было тогда просо), мацони (кислое молоко из

местной закваски), лоби (стручковая фасоль), еда так наперчивается, что не привыкший к ней желудок абсолютно отказывается от местных блюд. Можно еще отметить относительно небольшое количество горячей пищи.

В Абхазии очень развита культура винограда, поэтому вино является обычным местным напитком, к которому привыкают с детства. Абстинентов среди наших стариков — кроме очень небольшой группы, не пьющей вина по «запрещению Магомета» — нет. Наоборот, они отличаются очень большой выносливостью по отношению к алкоголю. И многие из них, в том числе и Тлабаган Кецба, и единственная представительница «слабого пола» Дария Шерозия, на свадьбах и банкетах избирались тамадой, т. е. старшиной банкета, которому предписывалось внешне оставаться трезвым, несмотря на количество выпитого вина.

Из общего числа обследованных стариков только трое никогда не курили, остальные курят, причем большинство — в меру. Несколько стариков с приближением старости бросили курить.

Половая жизнь обследуемых, по вполне понятным причинам, не могла быть точно изучена. Все-таки в значительном числе случаев обращает на себя внимание чрезвычайно длительное сохранение половой потенции, что снова-таки является проявлением особой конституциональной крепости этих лиц.

Ответы на вопрос: «Чему вы приписываете свою долговечность», — который обычно предлагался обследуемым, разумеется, ничего не могут добавить к объективной оценке факторов долговечности. Поэтому ответ Тлабагана Кецбы: «Сам не знаю, отчего смерть меня не берет» — самый точный. Двое-трое стариков приписывают свое долголетие умеренности в еде, один тому, что никогда, ни летом, ни зимой, не спит в комнате, а спит или во дворе, или на веранде.

Сведения о степени долголетия отцов наших стариков, полученные из опроса, не могут претендовать на точность. В отдельных случаях был ответ: «Отец умер глубоким стариком». В среднем, если доверять точности ответов на вопрос о возрасте, в котором умерли родители, выясняется, что отцы умирали в возрасте 109 лет, а матери — 74 года. Во всяком случае ясно, что обследованные долгожители принадлежат к семьям, в которых родители тоже отличались долголетием, хотя, может, оно и не отражалось точно в приведенных цифрах.

По социальному положению почти все обследованные старики были в прошлом мелкими земледельцами, занимавшимися полевыми и больше садовыми культурами.

Подводя итоги по этому первому опыту изучения старости в Абхазии с социально-гигиенической точки зрения, можно прийти к предварительному выводу, что исключительное долголетие в Абхазии определяется двумя факторами: с одной стороны, благоприятными внешними климатическими и гигиеническими условиями, а с другой — определенными конституциональными особенно-

стями, которые делают организм очень стойким и неподверженным патологическим влияниям. В какой мере эти особенности имеют наследственный или приобретенный благодаря определенной физической закалке характер — говорить преждевременно.

Заканчивая свою работу, экспедиция выразила пожелание Наркомздраву Абхазии организовать опорный пункт для продолжения работ по изучению старости и медико-топографическому описанию страны, чтобы можно было точно выяснить, какие специфические факторы внешней среды могут быть поставлены в непосредственную связь с долголетием, наблюдающимся в Абхазии.

ПРОЕКТ ПРОГРАММЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

1. Населенный пункт.
2. Фамилия, имя и отчество.
3. Адрес.
4. Место рождения.
5. Дата рождения.
6. Документ, на основании которого установлена дата рождения.
7. Число братьев и сестер в семье обследованного.
8. Сколько из них сейчас живы?
9. В каком году вступили в брак?
10. Сколько раз женились (выходили замуж)?
11. Сколько у вас родилось детей мужского пола, женского пола в первом браке?
12. Сколько из них живы сейчас?
13. Сколько родилось детей от последующих браков?
14. Сколько из них еще живы?
15. Сколько у вас живых внуков, правнуков?
16. Какие вы перенесли заразные болезни?
17. Какими другими болезнями вы болели в своей жизни?
18. Были ли травмы, каковы их последствия?
19. Перенесли ли вы какие-либо операции?
20. Характер и качество питания:
 - а) в детстве;
 - б) в зрелом возрасте;
 - в) в старости.
21. Когда начали жить половой жизнью?
22. Интенсивность половой жизни.
23. На каком году угасла половая потенция?
24. Число беременностей.
25. Ваши профессии последовательно на протяжении жизни.
26. Социальное положение и его изменения на протяжении жизни.

27. Занимались ли спортом, каким видом?
28. Употребляли ли спиртные напитки, с какого времени, в каком количестве, какие?
29. Курили ли табак, сколько, с какого возраста?
30. Особые привычки, связанные с едой, питьем, сном.
31. На каком году жизни почувствовали первые признаки старости, какие именно?
32. Степень вашей трудоспособности сейчас.
33. Чему вы приписываете свое долголетие?

Сведения о семье обследуемого

	Возраст (если жив)	сейчас	Возраст смерти	Причина смерти (если умер)
Отец				
Мать				
Дед по отцу				
Дед по матери				
Бабка по отцу				
Бабка по матери				
Дети (имена)				
1				
2				
3				
4				

ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ОБ ИЗУЧЕНИИ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СССР¹

Наркомздрав СССР организовал в широком масштабе изучение общей заболеваемости населения в целом ряде городов и сельских местностей Советского Союза. Изучение заболеваемости в СССР, которое проводится в уникальном по грандиозности масштаба объеме, имеет своей целью показать сдвиги в характере и уровне заболеваемости, являющиеся результатом победоносных успехов советского строительства, и обеспечить органам здравоохранения конкретный научный материал для планирования развертывания мероприятий по снижению заболеваемости и смертности. Изучение заболеваемости проводится одновременно в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях путем регистрации всех впервые обращающихся в лечебные учреждения на протяжении 12 месяцев.

На территории УССР это изучение должно охватить до 1,5 млн. сельского и до 3,5 млн. городского населения.

Успешное выполнение этого грандиозного по своему масштабу исследования будет возможно лишь в том случае, когда привлеченный к выполнению этой работы лечащий и статистический персонал отнесется к ней не с узкобюрократической, формальной точки зрения, а со всей внимательностью, точностью и серьезностью, которых она заслуживает. Вместе с тем необходимо, чтобы задачи этого исследования стали известны широкой медицинской общественности, встретили ее сочувствие и поддержку.

Статистика общей заболеваемости населения при своем зарождении была методически разработана и организационно оформлена в дореволюционной России без каких бы то ни было западно-

европейских на нее влияний¹. В этом отношении она представляет собой оригинальный и своеобразный плод русской общественной социально-гигиенической мысли, которая далеко опередила объективные условия того времени. И в этом были причины внутренней слабости этой статистики, причины того, что она застыла в своих элементарных формах, которые, возникнув, остановились в своем развитии. Дальнейшее поступательное ее развитие стало возможным лишь тогда, когда на смену автократическому режиму царской России, который глушил убогие ростки общественной мысли, пришла Советская власть, давшая толчок дальнейшему развитию и широкой дифференциации санитарной статистики в целом и статистики заболеваемости в особенности.

Исторически возникновение и развитие статистики заболеваемости в дореволюционной России объясняется особыми условиями, в которых оказалась общественная медицина в России. Однако уже в первом десятилетии существования земской медицины передовые общественные врачи ощутили потребность составить представление о характере и размерах массовой патологии того населения, которое обслуживалось общественной медицинской организацией. Никаких статистических материалов, которые характеризовали бы уровень социального здоровья масс населения, в ту пору в России не было в противоположность большинству стран Западной Европы, где, начиная с 40-х годов XIX в., устанавливается обязательная регистрация врачами причин смерти. Разработка и публикация материалов о причинах смерти в странах Западной Европы до сих пор остается наиболее существенной документацией, характеризующей уровень смертности от отдельных заболеваний. Эти же материалы в странах Западной Европы являются косвенной и, как видно будет из дальнейшего изложения, далеко не полной характеристикой санитарного состояния стран, к которым они относятся. Не имея в своем распоряжении сведений о характере и причинах смерти сельского населения, которое в основном обслуживалось земской медицинской организацией, русская общественная медицина была вынуждена избрать другой путь для составления характеристики санитарного состояния населения.

Этот путь заключался в организации изучения заболеваемости населения, в его теоретическом обосновании и техническом оформлении. Основные принципы изучения заболеваемости населения были построены на началах демографической статистики, которая для изучения динамики населения вынуждена была регистрировать каждое явление, совокупность которых отображает динамические сдвиги в структуре и численности населения (рождения, смерти, браки). Поэтому организация изучения заболеваемости сопровождалась длительной борьбой и пропагандой установления кар-

¹ Статья впервые опубликована на украинском языке в журнале «Радянська медицина» (1940, № 3) под названием «Сучасні завдання вивчення загальної захворюваності населення в СРСР». — *Ред.*

¹ Под общей заболеваемостью понимается вся совокупность заболеваний в противоположность специальной заболеваемости, т. е. заболеваемости по отдельным видам болезней (инфекционные, венерические и др.).

точной системы регистрации болезней вместо журнальных записей, практиковавшихся раньше. Начало изучению заболеваемости населения в России было положено санитарным бюро Московского губернского земства, руководимым Е. А. Осиповым. В 1890 г. это бюро опубликовало первую работу по изучению заболеваемости населения в России «Статистика болезненности населения Московской губернии за 1878—1882 годы». В 1891 г. вышла в свет работа М. С. Уварова «Санитарное положение в Херсонской губернии. Заболеваемость населения в 1887—1889 гг.».

В последующие годы вышли в свет работы, посвященные анализу заболеваемости населения Воронежской, Курской, Саратовской, Бесарабской, Тамбовской и Рязанской губерний, а также трех губерний, после Октябрьской революции вошедших в состав Советской Украины, — Екатеринославской, Харьковской и Киевской.

Таким образом, материалы по изучению заболеваемости населения до революции касаются далеко не всей массы населения царской России, а только некоторых немногих губерний, где по тем или иным причинам могла окрепнуть земская санитарная организация, которая организовала санитарную статистику.

В результате советская санитарная статистика ко времени своего формирования унаследовала от общественной российской медицины относительно небольшое и очень элементарное по своему методическому построению наследие, которое в очень несовершенных формах освещает некоторые стороны санитарного состояния населения (преимущественно сельского) дореволюционной России, поскольку это состояние отображалось в характеристике заболеваемости населения.

Не так давно некоторые буржуазные западноевропейские статистики высказывали ряд принципиальных соображений, которые, по их мнению, отрицают вообще возможность организации статистики заболеваемости населения. Суть их возражений против статистики заболеваемости сводится к следующему. Болезнь чаще всего есть субъективное ощущение, которое принуждает больного обращаться к врачу. Вместе с тем могут наблюдаться случаи, когда в организме есть определенные патологические изменения, не сопровождающиеся субъективными ощущениями боли, потому сам больной не знает о своей болезни. Реакция на патологические изменения у различных лиц резко различна: один реагирует на незначительные болезненные ощущения, другой не замечает и относительно далеко зашедшие патологические процессы. Диагноз, который ставит врач, далеко не всегда соответствует объективно существующим в организме патологическим процессам и представляет собой субъективное мнение врача. Наконец, по мнению лиц, которые принципиально возражают против возможности изучения заболеваемости статистическим методом, если даже устранены все предварительные препятствия, в организационном отношении нельзя получить от врачей сведения за более-менее длительный

период о количестве наблюдаемых ими больных и о характере самих заболеваний. Все эти соображения иногда дополняются еще и указанием на то, что болезни чрезвычайно различны по своему характеру, сложности, длительности протекания, вызываемой потере трудоспособности и по своему исходу. Обобщение таких неоднородных показателей заболеваемости, которое в результате дает общую сумму болезней, представляет собой абстрактную величину, и на ее основании нельзя составить ясного представления о степени здоровья того коллектива, по отношению к которому установлена заболеваемость.

Все упомянутые соображения довольно серьезные; их необходимо учитывать, но вместе с тем их нельзя рассматривать как непреодолимые препятствия, которые принципиально игнорировали бы возможность постановки изучения статистики заболеваемости тех или иных групп населения. Само собой разумеется, что при частнопредпринимательском характере врачебной помощи (который и сейчас присущ капиталистическим странам) какая бы то ни была систематизация материалов о заболеваемости населения в широком масштабе исключается.

Совсем иначе сложилась организация медицинской помощи сельскому населению в дореволюционной России, где она в земстве приобрела характер не частнопредпринимательский, а общественный. Один из тезисов, принятых в Московской земской врачебной организации, установленный основоположником статистики заболеваемости Е. А. Осиповым, гласит: «Рациональной земской врачебной помощью следует считать только ту, которая не только оказывается врачами, но и обязательно сопровождается правильной регистрацией наблюдаемых больных и, следовательно, служит целям общественной медицины». Только на основе установления такой общественной обязанности всех участковых врачей и стала возможной регистрация всех наблюдаемых ими заболеваний и на основе этой регистрации систематизация всех материалов по статистике заболеваемости населения. Таким образом, даже земская медицинская организация в прошлом, не говоря уже о советской организации врачебно-профилактической помощи населению, теперь целиком и полностью отвергает утверждения о невозможности систематизировать материалы о характере заболеваемости населения. Что касается возражений о неточности диагнозов врачей, то с такой же неточностью встречается санитарная статистика в другом своем разделе — о причинах смерти населения. Однако это не является поводом дискредитации статистики причин смерти.

С методической стороны возникает очень серьезный вопрос: не становится ли статистика заболеваемости лишней при наличии статистики причин смерти? Ответить на этот вопрос приходится резко отрицательно. Существенные изменения в уровне смертности населения отдельных стран преимущественно обуславливаются изменениями в уровне смертности младших возрастных групп на-

селения. Смертность в производительном возрасте сравнительно незначительна и большинство смертей в этом возрасте обусловливается туберкулезом. В общей массе умерших наибольший процент приходится на детей и на лиц пожилых и старческих возрастных групп. Таким образом, статистика причин смерти преимущественно раскрывает причины вымирания детей и стариков. Вместе с тем она оставляет совершенно открытым вопрос, в каком состоянии находится здоровье той массы населения, в которой она изучает силу и характер смертности.

Мы знаем, что очень много заболеваний, не приводящих к быстрому смертельному исходу, тем не менее сильно нарушают физическое состояние организма и значительно снижают трудоспособность больного человека. Некоторые острые заболевания переходят в хронические, дают ряд более или менее серьезных осложнений, которые также неблагоприятно отражаются на работоспособности. Следовательно, приходится решительно констатировать, что статистика причин смерти, давая, безусловно, ценные материалы о влиянии некоторых санитарных факторов на жизнь населения, оставляет совершенно открытой характеристику заболеваемости и ни в коем случае заменить ее не может.

Кардинальной ошибкой русских работ по заболеваемости в дореволюционную эпоху было то, что они оперировали массовыми социальными характеристиками (рабочие, крестьяне), не раскрывая их внутренних социальных группировок. В своей классической работе «Развитие капитализма в России» В. И. Ленин наиболее ярко раскрыл отрицательные стороны русской земской статистики, часто оперировавшей средними величинами, в которых нивелировались крайние показатели, характерные для определенных конкретных социальных групп населения.

Дефектами этих работ были также академическое теоретизирование и значительное отставание публикации от срока, за который собирались материалы. Фактически в обстановке самодержавного режима работы по изучению заболеваемости не могли оказать никакого практического влияния на организацию здравоохранения.

Разумеется, разработочные программы по статистике заболеваемости, которая оперирует очень большим количеством наблюдений, нередко превышающим миллионы, ограничивались относительно небольшим количеством вопросов: 1) возраст, 2) пол, 3) занятие, 4) брачное состояние, 5) месяц обращения в лечебное учреждение, 6) наименование болезни и 7) место проживания больного. По мере того как стали публиковаться отдельные работы о заболеваемости населения, стало выясняться, что типы заболеваемости в разных губерниях имеют довольно сходный характер, отличаясь один от другого лишь количественно. Так, если сопоставить структурные типы заболеваемости населения губерний, которые после Октябрьской социалистической революции вошли в состав УССР и в которых были проведены статистические работы по

изучению заболеваемости населения (Екатеринославская, Харьковская, Херсонская, Киевская), получается следующее:

1. На первом месте по всем четырем губерниям были «паразитарные» болезни, которые давали от 22,6 до 26,9% всех заболеваний. Наиболее подвижная из них группа — инфекционные эпидемические заболевания — составляла от 9,4 до 14,6% всей заболеваемости.

2. Второе место в дореволюционной заболеваемости принадлежало болезням органов пищеварения, которые составляли в среднем по четырем губерниям около 20% всей заболеваемости.

3. На третьем месте в одинаковой мере были болезни кожи и органов дыхания, на которые в среднем приходилось около 10% общей заболеваемости.

4. Далее в нисходящем порядке шли: болезни органов зрения (6,6%), болезни органов движения (6,5%), болезни, обусловленные внешними влияниями (5,3%), болезни нервной системы (3,8%), общие расстройства питания (2,3%), болезни женских половых органов (2,1%), болезни кровеносной системы (1,8%), болезни органов слуха (1,6%), болезни мочевых органов (0,7%), наконец, другие болезни, которые занимали незначительное место в общей структуре всей заболеваемости.

Дальнейшее методическое уточнение в изучении заболеваемости населения, введенное еще в дореволюционное время, заключалось в том, что от сплошного изучения всего материала о заболеваемости перешли к изучению заболеваемости населения «пунктовых селений», т. е. поселений, в которых размещались лечебные участки. Мотивом к такому переходу было осознание того, что с периферии лечебных участков за врачебной помощью обращались не во всех случаях заболеваний, а очевидно, только в наиболее тяжелых, и, следовательно, полученная в результате общей разработки всего материала об обращении за медицинской помощью картина заболеваемости не могла быть точной. С другой стороны, считали, что количество обращений населения за врачебной помощью в селах, где размещались врачебные участки, из-за отсутствия препятствий, связанных с отдаленностью от места медицинской помощи, будет гарантировать исчерпывающую полноту этих обращений, а следовательно, и картину заболеваемости населения. Дальнейшая практика показала, что при изучении заболеваемости «пунктовых селений» структура установленной в них заболеваемости в общем воспроизводит картину заболеваемости, полученную в результате сплошного изучения заболеваемости, незначительно отличаясь от последней числовыми характеристиками.

В первые годы советского строительства внимание и интерес органов здравоохранения к статистике заболеваемости населения не могли проявиться: это был период организации здравоохранения на новых основах, ликвидации эпидемий после вражеской интервенции и т. д. Первый сигнал о пробуждении этого интереса был подан прежним Центральным статистическим управлением

(ЦСУ), которое провело 30 апреля 1923 г. однодневную перепись амбулаторных и стационарных больных во всех лечебных учреждениях СССР. К сожалению, итоги этого обследования по УССР, проведенного вполне удовлетворительно, до сих пор остались неопубликованными. Анализ результатов этой переписи показал, что структура заболеваемости, установленная на определенное число, мало отличается от структуры заболеваемости, установленной методом статистической разработки материалов за год, и что эти отклонения складываются за счет определенной группы болезней, которые характеризуются усилением в весенние месяцы.

Годы, совпавшие со Всесоюзной переписью 1926 г., которые предшествовали и непосредственно шли за переписью, отмечены некоторым повышением внимания к изучению заболеваемости населения. В 1929 г. в г. Москве вышла работа «Заболеваемость населения Московской губернии и г. Москвы за 1926 г.» и в этот же примерно период был опубликован ряд небольших исследований по изучению заболеваемости по отдельным районам УССР (Луганский, Волынский, Сумской и Винницкий округа, МАССР).

В 1928 г. по инициативе того же ЦСУ было проведено выборочное изучение заболеваемости «пунктовых селений» в 26 районах УССР, оставшееся до сих пор неопубликованным. Это изучение показало значительное снижение острых инфекционных заболеваний, кожных и венерических в сравнении с довоенным временем.

В 1934 г. Украинский институт охраны здоровья избрал новый путь изучения общей заболеваемости населения в сельских местностях, основанный на отборе передовых колхозов, обеспеченных соответствующей медицинской помощью и расположенных на расстоянии не более 2 км от ближайшего медицинского пункта. Общее число колхозного населения, среди которого проводилось изучение заболеваемости, достигло в 1936 г. 76 тыс. Положительной стороной такой системы изучения заболеваемости сельского населения является возможность иметь в распоряжении сведения о численности и возрастно-половой структуре подлежащего изучению населения, что гарантирует установление точных статистических показателей заболеваемости.

В организационном отношении большую сложность при такой системе изучения заболеваемости представляет инструктаж и контроль количества и качества регистрационного материала в связи с большим числом точек, в которых собираются сведения о заболеваемости. Во всяком случае предпринятая Украинским институтом охраны здоровья попытка изучения заболеваемости методом обобщения результатов наблюдения над отдельными колхозами заслуживает того, чтобы продолжить и проверить ее в других республиках Советского Союза.

В 1937 г. в Москве было повторное изучение заболеваемости городского населения, которое дало интересные выводы, свидетельствующие о значительном снижении многих заболеваний в сравнении с 1926 г.

Изучение общей заболеваемости населения в разных республиках Советского Союза проводится теперь по значительно более расширенной программе, чем все предыдущие изучения заболеваемости. Отличительной и главной чертой этого изучения является его комплексность, так как одновременно с изучением амбулаторной заболеваемости будет изучаться заболеваемость по больничным материалам, а где это будет возможно — и изучение причин смерти населения в тех же местностях.

В программу изучения заболеваемости вводится ряд новых тем, которых еще ни разу не касалась статистика заболеваемости, а именно: выяснение вопроса о частоте новых случаев заболевания наряду с уже зарегистрированными болезнями в предшествующие годы, выяснение вопроса о потребности зарегистрированных амбулаторных больных в стационарном лечении. Есть намерение отдельно изучить заболеваемость по амбулаторно-поликлиническим материалам и заболеваемость лиц, которым медицинская помощь была оказана на дому, и т. д. Надо пожелать полного успеха в организации этой работы, наиболее удачного ее проведения и как можно скорейшей разработки собранных материалов в интересах советского здравоохранения и дальнейшей борьбы за снижение заболеваемости.

О МЕТОДИКЕ ИЗМЕРЕНИЯ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ¹

Три различных типа материалов используются в целях характеристики уровня санитарного состояния населения: данные антропологии, статистические материалы о причинах смертности и статистические материалы по заболеваемости. Из них до последнего времени наиболее часто употреблялись материалы о причинах смертности, которые традиционно продолжают и до сих пор сохранять свое значение, хотя объективная ценность этих материалов в настоящее время если не утрачена вовсе, то во всяком случае в значительной степени понижена.

В начале установления статистики смертности в некоторых странах Европы различия в коэффициентах смертности по отдельным годам были весьма значительны и могли отражать собой фактические колебания в социально-гигиеническом уровне населения. В последние же десятилетия коэффициенты смертности в большинстве стран Западной Европы стабилизировались на относительно невысоком и мало колеблющемся уровне, что объясняется главным образом прогрессирующим падением рождаемости в этих странах и, как результат этого падения, небольшим удельным весом младших возрастных групп в общем составе всего населения. Последнее же обстоятельство неминуемо вызывает неко-

¹ Статья опубликована в «Советской врачебной газете» (1935, № 18) с примечанием редакции о том, что она печатается в порядке обсуждения. — Ред.

торое снижение общего коэффициента смертности населения, так как смертность детей младшего возраста занимает в общей смертности населения значительную долю.

Нужно также отметить, что более или менее значительные расхождения в коэффициентах смертности по отдельным странам в настоящее время наблюдаются только в младшем и старческом возрастах, а колебания показателей для активно производственной части населения относительно невысоки, нигде не достигают 10%. Таким образом, статистика смертности, устанавливая причины смертности незначительной выходящей в «преждевременный тираж» части производительных элементов коллектива, совершенно оставляет открытым вопрос о состоянии уровня здоровья подавляющего большинства остающихся в живых членов этого коллектива. Задача организованной статистики заболеваемости и заключается в том, чтобы ответить на вопросы, которые статистика смертности по самому существу своему не может разрешить.

Статистика заболеваемости могла развиваться только на базе государственной организации здравоохранения в целом и в частности организации лечебной помощи населению. Поэтому страны Западной Европы, где основной тип лечебной помощи населению построен на частнопредпринимательском принципе, не могли создать изучения характера заболеваемости широких масс населения. Единственным исключением служит статистика рабочих страховых касс. Но при оценке ее приходится иметь в виду, что она оперирует не всей заболеваемостью своих сочленов, а только частью ее, сопровождающейся потерей трудоспособности и выдачей страховой премии, что зависит от экономической политики касс и в различных кассах служит причиной получения разных количественных показателей заболеваемости. Наконец, нужно считаться с тем, что эти работы дают в своем итоге только характеристику дифференцированных профессиональных групп.

Русской санитарной статистике принадлежит инициатива организации общей статистики заболеваемости населения. В течение ряда десятилетий были накоплены довольно обширные материалы, характеризующие структуру и силу заболеваемости во многих губерниях России. Материалы эти показали, что структура заболеваемости населения в довоенный период имела довольно стабильный характер. Отдельные структурные типы заболеваемости по различным губерниям сохраняли общую устойчивость, отличаясь друг от друга только незначительными отклонениями. С другой стороны, постепенно стало ясно, что изучение заболеваемости на пути своем встречает ряд непреодолимых методических затруднений, которые делают невозможным более углубленное дальнейшее разрешение проблем, связанных с ее изучением.

После Октябрьской революции изучение общей заболеваемости населения было несколько отодвинуто в сторону вставшими перед органами здравоохранения задачами изучения отдельных видов заболеваемости, на борьбу с которыми было обращено особое вни-

мание органов здравоохранения. Вопрос о дальнейшем направлении изучения общей заболеваемости до сего времени не может считаться окончательно решенным и требует еще обсуждения. Если статистика заболеваемости справляется удачно с установлением «типа» заболеваемости, то установление реальной силы заболеваемости вряд ли ей по силам. О силе заболеваемости статистика судит по степени обращаемости населения за медицинской помощью. Эта степень обращаемости всецело зависит от степени близости лечебных учреждений к населению и в определенной мере от ее квалификации.

Чтобы устранить влияние фактора близости врачебных учреждений от населения, параллельно со статистикой общей заболеваемости и в дополнение к ней делались попытки получения «исчерпанной заболеваемости», понимая под ней заболеваемость населения, живущего в тех пунктах, где расположены лечебные заведения. Но если этот методический дефект таким путем может быть устранен, то на практике возникают другие затруднения, которые не дают возможности установить точные коэффициенты заболеваемости для отдельных социальных групп, для отдельных возрастно-половых группировок, поскольку установление их невозможно без точного учета социальной и возрастно-половой структуры населения. Вместе с тем нельзя сказать, что даже в последнее время были окончательно установлены правила в системе регистрации больных, единство которой является обязательным условием как в деле регистрации больных, так и в процессе разработки материалов по заболеваемости населения.

В основном существуют две установки в этом вопросе. По первой из них регистрации подлежат заболевания, впервые установленные у данного больного. По этой системе происходит регистрация больных в Московской области. По второй системе, сохраняющей свое действие на Украине, ежегодно с 1 января каждого года происходит перерегистрация всех больных. Под первичным заболеванием при этой системе понимается впервые зарегистрированное в течение года заболевание. Повторные обращения по поводу одного и того же ранее в течение года установленного заболевания в разработку материалов не входят. Таким образом, при статистике заболеваемости единицей учета является не больной, а болезнь.

Несомненно, что такая система учета заболеваемости не дает конкретного представления о состоянии здоровья коллектива. Суммарный показатель заболеваемости, выражающий отношение числа случаев заболеваний на 1000 населения, состоит из самых разнородных ингредиентов, часть которых представляет малозначащие и скоропреходящие дефекты в состоянии здоровья, и только относительно небольшое число их может быть отнесено к серьезным поражениям здоровья, связанным с вероятным сокращением периода работоспособности и срока предстоящей жизни.

Если к указанным выше дефектам в статистической методике, применяемой в работах по изучению заболеваемости, прибавить

то соображение, что получаемые в итоге разработки цифровые показатели нивелируют отклонения от средней конкретных входящих в изучение заболеваемости социальных групп, то мы в итоге должны прийти к выводу, что относительная примитивность методики с допущением целого ряда условностей, неадекватных реальным фактам действительности, в значительной степени снижает ценность результатов получаемой работы.

В настоящее время можно уже с определенной уверенностью сказать, что повседневное систематическое изучение общей заболеваемости населения утрачивает свое значение. Динамические изменения в структуре заболеваемости могут изучаться и впредь в годы всенародных переписей населения. Тогда они будут давать не только представление о структурных сдвигах в типе заболеваемости, но благодаря наличию точных материалов по возрастной и социальной структуре населения обеспечат возможность получения сведений об интенсивности заболеваний для отдельных социальных и возрастных групп населения.

В Советском Союзе совместно с организацией и ростом диспансерных учреждений появились совершенно новые возможности для построения статистики заболеваемости. Эти возможности есть всюду, где определенная социальная или профессиональная группа находится под систематическим лечебно-профилактическим контролем.

Наличие постоянного лечебно-профилактического контроля над состоянием здоровья таких групп дает возможность сопоставить состояние их здоровья с характером их заболеваемости и точно учитывать количество лиц, остающихся здоровыми на протяжении определенных отрезков времени. При определении уровня здоровья такого коллектива нельзя пользоваться методом механического подсчета числа патологических признаков, находящихся у каждого человека в отдельности (лица здоровые, с одним патологическим признаком, с двумя, с тремя и т. д.), а необходимо распределять людей по группам в зависимости от серьезности имеющихся у них патологических явлений. В связи с этим обследуемые могут быть по состоянию здоровья разбиты на следующие пять групп: 1) состояние полного здоровья; 2) наличие незначительных в состоянии здоровья дефектов, не связанных с вероятностью укорочения дальнейшего течения жизни; 3) наличие некоторых дефектов в состоянии здоровья, представляющих в будущем опасность; 4) наличие серьезных дефектов, несомненно угрожающих преждевременным сокращением периода производительной жизни человека и его жизни вообще; 5) наличие тяжелых расстройств в организме, требующее немедленного лечебно-профилактического вмешательства.

Вряд ли при современном уровне медицинского знания распределение лиц, обследуемых по состоянию своего здоровья, на вышеуказанные пять групп может быть безошибочно произведено. Здесь встречаются трудности разнообразного характера. Но как бы то ни было, опыт классификации всех болезней в этом отно-

шении должен быть произведен, хотя бы он и был вначале несовершенен и ошибочен в своих деталях. Для построения такой квалификации могут служить следующие вспомогательные данные: исчисления таблиц смертности для лиц, болевших определенными болезнями, установление средних и наиболее частых возрастов смерти от определенных болезней, некоторые материалы по статистике инвалидности и, наконец, результаты клинических наблюдений о частоте осложнений и вероятном последующем течении многих заболеваний.

Нужно также указать в отношении рекомендуемой нами схемы установления пяти групп состояния здоровья, что диалектико-материалистическая логика не позволяет рассматривать состояние здоровья конкретных людей вне реальной среды, в которой живут и работают лица, находящиеся под лечебно-профилактическим контролем, так как можно представить совершенно различно вероятную динамику дальнейшего состояния здоровья в зависимости от условий их труда и всего санитарного уклада их жизни. Наконец, третий фактор в динамике здоровья, который нельзя исключить из учета, — это личное гигиеническое поведение каждого из обследуемых, наличие тех или иных грубых нарушений в гигиеническом режиме отдельных людей. Все эти категории: состояние здоровья, санитарная обстановка среды и гигиеническое поведение — должны сопоставляться друг с другом и изучаться в своих взаимных соотношениях.

Установление градационных схем в состоянии здоровья делает вполне возможным конкретное представление об уровне здоровья того или иного коллектива и заменяет схоластический и отвлеченный «показатель заболеваемости» «индексом» социального здоровья. Таким индексом может считаться процент здоровых в общей массе членов данного коллектива. Индекс социального здоровья дает возможность выразить в положительной, строго измеряемой величине состояние здоровья коллектива, которое постоянно заволакивается туманом неопределенности в «коэффициентах заболеваемости». Установление градационных группировок в состоянии здоровья членов коллектива дает такую возможность конкретного наблюдения за изменениями в состоянии здоровья коллектива в течение ряда последующих лет. Нет ничего невероятного в том, что благодаря вмешательству профилактической медицины и мероприятиям по оздоровлению труда и быта, а также более сознательному гигиеническому поведению, некоторые лица из патологически более высоких категорий при повторных осмотрах будут отнесены к категории меньшей патологической напряженности. Другая часть членов коллектива при повторном осмотре останется в той же группе, где находилась раньше. Наконец, определенное число будет переходить из менее патологически отягченных групп в патологически более отягченные.

Все эти три возможности комбинации должны быть объектом самостоятельного раздельного анализа. Этот анализ имеет своей

задачей установить и объяснить обнаружившиеся в течение определенного периода времени изменения в состоянии здоровья коллектива. При оценке этих изменений приходится учесть еще одно осложняющее исследование явление, а именно — изнашивание организма с течением времени даже при условии отсутствия непосредственно неблагоприятных воздействий со стороны окружающей среды. Поэтому при сопоставлении уровня здоровья одного и того же коллектива за ряд лет необходимо учитывать, если можно так выразиться, «коэффициент природного изнашивания». Если фактор природного изнашивания не учитывать, то мы всегда будем наблюдать значительное ухудшение в состоянии здоровья коллектива по мере его старения. Установление таких «коэффициентов природного изнашивания» наталкивается на некоторые методические затруднения, которые подлежат преодолению.

При фиксации этих коэффициентов, имеющих, понятно, условный характер, должны быть учтены следующие соображения: 1) повышение вероятности смертности и заболеваемости с нарастанием возраста и 2) отношение между числом болезней и числом смертей в каждом отдельном возрасте. Обе эти величины могут быть установлены эмпирическим путем из данных демографической и санитарной статистики.

Практика диспансерного обслуживания трудящихся масс населения в Советском Союзе с каждым годом все более расширяется. В интересах получения в различных местах Союза сравнимых между собой результатов по исследованию состояния здоровья различных коллективов было бы чрезвычайно важно установление повсеместно единой программы такого исследования. Наиболее трудная задача в системе диспансерного осмотра заключается в том, чтобы перенести внимание врача на розыски и установление предпатологических состояний, которые являются новинкой в клинической медицине, в то время как исконная привычка побуждает его следовать проторенными путями. Ввиду этого весьма желательно, чтобы предпатологические состояния выделялись бы в специальную рубрику карточки. Следовало бы приветствовать проявление инициативы советских клиницистов в опубликовании ими монографии о предпатологических состояниях, что в значительной степени обогатило бы скудные и разбросанные сведения.

Первичный профилактический осмотр является только первым звеном в системе профилактического (диспансерного) обслуживания, и как бы он ни был рационально выполнен, он в значительной степени утрачивает объективную ценность, если в дальнейшем не подкрепляется последующими мероприятиями по надзору за обследованным.

Самое важное здесь — необходимость организовать повторные осмотры в строго определенные интервалы времени. Практика свидетельствует о том, что правило это соблюдается далеко не часто. Если одни обследованные подверглись повторному осмотру через 12 месяцев, другие через полтора года, третьи через еще бо-

лее длительный промежуток времени, то получение конкретно сопоставимых результатов последовательных осмотров, анализ сдвигов в состоянии здоровья за определенный промежуток времени становится невозможным, и значительная часть материала утрачивает объективную ценность. Повторные исследования должны непременно учитывать результат предыдущих исследований, сверять с ними вновь выявленную картину состояния здоровья обследованного и таким путем обеспечить возможность установления динамических сдвигов в состоянии его здоровья. К моменту повторных обследований должны приурочиваться повторные обследования условий труда и быта, в которых также за протекшее время могли произойти определенные изменения.

Система диспансерного наблюдения над определенными коллективами дает возможность, помимо учета состояния здоровья коллектива, параллельно изучать его текущую заболеваемость. Единицей учета здесь продолжает оставаться человек, а не болезнь. Изучение заболеваемости, как ясно из сказанного выше, не должно ограничиваться чисто «номенклатурной» статистикой. Болезнь должна входить в систему ее социального изучения как фактор, нарушающий функции организма в широком смысле этого слова, функции непосредственно биологические и функции производственного характера. С непосредственно статистической точки зрения здесь имеют значение следующие моменты: 1) число дней болезни без утраты трудоспособности; 2) число дней болезни с утратой трудоспособности; 3) число оплаченных дней болезни; 4) совместное наличие различных болезней; 5) последовательная смена болезней и, наконец; 6) исходы болезней.

С точки зрения оценки состояния здоровья коллектива в статистике социального здоровья представляет значительный интерес группировка больных по частоте заболеваний. Некоторые материалы по статистике заболеваемости заставляют думать, что на высоту коэффициента заболеваемости, как он до сих пор еще устанавливается, оказывает значительное влияние наличие повторных и длительных заболеваний среди некоторого меньшинства коллектива. Поэтому кратность заболеваний в течение года (однократные, двукратные и т. д.) должна быть элементом специального статистического учета.

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ПОЗНАНИЯ И ВРАЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ¹

(Общая характеристика медицинских систем и анализ анатомического мышления в медицине)

Основная задача медицинской методологии заключается в оценке средств и приемов, пользуясь которыми медицина выполняет стоящие перед ней задачи: распознавание, лечение и предупреждение болезней. Сюда относятся, прежде всего, следующие

¹ Статья впервые была опубликована в журнале «Врачебное дело», 1929, № 23. — *Ред.*

вопросы: что понимается под болезнью, какими путями устанавливается ее наличие и каково эффективное влияние врачебного вмешательства на исход болезни? Казалось бы, что рассмотрение этих основных проблем должно предшествовать всякому изучению той большой совокупности как теоретических, так и прикладных дисциплин, которые составляют медицину. Казалось бы, что нельзя сделать ни одного уверенного шага вперед в области практической медицины, пока не будут ясно осознаны практические возможности медицины и рассмотрена эффективность всех средств, которыми она располагает. Но в реальной жизни: среди врачебных кругов мы не встречаемся с более или менее значительной заинтересованностью в этих основных проблемах. Невнимание к ним лишний раз подчеркивает узкоремесленный характер как преподавания медицины, так и самой ее практики.

Исторически такая косность медицинского мышления объясняется тем, что медицина как прикладное искусство, как естественное желание устранить или смягчить человеческие страдания появилась на сцене жизни гораздо раньше, чем оказалось возможным объективное, научное объяснение как самого факта болезни, так и средств, благодаря которым достигалось выздоровление. Поэтому спекулятивные умозрения в медицине всегда занимали чрезвычайно большое место как в объяснении происходящих болезней, так и в способах лечения и способствовали образованию и временному торжеству разнообразных догматических систем, попеременно сменяющих друг друга.

Первая из систем, определявших совокупность воззрений на болезнь и на лечение, это — система анимизма, когда человек считал всю природу одухотворенной и когда всякая болезнь рассматривалась или как непосредственное вселение живого духа в организм человека, или как порча тела, вызванная таким духом. При этих условиях терапия должна была логически сводиться или к умилостивлению разгневанной высшей силы, или к попытке иными путями заставить ее выйти вон из тела. Хотя анимистические взгляды на существо болезней относятся к самым отдаленным эпохам человеческой истории, остатки их держатся не только в воззрениях народных масс, но сохранились даже в медицинской фразеологии (тиф свил себе прочное гнездо, сильно свирепствует эпидемия и прочее).

Гиппократовская школа, вырвавшая медицину из рук жрецов, первая делает попытку построить ее на началах опытного наблюдения. В этом отношении ею была проделана вызывающая удивление своей грандиозностью работа по собиранию, систематизации и истолкованию болезненных симптомов, наблюдающихся у человека.

Но Гиппократовской школе нужны были знания анатомии и физиологии человеческого организма и поэтому для объяснения существа и характера патологических явлений, которые она наблюдала с поразительной тщательностью, она вынуждена была обра-

щаться к умозрительным обобщениям, не имевшим за собой никакой опытной почвы. Философский базис гиппократовской медицины — это учение Фалеса Милетского о том, что начало всех вещей — вода. Этот космологический базис лег в основание гуморальной теории, которая условием нормального здоровья считала правильное смешение четырех жидкостей в теле (кровь, слизь, желчь, черная желчь) и происхождение болезней объясняла преобладанием одной из этих влаг.

Соперничавшая с Косской школой Книдская школа учила, что болезни появляются в результате изменения плотных частей организма и таким образом установила солидарную теорию в медицине. Философским обоснованием Книдской школы было атомистическое учение Эпикура, по которому все мироздание состоит из механического сцепления атомов.

Борьбу этих двух основных направлений, гуморального и солидарного, в медицине можно проследить на всей ее истории. Патологоанатомическое направление, закрепленное Вирховым, в атмосфере которого воспиталось нынешнее поколение врачей, в своей ортодоксальной основе является рецидивом солидарной теории, первоначально формулированной книдскими врачами.

Гуморальная теория Гиппократа была воспринята Галеном и вошла в его учение, которое безраздельно владело умами всех врачей на протяжении почти пятнадцати веков, от II до XVII в. Учение Галена о плеторе, излишнем полнокровии организма, вызвало среди его приверженцев склонность к кровопусканиям, производившимся с фанатизмом инквизиторов. В течение ряда веков инквизиторы жигали тело, чтобы спасти душу, врачи же выпускали кровь, чтобы спасти тело.

Протест против безраздельного владычества Галена в медицине раздался со стороны Парацельса (1493—1541), который начал свое преподавание медицины в Базеле с того, что публично перед своими слушателями на городской площади сжег книги Галена и арабских врачей.

Парацельсу медицина обязана введением химических средств в терапию. Он говорил своим ученикам: «Первый наставник в медицине это тело человека и физическая природа». Он повторял им: «Твоими профессорами должны быть прежде всего твои глаза, которые получают впечатления от чувственного мира». Он создал учение о микрокосме (человеке) и о макрокосме (внешней среде) и установил их взаимозависимость.

Но эти зачатки диалектического мышления тонули в тумане средневековой мистики. Не социальные факторы внешней среды, как думаем мы сейчас, а таинственные влияния далеких светил определяли здоровье и жизнь человека. Этот смелый новатор, будучи сыном своего времени, не смог выбраться из окружающей его атмосферы фантастики на чистую дорожку наблюдения.

В эволюции медицины нет значительных достижений вплоть до XVII в., когда опытное знание начинает подтачивать устой средне-

вековой схоластики и когда Бэкону удастся точно формулировать требования, предъявляемые к наблюдению и эксперименту. Но средневековая мистика не сходит окончательно с медицинской сцены. Она меняет лишь внешние формы, теологические идеи Парацельса заменяются метафизическими сущностями у идеологического ученика Парацельса знаменитого бельгийца Ван-Гельмонта, так же как в последующем они перерождаются в различные виталистические системы, существующие и по сие время. Потрясенный «архей», особо присущая человеку и верховно управляющая всеми функциями человеческого организма сила, есть причина большинства болезней, по учению Ван-Гельмонта.

Для последующего развития медицины чрезвычайно характерно, что всякие новые успехи и открытия в той или другой области естествознания поочередно определяют свое влияние на медицину. Единая медицинская школа отсутствует. Врачи становятся приверженцами той или иной «медицинской системы».

Так, итальянец Борелли (1608—1679) явился основателем натромеханической системы, рассматривавшей основную причину болезней в нарушении плотных частей организма и построившей терапию на методе применения возбуждающих средств. С натромеханической системой соперничала натрохимическая школа и ферментативная система, объяснявшая болезни наличием миазм. Многие великие врачи, жившие в XVII и в XVIII вв., были, по существу, эклектиками, избегая крайностей односторонних систем и осторожно лавируя между ними.

Когда ослабела вера в непогрешимость авторитетов, появилась естественная потребность непосредственного наблюдения и изучения болезненного процесса. Вся слава «английского Гиппократата» Сиденгама основана на его призыве к клиническому изучению больного и на тщательных наблюдениях над отдельными клиническими формами заболеваний.

В конце XVIII и в начале XIX в. большинство врачей разбивается на два лагеря: броунистов и бруссистов.

Броун (1735—1778) все болезни разделял на стенические и астенические. Первые болезни возникают, по Броуну, вследствие избытка раздражений во внешней среде, а вторые — вследствие малочисленности этих раздражений. Терапия была упрощена до чрезвычайности: при стенических болезнях — кровопускание, при астенических — возбуждающие средства. Бруссе (1772—1838) не всюду видел только избыток раздражения и пускал кровь без разбору всем больным. На примере этих школ ясно обнаруживается, как первое же ознакомление с биологическими свойствами живой материи (раздражимость ткани) сразу находит действенный отклик в зудящих руках врача.

Если предшествовавшие столетия обогатили научное знание открытиями в области неорганической природы (физика и химия), то на почве этих научных завоеваний XIX в. получил возможность пойти дальше и сделать объектом своего изучения строение живой

материи. Открытиями строения растительной и животной клетки была подготовлена почва для установления клеточной патологии¹, неразрывно связанной с именем основателя ее Рудольфа Вирхова (1821—1902).

Анатомическое направление в медицине было подготовлено двумя историческими этапами, логически связанными друг с другом, а именно: работами Моргани (1682—1771) и Биша (1771—1802). Первый из них путем систематических вскрытий трупов описал патологическую анатомию отдельных органов и связал эти изменения с прижизненными клиническими явлениями, второй изучил патологические изменения отдельных тканей организма. Вирхову осталось увенчать эти два этапа в развитии анатомической мысли в патологии анализом патологических изменений в самих клетках. Сущность анатомического направления в медицине, в атмосфере которого живет медицинская мысль — с 40-х годов прошлого века, — заключается в том, что диагностирование, толкование болезненных симптомов и лечение больного основывается на базе найденных или предполагаемых патологоанатомических изменений в отдельных органах человека.

В истории медицины анатомическое (или как его часто называют, патологоанатомическое) направление сыграло чрезвычайно большую, ни с чем не сравнимую роль, оно значительно обуздало спекулятивную фантазию врача, заставило его с небес метафизики спуститься на почву точных явлений и, наконец, весьма обогатило медицину фактическим материалом. Но оно имело и свои отрицательные стороны, которые, будучи незамечены вначале в эпоху всеобщего увлечения вновь открываемыми патологоанатомическими явлениями, с течением времени стали привлекать к себе все больше критического внимания. Своей философской подоплекой анатомическое мышление имело механический материализм, своим социальным окружением — капиталистическое хозяйство. Наиболее характерной чертой мышления буржуазного порядка вообще является склонность к мелкому и мелочному анализу фактов. Буржуазное мышление инстинктивно боится идей обобщающего характера, которые могли бы вылиться в критику основы капиталистического общества. Тень буржуазной идеологии, несомненно, легла и на научную медицинскую мысль Вирховской эпохи. Микроскопический анализ человеческих тканей отвлёк внимание медицины от микроскопического анализа социальных комплексов, вынашивающих в себе все те патологические явления, которые врач наблюдает в клинике и в лаборатории.

Локалистический подход к больному, местная диагностика и местная терапия имели своим результатом то, что врач утрачивал представление о разворачивающейся панораме заболевания в це-

¹ Теория медицины, рассматривающая заболевание организма как поражение отдельных клеток в результате непосредственного воздействия на них раздражителя. — *Ред.*

лом и усваивал онтологический принцип в определении сущности болезни, вместо того чтобы изучать ее сложный генезис. Механизм умственной работы врача при этом укладывается в несложный путь: сначала найти «Sedes morbi» (седалище болезни), потом «причину» болезни и, наконец, установить терапию. Организм как замкнутое целое, как определенная сумма психофизической энергии с характерными для него специфическими реакциями на внешнюю среду при этом совершенно устраняется из поля врачебного мышления и никем не замечается. Локалистическое мышление в медицине привело на практике к чрезмерному дроблению специальностей. Встречаясь с каким-нибудь болезненным симптомом общего характера, каждый специалист применял к нему локальную терапию. Ляринолог связывал его с полипом и удалял его, гельминтолог искал причину его в глистах и старался освободить от них кишечник, терапевт относил его к блуждающей почке и прописывал бандаж, хирург отсекал червеобразный отросток и пр. Нередки случаи, когда больной, пройдя через целый ряд медицинских и хирургических процедур, значительно уменьшал свой органический багаж и продолжал испытывать те же страдания, которые беспокоили его до обращения к врачам.

Под влиянием господствующих в медицине идей механического материализма врачебная практика приобрела в значительной степени ветеринарный характер. Людей лечат так же, как лечили бы животных, требуя от них быть пассивными объектами медицинских манипуляций и не привлекая их психическую энергию участвовать в достижении здорового состояния. Такой узкий подход к больному не преминул впоследствии вызвать значительную реакцию, выразившуюся в идеях фрейдизма.

Логическое развитие преобладания анатомической мысли в медицине неизбежно должно было привести ее к терапевтическому нигилизму или во всяком случае к терапевтическому скептицизму, наиболее отчетливым представителем которого у нас был С. П. Боткин.

Патологическая анатомия, служащая базой всей медицины, не могла не показать, что подавляющее большинство анатомических изменений, сопровождающих болезни, не обратимы и что *restitutio ad integrum*¹ возможно в исключительно небольшом числе патологических изменений. Популярность среди широких кругов хирургии основана также не столько на возможности ее «биологически» излечивать, сколько на успехах асептики и на технике наркоза, которые позволяют хирургу безнаказанно вмешиваться в самые укромные уголки человеческого организма и иногда ценой удаления отдельных частей организма дают возможность последнему продолжать свое существование.

Если было бы некоторым преувеличением утверждение, что под влиянием анатомической мысли клиника исчерпывала свои

¹ Восстановление целостности.

задачи по отношению к больному установлением диагноза заболевания, то во всяком случае можно сказать, что это было основным центром ее внимания. В таком сужении ее задач выразился отрыв клиники от гиппократизма, где первой и последней задачей было оказание терапевтической помощи больному и построение этой помощи на всей совокупности показаний, вытекающих из всестороннего изучения больного и окружающей его среды. Гиппократическое наблюдение за генезисом заболевания и его эволюцией в эпоху анатомической мысли было заслонено лабораторным анализом выделений больного, терапевтическими шаблонами.

Для анатомического направления в медицине также является характерным недоверие врача ко всем жалобам и болезненным ощущениям со стороны больного, за которыми он не мог, если не умел, найти соответствующей анатомической подкладки. На этой почве в номенклатуре и в этиологии заболеваний выросла мистически своеобразная группа «функциональных» (?) болезней.

Обозревая в целом то, что дала анатомическая мысль медицине со времени Вирхова в период ее преобладающего влияния, т. е. почти до последних дней, можно, пожалуй, без преувеличений сказать, что это была эпоха первоначального накопления патологических материалов, протекавшая в обстановке социального манчестерства¹, долженствующая неизбежно привести к логическому и к социальному тупику. Роль врача на этот период сводилась к позиции беспомощного наблюдателя за разыгрывающейся в человеческом организме биологической трагедией, и психическое самообладание его удерживалось в равновесии сомнительным сознанием его силы в применении наркотиков, которыми он обуздывал извивающуюся в мучениях, стонущую массу человеческой протоплазмы. Этот период по своему времени совпал с двумя знаменательными научными событиями — учением об эволюции Дарвина и открытием одного за другим ряда специфических микроорганизмов. Анализ влияния обоих этих открытий на последующее развитие медицины заслуживает специального рассмотрения.

О НЕОБХОДИМОСТИ РЕФОРМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ²

Много воды утекло в промежутке между Великой французской и Октябрьской революциями, и резко различными оказались взгляды революционных деятелей обеих эпох на постановку медицинского образования.

В 1792 г. Конвент закрыл все французские медицинские шко-

¹ Синоним «фритредерства». — *Ред.*

² Статья впервые опубликована в журнале «Профилактическая медицина», 1926, № 4 с примечанием: «По поводу статьи Л. Леонова «Каким должно быть медицинское образование» («Профилактическая медицина», 1926, № 2)». — *Ред.*

лы и университеты¹. Закрытие это состоялось под влиянием идей Руссо о том, что природа не знает болезней, под призывом революции вернуться к первобытному, здоровому образу жизни и отчасти вследствие ненависти, которую испытывали революционные деятели к правящим до революции классам, монополизировавшим университетскую науку. Больше того, в Конвенте дебатировался вопрос, не подвергнуть ли врачей такому же ограничению в правах, как и духовенство, «так как все врачи — шарлатаны».

Совсем не то было после Октября. Никто и не думал покушаться на жизнь высшей медицинской школы. Наоборот, был провозглашен принцип «союза труда и науки». Правда, медицинская школа со всей страной вместе переживала некоторое время тяжелые дни. Не отапливались клиники, куда-то исчезли из лабораторий лягушки и прочие «мученики науки», хлопоты о пайке отодвинули среди профессуры на задний план всякую научную мысль. Но высшая медицинская школа, перейдя временно в состояние анабиоза, не только не разложилась, а наоборот, гостеприимно приняла несколько новых дисциплин, считавшихся второразрядными до революции. Тогда же наскоро были сколочены скромные портики с вывеской «профилактические кафедры» и пристроены к фасадам медицинских факультетов, причем, как водится в подобных торжественных случаях, было не без искреннего воодушевления сказано достаточное количество горячих и красивых слов.

На Украине было введено еще одно, нигде не виданное новшество: на пятом курсе были учреждены уклоны — терапевтический, хирургический, санитарно-эпидемиологический и охматдетский. Уклоны эти создались в значительной степени по непосредственной инициативе и поддержке самого потребителя медицинской продукции — Народного комиссариата здравоохранения, заявившего, что ему срочно в ближайшие годы нужны хоть сколько-нибудь подготовленные для профилактической деятельности работники, которых он не может себе подыскать среди наличных кадров врачей.

Очень немного лет прошло. Утихли валы революционного штурма, и по революционной отмени зарябил повседневный ветерок. Стала налаживаться в медицинских школах обычная, будничная жизнь. И вместе с тем начали чувствовать, что внутри факультетов как будто тесновато. На недавних пришельцев стали коситься, захотелось вернуться к старому, дореволюционному уюту размеренной факультетской жизни.

А тут еще кстати с разных мест заговорили о недоброкачественной «продукции». Недолго пришлось искать виноватого. Им оказался не кто иной, как злосчастный уклонист. Повели на него правильную облаву и отовсюду угрожаемый бедный уклонистский

¹ Спустя два года Конвент был вынужден открыть 3 медицинские школы для подготовки военных врачей.

заяц, оторопев от испуга, судорожно дергая своим хвостом, не знает, куда ему скрыться от множества наведенных на него враждебных взглядов.

После предварительного обстрела уклонов на разных совещаниях начинается, наконец, пальба по ним в печати и статья Л. Леонюва «Каким должно быть медицинское образование» есть первый выстрел, за которым, надо думать, последуют и дальнейшие.

Попробуем разобраться в этой статье и попутно обрисовать в общих контурах положение современного высшего медицинского образования.

Предлагая объективно рассмотреть постановку этого образования, автор статьи ничем решительно этого объективного подхода не обнаружил и свел свои рассуждения к ряду чисто формальных тезисов, как целостность образования, повышение его квалификации, вместе с тем указав на необходимость профилактизации образования и не упомянув ни слова, что он под этим понимает.

Мне кажется, что без достаточного анализа существа медицинского образования нельзя ни установить его патологию, ни обеспечить ему надлежащую терапию. В разбросанных статьях пишущему эти строки приходилось указывать на некоторые наиболее острые недостатки современной медицинской школы, оставшиеся от прежнего времени и доныне не устраненные: на ее полный отрыв от биологии, на ее терапевтическое полнокровие и на ее значительную социальную анемию.

По своему существу, по характеру объекта своего изучения медицина есть не что иное, как прикладная биология. Ничем другим она не может быть, ничем другим она не должна быть. Спрашивается, как поставлено преподавание биологии в современной медицинской школе?

Ответ чрезвычайно прост! Преподавание биологии не оставляет желать ничего худшего, или, иначе говоря, биология блистательно отсутствует в высшей медицинской школе. То немного, что под этикеткой биологии преподается учащимся, в лучшем случае есть осколок знаний чисто морфологического порядка (строение паразитирующих на человеке червей и прочее).

Согласно установившимся в большинстве медицинских школ традициям с первого же курса студент с какой-то садистской энергией наваливается на морфологическое изучение человеческого костяка и, приобретя за два года занятий по анатомии прекрасный стаж зубрежки, тренируется в своем искусстве дальше на патологической анатомии, фармакологии и т. д.

Какое ему дело до форм и непрерывных изменений живой материи, до общих законов ее энергетических проявлений и до ее отношений к окружающей среде? Что ему гекуба диалектики жизненных процессов, в которые он потом, как будущий врач, грубыми, но самоуверенными движениями станет непрерывно вмешиваться? Из служителей жизни за пять лет академической жизни он в большинстве случаев успеет превратиться в рыцаря медицин-

ской техники, и рутинно-ремесленный дух, навязанный ему факультетом, станет родной и привычной его атмосферой на всю будущую профессиональную жизнь.

Эти рахитические биологические ножки факультетского преподавания должны подпирать грузное чрево медицинских дисциплин, состоящее из патологии и всех форм терапевтической техники. Скромный уголок в этой массе занят общей гигиеной.

Это туловище медицинского знания — самая существенная часть факультетского преподавания. Из нее медик узнает чрезвычайно много для себя интересного: как живая материя реагирует на неблагоприятные соприкосновения с внешней средой и какова классификация всех патологических изменений человеческого организма. Здесь же он запасается знаниями, как нужно умеючи обращаться со взбунтовавшейся материей, как ее усыплять, глушить, чтобы она не вопила громко от произведенного над нею насилия, как ее можно заставить изрыгать, как ее можно потрошить, дробить, резать, ломать, разнимать на части и сшивать.

Одно обыкновенно ему всегда забывают сказать, что все многочисленные патогенные факторы, изучаемые и отдельно и в наиболее причудливых комбинациях, вовсе не сказочные драконы, спускающиеся с отдаленного заоблачного тридесатого царства, чтобы терзать нашу плоть, а что это стрелы, полет, направление и глубина ран, от которых определяется напряжение всего социального уклада жизни.

Как бы ни называть те клавиши, которые выстукивают на нашем теле ту или иную боль, будет ли это голод, холод, травма, алкоголизм, бессонные ночи, психические депрессии, все они приводятся в движение социальными рычагами. Ослабьте только один из них, укоротите или удалите его вовсе — и кошмарная симфония человеческого страдания окажется уже иной.

Увы, не олицетворяет ли этот злосчастный врач, который прикладывает к окровавленному телу мягчительную припарку для того, чтобы жизнь могла через несколько дней добить больного, всю нашу терапевтическую медицину? Идеологам профилактики медицинского образования не надо было обладать слишком живым воображением для того, чтобы отчетливо представить себе, что болезнь есть не что иное, как биологический рефлекс на социальный удар. И точно так же им стало ясно, что продолжать культивирование терапевтических иллюзий в тот исторический момент, когда пролетариат сбросил с себя порабошавшие его оковы, очень и очень вредно. Нужно, чтобы коллектив в целом осознал как непререкаемую истину логический трагизм того положения, что у медицины нет никаких возможностей последующими терапевтическими мероприятиями восполнять дефекты и поправлять ошибки, которые допущены в эксплуатации живой материи.

Никакими «терапевтическими» мероприятиями мы не в состоянии приостановить развитие дегенерации, непрерывное разрушение легочной ткани туберкулезными микробами и заменить агони-

зирующую клетку здоровой. Природа отказала себе в невинной игре в чудеса и мы, хотим этого или нет, вынуждены по векселям социальной задолженности расплачиваться своим телом и кровью, целыми гекатомбами человеческих жертвоприношений.

Чего же Вы мечете громы и молнии на уклоны, т. Леонов? Через маленькую форточку, пробитую на 5 курсе для санэпида и охматдета, в спертую терапевтическую атмосферу медицинского факультета врывается свежая струя социально-медицинского знания. Неужели Вы всерьез думаете, что настоящее знание, которое должно поставить своей задачей охрану чистоты жизненного потока чередующихся поколений, может культивироваться в тепличной факультетской атмосфере, наполненной запахом фармацевтических специй?

Спору нет, раз врач берется за ремесло штопания человеческой протоплазмы, то пусть он это дело изучает как можно лучше, хотя бы по одному тому, чтобы научиться не наносить ей нового вреда. Но неужели можно ограничить социальную роль врача ремесленным, беспрестанным, как Сизифова работа, латанием патологических дырок на человеческом организме где-то на грязных задворках социальной жизни? Неужели в общей культурной работе коллектива врач не годится ни на какую другую роль, кроме того, чтобы на смотре истории смиренно трястись в ее арьергарде, в лазаретной линейке, вместе с подобранными инвалидами, с валериановыми каплями и с индивидуальными перевязочными пакетами в руках?

Правда, т. Леонов в своей статье с небрежным жестом говорит о профилактизации медицинского образования, как о чем-то, что само собой очень ясно, просто и понятно.

Мне думается, что к понятиям «профилактика» и «профилактизация» нужно бы подходить более серьезно. Навязать профилактику в дешевые любовницы медицинскому факультету нельзя. На такую роль она не годится! Такую роль она на себя не возьмет!

Нужно уговориться, в каком объеме профилактические знания могут быть сообщены будущему врачу и стать органической частью его профессиональной работы. В полном своем масштабе профилактические идеи в системном и последовательном порядке могут осуществляться только с высоты капитанского мостика социальной власти. Врач, понятно, должен быть ознакомлен с этим масштабом, не сводить с него глаз, и государство должно всегда быть прочно уверено в том, что в его лице оно встретит умелого и надежного проводника своих начинаний. Осуществлять профилактические требования непосредственно врач может только в индивидуальном или в групповом объеме.

Идея учреждения профилактического факультета вовсе не так уж смешна, как это кажется т. Леонову, и требовала бы самого детального рассмотрения. Почему же профилактические школы уже осуществлены в Америке расчетливыми янки? Ведь конечный

объект медицинского факультета — больная личность. Объектом изучения профилактического факультета должна стать среда, ее санитарный анализ, ее оздоровление. Могут ли обе совершенно разнородные дисциплины гармонично ужиться в одном факультете, это пока еще совершенно открытый вопрос.

Где же в конечном счете тот «толубой» интеграл, о возможности утраты которого на медицинском факультете скорбит т. Леонов, опасливо поглядывая на уклонистскую форточку, не выпорхнет ли через нее частичка этого интеграла.

Стараясь быть возможно беспристрастными, мы видим в современном медицинском преподавании грубую амальгаму разных прикладных дисциплин, недостаточно пришлифованных друг к другу, без устойчивой социально-биологической и социально-патологической базы, с акцентированной терапевтической техникой, неспособных вырабатывать из врача борца за здоровую жизнь и здоровое мироощущение.

Направляя к Вам обратно за ненахождением адресата бессмертную (!) формулу Козьмы Пруtkова, приходится сказать: не в том беда, что у Вас, т. Леонов, и у ваших единомышленников флюс, а в том, что он требует операции. Такая же операция нужна и нашей медицинской школе. Реформа ее еще не начиналась, потому что временные надстройки и незначительные поправки не могут считаться реформой.

Первоначальными предпосылками медицинского образования должна быть полная осведомленность в науках о неорганической природе (физика, химия). Сердцевиной преподавания должно быть детальное знакомство с законами биологии и с основным масштабом социологии (исторический материализм). Патология должна быть усилена принципами социального патогенеза. Терапевтические дисциплины должны быть пришлифованы друг к другу. Социальная гигиена с остальными профилактическими науками должны перестать играть роль деклассированных золушек и получить возможность выпускать врачей с цельным социально-биологическим и социально-патологическим мышлением.

Только путем такого реформирования медицина, которая до сего времени была ничем иным, как смиренной прислужницей терапии и горничной обеспеченных классов, выйдет мало-помалу из руслу бесплодного примитивного врачевания и вольется в ложе социальных дисциплин, призванных к устроению нашей социальной жизни и к освобождению ее от всей патологической грязи, которою в течение тысячелетий загрязняли поток жизни социальный гнет и его спутники, нищета и невежество. Только тогда медицина станет биотехникой, наукой о безболезненной смене здоровых человеческих поколений. Этот путь нелегок и конец его не близок. Но иного пути нет.

В заключение я позволю привести не лишенную любопытства историческую справку — последние слова из речи одного из пламенных деятелей Великой французской революции, доктора Каба-

ниса, заведывавшего во время Конвента медицинской организацией Парижа, которыми он закончил свой доклад Совету пятисот 29 брюмера 7 года революции «О реформе медицинского образования во Франции»¹.

«Я заканчиваю обращение к Вам, представители народа, с призывом во имя всего, наиболее дорогого для вас, отечества, свободы и республики организовать как можно скорее национальное медицинское образование, чего так давно и безуспешно добывается общий голос страны.

Мы вышли победителями из всех революционных бурь! Мы опрокинули и раздавили армии королей Европы! Триумфальные победы над ними достались нам с вызывающей восхищение быстротой! Но, и я говорю это вам с чувством глубокого убеждения, мы не имеем права утверждать, что нами сделано что-нибудь серьезное для развития наших республиканских навыков и для укрепления новых форм революционного правления, пока мы не заменим твердыми образовательными принципами доставшиеся нам в наследие предрассудки прошлого и пока к энергии ваших свободных чувств мы не присоединим дух здорового знания. Это — последний триумф, который вы должны одержать над тиранией! Это — ваша наиболее священная обязанность в сегодняшний день!».

¹ Gubanis. Rapport fait au conseil des cinq-cents sur l'organisation des Ecoles de Medecine. Paris, 1803, p. 390.

ИСТОРИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ

**ПЕТР ФРАНК¹ («ОТЕЦ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ»
И ОСНОВАТЕЛЬ ПЕРВОЙ
КЛИНИКИ В РОССИИ)
(1745—1821)**

Ни в чем ремесленный практицизм врача не обнаруживается так ясно, как в полном пренебрежении его к истории своего знания. Поистине поразительно и не может найти себе никакого объяснения абсолютное игнорирование врачами истории многовекового развития медицинских дисциплин. Невнимание к эволюции медицины, отсутствие интереса и понимания ее основных методологических построений имели своим следствием то, что терапевтическая техника с ее деталями всецело притупляла внимание врача, особенно русского, и поэтому он, не посвященный в основные истоки медицины, незнакомый с исторической перспективой медицины, даже в своей научной работе чаще всего был крохобором и так мало дал имен, принимавших участие в эволюции медицинского знания. Между тем в истории медицины, помимо непосредственного интереса к одной из важных отраслей человеческой культуры, врач может найти область знания, которое должно было бы принимать участие в оформлении всего его научного мышления, помогло бы ему разобраться в методологических проблемах медицины, дисциплинировать его медицинскую мысль и даже облагородить его психику, которую не может не тронуть душевный энтузиазм, столь характерный для большинства новаторов и революционеров медицинской доктрины. Одним из таких светлых имен в истории нашей науки, одинаково дорогим как врачу-терапевту, так и еще больше профилактику, является имя Петра Франка, основателя первой русской терапевтической клиники и основоположника того знания, которое на современном языке называется социальной гигиеной.

Петр Франк родился 19 марта 1745 г. в семье мелкого служащего, в маленьком местечке южной прирейнской Германии, Родальбене, входившем в то время в состав Баденского маркграфства. В жилах его текла смешанная французско-немецкая кровь,

что ясно сказалось в чертах его характера, где решительная воля и дисциплинированная немецкая мысль сочетались с живостью галльского ума и со способностью его к творческому синтезу. Не лишены курьеза два эпизода из периода детской жизни Франка. Маркграфиня Баденская на школьном вечере услышала его дискант, который ей очень понравился. Она решила отправить Франка певчим в папскую римскую капеллу и, чтобы сохранить его звучный голос, согласно обычаям того времени, кастрировать его. С большим трудом знакомым семье Франка удалось отговорить маркграфиню от этого намерения, которое, быть может, сохранило бы в папской капелле искусственный «ангельский» голос юного Франка, но навсегда лишило бы медицину и профилактику этого имени.

Через некоторое время юный Франк заболел тяжелой формой малярии. Хинная корка (иезуитский порошок) уже была в то время известна, но к ней относились с предубеждением. Когда против болезни были безуспешно испробованы различные домашние средства, родные Франка решили обратиться к симпатическим приемам. Мальчику было приказано взять в руку живого рака, пробежать с ним к ближайшему ручью, бросить в ручей рака головой назад и поспешно, не оглядываясь удирать домой. Вернувшись к родителям, мальчик сказал, что при этой терапевтической экспедиции рак чуть не умер от смеха.

Медицину Петр Франк изучал в Гейдельбергском и в Страсбургском университетах. Когда перед чутким и вдумчивым студентом-медиком развернулась панорама разнообразных человеческих страданий, то, доискиваясь до производящих их причин, он вскоре пришел к выводу, что не случайная воля отдельных лиц, не только внешние факторы индивидуального порядка вызывают в большинстве случаев появление болезней, а преимущественно массовые влияния, которые нарушают и угрожают физическому благополучию жизни целых коллективов. И здесь, еще на школьной скамье, Франк решил посвятить свою жизнь изучению и системному описанию всех мероприятий, которые необходимы для того, чтобы устранить или ослабить эти, как мы сказали бы теперь, социальные факторы массовой патологии. Но Франк жил в обстановке политического абсолютизма, в эпоху господства всемогущего полицейского государства. Меры, необходимые для борьбы с патологическими факторами, формально находились в руках гражданской администрации. Поэтому Франк задуманной работе дал заголовок «System einer vollständigen medicinischen Polizei»¹.

Этот неприятно режущий наш современный слух термин «медицинская полиция» Франк объясняет в предисловии к первому тому медицинской полиции в следующих выражениях: «Медицинская полиция — это наука о профилактике, знание, которое ставит своей задачей охранять человека... от вредных результатов совместной,

¹ Впервые опубликовано в журнале «Врачебное дело», 1928, № 11. — *Ред.*

¹ Система совершенной медицинской полиции. — *Ред.*

скученной жизни, удержать его физическое благополучие и отсрочить до возможно более крайних пределов наступление естественного конца жизни».

Защитив докторскую диссертацию на тему «Диетика раннего детского возраста» и окончив университет в 1766 г., Франк поселился на первое время в небольшом лотарингском городке Бич. Вскоре французские власти потребовали от него диплома, апробированного французским факультетом, что заставило Франка еще раз получить степень доктора во французском университете Понт-а-Муассон. Рано женившись, Франк первые два года после окончания занимался частной практикой, дававшей ему очень скудное обеспечение. Затем он переехал в Баден, где получил место окружного врача. Написав первый том своего труда, Франк отправил его к издателю. Спустя некоторое время он получил от последнего извещение, что приглашенные для ознакомления с его рукописью эксперты дали о ней отрицательный отзыв. Раздосадованный неудачей Франк разорвал на клочки свою рукопись и сжег. Впоследствии он не раз раскаивался в своем необдуманном порыве, так как ему пришлось вновь воссоздавать этот текст.

Вскоре, через год после женитьбы, жена Франка умерла от родильной горячки, лечивший ее врач сделал ей кровопускание, закончившееся потерей сознания и параличом сердца. Спустя полгода умер от оспы и родившийся ребенок. Сильно удрученный обеими потерями, Франк несколько месяцев не мог восстановить своего душевного равновесия. Внезапно вспыхнувшая в Баденском маркграфстве эпидемия заставила Франка принять участие в борьбе с ней и отвлечься от личных переживаний. В отчете правительству эта эпидемия названа Франком как *febris catarrhalis maligna*¹. Описание ее не оставляет никаких сомнений в том, что неопределенная номенклатура этой болезни скрывает за собой типичный сыпной тиф (первое описание сыпного тифа как самостоятельного нозогрифического определения на немецком языке появилось позже, в 1787 г.).

В 1769 г. Франк получил место окружного врача в Раштадте. Оглядевшись в новых условиях работы, Франк обратился к баденскому правительству с указанием на необходимость устройства школы для подготовки акушерок, так как благодаря невежеству самоучек-бабок много родильниц и новорожденных детей погибает. Многократные его ходатайства в этом направлении, наконец, спустя два года, были услышаны — Франк получил возможность устроить школу для акушерок и вести их обучение. Он обязал их вести особые дневники, которые дали возможность Франку контролировать работу акушерок и собрать впоследствии ценный статистический материал о характере патологических родов и о выживании младенцев. Через два года Франк переезжает в другой город маркграфства, Бруксаль, где, кроме школы, для акушерок,

учреждает еще хирургическую школу для фельдшеров, которые до того времени вербовались путем индивидуального ученичества у старых фельдшеров.

В 1779 г. в Мангейме вышел из печати первый том «Медицинской полиции», который быстро разошелся и в том же году был вновь переиздан. Обсуждая в этом томе, между прочим, вопрос о плодovitости населения, Франк высказался против обета обязательного целомудрия, налагаемого католической церковью на духовенство, что и вызвало со стороны клерикальных кругов против Франка ожесточенную кампанию, причинившую ему очень много неприятностей. В 1780 г. вышел второй, а в 1783 г. — третий том его работы. Раздосадованный травлей со стороны католических кругов, Франк в 1784 г. переехал в Геттинген, куда он был приглашен профессором на медицинский факультет. В Геттингене Франк одновременно преподавал общую и специальную терапию, физиологию, патологию, «медицинскую полицию» и судебную медицину. Так как при университете клиники не было, то преподавание медицины Франком велось путем посещения в сопровождении студентов бедных больных на их квартирах. Отчасти переутомившись значительным количеством работы, отчасти не освоившись с более суровым климатом северной Германии, Франк уже на исходе первого года пребывания в Геттингене почувствовал себя нездоровым и переехал в Павию (северная Италия), куда его уже давно приглашали. Вступительная лекция Франка была прочитана на тему «положение врача в государстве и его обязанности перед законом».

Спустя год он был назначен директором госпиталя в Павии и заведующим всей медицинской частью Ломбардии, в то время находившейся в австрийских владениях. В 1788 г. Франком выпущен четвертый том его «Медицинской полиции». За время своего пребывания в Ломбардии Франк значительно реформировал медицинское преподавание на факультетах. Он ввел пятый добавочный год обучения к четырем существовавшим ранее, способствовал усилению преподавания патологической анатомии и пытался объединить преподавание хирургии и медицины, бывшее до того времени разрозненным, что ему, впрочем, окончательно не удалось. В 1795 г. Франк принял предложение переехать в Вену профессором медицины и директором общей Венской больницы. В этой больнице, где одновременно находилось до 700 больных, Франку пришлось произвести значительные реформы, начиная с технических мер, как, например, уничтожение конюшен, помещавшихся в первом этаже больницы, кончая устройством и выделением из больничных помещений специальных палат для клинического преподавания, улучшением пищи для больных и проч.

Вызванные Франком реформы требовали значительного увеличения больничного бюджета, что вызвало недовольство со стороны администрации. Призванный к режиму экономии, Франк ответил протестом, указывая, что «самая выгодная экономия в государст-

¹ Острая катаральная лихорадка.

венном хозяйстве — это экономия людьми», что «всякая экономическая система, основанная на причинении какого-либо ущерба гражданам, противоречит своим настоящим целям» и что «поэтому каждый грош, сбереженный на диете больного, пятнается человеческой кровью». В 1801 г. Франк стал широко популяризировать введенную Дженнером вакцинацию против оспы.

Проведенные Франком в Вене реформы госпитального дела возбудили против него много недоброжелателей. В 1804 г. Франк соглашается принять предложение русского правительства занять кафедру клинической медицины в Виленском университете, а через год он оттуда переезжает в Петербург, приглашенный Александром I в качестве директора Медико-хирургической академии и лейб-медика. Академия, основанная в 1799 г. Павлом, по общему признанию современников, нуждалась в значительных преобразованиях и поэтому не удивительно, что для этой цели выбор был остановлен на общепризнанном авторитете Франка. Об академических нравах той эпохи можно составить представление по циркуляру министра внутренних дел, в ведении которого находилась академия. В нем предписывалось, чтобы «профессоры, проходя свой курс, внушали между тем студентам кротость, трезвость, повиновение начальству и другие нравственные добродетели».

4 ноября 1805 г. Франк представил министру план преобразования академии. В своей докладной записке Франк указывает на недостаточное знакомство студентов с латинским, немецким и французским языками, на малое знакомство их с физико-химическими и биологическими дисциплинами, что значительно затрудняет усвоение ими патологии. Министр приказал конференции академии немедленно привести в исполнение все указания Франка. Было введено преподавание латинского и немецкого языка на первом курсе, установлен 5-й год для практических занятий студентов в больницах и с небывалой до того роскошью была учреждена первая в России клиника на 30 коек. 3 февраля 1806 г. на торжественном заседании конференции академии в присутствии Александра I Франк, открывая клинику, произнес речь «О пользе клинической больницы». Три года работал Франк в Петербурге, будучи директором первой русской клиники, осыпанный разными почестями со стороны правительства, с годовым жалованьем в 42 000 руб. Но здесь, как и везде, Франк вскоре вызвал против себя оппозицию, на этот раз в лице другого лейб-медика Александра баронета Вилье, боявшегося за свое влияние и не желавшего иметь возле себя конкурентов. Не успели реформы быть произведены, как по указу Александра дальнейшее проведение их было приостановлено. Климат северной русской столицы также не замедлил обнаружить неблагоприятное влияние на здоровье Франка.

Через три года он вышел в отставку с ежегодной пенсией в 3 тыс. руб. Его богатая библиотека была куплена русским правительством и отослана в подарок незадолго перед этим основан-

ному Казанскому университету. Из Петербурга Франк уехал в Вену, где ему пришлось встретиться с Наполеоном, отклонить несколько раз повторенные последним предложения поступить к нему на службу во Францию. В 1811 г. Франк выпустил 5-й том «Медицинской полиции», а в 1817 г. — 6-й том. Отказавшись в эту пору жизни от преподавательской деятельности, Франк все же не мог отказывать многочисленным больным, искавшим у него врачебного совета. Ясное сознание и свойственное ему чувство юмора не оставляли его до конца жизни. Незадолго до смерти около постели Франка собрался консилиум в составе восьми врачей. Обводя их глазами, он сказал: «Теперь я понимаю того солдата, который, будучи в битве при Ватерлоо прострелен восемью пулями, успел перед смертью сказать: «Черт возьми, сейчас я знаю, сколько нужно пуль, чтобы убить одного гренадера».

Через преподавание Франка прошло свыше 7000 учеников из самых разнообразных стран, среди которых даже находились уроженцы Египта и один лама из Тибета. Как врач-практик, оставивший после себя руководство по внутренней медицине, по которому училось несколько поколений врачей, Франк, не придерживаясь ни одной из борющихся между собою догматических систем, как все великие врачи, был осторожным эклектиком в терапии.

Что же представляет из себя знаменитая «Медицинская полиция» Петра Франка? Это, поистине, не оцененный в должной степени и теперь энциклопедический труд по вопросам социальной гигиены, некоторые части которого носят до сих пор вполне современный характер. Эрудиция Франка изумительна. Владея многими новыми и обоими древними языками, он черпал в сокровищнице медицинской литературы самые разнообразные материалы для иллюстрации вопросов социально-медицинского порядка. Первый том его труда посвящен вопросам улучшения и сохранения физического состояния населения и анализу условий человеческого размножения. Переведя на современный язык, это — анализ проблемы населения как с точки зрения количества его, так и качества.

Сам по себе тот факт, что 150 лет тому назад Франк поставил проблему населения в качестве основной предпосылки решения вопросов социально-медицинского характера, заставляет удивляться и восхищаться силой его социально-гигиенического проникновения в толщу массовой патологии. Ведь до сих пор многие социальные гигиенисты считают для себя возможным, обходя эти проблемы, требующие углубленного длительного анализа, начинать изложение социально-гигиенических проблем с трактовки эмпирических тем, задаваемых непосредственной практической жизнью. Франк — сторонник высокой рождаемости населения при условии, чтобы оно было физически здоровым и крепким. Поэтому он, как было уже упомянуто выше, высказывается против принудительного пожизненного целомудрия, налагаемого церковью на

ее служителей. Он — сторонник брачной жизни для обоих полов при условии, чтобы вступление в брак происходило не раньше 25 лет для мужчин и 18 лет для женщин. Заключение слишком ранних браков, по мнению Франка, ведет к рождению слабых, хилых и быстро гибнущих детей. Франк предлагает обложить налогами холостяков, половая жизнь которых ведет к возможности заражения венерическими болезнями. Он рекомендует установить освидетельствование здоровья вступающих в брак, чтобы избежать появления на свет больного и хилого потомства. Он категорически высказывается против браков эпилептиков, кровных родственников, больных психическими болезнями и лиц, страдающих постоянным недомоганием. Брак туберкулезного он считает равносильным самоубийству. Франк считает необходимой подготовку девушки к обязанностям материнства. Он считает необходимым, чтобы девушки занимались физической культурой, горячо протестует против вредного обычая шнурования груди и считает обязательным для матерей вскармливание грудью своих младенцев. В последних главах первого тома Франк подробно останавливается на гигиене беременности (антенатальная гигиена) и на необходимости устройства особых приютов для беременных.

Второй том является логическим продолжением первого и посвящен преимущественно вопросам охраны раннего детства. Здесь Франк разбирает причины высокой детской смертности, в частности смертности внебрачных детей. Он указывает на вред окунания новорожденных младенцев в холодную воду при крещении и высказывает пожелание, чтобы этот обряд совершался в теплой воде на квартире родителей ребенка. Он считает вредными последствия укачивания в колыбели грудных детей при наполненном молоком желудке, «точно матери намерены это молоко сбить в масло». Он предлагает установить регистрацию зачатий и требовать алименты от отцов. Франк останавливается на колоссальной смертности грудных детей в приютах и рекомендует отдавать покинутых матерями малюток в частный патронаж. Он знает и предостерегает об опасности заражения сифилисом как детей от больных кормилиц, так и обратно — кормилиц от зараженных детей.

В этом же томе Франк указывает на роль проституции в распространении венерических заболеваний, осуждает карательные мероприятия в борьбе с ней, настаивает на необходимости общедоступного бесплатного лечения венериков и на принудительном лечении зараженных венерическими болезнями проституток. Он предлагает установить как обязательную меру медицинское освидетельствование всех солдат, возвращающихся домой с военной службы, чтобы они не становились источниками распространения сифилиса в деревне. Переходя к вопросу о гигиене детей школьного возраста, Франк настаивает на необходимости установления института школьных врачей, определяет гигиенические нормы для школьных зданий и для школьной мебели. Попутно он высказы-

вается за желательность выискивания талантливых детей и за предоставление им за государственный счет дальнейшего образования. Франк подробно разбирает разнообразные методы физической культуры для детей школьного возраста, а также указывает на вредные для здоровья последствия неразумного увлечения отдельными формами спорта.

Третий том охватывает вопросы индивидуальной и социальной гигиены питания, жилища, вопросы гигиены одежды и некоторые вопросы коммунальной гигиены. Подчеркивая в разных местах своего труда необходимость личной гигиены как основной предпосылки для всех последующих мероприятий в этой части, Франк, между прочим, указывает на желательность устройства повсюду общественных бань и купален.

Четвертый том заключает в себе темы, в настоящее время входящие в область гигиены труда, судебной медицины и частью эпизоотологии. Здесь Франком рассматриваются разные формы травматизма и несчастных случаев, классифицируются разные суеверия в медицине и проявление медицинского шарлатанства.

Пятый том по своему содержанию представляет продолжение предыдущего. Франк очень подробно пишет о случаях мнимой смерти и о методике ее распознавания. Далее он дает историческую справку о различных формах погребения и устанавливает санитарные нормы для кладбищ.

Шестой том состоит из двух частей. В первой из них излагаются взгляды Франка на медицину в целом и на значение ее в государственной жизни. Это изумительный по богатству историко-медицинской эрудиции и, пожалуй, единственный во всей медицинской литературе труд. Франк дает здесь место всей исторической полемике, которая происходила по вопросам о значении медицины, о ее слабых сторонах, о ее возможностях, о границах и о пределах врачебного вмешательства. Во второй части Франком излагается исторический очерк преподавания медицины и устанавливаются современные нормы этого преподавания. Этим, собственно, и заканчивается изумительный по богатству содержания и по ясности социально-гигиенического мышления труд Франка, писавшийся около 125 лет тому назад, когда медицинская мысль, скованная метафизикой, имела еще так мало точных наблюдений. Два его дополнительных тома к «Медицинской полиции» составляют сборники по отдельным частным вопросам организации медицинского дела. Все шесть томов с двумя дополнительными написаны живым и ясным языком, лишь изредка страдающим характерными для того времени латинскими длиннотами. Во всех случаях, когда Франк имеет возможность опереться на точные цифры, он умело пользуется статистическим материалом, доступным его времени. Нужно сказать, что некоторые идеи Франка до сих пор не нашли еще достаточного воплощения в медицине. Мысль Франка, одинаково способная как к тонкому анализу, так и к широкому синтезу, неоднократно останавливается на необходи-

мости сравнительного изучения патологии во всем ее биологическом многообразии. Как известно, этот метод превосходно оправдал себя в работах Мечникова, в его сравнительной патологии воспаления. Современный придирчивый критик, разбирая жизненный труд Франка, пожалуй, нашел бы в нем единственный дефект, а именно: недостаточность дескриптивных материалов социально-гигиенического характера при изобилии его нормативных построений. Но такое замечание было бы лишено чувства исторической перспективы.

В заключение можно сказать, что у Франка, как и у всех великих врачей, встречаются одни из лучших страниц, какие можно найти в анналах истории медицины, посвященные вопросам о личности врача, о повышенных требованиях к нему как представителю знания, имеющего своей задачей борьбу с человеческим страданием. Петра Франка называют «отцом социальной гигиены», но матерью социальной гигиены не могла быть среда полицейского государства, в которой судорожно металась жизнь Франка. Чтобы семья Франка упало на плодородную почву, нужно было дождаться того времени, когда интересы физического благосостояния широких масс населения получили для себя реальную базу. Такая база у нас могла появиться только после ликвидации авторитарного строя. Вот почему, быть может, только сейчас имя Франка для нас получает реальный интерес, как одного из опередивших далеко свой век мыслителей социально-гигиенической мысли, безраздельно отданной им служению широкому народному массам. Твердая воля Франка, большая любовь к знанию, его неустанный труд могут служить жизненными образцами каждому профилактику.

БЕРНАРДО РАМАЦЦИНИ («ОТЕЦ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ») ¹ (1633—1714)

В истории профилактического движения имя Бернардо Рамаццини должно быть поставлено рядом с провозвестником идей социальной гигиены Петром Франком. Подобно тому, как Петр Франк систематизировал в одном целом проблемы социальной гигиены, Бернардо Рамаццини принадлежит приоритет составления труда по профессиональной гигиене, который сохранил свое значение и был единственным руководством для врачей в этой области вплоть до 50-х годов XIX в.

Внешняя сторона жизни Рамаццини не блещет таким разнообразием, как жизнь Петра Франка. Родился Рамаццини 5 ноября 1633 г. в маленьком местечке Верхней Италии, Карпи, вблизи Модены, в семье небогатых родителей. В 1652 г. он поступил для изучения философии в Пармский университет. После трех лет занятий философией он стал изучать медицину и в 1659 г. получил

степень доктора медицины. Не ограничиваясь знаниями, полученными им в Парме, он по окончании университета занимался медициной в Риме, у знаменитого в то время профессора Антонио Росси. Почувствовав себя достаточно подготовленным для практической врачебной работы, Рамаццини поселился в небольшом городе Канино, находящемся в Папской области. Вскоре он заболел чрезвычайно тяжелой формой лихорадки, заставившей его бросить практическую должность врача и поселиться в семье родных, в Карпи. Не скоро оправился Рамаццини от изнурительной лихорадки. Не имея сил заниматься врачебной практикой, он отдался изучению классиков медицины. По выздоровлении от малярии Рамаццини вновь занялся врачебной деятельностью. Слухи о его громадных знаниях скоро дошли до Модены и по уговорам друзей и знакомых в 1671 г. он переехал в этот город.

Когда в Модене институт святого Карла был преобразован в университет, Рамаццини был единогласно избран первым профессором медицины. Три года он единолично вел все преподавание медицины, позже ему на помощь был приглашен второй преподаватель. Слава о блестящем преподавании Рамаццини и о его научных трудах скоро распространилась по всей Европе. Не было ни одного выдающегося ученого, который при проезде через Модену не считал бы своим долгом познакомиться с Рамаццини. Венская академия наук избрала его своим членом и преподнесла ему приветственный адрес, в котором Рамаццини назван «третьим Гиппократом». Рамаццини было уже 67 лет, когда в 1700 г. сенат Венецианской республики настойчиво пригласил его заместить кафедру умершего Санторнио, в Падуе. Падуанский университет в то время имел репутацию наилучшей медицинской школы в Европе ¹. Скрепя сердце, Рамаццини уступил настойчивым приглашениям, после того как возражения его о том, что «нельзя старое дерево пересаживать на новую почву», не были приняты во внимание. На торжественном заседании всего Падуанского университета 12 декабря 1700 г. он произнес блестящую речь об успехах за XVII в. и оставался в Падуе до конца своей жизни. В последние годы ее он страдал от увеличивающегося склероза сосудов и плохо уже видел, пораженный старческой катарактой. Во время пути на очередную лекцию 5 ноября 1714 г. в день исполнения ему 81 года с Рамаццини произошло кровоизлияние в мозг, от которого он умер. Его ближайший друг Джованни Моргани, основатель патологической анатомии, вскрыл его тело и подробно описал найденные им патологические изменения в органах умершего в классической работе «De sedibus et causis morborum» ².

Медицинская литературная деятельность Рамаццини была очень разнообразна. Рамаццини был выдающимся профилактиком.

¹ Первым русским доктором медицины был Петр Васильевич Постников, посланный Петром I учиться за границу и получивший диплом в Падуе в 1696 г.

² «О локализациях и причинах болезней».

¹ Статья впервые опубликована в журнале «Врачебное дело», 1928, № 24. — *Ред.*

Он неоднократно повторяет, что предупреждать болезни гораздо осмысленнее, чем лечить их, в равной степени как заранее знать о наступлении бури и во-время укрыться от нее гораздо лучше, чем пострадать из-за нее. Он был горячим противником увлечения фармацевтической терапией так же, как боролся с распространением в его время кровопусканием. Он восставал против злоупотребления хинной корой, которую давали в его время при всех заболеваниях, протекавших с высокой температурой, доказывая, что «при тифе она приносит скорее вред, чем пользу». В своих работах он основательно разрабатывал вопросы о гигиене почвы, воды, воздуха, дал блестящие образчики эпидемиологического исследования, писал о диетике и прочее. Но произведение, обессмертившее имя Рамаццини, — это трактат его «О болезнях ремесленников» — первое по времени системное изложение основ профессиональной гигиены, появившееся в свет в 1700 г. В предисловии к этому труду, охватывающему 40 глав в первом издании и 12 дополнительных во втором, Рамаццини говорит, что он написал «не в угоду разукрашенным дворцам вельмож, а в интересах грязных мастерских» и что «не искание славы положено в его основу, а сознание его общественного значения и внутренний долг автора».

Труд Рамаццини, переполненный различными литературными справками, историческими описаниями и философскими рассуждениями, не поддается реферированию и в последующем будут даны только краткие перечисления основных тем профессиональной гигиены, затронутых им в своей работе.

Горнорабочие. Санитарный быт их Рамаццини рисует в очень мрачных красках. Он спрашивает даже, человечно ли им вообще оказывать медицинскую помощь, которая может только продлить дни их тягостной жизни. Наиболее часто встречающиеся болезни: выпадение зубов, дрожание тела, параличи, кахексия, туберкулез. Особенно скверные условия работы в ртутных рудниках, хотя Рамаццини оговаривается, что часто причину санитарных вредностей нужно искать не в одном, а в целом ряде факторов. Как профилактические мероприятия при работе с вредными химическими веществами Рамаццини рекомендует хорошую вентиляцию, предохранительные повязки на рот и на нос и надежную защиту конечностей.

В профессиональной заболеваемости гончаров Рамаццини подробно описывает технику обработки глины, методику применения свинцовой глазури и симптомы отравления свинцом: бледную окраску лица, дрожание, колики и картину общего истощения. Терапия не достигает цели, и выздоровления можно ожидать только от перемены профессии.

Подобные же расстройства описываются у рабочих, имеющих дело с оловом. Крошечные частицы металлической пыли проникают в дыхательные пути и повреждают их. Примешивающиеся к ним пары серы, ртути и сурьмы вызывают удушливый кашель среди рабочих.

Основные санитарные вредности в стеклянном производстве Рамаццини видит в раздражении слизистой оболочки глаз, частых простудных заболеваниях, в падении веса тела рабочих. Редко кто удерживается в этом производстве в возрасте старше 40 лет. Часто наблюдаются обморочные состояния. Особенно тяжела работа людей, занимающихся амальгамированием стекла и выделкой зеркал. «Эти зеркала отражают нищету рабочих и заставляют их проклинать свое ремесло».

Среди позолотчиков, также имеющих дело с ртутной амальгамой, наблюдается слюнотечение, зловонные язвы в полости рта, частые головокружения, преждевременная инвалидность и ранняя смерть.

Отравления свинцом в разной степени также часто наблюдаются среди маляров. Они подвержены невралгиям, коликам, угнетению психики, меланхолии.

Среди рабочих, занятых обработкой серы, наблюдается часто воспаление слизистых оболочек глаз, осиплость голоса, кашель.

Отравления сернистыми газами встречаются также у кузнецов, проявляющиеся главным образом в слезотечении.

Среди рабочих, имеющих дело с известью и гипсом, наблюдаются запоры, образование известковых отложений в легких, одышка, боли в грудной полости.

Рассматривая профессиональную заболеваемость рабочих по обработке кожи, Рамаццини подробно описывает технические детали этого производства. В то время для обезжирения кожи применяли разложившуюся мочу, которая раздражающе действовала на органы дыхания, вызвала кашель, расстройства кожи и т. д. Рамаццини здесь детально останавливается на необходимости мер ухода за телом, о пользе ванн, о гигиеническом значении возможно более частой смены белья и прочих санитарных навыков.

В одной из следующих глав Рамаццини описывает технику выделки табака и описывает болезни табачников: головные боли, головокружения, рвоту, частые поносы, катары бронхов и легких. Он рекомендует рабочим чаще полоскать рот разведенным уксусом, мыть лицо холодной водой, защищать нос и рот предохранительными повязками.

Специальную главу своего труда Рамаццини посвящает анализу профессиональных вредностей, связанных с сельскохозяйственным трудом. Он отмечает в ней неблагоприятное воздействие постоянных изменений погоды на крестьянина, останавливается на нецелесообразном питании его и упоминает про часто встречающиеся среди крестьян простудные заболевания. Он описывает множественные заболевания среди крестьян куриной слепотой, которая наблюдается чаще всего к концу зимы.

Отдельно описаны им заболевания, наблюдаемые у людей, профессия которых связана с постоянным стоянием на ногах, и у людей, вынужденных характером своего труда вести сидячий образ жизни. У первых встречаются застои кровообращения

в нижних конечностях, быстрая утомляемость, заболевания желудка, кровавая моча. У вторых — малокровие, упорные запоры.

По поводу условий профессионального труда могильщиков Рамаццини говорит, что они тем более заслуживают внимания, что прикрывают землей немало врачебных ошибок. Среди могильщиков Рамаццини никогда не встречал пожилых людей, потому что, когда они разрывают могилы с полуразложившимися трупами, чтобы закопать еще новое тело, они часто подвергаются опасности мгновенной смерти. Они подвержены риску инфекционных заражений, злокачественным лихорадкам и кахексии. Попутно Рамаццини указывает на санитарные преимущества сжигания трупов.

В отдельных главах своего труда Рамаццини описывает характер труда и профессиональной заболеваемости целого ряда профессий, которые можно объединить в одно целое как профессии «пыльные» и связанные с необходимостью вдыхания различных вредных примесей к воздуху. Сюда относятся ассенизаторы (заболевания глаз), аптекари (головные боли), мельники (пыль проникает не только в рот, но в легкие и в желудок), каменотесы (при разрезе легкого ощущается хруст песка).

Точно так же Рамаццини описывает с мельчайшими деталями, с изобилием культурно-исторических примеров и справок болезни, наблюдаемые среди различных групп санитарного персонала: чесотку, кожные болезни, сифилис среди банщиков, отравление парами ртути среди массажистов, втирающих ртутную мазь, расстройство менструаций, экзему, простудные и инфекционные заболевания среди прачек, малокровие среди кормилиц, заражение сифилисом среди акушеров и т. д.

Всюду Рамаццини заканчивает характеристику профессиональной заболеваемости указаниями профилактического характера, постоянным напоминанием важности общих мер личной гигиены и диеты. Особое дополнение к первому изданию «Болезней ремесленников» посвящено анализу заболеваемости лиц, занимающихся умственным трудом, в частности врачей. Монотонный образ жизни, значительный умственный труд влекут за собой болезни пищеварительной системы, нервную раздражительность, вызывают ипохондрию и способствуют развитию угрюмого характера. Результатом непрерывного напряжения глаз часто бывает близорукость. Что касается врачей, то визиты к больным устраняют вредности, связанные с сидячим образом жизни. Своеобразной чертой врачебной профессии Рамаццини считает относительно небольшую заражаемость врачей инфекционными болезнями, что он объясняет умелым пользованием мерами личной профилактики и хорошим настроением их, когда они «с обильным гонораром возвращаются от больных к себе домой».

Во втором издании дается анализ заболеваемости особой профессиональной группы, к которой относятся печатники, писцы, кондитеры, ткачи и ткачихи (легкое наступление аборта), моло-

тобойцы, плотники, точильщики, рабочие на кирпичных заводах, колодезные мастера, матросы, мыловары и т. д.

Труд Рамаццини «О болезнях ремесленников» выдержал в разных странах 25 изданий. Это свидетельствует о том, что в эпоху разложения феодализма и зарождения капитализма труд его оказал ценную услугу пролетариату и дал сильный толчок к дальнейшему продвижению работ по профессиональной гигиене и охране труда. Будучи уже в ореоле славы, Рамаццини однажды принес издателю рукопись небольшой работы с профилактическим содержанием. Издатель отказался ее напечатать, сказав: «Врачи покупают книги по терапии, но не по вопросам профилактики».

Итальянские врачи, чтя память своего великого соотечественника, назвали журнал по профессиональной и социальной гигиене, выходивший во Флоренции, «Ramazzini». Но вряд ли имя Рамаццини известно не только массам нашего пролетариата, но и его санитарным работникам. Мраморный бюст, оставшийся в память о нем в городке, где Рамаццини родился, является одним из символов того единения труда и науки, который стал лозунгом нашего времени. Пролетариат умеет оценивать заслуги тех, кто помогал ему вырваться из рабства подневольного труда, и когда он станет хозяином жизни, то найдет способ более достойно увековечить память великого профилактика, способствовавшего тому, чтобы мрачные мастерские были перестроены в светлые и просторные залы, в которых куется новый дух жизни и новая воля.

ВКЛАД РУССКИХ УЧЕНЫХ В ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДОЛГОЛЕТИЯ¹

Мечта о продлении жизни человека возникла еще на заре человеческого общества. Осуществить эту мечту пытались путем поисков легендарного «источника молодости» и «эликсира жизни». В эпоху Возрождения эту задачу разрешали путем разработки гигиенического режима. В области подхода к научному разрешению вопроса многое сделано русскими учеными.

Инициатива трактовки вопроса о долговечности и факторах, содействующих ее достижению, освобожденная от метафизических фантазий и основанная на реалистическом изучении объективных фактов, принадлежит выдающемуся русскому врачу и государственному деятелю второй половины XVIII в. начальнику медицинского управления в России Иоанну Фишеру (1685—1772)². В 1754 г. он опубликовал на латинском языке (по обычаю того времени) книгу «De senio ejusque gradibus et morbis» («О старости,

¹ Впервые опубликовано в журнале «Врачебное дело», 1951, № 2. — *Ред.*

² Иоанн Фишер, лейб-медик Анны Иоановны, был четвертый по счету архиастр — начальник всей медицинской части в России. Ему принадлежат громадные заслуги значительного улучшения больничного дела, расширения базы и улучшения преподавания в медицинских школах, введения должности городских врачей.

ее степенях и болезнях»). Фишер впервые поставил задачу выяснения вопроса, какие особенности телосложения обеспечивают человеку долговечное существование, как влияют на долголетие факторы психического порядка. Он резко разграничивал влияние внешних факторов и конституциональных в процессе достижения долговечности. Уже от зоркой наблюдательности Гипократа не укрылось то обстоятельство, что особенности телосложения не остаются без влияния на долговечность. Ему принадлежит утверждение, что «худощавые более долговечны, чем люди тучного телосложения». С целью выяснения значения конституциональных факторов в достижении долговечности Фишер лично предпринял вскрытие двух умерших в очень пожилом возрасте и убедился в отсутствии патологических изменений в легочной ткани и в сердце. Придавая определенное значение в процессе достижения долголетия факторам конституционального порядка, Фишер со скромностью, свойственной подлинному ученому, сознается в том, что на современном уровне знаний сущность благоприятных для достижения долговечности факторов остается неизвестной.

Вместе с тем он, в противоположность многим теперешним буржуазным ученым, считающим, что конституция является фатальным фактором в процессе достижения долговечности, утверждает, что умелое вмешательство медико-гигиенических мероприятий может замедлить и отсрочить наступление старости.

Особенно большое значение среди факторов, способствующих долговечности, Фишер придавал состоянию нервной системы. Отсутствие душевного спокойствия (*animi tranquillitas*), по словам Фишера, гораздо больше способствует укорачиванию жизни, чем наличие всех благоприятных для нее факторов — ее удлинению.

Работа Фишера, написанная на латинском языке, осталась мало известной широким кругам общественности. Казалось бы, что современные отечественные авторы, выпускающие монографии о старости, должны были внимательнее отнестись к талантливому произведению отечественного исследователя, которое, по словам врача Алелекова, автора диссертации «Старость (клиническое исследование в области нервной системы и психофизиологии)» (1892), заслуживает исключительного внимания по вполне научной для своего времени разработке предмета и резко выделяется из всех работ, написанных на эту тему в течение XVII и XVIII вв.

Научные заслуги нашего соотечественника остались в тени, вся слава, все лавры научного и литературного успеха в освещении проблемы долговечности достались прусскому профессору Гуфеланду, автору «Макробиотики». Своей книге «Макробиотика» Гуфеланд обеспечил самое широкое распространение в Европе, издавалась она несколько раз и в России. По существу же говоря, в книге Гуфеланда нет никаких новых идей по сравнению с трудом Фишера.

XIX в. если и не разрешил проблемы долголетия, то указал на новые, подлинно научные пути в ее постановке. Крупнейшим вкла-

дом в изучение морфологии и клиники процессов старения является массовое изучение престарелых людей, предпринятое в Петербурге в апреле 1888 г. по инициативе знаменитого С. П. Боткина. Совершенно непростительно, что об этом крупнейшем начинании умалчивают авторы отечественных работ по вопросам старости, появившихся в последние годы (З. Г. Френкель, А. В. Нагорный, М. С. Мильман), в результате чего искажается подлинное значение и приоритет русских ученых и историческая заслуга самого крупного русского клинициста С. П. Боткина в деле изучения проблемы старения.

В апреле 1888 г. С. П. Боткин, состоя председателем думской санитарной комиссии в Петербурге, обратил внимание на неудовлетворительное санитарное состояние городских приютов, в которых призревались старики. Он организовал обследование около 2 тыс. стариков с целью выяснения состояния их здоровья и патогенеза обнаруженных у них нарушений. Боткин выработал программу обследования и привлек для ее выполнения специально приглашенный врачебный персонал. К сожалению, преждевременная смерть Боткина в декабре того же года помешала ему принять участие в разработке собранных по его инициативе материалов, которые были сведены в несколько диссертационных работ.

Вот что говорит по поводу этого обследования личный друг и лучший биограф С. П. Боткина доктор Белоголовый в своих воспоминаниях: «Предпринимая это исследование, Боткин наметил себе уже некоторые из сторон его, которые имел в виду разработать и выяснить при его помощи. Так, с этой целью он обратил особое внимание на изучение у призреваемых старческой одышки и подвижности сердца. Но инициатор работы умер, а с ним погибла и разработка этих вопросов. В результате обследования получился почтенный труд, богатый цифровым и старательно подобранным материалом, но материалу этому долго суждено оставаться в сыром виде, потому что для его окончательной обработки и извлечения из него необходимых выводов нужен был сам Боткин с его наблюдательностью, с его широким обобщающим умом, с огромными знаниями... Так эта предсмертная работа Боткина и остается недопетой лебединой песней нашего ученого...».

Боткин проводил резкое различие между «физиологической старостью» — естественным завершением нормального цикла жизни — и «патологической старостью» — нагромождением патологических признаков в результате перенесенных болезней.

Хотя методы клинического исследования, примененные Боткиным, значительно менее совершенны, чем современные, все же собранная им симптоматология здоровой и патологической старости представляет определенный научный интерес. Беспристрастный исследователь отечественной истории медицины должен с чувством естественного удовлетворения отметить, что приоритет в деле массового изучения состояния здоровья долговечных принадлежит нашему знаменитому клиницисту С. П. Боткину и что первая про-

грамма изучения долговечности составлена под его редакцией.

И до С. П. Боткина предпринимались попытки изучения старения, но они были направлены на исследование отдельных органов и систем, оставляя в стороне организм как целое и внешнюю среду. Так, французский физиолог Броун-Секар в 1869 г. выдвинул положение о роли секрета половых желез в сохранении здоровья. По мнению Броун-Секара, немощность стариков обуславливается исчезновением, вследствие атрофии яичек, стимулирующих веществ, которые вырабатываются в половых железах и, поступая непрерывно в кровяной ток в юношеском и зрелом возрасте, служат источником определенной энергии. Идея Броун-Секара была подхвачена Штейнахом, который, изучая с 1909 г. физиологию половых железы (яичка), пришел к выводу, что этой железе присущи две функции: выделение семенной жидкости и выработка особого гормона, обладающего возбуждающими и регенеративными свойствами. В целях «омоложения» организма Штейнах решил пожертвовать одной функцией семенной железы путем перевязки семенного канатика, чтобы усилить вторую.

Врачи С. и Г. Вороновы пошли иным путем в области эндокринологического эксперимента и стали производить мужчинам с явлениями старческого увядания трансплантацию половых желез человекообразных обезьян. По поводу всех этих опытов, результаты которых разноречивы, можно сказать, что научная медицинская мысль не может рассматривать проблему омоложения и длительного сохранения здоровья и бодрости исключительно под сексологическим углом зрения. Как бы ни была велика роль одного гормона в химии обмена веществ, она ни в коем случае не может претендовать на значение исключительной или доминирующей. Поэтому современная эндокринология изучает гормоны различных желез в их взаимодействии.

Заключительный, еще не заверченный период в изучении вопроса о долговечности связан с именами крупнейших отечественных ученых И. И. Мечникова, И. П. Павлова, А. А. Богомольца.

И. И. Мечников вывел проблему изучения старости из медико-гигиенической плоскости, в которой она неизменно рассматривалась в течение всей истории медицины, в категорию широкого биологического исследования с участием эволюционного учения о новой отрасли медицинского знания — микробиологии. И. И. Мечников приступил к трактовке этой проблемы во всеоружии громадной эрудиции в области биологии и истории философии.

Громадной исторической заслугой И. И. Мечникова является то, что он вступил в борьбу с упадочной буржуазной философией XIX в., господствовавшей в его время, и имел мужество создать систему оптимистического мировоззрения, в котором здоровая, цветущая и производительная старость нашла себе оправдание и место в социальной жизни.

В интересах установления истины ни в коем случае нельзя согласиться с А. В. Нагорным, который в своей монографии «Ста-

рение и продление жизни» упрекает И. И. Мечникова в том, что он рассматривает явления старости исключительно под биологическим углом зрения и отрицает значение социальных факторов в ее патогенезе. Резко подчеркнутые указания И. И. Мечникова на то, что современная ему буржуазная наука почти не уделяет никакого внимания изучению старения и что современные ему социальные факторы не позволяют осуществиться идеям ортобиоза, предложенного им как принцип нормального гигиенического существования, обеспечивающего длительную здоровую жизнь, опровергают мнение Нагорного.

И. И. Мечников создал гипотезу, по которой причина ускорения процессов старения заключается в интоксикации всего организма продуктами гнилостного брожения, развивающегося в толстых кишках человека. С медико-исторической точки зрения его гипотезу приходится рассматривать как попытку дать научное оправдание и объяснение если не главной, то значительной роли функции нормального пищеварения в процессе достижения долголетия. Значение определяющей роли правильного пищеварения проходит красной нитью через всю историю вопроса о долговечности, и поэтому совершенно естественно, что И. И. Мечников остановился на этой теме и осветил ее с совершенно новой точки зрения, с позиции недавно возникшего бактериологического знания.

Но критики И. И. Мечникова правы в том отношении, что если этот фактор и имеет определенное значение в процессе старения, то им далеко не ограничивается весь механизм патогенеза старости. Наряду с важной ролью ускорения старения организма аутоинтоксикации продуктами разложения кишечного содержимого И. И. Мечников отметил большое значение в патогенезе старости атрофии эпителиальных элементов ткани и замены их биологически менее ценными, с его точки зрения, элементами соединительной ткани. Это утверждение встретило резкое возражение со стороны последующего исследователя проблемы долговечности, выдающегося советского ученого А. А. Богомольца.

В противовес идеям И. И. Мечникова Богомолец указал на громадное значение в жизнедеятельности организма элементов соединительной ткани, обособленных им в физиологическую систему соединительной ткани, здоровое состояние которой определяет физиологическую активность организма, сопротивляемость вредным влияниям и обеспечивает организму длительное существование.

Исходя из принципов, намеченных уже И. И. Мечниковым, А. А. Богомолец разработал учение об антиретиккулярной цитотоксической сыворотке (АЦС) и ввел ее в широкую медицинскую практику в целях активирования биологического тонуса организма. Опыты с этой сывороткой и наблюдения над ее физиологическим действием в настоящее время еще не закончены; они дают определенную перспективу для дальнейшего изучения проблемы борьбы с преждевременной старостью.

Советскими учеными за последнее время развернута большая

работа по изучению процессов старения. Эта работа выразилась, с одной стороны, в организации различных экспедиций в отдаленные края нашей Родины для выявления долговечных лиц и их изучения, в организации специальной первой в мире Всесоюзной конференции по изучению старости, состоявшейся в 1938 г. в Киеве, и в учреждении специальных отделов, кафедр и лабораторий, изучающих вопросы старения. В частности, очень интересная работа проводится в Институте экспериментальной биологии и патологии имени акад. А. А. Богомольца специально созданной бригадой для изучения старости.

В настоящее время наряду с теоретическим изучением проблемы старения идет изучение всех вопросов, связанных с разработкой этой проблемы в клиническом аспекте. Оно возглавляется акад. Н. Д. Стражеско и проводится в руководимом им Институте клинической медицины. В процессе этого изучения накоплен разнообразный и значительный материал по патофизиологии процессов старения.

Есть все основания ожидать новых достижений, так как в этих исследованиях на пути научного раскрытия закономерностей развития человеческого организма основной вехой стоит великое наследие И. П. Павлова, его учение о роли центральной нервной системы в процессах жизнедеятельности.

Нет сомнений, что широкий размах ведущихся в этом направлении исследований позволит ученым нашей Родины добиться еще больших успехов в деле изучения старения и профилактики патологической старости.

БИБЛИОГРАФИЯ ОСНОВНЫХ РАБОТ С. А. ТОМИЛИНА

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА

- Вопросы сельской гигиены на Первом международном конгрессе по сельской демографии в Брюсселе. Екатеринослав, изд. губернского земства, 1911.
- О санитарном состоянии сельских жилищ и мерах к улучшению жилищных условий. — В кн.: Труды XI губернского съезда земских врачей и представителей земских учреждений Екатеринославской губернии 20—29 марта 1914 г., т. IV. Екатеринослав, 1914.
- Сборник руководящих законоположений, приказов и указаний по вопросам военно-санитарного дела, изд. штаба 7-й армии, 1917.
- Фрагменты по философии медицины. — «Вісник Міністерства народного здоров'я», 1918, № 1.
- Учение об органическом капитале как основа медицинского мировоззрения. Киев, изд. Наркомздрава УССР, 1919.
- Биологические элементы в социальной гигиене. — «Профилактическая медицина», 1922, № 2—3.
- Социальная патология и клиническая медицина. — «Профилактическая медицина», 1922, № 4—5.
- Идея социалистического обоснования санитарной идеологии. Культурно-социальные основы профилактики. — «Профилактическая медицина», 1923, № 1—2.
- Очерки по сельской гигиене. — «Профилактическая медицина», 1923, № 7—8.
- Материалы о социально-гигиеническом состоянии украинской деревни. Харьков, изд. ЦСУ УССР и Наркомздрава УССР, 1924.
- Основные вопросы социальной гигиены. — «Профилактическая медицина», 1924, № 5—6.
- Материалы по заболеваемости населения Украины. Вып. I. Приложение к журналу «Профилактическая медицина», 1924, № 11—12.
- L'hygiène publique dans la population rural de l'Ukraine. Genève, Société des nations, 1925 (с. н. 279).
- La statistique de morbidité. Son organisation dans L'Union Sovétique et ses effets principaux (изд. Лиги наций, выходные данные неизвестны).
- Рак как социальное заболевание. — «Профилактическая медицина», 1925, № 9—10.
- Социальная гигиена и место ее в системе медицинского знания. — «Профилактическая медицина», 1925, № 9—10.
- Проблема наследственности в свете социальной гигиены. — «Профилактическая медицина», 1925, № 12.
- Проблема пола. Харьков, «Научная мысль», 1926.
- Естественный отбор, обмен поколений и классов в оценке социальной гигиены. — «Профилактическая медицина», 1926, № 1.
- Производительность народного труда и профилактические задачи. — «Профилактическая медицина», 1926, № 9.
- Профилактика и экономика. — «Ленинградский медицинский журнал», 1926, № 9.
- Режим економії і народне здоров'я. — «Шлях до здоров'я», 1926, № 10.
- Спроба санітарного опису України. Харків, Вид. ЦСУ УСРР, 1928.
- Венерические болезни в окружных городах Украины в 1927 г. Опыт социально-гигиенического анализа городского венеризма. Харьков, изд. ЦСУ УСРР, 1928.
- Венеричні хвороби на Україні по округових містах України в 1927 р. Спроба соціально-гігієнічного аналізу міського венеризму. Харків, Вид. ЦСУ УСРР, 1928.
- Основные итоги статистического изучения степени санитарной грамотности украинского крестьянства. — «Профилактическая медицина», 1928, № 1.
- К вопросу об «естественном отборе» и «обмене классов» (по поводу статьи М. Ландиса «Существует ли естественный отбор поколений и классов или о био-

социологических теориях проф. Томилина». Соц. гигиена, 1928, № 1. — «Профилактическая медицина», 1928, № 11.
 Аборты на Україні. (Основні показники поширення і методика вивчення абортів). Харків, Держстатвидав УСРР, 1930.
 Социально-гигиеническая оценка детской смертности. По материалам международной и украинской статистики. Харьков, «Научная мысль», 1930.
 Социально-медицинская профилактика. Харьков, Госмедиздат УССР, 1931.
 Соціальна гігієна (лекції 1—8). Лекція 1 — Соціальна гігієна. Лекція 2 — Основний метод соціальної гігієни — санітарна статистика. Лекція 3 — Основи демографії. Лекція 4 — Соціальна гігієна праці. Лекція 5 — Соціальна гігієна харчування.
 Лекція 7—8 — Соціальна патологія туберкульозу. Курс лекцій виданий заочним стоматологічним інститутом Всеукраїнського інституту заочної медичної освіти НКОЗ УСРР, Харків, 1932—1933 (в співавторстві з А. М. Мерковим).
 О методике измерения уровня социального здоровья населения. — «Советская врачебная газета», 1935, № 18.
 Лікарняна статистика в УРСР. — В кн.: Збірник з питань санітарної статистики. Праці інституту демографії АН УРСР, т. XII, Київ, 1937.
 Спроба санітарно-демографічного вивчення довгочасних осіб в Абхазії. — «Медичний журнал», Видавництво АН УРСР, Київ, 1938, т. VIII, вип. I.
 Статистика долговечности. — В кн.: Старость. (Труды конференции по проблеме генеза старости и профилактики преждевременного старения организма, 17—19 декабря 1938 года), Киев, изд. АН УССР, 1940.
 Сучасні завдання вивчення загальної захворюваності населення в УРСР. — «Радянська медицина», 1940, № 3.

ДЕМОГРАФИЯ

Динамика естественного движения населения Александровского уезда за 1908—1912 гг., изд. Александровского земства, 1913.
 К предстоящей выборочной санитарно-демографической переписи. — «Профилактическая медицина», 1923, № 1—2.
 Проблема рождаемости с точки зрения учения об органическом капитале. — «Профилактическая медицина», 1923, № 7—8.
 Об установлении сельских районов демографического изучения (демографическая смычка с селом). — «Профилактическая медицина», 1925, № 8.
 Народнохозяйственная ценность человеческой жизни. — «Профилактическая медицина», 1925, № 8.
 Социально-гигиеническая оценка проблемы рождаемости. — «Профилактическая медицина», 1925, № 11.
 Проблема народонаселения (формулировка основных законов размножения населения). — «Врачебное дело», 1927, № 23—24.
 Экономика населения — ее социально-гигиеническое и народнохозяйственное значение. — «Профилактическая медицина», 1929, № 1.
 К вопросу о плодovitости крестьянки и влиянии ее на детскую смертность. — «Журнал по изучению раннего детского возраста», 1929, № 9.
 Основные демографические показатели Украины за последние годы в их сопоставлении с показателями довоенного времени. — «Профилактическая медицина», 1929, № 12.
 Деякі дані про дитячу смертність в УСРР. — «Охматит і ОЗДП»¹, 1930, № 1.
 Характеристика смертности на Украине и необходимые пути ее снижения. — «Врачебное дело», 1933, № 8.
 Детская смертность среди текстильщиков г. Серпухова. — «На фронте здравоохранения», 1934, № 5 (в соавторстве с А. И. Мордовцевым).

¹ Охрана материнства и детства и охрана здоровья детей и подростков.

ДРУГИЕ РАБОТЫ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Отчет о санитарном состоянии Александровского уезда за 1908 год (без выходных данных).
 Организация медицинской помощи и санитарного надзора в городах Екатеринославской губернии. — В кн.: Труды X губернского съезда земских врачей Екатеринославской губернии, т. II. Екатеринослав, 1910.
 Отчет о санитарном состоянии Александровского уезда с обзором движения населения и заразной заболеваемости за 1910 г., изд. Александровского земства. То же, за 1911 г.
 Отчет о санитарном состоянии Александровского уезда Екатеринославской губернии за 1912 г. С приложением протоколов заседаний врачебно-санитарного совета. Александровск, 1914.
 Постановка гигиенического образования в Западной Европе. — «Санитария и гигиена», 1911.
 К вопросу о качественном улучшении земской медицинской помощи. «Врачебная газета», 1912, № 45.
 Санитарное состояние городов Екатеринославской губернии. — В кн.: Труды губернского съезда врачей Екатеринославской губернии, 1912.
 Чергові завдання санітарної статистики. Тези доповіді на IV Всеукраїнському з'їзді охорони здоров'я. — «Вісник Народного Комісаріату охорони здоров'я», 1925, № 1—2.
 Привітання тов. С. А. Томіліна. Від Народного Комісаріату здоров'я. Всеукраїнська статистична конференція 1—6 листопада 1926 р. — «Радянський статистик», 6 листопада 1926 р., № 45(93), стор. 3.
 Краткий отчет о деятельности Народного комиссариата здравоохранения Украины за 1924—25 бюд. г. — «Профилактическая медицина», 1926, № 2.
 О необходимости реформы медицинского образования. — «Профилактическая медицина», 1926, № 4.
 Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан України за 1925—26 рік. Харків, Видання бюро медично-санітарної статистики НКОЗ., 1927.
 Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан Республіки за 1926—27 рік. Харків, «Наукова думка» НКОЗ УСРР, 1928.
 Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я і про епідемічний стан України за 1927—28 рік. Харків, «Наукова думка» НКОЗ УСРР, 1929.
 О положении санитарно-статистического дела на Украине. — В кн.: Труды XI Всесоюзного съезда бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей, 1929.
 Завдання лікарняної статистики в справі охорони здоров'я. — «Вісті Української Академії Наук», 1935, № 8—10.
 Сестра соціальної допомоги, її роль в профілактичній організації і готування до роботи. — «Профілактична медицина», 1930, № 6—7.

ГИГИЕНА ПИТАНИЯ

Стерилизация молока в деле искусственного вскармливания, ее польза и вред. 1901 (без выходных данных).
 Условия вскармливания грудных детей в крестьянских семьях на Украине. — «Профилактическая медицина», 1924, № 1—2.
 Распространение самогона среди сельского населения Украины. — «Профилактическая медицина», 1924, № 11—12.
 Сучасна метода вивчати харчування людності і засоби дальшого її поліпшення. — «Проблеми харчування», 1932, № 1.
 Про характеристики масового харчування української людності за 15 років Радянської влади. — «Проблеми харчування», 1932, № 7.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

К вопросу о дезинфекции при холере. — В кн.: Труды губернского санитарного совещания по вопросам борьбы с холерой при Екатеринославской губернской земской управе 31 марта — 3 апреля 1908 г. Екатеринослав, изд. Екатеринославской губернской земской управы. Санитарное отделение. Типография губернского земства, 1908.

Роль земского врача в профилактике и борьбе с эпидемиями. Екатеринослав, изд. губернского земства, 1910.

Инфекционная заболеваемость населения Александровского уезда за 1908—1912 гг., изд. Александровского земства, 1913.

Сельские жилища в России как один из факторов распространения туберкулеза. — «Вестник общественной борьбы с туберкулезом», 1914, № 1.

Эпидемиологический анализ брюшнотифозных эпидемий в Александровском уезде за 1901—1910 гг. — В кн.: Санитарная хроника Екатеринославского губернского земства (без выходных данных).

Некоторые данные анализа статистических материалов по активному туберкулезу за первый квартал 1939 г. — В кн.: Сборник инструктивно-методических материалов. Киев, изд. Центр. Укр. науч.-исследоват. туберкул. ин-та, 1940.

Влияние метеорологических факторов на динамику гриппозных заболеваний. — В кн.: Грипп и острые катары верхних дыхательных путей. Киев, Госмедиздат УССР, 1955 (в соавторстве с Е. Н. Пясецкой).

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Исторический очерк чумных эпидемий в России. — В кн.: Труды областного противочумного совещания. Екатеринослав, 1911.

Петр Франк («Отец социальной гигиены» и основатель первой клиники в России) (1745—1821). — «Врачебное дело», 1928, № 11.

Бернардо Рамазини («Отец профессиональной гигиены») (1633—1714). — «Врачебное дело», 1928, № 24.

Очерки по истории терапии. — «Врачебное дело», 1929, № 12.

История кровопусканий в медицине. — «Врачебное дело», 1929, № 15.

Жан Поль Марат, как врач и естествоиспытатель (1743—1793). — «Врачебное дело», 1929, № 18.

Проблемы медицинского познания и врачебного действия. Общая характеристика медицинских систем и анализ анатомического мышления в медицине. — «Врачебное дело», 1929, № 23.

Первая медицинская школа в России. — «Врачебное дело», 1930, № 7.

Гипократ. — «Шлях до здоров'я», 1936, № 2.

Авиценна (980—1037). (К девятьсотлетию со дня его смерти). — «Советский врачебный журнал», 1939, № 15.

Исторический обзор терапии туберкулеза от Гипократа до Лаэннека. — В кн.: Научные материалы (оригинальные исследования, доклады, авторефераты диссертаций). Киев, изд. Центр. Укр. науч.-исследоват. туберкул. ин-та, 1941.

Гениальный хирург и великий гражданин Н. П. Пирогов. — «Врачебное дело», 1941, № 1.

К вопросу о номенклатуре лекарств. (По поводу статьи проф. А. Ф. Каковского). — «Фармация», 1946, № 1.

Знаменитый русский естествоиспытатель Н. И. Лепехин (1740—1802). — «Врачебное дело», 1949, № 6.

Вклад русских ученых в изучение проблемы долголетия. — «Врачебное дело», 1951, № 2.

ФИТОТЕРАПИЯ И НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА

«О народной медицине». — «Медицинский работник», 21 сентября 1940 г., № 85(300), с. 3.

Народная медицина при туберкулезе. — В кн.: Научные материалы (оригиналь-

ные исследования, доклады, авторефераты диссертаций). Киев, изд. Центр. Укр. науч.-исследоват. туберкул. ин-та, 1941.

Практическое пособие по сбору важнейших дикорастущих лекарственных растений Украины (составл. по Борзиловскому, Землинскому, Российскому и др. авторам). Под редакцией профессоров Н. П. Вашетко, С. А. Томилина, М. В. Чернышова и доц. Д. Н. Стражеско. Киев, 1942.

Забываемые медикаменты (боярышник, омела). — «Врачебное дело», 1945, № 11—12. Фитотерапия на сельском врачебном участке. (В помощь сельскому участковому врачу). Киев, Госмедиздат УССР, 1945.

Забываемые медикаменты. II. Мелисса, арника, чистотел. — «Врачебное дело», 1946, № 10.

Фитотерапия и народная медицина. — «Фельдшер и акушерка», 1941, № 4.

Очередные задачи научно-клинического изучения лекарственных растений. — «Врачебное дело», 1949, № 9.

О терапевтическом использовании лекарственных растений отечественной флоры для лечения гипертонической болезни. — «Врачебное дело», 1949, № 11.

Лекарственные растения отечественной флоры, применяемые в народной медицине при болезнях печени и желчного пузыря. — «Врачебное дело», 1951, № 7.

Лекарственные травы. — «Литературная газета», 28 февраля 1952 г., 26(2899).

Боярышник как лечебное средство. — «Медицинский работник», 8 июня 1952 г.

Краткие сведения о терапевтических свойствах рудбекии пурпуровой. — «Врачебное дело», 1952, № 9.

Лікарські рослини в терапевтичній практиці. Київ, Держмедвидав УРСР, 1959.

ЛИТЕРАТУРА О С. А. ТОМИЛИНЕ

Томилин Сергей Аркадьевич (1877—1952). Большая медицинская энциклопедия, изд. второе, т. 32.

Памяти С. А. Томилина. — «Врачебное дело», 1952, № 9.

Памяти С. А. Томилина. — «Медицинский работник», 19 августа 1952.

П. Т. Петров. «С. А. Томилин — выдающийся санитарный врач и социальный гигиенист». — В кн.: Материалы научной конференции санитарно-гигиенического факультета, посвященной 40-летию Великой Октябрьской социалистической революции. Харьков, изд. Госуд. мед. ин-та, 1958.

П. Т. Петров. «С. А. Томилин — выдающийся гигиенист и историк медицины». — «Врачебное дело», 1958, № 11.

Томилин Сергей Аркадьевич (1877—1952). — Справочник о руководящих кадрах ЦСУ и статистических управлений союзных республик, научных и известных практических работников советской статистики (1818—1959). М., изд. ЦСУ СССР, 1959.

П. Т. Петров. «С. А. Томилин (к 10-летию со дня смерти)». — «Советское здравоохранение», 1963, № 7.

Томили́н Сергі́й Аркаді́йович (19/X 1877 — 19/X 1952). — «Українська Радянська Енциклопедія», т. 14, Київ, 1963.

СОДЕРЖАНИЕ

О жизни и научной деятельности С. А. Томилина (краткий очерк) . . .	5
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ	21
Социальная гигиена и место ее в системе медицинского знания . . .	21
Основные вопросы социальной гигиены	31
Социальная патология и клиническая медицина (сравнительная характеристика)	47
Биологические элементы в социальной гигиене	53
Социально-медицинская профилактика (теоретическое обоснование и практическая постановка)	60
Предисловие	60
Существо и задачи профилактики	62
Профилактический персонал	71
Организационные центры профилактики	75
Аntenатальная профилактика и профилактика детской смертности	78
Профилактика детства и юношества	83
Профилактика материнства	87
Профилактика острых инфекционных заболеваний	94
Профилактика нервно-психических заболеваний	98
Профилактика старости	106
Профилактика дегенераций	113
Заключение	118
Естественный отбор, обмен поколений и классов в оценке социальной гигиены	120
2. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕМОГРАФИИ И СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ	130
Народнохозяйственная ценность человеческой жизни	130
Производительность народного труда и профилактические задачи	135
Профилактика и экономика	136
Экономика населения — ее социально-гигиеническое и народнохозяйственное значение	146
3. ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	159
Отношения между полами, брак и семья	159
Эволюция половых отношений	159
Проституция	162
Брак	166
Будущее брака	169
Половое воспитание	170
Проблема народонаселения	172
Проблема рождаемости	180
Социально-гигиеническая оценка проблемы рождаемости	186
Аборт в связи с генеративной функцией женщины	195
Аборт и превентивные средства	195

Повторность аборта	196
Распределение абортировавших по числу живых детей	206
Выкидыши и мертворождаемость среди абортировавших	209
Общий генеративный эффект у абортировавших	212
К вопросу о плодovitости крестьянки и влиянии ее на детскую смертность	218
4. ИССЛЕДОВАНИЕ СМЕРТНОСТИ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ДОЛГОЛЕТИЯ	221
К социально-гигиенической оценке детской смертности на Украине	221
Биологические факторы детской смертности	226
Бытовые и социальные факторы детской смертности	229
Борьба с детской смертностью в прошлом и настоящем	236
Об установлении сельских районов демографического изучения	240
Основные итоги статистического изучения степени санитарной грамотности украинского крестьянства	242
Статистика долговечности	244
Попытка санитарно-демографического изучения долгожителей в Абхазии	252
5. ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	260
Об изучении общей заболеваемости населения СССР	260
О методике измерения уровня социального здоровья населения	267
Проблемы медицинского познания и врачебного действия	273
О необходимости реформы медицинского образования	279
6. ИСТОРИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ	286
Петр Франк («отец социальной гигиены» и основатель первой клиники в России) (1745—1821)	286
Бернардо Рамаццини («отец профессиональной гигиены») (1633—1714)	294
Вклад русских ученых в изучение проблемы долголетия	299
Библиография основных работ С. А. Томилина	305

Сергей Аркадьевич Томилин

**ДЕМОГРАФИЯ
И СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА**

Редактор *Л. Л. Щербакова*

Техн. редактор *Р. Н. Феоктистова*

Корректор *Н. С. Хорошилова*

Худ. редактор *Т. В. Стихно*

Переплет художника *Л. С. Эрмана*

Сергей Аркадьевич Томилин

Сдано в набор 4/X 1972 г. Подписано
к печати 31/I 1973 г. Формат бумаги
60×90/16. Бумага № 1. Объем
19,5 печ. л. + 1 вкл. Уч.-изд. л. 22,38.
Тираж 2700 экз. А 05072 (Тематич.
план 1972 г. № 32).

Издательство «Статистика», Москва,
ул. Кирова, 39.

Великолукская городская типография
управления издательств, полиграфии
и книжной торговли Псковского обл-
исполкома, г. Великие Луки, Полов-
ская, 13

Заказ № 2180. Цена 1 р. 62 к.