

Ю. А. ДОБРОВОЛЬСКИЙ,
заслуженный деятель науки, профессор,
доктор медицинских наук

ДВА МИРА — ДВЕ МЕДИЦИНЫ

(Здоровье людей XX века)

Из книг научно-популярной серии

«Факультет здоровья»

Издается с 1962 года

Издательство «ЗНАНИЕ»
Москва 1969

ПРЕДСТАВЛЯЕМ АВТОРА

ЮРИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ДОБРОВОЛЬСКИЙ, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки — один из крупных советских специалистов в области социальной гигиены и организации здравоохранения. Он родился в 1903 г. В 1926 г. окончил Киевский медицинский институт. Член КПСС с 1927 г. Участник Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.

В течение 10 лет Юрий Александрович заведовал кафедрой организации здравоохранения и истории медицины в Ашхабадском медицинском институте.

Его перу принадлежит более 100 научных трудов, в том числе несколько монографий.

Специалистам хорошо известны такие его работы, как монография «Очерки санитарного состояния населения капиталистических стран», крупное исследование «Здоровье населения мира в XX веке» и др.

В настоящее время Юрий Александрович много и успешно трудится над разработкой социально-гигиенических проблем здоровья населения, вопросов демографии. Он возглавляет кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения Ленинградского государственного университета, ордена Ленина института усовершенствования врачей им. С. М. Кирова.

Академик АМН СССР,
профессор

Н. Н. Горев

Вступление

Двадцатый век с полным основанием называют периодом исторической смены общественного строя, основанного на принципах социальной несправедливости и преждевременной гибели миллионов людей, новым строем, который несет народам счастливую жизнь, здоровье и долголетие. *Социализм с каждым годом все нагляднее показывает свое превосходство над капитализмом не только в темпах роста материального производства, в развитии науки и техники, культуры, но и в борьбе за снижение заболеваемости и смертности, за продление человеческой жизни.*

Основоположники научного коммунизма К. Маркс и Ф. Энгельс убедительно показали, что болезни трудящихся при капитализме являются неизбежным следствием капиталистического способа производства. Это полностью подтверждается и в наши дни. И сегодня состояние здоровья трудящихся капиталистических стран неразрывно связано с социальными условиями частнособственнического уклада жизни и зависит от них. Обстоятельный анализ статистических «показателей здоровья», использование не только общих коэффициентов смертности, рассмотрением которых нередко предпочитают ограничиваться исследователи в западных странах, но и более тонких и точных показателей (таких, как коэффициенты заболеваемости и смертности в разных социальных классах и группах населения и др.) позволяет сделать вывод, что *здоровье трудящихся в капиталистических странах находится далеко не на удовлетворительном уровне, несмотря на научно-технический прогресс.*

Поскольку состояние здоровья населения определяется множеством обстоятельств, то общее его ухудшение в странах капиталистического мира отнюдь не исключает возможности улучшения отдельных показателей. Так, например, после второй мировой войны в результате открытия и применения антибиотиков и вследствие ряда других причин значительно снизилась смертность от инфекционных болезней и увеличилась средняя продолжительность жизни. Но в то же время безудержная интен-

сификация труда обусловила рост производственного травматизма, увеличилась смертность от болезней сердца и кровеносных сосудов, повысилась роль профессиональных и нервно-психических заболеваний.

Нельзя также не учитывать противоречивый характер влияния социальных условий на здоровье и физическое развитие, зависимость здоровья и физического развития населения от экономических, политических и многих других факторов, действующих в буржуазном обществе. В частности, нельзя не принимать во внимание возросшие и продолжающие возрастать требования к физическому и, особенно, психическому здоровью человека со стороны современного производства. Влияние на здоровье оказывают научно-технический прогресс, заинтересованность монополий в здоровых контингентах работников, потребность в рекрутах для вооруженных сил капиталистических государств. Сказываются тут и завоевания пролетариата, ведущего классовую борьбу в странах капитала, требующего улучшения условий труда, быта и постановки дела медицинской помощи, а также достижения стран мировой социалистической системы, воодушевляющие трудящихся капиталистических государств на борьбу за свои права, вынуждающие монополии что-то предпринимать по части производственных условий, расширения медицинского обслуживания, осуществления некоторых оздоровительных мер. И тем не менее многие зарубежные ученые вынуждены признать, что, несмотря на имеющее место снижение смертности, состояние здоровья населения западных стран остается на низком уровне. Даже такой комплексный показатель, как средняя продолжительность жизни, сам по себе не говорит об улучшении здоровья населения. Это вынужден был признать и западногерманский социолог Денеке в своей книге «Политика здравоохранения, ее сущность и задачи в настоящее время». «Неужели возможно, — спрашивает он, — что люди становятся все более болезненными и все же живут все дольше?» И сам же отвечает: «В известном смысле — да».

В то же время воодушевляющие успехи Советского Союза и других социалистических стран в снижении заболеваемости и смертности, увеличение средней продолжительности жизни населения, повышение уровня физического развития детей и подростков свидетельствуют о глубокой человечности социалистического строя.

Бурный прогресс науки и техники в условиях социализма разительно облегчает труд человека, превращает его в источник здоровья, делает жизнь труженика разумной и радостной, способствует ликвидации многих болезней. Это умножает рост симпатий к миру социализма, убедительно показывает, что именно этот общественный строй избавляет человека от эксплуатации, от нищеты, обеспечивает благосостояние, счастье, здоровье и долголетие.

Новых и еще больших успехов бесспорно достигнут медицина и здравоохранение в социалистических странах в ближайшие годы. Социалистические государства ставят своей задачей обеспечение высокого уровня здоровья, трудоспособности, долголетней активной жизни населения, предупреждение и дальнейшее снижение заболеваемости, устранение факторов и условий, вредно влияющих на здоровье и трудоспособность.

Народное здоровье — бесценное богатство в каждой социалистической стране. Оно является общественным достоянием. Здоровье людей, говорил В. И. Ленин, — общественное, государственное дело; он называл здоровье «казенным имуществом». Поэтому социалистическое общество, проявляя неустанную заботу о счастье своих граждан, требует, в свою очередь, от каждого гражданина высокой личной ответственности и за свое здоровье, и за здоровье окружающих.

Два мира — диаметрально противоположные условия труда и быта

Социализм, уничтожая эксплуатацию человека человеком, коренным образом меняет характер труда. Ставя своей целью свободное, всестороннее развитие личности, социалистическое общество борется за систематическое облегчение условий труда, за превращение его в средство укрепления физических и духовных сил человека, в источник здоровья. В решениях XXIII съезда КПСС предусмотрено еще более широкое внедрение на предприятиях Советского Союза современных средств техники безопасности и создание условий труда, полностью соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям. В то же время при капиталистическом производстве основным «патогенетическим», порождающим недуги фактором являются условия труда. Речь идет не только о производственных травмах и профессиональных заболеваниях, но и о том, что условия работы на современных капиталистических заводах и фабриках вообще не соответствуют физиологическим возможностям организма. Интенсификация труда там достигла таких масштабов, которые оказывают пагубное влияние на здоровье работающих.

Разумеется, механизация и автоматизация на капиталистических предприятиях привели к тому, что у рабочих мышечных усилий затрачивается меньше, но нервное напряжение вследствие быстроты темпов, диктуемых движением поточной линии, монотонности работы и в результате непрерывного сосредоточения внимания, теперь гораздо больше. Чрез-

мерная интенсивность труда приводит к физическому и психическому истощению. Не случайно Объединение профсоюзов ФРГ записало в своей «Программе действий» следующее: «Методы производства и условия труда наносят значительный вред физическому и психическому состоянию рабочих, служащих и чиновников. Времени, предоставляемого для отдыха, уже недостаточно для того, чтобы восстановить истощенные силы. Социальные и моральные устои семейной жизни и здоровье нации находятся под угрозой».

Особенно широко стали применяться в послевоенный период на капиталистических предприятиях сверхурочные и дополнительные работы, произвольно удлиняющие рабочий день, что крайне отрицательно сказывается на здоровье. Проведенные в 60-х годах на ряде промышленных предприятий ФРГ исследования показали, что с расширением сверхурочных работ резко возрастают заболеваемость и количество несчастных случаев. Сверхурочные работы, вызывая перенапряжение сил человека, способствуют и обострению хронических заболеваний.

Западногерманские врачи Леман и Граф на основании проведенных ими наблюдений пришли к выводу, что «сверхурочные работы на современных (читай: капиталистических.— Ю. Д.) предприятиях представляют собой злостную растрату рабочей силы человека и в конечном счете приводят к очень вредным последствиям для здоровья». Наряду с этим трудящийся лишается свободного времени, необходимого для культурного развития, занятий спортом, общественной деятельности, воспитания детей и т. п. Важный фактор, ухудшающий здоровье населения, — вынужденная праздность. Однако, несмотря на расширение промышленного производства после второй мировой войны, в странах капиталистического мира продолжают существовать значительные армии безработных. По официальным данным, только в экономически развитых капиталистических странах насчитывается около 7 млн. полностью безработных. Чрезвычайно велика и частичная безработица, когда трудящиеся заняты неполный рабочий день или неполную рабочую неделю при соответствующем снижении их зарплаты.

Исследований, которые были бы посвящены изучению здоровья безработных, мало. Но даже немногочисленные наблюдения говорят о том, что заболеваемость среди безработных в 1,5—2 раза выше, чем среди занятых. Так, изучение, проведенное в начале 50-х годов итальянскими врачами, охватившее 1200 безработных и такой же численности контрольную группу занятых, показало, что безработные болеют в 2 раза чаще, чем занятые непрерывно за последние 5 лет.

Социализм уничтожил условия, порождающие безработицу. В социалистических странах нет и не может быть безработицы и страха перед завтрашним днем. Страны социализма

не только провозгласили, но и осуществили реальное право граждан на здоровый и радостный труд.

Одним из важных факторов, определяющих здоровье населения, является, как известно, уровень и характер питания. Однако, по данным Экономического и социального Совета ООН, примерно $\frac{3}{4}$ населения стран мировой капиталистической системы не получают нормального питания. Существенные недостатки в питании населения западных стран были отмечены и Международным конгрессом по вопросам питания в Париже. Участники конгресса указывали на широкое распространение «скрытого голодания», приводили данные о том, что достаточная в отношении калорийности, но однообразная пища у определенной части населения отрицательно сказывается на здоровье, способствует повышенной склонности к сердечно-сосудистым и другим нарушениям.

В то же время забота о повышении жизненного уровня народа, улучшении питания, росте культурных запросов — закон всей общественной жизни в странах мировой социалистической системы. Например, рост потребления ценных продуктов питания в среднем по Советскому Союзу в период с 1940 по 1960 г. в семьях рабочих составлял: мяса — в 2,5 раза, молока и молочных продуктов — в 2,6 раза, яиц — в 2,4 раза, сахара — в 2,2 раза; в семьях колхозников потребление рыбы и рыбных продуктов возросло в 3,2 раза, сахара в 7,4 раза¹.

О снижении санитарных условий жизни населения капиталистического мира в послевоенный период говорит усиление жилищной нужды. Доклад ООН о социальном положении в мире за 1967 г. указывает, что жилищные условия ухудшились на большей части земного шара. Эту проблему обостряет не только недостаток жилищ, но и устарелость жилого фонда. Даже в наиболее богатых капиталистических странах снижается удельный вес благоустроенных жилищ и растет процент квартир, непригодных для жилья, и трущоб.

В то же время забота об улучшении жилищных условий трудящихся социалистических стран — первоочередная государственная задача. За 5 лет (1961—1965) в городах, рабочих поселках и совхозах СССР построены жилые дома площадью 393 млн. м². Более 2 млн. новых домов построено в колхозных селах². В СССР темп роста числа квартир, построенных в 1950—1968 гг., значительно выше, чем в Австрии, Бельгии, Англии, Норвегии, США и др.

Ускорение темпов роста народного благосостояния — такова важнейшая социальная задача плана развития народного хозяйства СССР на 1966—1970 гг. Дальнейшее повышение материального благосостояния, улучшение условий

¹ См. «Советское здравоохранение», 1964, № 1, стр. 96.

² См. Материалы XXIII съезда КПСС, Политиздат, М., 1966, стр. 58.

труда и быта населения предусматривается также перспективными народнохозяйственными программами других социалистических стран. Все это в конечном счете весьма благотворно сказывается и скажется на здоровье людей.

Исключительную остроту приобрели в настоящее время для больших городов Запада проблемы загрязнения воздушного бассейна выбросами промышленных предприятий и автотранспорта, а источников хозяйственно-питьевого водоснабжения — производственными и бытовыми сточными водами. Врачи многих стран все чаще связывают распространение аллергий¹ с загрязнением атмосферного воздуха. Они установили, что наиболее чувствительными к ядовитым, токсическим загрязнениям атмосферного воздуха являются новорожденные и дети на первом году жизни.

Значительные успехи в борьбе за чистоту атмосферного воздуха достигнуты в Москве, Ленинграде, Казани, Свердловске и других промышленных центрах. Около 5000 санитарно-эпидемиологических станций призваны вести повседневную борьбу за образцовое состояние наших городов и сел, за чистоту воды и атмосферного воздуха. Министр здравоохранения СССР академик Б. В. Петровский в докладе на IV сессии Верховного Совета СССР (июнь 1968 г.) подчеркнул первостепенное государственное значение охраны природы: «Природа украшает жизнь человека, благотворно влияет на его здоровье, и охрана ее богатств — воздуха, воды и почвы, лесов — является важнейшим государственным и общественным делом!».

Общеизвестно губительное влияние войн на здоровье населения. Кроме непосредственной опасности уничтожения и превращения миллионов людей в калек, а также тяжелых демографических последствий, наращивание вооружений империалистическими державами для новых авантур и военных конфликтов отнимает в мирное время огромную долю национальных богатств, которые могли бы быть использованы на благо народов. Все это требует высоких налогов, вызывает рост дороговизны и ведет к снижению жизненного уровня населения, подрыву его здоровья, сокращению расходов на медицинское обслуживание и т. д.

Подготовка атомно-водородной войны ставит под угрозу существование всего человечества или значительной его части. Однако в течение ряда лет США препятствуют осуществлению мер, направленных на уменьшение угрозы ядерной войны. В своей преступной войне во Вьетнаме США стремятся испытать все свои «новинки». Здесь ими были применены в массовом масштабе средства химической и биологиче-

¹ Аллергия — болезненное состояние, вызванное необычной реакцией организма на повторные воздействия микробов, чужеродных белков, химических веществ.

ской войны, строжайше запрещенные Гаагской и Женевской конвенциями. Это изобличает вооруженные силы США в самом страшном и позорном преступлении — геноциде.

Трудящиеся СССР и других социалистических стран считают, что мир, сотрудничество и дружба между народами — решающий фактор сохранения и укрепления здоровья миллионов людей, не только живущих в настоящее время, но и для будущих поколений.

Народное здравоохранение в СССР — детище Октября

Советское государство получило от царизма исключительно тяжелое наследие. Здравоохранение было распылено между различными ведомствами и благотворительными организациями, а лечебное дело в городах находилось преимущественно в руках частнопрактикующих врачей. Государственное санитарное законодательство почти отсутствовало. Даже земская медицинская организация, вдохновлявшаяся передовыми врачами-общественниками, не смогла добиться удовлетворительного уровня медицинской помощи сельскому населению. Подводя в 1914 г. итоги 50-летия земской медицины, один из основоположников советского здравоохранения З. П. Соловьев писал, что здание земской медицины, в каждом камне которого чувствуется затраченная энергия его строителей — земских медицинских работников, стоит недостроенное и ждет настоящего хозяина, который завершит его достойным образом, пользуясь опытом строителей, привлекая все живые, творческие силы.

Передовые деятели отечественной медицины, подобно земским врачам, стремились и в городах организовать медицинскую помощь на общественных началах. Для развития и укрепления этого благородного начинания много сделали выдающиеся русские клиницисты: С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, А. А. Остроумов, Н. Ф. Филатов и другие. Однако стремления передовых русских врачей и ученых в условиях царского самодержавия не могли существенно повлиять на общее состояние медицинской помощи в стране.

Великая Октябрьская социалистическая революция передала власть трудящимся, которые под руководством большевистской партии приступили к коренному, революционному переустройству всех сторон жизни страны, в том числе охраны здоровья. 11 июля 1918 г. в Кремле В. И. Ленин подписал Декрет об учреждении Народного комиссариата здравоохранения, объединившего деятельность всех лечебно-профилактических и санитарных учреждений в стране. Первым наркомом здравоохранения был назначен верный ленинец, замечательный врач Н. А. Семашко.

В грозные годы гражданской войны и иностранной интервенции, когда решались судьбы Советского государства, закладывался фундамент социалистического здравоохранения. В то время перед ним стали жизненно важные задачи: прежде всего организовать медицинское обслуживание бойцов Красной Армии, а наряду с этим ликвидировать эпидемии сыпного и возвратного тифа, угрожавшие существованию молодой Советской республики.

Строительство советского здравоохранения в период становления Советской власти осуществлялось по руководящим и направляющим указаниям В. И. Ленина. В. И. Ленин лично подписал около 100 декретов и постановлений по различным вопросам здравоохранения. Его глубокие идеи служили и продолжают служить в наше время руководством в развитии социалистического здравоохранения.

Неоценимое значение для всей последующей деятельности советского здравоохранения имел VIII съезд РКП(б), который в принятой им программе определил задачи в деле охраны здоровья трудящихся. Особое внимание в программе партии было обращено на профилактику. Профилактическое направление советской медицины получило прочное теоретическое и методологическое обоснование.

В период восстановления народного хозяйства (1921—1925 гг.) потребовалось много усилий для ликвидации санитарных последствий первой мировой и гражданской войн, восстановления, укрепления и развертывания сети медицинских учреждений в городе и на селе, проведения широких профилактических мер по оздоровлению условий труда и быта, охраны материнства и детства, борьбы с туберкулезом, венерическими и другими заболеваниями.

Индустриализация страны и коллективизация сельского хозяйства поставили перед советским здравоохранением новые задачи. Постановление ЦК ВКП(б) от 18 декабря 1929 г. «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» явилось поворотным этапом в развитии советского здравоохранения. Началась коренная перестройка медицинского обслуживания промышленных и сельскохозяйственных рабочих и колхозного крестьянства.

Наряду с подъемом народного хозяйства в годы предвоенных пятилеток росла быстрыми темпами сеть лечебных учреждений, увеличивалось число врачей и средних медицинских работников. Систематически улучшалось качество лечения. Роль здравоохранения в то время определил М. И. Калинин следующими словами: «У нас, в социалистической стране, здоровье рабочих, здоровье крестьян — основная задача государства»¹.

¹ Сорок лет советского здравоохранения, Медгиз, 1957, стр. 66.

Трудно переоценить роль, которую сыграли советские медицинские работники в годы Великой Отечественной войны. Благородный и важный их вклад в дело победы над фашизмом — общепризнанный факт. Возвращение в строй в годы войны свыше 70% раненых бойцов и предупреждение на фронте и в тылу вспышек эпидемических заболеваний — свидетельство высокого уровня советского здравоохранения, результат коллективного подвига наших медиков.

Сразу же после окончания войны, нанесшей ущерб советскому здравоохранению, исчислявшийся по неполным данным в 6,6 млрд. рублей, органы здравоохранения с помощью общественного актива приступили к ликвидации «санитарных последствий» войны. Была осуществлена перестройка медико-санитарной сети. Забота о здоровье наших граждан нашла свое конкретное выражение в бурном росте сети лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений и числа медицинских работников, призванных обслуживать широкие массы населения (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Рост советского здравоохранения

| Показатели | На конец 1913 г. | На 1/1 1967 г. | Во сколько раз больше по сравне- нию с 1913 г. |
|---|---------------------|-------------------|---|
| | в тысячах | | |
| Численность врачей всех специ- альностей ¹ | 28,1 | 578 | 21 |
| Численность среднего медицинско- го персонала ¹ | 46 | 1760 ² | 38 |
| Число больничных учреждений (без госпиталей) | 5,3 | 26 ² | 5 |
| Число больничных коек (без коек в госпиталях) | 208 | 2321 | 11 |

¹ Без военнослужащих.

² Данные приближенные.

В дореволюционной России в 1913 г. насчитывалось 28 тыс. врачей, причем подавляющее их большинство практиковало в крупных городах европейской территории страны. В настоящее время на страже здоровья советских людей стоит огромная армия медицинских работников, насчитывающая более 4 млн. человек, в том числе около 600 000 врачей, то есть 1 врач в среднем приходится менее чем на 400 жителей.

Численность среднего медицинского персонала увеличилась в 38 раз, число больничных учреждений возросло в 5 раз. Количество больничных коек увеличилось более чем в 11 раз и достигло к началу 1968 г. 2 млн. 400 тыс., в среднем 101,3 койки на 10 тыс. населения. Это очень высокий показатель даже для наиболее развитых стран!

Особенно значительно расширилась сеть медицинских учреждений, а также возросло число медицинских работников в советских республиках Средней Азии и в Казахстане: в 1966 г. по сравнению с 1913 г. в Туркменской ССР число врачей увеличилось в 30 раз, а количество больничных коек — в 34 раза, в Казахской ССР — соответственно в 46 и 31 раз, в Узбекской ССР — в 56 и 40 раз, в Таджикской ССР — в 75 и 218 раз.

В республиках Средней Азии и Казахстане число врачей и больничных коек в расчете на 10 тыс. населения в настоящее время больше, чем во Франции, Англии, Японии и ряде других капиталистических стран. Огромные успехи в развитии здравоохранения Среднеазиатских республик и Казахстана представляют собой конкретный пример осуществления ленинской национальной политики Коммунистической партии, направленной на то, чтобы поднять ранее отсталые нации до уровня передовых.

Успехи бывших окраинных колоний царизма, ставших социалистическими республиками, могут служить примером для развивающихся стран Азии, Африки и Латинской Америки, где постановка дела охраны здоровья коренного населения пока еще крайне примитивна. В этой связи заслуживает внимания заявление Генерального директора департамента здравоохранения Норвегии доктора К. Эванга, посетившего Советский Союз и ознакомившегося с состоянием здравоохранения в одной из республик Средней Азии. Вернувшись домой, Эванг заявил: «Мы проделали большой путь до Узбекистана, чтобы там найти ответ на вопрос: можно ли за короткий срок поднять состояние здравоохранения, культуру и жизненный уровень народов отстававших в развитии стран? Поездка этого стоила. Мы нашли ответ».

Жизнь со всей очевидностью доказала, что только порвав с капиталистической системой, народы бывших колониальных и зависимых стран становятся на путь избавления и от нещадной эксплуатации и угнетения, и от нищеты, массовых болезней и преждевременных смертей...



Как зеницу ока наказывал В. И. Ленин беречь подрастающее поколение. Его здоровью и благополучию посвящены были первые декреты Советской власти. Охрана здоровья детей в СССР ныне обеспечивается развернутой сетью детских лечебно-профилактических учреждений.

Советское государство оказывает материальную помощь матерям на содержание и воспитание детей, а также беременным женщинам. Так, только в 1966 г. 3541 тыс. матерей полу-

чали ежемесячное государственное пособие на четвертого и более ребенка; кроме того, 524 тыс. матерей, имеющих двоих детей, при рождении третьего ребенка получили единовременное государственное пособие¹.

В дореволюционной России весь санаторно-курортный фонд состоял из 60 санаториев для взрослых и детей на 3000 мест. Курортная политика диктовалась коммерческими соображениями, ничего общего не имеющими с заботой о нуждах больных. После Октябрьской революции санаторно-курортное лечение стало достоянием трудящихся. 20 марта 1919 г. В. И. Ленин подписал декрет «О лечебных местностях общегосударственного значения», согласно которому все лечебные местности и курорты перешли в собственность государства для использования их в лечебных целях. Сеть санаториев, профилакториев и домов отдыха стала быстро расти. В 1968 г. в санаториях, домах отдыха, профилакториях и пансионатах лечилось и отдыхало около 9 млн. человек, из них более 7 млн. рабочих и служащих получили путевки за счет средств соцстраха и государства, т. е. бесплатно или по льготным ценам с оплатой только 30% стоимости путевки. Кроме того, сотни тысяч рабочих и служащих получили путевки бесплатно или по льготным ценам за счет фондов предприятий, из ассигнований на социально-бытовые расходы и других источников. На туристских базах и в альпинистских лагерях отдыхало свыше 2 млн. человек.

В дореволюционной России общая сумма затрат на здравоохранение составляла в расчете на одного человека... 91 копейку! В 1968 г. ассигнования на здравоохранение по Государственному бюджету СССР достигли более 8 млрд. рублей, т. е. на одного человека приходилось почти 34 рубля. Если к расходам государства, непосредственно на медицинскую помощь, прибавить расходы на оплату больничных листов, декретных отпусков, на санаторно-курортное лечение и диетическое питание, на обслуживание детей в яслях, садах и пионерских лагерях и т. д., то на охрану здоровья семьи, состоящей из четырех человек, придется в среднем около 185 рублей в год.

Медицинская промышленность обеспечила, особенно за последние годы, массовый выпуск медикаментов, аппаратов и приборов, освоила и последовательно увеличивает выпуск самых различных высокоэффективных антибиотиков. Медико-инструментальная промышленность выпускает весьма сложные инструменты и аппараты, позволяющие внедрять в широкую практику современные достижения медицинской науки (аппараты для сшивания кровеносных сосудов, культы бронха, желудка, кишки и т. д., совершенные наркозные аппараты,

¹ Страна Советов за 50 лет. М., 1967, стр. 265.

аппараты для искусственного дыхания, «искусственной почки» и др.).

Советская медицинская наука, тесно связанная с практическим здравоохранением, имеет своими источниками достижения мировой и отечественной науки. С первых лет Советской власти труд деятелей медицинской науки был отмечен большим вниманием и заботой со стороны Коммунистической партии, правительства, лично В. И. Ленина. Ярким примером может служить подписанное В. И. Лениным постановление Совета Народных Комиссаров «Об условиях, обеспечивающих научную работу академика И. П. Павлова и его сотрудников».

В настоящее время советскую медицинскую науку представляют свыше 350 научных учреждений, в том числе 284 научно-исследовательских института и около 3000 кафедр медицинских институтов! Более 46 000 научных работников и педагогов работают в системе Министерства здравоохранения СССР. Ведущая роль в развитии медицинской науки принадлежит Академии медицинских наук, объединяющей десятки крупных научно-исследовательских учреждений и виднейших ученых страны.

Новым ярким свидетельством неустанной заботы Коммунистической партии о здоровье нашего народа, последовательного воплощения ее благородного программного лозунга: *«Все во имя человека, для блага человека»* являются постановления IV сессии Верховного Совета СССР (июнь 1968 г.) «О состоянии медицинской помощи населению и мерах по улучшению здравоохранения в СССР» и постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР 1968 года «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и медицинской науки в стране». В этих документах дана развернутая программа нового подъема и развития советского здравоохранения и медицинской науки, главным направлением которых является всемерное повышение качества медицинской помощи и охраны здоровья населения.

Важнейшее значение имеет укрепление материально-технической базы здравоохранения. Взят курс на строительство в зеленых массивах городов крупных многопрофильных больниц, на специализацию медицинской помощи. Поликлиническая сеть еще более приблизится к населению.

Предстоит расширить теоретические исследования по проблеме злокачественных новообразований, по вопросам изучения механизма развития и лечения атеросклероза, разработке методов лечения вирусных заболеваний и многим другим проблемам.

Две социально-экономические системы — два типа здравоохранения

Охрана народного здоровья в мире социализма составляет одну из важнейших задач социалистического строительства, высшей целью которого является наиболее полное удовлетворение растущих материальных и культурных потребностей всего общества.

Государственный характер здравоохранения в социалистических странах, его неразрывная связь с социалистическим строем составляют важнейшее отличие нашего здравоохранения от здравоохранения в капиталистических странах. *«Социалистическое государство, — сказано в Программе КПСС, — единственное государство, которое берет на себя заботу об охране и постоянном улучшении здоровья всего населения. Это обеспечивается системой социально-экономических и медицинских мероприятий»*¹.

Бесплатность и доступность медицинской помощи — важнейшая особенность здравоохранения в социалистических странах. Это особенно удивляет и восхищает деятелей здравоохранения и многих граждан из западных стран.

Видный американский терапевт профессор Гуревич, состоявший в течение многих лет личным врачом семьи бывшего президента США Франклина Рузвельта, посетив Советский Союз, внимательно ознакомился с деятельностью научно-исследовательских институтов и медицинских учреждений нескольких наших городов. По возвращении в США он опубликовал в американском журнале «Медикал Сайенс» статью под названием «Научно-исследовательская работа и медицинская практика в России», в которой не без удивления сообщал: «В Советском Союзе медицинская помощь доступна для всех в равной степени так же, как воздух. Здравоохранение находится в распоряжении каждого советского мужчины, женщины и ребенка всегда, когда в этом есть необходимость, причем совершенно бесплатно». Летом 1960 г., при обмене выставками между СССР и США, когда американцы получили возможность без «посредничества» буржуазной пропаганды познакомиться с достижениями Советского Союза, врач Говард Раск на страницах «Нью-Йорк таймс» писал по поводу медицинского раздела советской выставки в Нью-Йорке: «Но еще больше, чем движущиеся экспонаты, неоновые лампы и сверкающие детали из хрома, впечатляют статистические данные. Одна из надписей в огромном зале выставки с гордостью ука-

¹ Материалы XXII съезда КПСС. М., Госполитиздат, 1961, стр. 392.

зывает на тот факт, что в Советском Союзе все медицинское обслуживание бесплатно».

«Спутник № 2» — так назвал достижения советского здравоохранения бывший главный хирург США профессор Томас Паррен, возглавлявший официальную делегацию американских медиков, посетившую Советский Союз. И действительно, для жителей страны, где рождение ребенка или серьезное заболевание одного из членов семьи равносильно, по словам бывшего президента США Эйзенхауэра, финансовой катастрофе, бесплатная медицинская помощь кажется таким же чудом, как запуск в космос искусственного спутника Земли.

Порочность буржуазной системы здравоохранения состоит в том, что, несмотря на наличие ряда отлично оборудованных и оснащенных больниц, медицинская помощь широким слоям населения недоступна вследствие ее высокой стоимости. Например, проведенное недавно обследование стоимости медицинской помощи в 19 наиболее крупных городах США показало, что операция по поводу аппендицита обходится больным американским гражданам в среднем 400—500 долларов, стоимость лечения язвенной болезни желудка — 1700 долларов, а стоимость лечения эндокардита достигает почти 9000 долларов! Если болезнь осложняется или затягивается, соответственно растет счет за лечение.

Невольно сравниваешь положение граждан Советского Союза и других социалистических стран, пользующихся бесплатной медицинской помощью, с положением людей в такой, например, богатой капиталистической стране, как США, где медицинское обслуживание населения основано на принципах «частного предпринимательства».

Разумеется, в капиталистических странах есть немало хороших врачей, посвятивших себя бескорыстному служению народу, стремящихся облегчить положение трудящихся и принимающих активное участие в борьбе за прогресс, культуру и мир, но это не меняет общего положения врача в капиталистическом обществе, где лечение больных является бизнесом.

В некоторых странах Запада, например в Англии, создана частично государственная служба здравоохранения, но она далеко не обеспечивает возложенных на нее задач, так как охватывает только малую долю лечебной помощи и по сравнению с предпринимательским сектором намного беднее и обслуживается менее квалифицированными специалистами.

Говоря об отличии советской медицины от медицины в капиталистических странах, один из основоположников советского здравоохранения, З. П. Соловьев, указывал, что «последняя не может вступить на путь профилактики, не посягая на самые основы капиталистического строя: она ограничивается так называемыми «общими» мероприятиями и замыкается в узкий круг индивидуальной благотворительности.»¹.

¹ Сб. «Социализм и здоровье». Ч. II. М., «Знание», 1967, стр. 25.

Советское здравоохранение, как и здравоохранение в других социалистических странах, глубоко народно. Охрана здоровья советских людей является обязанностью и делом Советов депутатов трудящихся, их органов здравоохранения, руководителей государственных предприятий, учреждений и учебных заведений, правлений колхозов, кооперативных организаций, профессиональных союзов, обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, научных и других общественных организаций.

В народном здравоохранении стран социализма находит яркое выражение социалистический гуманизм, присущий их общественному строю, подлинная забота о здоровье и трудоспособности человека, о развитии его физических и умственных способностей, о долголетию. В то же время подлинные принципы гуманизма не могут быть осуществлены в капиталистическом обществе, основанном на частной собственности на средства производства и эксплуатации человека человеком. Широко известно, например, что фармацевтическая промышленность в капиталистических странах в погоне за прибылью выпускает на рынок патентованные дорогостоящие медикаменты, мало заботясь о пользе их для больных. Как известно, из имевших место в западных странах судебных процессов, продукция ряда фирм зачастую причиняет непоправимый вред здоровью заболевшего человека.

Важнейшей особенностью медицины в социалистических странах является единство медицинской науки и практики здравоохранения. Выступая на II Всероссийском съезде работников медико-санитарного труда в 1920 г., В. И. Ленин сказал: «Сотрудничество представителей науки и рабочих, — только такое сотрудничество будет в состоянии уничтожить весь гнет нищеты, болезней, грязи... Перед союзом представителей науки, пролетариата и техники не устоит никакая темная сила»¹. Эти слова В. И. Ленина послужили основой для установления в СССР и других социалистических странах неразрывной связи медицинской науки и здравоохранения.

Два пути — два итога

Демографические показатели

Описанные в предыдущих разделах условия труда и быта, состояние здравоохранения определяют в конечном счете уровень здоровья населения двух миров — мира социализма и мира капитализма.

¹ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., т. 40, стр. 189.

Как известно, о состоянии и сдвигах в здоровье населения ученые обычно судят на основании комплексной оценки демографических показателей, данных о заболеваемости и физическом развитии. Известно, что решающая роль в развитии демографических процессов принадлежит способу производства. Каждой общественной формации соответствуют и свои особые законы воспроизводства населения. Мы и рассмотрим эти вопросы раздельно для населения социалистических и капиталистических стран.

Изменение размеров рождаемости

Для современного мира характерна крайняя неравномерность размеров рождаемости по странам с разным уровнем социально-экономического развития. Средний коэффициент рождаемости во всем мире в 1960—1968 гг. составлял 34 на 1000 человек населения, но он колебался в пределах от 17 (в странах Западной Европы) до 40—50 (в развивающихся странах Африки, Азии и Латинской Америки).

Экономически развитые страны

вступили на путь снижения рождаемости в основном в последней четверти XIX века, т. е. с переходом от домонополистического капитализма к империализму. Франция оказалась первой страной, в которой рождаемость начала падать еще в конце XVIII века. Позднее это коснулось и других стран, причем темпы падения рождаемости в ряде промышленно развитых государств были более интенсивными. Например, в Англии и Германии за 20 лет произошло такое сокращение рождаемости, для которого Франции потребовалось 80 лет. Показатель рождаемости с начала текущего столетия снизился в Англии, Дании и Швеции в 1,6 раза, в Италии — в 1,7, в Бельгии — в 1,8, в Австрии и ФРГ — почти в 2 раза (табл. 2).

Падение рождаемости в период общего кризиса капитализма стало всеобщим явлением. Уже на первом его этапе после кратковременного послевоенного компенсаторного повышения в 1920—1921 гг. в Западной Европе не было ни одной страны, где не отмечалось бы последовательного падения рождаемости.

Мировая война 1914—1918 гг., втянувшая в свою орбиту целые народы, оказала на динамику рождаемости огромное влияние. Она привела к мобилизации большинства молодых мужчин, что разорвало значительное число брачных связей. Коэффициент рождаемости в годы первой мировой войны снизился в Англии и Швейцарии на 21%, в Италии — на 29, в Австрии — на 45, в Германии и Франции — на 40%.

Резкое падение рождаемости под влиянием кризиса

Коэффициенты рождаемости на 1000 человек населения в некоторых капиталистических странах Европы в 1900—1966 гг.

| Годы | Австрия | Англия и Уэльс | Бельгия | Германия ¹ | Дания | Италия | Нидерланды | Норвегия | Франция | Швейцария | Швеция |
|-----------|---------|----------------|---------|-----------------------|-------|--------|------------|----------|---------|-----------|--------|
| 1900—1904 | 36,0 | 28,4 | 28,4 | 34,8 | 29,2 | 32,6 | 31,7 | 29,0 | 21,4 | 28,2 | 26,0 |
| 1905—1909 | 34,0 | 26,7 | 25,3 | 32,3 | 28,4 | 32,6 | 30,0 | 26,6 | 20,1 | 26,6 | 25,6 |
| 1910—1914 | 29,8 | 24,3 | 22,5 | 28,2 | 26,4 | 32,0 | 28,2 | 25,4 | 18,8 | 23,8 | 23,8 |
| 1915—1919 | 16,0 | 19,4 | 13,6 | 16,7 | 23,8 | 24,7 | 25,8 | 24,0 | 11,3 | 18,8 | 20,8 |
| 1920—1924 | 22,6 | 21,4 | 21,0 | 23,1 | 23,1 | 30,0 | 26,7 | 23,3 | 19,8 | 19,9 | 20,3 |
| 1925—1929 | 18,3 | 17,2 | 18,8 | 19,0 | 19,9 | 26,6 | 23,4 | 18,6 | 18,3 | 17,7 | 16,3 |
| 1930—1934 | 15,1 | 15,8 | 17,6 | 16,3 | 17,9 | 24,5 | 21,7 | 15,7 | 17,3 | 16,7 | 14,4 |
| 1935—1939 | 14,7 | 15,3 | 15,5 | 19,4 | 17,9 | 23,2 | 20,3 | 15,0 | 15,1 | 15,4 | 14,5 |
| 1940—1945 | — | 15,5 | 13,9 | 17,3 ² | 20,8 | 20,4 | 21,9 | 18,0 | 14,9 | 18,2 | 18,1 |
| 1946—1947 | — | 19,8 | 17,9 | 16,4 | 22,8 | 22,6 | 29,0 | 22,0 | 21,1 | 19,7 | 19,3 |
| 1948—1949 | 16,3 | 17,3 | 17,4 | 16,7 | 19,6 | 21,1 | 24,5 | 20,0 | 21,1 | 18,8 | 17,9 |
| 1950—1954 | 15,0 | 15,5 | 16,7 | 16,1 | 17,9 | 18,3 | 22,1 | 18,7 | 19,5 | 17,3 | 15,5 |
| 1955—1959 | 16,8 | 15,9 | 17,0 | 16,9 | 16,8 | 18,0 | 21,3 | 18,1 | 18,4 | 17,5 | 14,5 |
| 1960 | 17,9 | 17,2 | 16,9 | 17,8 | 16,6 | 18,3 | 20,8 | 17,3 | 17,9 | 17,6 | 13,7 |
| 1961 | 18,6 | 17,6 | 17,3 | 18,3 | 16,6 | 18,6 | 21,3 | 17,3 | 18,2 | 18,1 | 13,9 |
| 1962 | 18,7 | 18,3 | 16,8 | 18,2 | 16,7 | 18,7 | 20,9 | 17,1 | 17,7 | 18,4 | 14,2 |
| 1963 | 18,8 | 18,4 | 17,1 | 18,5 | 17,6 | 19,0 | 20,9 | 17,5 | 18,2 | 19,1 | 14,8 |
| 1964 | 18,6 | 18,8 | 17,1 | 18,2 | 17,6 | 20,0 | 20,7 | 17,9 | 18,1 | 19,2 | 16,0 |
| 1965 | 17,9 | 18,4 | 16,5 | 17,9 | 18,2 | 19,2 | 19,9 | 17,5 | 17,7 | 19,2 | 15,9 |
| 1966 | 17,6 | 17,7 | 15,8 | 17,8 | 18,4 | 18,9 | 19,2 | 17,5 | 17,5 | 18,4 | 15,8 |

¹ С 1949 г. в ФРГ.² В 1940—1943 гг.

1929—1933 гг. было отмечено во всех экономически развитых капиталистических странах. Немецкий публицист догитлеровской Германии Эрнст Кан назвал падение рождаемости в период кризиса 1929—1933 гг. «забастовкой рождаемости». Он тогда писал: «Нищета широких слоев населения является единственным мотивом ограничения рождаемости. Недостаток жилищ и угроза безработицы заставляют молодых рабочих отказываться от потомства».

«Забастовка» рождаемости в 30-х годах, как справедливо указывает современный польский демограф Эдвард Россет, была своеобразным протестом против капиталистического строя, лишившего широкие массы трудящихся права иметь свою семью и детей.

По исчислениям демографов ФРГ, дефицит рождений для Германии в годы второй мировой войны (1940—1945 гг.) составил более 2 млн., в Италии уровень рождаемости в период войны 1940—1945 гг. снизился на 12,1%, в Бельгии — на 10,3%. В 30 наиболее крупных городах Греции показатель рождаемости в 1942 г. был почти вдвое меньше, чем перед войной.

Повышение рождаемости после второй мировой войны в странах зарубежной Европы, связанное с обычной «компенсацией» низкой рождаемости военного периода, длилось 3—5 лет и достигло максимального уровня в 1946—1947 гг.

Но после того, как приостановилось заключение отложенных на время войны браков, с 1948—1949 гг. возобновилось падение рождаемости. На протяжении 10 лет (1947—1956) коэффициент рождаемости снизился в Нидерландах на 27%, Дании — на 26, Швеции — на 24, Англии и Италии — на 18, Норвегии — на 17% и т. д. В последующие годы (1957—1964) в ряде европейских стран (Австрия, Англия, ФРГ и др.) наблюдалось некоторое повышение рождаемости, но начиная с 1965 г. возобновилось ее дальнейшее снижение. Так, в Англии и Уэльсе в 1964 г. родилось 876 000 детей, в 1965 г. — 862 000, в 1966 г. — 848 000. В настоящее время в ряде экономически развитых капиталистических стран показатели рождаемости

Таблица 3

Показатели рождаемости в некоторых европейских странах в годы второй мировой войны и в настоящее время (на 1000 населения)

| Страна | 1940 — 1945 гг. | 1966 г. |
|------------|--------------------|---------|
| Дания | 20,8 | 18,4 |
| Италия | 20,4 | 18,9 |
| Нидерланды | 21,9 | 19,2 |
| Норвегия | 18,0 | 17,5 |
| Швеция | 18,1 | 15,8 |

ниже тех, которые были там в годы второй мировой войны. Это наглядно показывают данные, приводимые в табл. 3.

Весьма иллюстративны данные по США. В послевоенные годы уровень рождаемости там достиг максимума в 1957 г., после чего началось его снижение: с 1955—1957 гг. до 1965—1966 гг. общий коэффициент рождаемости снизился на 25%.

Абсолютные числа родившихся в 1960—1966 гг. говорят о том, что в настоящее время в Соединенных Штатах происходит не только снижение интенсивности рождаемости (по отношению к общей численности населения), но и неуклонное уменьшение числа родившихся.

Число родившихся в США:

| | |
|---------|-----------|
| 1961 г. | 4 268 326 |
| 1962 » | 4 167 362 |
| 1963 » | 4 098 020 |
| 1964 » | 4 027 490 |
| 1965 » | 3 760 358 |
| 1966 » | 3 629 000 |

Касаясь перспектив рождаемости в США, видный американский демограф Томпсон указывает, что если наступит период, когда значительные массы мужчин станут безработными и, следовательно, не смогут обеспечить скромную жизнь своим семьям, то «показатели рождаемости» опять упадут, как это было во время кризиса 30-х годов, возможно даже более сильно».

Известно, что для полного воспроизводства поколения, при современных уровнях рождаемости и смертности, на каждую брачную пару в среднем должно приходиться 2,5 ребенка. Однако в большинстве экономически развитых капиталистических стран к середине 60-х годов среднее число детей на одну брачную пару составляло 1,6—2,0 (Англия — 1,6, Бельгия, Дания, Норвегия и Швейцария — 1,9—2,0, Италия — 2,2, Франция — 2,4).

Уменьшение числа многодетных браков снижает показатель рождаемости. Однако неправильно было бы думать, что единственной причиной низкой рождаемости в экономически развитых капиталистических странах является бездетность браков и малочисленность семей. Существенное значение имеет также безбрачие. Хроническая безработица и неуверенность в завтрашнем дне лишают многих трудящихся возможности построить семейную жизнь. Повышение «коэффициента брачности», наблюдавшееся во многих странах в послевоенные годы, в ряде мест уже сменилось отчетливой тенденцией к его снижению. Абсолютные числа браков, заключенных в последние 10—12 лет, говорят о том, что в ряде капиталистических стран, несмотря на рост численности населения, происходит уменьшение числа заключенных браков (табл. 4).

Таблица 4

Число заключенных браков в некоторых европейских странах

| Страна | 1952 г. | 1965 г. |
|----------------|---------|---------|
| Англия и Уэльс | 349 308 | 347 732 |
| Бельгия | 67 340 | 62 086 |
| Дания | 35 724 | 34 414 |
| Норвегия | 27 499 | 24 070 |
| Швеция | 53 314 | 52 285 |

Важное значение приобрела в последнее время в западных странах проблема бесплодного брака. На III Международном конгрессе в Амстердаме по проблемам рождаемости и бесплодия подчеркивалось, что проблеме бесплодия следует рассматривать с социальной точки зрения. Многие случаи бесплодия обусловлены условиями труда и жизни.

В странах Запада отмечается сильный рост самопроизвольных абортов и мертворождений. Это является результатом не только биологических, но и социальных факторов. Число самопроизвольных абортов и мертворождений резко увеличивается с ухудшением материального положения женщин. Изнурительная работа, недостаточное и нерациональное питание, плохие жилищные условия и неудовлетворительная охрана труда — все это приводит к печальным последствиям. В таких капиталистических странах, как США, Англия, ФРГ, Швеция и др., мертворождаемость в пролетарских семьях вдвое выше и находится в прямой зависимости от условий труда и быта матери.

Санитарный отчет министерства здравоохранения ФРГ за 1967 г. объясняет рост числа мертворождений в этой стране тем, что женщины, боясь потерять место, работают до самого конца беременности, из-за чего значительно чаще стали наблюдаться и преждевременные роды, неправильное положение плода, выпадение пуповины и др.

Английский ученый Дуглас в своей монографии под названием «Характер изменения смертности матерей и грудных детей за последние 30 лет» приходит к выводу, что «экономический фактор оказывает большее влияние на мертворождаемость, чем возраст матери или число предыдущих беременностей».

Мертворождаемость в США почти перестала снижаться. И это — при огромных различиях в уровне мертворождаемости у белого и негритянского населения, которые имеются в Соединенных Штатах (табл. 5).

Показатель материнской смертности в США, как и в других экономически развитых странах снизился, однако разительные контрасты в уровнях этого показателя у белых и

Таблица 5

**Динамика коэффициентов мертворождаемости в США
в 1945—1965 гг.**
(число мертворождений на 1000 родившихся живыми)

| Год | По стране в целом | Белое насе- ление | Небелое население |
|------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1950 | 19,2 | 17,1 | 32,5 |
| 1955 | 17,1 | 15,2 | 28,4 |
| 1960 | 16,1 | 14,1 | 26,8 |
| 1965 | 16,2 | 13,9 | 27,2 |

Источник: Statist. Abstr. US, 1967, p. 56.

негров сохраняются (табл. 6). Показатель материнской смертности у негритянского населения США в настоящее время почти в 4 раза выше, чем у белого населения!

Снижение рождаемости в период общего кризиса капитализма в экономически развитых капиталистических странах происходит главным образом за счет пролетарских слоев населения. Хроническая безработица, отставание реального заработка от роста общественных потребностей пролетарских семей, увеличение материальных затрат на содержание и воспитание детей и т. п. заставляют трудящихся намеренно ограничивать размеры семьи.

Таблица 6

Материнская смертность в США в 1960—1965 гг.
(на 100 000 родов)

| Год | В целом по стране | Белое насе- ление | Небелое на- селение |
|------|----------------------|----------------------|------------------------|
| 1960 | 87,1 | 26,0 | 97,9 |
| 1961 | 36,9 | 24,9 | 101,3 |
| 1962 | 35,2 | 23,8 | 95,9 |
| 1963 | 35,8 | 24,0 | 96,9 |
| 1964 | 31,3 | 22,3 | 89,9 |
| 1965 | 31,6 | 21,0 | 83,7 |

Источник: Statist. Abstr. US, 1967, p. 56.

Не лишены интереса попытки ряда зарубежных демографов и экономистов определить стоимость содержания и воспитания детей в современной семье, глава которой имеет средний заработок. Так, французский демограф Даниэль Вилье утверждает, что материальные и культурные запросы детей возросли намного больше, чем у взрослого населения. В настоящее время расходы на охрану здоровья, развлечения, питание, одежду, обучение значительно увеличились по отношению к доходам родителей. «Ребенок, — заключает автор, — стал чрезмерно дорогим излишеством».

Расчеты французского демографа Альфреда Сови показывают, что средства, необходимые на содержание и воспи-

тание одного ребенка (в средней по материальному обеспечению французской семье), достигают суммы, которую отец зарабатывает на протяжении 8½ лет своего труда. Следовательно, в семье с тремя детьми отец должен работать более 25 лет лишь для обеспечения расходов, связанных с воспитанием детей.

Исследователь Беккер доказывает, что если в прежние времена ребенок являлся «прибыльным предприятием», так как затраты родителей на него полностью окупались, то сейчас дело обстоит иначе: расходы на воспитание детей стали «дефицитным предприятием...». Как бы ни поражали нас подобные рассуждения своей циничной расчетливостью, но зато они точно иллюстрируют реальную действительность в капиталистическом мире. Изложенное лишний раз подтверждает, что сдвиги в рождаемости, наблюдаемые в экономически развитых капиталистических странах, обусловлены социально-экономическими факторами.

В мире социализма

Преимущества социалистической системы здравоохранения проявились особенно ярко в области охраны материнства и младенчества.

Советская система охраны здоровья женщины-матери и ребенка, благодаря которой достигнуты исключительные успехи в воспитании физически крепкого, здорового подрастающего поколения, является образцом и примером для изучения и творческого восприятия врачами многих стран. До Октябрьской революции лишь 5% рожениц обеспечивалось в России медицинской помощью; по всей стране имелось в общей сложности всего девять консультаций для женщин и детей. За годы Советской власти в Советском Союзе открыто свыше 19 тыс. женских и детских консультаций и поликлиник, развернуто около 600 тыс. коек в родильных домах и детских больницах. Более 8,5 млн. детей посещают ясли и детские сады. В 1968 г. около 8 млн. детей укрепили свое здоровье в пионерских лагерях.

Естественное движение населения царской России характеризовалось исключительно высокой рождаемостью, составлявшей накануне первой мировой войны (1913 г.) — 47 на 1000 жителей, и в то же время исключительно высокой смертностью (30—35 человек на 1000 жителей). Свыше ¼ части всех родившихся детей умирало, не дожив до года.

Разумеется, коренная ломка векового уклада жизни не могла не сказаться на демографических процессах. В связи с индустриализацией страны, вызвавшей бурный рост городского населения (урбанизация), широким вовлечением женщин в сферу производственной и общественной деятельности и значительным повышением культурного уровня рождае-

мость понизилась. Советский Союз быстро превращался из отсталой аграрной страны в могущественную индустриальную державу.

Объясняя снижение рождаемости в 30-х годах, академик С. Г. Струмилин писал: «В нашей стране идет гигантскими шагами социалистическая индустриализация. Она влечет за собою размещение миллионов пришельцев из деревни в городах, она означает собою вовлечение в область индустриального труда наравне с мужчинами и миллионов женщин, еще недавно бывших только домашними хозяйками, она, наконец, создает потребность в миллионах новых кадров квалифицированного труда. А все это сопряжено с понижением средних коэффициентов плодovitости советских работниц. Что же удивительного, что мы наблюдаем такое их снижение?»¹.

Тяжелейшие последствия для нашей страны имели первая и вторая мировые войны. Миллионы людей погибли на фронтах, огромными были потери среди гражданского населения, резко изменился половой и возрастной состав населения, сильно сократилась рождаемость.

Определенное влияние на понижение рождаемости в СССР и некоторых других социалистических странах в последние годы оказывает уменьшение числа браков в результате вступления в совершеннолетнюю жизнь малочисленных групп населения, родившихся в годы второй мировой войны (в СССР в 1960 г. на 1000 жителей было заключено 12,1 брака, в 1965 г. — 8,7). И тем не менее в социалистических странах показатель рождаемости продолжает оставаться на относительно высоком уровне.

Представляют интерес перспективные расчеты численности населения восьми социалистических стран Европы для 1975 г., опубликованные Организацией Объединенных Наций². Располагая эти страны по численности населения в исходном году (1955), мы получим картину, представленную в табл. 7. (Сведения о будущем населении ГДР отсутствуют, так как в расчетах ООН фигурируют суммарные данные по обоим немецким республикам).

Численность населения 16 стран капиталистической Европы, по тем же расчетам ООН, увеличится на протяжении 20 лет (1955—1975) за счет естественного прироста на 14%, тогда как население восьми европейских социалистических стран возрастет на 33%. Иными словами, население стран социалистического лагеря Европы в указанном периоде будет расти в 2,3 раза быстрее, чем население капиталистической Европы. Это еще раз наглядно демонстрирует жизненную силу лагеря социализма.

¹ С. Г. Струмилин, Проблемы экономики труда. М., Госполитиздат, 1967, стр. 199.

² The Future Growth of World Population, New York, 1958, p. 74—75.

Население некоторых социалистических стран
(фактическое и по прогнозу ООН), в тыс.

| Страна | Фактическое | | По прогнозу | | Рост в 1975 г. по отно- шению к 1955 г. |
|--------------|-------------|---------|-------------|-----------|---|
| | 1955 г. | 1965 г. | 1965 г. | 1975 г. | |
| СССР | 196 200 | 230 508 | 234 000 | 275 000 | 40,1 |
| Польша | 27 281 | 31 496 | 32 050 | 36 484 | 33,7 |
| Югославия | 17 700 | 19 511 | 20 200 | 22 600 | 27,6 |
| Румыния | 17 325 | 19 027 | 19 600 | 21 700 | 25,2 |
| ГДР | 17 944 | 17 028 | — | — | — |
| Чехословакия | 13 093 | 15 159 | 14 300 | 15 500 | 18,4 |
| Венгрия | 9 838 | 10 146 | 10 600 | 11 500 | 16,9 |
| Болгария | 7 499 | 8 207 | 8 150 | 8 900 | 18,7 |
| Всего | 306 880 | 350 082 | 355 928 | 408 712 * | 33,2 |

* Включая ГДР, для которой принято неизменное число 17 028 000 человек.

Динамика смертности

Уровень смертности зависит от множества факторов, в первую очередь от социально-экономического развития той или иной страны, благосостояния населения, состояния здоровья, успехов медицины и т. д. При среднем показателе смертности для всего мира 16 случаев на 1000 человек населения по отдельным континентам в 1960—1968 гг. он составлял:

| | |
|---------------------|----|
| Европа | 10 |
| Азия | 18 |
| Африка | 23 |
| Америка | 11 |
| Австралия и Океания | 11 |

В настоящее время в Азии и Африке уровень смертности населения в 1,8—2 раза выше, чем в Европе и Америке.

В западных странах снижение смертности в XIX—XX веках обусловлено в основном крупными открытиями в области медицины и микробиологии. Важную роль в последние десятилетия сыграло открытие и внедрение антибиотиков. Осуществление санитарно-гигиенических мероприятий, способствовавших снижению смертности, явилось не только следствием усиления и активизации в капиталистических странах рабочего движения, но и результатом факта существования стран социалистического лагеря, которые в самые короткие сроки положили конец распространению особо опасных инфекций,

Таблица 8

Коэффициенты смертности в некоторых капиталистических странах Европы
(на 1000 человек населения)

| Годы | Австрия | Англия и Уэльс | Бельгия | ФРГ | Дания | Италия | Нидер- ланды | Норве- гия | Фран- ция | Швей- цария | Швеция |
|-----------|---------|-------------------|---------|------|-------|--------|-----------------|---------------|--------------|----------------|--------|
| 1950—1954 | 12,2 | 11,6 | 12,2 | 10,7 | 9,0 | 9,9 | 7,5 | 8,6 | 12,7 | 10,1 | 9,7 |
| 1955—1959 | 12,4 | 11,6 | 11,9 | 11,0 | 9,1 | 9,6 | 7,6 | 8,8 | 11,8 | 9,9 | 9,6 |
| 1960 | 12,7 | 11,5 | 12,4 | 11,4 | 9,5 | 9,7 | 7,7 | 9,1 | 11,4 | 9,7 | 10,0 |
| 1961 | 12,1 | 11,9 | 11,6 | 11,0 | 9,4 | 9,4 | 7,6 | 9,2 | 10,8 | 9,3 | 9,8 |
| 1962 | 12,7 | 11,9 | 12,2 | 11,1 | 9,8 | 10,1 | 8,0 | 9,4 | 11,5 | 9,7 | 10,2 |
| 1963 | 12,8 | 12,2 | 12,6 | 11,4 | 9,8 | 10,2 | 8,0 | 10,1 | 11,7 | 9,9 | 10,1 |
| 1964 | 12,3 | 11,3 | 12,1 | 10,8 | 9,9 | 9,6 | 7,7 | 9,5 | 10,7 | 9,1 | 10,0 |
| 1965 | 13,0 | 11,5 | 12,1 | 11,2 | 10,1 | 10,0 | 8,0 | 9,1 | 11,1 | 9,3 | 10,1 |
| 1966 | 12,5 | 11,7 | 12,0 | 11,3 | 10,3 | 9,5 | 8,1 | 9,3 | 10,7 | 9,3 | 10,0 |

малярии, паразитарных тифов и ряда других эпидемических болезней.

Заметим, однако, что за последние полтора десятилетия снижение общего показателя смертности на Западе почти не наблюдалось (табл. 8). Так, в Австрии, Англии и Уэльсе, Дании, Нидерландах, Норвегии, ФРГ и Швеции в 1965—1966 гг. он был выше, чем в 1950—1954 гг., в США остался на прежнем уровне и лишь в Бельгии, Италии, Франции и Швейцарии снизился, причем снижение, кроме Франции, было мало-заметным. Временную «остановку» этого коэффициента в странах Запада вовсе не следует рассматривать как признак благополучия. В ближайшие годы уровень смертности в этих странах станет расти, так как там уже исчерпались резервы для его дальнейшего снижения за счет эпидемических заболеваний. Наряду с этим повышению уровня смертности будет способствовать дальнейшее изменение возрастной структуры населения в сторону увеличения доли людей пожилого и старческого возраста. Нужно особо отметить, что утверждения буржуазных ученых и западной пропаганды о том, будто различия в уровне смертности представителей разных общественных классов в капиталистических странах в нынешнее время «сгладились» и даже исчезли, опровергаются фактами. Для примера сравним стандартизованные показатели смертности мужчин в возрасте 20—64 лет по данным английской профессиональной статистики за 1930—1932 гг. и 1950 г.

| | 1930— 1932 гг. | 1950 г. |
|--|-------------------|---------|
| Высшие должностные лица, крупные специалисты | 90 | 97 |
| Промежуточная хорошо оплачиваемая группа | 94 | 86 |
| Квалифицированные рабочие и мастера | 97 | 102 |
| Полуквалифицированные рабочие | 102 | 94 |
| Неквалифицированные рабочие | 111 | 118 |

Как видим, классовые различия в уровне смертности в Англии в 1950 г. были не меньшими, чем в период величайшего экономического кризиса 30-х годов.

Детская смертность

на протяжении последних лет десятилетий значительно снизилась. Однако достигнутые уровни — результат главным образом снижения смертности детей в возрасте старше 1 недели и особенно старше 6 месяцев. Так, в Англии и Уэльсе за период с 1906—1910 по 1961—1965 гг. смертность детей в возрасте от 6 месяцев до 1 года снизилась в 18,9 раза, а в первые дни жизни — лишь в 1,5—2,5 раза. Удельный вес ранней смертности (0—1 месяц) во всей детской смертности в Швеции, Англии и ряде других стран достигает 70—75%.

Основной причиной мертворождаемости и смертности на первом месяце жизни является недоношенность. Например, в Англии и Швеции на недоношенных приходится половина смертей в течение первого месяца жизни. Смертность новорожденных (вследствие родовых травм, внутричерепных кровоизлияний и т. д.) нередко связана не только с обстоятельствами рождения, но и с недоношенностью, слабостью, недоразвитием новорожденного.

Высокий уровень ранней детской смертности (до 1 месяца) в современных капиталистических странах является результатом неудовлетворительных условий труда и быта женского населения, недостаточной организации родовспоможения, дороговизны акушерской помощи, а во многих странах — и ее недоступности. Даже в наиболее развитых капиталистических странах женщина получает за свой труд меньше, чем мужчина. В США, например, средняя заработная плата женщин на 35—37% меньше, чем мужчин, во Франции — на 25—30%; в Англии девушки до 18 лет получают 70—75% заработка молодого рабочего. В ряде стран отсутствуют даже частичное социальное страхование и отпуск по беременности. Тяжелый труд в последние месяцы беременности и плохой дородовой уход дополняют условия, при которых столь распространяется недоношенность¹.

Четвертый доклад Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения по охране материнства и детства подтверждает, что низкий вес новорожденных обусловлен неблагоприятными социальными условиями. «Женщины, которым приходится работать до последних месяцев беременности, — указывают авторы доклада, — обычно рожают детей с более низким весом, чем те, которые совсем не работают в это время или прекращают работу в раннем периоде беременности».

Средние коэффициенты скрывают более высокий уровень детской смертности у необеспеченных слоев населения, безработных и угнетенных национальных меньшинств. Однако в Англии и Уэльсе, где ведется статистический учет смертности детей не только в целом до 1 года, но и отдельно для раннего возраста (0—28 дней), представляется возможным установить, что показатели детской смертности для разных социально-экономических групп населения остаются на протяжении многих лет в одних и тех же соотношениях (или разница несколько увеличивается, несмотря на экономическое развитие этих стран, известное улучшение медицинского обслуживания и снижение общего уровня смертности).

¹ Дуглас подсчитал, что в Англии в зажиточных семьях недоношенные дети в 1960 г. составляли 4,1%, в семьях фабрично-заводских рабочих — 6,2%; в семьях сельскохозяйственных рабочих — 7,2% (Lancet, 1961, № 6680).

Из табл. 9 видно, что в семьях английских рабочих умирало и умирает вдвое и втрое больше детей, чем в зажиточных семьях.

Таблица 9

Динамика показателей детской смертности в Англии и Уэльсе на 1000 детей соответствующей классово-профессиональной группы, определенной по роду занятий отца

| Классово-профессиональная группа | Возраст | 1921 г. | 1932 г. | 1950 г. | 1950 г. | |
|---|---------|-----------|---------|---------|-------------|-----------------------|
| | | до 1 года | | | до 4 недель | от 4 недель до 1 года |
| I. Высшие должностные лица, крупные специалисты | | 38,4 | 32,7 | 17,9 | 12,9 | 4,9 |
| II. Промежуточная хорошо оплачиваемая группа | | 55,5 | 45,0 | 22,2 | 16,2 | 6,5 |
| III. Квалифицированные рабочие и мастера | | 76,8 | 57,6 | 28,1 | 17,6 | 10,5 |
| IV. Полуквалифицированные рабочие | | 89,4 | 66,8 | 37,7 | 19,8 | 13,9 |
| V. Неквалифицированные рабочие | | 97,0 | 77,1 | 40,7 | 21,9 | 18,8 |

Резкую разницу в уровнях детской смертности у белого населения и негров в США показывает табл. 10. Тот факт, что детская смертность среди негров почти в 2 раза выше, чем у белого населения, зависит, разумеется, не от различий в цвете кожи, а от тех социальных, экономических и правовых условий, в которых находятся негры в США. Кроме того, даже беглый обзор данных табл. 10 показывает, что снижение детской смертности у негров происходит в значительно более медленном темпе, чем у белого населения. Так, у негров детская смертность с 1950 по 1965 г. снизилась на 9%, а у белых — на 20%.

Таблица 10

Смертность в возрасте до 1 года у белого и небелого населения в США (на 1000 живорожденных)

| Год | Белые | Небелые |
|------|-------|---------|
| 1950 | 26,8 | 44,5 |
| 1955 | 23,6 | 42,8 |
| 1956 | 23,2 | 42,1 |
| 1957 | 23,3 | 43,7 |
| 1958 | 23,8 | 45,7 |
| 1959 | 23,2 | 44,0 |
| 1960 | 22,9 | 43,2 |
| 1961 | 22,4 | 40,7 |
| 1962 | 22,3 | 41,4 |
| 1963 | 22,2 | 41,5 |
| 1964 | 21,6 | 41,1 |
| 1965 | 21,5 | 40,3 |

Источник: Statist. Abstr. US, 1967, p. 56.

Официальная статистика империалистических государств обычно игнорирует коренное население развивающихся стран, ограничиваясь показателями для белых, но даже неполные, отрывочные данные показывают резкие различия в уровне общей и детской смертности у коренного населения и у европейцев. Так, детская смертность у коренного населения Сомали, Марокко и Алжира в 2 с лишним раза выше, чем у европейцев, проживающих в этих странах, а в Замбии, Конго (Киншаса) и Южной Родезии — почти в 3 раза выше.

Резкие контрасты в уровне детской смертности у коренного населения и у европейцев ЮАР иллюстрируют данные табл. 11.

Таблица 11

Смертность детей в возрасте до 1 года в ЮАР
(на 1000 родившихся по годам)

| | 1945— 1949 гг. | 1950— 1954 гг. | 1955— 1959 гг. | 1960— 1964 гг. | 1965 г. |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------|
| Белое население | 37,0 | 33,6 | 29,7 | 29,3 | 29,2 |
| «Цветное» население | 131,3 | 129,7 | 130,1 | 124,6 | 136,1 |

Показатели детской смертности у «цветного» населения ЮАР в 4,7 раза выше, чем у европейцев. Контрасты в уровне детской смертности у белого и небелого населения не только не смягчаются, но, в ряде случаев продолжают обостряться. Темпы снижения детской смертности у белых значительно выше, чем у «цветного» населения (с 1945 по 1964 г. соответственно на 21 и 5%). А в последующем смертность детей «цветного» населения возросла.

Уровень детской смертности в Индии, несмотря на значительное снижение, в 4 раза выше, чем в Англии, а в Алжире — почти в 4 раза выше, чем во Франции. В некоторых странах Азии и Африки (Уганда, Танганьика, Замбия и др.) коэффициент детской смертности в 10 раз выше, чем в экономически развитых европейских странах. В Доминиканской Республике, Гватемале, Чили и Эквадоре уровень детской смертности в 4 раза, а в Бразилии — почти в 7 раз выше, чем в США.

В последнее время в ряде развивающихся стран отмечается снижение смертности населения. Особенно значительные успехи достигнуты в молодых суверенных государствах Азии и Африки, активно борющихся за ликвидацию остатков колониализма. Так, общая смертность в ОАР в 1945 г. составляла 23,0 на 1000 жителей, а в 1965 г. — 14,8, т. е. снизилась на 38%.

Средняя продолжительность жизни

из-за снижения детской и общей смертности в западных странах «подросла». Однако не следует забывать, что это статистическое увеличение явилось результатом главным образом снижения инфекционной заболеваемости как причины смертности населения молодого возраста. Например, в США средняя продолжительность предстоящей жизни родившихся в 1900—1902 гг. возросла (к 1965 г.) на 19 лет для мужчин и на 23 года для женщин, а для лиц в возрасте 65 лет она поднялась соответственно на 1,4 и 4 года.

Обращает на себя внимание неравномерность средней продолжительности жизни по странам. Например, в Бельгии у мужчин она на 8—9 лет, а в Австрии, ФРГ и Италии — на 3—5 лет короче, чем в Дании, Нидерландах, Норвегии и Швеции. Средняя продолжительность жизни женщин в Бельгии, Италии, Австрии и ФРГ на 3—6 лет короче, чем в Норвегии, Нидерландах и Швеции...

Последствия многовекового колониального гнета — тяжелые экономические условия жизни, еще относительно частые эпидемии инфекционных болезней, отсутствие элементарных медицинских лечебных и предупредительных мероприятий и т. д. — обусловили крайне низкую среднюю продолжительность жизни в ряде стран Азии, Африки и Латинской Америки. В некоторых местах она едва достигает половины средней продолжительности жизни в экономически развитых странах. Резкие различия видны при сопоставлении показателей в США и некоторых латиноамериканских стран (табл. 12).

На одном материке — два крайних полюса по размерам средней продолжительности жизни: США и группа латиноамериканских стран.

Таблица 12

Средняя продолжительность жизни в США и некоторых латиноамериканских странах

| Страна | Год | Мужчины | Женщины |
|-----------|------|---------|---------|
| США | 1965 | 66,8 | 73,7 |
| Чили | 1958 | 49,8 | 53,9 |
| Боливия | 1951 | 49,7 | 49,7 |
| Гондурас | 1948 | 45,0 | 49,0 |
| Колумбия | 1952 | 44,2 | 45,9 |
| Гватемала | 1951 | 43,8 | 43,5 |
| Бразилия | 1950 | 39,3 | 45,5 |

Следует отметить также последствия политической и экономической дискриминации различных групп населения по признаку расы, цвета кожи и происхождения. Например, в

США в настоящее время средняя продолжительность жизни мужчины негра на 6,5 года короче, чем белого (соответственно 61,1 и 67,6 года), негритянки — почти на 7,5 года короче, чем белой американки (соответственно 67,4 и 74,7 года). В очень тяжелом положении находится индейское население США. Живет оно в крайней бедности, скудно, в резервациях, где водоснабжение недостаточное, санитарное состояние жилищ неудовлетворительное, во многих племенах на территории юго-западных штатов знахари являются единственными «представителями медицины». Поэтому не удивительно, что средняя продолжительность жизни индейцев значительно ниже: мужчин — 58 лет, женщин — 62 года, т. е. соответственно на 9 и 12 лет меньше, чем белых американцев.

Трагически выглядят числа, характеризующие среднюю продолжительность жизни коренного населения в Южно-Африканской Республике: у мужчин-европейцев — 65 лет, а у коренных жителей — 45 лет, женщин — соответственно 70 и 48 лет!

Средняя продолжительность жизни в Родезии у мужчин-европейцев — 67 лет, у коренных жителей — 49 лет, у женщин — соответственно 74 и 50 лет.

Приведенные данные показывают, что средняя продолжительность жизни населения многих стран Азии, Африки и Латинской Америки все еще остается на том уровне, который был в Европе в XVII и XVIII столетиях. Однако в тех развивающихся странах, которые, добившись независимости, осуществили ряд социально-экономических и оздоровительных мер, средняя продолжительность жизни населения значительно увеличилась. Так, в ОАР в 30-х годах средняя продолжительность жизни мужчин едва достигала 30 лет, женщин — 31 года, а в 1960 г. она составляла соответственно 51,6 и 53,8 года.

В заключение следует заметить, что в США и тех европейских капиталистических странах, где средняя продолжительность жизни достигла 70 лет, резервы для ее дальнейшего увеличения в значительной мере исчерпаны и в последнее время ее повышение резко замедлилось.

Общеизвестны оценки биологических пределов человеческой жизни, простирающиеся до 100 лет и выше. Не входя здесь в их обсуждение, ограничимся ссылкой на доклад видного советского демографа А. Я. Боярского на Всемирной конференции ООН в Белграде по вопросам народонаселения (1965), где сказано, что условия жизни в западных странах «далеки от обеспечения предельной продолжительности жизни и вряд ли намного приблизятся к этому через треть столетия, отделяющую нас от конца века». Разумеется, если не наступят коренные революционные изменения в этих условиях раньше указанного срока.

В СССР и других социалистических странах

Резкая разница в темпе роста производительных сил, принципе распределения национального дохода, доступности медицинской помощи по сравнению со странами капиталистического мира обусловила столь же резкие различия в темпах снижения общей и детской смертности и увеличения средней продолжительности жизни.

По сравнению с дореволюционным периодом общая смертность населения СССР снизилась более чем в 4 раза. Если уровень смертности в дореволюционной России в 2 с лишним раза превышал таковой в США и Англии и в 1,5 раза — во Франции, то сейчас уровень смертности населения СССР ниже, чем в этих странах.

Имея в виду необходимость устранить влияние снижения рождаемости и особенностей возрастно-половой структуры населения на общие коэффициенты смертности, советский ученый А. М. Мерков сопоставил динамику показателей смертности в возрасте старше 1 года и табличных показателей смертности населения СССР и капиталистических стран. Сделанный им анализ подтвердил, что по темпам сокращения смертности СССР резко обогнал капиталистические страны. Так, если принять табличный показатель смертности первых лет начала XX века за 100, то для 1960 г. или ближайших лет эти показатели составляли в СССР для мужчин 49,2, для женщин 47,9, в Англии — соответственно 62,2 и 65,5, во Франции — 71,0 и 70,2, в Австрии — 61,1 и 59,4, в Бельгии — 73,2 и 72,7, в США — 71,8 и 70,2.

Таким образом, табличные показатели смертности населения СССР снизились более чем на 50%, а в США — менее чем на 30%. Эти данные приводят к убедительному выводу, что *отмеченные преимущества СССР перед капиталистическими странами в темпах снижения смертности не зависят от снижения рождаемости и различий в возрастно-половом составе населения СССР и капиталистических стран, а являются результатом повышения жизненного уровня и укрепления здоровья советских граждан.*

Снижение общей смертности в социалистических странах отражают данные, приведенные в табл. 13. Столь быстрые темпы снижения смертности населения не имеют себе равных в истории развития капиталистических стран. Превосходство стран социализма в темпах снижения смертности населения наглядно демонстрируют преимущества социалистического строя, экономики, культуры, здравоохранения, всего уклада жизни.

Улучшение условий жизни и успехи медицины в странах лагеря социализма особенно сказались на снижении детской смертности,

**Динамика коэффициентов смертности в некоторых социалистических
странах в 1935—1966 гг.
(на 1000 населения)**

| Страна | 1935— 1939 гг. | 1945— 1949 гг. | 1960 г. | 1965 г. | 1966 г. |
|--------------|-------------------|-------------------|---------|---------|---------|
| Болгария | 13,9 | 12,3 | 8,1 | 8,1 | ... |
| Венгрия | 14,3 | 14,8 | 10,2 | 8,8 | 9,2 |
| Польша | 14,1 | 11,4 | 7,6 | 7,4 | 7,2 |
| Румыния | 19,6 | 17,5 | 8,7 | 8,6 | 8,9 |
| СССР | 18,3 | 9,7 | 7,1 | 7,3 | 7,3 |
| Чехословакия | 13,2 | 12,4 | 9,2 | 7,9 | 8,1 |
| Югославия | 15,9 | 13,2 | 9,9 | 8,7 | 8,5 |

В царской России из каждой тысячи родившихся не доживали до года 270. «Особенно опустошительные размеры детская смертность принимает в низах общества. Здесь, в тисках нужды, в сырых подвалах, по темным каморкам и углам — извечное царство смерти. Чахлые, рахитичные дети... обречены на смерть едва ли не с момента зачатия», — писала 5 февраля 1912 г. московская газета «Раннее утро».

В СССР детская смертность снизилась более чем в 10 раз. Особенно резко уменьшилась в городах смертность детей в возрасте до 1 года от дифтерии, скарлатины, коклюша, туберкулеза, кори и т. д.

Данные табл. 14 отражают снижение смертности в СССР по возрастным группам.

Резкое снижение смертности произошло во всех возрастных группах населения СССР, но особенно значительным оно было в детском возрасте. Например, у детей в возрасте

Таблица 14

**Возрастные показатели смертности в России и в СССР
(на 1000 населения в соответствующих возрастных группах)**

| Возрастная группа (в годах) | 1896— 1897 гг. | 1926 г. | 1938— 1939 гг. | 1958— 1959 гг. | 1964— 1965 гг. |
|--------------------------------|-------------------|---------|-------------------|-------------------|-------------------|
| До 4 | 133,0 | 78,9 | 75,8 | 11,9 | 7,2 |
| 5—9 | 12,9 | 7,3 | 5,5 | 1,1 | 0,8 |
| 10—14 | 5,4 | 3,1 | 2,6 | 0,8 | 0,6 |
| 15—19 | 5,8 | 3,7 | 3,4 | 1,3 | 1,0 |
| 20—24 | 7,6 | 5,5 | 4,4 | 1,8 | 1,6 |
| 25—29 | 8,2 | 6,1 | 4,7 | 2,2 | 2,0 |
| 30—34 | 8,7 | 6,3 | 5,4 | 2,6 | 2,5 |
| 35—39 | 10,3 | 7,5 | 6,8 | 3,1 | 3,1 |
| 40—44 | 11,8 | 9,0 | 8,1 | 4,0 | 3,8 |
| 45—49 | 15,7 | 10,9 | 10,2 | 5,4 | 5,0 |
| 50—54 | 18,5 | 14,0 | 13,8 | 7,9 | 7,8 |
| 55—59 | 29,5 | 18,1 | 17,1 | 11,2 | 10,8 |
| 60—64 | 34,5 | 24,7 | 24,5 | 17,1 | 17,2 |
| 65—69 | 61,6 | 36,5 | 35,1 | 25,2 | 24,4 |
| 70 и старше | 89,0 | 79,5 | 78,9 | 63,8 | 61,2 |
| <i>Всего населения</i> | 32,4 | 20,3 | 17,4 | 7,4 | 7,1 |

до 9 лет смертность снизились в 18 раз. Уменьшение детской смертности в некоторых других странах социалистического содружества отражают данные табл. 15.

Таблица 15

**Детская смертность в некоторых социалистических странах
в 1935—1965 гг.
(на 1000 родившихся)**

| Страна | 1935— 1939 гг. | 1950 г. | 1955 г. | 1960 г. | 1965 г. |
|--------------|-------------------|---------|---------|---------|---------|
| Болгария | 146,4 | 94,5 | 82,4 | 45,1 | 30,8 |
| Венгрия | 133,5 | 86,0 | 60,0 | 48,0 | 38,8 |
| ГДР | 66,3 ¹ | 72,0 | 49,0 | 39,0 | 23,2 |
| Польша | 139,2 | 111,2 | 82,2 | 54,8 | 41,8 |
| Румыния | 179,0 | 117,0 | 78,0 | 74,6 | 44,1 |
| СССР | 184,0 | 81,0 | 60,0 | 35,0 | 27,0 |
| Чехословакия | 111,4 | 77,7 | 34,1 | 23,5 | 25,3 |
| Югославия | 138,8 | 118,4 | 112,8 | 87,7 | 71,5 |

¹ Вся Германия.

За годы народной власти по низкому уровню детской смертности Чехословакия, например, заняла одно из лучших мест в мире. Точно так же и в других социалистических странах детская смертность неуклонно и быстро падает. Снижению смертности сопутствует значительное увеличение продолжительности жизни населения социалистических стран. (Динамику этого показателя для СССР характеризует табл. 16.)

Таблица 16

**Средняя продолжительность жизни населения СССР
и дореволюционной России**

| Годы переписи или расчета | Средняя продолжительность жизни | | |
|--|---------------------------------|--------|--------|
| | всего населения | мужчин | женщин |
| 1896—1897 (по 50 губерниям Европейской России) | 82 | 31 | 33 |
| 1926—1927 (по европейской части СССР) | 44 | 42 | 47 |
| 1958—1959 | 69 | 64 | 72 |
| 1960—1961 | 70 | 65 | 73 |
| 1965—1966 | 70 | 66 | 74 |

Средняя продолжительность жизни в СССР в 1965—1966 гг. более чем в 2 раза превысила среднюю продолжительность жизни в дореволюционной России. В Советском Союзе за 50 лет совершен резкий скачок к высшим показателям санитарной культуры.

Значительно увеличилась средняя продолжительность жизни и в других социалистических странах. Например, в Болгарии этот показатель возрос с 32 лет в 1935—1939 гг. до 70 лет в 1960—1962 гг., в Венгрии — с 50 лет в 1930 г. до 67 лет в 1960 г., в Польше — с 48 лет для женщин и с 51 года для мужчин в 1931—1932 гг. соответственно до 65 и 70 лет в 1960—1961 гг.; в ГДР в настоящее время средняя продолжительность жизни мужчин составляет 67,7 года, женщин — 72,1 года, в Чехословакии соответственно 67,8 и 73,6 года.

Приведенные данные говорят не только о прогрессе социалистического здравоохранения, но и об огромном положительном воздействии на здоровье народа социальных условий, порожденных общественным, экономическим и государственным устройством стран социалистического мира.

Заболееваемость

К середине XX века под влиянием как социально-экономических факторов, так и прогресса медицины и гигиены в характере заболеваемости населения экономически развитых стран произошли существенные изменения. Если раньше основной причиной смерти, особенно в молодом возрасте, были эпидемические болезни, то ныне на первое место выдвинулись хронические недуги, болезни сердца и кровеносных сосудов, злокачественные опухоли, профессиональные заболевания, производственный травматизм и др. В то же время в развивающихся странах ведущее место среди причин смерти продолжают занимать эпидемические и острые желудочно-кишечные заболевания.

Нужно сказать, что «набор недугов» во всех экономически развитых странах мира сейчас имеет сходство, что объясняется бурным научным и техническим прогрессом. Если проанализировать причины смерти населения социалистических стран, то окажется, что имеет место увеличение удельного веса хронических болезней и уменьшение доли острых инфекционных заболеваний. Однако состояние и перспективы улучшения здоровья населения в странах социалистического содружества выгодно отличаются от капиталистического мира. Это видно не только по более быстрым темпам улучшения здоровья, снижения смертности и заболеваемости в странах социализма, но и по значительно меньшему уровню распространения в них ряда заболеваний, в том числе таких, как сердечно-сосудистые, нервно-психические, травматизм и т. д., высокий уровень которых типичен для экономически развитых капиталистических стран.

Болезни сердца и кровеносных сосудов

Общеизвестно, что проблема сердечно-сосудистой патологии приобрела в современном мире первостепенное значение. Болезни сердца и кровеносных сосудов в экономически развитых странах заняли первое место среди всех причин смерти.

В западных странах

рост показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний многие ученые связывают главным образом с увеличением в составе населения процента людей пожилого и старческого возраста, у которых в структуре заболеваемости и смертности преобладают атеросклероз, гипертоническая болезнь и сосудистые поражения центральной нервной системы. Однако если пристально приглядеться к стандартизованным показателям, устраняющим в статистике влияние возрастного фактора, то окажется, что, например, в текущем столетии смертность от болезней сердца в США увеличилась в 1,9 раза, а по средним и старшим возрастным группам — в 2,1 раза (табл. 17).

Таблица 17

Стандартизованные * коэффициенты смертности от заболеваний сердца в США в 1900—1960 гг.
(на 100 000 населения)

| Год | Все население | Население в возрасте 35 лет и старше |
|------|---------------|--|
| 1900 | 167,3 | 364,1 |
| 1910 | 201,7 | 453,5 |
| 1920 | 203,6 | 465,0 |
| 1930 | 252,7 | 590,5 |
| 1940 | 292,7 | 698,4 |
| 1948 | 286,0 | 690,5 |
| 1949 | 304,7 | 738,2 |
| 1957 | 313,9 | 762,7 |
| 1958 | 312,8 | 760,0 |
| 1959 | 313,7 | 761,6 |
| 1960 | 314,2 | 763,1 |

* В качестве стандарта принят возрастной состав населения 1940 г.

Исчислено по: Vital Statist. US., v. 43, 1956, N 17;
v. 48, 1961

На протяжении 14 лет (1951—1964) смертность населения ФРГ от сердечно-сосудистых заболеваний в среднем возросла на 10% (табл. 18).

Первое место в структуре причин смерти от сердечно-

**Стандартизованные коэффициенты смертности населения ФРГ
от сердечно-сосудистых заболеваний в 1951—1964 гг.**

| Год | Для обоих полов | Мужчины | Женщины |
|------|-----------------|---------|---------|
| 1951 | 174,9 | 186,4 | 164,8 |
| 1960 | 196,8 | 237,0 | 161,3 |
| 1961 | 194,6 | 239,9 | 154,6 |
| 1962 | 199,5 | 249,8 | 155,1 |
| 1963 | 200,0 | 249,4 | 156,4 |
| 1964 | 193,0 | 247,9 | 144,7 |

Источник: Statist. Jahrbuch Bundesrepublik Dtsch. 1966, S. 84; в качестве стандарта принят возрастной состав 1950 г.

сосудистых заболеваний занимают коронаросклероз¹ и дистрофия миокарда. На втором месте стоят поражения сосудов мозга. Наибольший удельный вес эта причина смерти занимает в ФРГ (41%). Третье место принадлежит прочим заболеваниям сердца, четвертое — гипертонической болезни и, наконец, идут хронические ревматические болезни сердца и острый ревматизм.

Социальная обусловленность

роста сердечно-сосудистой патологии в капиталистических странах не подлежит сомнению. Многие ученые связывают частоту смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, особенно от атеросклероза, с характером питания населения, в частности с количеством потребляемых жиров и углеводов. Но в этом вопросе был прав советский кардиолог А. Л. Мясников, утверждавший, что не следует находиться под дамокловым мечом показателей холестерина. Дело не в его количестве в пище, а в том образе жизни, который ведет человек.

Исследовательские данные последних десятилетий со всей очевидностью говорят о том, что подневольный труд широких слоев промышленного пролетариата современных капиталистических стран стал основным патогенетическим фактором. Он настолько интенсифицирован, что расход жизненной энергии рабочих невозможно компенсировать ни сокращением обычного рабочего времени, ни каким-либо незначительным повышением заработной платы.

О том, какова роль современных капиталистических предприятий в увеличении смертности рабочих от сердечно-

¹ Коронаросклероз — склероз коронарных (венечных) сосудов сердца; дистрофия миокарда — болезнь сердечной мышцы.

сосудистых заболеваний, пишет западнотерманский гигиенист Коллат в книге «Болезни и причины смерти, обусловленные цивилизацией». Он приводит данные обследования, согласно которым смертность от заболеваний сердца среди работающих на конвейерах в 4 раза больше, чем среди тех, кто находится вне автоматического процесса работы.

Динамику смертности от заболеваний сердца у лиц среднего и старшего возраста — 35 лет и выше — в США (как до массового применения конвейеров, хронометража и прочих средств интенсификации труда, так и в период их массового применения) демонстрирует табл. 19. Данные ее говорят о том, что в период с 1900 по 1915 г. смертность от заболеваний сердца значительно увеличилась лишь в старших возрастных группах (65—85 лет и старше). У лиц в возрасте 35—44 и 45—54 лет это повышение было сравнительно небольшим. Но вот в 1915—1940 гг., когда началось внедрение новых методов интенсификации труда, смертность от заболеваний сердца резко возросла, особенно среди лиц в возрасте 45—54 лет (в 1,5 раза). В 40-х и 50-х годах она продолжала расти. В результате за шесть десятилетий (1900—1960) у лиц в возрасте 35—44 лет она повысилась на 6,9%, в группах 45—54 и 55—64 лет — в 1,7—1,9 раза, в группах 65—74 и 75—84 лет — в 2—2,5 и в группе 85 лет и старше — в 4,2 раза.

Таблица 19

**Изменение уровня смертности от болезней сердца в США в разных
возрастных группах в отдельные периоды**
(в процентах) *

| Возрастная группа | 1900— 1915 гг. | 1915— 1940 гг. | 1940— 1948 гг. | 1949— 1960 гг. | 1900— 1960 гг. |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 35—44 года | 4,9 | 8,1 | —8,4 | 0,6 | 6,9 |
| 45—54 » | 6,8 | 51,3 | 3,9 | —3,8 | 71,7 |
| 55—64 » | 15,7 | 48,2 | 4,2 | —1,8 | 90,3 |
| 65—74 » | 31,5 | 38,0 | —3,2 | 7,2 | 104,5 |
| 75—84 » | 49,4 | 61,0 | —5,4 | 6,2 | 154,6 |
| 85 лет и старше | 93,1 | 97,0 | 3,2 | 4,7 | 321,7 |

* Без знака — увеличение, со знаком — уменьшение.

Приведенные данные говорят о резком ухудшении здоровья населения США в эпоху внедрения новых методов интенсификации труда и в относительно молодом (рабочем) возрасте.

Изучение смертности от болезней сердца в Балтиморе (США) в начале 60-х годов опровергло утверждения официальной английской статистики, будто смертность от атеросклероза коронарных сосудов и дистрофии миокарда выше среди обеспеченных слоев населения. В этом аспекте представляют также интерес результаты изучения смерт

ности от болезней сердца различных слоев населения Нью-Йорка в зависимости от материальной обеспеченности¹.

Ежегодная смертность населения Нью-Йорка от заболеваний сердца за период, например, с 1949 по 1951 г. колебалась от 249 до 689 на 100 000 населения (по данным, охватывающим 2 млн. человек) и в среднем составляла 359 на 100 000 населения. Уровень смертности от заболеваний сердца оказался значительно выше там, где проживает менее обеспеченное население, и ниже на участках, заселенных более обеспеченными слоями. Так, из 15 участников Ист-Сайда — района, население которого имеет самые низкие доходы, в 13 смертность от заболеваний сердца была выше средней, из восьми участников Централ Гарлема, примерно с таким же составом населения, смертность выше средней была зарегистрирована в шести, в то время как из 13 участков района Вашингтон Хайте, населенного наиболее зажиточными людьми, только в трех смертность от болезней сердца была выше средней, а в 10 она была значительно ниже. Иными словами, *высота смертности от болезней сердца обратно пропорциональна степени материальной обеспеченности населения.*

В последнее время внимание врачей привлекло распространение различных проявлений сердечной патологии, объединяемых термином *«кардиопатия бедняков»*. Французские ученые отмечают частые случаи *«кардиопатии бедняков»* у людей с низким материальным уровнем жизни, среди ветеранов войны, перемещенных лиц и др.

Отыскивая и анализируя факторы, сказывающиеся на сердечно-сосудистой системе людей, проживающих в крупных промышленных центрах, многие буржуазные исследователи стараются не замечать или прямо игнорируют наиболее важные, ведущие причины роста смертности от болезней сердца. А к ним прежде всего относятся эксплуатация трудящихся, безудержная интенсификация труда и автоматизация производственных процессов на капиталистических предприятиях, превращающих рабочего в полумеханический придаток машины, расовый и социальный фактор, весь уклад жизни общества, где господствует принцип частной собственности и чистогана. Анализируя в свое время систему американского инженера Ф. Тейлора и пагубные последствия для здоровья рабочих капиталистической интенсификации труда, В. И. Ленин писал: *«Прогресс техники и науки означает в капиталистическом обществе прогресс в искусстве выжимать пот»*².

Ленинская оценка полностью сохранила свое значение

¹ A. P. Kent, J. B. McCarroll, M. D. Schweitzer, H. N. Ward. Am. J. publ. Hlth., 1958, v. 48, No 2, p. 200—207.

² В. И. Ленин. Полн. собр. соч., т. 23, стр. 19.

для характеристики современного капиталистического мира, где повышение интенсификации труда усиливает эксплуатацию рабочих и ведет к ухудшению их здоровья.

Сердечно-сосудистые заболевания в капиталистических странах должны быть отнесены к социальным болезням. Основанием для этого служат их широкое распространение, тесная связь с образом жизни, условиями труда и положением человека в обществе, социально-классовые различия в уровнях заболеваемости и смертности.

Разумеется, борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями в указанных странах может быть успешной лишь при коренном изменении социальных условий, образа жизни, условий труда широких слоев населения и в том случае, если они будут полностью обеспечены бесплатной, общедоступной и квалифицированной медицинской помощью.

В мире социализма

достижения значительных успехов в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями обязаны осуществлению общегосударственных мероприятий по улучшению условий труда и быта.

Труд в Советском Союзе и других социалистических странах превратился не только в дело чести и доблести, но и в жизненную потребность, важное условие сохранения здоровья. Применение совершенных машин, внедрение технической рационализации и автоматизации на предприятиях социалистических стран неуклонно сопровождается улучшением охраны труда, снижением травматизма, заболеваемости, что способствует сохранению и улучшению здоровья трудящихся. Технический прогресс в странах социализма облегчает труд, многие профессии, отрицательно влияющие на организм человека, исчезают. Возможность выбора профессии по личным наклонностям, соблюдение ритмичного графика работы приобретают все большее значение в профилактике гипертонии, атеросклероза и коронарной болезни и других сердечно-сосудистых заболеваний. Немаловажную роль в этом процессе играет и широко осуществляемое в СССР и ряде других социалистических стран интенсивное жилищное строительство по принципу — каждой семье отдельную квартиру (общеизвестно, что плата за жилье у нас самая низкая в мире!). Это тоже оказывает благотворное воздействие на самочувствие, настроение людей, создает лучшие условия для правильного устройства быта, отдыха, спокойной обстановки. Большое значение имеют также рациональная, на гигиенической основе организация питания, повышение физической активности, занятия физической культурой и различными видами спорта не только молодежи, но и лиц среднего и пожилого возраста.

Важную роль в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в социалистических странах играют также вопросы гигиены населенных мест — их озеленение, снижение вредного влияния шума, загрязнения воздуха дымом и выхлопными газами и т. д.

Профилактика при социализме носит всеобъемлющий характер. Она направлена на гармоническое развитие человека и охватывает все стороны жизни людей — условия труда, быта, питания, жилища, воспитания и отдыха.

Основной организационной формой работы по профилактике заболеваний сердца и сосудов в СССР и других социалистических странах является диспансерное обслуживание — раннее выявление больных, непрерывное наблюдение за ними, своевременное проведение профилактических и лечебных мероприятий. С целью раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний широко проводятся профилактические осмотры определенных групп населения. Большое значение имеет также своевременное стационарное лечение в больницах и санаторно-курортных учреждениях. Разработана система борьбы с ревматизмом у детей. Большая работа проводится по специализации и усовершенствованию врачей в области сердечно-сосудистой патологии.

В СССР разработан комплекс лечебно-профилактических мероприятий, включающих трудоустройство больных гипертонической болезнью, регулирование их режима и др. Хороший эффект дает лечение гипертонии в профилакториях, где больные находятся в течение 1—2 месяцев без отрыва от производства. В целях улучшения экстренной терапевтической помощи и лечения больных инфарктом миокарда на станциях скорой медицинской помощи созданы специальные бригады, соответствующим образом оборудованы автомашины скорой помощи.

Представление о частоте сердечно-сосудистых заболеваний в СССР дают материалы по 65 городам РСФСР (на 1000 человек населения):

| | Среди мужчин | Среди женщин |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|
| Ревматизм | 5,5 | 10,7 |
| Сосудистые поражения мозга . . . | 6,6 | 9,2 |
| Грудная жаба | 4,4 | 4,3 |
| Инфаркт миокарда | 0,8 | 0,3 |
| Атеросклероз сердца и сосудов . . | 12,3 | 18,9 |
| Гипертоническая болезнь | 14,7 | 26,8 |
| Сердечно-сосудистые неврозы . . . | 2,6 | 4,7 |

Наиболее распространенными среди сердечно-сосудистых заболеваний в стране являются гипертоническая болезнь, атеросклероз сердца и сосудов, ревматизм и сосудистые поражения мозга. Эти четыре нозологические формы состав-

ляют 62% всей сердечно-сосудистой патологии у мужчин и 72% у женщин.

Ниже приводятся стандартизованные показатели смертности населения СССР от сердечно-сосудистых заболеваний в 1960 г. (на 100 000 населения соответствующего пола).

| | Мужчины | Женщины |
|-------------------------------------|---------|---------|
| Все сердечно-сосудистые заболевания | 290,4 | 222,8 |
| В том числе | | |
| сосудистые поражения мозга | 54,0 | 46,6 |
| ревматизм | 14,3 | 18,6 |
| гипертоническая болезнь | 61,6 | 48,7 |

В Советском Союзе по сравнению с экономически развитыми капиталистическими странами уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний ниже. Так, например, в США в 1960 г. стандартизованный показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний составлял в среднем 314,2 на 100 000 человек населения, а в СССР в том же году у мужчин — 290,4, у женщин — 222,8.

Пятилетним планом развития народного хозяйства СССР на 1966—1970 гг. предусмотрены меры, направленные на усиление профилактики заболеваний, укрепление здоровья населения, развитие физической культуры и спорта, оздоровление внешней среды — воздуха и почвы, на улучшение условий труда и быта советских граждан. Особое внимание уделяется борьбе с некоторыми массовыми заболеваниями, а также с сердечно-сосудистыми болезнями.

Социальные и медицинские мероприятия, широко проводимые в нашей стране и других социалистических странах, не оставляют сомнения в том, что и дальше будет снижаться заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями, улучшаться здоровье населения.

Злокачественные опухоли

Особенности распространения

Проблема злокачественных опухолей в современном мире занимает особое место. Стремительный рост заболеваемости раком некоторых локализаций многими рассматривается как чрезвычайное явление¹. Попытки исключить какое-либо влияние социальных факторов на развитие и распространение злокачественных опухолей потерпели крах. Рак, отмечается в докладе экспертов ВОЗ,— достаточно яркая иллюстрация того, что социальные факторы могут влиять не только на частоту заболевания, но также и на методы профилактики².

¹ В экономически развитых странах рак составляет от 90 до 95% всех злокачественных опухолей.

² ВОЗ. Серия технических докладов, № 266. Женева, 1964, стр. 12.

Злокачественные опухоли в экономически развитых странах выдвинулись на второе место среди всех причин смерти, уступая сердечно-сосудистым болезням. В начале XX века смертность от этих заболеваний составляла в среднем 3—7% всех причин смерти, а в 1968 г. каждый пятый-шестой умерший погибал от злокачественной опухоли.

Огромный рост обычных показателей смертности от злокачественных опухолей связан главным образом со сдвигами в возрастном составе населения, увеличением доли людей пожилого и старческого возраста. Однако применение исследователями стандартизованных показателей, устраняющих влияние возрастного фактора, позволило установить, что подлинный уровень смертности от злокачественных опухолей меняется, но далеко не в таких размерах.

Анализ динамики стандартизованных коэффициентов (табл. 20) показывает, что в 22 из 23 рассмотренных зарубежных стран в период с 1950 по 1963 г. отмечался рост смертности мужского населения от злокачественных опухолей (лишь в Швейцарии положение было неустойчивым — периоды снижения сменялись периодами повышения). Наиболее значительный рост смертности мужчин от злокачественных опухолей за указанный период отмечен в Португалии (на 65%), Италии (35%), Дании (32%), у негритянского населения США (27%) и в Японии (25%).

Смертность от злокачественных опухолей у женщин в 13 из 23 рассмотренных стран имела тенденцию к снижению, в двух странах ее уровень стабилизировался, в восьми повысился.

Таким образом, сопоставление стандартизованных коэффициентов за 14 лет показывает подлинный рост смертности от злокачественных опухолей у мужчин, тогда как у женщин в большинстве стран произошло некоторое снижение смертности.

Злокачественные опухоли поражают преимущественно население пожилого возраста. В экономически развитых странах на возраст 50 лет и старше приходится около 75% всех заболеваний, но они встречаются и в молодом, даже детском возрасте.

Если до недавнего времени среди злокачественных опухолей первое место принадлежало раку желудка, то в настоящее время положение изменилось. Из 23 рассмотренных стран в 16 у мужчин на первое место выдвинулся рак органов дыхания; в шести странах первое место по-прежнему занимает рак желудка. Таким образом, в структуре причин смерти мужского населения от злокачественных опухолей первое место принадлежит раку органов дыхания (от 14,2% во Франции до 37,3% в Англии и Уэльсе), а второе место — раку желудка (от 14% во Франции до 49,4% в Японии). Третье место в структуре причин смерти мужчин от злокаче-

**Стандартизованные коэффициенты смертности от злокачественных
и лимфатической ткани, по ряду стран в 1950—1963 гг.**

| Страна | Мужчины | | | | | | | Рост (+) сниже- ние (-) в 1962— 1963 гг. к 1950— 1951 гг. (в %). |
|----------------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---|
| | 1950— —1951 | 1952— 1953 | 1954— 1955 | 1956— 1957 | 1958— 1959 | 1960— 1961 | 1962— 1963 | |
| Австралия | 118,9 | 127,0 | 127,1 | 130,9 | 133,6 | 130,0 | 136,5 | +14,8 |
| Австрия | 171,2 | 174,6 | 176,4 | 187,6 | 189,8 | 193,0 | 190,0 | +11,0 |
| Англия и Уэльс | 161,5 | 164,8 | 168,5 | 170,9 | 173,8 | 175,5 | 177,9 | +10,2 |
| Бельгия | ... | ... | 149,2 | 153,2 | 157,2 | 169,5 | 175,5 | +17,6 ¹ |
| Дания | 123,9 | 145,4 | 149,0 | 152,6 | 157,2 | 157,6 | 163,3 | +31,8 |
| Израиль | 107,2 | 116,3 | 114,8 | 116,0 | 117,0 | 121,1 | 116,3 | + 8,5 |
| Ирландия | 120,6 | 125,4 | 130,5 | 131,4 | 131,4 | 133,0 | 138,4 | +14,8 |
| Италия | 106,3 | 116,5 | 119,1 | 130,6 | 132,6 | 139,0 | 143,4 | +34,9 |
| Канада | 123,2 | 128,7 | 131,8 | 133,9 | 133,4 | 137,6 | 139,7 | +13,4 |
| Нидерланды | 142,9 | 143,7 | 147,0 | 148,5 | 154,5 | 160,4 | 165,8 | +16,2 |
| Новая Зелан- дия | 132,8 | 129,3 | 134,1 | 137,4 | 137,7 | 136,2 | 148,3 | +11,7 |
| Норвегия | 122,7 | 125,3 | 124,1 | 124,9 | 124,9 | 125,1 | 126,6 | + 3,2 |
| Португалия | 65,4 | 76,6 | 87,3 | 93,1 | 97,7 | 104,6 | 108,2 | +65,4 |
| Северная Ир- ландия | 135,3 | 135,1 | 134,9 | 149,4 | 148,9 | 147,8 | 145,2 | + 7,3 |
| США (белое население) | 129,3 | 133,4 | 136,2 | 139,7 | 139,7 | 139,5 | 135,4 | + 4,7 |
| США (небелое население) | 121,8 | 130,7 | 140,2 | 151,1 | 156,2 | 152,6 | 155,2 | +27,4 |
| ФРГ | 137,1 | 148,2 | 150,7 | 160,0 | 158,8 | 163,6 | 168,1 | +22,6 |
| Финляндия | 173,6 | 184,3 | 184,9 | 186,7 | 188,0 | 187,4 | 187,7 | + 8,1 |
| Франция | 136,2 | 140,9 | 144,8 | 155,1 | 160,9 | 168,1 | 167,8 | +23,4 |
| Швейцария | 165,6 | 167,4 | 166,6 | 182,5 | 168,1 | 162,0 | 158,5 | — 4,3 |
| Швеция | ... | 117,9 | 115,4 | 119,9 | 122,6 | 128,4 | 131,4 | +11,5 ² |
| Шотландия | 168,9 | 175,5 | 181,0 | 183,2 | 189,4 | 188,8 | 199,4 | +18,1 |
| ЮАР | 141,5 | 130,2 | 144,7 | 158,0 | 164,0 | 165,8 | 172,2 | +21,7 |
| Япония | 109,5 | 115,4 | 121,8 | 127,6 | 133,1 | 135,3 | 137,0 | +25,1 |

¹ 1954—1955 гг.

Составлено и исчислено по: M. Segi a. M. Kurihara. Cancer mortality for

венных опухолей в 13 странах занимает рак предстательной железы (от 1,1% в Японии до 10,1% в Бельгии).

Иные соотношения складываются в структуре причин смерти от злокачественных опухолей у женщин. Первое и второе место среди злокачественных опухолей у женского населения «поделили» между собой рак желудка и рак молочной железы. На третьем месте стоит рак матки.

Остановимся несколько более подробно на **раке легких**.

Советский ученый-патологоанатом И. В. Давыдовский на основе анализа секционных вскрытий еще в 1929 г. пришел к

опухолей всех локализаций, включая опухоли кроветворных органов
(на 100 000 населения)

| Женщины | | | | | | | Рост (+) ниже (-) в 1962— 1963 гг. к 1950— 1951 гг. (в %) |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--|
| 1950— 1951 | 1952— 1953 | 1954— 1955 | 1956— 1957 | 1958— 1959 | 1960— 1961 | 1962— 1963 | |
| 101,6 | 103,4 | 101,2 | 100,4 | 97,9 | 96,4 | 98,0 | -3,7 |
| 133,1 | 135,3 | 129,4 | 136,9 | 135,4 | 134,8 | 129,6 | -2,6 |
| 117,8 | 116,0 | 114,5 | 113,4 | 114,1 | 113,5 | 133,3 | +13,1 |
| ... | ... | 122,4 | 122,9 | 122,1 | 122,5 | 124,3 | +1,6 ¹ |
| 134,4 | 140,4 | 141,6 | 141,6 | 141,2 | 140,7 | 140,3 | +4,5 |
| 115,0 | 119,5 | 119,3 | 116,7 | 117,9 | 115,6 | 123,5 | +7,4 |
| 104,8 | 105,4 | 109,1 | 110,6 | 111,3 | 109,1 | 112,6 | +7,4 |
| 88,7 | 94,8 | 95,2 | 99,7 | 97,2 | 98,9 | 100,1 | +12,5 |
| 118,3 | 116,2 | 114,9 | 114,4 | 113,8 | 110,8 | 112,1 | -5,3 |
| 129,4 | 126,9 | 124,3 | 122,2 | 120,3 | 119,2 | 118,0 | -8,8 |
| 115,5 | 110,6 | 111,5 | 107,5 | 108,6 | 108,1 | 110,2 | -4,6 |
| 112,6 | 110,9 | 110,8 | 106,5 | 104,5 | 103,4 | 100,8 | -10,5 |
| 57,6 | 67,2 | 73,2 | 75,9 | 76,7 | 79,7 | 82,8 | +43,8 |
| 113,8 | 114,4 | 116,2 | 114,5 | 113,3 | 109,1 | 105,7 | -7,1 |
| 115,6 | 114,5 | 112,5 | 111,1 | 108,5 | 106,2 | 100,6 | -13,0 |
| 124,0 | 123,1 | 123,3 | 125,9 | 124,4 | 120,0 | 116,4 | -6,1 |
| 126,0 | 129,7 | 126,6 | 128,7 | 126,5 | 126,6 | 126,5 | -0,1 |
| 116,1 | 122,0 | 114,3 | 116,2 | 112,7 | 110,4 | 106,1 | -8,6 |
| 102,5 | 103,4 | 104,0 | 105,9 | 106,1 | 105,2 | 102,8 | +0,3 |
| 121,7 | 123,7 | 119,5 | 127,6 | 118,2 | 113,0 | 107,7 | -11,5 |
| ... | 114,0 | 109,7 | 109,2 | 110,1 | 110,9 | 108,3 | -5,0 ² |
| 131,3 | 126,9 | 129,2 | 127,8 | 124,9 | 126,1 | 125,9 | -4,1 |
| 118,9 | 118,9 | 113,0 | 117,2 | 118,4 | 117,6 | 116,8 | -1,8 |
| 90,7 | 91,4 | 92,6 | 94,0 | 96,4 | 96,3 | 95,6 | +5,4 |

² 1952—1953 гг.

selected sites in 24 countries. No. 4. SendaI, September, 1966, p. 262,

выводу, что рост смертности от рака легких является несомненным. Смертность от рака легких в США в текущем столетии возросла в 12 раз. В Англии и Уэльсе в 1968 г. умерло от рака легких в 25 раз больше, чем в 1900 г. Аналогичные данные характерны для Италии и ФРГ. Во всех этих странах среди мужчин за указанный период отмечался стремительный рост смертности от рака органов дыхания. Наиболее высокий темп роста смертности мужчин от рака этой локализации отмечен в Японии (338%), Ирландии (144%), США (небелое население — 133%), Австралии (127%), Франции

(122%), Италии (110%). Наиболее высокий темп роста смертности от рака легких у женщин отмечался в Японии (310%), Ирландии (92%), США (59%) и в Англии (52%).

Злокачественные опухоли органов дыхания в настоящее время представляют собой серьезную проблему во всем мире, особенно в таких экономически развитых странах, как США, Англия и Уэльс. Многие исследователи не без основания связывают прогрессирующий рост заболеваемости злокачественными опухолями органов дыхания с загрязнением воздушного бассейна крупных городов и промышленных центров канцерогенными («ракообразующими») продуктами, поступающими с отработанными газами автотранспорта, с атмосферными выбросами промышленных предприятий и т. п. (К этому выводу пришли, в частности, участники Международной конференции по медицинским аспектам загрязнения воздуха в Вене в 1960 г.) Между тем вопросы охраны атмосферного воздуха даже в экономически развитых капиталистических странах до сих пор не решены. В США из 50 штатов охраной атмосферного воздуха занимаются лишь в 35. Крупные капиталистические города не только калечат жизнь рабочих в процессе производства, но нередко лишают их и их семьи чистого воздуха.

Известно, что более высокая частота рака органов дыхания отмечается у курильщиков. Национальный онкологический институт США признал, что «ежегодно 20 000 случаев смерти от рака легких в США имеют своей причиной курение сигарет». Табачные компании в Соединенных Штатах и других капиталистических странах всеми возможными средствами способствуют широкому распространению потребления табака во всех слоях и возрастно-половых группах населения. Ряд исследований, проведенных в западных странах, показывает, что за последние годы там резко расширилось число курящих среди женского населения, юношества и детей.

За последние десятилетия в ряде экономически развитых капиталистических стран произошло увеличение смертности от рака молочной железы в основном у женщин детородного возраста.

Статистика смертности от рака матки в экономически развитых капиталистических странах обнаруживает значение социального фактора в распространении этой болезни. «Сейчас уже ясно, — указывается в Четвертом докладе Комитета экспертов ВОЗ по охране материнства и детства, — что самая высокая смертность от рака шейки матки наблюдается в малообеспеченных группах населения»¹. В США показатели смертности от этого заболевания значительно выше у негритянок, чем у белых американок.

Размеры смертности от злокачественных заболеваний кро-

¹ ВОЗ. Серия технических докладов, № 266. Женева, 1964, стр. 11—12.

ви — лейкемии и алейкии — имеют выраженную тенденцию к росту как у мужчин, так и у женщин во всех рассмотренных странах. Наиболее высокий рост смертности отмечен у мужчин в Японии, Финляндии, Северной Ирландии, а у женщин — в Японии, Ирландии, Франции и Финляндии. Ряд исследователей связывают рост смертности от лейкемии и алейкии с радиоактивным загрязнением внешней среды в результате атомных взрывов. Тревожные высказывания многих ученых и требования прогрессивной общественности о повсеместном прекращении радиоактивного заражения внешней среды должны возобладать и получить практическое осуществление.

Известно, что успех лечения злокачественных опухолей зависит от того, насколько рано оно предпринято. Согласно мировой статистике число излеченных больных раком могло бы быть в 10 раз больше, если бы они своевременно обратились к врачу. По данным ВОЗ, *удалось бы предупредить при раннем обращении за медицинской помощью фактически 75% всех случаев смерти от рака.* Совершенно ясно, что онкологическое обслуживание должно быть доступно для каждого больного, обеспечивая все средства профилактики, раннего выявления, диагностики, лечения, последующего наблюдения, восстановления трудоспособности. Однако в тех странах, где медицинская помощь основана на частной врачебной практике, своевременное выявление и лечение злокачественных опухолей в полной мере возможно только обеспеченным слоям, так как специальные виды лечения обходятся чрезвычайно дорого и поэтому недоступны широким массам.

В странах социалистического содружества

достижения медицинской науки и практики в борьбе со злокачественными опухолями позволили достичь больших успехов в организации онкологической помощи населению. В СССР в послевоенные годы наряду с расширением научных исследований в области онкологии развернулась большая работа по созданию сети онкологических учреждений, оснащенных современной диагностической и лечебной аппаратурой, оборудованием и располагающих кадрами высококвалифицированных специалистов. Одновременно приняты меры по привлечению к организации и проведению профилактических мероприятий, а также к санитарно-просветительной работе среди населения медицинских работников общей лечебной сети, и в первую очередь врачей акушеров-гинекологов, хирургов, терапевтов, рентгенологов. Особое внимание обращено на профилактику рака, выявление больных с предраковым состоянием и организацию их диспансерного обслуживания. Если в 1948 г. профилактическим осмотрам по РСФСР подверглось 2 104 157 человек, то уже в 1965 г. количество осматриваемых возросло до 33 882 873.

Для борьбы со злокачественными опухолями в странах

социалистического содружества возданы онкологические организации, все звенья которых работают по единому плану (рост сети онкологических учреждений в Советском Союзе представлен данными табл. 21).

Таблица 21

Рост сети онкологических учреждений в СССР

| Учреждения | 1940 г. | 1950 г. | 1960 г. | 1965 г. |
|------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Онкологические | 211 | 1256 | 2040 | 2887 |
| В том числе диспансеры | 26 | 143 | 239 | 273 |

Онкологическая сеть в СССР получила бурное развитие в послевоенные годы: по сравнению с 1940 г. число онкологических учреждений возросло более чем в 13 раз, число онкологических диспансеров — более чем в 10 раз.

Лечение больных злокачественными новообразованиями осуществляется, кроме онкологической сети, в хирургических, гинекологических и других отделениях. Рост числа больничных коек для больных злокачественными новообразованиями представляется следующим образом:

| | | |
|---------|--------|------|
| 1940 г. | 1 700 | коек |
| 1950 г. | 12 200 | » |
| 1960 г. | 24 200 | » |
| 1965 г. | 34 500 | » |

Число больничных коек для больных злокачественными опухолями увеличилось с 1940 г. более чем в 20 раз.

Параллельно с развитием сети онкологических учреждений и их организационным укреплением достигнуты несомненные успехи в области разработки и дальнейшего усовершенствования специальных методов лечения больных, страдающих злокачественными опухолями. Большой вклад в эту работу совместно с другими специализированными научными и лечебными учреждениями страны внесли многочисленные научно-исследовательские онкологические и рентгено-радиологические институты.

Изучение контингентов больных злокачественными новообразованиями в РСФСР в 1965 г. показало, что на первом месте в структуре заболеваемости стоят злокачественные опухоли желудка (31,1%), на втором — легких (11%), на третьем — кожи (10,8%), на четвертом — матки (9,8%), на пятом — молочной железы (4,8%), на шестом — пищевода (4,4%), затем идут злокачественные опухоли губы, прямой кишки, гортани и полости рта.

Динамику смертности от злокачественных опухолей среди городского населения СССР отражают нижеследующие данные (на 100 тыс. человек):

| Возраст (в годах) | В 1940 г. | | В 1960 г. | |
|-------------------|-----------|--------|-----------|--------|
| | мужчин | женщин | мужчин | женщин |
| 30—39 | 30,8 | 34,9 | 29,0 | 33,4 |
| 40—49 | 126,0 | 129,1 | 140,9 | 121,7 |
| 50—59 | 391,5 | 277,6 | 438,8 | 264,6 |

Среди женского населения СССР во всех возрастных группах отмечается снижение смертности от злокачественных новообразований. Незначительный рост показателей смертности от этого заболевания у мужчин в возрасте 40—59 лет определяется в основном повышением смертности от рака органов дыхания (это совпадает с данными мировой онкологической статистики, установившей повсеместный рост смертности от рака легких, особенно у мужчин). Снижение смертности населения от ряда других форм злокачественных опухолей в социалистических странах тесно связано с проведением активных мероприятий по раннему выявлению больных и их квалифицированному лечению.

Развитие и эффективность противораковой борьбы в современном мире тормозится вследствие недостатка сведений о причинах возникновения рака, отсутствия удовлетворительных тестов для выявления и диагностики злокачественных опухолей труднодоступных локализаций, специфических средств для химиотерапии опухолей. Если бы удалось разрешить эти вопросы, в борьбе против злокачественных опухолей были бы достигнуты огромные успехи. Для этого необходимо усиление международного сотрудничества в области медицинской науки. Оно содействовало бы проведению фундаментальных исследований в области изучения природы нормальной и опухолевой клеток, взаимоотношений опухоли и организма и методов лечения злокачественных новообразований.

Психические болезни

На Западе проблема психического здоровья приобрела исключительное значение. Социальная обусловленность психопатологических нарушений в настоящее время редко кем оспаривается. Широкое распространение психических болезней, измененное восприятие больными окружающей среды, нарушение у них социальных связей, затяжное течение многих заболеваний усиливают социальную значимость этой проблемы.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), изучавшая на протяжении последних лет проблему психического здоровья в ряде капиталистических стран, пришла к выводу, что она не в состоянии решить и даже «ослабить» эту проб-

лему, поскольку решение ее зависит от изменения социально-экономических условий жизни народов¹.

Распространение психических болезней быстро растет. Во время первой мировой войны в американской армии от военной службы было освобождено в связи с психическими заболеваниями и неврозами 2% призванных, а во время второй мировой войны — 12,5%. Столь значительное увеличение на протяжении 25 лет молодых контингентов, обнаруживающих неполноценность нервно-психического здоровья, безусловно, свидетельствует о подлинном повышении психической заболеваемости в самой богатой капиталистической стране — США.

Сопоставление результатов медицинского обследования населения г. Балтимора (США) говорит о росте заболеваемости психическими болезнями за последние 16 лет с 60,5 до 93,4 случая на 1000 обследованных жителей, т. е. на 54%.

В США половина всего коечного фонда занята психически больными. В настоящее время в среднем за год в психиатрические больницы США поступает около 250 000 новых больных и около 100 000 госпитализируется в связи с рецидивами; они проводят там около 250 млн. дней (или в среднем по 700 дней). По подсчетам Федеральной службы здравоохранения, каждый 16-й человек в США находится некоторое время на лечении в психиатрической больнице.

Не менее остро стоит вопрос о психической заболеваемости в европейских капиталистических странах. Показатели пораженности населения этими болезнями в Англии не ниже, чем в США. В 1968 г. в английских больницах находилось около 200 000 больных, страдающих психическими расстройствами, из них более 160 000 в специальных психиатрических лечебницах; в 1961 г. это число составляло 122 000 человек. В среднем каждый десятый англичанин или англичанка, обращающиеся к врачам, нуждаются в психиатрическом лечении. Всего в психиатрических больницах Западной Европы, по данным Международной федерации психического здоровья, в настоящее время находится не менее 2 млн. больных.

Приведенные числа касаются точно установленных диагнозов психических заболеваний, но не меньшего внимания заслуживают «нервные состояния» — пограничные с психическими заболеваниями. В редакционном предисловии специального номера журнала «Курьер» ЮНЕСКО, посвященном «году психического здоровья» (проводившегося в 1959—1960 гг. по инициативе Международной федерации психического здоровья), указывалось, что на каждого пациента психиатрической больницы за стенами медицинских учреждений приходится два человека с теми или иными психическими нарушениями. Этих людей нельзя госпитализировать — они «недостаточно больны», но жить здоровой жизнью не могут.

¹ Работа ВОЗ в 1964 г. Женева, 1965, стр. 55.

Жалобы на расстройство нервной системы и подавленное состояние становятся почти привычкой для большинства населения США и стран Западной Европы.

Многие люди потеряли способность спать без снотворных; никогда раньше аптеки не отпускали столь больших количеств различных «успокаивающих» средств. Полная статистика употребления снотворных и болеутоляющих средств хранится в тайне заинтересованными фирмами фармацевтической промышленности. Однако отрывочные данные показывают, что производство фенаcetина в США с 1956 по 1966 г. увеличилось втрое; производство, барбитуратов возросло с 1933 г. более чем в 10 раз.

При помощи выборочных обследований Комитет по охране психического здоровья ВОЗ установил, что в странах Западной Европы и в США число страдающих психическими расстройствами достигает 10% населения, из них 1% — больные с выраженными психическими заболеваниями.

Известно также, что психическая полноценность и психическое здоровье в детском и юношеском возрастах являются необходимой предпосылкой психического здоровья взрослого человека. Однако в последние годы в США и других капиталистических странах наблюдается широкое распространение психических расстройств у детей и молодежи. По официальным данным, почти 5% американских детей и молодежи становятся психически больными, не достигнув зрелого возраста. При обследовании 80 000 студентов высших учебных заведений в ФРГ психические расстройства были обнаружены у 9,5% обследованных (при показателе 5,9% в остальных группах населения). В Нидерландах из каждой тысячи студентов 35 нуждаются в совете психиатра. Учащение психических заболеваний отмечается и у французских студентов.

Рост числа психически больных в старческом возрасте многие зарубежные исследователи объясняют лишь увеличением доли пожилых людей, но это далеко не так. В США, например, с 1900 по 1967 г. число жителей старше 65 лет увеличилось в 6 раз, а поступление в психиатрические больницы лиц этого возраста за указанный период возросло в 9 раз. Это говорит о том, что *главная причина роста психических заболеваний у лиц старческого возраста в современном классовом обществе связана с неблагоприятными условиями жизни престарелых, материальными лишениями, неустроенностью и одиночеством, а также неудовлетворительной организацией медицинского обслуживания.*

В последние годы за рубежом, особенно в США, стал применяться метод исчисления «риска заболеть» и «вероятности попасть в психиатрическую больницу». Подсчитано, например, что в штате Нью-Йорк на каждую 1000 родившихся в 1920 г. мужчин показатель вероятности заболеть и попасть в психиатрическую больницу составляет 48,2, женщин — 48,1.

Для лиц, родившихся в 1930 г., эти показатели соответственно составили 63,9 и 55,8, в 1940 г. — 80,9 и 82,0, а для лиц, родившихся в 60-х годах текущего столетия, — 100 и 110! По другим расчетам, в США один ребенок из каждых 12, рождающихся теперь, проведет часть своей жизни в психиатрической больнице. Английский социолог Аллан Литтл, применив тот же метод в несколько модифицированном виде, предсказывает, что каждая англичанка из девяти и каждый англичанин из 14 в течение своей жизни хотя бы однажды побываюг в психиатрической больнице.

Социальный геноз

В западном мире господствует мнение, что рост психических заболеваний является следствием прогресса цивилизации и ускорения «темпов жизни». Так, президент Американской ассоциации психиатров Менингер полагает, что распространение психических болезней в США обусловлено эмоциональной напряженностью повседневной жизни цивилизованного общества. «Никто не может избежать этого эмоционального напряжения, — утверждает Менингер, — каждый постепенно подвергается эмоциональным и интеллектуальным потрясениям, которые не могут не поражать психику даже самых счастливых и активных людей».

В действительности за такими понятиями, как «современная цивилизация», «ускорение темпов жизни», «эмоциональная напряженность», скрывается американская действительность с ее изнуряющей борьбой за существование, хронической безработицей, расовой дискриминацией, непосильным бременем налогов, неуверенностью в завтрашнем дне и военной истерией, постоянно угнетающими психику рядовых американцев. Все это создает продолжительную нервную перегрузку, постепенно расшатывает нервную систему и приводит к психическим расстройствам.

Следовательно, неправильной в принципе является постановка вопроса о росте психических заболеваний в связи с техническим прогрессом вне зависимости от конкретной общественно-экономической формации. В действительности в настоящее время имеется достаточно оснований, чтобы поставить вопрос о росте психических болезней, в частности психозов, в прямую связь с широкой механизацией и автоматизацией производственных процессов, осуществляемых в условиях капитализма. Хотя рабочий освобождается в какой-то мере от тяжести физического труда, однако затраты нервной и умственной энергии в большей степени изнашивают организм рабочего, чем затраты физической энергии, указывали эксперты ВОЗ при рассмотрении вопросов психического здоровья в связи с автоматизацией производства ¹.

¹ WHO Mental Health Problems of Automation, 1959, p. 9.

На Международном конгрессе врачей в Каннах, посвященном изучению влияния условий труда и быта на здоровье, подчеркивалось, что со времени внедрения новых видов техники и автоматике, принесших огромные выгоды предпринимателям, накопилось много фактов, свидетельствующих о преждевременном истощении нервной системы рабочих. Если до внедрения новых видов индустриального труда перед физиологами стояла проблема усталости мышц, то теперь на повестке дня проблема усталости нервов. Так, исследователь Ле Гийан показал, что чрезмерный ритм работы на конвейере вызывает у молодых работниц нарушение нервного равновесия, вследствие которого они лишались способности заняться после работы каким-либо делом. Жиро отмечает, что многие рабочие в результате чрезмерного утомления на работе отказываются от культурных развлечений, спорта и даже от прогулки на свежем воздухе в свободное время.

Рост интенсификации труда неизбежно влечет за собой нарушение психической деятельности. Автоматизация производства в капиталистическом обществе ложится дополнительным бременем на нервную систему работающего, ведет к психическим конфликтам, вызывает психическое переутомление и как следствие этого — нервное и психическое заболевание. Поэтому не удивительно, что, по некоторым подсчетам, 30% невыходов на работу английских рабочих и 25% французских вызваны психо-невротическими расстройствами. Производство при капитализме, как справедливо утверждал К. Маркс, «в несравненно большей степени, чем всякий другой способ производства, является расточителем людей, живого труда, расточителем не только тела и крови, но и нервов и мозга»¹.

Ухудшение психического здоровья отмечается не только среди индустриальных рабочих капиталистических предприятий, но и конторских служащих. В целях сокращения управленческих расходов монополии усиленно внедряют механизацию и автоматизацию конторского труда. Так, например, оснащение конторской работы в США машинами увеличилось с 1940 по 1965 г. более чем на 80%. Рост механизации и автоматизации привел к изменению характера труда конторских служащих и вызвал реальную угрозу снижения заработной платы и массовой безработицы. Об ухудшении психического здоровья конторских служащих теперь сообщает не только медицинская, но и общая печать. Вот одно из таких сообщений в американском журнале «The Office»: «Болезнь — нервность. Больные — конторские работники. Симптомы болезни — упадок настроения, беспокойство, большая текучесть кадров, низкая производительность труда и падение инициативы. Причинами болезни являются большие измене-

¹ К. Маркс и Ф. Энгельс, Сочинения, Изд. 2-е, т. 25, ч. 1, стр. 100—101.

ния в конторской работе. Эти изменения оказали экономическое, социологическое и психологическое воздействие на работников в белых воротничках».

По данным Международного объединения профсоюзов государственных служащих, свыше 40% служащих механизированных учреждений в западных странах подвержены нервно-психическим заболеваниям.

Основную причину распространения нервно-психических заболеваний многие зарубежные ученые усматривают в растущем страхе за существование. Они утверждают, что этот массовый страх подрезает корни здоровья.

Не приходится возражать против того, что неуверенность трудящихся в завтрашнем дне в связи с хронической безработицей, призрак неизбежной пауперизации мелкой буржуазии в условиях классовой дифференциации порождают массовый страх у широких слоев населения западных стран, который, в свою очередь, создает почву для возникновения «эпидемии психоневрозов». (Кстати, в г. Нью-Хэвене (США) ученые Холлингсхед и Редлих нашли лишь 19% жителей, которые «оптимистически» не сомневались в своем завтрашнем дне...)

Нет сомнения и в том, что кровавые истребительные войны, развязанные империализмом в XX веке, в которых участвовало почти все население земного шара, нагнетание атмосферы «холодной войны», политика «на грани войны», столь свойственные правящим кругам капиталистических держав, и в первую очередь США, гонка вооружений, в том числе широкое производство атомно-водородного оружия, создали в современном буржуазном мире обстановку, весьма способствующую массовому распространению там психических расстройств.

Классовые контрасты

Еще в 1858 г. в статье «Рост числа умалишенных в Англии» К. Маркс показал наличие прямой связи между распространением психических заболеваний и обнищанием рабочего класса в процессе накопления капитала¹. Однако до сих пор в западных странах встречаются ученые, пытающиеся отрицать классовые различия в уровне психической заболеваемости. Но серия серьезных исследований о причинах психических расстройств, выполненных также за рубежом, со всей очевидностью раскрывает прямую зависимость психопатологии от экономических и социальных условий жизни населения. Так, Фарис и Дунхэм рассчитали показатели распространенности психозов для Чикаго: в районах с состоятельным населением — 55 на 100 000 жителей, с бедным — 362!

¹ К. Маркс и Ф. Энгельс, Сочинения. Изд. 2-е, т. 12, стр. 548—553.

Особый интерес представляют результаты крупного обследования, проводившегося в конце 50-х годов группой ученых в одном из центральных районов Нью-Йорка — Мидтауне. Обследованием было охвачено 172 000 человек, принадлежавших к различным социальным прослойкам американского общества. Обследуемые были распределены на три класса: высший, средний («белые воротнички») и низший («синие воротнички»). Учитывались лица в возрасте от 20 до 59 лет. Были выявлены заслуживающие внимания обстоятельства: признано полностью здоровыми 26% жителей высшего класса, 19% — среднего и лишь 11% — низшего. Психозы обнаружены у 3,6% представителей высшего класса и у 13% низшего. Эта закономерность наглядно выражена и при рассмотрении тяжести психических заболеваний: тяжелая форма встречалась у 9% больных высшего, у 18% среднего и у 28% низшего класса.

Наиболее интересное с точки зрения результатов и методики исследование в этой области было выполнено в промышленном центре США — Нью-Хэвене (штат Коннектикут). Население Нью-Хэвена, насчитывавшее 237 000 человек, было распределено на пять социальных групп. I и II группы схватывали крупных и средних промышленников, хозяев и руководителей банков, трестов, корпораций и лиц свободных профессий, в III группу вошли средние слои и высококвалифицированные рабочие («рабочая аристократия»), в IV группу — квалифицированные рабочие, основная масса торговых и конторских служащих, в V группу были включены неквалифицированные рабочие, подсобный персонал и люди, живущие случайными заработками.

При переходе от IV группы к V происходит разительный скачок и оказывается, что *распространенность психических заболеваний среди необеспеченных слоев населения США почти в 3 раза больше, чем в любой другой группе*. Еще больше разница в распространении тяжелых форм психических заболеваний — психозов. В IV группе (квалифицированные рабочие) удельный вес психозов в 2,7 раза больше, чем в I и II группах (наиболее состоятельное население), а в V группе (необеспеченное население) — в 8 раз больше!

Обращает на себя внимание тот факт, что среди негров США число психических заболеваний больше, чем среди белого населения. Некоторые реакционеры от науки при этом пытаются «установить» особую предрасположенность отдельных рас и наций к психическим заболеваниям. Наш выдающийся отечественный психиатр С. С. Корсаков еще в начале 90-х годов XIX в. прямо указывал на то, что нет оснований считать, «чтобы какая-нибудь нация была особенно расположена к душевным заболеваниям; душевнобольные бывают во всех нациях... Различия обуславливаются не столько свойствами национальности, сколько условиями жизни».

В странах социализма

Успехи социалистического строительства, коренным образом изменившие условия труда и быта населения, позволили разрешить ряд важных проблем по укреплению как физического, так и психического здоровья. Огромное значение в охране психического здоровья имеют неуклонно улучшающиеся трудовые и бытовые условия всего населения, значительное развитие физкультуры и спорта, организация рационального отдыха трудящихся.

В социалистических странах существует стройная система психиатрической помощи населению. Например, в Советском Союзе психиатрическую помощь оказывают психоневрологические диспансеры (рост сети которых представлен в табл. 22).

Т а б л и ц а 22

Рост сети психоневрологических диспансеров и числа врачей-психиатров в СССР

| Наименование | 1940 г. | 1950 г. | 1959 г. | 1965 г. |
|--|---------|---------|---------|---------|
| Число психоневрологических диспансеров | 57 | 71 | 157 | 213 |
| Число врачей-психиатров | 2408 | 3119 | 6146 | 10 050 |

Психоневрологические диспансеры осуществляют консультативную и лечебную помощь больным, а также организационно-методическое руководство психиатрическими больницами, диспансерами и психоневрологическими кабинетами. Система внебольничного диспансерного обслуживания и стационарной помощи психически больным в СССР и других социалистических странах является наиболее прогрессивной и рациональной.

Рост числа больничных коек (в тыс.) для психически больных и нервнобольных в СССР представляется следующим образом:

| | Для психически больных | Для нервно- больных |
|-----------------|---------------------------|------------------------|
| 1940 г. | 82,9 | 10,0 |
| 1950 г. | 71,8 | 15,1 |
| 1960 г. | 162,5 | 30,5 |
| 1965 г. | 215,5 | 47,3 |

Число больничных коек для психически больных с 1940 г. увеличилось в 2,6 раза, для нервнобольных — в 4,7 раза.

Важную роль в постановке диагностической и лечебной работы в психиатрических больницах сыграло внедрение новых методов лечения. В настоящее время психиатрические больницы в Советском Союзе имеют необходимые лабо-

рактории, рентгеновские, физиотерапевтические кабинеты и отделения, кабинеты функциональной диагностики и т. д.

Применение новых методов лечения психических заболеваний и проведение одновременно общеукрепляющего лечения больных дают положительные результаты. Если в 1913 г. летальность¹ в психиатрических больницах составляла 9,4%, то в настоящее время она не превышает 1%.

В странах социалистического содружества в ходе коренного улучшения материальных условий жизни, развития науки и культуры отмечается неуклонное укрепление как физического, так и психического здоровья населения и стирание различий между отдельными его социальными группами.

Число впервые выявленных психических заболеваний в СССР уменьшилось с 54,4 на 10 000 населения в 1940 г. до 32,7 в 1960 г. (в том числе шизофренией — с 5,5 до 3,2, неврозами и реактивными состояниями — соответственно с 16,4 до 6,3). Отмечается отчетливое снижение таких форм заболеваний, как прогрессивный паралич, сифилис мозга, инфекционные и интоксикационные психозы, реактивные состояния, неврозы, психопатии и др.

Огромные положительные сдвиги в состоянии здоровья народов социалистических стран являются ярким свидетельством тех коренных социальных и культурных преобразований, которые произошли в этих странах.

Травматизм

В западных странах

Травматизм стал напоминать эпидемию. В США ежегодно регистрируется более 10 млн. несчастных случаев, из которых 400 тыс. приводят к длительной негрудоспособности. В настоящее время от несчастных случаев в США ежегодно погибает около 110 000 человек, в ФРГ — более 33 000, во Франции — почти 34 000, в Италии — более 23 000. В структуре причин смерти травматизм занимает третье место после сердечно-сосудистых болезней и злокачественных опухолей, а во всех возрастных группах моложе 35 лет — первое место! В возрасте 15—24 лет травмы вызывают больше случаев смерти, чем все болезни, вместе взятые.

Динамику смертности от несчастных случаев в некоторых странах характеризует табл. 23. Обзор данных за 1950—1965 гг. говорит о значительном росте в большинстве указанных стран числа смертных случаев и коэффициентов смертности.

Особенно резко возрос травматизм за последние 15 лет в Италии, Нидерландах, ФРГ и Франции.

¹ Летальный — смертельный (латинск.).

Примерно половина несчастных случаев со смертельным исходом относится к *бытовому травматизму*. В 1967 г. в США было зарегистрировано около 4 000 000 бытовых травм, в том числе 45 000 со смертельным исходом. Аналогичная картина

Т а б л и ц а 23

Смертность от несчастных случаев всех видов * в некоторых западных странах в 1950—1965 гг.

| Страна | 1950 г. | | 1965 г. | |
|----------------|-------------|----------------------|-------------|----------------------|
| | общее число | на 100 000 населения | общее число | на 100 000 населения |
| Австрия | 3 785 | 58,2 | 4 897 | 67,5 |
| Англия и Уэльс | 14 202 | 32,5 | 18 776 | 34,4 |
| Дания | 1 721 | 43,4 | 2 449 | 51,9 |
| Италия | 11 490 | 32,0 | 23 174 | 45,3 |
| Нидерланды | 3 008 | 29,7 | 5 375 | 43,8 |
| Норвегия | 1 118 | 46,3 | 1 761 | 47,7 |
| США | 91 249 | 60,3 | 108 004 | 55,8 |
| ФРГ | 21 279 | 44,9 | 33 830 | 60,3 |
| Франция | 20 820 | 49,7 | 33 978 | 69,4 |
| Швейцария | 1 441 | 56,2 | 3 595 | 61,2 |
| Швеция | 1 911 | 38,6 | 3 406 | 44,0 |

* За исключением самоубийств, убийств и военных повреждений.

наблюдается в Англии: ежегодно от травм в этой стране погибает около 45 000 человек, из них 24 000 — в результате бытового травматизма. В других западных странах на бытовые травмы также приходится примерно половина всех видов травм со смертельным исходом.

Причинами роста бытового травматизма в развитых капиталистических странах являются: 1) увеличение числа занятых на производстве замужних женщин при почти полном отсутствии государственных учреждений по уходу за детьми; 2) увеличение числа престарелых людей, лишенных дома необходимого ухода и надзора; 3) широкое применение в быту различных технических приборов и огнеопасных синтетических материалов при отсутствии надлежащих жилищных условий и др.

Огромен размер ущерба, наносимого транспортом жизни и здоровью населения современных капиталистических стран. В настоящее время на дорогах капиталистической Европы и США ежегодно погибает около 100 000 человек.

Транспортный травматизм — наиболее частая причина смерти в детском возрасте. От несчастных случаев на транспорте в экономически развитых капиталистических странах умирает значительно больше детей, чем от всех инфекционных заболеваний, вместе взятых.

По общему числу пострадавших и по количеству несчастных случаев со смертельным исходом *производственный трав-*

матизм находится на третьем месте, однако по своей социальной значимости он занимает особое положение. В нем наиболее отчетливо проявляется роль социальных факторов.

В настоящее время в США число производственных травм превысило 2 млн. случаев в год, из которых около 15 000 заканчиваются смертью, а более 80 000 — тяжелыми увечьями или полной инвалидностью. На предприятиях Франции в среднем через каждые 2 минуты происходит несчастный случай со смертельным исходом или тяжелым увечьем. В Англии число производственных травм достигает 200 000 в год. По интенсивности травматизма на производстве ФРГ и Япония стали опережать США и Англию.

Распространение производственного травматизма в западных странах, помимо прочего, связано с чрезвычайной интенсификацией труда, пренебрежением здоровьем работающих, «экономией» хозяев на технике безопасности. Быстрый ритм работы, его монотонность, односторонность мышечных усилий, напряженность позы, недостаточные перерывы в работе и внешние раздражения обуславливают чрезмерное нервное и физическое утомление рабочего.

В социалистических странах

проводится огромная профилактическая работа, а также резко возросла сеть учреждений ортопедо-травматологического профиля. Так, например, в СССР за последние годы (1960—1968) число коек ортопедо-травматологического назначения увеличилось почти в 3 раза. Почти в 2,4 раза расширилась за это время сеть травматологических пунктов и кабинетов в составе поликлиник, число врачей-травматологов и ортопедов увеличилось более чем в 2 раза.

Особое внимание уделяется восстановительному лечению. Этот этап травматологической помощи имеет важное значение, так как правильная его организация обеспечивает более быстрое и полное восстановление здоровья и трудоспособности, снижение инвалидизации. В результате осуществления широких общегосударственных мероприятий бытовой и производственный травматизм в странах социализма из года в год сокращается. Например, в Советском Союзе только за последние пять лет по всей промышленности число производственных травм снизилось на 25%. В 1965 г. в целом по Российской Федерации производственный травматизм был на 7% меньше, чем в 1964 г.

Инфекционные болезни

В мире капитализма

Прогресс науки, открытие антибиотиков и эффективных средств профилактики на протяжении XX века во всем мире привело к резкому снижению смертности от эпидемических

заболеваний. Однако можно с уверенностью сказать, что достигнутое в этой области в капиталистическом мире намного отстает от возможностей, открываемых современной медициной и гигиеной. *Человечество могло бы уже теперь полностью избавиться от многих инфекционных болезней, если бы этому не препятствовали причины социального характера.*

В докладе директора Европейского комитета ВОЗ о состоянии здоровья и здравоохранения населения Европы на XVI сессии комитета (сентябрь, 1966 г.) отмечалось неустанное продвижение в последние годы холеры в западном направлении; она непосредственно угрожает государствам восточной части побережья Средиземного моря.

«Вспышки чумы человека продолжают отмечаться в ряде стран, а в некоторых странах число зарегистрированных случаев заболеваний возросло», — говорится в официальном документе ВОЗ¹.

В последние годы отмечены очаги натуральной оспы в Европе (Швеция и др.) в результате завезенной по воздуху инфекции. До тех пор пока оспа не будет ликвидирована во всем мире, остается опасность завоза ее в страны, свободные от нее, несмотря на любые карантинные мероприятия. Однако в отчете ВОЗ XVII Всемирной ассамблеи здравоохранения указывается, что «ликвидация оспы во всем мире — дело многих лет».

В кампании по ликвидации малярии во всем мире, осуществляемой по инициативе и при участии ВОЗ, достигнуты определенные успехи, но реальные сроки достижения поставленной цели в настоящее время трудно даже представить. В своем отчете на XIX Ассамблее ВОЗ в мае 1966 г. Генеральный директор ВОЗ М. Г. Кандау заявил, что сейчас ежегодно в мире погибает от малярии почти миллион человек. Директор Европейского регионального комитета ВОЗ доктор Келсид в докладе на XVI сессии комитета (сентябрь, 1966 г.) обратил внимание на угрозу рецидива малярии в большинстве стран Европы.

Эпидемические болезни продолжают свирепствовать во многих развивающихся странах. Весьма широкое распространение имеют желудочно-кишечные заболевания, болезни недоедания, авитаминозы и др. Многие миллионы людей страдают паразитарными болезнями.

В социалистических странах

достигнуты огромные успехи в снижении эпидемической заболеваемости, полностью ликвидирован ряд массовых инфекционных болезней.

В царской России эпидемические болезни были широко распространены. За 17 предреволюционных лет страна пере-

¹ Годовой отчет Генерального директора ВОЗ. Женева, 1965, стр. 30.

десла 14 холерных эпидемий. По неполным данным, в канун первой мировой войны в России на 100 000 человек населения приходилось 2170 случаев заболеваний малярией, 270 — брюшным тифом, 280 — скарлатиной, 73 — сыпным тифом, 44 — оспой и т. д.

Первая мировая и гражданская войны, интервенция, разруха и голод, широкая миграция населения в эти годы чрезвычайно обострили эпидемиологическую обстановку. В 1918 г. холерой переболело свыше 40 тыс. человек (только в Петрограде ежедневно заболело до 700 человек!). Около 20 млн. людей болело сыпным тифом в период гражданской войны.

Однако уже к 10-летию Советской власти холера исчезла с лица нашей земли, а заболеваемость сыпным тифом снизилась более чем в 100 раз. В последующие годы на всей территории СССР ликвидированы такие грозные эпидемические заболевания, как чума и оспа, а также возвратный тиф, малярия, ряд гельминтозов и др. Из года в год сокращается число заболеваний брюшным тифом и другими кишечными инфекциями. В 1968 г. по сравнению с 1940 г. снизилась смертность населения в городах от дифтерии в 320 раз, скарлатины — в 306 раз, кори — в 111 раз.

Только за 10 последних лет заболеваемость детей полиомиелитом в нашей стране снизилась в 82 раза, дифтерией — в 40 раз, коклюшем — в 5 раз. Осуществление массовой специфической иммунизации населения¹ в возрасте от 2—3 месяцев до 20—40 лет позволило практически ликвидировать заболевания полиомиелитом. В ряде городов и областей (Ленинград, Севастополь, Ленинградская, Московская, Калининградская области) уже в течение длительного времени не зарегистрировано ни одного случая заболевания дифтерией. Резко снизилась заболеваемость и некоторыми другими инфекционными болезнями. Например, в РСФСР заболеваемость туляремией снизилась с 1959 г. в 3,5 раза, бруцеллезом — на 73,4%, столбняком — на 50,7%.

Значительные успехи достигнуты и в других социалистических странах. Так, в Болгарии заболеваемость дифтерией снизилась с 51,1 на 100 000 населения в 1939 г. до 1,8 в 1961 г., брюшным тифом — соответственно с 38,4 до 1,4. Общая заболеваемость городского населения Румынии (по данным обрабатываемости) снизилась с 882,9 на 1000 населения в 1959 г. до 844,4 в 1962 г. И в последующие годы она продолжала снижаться.

Туберкулез

В мире капитализма надежды на быстрое искоренение туберкулеза, появившиеся при открытии и внедрении антибио-

¹ Иммунизация — создание невосприимчивости организма человека по отношению к определенным возбудителям болезней.

тиков и химиопрепаратов, не оправдались. Генеральный директор ВОЗ М. Г. Кандау вынужден был признать, что в настоящее время «туберкулез представляет величайшую угрозу здоровью населения как развивающихся, так и развитых в экономическом отношении районов»¹. В выступлениях участников XVIII Международной конференции по туберкулезу в Мюнхене (1966) указывалось, что в европейских странах немало районов, где туберкулез еще широко распространен. Смертность от него продолжает фигурировать в числе 10 главных причин смерти. Он был и остается одной из основных социальных болезней населения капиталистических стран.

Обращают на себя внимание значительные колебания в уровне смертности от туберкулеза в западных странах. Так, в Австрии и Франции он в 8—11 раз выше, чем в Нидерландах; в Италии, Бельгии и ФРГ — в 5 раз выше, чем в Дании.

Следует указать на резкие различия в уровне смертности от туберкулеза белого населения и негров в США. Коэффициент смертности от туберкулеза негров-мужчин там в 2,3 раза выше, чем белых мужчин, а негритянок — в 3,5 раза выше, чем белых женщин; смертность от туберкулеза негров мужчин и женщин в возрасте 30—39 лет в 8 раз выше, чем белых американцев. Кому не ясно, что эти различия обусловлены неодинаковыми экономическими и социальными условиями жизни вследствие расовой дискриминации!

Классовые различия в уровнях смертности от туберкулеза продолжают сохраняться. Медицинское обследование в штате Огайо (США) показало, например, что наиболее часто туберкулезом болеют лица с наименьшим доходом.

Несмотря на недостаточную точность статистики заболеваемости и смертности от туберкулеза в странах Азии, Латинской Америки и Северной Африки, можно все же установить, что он весьма широко распространен. Об этом, в частности, свидетельствуют официальные данные о смертности от туберкулеза в ряде стран Латинской Америки. Так, смертность от туберкулеза в Пуэрто-Рико, Панаме, Уругвае в 4—6 раз выше, чем в США, в Гватемале и Эквадоре — в 6—7 раз, в Чили и Перу — в 11—14 раз, в Бразилии — в 20 раз.

Огромные различия в уровнях смертности от всех форм туберкулеза европейцев и коренного населения выявляют данные по Южно-Африканской Республике за 1960 г. Смертность от туберкулеза коренного населения ЮАР в 14,4 раза выше, чем белых колонизаторов, в том числе мужчин — в 12 раз, женщин — в 21 раз! Хроническое недоедание, плохие санитарно-гигиенические условия труда и быта, антигигиенические жилищные условия играют решающую роль в распространении туберкулеза среди угнетенных народов.

В странах социализма бурное развитие народного хозяй-

¹ Работа ВОЗ в 1964 г. Женева, 1965, стр. 5.

ства, неуклонный рост благосостояния трудящихся и достижения здравоохранения создали реальные возможности для решения одной из важнейших проблем в борьбе за здоровье человека — ликвидации туберкулеза.

Несмотря на очень широкое распространение этого заболевания в дореволюционной России, никакой системы лечебно-профилактических учреждений по борьбе с ним тогда не существовало. Лишь при Советской власти была развернута широкая сеть специальных противотуберкулезных учреждений и организована плановая подготовка квалифицированных кадров врачей-фтизиатров (табл. 24).

Таблица 24

Рост сети противотуберкулезных учреждений и числа врачей-фтизиатров в СССР

| Наименование | 1940 г. | 1950 г. | 1960 г. | 1965 г. |
|---------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Противотуберкулезные учреждения | 11687 | 4132 | 6 177 | 6 565 |
| в том числе диспансеры | 554 | 722 | 1 377 | 1 724 |
| Число врачей-фтизиатров | 3867 | 9402 | 16 461 | 21 629 |

Рост числа больничных коек для туберкулезных больных в СССР представляется следующим образом:

| | Всего | Для взрослых | Для детей |
|-----------------|---------|--------------|-----------|
| 1940 г. | 34 000 | 28 700 | 5 300 |
| 1950 г. | 85 500 | 75 300 | 10 200 |
| 1960 г. | 157 200 | 136 300 | 20 900 |
| 1965 г. | 259 200 | 230 000 | 29 200 |

Число больничных коек для туберкулезных больных с 1940 г. увеличилось более чем в 7 раз, в том числе для детей — почти в 6 раз.

Резко возрос коечный фонд для больных туберкулезом в сельских местностях. Если в городах РСФСР за последние 6 лет количество туберкулезных коек увеличилось в больницах и диспансерах на 69,1%, то в сельских местностях количество их возросло в 2,6 раза.

Население нашей страны широко охвачено противотуберкулезными прививками. Например, в Российской Федерации ежегодно прививается 90—93% новорожденных и от 6 до 8 млн. человек в возрасте от 2 до 30 лет и выше.

Успешному лечению больных туберкулезом способствует предоставление права получения листка временной нетрудоспособности до 10 месяцев, сохранение занимаемой должности в течение года, оплата медикаментов за счет государства для тех, кто лечится амбулаторно, повышение норм расходов на питание больных туберкулезом в санаториях, больницах и детских санаторно-оздоровительных учреждениях.

Большое значение имеет также предоставление больным заразными формами туберкулеза и их семьям изолированной жилой площади и т. д.

Наиболее убедительным доказательством успехов в лечении больных туберкулезом в нашей стране являются снижение общей численности больных активным туберкулезом и изменение клинических форм у больных активным туберкулезом, состоящих на учете и лечении в диспансерных учреждениях. В РСФСР в 1965 г. «показатель болезненности» по отношению к 1960 г. в городах снизился на 18,1%, а по отношению к 1950 г. — на 46,4%. Отмечается также снижение болезненности в сельских местностях. Заболеваемость среди городского населения в эти годы снизилась на 31,9%. Только за последние 5 лет заболеваемость туберкулезом городского населения Воронежской области снизилась на 55,3%, сельского — на 31,9%; смертность уменьшилась в 1,3 раза. В Мурманской области за тот же период заболеваемость снизилась на 48,2%, смертность — в 1,3 раза. В Советском Союзе поставлен вопрос о ликвидации туберкулеза.

Венерические болезни

«Несмотря на наличие высокоэффективных средств лечения, — указывается в «Отчете о работе ВОЗ в 1964 г.», — из года в год отмечается рост венерических заболеваний как в экономически развитых, так и в развивающихся странах»¹.

Предпринятое ВОЗ изучение заболеваемости венерическими болезнями в 1950—1960 гг., в частности сифилисом в 105 странах, гонореей в 111 странах, показало, что в значительном числе стран обнаружилась явная тенденция повышения заболеваемости начиная с 1957 г. Рост первичного сифилиса за указанные 11 лет отмечен в 76 из 105 стран мира, в Европе — в 19 из 20 стран, особенно в Швеции, Италии, Бельгии, Греции и Франции. В Дании число заболеваний сифилисом возросло в период с 1957 по 1960 г. на 85%. Частота свежего сифилиса в Швеции повысилась с 1,2 на 100 000 населения в 1960 г. до 3,2 в 1962 г. По данным Американской медицинской ассоциации, за 5 лет число случаев свежего сифилиса в США увеличилось почти втрое.

Не менее чем в 53 из 111 стран наблюдалось значительное и устойчивое увеличение числа случаев заболевания гонореей. Это увеличение особенно заметно в западноевропейских государствах, где в 85% стран наблюдался рост числа заболеваний. В странах Америки заболеваемость увеличилась на 52,4%, в Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана — на 43,3%.

В последние годы в западных странах в структуре реги-

¹ Годовой отчет Генерального директора ВОЗ, Женева, 1965, стр. 119.

стрируемых инфекционных заболеваний гонорея выдвинулась на одно из первых мест. Во Франции, например, в 1960 г. она занимала второе место, уступая только кори, а в 1966 г. вышла на первое место; в США гонорея занимает третье место, в Англии и Уэльсе уступает лишь кори, скарлатине, коклюшу и дизентерии.

Интимный характер способов передачи венерических заболеваний является причиной того, что статистика заболеваемости этими болезнями в капиталистических странах является далеко не полной. Многие венерические больные, чтобы избежать огласки, лечатся у частнопрактикующих врачей, которые скрывают число лечащихся у них больных под предлогом «врачебной тайны». Так, в Соединенных Штатах подсчитано, что частные врачи сообщают лишь об одном из каждых девяти свежих случаев венерических заболеваний. Обследования в Англии и Уэльсе показали, что официальные данные могут быть увеличены по крайней мере на 15%, если в них включить больных, лечащихся у частнопрактикующих врачей. Исследования, проведенные по инициативе ВОЗ, показывают, что в некоторых местностях число фактических случаев заболеваний сифилисом и гонореей может более чем в 100 раз превышать число выявленных случаев. Поэтому имеющиеся статистические данные, являясь заниженными, не позволяют определить подлинные размеры венерической заболеваемости, особенно гонококковой инфекции.

В связи с общим растлевающим влиянием образа жизни в современных капиталистических странах увеличение заболеваемости гонореей в 1944—1968 гг. наблюдалось главным образом у молодежи в возрасте 15—19 лет. В Дании, например, в 1944 г. на лиц этой возрастной группы приходилось 19,5% всех случаев гонореи, а в 1961 г. — 43%, в Англии и Уэльсе — соответственно 25,8 и 63,4%. Сходные сведения получены из Швеции, США и Финляндии. Во многих странах отмечен рост венерической заболеваемости у подростков моложе 15—19 лет.

По данным венерологических пунктов, в Западном Берлине наиболее высокий процент заболевших венерическими болезнями приходится на возрастную группу 21—25 лет; в возрастной группе 14—16 лет заболеваемость у девушек в 10 раз выше, чем у юношей. В трех больших кожных клиниках Западного Берлина молодые люди в возрасте до 24 лет составляют 42% всех больных венерическими болезнями.

В Северном Рейне-Вестфалии (ФРГ) в период с 1956 по 1966 г. заболеваемость венерическими болезнями у лиц старше 24 лет снизилась, у лиц же более молодого возраста повысилась.

Крупным и постоянным фактором распространения венерических болезней в современных капиталистических странах

остается проституция. В тех странах, где проституция запрещена законом, она продолжает существовать тайно. Проведенные в последние годы в разных странах обследования проституток показали, что среди них от 15,7 до 48,9% больны венерическими заболеваниями. Во многих странах Азии и Африки 80—97% случаев заражения венерическими инфекциями исходит от проституток¹. Значительное число случаев первичного сифилиса в больших городах ряда зарубежных стран передается при гомосексуальных сношениях. Таким путем довольно часто передается и гонококковая инфекция. По данным ВОЗ в США, Франции, Англии и Уэльсе 50% и больше случаев первичного сифилиса приходится на мужчин-гомосексуалистов. При этом в Англии и Уэльсе среди больных первичным сифилисом они в 1954 г. составляли 2,5%, а в 1960 г. — 70%.

Американская медицинская ассоциация (АМА) в своем печатном органе «Journal of the American Medical Association» в ноябре 1965 г. опубликовала специальное заявление, в котором сообщила, что венерические болезни становятся «самыми актуальными инфекционными болезнями» в Соединенных Штатах, достигшими масштабов эпидемии. Эта архиреакционная врачебная организация частнопрактикующих медиков была вынуждена признать, что ближайшие перспективы борьбы с сифилисом и гонореей «не обнадеживают», ибо состояние здравоохранения в этой богатейшей из капиталистических стран мира не обеспечивает должной профилактики и лечения. О низком уровне лечебной работы врачей-предпринимателей, специализировавшихся по венерологии, в современных капиталистических странах говорят результаты обследования, проведенного, например, в Нью-Йорке. Обнаружилось, что там лишь 81% врачей, подвизающихся на этом поприще, пользуются услугами клинических лабораторий. Примечательно и то, что лишь 23% нью-йоркских врачей-венерологов почитают своим долгом приобретать новые знания, совершенствоваться, читать литературу по венерологии.

Стараясь хоть как-то проанализировать положение дел и отыскивая причины такого положения, АМА считает, что всему виной невежество и легкое отношение к моральным нормам, половая распущенность, алкоголизм и проституция, «апатия среди населения и нежелание открыто смотреть на эту проблему». «Все это заставляет всерьез призадуматься над современными социальными взглядами, — отмечает АМА, — и говорит о том, что необходимо массовое просвещение в области личной и общественной гигиены».

Слов нет — и алкоголизм, и проституция, половая распущенность, пренебрежение моральными нормами и многое,

¹ Первый доклад Комитета экспертов ВОЗ по гонококковым инфекциям. Женева, 1964, стр. 23.

многое другое, порожденное капиталистическим обществом, обществом чистогана, — весьма благодатная почва для распространения венерических болезней. Однако основные причины, о которых не говорит и не может сказать АМА, — заключаются в *полном равнодушии правящих кругов к интересам народа, его здоровью, существованию массовой безработицы, расовой дискриминации, неуверенность в завтрашнем дне, дух наживы и стяжательства, отсутствие государственной системы здравоохранения.* Теперь можно со всей очевидностью говорить о том, что все надежды на быстрое искоренение венерических заболеваний в связи с открытием и внедрением антибиотиков оказались для капиталистического мира иллюзией.

В социалистических странах борьба с венерическими и кожными заболеваниями осуществляется кожно-венерологическими диспансерами, пунктами, отделениями. В основу деятельности диспансеров по борьбе с венерическими заболеваниями положен принцип обязательной регистрации и учета больных, активного выявления источников заражения для обезвреживания обнаруженных очагов, обследования всех лиц, имевших контакт с заболевшим, массовых профилактических осмотров.

Таблица 25

Рост сети кожно-венерологических учреждений и числа врачей дермато-венерологов в СССР

| Наименование | 1940 г. | 1950 г. | 1959 г. | 1965 г. |
|-----------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Кожно-венерологические учреждения | 3063 | 5466 | 6009 | 6 123 |
| В том числе диспансеры | 609 | 651 | 600 | 632 |
| Число врачей дермато-венерологов | 4807 | 9216 | 9253 | 10 268 |

Рост числа больничных коек для кожно-венерических больных в СССР характеризуется следующим образом:

| | |
|-----------------|--------|
| 1940 г. | 15 400 |
| 1950 г. | 30 000 |
| 1960 г. | 31 000 |
| 1965 г. | 36 000 |

Заболеваемость активными формами сифилиса только за период с 1950 по 1961 г. в СССР снизилась почти в 17 раз. В ряде городов и областей в последние годы не было зарегистрировано ни одного случая свежего сифилиса. Заболеваемость гонореей за этот период снизилась на 33%.

В Советском Союзе и других странах социализма ликвидированы социальные корни вредностей, ведущих к массовым заболеваниям.

Физическое развитие человека

Показатели физического развития определенных групп граждан (возрастных, профессиональных и др.) являются важным критерием для характеристики здоровья населения.

В капиталистическом мире

большое отрицательное влияние на физическое развитие населения оказала вторая мировая война. Даже в таких странах, как США, которые сравнительно мало пострадали от последствий этой войны, отмечено значительное отставание показателей физического развития лиц призывного возраста. Так, в послании конгрессу в ноябре 1945 г. президент США Трумэн сообщал, что 5 млн. человек в возрасте 18—37 лет при медицинском осмотре оказались негодными к военной службе. Кроме того, около 1,5 млн. человек было освобождено от военной службы после мобилизации в армию вследствие физической или психической непригодности (исключая ранения). Если в первую мировую войну, когда размеры мобилизации в США были меньше и, следовательно, требования медицинских комиссий строже, браковался каждый пятый, то в период второй мировой войны был признан по состоянию здоровья негодным к военной службе каждый третий призывник.

Следовало ожидать, что после окончания второй мировой войны повсеместно наступит улучшение основных показателей физического развития. Однако исследования, проведенные в ряде стран, не подтверждают этого предположения. Наряду с улучшением некоторых показателей физического развития (рост, вес и др.) во многих случаях отмечается общее ухудшение состояния здоровья обследуемых групп населения. Так, ухудшение здоровья молодежи США показало медицинское освидетельствование 1 520 905 человек в 1950—1951 гг. в связи с набором в армию в годы войны в Корею. Всего было забраковано по состоянию здоровья 535 624 человека, т. е. 35,2% против 26% в войну 1914—1918 гг. и 30% — во вторую мировую войну, несмотря на снижение требований к состоянию здоровья призываемых. После окончания корейской войны и по 1961 г. включительно в США было забраковано 49% всех призывников, а в июне 1962 г. — 58%.

Среди причин, явившихся основанием для определения негодности к службе в армии США, на первом месте стояли психические расстройства, дефекты зрения, слуха и др. Американский исследователь Перро рассматривает результаты медицинского осмотра призывников США как показатель «общего упадка психического и физического здоровья молодежи, внушающего серьезные опасения».

На заседании IV конференции Международного союза

санитарного просвещения в Дюссельдорфе были сообщены данные об ухудшении физического развития школьников ряда капиталистических стран. В докладе руководителя отдела здравоохранения министерства внутренних дел ФРГ доктора Йозефа Штралау «Гигиеническое воспитание молодежи» отмечалось, что для значительного процента учащихся ФРГ характерны слабое физическое развитие, нарушения сердечно-сосудистой и нервной системы и т. д. В выступлениях участников конференции указывалось, что во многих странах дети работающих матерей отличаются более слабым здоровьем.

Здоровье рабочей молодежи капиталистических стран подрывают чрезмерная интенсивность труда, сверхурочные работы, лишение полностью или частично трудового отпуска. Как показало массовое медицинское обследование на промышленных предприятиях ФРГ, 20—30% подростков-учеников чем-либо больны и нуждаются в лечении и отдыхе. То же было установлено во время врачебного осмотра призывников: 20% всех юношей, прошедших осмотр, были признаны негодными к военной службе. В некоторых районах ФРГ негодными оказалось 50%.

Утверждения некоторых зарубежных ученых об «исчезновении классовых различий» в показателях физического развития населения капиталистических стран не подтверждаются. Например, массовое обследование школьников во Франции (350 000) выявило у детей в возрасте до 11,5 лет значительную разницу в росте в зависимости от социального положения родителей. Так, у мальчиков из рабочей среды в городах и сельской местности рост был ниже на 3—4 см, а вес меньше на 2—4 кг по сравнению с мальчиками из среды, где родители имели высшее образование или являлись лицами свободных профессий.

Результаты обследования физического развития молодежи в возрасте 20 лет в Париже в начале 60-х годов в социальном разрезе говорят о том, что средний вес молодых людей в рабочих районах на 2 кг ниже, чем в богатых (соответственно 60—60,5 кг и 62—62,5 кг). Средний рост составлял: в богатых районах—172—173 см, в бедных—168—169 см.

Приведенные данные рисуют в целом неприглядную картину: физическое и психическое развитие подрастающего поколения в современных капиталистических странах нельзя признать удовлетворительным. Создавшееся положение не может не тревожить правительства и народы. Назрела необходимость серьезных социальных и экономических преобразований, которые могли бы обеспечить населению значительной части мира нормальный уровень физического и психического развития и здоровья.

данные выборочных динамических обследований больших групп детей раннего, дошкольного и школьного возраста показывают значительное улучшение физического развития детей в послевоенные годы.

В СССР во время Великой Отечественной войны произошло снижение уровня физического развития детей, однако уже к 1955—1956 гг. он не только был восстановлен, но и значительно превысил довоенные показатели во всех возрастно-головых группах. Сопоставление суммарных показателей физического развития детей и подростков Москвы за 1938 и 1955 гг. показало, что длина тела детей увеличилась в пределах до 4 см, вес (особенно в старших возрастах) — до 6,9 кг, окружность грудной клетки — до 3,5 см.

Обследования физического развития детей в рабочем поселке Глухово Московской области (производились в 1885 г., 1934 г., 1945 и 1956 гг.) показывают положительные сдвиги в физическом развитии детей рабочих по сравнению с дореволюционным временем. При чем обследование 1945 г. выявило ухудшение показателей, но к 1956 г. они превзошли средние величины 1934 г.: по длине тела у мальчиков до 7 см, у девочек — 5,5 см, по весу — до 4,5 кг у мальчиков и до 2,5 кг у девочек.

У годовалых детей в Москве рост в среднем на 3 см, а вес — на 1 кг больше, чем у их сверстников 40 лет назад. Современные московские школьники на 3—4 кг тяжелее и на 5—7 см выше, чем были в соответствующем возрасте их родители.

Сопоставление данных физического развития детей в возрасте 1 года Москвы, Лондона и Парижа показывает, что средний рост и вес как мальчиков, так и девочек в Москве выше, чем в этих городах (табл. 26).

Таблица 26

Физическое развитие детей в возрасте 1 года в Москве, Лондоне и Париже

| Город и год | Рост, см | | Вес, г | |
|---------------|----------|---------|----------|---------|
| | мальчики | девочки | мальчики | девочки |
| Москва (1956) | 75,3 | 74,0 | 10 500 | 10 074 |
| Лондон (1956) | 75,0 | 73,3 | 10 150 | 9 640 |
| Париж (1953) | 74,3 | 72,6 | 9 630 | 9 220 |

Рост у московских мальчиков выше, чем у их сверстников в Лондоне и Париже, на 0,3—1,0 см, у девочек — на 0,7—1,4 см. Вес у мальчиков Москвы больше, чем в Лондоне и Париже, на 350—870 г, у девочек — на 434—854 г.

По данным Института охраны здоровья детей и подрост-

ков Ленинграда, война и особенно блокада сильно отразились на физическом состоянии детей, но уже к 1953 г. физическое развитие ленинградских детей не только выравнивалось, но по ряду возрастных групп заметно превысило показатели 1938 г., особенно окружности грудной клетки (у мальчиков на 2—3,5 см, у девочек на 1,5—3 см).

Значительное улучшение физического развития детей дошкольного возраста показывает сопоставление размеров роста, веса и окружности груди детей в возрасте 4—7 лет Свердловска за 1930 г. и 1957—1958 гг. Рост в возрасте 4—7 лет у мальчиков увеличился на 2,3—3,4 см, у девочек — на 0,9—3,8 см, вес — соответственно на 1,8—2,8 и 1,9—3,1 кг, окружность грудной клетки — 3,8—5,3 и 4,3—6,1 см.

Положительные сдвиги в физическом развитии населения отмечаются во всех союзных республиках. Показатели роста мальчиков-казахов в возрасте 8 лет в 1960—1962 гг. были на 8 см больше, чем в 1930—1933 гг., веса — на 3,2 кг, окружности груди — на 1,4 см, в возрасте 9 лет — соответственно на 7,6 см, 3,3 кг, 1,5 см и т. д. Подобные сдвиги определялись и в других советских республиках.

Сопоставление показателей физического развития населения других социалистических стран за разные периоды выявляет аналогичные тенденции. Так, обследование физического развития школьников Будапешта в 1929 и 1958 гг. показало, что в среднем рост мальчиков увеличился на 5—13 см, девочек — на 2—12 см, а вес детей увеличился соответственно на 2—7,8 и 1—8,1 кг.

Значительный интерес представляют данные о сдвигах в физическом развитии населения Болгарии. Сравнение данных, собранных проф. Ст. Ватевым в 1904 г. и Болгарской академией наук в 1961 г., показывает, что население этой страны за истекшие 60 лет стало выше ростом, причем эта разница составляет около 2—4 см для мужчин и 1—11 см для женщин. Увеличились люди и в весе — мужчины на 2,4—8,6 кг, женщины — на 2,6—8,3 кг. Соответственно увеличилась окружность грудной клетки: на 3—12 см у мужчин и на 6—8 см у женщин.

Анализируя причины, которые привели к столь значительным изменениям физического облика населения на протяжении сравнительно короткого исторического периода, болгарские авторы Д. Сепетлиев и А. Карауланова в статье «Эволюция человека» приходят к выводу, что они вызваны прогрессивными изменениями в условиях жизни. За минувшие 60 лет Болгария прошла большой исторический путь — из слаборазвитой и отсталой сельскохозяйственной страны она превратилась в высокоразвитую промышленную. За годы народной власти улучшилось материальное благосостояние населения, его питание и быт. Так, $\frac{1}{3}$ граждан страны вселилась в новые просторные и светлые дома, выстроенные за

последние 29 лет. Значительно улучшилось медицинское обслуживание населения, повысилась его культура — не только общая, но и санитарная.

* * *

В современном мире область физического труда постепенно суживается, так как на все большем числе участков он заменяется умственным трудом. В связи с этим возникают предпосылки для известного регресса в физическом облике человека — снижение роста, уменьшение веса и размеров грудной клетки. Поэтому *систематические занятия спортом и физкультурой становятся для населения насущной, жизненной необходимостью*. И в социалистических странах развитию физической культуры и массового спорта уделяется огромное и все возрастающее внимание.

Заключение

С возникновением мировой социалистической системы впервые в истории человечества сложились необходимые условия для бескорыстного сотрудничества и товарищеской взаимопомощи между различными странами. Социалистические государства установили широкие товарищеские связи и регулярный обмен опытом и в области организации здравоохранения и научно-медицинских исследований. Между министерствами здравоохранения стран социалистического содружества имеются соглашения о взаимном сотрудничестве в области здравоохранения и развития лечебно-профилактической деятельности. В этих соглашениях предусматривается обмен информацией и документацией по организации, планированию и руководству здравоохранением, обмен медицинскими изданиями, материалами по санитарному просвещению, а также научными работами. Поддерживаются и непосредственные контакты между научно-исследовательскими учреждениями, научными работниками и другими сотрудниками ведомств здравоохранения. Широкий обмен опытом по организации здравоохранения и развития медицинской науки между социалистическими странами позволяет избегать излишних затрат средств и усилий на разработку научных и организационных проблем, уже решенных в одной из социалистических стран. Отношения тесной дружбы и братской взаимопомощи, сложившиеся между государствами социалистического лагеря в их совместной борьбе за высокие идеалы социализма и коммунизма, за искоренение болезней человека, за долголетие, являются прообразом отношений между народами в том светлом будущем, когда труд станет владыкой всего мира.

Советский Союз, как и другие социалистические страны, всегда последовательно выступает за всемерное развитие экономических и культурных связей, в том числе по линии здравоохранения и медицинской науки, со всеми государствами независимо от социального строя, в первую очередь с развивающимися странами.

Единственно реальным и эффективным путем улучшения здоровья населения развивающихся стран является преодоление экономической и культурной отсталости, укрепление национальной экономики, индустриализация и интенсификация сельского хозяйства, иными словами — путь независимого политического и экономического развития и искоренения остатков колониализма и неоколониализма. Создавая прогрессивные системы здравоохранения, молодые государства, ставшие на некапиталистический путь развития, сумели в короткий срок добиться немалых успехов: заметно возросло число врачей и средних медицинских работников, госпиталей и других лечебных учреждений, снизилась инфекционная заболеваемость, детская и общая смертность.

К числу неотложных задач в области здравоохранения в развивающихся странах относится организация на общегосударственной основе энергичной борьбы с заразными заболеваниями, развертывание строительства госпиталей и других лечебно-профилактических учреждений, лабораторий, аптек, налаживание или резкое увеличение производства медикаментов, вакцин, сывороток, медицинского оборудования и инструментария. Жизнь настоятельно требует более интенсивной подготовки медицинского персонала из числа лиц коренной национальности, расширения и углубления научной работы путем создания новых медицинских учебных заведений и научно-исследовательских институтов, а также расширения существующих. Предстоит огромная санитарно-противоэпидемическая работа, усиление борьбы с грызунами, комарами, москитами и другими переносчиками болезней, строительство и реконструкция водопроводно-канализационной сети, обезвреживание отходов, улучшение питания и многое, многое другое. Безусловно, развивающимся странам должны оказать более действенную помощь экономически развитые. «Простое чувство справедливости требует, чтобы державы, в течение многих лет эксплуатирующие национальные богатства колониальных, слаборазвитых стран, возместили хотя бы часть своих доходов, предоставив бескорыстную экономическую и техническую помощь этим странам, в том числе и здравоохранению»¹.

Оказание помощи в области экономического развития и

¹ Из речи председателя XV Всемирной ассамблеи здравоохранения С. В. Курашова. — «Здравоохранение» (международный журнал), 1963, № 2, стр. 129.

здравоохранения менее развитым странам является благородной задачей и других государств, которые не имели и не имеют колониальных владений. Социалистические страны, как известно, давно проявили инициативу в этом отношении. Они предоставляют ряду стран мира дружескую экономическую помощь, направленную прежде всего на укрепление национальной экономики — индустриализацию, развитие сельского хозяйства. Они также непосредственно помогают в области здравоохранения, посылают в эти страны специалистов, оборудование для госпиталей, медикаменты и другие необходимые материалы, строят медицинские учреждения, способствуют подготовке национальных кадров здравоохранения и т. п. Но, оказывая помощь в области медицинского обслуживания населения развивающихся стран, нужно исходить из положения о первостепенном значении их самостоятельного экономического и социального развития, которое является единственным путем прогресса здравоохранения. Большое число промышленных, сельскохозяйственных и иных объектов строится в развивающихся странах при активном содействии Советского Союза, стран социалистического лагеря. Так, благодаря помощи СССР там уже создано или создается свыше 100 учебных и медицинских учреждений и научных центров. В 28 государствах Азии и Африки работают советские специалисты, в их числе и врачи. Все больше студентов из обретших недавно независимость стран и развивающихся государств приезжает в СССР для учебы в медицинских и других вузах и средних специальных учебных заведениях. Несомненно, что экономическое и культурное сотрудничество с Советским Союзом и другими социалистическими странами способствует созданию основ национальной промышленности; становлению рабочего класса, росту кадров специалистов, образованию национальной интеллигенции, изменению экономического и социального облика развивающихся стран, осуществлению программ широких оздоровительных мер.

* * *

Люди во всем мире с понятным нетерпением и заинтересованностью ждут решения многих медицинских проблем. Ведь болезни сокращают жизнь человека, подрывают его работоспособность. Все еще остаются на повестке дня такие сложные и актуальные вопросы как профилактика, лечение больных со злокачественными опухолями, с сердечно-сосудистыми поражениями, борьба с психическими недугами, искоренение инфекционных болезней и т. д., и т. д.

Ученым, врачам, деятелям здравоохранения предстоит многое сделать в борьбе за снижение заболеваемости и смертности. Жизнь доказала, что решающими факторами сохранения и укрепления здоровья миллионов людей не только в

настоящее время, но и для будущих поколений, являются мир и социализм. Поэтому все силы прогрессивных медиков мира, ученых, врачей социалистических стран вместе со своими народами направлены на предотвращение войн, провоцируемых империалистическими кругами, на упрочение сотрудничества и дружбы между народами, на дальнейшее развитие и укрепление стран социалистического содружества, на совместную борьбу за снижение заболеваемости и смертности, за продление жизни людей, за счастье человека.

«Здоровье — богатство народное» — так относятся в нашей стране к делам здравоохранения. Эти вопросы находятся под постоянным контролем, о них неизменно заботятся Коммунистическая партия и Советское правительство. Их обсуждает высший орган власти — Верховный Совет СССР. В постановлении Верховного Совета СССР «О состоянии медицинской помощи населению и мерах по улучшению здравоохранения в СССР», принятом в июне 1968 г., говорится, что «в результате построения социалистического общества в СССР, укрепления его экономической мощи, неуклонного подъема материального и культурного уровня жизни народа и прогресса науки достигнуты большие успехи в охране и улучшении здоровья советских людей. Последовательно проводятся в жизнь социалистические принципы здравоохранения — бесплатность, общедоступность квалифицированной медицинской помощи, широкая профилактика заболеваний». В своем постановлении Верховный Совет СССР наметил большое число конкретных задач и мероприятий, направленных на дальнейшее улучшение охраны и укрепление здоровья населения. Выступая на сессии Верховного Совета СССР, министр здравоохранения СССР, академик Б. В. Петровский сказал: «Большой и славный путь прошло социалистическое здравоохранение. Наши успехи стали возможны только потому, что Коммунистическая партия и правительство повседневно проявляют заботу об охране здоровья народа.

Величественная программа коммунистического строительства открывает беспрецедентные в истории человечества перспективы развития медицинской науки и советского здравоохранения.

С этой высокой трибуны от имени четырех с половиной миллионов работников здравоохранения разрешите заверить Коммунистическую партию, правительство, весь народ, вас — депутатов Верховного Совета СССР, что мы отдадим все свои силы и знания, все тепло своих сердец самой гуманной цели — охране здоровья советских людей — строителей коммунизма!»

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--------------|---|
| 3 | ВСТУПЛЕНИЕ |
| 5 | ДВА МИРА — ДИАМЕТРАЛЬНО ПРОТИВОПОЛОЖНЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА И БЫТА |
| 9 | НАРОДНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СССР — ДЕТИЩЕ ОКТЯБРЯ |
| 15 | ДВЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕ- СКИЕ СИСТЕМЫ — ДВА ТИПА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ |
| 17 | ДВА ПУТИ — ДВА ИТОГА ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕ- ЛИ (17) ИЗМЕНЕНИЕ РАЗМЕРОВ РОЖДАЕМОСТИ (18) ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ (26) |
| 37 | ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И КРОВЕНОС- НЫХ СОСУДОВ (38) ЗЛОКАЧЕСТ- ВЕННЫЕ ОПУХОЛИ (44) ПСИХИ- ЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (51) ТРАМВА- ТИЗМ (59) ИНФЕКЦИОННЫЕ БО- ЛЕЗНИ (61) ТУБЕРКУЛЕЗ (63) ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (66) |
| 70 | ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЧЕЛО- ВЕКА В КАПИТАЛИСТИЧЕСКОМ МИРЕ (70) В МИРЕ СОЦИАЛИЗМА (72) |
| 74 | ЗАКЛЮЧЕНИЕ |

ЮРИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ДОБРОВОЛЬСКИЙ

«ДВА МИРА — ДВЕ МЕДИЦИНЫ (Здоровье людей XX века)»

РЕДАКТОР М. И. СОГОЛОВ

ОБЛОЖКА В. КОНЮХОВА

ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР Е. И. ВОЛКОВ

ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕДАКТОР А. С. КОВАЛЕВСКАЯ

КОРРЕКТОР Е. Э. КОВАЛЕВСКАЯ

А 01363. Сдано в набор 30.XII 1968 г. Подписано к печати 31.I 1969 г.
Формат бумаги 60×90/16. Бумага типографская № 3. Бум. л. 2,5.
Печ. л. 5,0. Уч.-изд. л. 4,75. Тираж 75 000 экз. Издательство «Знание»,
Москва, Центр. Новая пл., д. 3/4. Заказ 3711. Типография изд-ва
«Знание». Москва, Центр, Новая пл., д. 3/4.
Цена 15 коп.

ПРОСИМ ВЫРЕЗАТЬ, ЗАПОЛНИТЬ И ПРИСЛАТЬ В РЕДАКЦИЮ!

ДОРОГОЙ ТОВАРИЩ!

«Факультет здоровья» предлагает Вам несколько вопросов, ответы на которые, как мы надеемся, будут способствовать улучшению качества выпускаемых брошюр, более полному удовлетворению запросов наших читателей. Итак:

1. Просим Вас оценить по пятибалльной системе и назвать лучшие брошюры, вышедшие по серии «Факультет здоровья» в 1968 г.: № 1. Е. Ф. Давиденкова, И. С. Либерман. Что такое наследственные болезни; № 2. М. Я. Студеникин. Ваш малыш; № 3. С. Д. Носов. Инфекционные болезни у детей; № 4. Л. С. Гурвич, В. С. Лукьянов. Вода — наш друг; № 5. С. Н. Голиков. Яды и противоядия; № 6. В. В. Парин, Р. М. Баевский. Медицина и техника; № 7. Э. И. Аршавская, В. Д. Розанова. Физиология и физкультура; № 8. Г. И. Матешвили. Профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний; № 9. Н. А. Федоров, П. М. Альперин, Ф. И. Файнштейн. Наша кровь; № 10. Ф. Г. Кротков. Человек и радиация; № 11. С. С. Юдин. Мысли о медицине; № 12. С. П. Летунов, Р. Е. Мотылянская. Спорт, возраст, здоровье.

| № брошюр | Содержание | Стиль изложения | Художественное оформление (обложка, рисунки и т. д.) | Общая оценка | Место |
|----------|------------|-----------------|--|--------------|-------|
| № 1 | | | | | |
| № 2 | | | | | |
| № 3 | | | | | |
| № 4 | | | | | |
| № 5 | | | | | |
| № 6 | | | | | |
| № 7 | | | | | |
| № 8 | | | | | |
| № 9 | | | | | |
| № 10 | | | | | |
| № 11 | | | | | |
| № 12 | | | | | |

2. Назовите три темы, которые Вы считаете наиболее интересными для себя и актуальными и полагаете необходимым включить в план изданий «Факультета здоровья» на ближайшие годы:

1. _____

2. _____

3. _____

3. Отдельные читатели предлагают изменить название «Факультет здоровья». Вот некоторые из их предложений: «Университет здоровья», «Школа здоровья», «Наука здоровья», «Популярная медицина», «Советы здоровья», «Учитесь быть здоровыми», «Будьте здоровы!», «Уроки здоровья».

Ваше мнение? _____

4. С какой целью Вы выписываете и в чем Вам лично помогают или приносят пользу брошюры «Факультета здоровья»? _____

5. Удовлетворяют ли Вас качество и оперативность информации в брошюрах «Факультета здоровья»? _____

6. Надеемся, Вас не затруднит сообщить о себе:

Ваш возраст _____ Пол (мужской, женский) _____

Образование: _____

Профессия и специальность _____

Работаете, учитесь, на пенсии, инвалидности _____

Где живете (город, сельская местность) _____

С какого года подписчик «Факультета здоровья»? _____

Слушатель народного университета здоровья (да, нет, был слушателем — подчеркните). Намерен стать слушателем

Благодарим за ответы, которые просим присылать по адресу: Москва, Центр, Новая пл., д. 3/4. Издательство «Знание», «Факультет здоровья».

О результатах этого опроса читателей будет сообщено в одном из ближайших номеров брошюр «Факультета здоровья» 1969 г.



15 коп.

Индекс
70063

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»
Москва 1969

Ю. А. ДОБРОВОЛЬСКИЙ

ДВА
МИРА-

ДВЕ МЕДИЦИНЫ

