

О. В. Гринина, И. В. Калмыкова

## ПОСЕМЕЙНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И УСЛОВИЙ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ

Российский университет дружбы народов, Москва

О социально-гигиеническом значении изучения семьи как единицы исследования здоровья населения свидетельствует история посемейных обследований в нашей стране, которая связана с развитием русской общественной медицины.

Методические вопросы изучения семьи начали разрабатываться еще в дореволюционный период, в чем проявились самобытность развития русской общественной гигиены и прогрессивность направления теоретической мысли передовых врачей — в основном представителей земской медицины, и были продолжены на новых организационных основах в период советского здравоохранения.

На семью как единицу социально-гигиенического изучения передовые русские врачи обратили внимание в 80-х годах XIX века. Создавая систему и правила карточной медико-статистической регистрации заболеваний, передовые земские медицинские организации при введении этой системы в медицинскую практику разработали посемейную регистрацию заболеваний. Целью посемейной регистрации было изучение влияния семейно-наследственных факторов и бытовых условий жизни на возникновение заболеваний.

Инициатором обсуждения практической важности посемейной регистрации больных явилась самая передовая в тот период Московская земская медицинская организация.

По предложению Ф. Ф. Эрисмана сущность и задачи посемейного учета больных были изложены в 1887 г. на IX губернском съезде врачей Московского земства в докладе "К вопросу о посемейной регистрации" врачом К. В. Дорошкевичем, имевшим уже к тому времени семилетний опыт "регистрации больных по семействам" в Кременчугском уезде Полтавской губернии и изложившим систему записи каждой семьи в семейный скорбный лист с порядковым номером. На каждую волость велась специальная книга, в которую записывались семьи, имевшие дома; жители бездомных семей регистрировались отдельно.

"В Кременчугском уезде эта форма регистрации практикуется уже 7 лет, — сообщил в своем докладе К. В. Дорошкевич. — В участке, которым я заведовал, записано около 7000 домов, и таковых участков пять... Осознательные удобства этой формы записи больных следующие: 1) патология всего дома, т. е. несколько человек (до 20 и более), находящиеся в одних гигиенических условиях, у врача, что называется, перед глазами — если у внука врожденный сифилис, то врач может проследить эту болезнь до ее начала; то же можно сказать о переносе в другие дома через браки; 2) врач легко может уловить связь между болезненностью данного дома и степенью его благосостояния; 3) наблюдения и опытность каждого врача, собранные им сведения по патологии участка, санитарные исследования и др. не теряются для его преемника..."<sup>1</sup>.

Главной целью посемейной записи, как отметил К. В. Дорошкевич, явилось установление связи в каждом индивидуальном случае между болезнями семьи и степенью благосостояния на основе анализа экономического положения семьи по ряду показателей (количество скота, земельный надел и др.). Введение посемейной записи создавало возможность исследовать связь между заболеваемостью и социально-экономическими факторами.

Инициатива обсуждения съездами Московских земских врачей посемейной регистрации явилась толчком для введения ее в практику врачами других земских губерний. А. С. Буткевич в докладе о наилучшей форме "посельно-подворной" регистрации больных, сделанном им на 7-м съезде земских врачей Курской губернии в 1899 г., отмечал необходимость подобной регистрации больных для самого врача, так как данные, собираемые для губернского бюро, поступали к врачу с большим опозданием.

Регистрация только посельная, игнорируя двор, эту основную санитарную ячейку (т. е. семью) делает pro domo sua работу, которую выполняет бюро, изучая заболеваемость и движение населения по селам.

Для знания больного и выявления причин заболеваемости, отмечает А. С. Буткевич, "необходимо установить наследствен-

ность и родственные связи для выяснения того или иного конституционального страдания, необходимо в интересах прогноза и терапии определить образ жизни, занятия больного, словом, всю его житейскую обстановку, начиная от жилища и кончая пищей и одеждой... Выяснив все ослабляющие, вредные для здоровья моменты в жизни больного, определив почву, на которой развилось страдание, мы переходим к возбудителям этого страдания"<sup>2</sup>.

В 1896 г. на X съезде земских врачей Смоленской губернии Д. Е. Горохов заявил: "Участковая запись больных по семьям уже создала о себе целую литературу, обсуждалась она на многих съездах земских врачей и во многих местах введена и ведется"<sup>3</sup>. Каждая семья имела свой постоянный номер.

Наиболее совершенной формой сбора данных о заболеваемости в амбулаторных условиях явилось внедрение индивидуальных карт на больных с единой семейной обложкой, хранящихся по селениям амбулаторного участка, что способствовало облегчению работы врача, когда эта регистрация была уже налажена.

"... масса затруднений, выпадающих на долю врача, — писал А. И. Шингарев на основе многолетнего личного опыта, — видящего больного впервые без знания его прошлого, его семейных особенностей, не имея возможности уделить ему много времени — все это разрешается полным поселенно-посемейными записями с индивидуальными картами"<sup>4</sup>.

Все врачи-энтузиасты, проводившие в жизнь эту наиболее совершенную форму изучения здоровья населения, признавали, что данные, собранные участковыми врачами, должны послужить будущим земским врачам материалом для научной обработки и служить основанием для дальнейших специальных исследований.

Посемейная регистрация, введенная в большинстве земских губерний, позволила сделать социально-гигиенический анализ заболеваемости населения в тех губерниях, где проводились эти исследования (Московская, Воронежская, Херсонская, Самарская, Курская, Новгородская, Саратовская, Рязанская и др.).

Изучались показатели заболеваемости населения и структура по отдельным нозологическим формам путем распределения на группы по семейному положению: холостые и девичьи, состоящие в браке; вдовые с учетом пола и возраста в каждой группе. При этом использовали данные переписи 1897 г.

Так, в ядре губерний была обнаружена повышенная заболеваемость женщин в рабочем возрасте по сравнению с мужчинами. Ряд врачей ставили это явление в прямую зависимость от тяжелых условий жизни, непосильного труда крестьянок.

Распределение заболеваний по семейному положению показало, что у холостых мужчин заболеваемость была выше, чем у незамужних женщин, среди семейных пар наблюдалось обратное соотношение.

Значительное превышение заболеваемости женщин сельских местностей по сравнению с мужчинами регистрировали многие исследователи: по Московской губернии — Е. А. Осипов<sup>5</sup>, приводит данные по Тверской, Владимирской, Рязанской губерниям — М. С. Уваров<sup>6</sup>, по Тамбовскому уезду — В. Н. Никольский<sup>7</sup>. Сводная характеристика состояния здоровья крестьянской женщины в конце XIX века дана в докладе А. И. Шингарева на годичном собрании Во-

<sup>2</sup> Буткевич А. С. О наилучшей форме посельно-подворной регистрации больных / Труды 7-го съезда врачей Курской губернии. — М., 1899. — С. 257.

<sup>3</sup> Горохов Д. Е. К вопросу посельной регистрации / Труды II Московского съезда земских врачей и X Смоленского съезда земских врачей. — М., 1897. — С. 163.

<sup>4</sup> Шингарев А. И. Посемейно-поселенные записи амбулаторных больных / Воронежская хроника. — 1901. — № 2. — С. 28.

<sup>5</sup> Осипов Е. А. Сведения о народонаселении и его движении за 1869—1873 гг. — М., 1877. — С. 109.

<sup>6</sup> Уваров М. С. Санитарное положение Херсонской губернии. Заболеваемость в Херсонской губернии по данным 1887, 1888, 1889 гг. — Вып. 2.

<sup>7</sup> Никольский В. Н. Медико-топографическое и статистическое описание Тамбовского уезда. — Дис. — СПб, 1885.

<sup>1</sup> Дорошкевич К. В. К вопросу о регистрации больных в земских больницах и участках / Труды IX губернского съезда врачей и представителей земств Московской губернии. — М., 1887. — Т. 1. — С. 375.

ронежского отдела Русского общества охранения народного здоровья 21 марта 1899 г.

Материалы исследований большинства врачей, изучавших в социально-гигиеническом отношении крестьянские семьи, оставили в истории изучения состояния здоровья народа образцы правильного методического подхода, комплексной характеристики уровня здоровья в связи с социально-бытовыми условиями жизни.

Ведение посемейной записи земскими участковыми врачами позволяло некоторым врачам использовать их в социально-гигиенических исследованиях здоровья населения в связи с его экономическим положением.

Позже, в 1912 г., П. И. Куркин, отмечая значение этих исследований, писал: "... именно в этом пункте земская санитарная статистика обнаруживает свою родственную генетическую связь с земской хозяйственной статистикой, где столь важное значение принадлежит подворному и посемейному исследованию. Земская экономическая статистика исследует отдельные первичные группы населения с точки зрения условий хозяйственной жизни и благосостояния. Земское санитарное исследование подходит к той же крестьянской семье с другой стороны, именно условий здоровья и болезни ее членов, ее санитарного благосостояния. В этой основной ячейке, таким образом, встречается между собой разветвление земского исследования народной жизни"<sup>8</sup>.

Цель социально-гигиенических исследований, проводившихся врачами, — установление причин повышенной заболеваемости и смертности в неблагополучных в экономическом отношении селениях и районах дореволюционной России.

Примером такого комплексного исследования является известное исследование А. И. Шингарева "Вымирающая деревня. (Опыт санитарно-экономического исследования двух селений Воронежского уезда)". Это исследование основано на комплексном участии в составлении программы и сборе данных статистиков-экономистов и участкового врача. Сбор данных об экономических условиях жизни проводился по специальной подворной карте, составленной известным в то время статистиком-экономистом Ф. А. Шербиной.

"Подворная карта ... обнимает собою возрастной состав семьи, промыслы и отхожие заработки ее членов, размер сельскохозяйственных операций, количество потребленное на питание продуктов, скотоводство, калечность, болезненность, рождаемость, брачность и смертность ... кроме того в другой ее части имеется более двухсот вопросов, касающихся санитарного описания жилища, двора, водоснабжения, образа жизни и быта семьи" (цит. по О. В. Грининой)<sup>9</sup>.

В результате примененных А. И. Шингаревым социально-экономических группировок изучаемых семей и в сопоставлении с данными естественного движения населения удалось показать их взаимосвязь. Так, для выяснения влияния отхожих и местных промыслов в изучаемых семьях на демографические показатели все изучаемые семьи были разделены на 3 группы: 1-я — семьи, занимающиеся только отхожими промыслами; 2-я — семьи, занимающиеся только местными промыслами; 3-я — семьи, занимающиеся питомническим промыслом без отхода их членов на посторонние заработки. На основе анализа статистических показателей по семьям этих 3 групп А. И. Шингарев делает вывод, что экономические условия жизни семьи оказывают влияние на основные показатели здоровья. "В семьях, где развиты местные промыслы, число больных, обращавшихся за медицинской помощью, по отношению к числу лиц этой группы, меньше, чем в остальных группах, рождаемость в ней наивысшая — значительно выше средней для обеих селений, а смертность наименьшая... Общий прирост населения выше среднего..."<sup>10</sup>.

Группа семейств, в которых развиты отхожие промыслы, характеризуется почти противоположными признаками. О пагубном влиянии на здоровье семьи питомнического промысла А. И. Шингарев писал, что семьи, занимающиеся питомническим промыслом, по состоянию здоровья были самыми неблагополучными: "... отхожие промыслы сильно понижают рождаемость, а питомничество вызывает усиленную смертность собственных грудных детей в тех семьях, которые берут питомцев на воспитание. Обе эти группы семейств настолько неблагополучны, что дали убыль своих членов за десятилетний период. Особенно пагубным для населения должно признать питомничество. Мало того, что сами питомцы мрут в огромной пропорции,

мало того, что они заносят в деревню сифилис, заражая приютившие их семьи, — ко всему этому собственные дети воспитателей усиленно вымирают"<sup>11</sup>.

Влияние питомнического промысла на повышение смертности грудных детей коренного населения отмечается также в ряде других исследований в тех уездах, где был сильно развит этот промысел: К. И. Шидловский — по Дмитровскому уезду Московской губернии, П. А. Песков — по Дурыкинской волости Московской губернии и др. По данным П. И. Куркина, губительное влияние питомнического промысла на местное детское население уже доказано опубликованными наблюдениями врачей Московской и других губерний. Путем анализа детской смертности по уездам Московской губернии за ряд лет П. И. Куркин установил, что высокая смертность в западных уездах находится в самой тесной связи с развитием здесь питомнического промысла и уменьшается с его понижением.

Таким образом, индивидуально-посемейная регистрация врачебных наблюдений позволила установить причины бедственного положения здоровья сельского населения, заключавшиеся в обезземеливании и ужасающей экономической бедности дореволюционной русской деревни.

Подобных исследований типа "Вымирающей деревни" А. И. Шингарева, основанных на индивидуально-посемейной регистрации, было проведено мало. Но там, где врачи изучали конкретные условия жизни населения и состояние здоровья, использовались прежде всего посемейные записи. Известное исследование шляпного производства, проведенное В. А. Ливичкиным в Кленовской волости Подольского уезда, представляющее собой образец социально-гигиенического анализа здоровья в связи с экономическими условиями жизни населения, было основано на данных посемейной регистрации. Используя комплекс показателей физического развития на основе 7879 измерений призывников с 1884 по 1889 г., В. А. Ливичкинский пришел к важному выводу, что "в санитарно-статистических показателях отражается влияние вредных условий жизни отдельных групп населения"<sup>12</sup>.

Посемейная запись также была использована при изучении влияния фабрично-заводского труда на детскую смертность в работах П. П. Письменного<sup>13</sup>, который, однако, из-за несовершенной методики обработки пришел к неправильному заключению, что понижение плодородности женщин — следствие работы на фабрике. Несостоятельность принятой им методологии стала понятна позже в связи с разработкой Г. А. Баткисом этого трудного для того времени вопроса в его работе "К методологии изучения влияния профессии на производственную функцию женщины"<sup>14</sup>.

В начале XX века в связи с изменением направления в изучении состояния здоровья населения, когда на смену социально-экономическим исследованиям, проводившимся в виде комплексных работ, часто совместно со статистиками-экономистами, пришли массовые исследования заболеваемости населения, основанные на карточной регистрации обращений, исследования семьи как единицы социально-гигиенического изучения уходят на второй план и в дальнейшем практически не проводились.

К 1910 г., когда накопился богатый материал о заболеваемости сельского населения и были установлены закономерности распространения отдельных болезней по возрасту, полу, времени года и другим признакам, ведущими руководителями земских медицинских организаций был выдвинут принцип дифференцированного изучения состояния здоровья по отдельным социальным группам. В разработанной П. И. Куркиным "Схеме земской санитарной статистики" (1912 г.) специальным разделом было предусмотрено изучение болезненности семей в разделе "частных исследований болезненности"<sup>15</sup>.

При разработке схемы П. И. Куркин возлагал большие надежды на индивидуально-посемейную запись при исследовании патологии населения в связи с различными факторами условий жизни. "По нашему глубокому убеждению, — заявлял он, — ... посемейные и индивидуальные записи участковых земских врачей о заболеваниях и патологических явлениях внутри отдель-

<sup>11</sup> Там же. — С. 203—204.

<sup>12</sup> Маркузон Ф. Д. Очерки по санитарной статистике в дореволюционной России и в СССР. — М., 1961. — С. 129.

<sup>13</sup> Письменный Н. Н. Влияние на вес новорожденных некоторых условий жизни беременной женщины // Гиг. труда. — 1925. — № 10. — С. 41—44; Письменный Н. Н. Влияние возраста, профессии, числа беременностей и общих условий жизни матери на вес плода // Московский мед. журн. — 1927. — № 4. — С. 41—52.

<sup>14</sup> Баткис Г. А. Вопросы санитарной и демографической статистики // Статистика. — 1964. — С. 24.

<sup>15</sup> Куркин П. И. Цит. соч.

<sup>8</sup> Куркин П. И. Избранные произведения / Под ред. А. М. Меркова. — М., 1961. — С. 186—187.

<sup>9</sup> Гринина О. В. Состояние здоровья и бюджет семей трудящихся // Сов. здравоохран. — 1964. — П. — С. 14—15.

<sup>10</sup> Шингарев А. И. Вымирающая деревня. — 1901. — С. 202.

ных семей заключают в себе ответы на самые глубокие, важные и интересные вопросы патологии населения. Здесь лежит новая, еще не затронутая и не освещенная область научного изучения населения в нашей стране<sup>16</sup>.

Однако в работах послереволюционного периода, отмечая значение посемейного изучения состояния здоровья, П. И. Куркин (1925 г.) вынужден был констатировать, что в нашем прошлом это сложное и трудное исследование лишь намечалось в своих очертаниях и общие условия не благоприятствовали его практической постановке и осуществлению.

В "Схеме изучения санитарного состояния населения", разработанной П. И. Куркиным и С. М. Богословским в 1927 г., во втором разделе "Санитарная обстановка населения, быт и жизнь (объекты исследования)" и в соответствующих методических указаниях в схеме: а) предметы исследования, б) источники статистического материала, в) статистические формы и процедуры, г) статистическая обработка и ее элементы — особое место отводится семье как объекту исследования.

С первых лет строительства советского здравоохранения с развитием профилактического направления советской медицины семья становится объектом не только изучения условий жизни и состояния здоровья индивида специальными диспансерами, но и объектом медико-социального воздействия, направленного на оздоровление неблагополучных в отношении состояния здоровья семей больных туберкулезом, сифилисом и др.

Семья становится единицей изучения условий жизни диспансерного больного, в семью приходит врач и сестра-обследовательница, чтобы на месте ознакомиться со средой, окружающей больного.

В дальнейшем развитие диспансерного метода работы всеми медицинскими учреждениями и врачами способствовало совершенствованию методов медицинской помощи населению и расширению влияния на семью ряда контингентов больных. Развитие системы медицинского наблюдения за беременными женщинами и детьми первых лет жизни учреждениями охраны материнства и детства также способствовало совершенствованию методов связи врача и семьи как основы оздоровительных мероприятий.

В лечебно-профилактических учреждениях многих городов и сельских местностей в первые годы сохранялась система посемейной записи больных, "семейных обложек". Однако в связи с решением других важных государственных задач в изучении состояния здоровья населения страны и введением новой системы единой регистрации заболеваний повсеместно система посемейных записей постепенно была ликвидирована сначала в городах, а позже и в сельских местностях.

Специальные научные исследования семьи в социально-гигиеническом аспекте проводились в очень незначительном объеме лишь в первые десятилетия — 20—30-е годы. Но во многих программах по исследованию условий жизни в связи с изучением состояния здоровья различных общественных групп населения нашей страны специальным разделом постоянно был включен раздел исследования условий семейной жизни.

В этот период П. И. Куркин снова возвращается к вопросам дальнейшей разработки методических основ изучения семьи в социально-гигиеническом и медико-биологических аспектах.

В его работе "Обследование семьи в санитарной статистике" (1927 г.) и в докладе "К вопросу об анамнезе при санитарном обследовании семьи" (февраль—март 1927 г.) рассмотрены принципиальные обоснования методики социально-гигиенического анализа семьи на новых организационных основах.

Дав определение направления санитарно-статистических исследований, наметившегося уже в первые десятилетия советского здравоохранения — постановку социальных углубленных исследований заболеваемости отдельных общественных групп населения, П. И. Куркин считал, что в этом цикле работ одним из типов должны быть семейные обследования: "В виду такого общего направления санитарно-статистического исследования в стране представляется своевременным разобраться в одном из основных вопросов этого цикла работ, а именно, в вопросе о посемейном обследовании, и рассмотреть его применительно к современным условиям"<sup>17</sup>.

При изучении наследственности в семье П. И. Куркин считал наиболее целесообразным использовать графические методы исследования. В литературе 20-х годов мы находим различные приемы применения графических методов при социально-гигиеническом обследовании семьи. Были составлены различные схемы и таблицы для изучения наследственности индивида и семьи.

П. И. Куркин составил специальные "родословные" генеалогические таблицы для изучения наследственности. Методика составления их и практика использования для санитарно-демографической характеристики семьи показана в работе "Очерк генеалогической статистики" (1928 г.). Сущность изучения наследственности и медико-санитарной характеристики семьи путем генеалогических таблиц П. И. Куркин определил так: "В генеалогических записях, охватывающих наблюдения над несколькими поколениями семейных союзов, с наибольшей яркостью освещаются те сложные и тонкие жизненные процессы, которые являются труднодоступными для непосредственного массового учета и наблюдения, они представляются здесь, кроме того, не в случайном отборе или хаотическом массовом виде, но в фазах внутренней генетической связи предков и потомков, что придает внутреннюю связанность изображаемой ими картиной взаимоотношений"<sup>18</sup>.

П. И. Куркин дает глубокий анализ генеалогической таблицы рода граждан Простовых и показывает научное значение родословных записей для самых различных аспектов санитарного и медико-биологического обследования семьи. Было исследовано 19 семей 3 поколений. Родословная включала в себя именной список на 152 лица — членов исследуемого рода с указанием для каждого лица года рождения, брака, смерти, причины смерти, состояния здоровья в целом. Брачность рода представлена возрастом вступления в брак, продолжительностью брака, числом родившихся детей в семьях, их половым составом, рождением детей в связи с продолжительностью брака и возрастом родителей. Проанализированы причины смерти, возраст смерти и другие демографические показатели. Собранный семейная хроника позволила автору построить потомственную схему и родословное древо.

Используя при разработке методики основные положения группировки семейных записей, разработанных Е. Ресле (1925 г.), П. И. Куркин приводит его высказывание о значении семейной статистики для медицинских наблюдений: "Если бы семейная статистика собиралась и обрабатывалась на целесообразных основаниях, она могла бы оказать неоценимые услуги науке, так как представила бы ей высокой ценности материал для освещения многих еще висящих в воздухе проблем человеческой наследственности, затрагивающих интересы не узких кругов отдельных семей, а всего культурного мира"<sup>19</sup>. Однако при всей ценности такого изучения исследование семьи в генеалогическом аспекте возможно на основе длительного наблюдения и ведения записей самим семейством, что трудно выполнимо на практике.

При социально-гигиенических исследованиях семьи наряду с использованием всех данных об условиях настоящей и предшествующей изучаемому периоду жизни членов семьи необходимо использовать все методы выявления влияния наследственных факторов передачи некоторых заболеваний, пороков развития, наследственных предрасположений, установление типа конституции членов семьи и др.

Примером такого сочетания в изучении состояния здоровья семьи на основе анализа социально-экономических условий жизни в целом и изучения каждого индивида в семье является программа, разработанная в 1927 г. проф. Г. А. Баткисом в связи с необходимостью изучения в тот период "малых народностей"<sup>20</sup>.

В начале 30-х годов был проведен ряд посемейных исследований, которые в основном имели целью установить сдвиги в показателях здоровья и условиях жизни различных групп населения страны.

В отделении санитарного состояния Института социальной гигиены и организации здравоохранения под руководством проф. Г. А. Баткиса были проведены исследования рабочих семей и семей колхозников по специально разработанной методике, в основу которой был положен уже апробированный в практике ряда исследований предыдущих лет анамнестический метод.

В связи с необходимостью разработки более совершенной методики анализа влияния условий жизни на показатели здоровья, т. е. необходимостью установления взаимосвязи изменений показателей здоровья с изменениями условий жизни в различные периоды жизни исследуемых групп, был проведен ряд исследований, в которых приняли участие статистический отдел Государственного института социальной гигиены Наркомздрава и кафедра социальной гигиены 1-го МГУ. Все эти работы выполнялись по методическим принципам, разработанным

<sup>18</sup> Куркин П. И. Очерк генеалогической статистики. Род граждан Простовых (Плодовитость браков, болезни и смерти). — Социал. гиг. — 1928. — № 2—3. — С. 38—91.

<sup>19</sup> Там же. — С. 40.

<sup>20</sup> Баткис Г. А. Цит. соч.

<sup>16</sup> Там же.

<sup>17</sup> Куркин П. И. Цит. соч.

Г. А. Баткисом<sup>21</sup>. Одним из направлений посемейных исследований этого цикла работ является исследование Р. Б. Коган.

Р. Б. Коган в 1930—1932 гг. провела исследование динамики детской смертности, взяв для анализа семьи рабочих нескольких крупных заводов Москвы, живущих в поселках "Амо", "Динамо", "Усачевка", "Богатырь". Результаты исследований показали благоприятные сдвиги в состоянии здоровья рабочих семей. Обследованым было охвачено 3925 рабочих семей с общим числом детей 8842. Дети по времени рождения распределялись следующим образом: на период до 1917 г. — 4039 рождений, 1917—1924 гг. — 2068, 1925—1929 гг. — 1941 и 1930—1932 гг. — 794.

Автор справедливо считает, что число родившихся за последние 3 года "не вызывает опасений в смысле случайных выводов, так как подобным же количеством рождений оперирует официальная статистика любого центра с численностью в 40 тыс. человек (при рождении 20 на 1000 населения).

Методика исследования семьи, основанная на анамнестическом методе сбора данных о родившихся и умерших детях, позволила проследить процесс снижения детской смертности во времени. Таким образом, были показаны значительные темпы снижения детской смертности в рабочих семьях в первое десятилетие Советской власти.

Сравнение с темпами снижения детской смертности по Москве в целом за тот же период показало более значительные темпы снижения смертности детей в рабочих семьях. Особенно резкое снижение детской смертности относилось к 1929—1932 гг. в связи с переселением рабочих семей в домановостройки.

По той же методике и с той же целью анализа динамики детской смертности Р. Б. Коган и Б. С. Бессмертный предприняли исследование семей колхозников Московской обл., данные которого в сравнении с дореволюционными исследованиями П. И. Куркина показали снижение детской смертности к 1932 г. по сравнению с 1913 г. на 61%. Посемейное исследование позволило авторам сделать важный вывод: "Как видно из вышеизложенного, темпы снижения детской смертности в нашей стране, являющиеся исключительными по Союзу в целом, при-

нимают при дифференцированном изучении колхозных семейств еще более значительные размеры"<sup>22</sup>.

Одно из крупных по объему социально-гигиенических исследований семей, проведенных в первые десятилетия советского здравоохранения, выполнено кафедрой социальной гигиены Харьковского медицинского института; оно охватило около 2000 рабочих семей.

Научное исследование здоровья рабочих семей ряда крупных заводов Харькова сопровождалось проведением в них широкой оздоровительной работы.

Исследование выполнено по программе комплексного изучения состояния здоровья семей, включавшей в себя данные социальной характеристики, демографические показатели, полученные на основе применения анамнестического метода исследования доживаемости и смертности детей грудного возраста. Совместно с противотуберкулезным диспансером были изучены распространенность туберкулеза, динамика физического развития детей обследованных семей за ряд лет.

Анамнестический метод сбора данных о судьбе всех детей, рожденных женщинами обследуемого коллектива, позволил показать сдвиги в снижении детской смертности.

Данные антропометрических измерений выявили положительные сдвиги в физическом развитии детей обследованных рабочих семей за 1934—1937 гг. по сравнению с 1924—1929 гг.

Начатые в первые десятилетия советского здравоохранения единичные посемейные исследования состояния здоровья и условий жизни были прекращены в связи с изменением общего направления работ в области социальной гигиены и организации здравоохранения.

С 60-х годов социал-гигиенисты при изучении различных проблем демографии, заболеваемости, уровня и качества медицинской помощи включают в программу исследования и условия жизни семьи обследованных групп населения, разрабатывают программы комплексного социально-гигиенического обследования семьи.

На этой основе под нашим руководством проведена серия посемейных исследований в разных регионах России и странах СНГ, обобщенных в статье О. В. Грининой<sup>23</sup>.

Поступила 27.12.01

<sup>21</sup>Там же; Баткис Г. А., Коган Р. Б., Шуфир Ф. Я. Труд и производительная функция женщин // Социал. гиг. — 1930. — № 1—2. — С. 17—57; Коган Р. Б., Бессмертный Б. С. Детская смертность в колхозах // Советская врачебная газета. — 1934. — № 10. — С. 785—787; Коган Р. Б. Сдвиги в детской смертности // Советская врачебная газета. — 1933. — № 11. — С. 503—506.

<sup>22</sup>Коган Р. Б., Бессмертный Б. С. Цит. соч. — С. 786.

<sup>23</sup>Гринина О. В. Опыт совершенствования программно-методических основ комплексных социально-гигиенических исследований // Материалы Первой открытой заочной сессии кафедры гигиены, общественного здоровья и здравоохранения Российского университета дружбы народов. — М.: Изд-во РУДН, 2000. — С. 42—66.