Свердловский Государственный медицинский институт
Кафедра организации здравоохранения
Зав. кафедрой, доцент, кандидат медицинских наук

В. И. Величкин.

Состояние здоровья населения гор. Свердловска по материалам обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения города в 1937 г.

Диссертация
на соискание ученой степени доктора
медицинских наук.

Свердловск.
1946 г.

В В Е Д Е Н И Е.

Изучение заболеваемости населения имеет большое значение и для развития медицинской науки и для практики организации здравоохранения.

Являясь весьма важным критерием в оценке санитарного состояния населения, материалы заболеваемости, с одной стороны, дают теоретическое обоснование для рациональной организации медицинской помощи, а с другой стороны, являются важным элементом наших знаний в понимании природы болезней.

Распространенность и характер заболеваемости в отдельных местностях, особенности заболеваемости в связи с полом, возрастом и родом занятий населения, движение заболеваемости по месяцам года, - все это, несомненно, способствует уяснению сущности патологических процессов.

Один из видных представителей русской статистики, Янсон писал: "Всякая болезнь, а в особенности эпидемическая, не есть только недуг, так сказать личный: это недуг, в значительной степени, общественный. Борьба против этого недуга возможна только соединенными силами, правильно организованными, и санитарной статистике принадлежит здесь роль светильника, освещающего и пройденный путь и тот путь, который лежит впереди и по которому можно ближе, скорее и вернее достигнуть успеха в этой борьбе." (159).

Известно, какое огромное значение имела статистика заболеваемости в изучении острых инфекционных болезней, а также социальных и профессиональных болезней.

Вот почему изучение заболеваемости населения представляет большой интерес не только для организаторов здравоохранения и санитарных статистиков, но и для представителей всех отраслей медицинской науки.

В виду ограниченности статистических данных по общей заболеваемости населения, клиницисты часто вынуждены бывают прибегать к использованию своих клинических материалов для разрешения таких интересующих их вопросов, которые могут быть освещены лишь на массовом материале.

Однако, эти попытки, в большинстве случаев являются мало обоснованными и приводят к неправильным выводам.

Ограниченный, а иногда и специально подобранный клинический материал не может правильно отражать действительную заболеваемость населения. Лишь изучение заболеваемости всего населения дает возможность вскрыть истинные закономерности социальной патологии.

Е.А.Осипов писал- :"Только с помощью санитарной статистики можно составить достаточно верное понятие о здоровье общества и свести все относящиеся сюда вопросы с точки зрения случайных личных впечатлений на об"ективную почву."

Тем более это относится к данным иностранной статистики.

Несмотря на это в наших медицинских учебниках, монографиях, при общей характеристике заболеваний, авторы часто пользуются статистическими данными иностранных авторов. По ним мы обучаем и студентов. Вряд ли это можно признать правильным.

Помимо только что отмеченных недостатков, присущих всякой статистике, основанной лишь на клиническом материале, зарубежная медицинская статистика в виду совершенно другого общественного строя не может дать правильную ориентировку студенту в его будущей врачебной деятельности в смысле характеристики заболеваемости того населения, которое он будет обслуживать.

Данные зарубежной медицинской статистики, несомненно, имеют большое значение, но только не тогда, когда они даются в качестве основного, а порою и - единственного материала, а лишь в качестве дополнительных, сравнительных данных.

Все это свидетельствует о настоятельной необходимости объединенными усилиями организаторов здравоохранения, санитарных статистиков и лечащих врачей всех специальностей всемерно развивать советскую санитарную статистику, как науку, имеющую исключительно большое значение для успешного разрешения стоящих перед органами здравоохранения больших и важных задач по дальнейшему улучшению и укреплению здоровья советского народа.

Заболеваемость населения изучается тремя основными методами: по данным обращаемости за лечебной помощью; на основе медицинских осмотров и обследований отдельных групп населения, и по причинам смерти.

Ни один из этих методов, взятый отдельно, не дает возможности с окончательной (исчерпывающей) полнотой судить о характере заболеваемости, но каждый из них, освещая с своей стороны проблему заболеваемсоти, имеет свои определенные достоинства. Вот почему рекомендуется одновременное применение всех трех методов.

Изучение заболеваемости по данным периодических осмотров в советский период приняло довольно широкие размеры, главным образом среди таких групп населения, как школьники, рабочие подростки и призывные (ые) на военную службу. Были предприняты также специальные экспедиции в различные районы страны для изучения распространенности отдельных заболеваний: туберкулеза, сифилиса, зоба, трахомы и др.

Метод изучения заболеваемости по причинам смерти можно признать одним из наиболее надежных в смысле полноты охвата единиц наблюдения и правильности диагнозов. Он дает возможность судить о конечном результате заболеваемости. Применение этого метода получило широкие возможности в советский период, с введением обязательной врачебной регистрации причин смерти.

Изучение заболеваемости по материалам обращаемости насе-

ления в лечебные учреждения является в нашей стране наиболее старым методом. Строй земской медицины создал благоприятные предпосылки для разработки этого метода, и еще в 70 годах прош лого столетия видный деятель земской медицины Е.А.Осипов предложил ввести в земских медицинских участках учет всех обращающихся на специальной статистической карте. Регистрации всех первичных обращений Осипов придавал исключительно большое значение. Он писал, что рациональной лечебной помощью надо считать лишь такую, которая не только оказывается врачами, но и правильно ими регистрируется.

Наша страна первая разработала этот метод и до сих пор является единственной, где возможно его применение, что служит предметом нашей гордости и предметом зависти зарубежных санитарных статистиков.

По сравнению с советской санитарной статистикой американская и западно-европейская медицинская статистика имеет значительно меньший круг наблюдений. Система организации здравоохранения капиталистических стран, в основе которой лежит частная медицинская практика, не дает возможности распространить учет обращаемости, а следовательно, и заболеваемости на все население, как это имело место в отношении сельского населения в земских губерниях старой России и что осуществимо в настоящее время для всего населения Советского Союза.

Зарубежная медицинская статистика пользуется лишь материалами государственного учета острых инфекционных болезней; учета некоторых болезней, проводимого страховыми кассами, учета заболеваемости в армии и во флоте и регистрации причин смерти. Все прочее население, как говорил П.И.Куркин:-"располагается вне и за чертой круга статистического учета общей болезненности". И сравнивая медицинскую статистику Европейских стран с русской санитарной статистикой по материалам Дрезденской гиги

енической выставки 1911 года, П.И.Куркин писал:-"Принципы деятельности русской земской медицины создали реальную почву для статистики общей болезненности, следов которой мы не находим нигде в Европе, кроме земской России." (73).

Однако, различие не исчерпывается лишь кругом наблюдения. По отзывам крупного представителя европейской медицинской статистики Принцинга -"обязательная регистрация по многим заразным болезням оказывается неполной", а кроме того: "Почти никогда в программе разработки не даются подразделения по полу и возрасту несмотря на то, что такие данные имеют очень большое значение." (121)

Другой видный статистик Ресле отметил:-"Большая заслуга русских - выдвинуть на надлежащее место статистику заболеваемости и притом в то время, когда на это не отважился никто другой". И, касаясь деятельности П.И.Куркина в области санитарной статистики, Ресле писал: "Его создание останется и будет плодотворно, т.к. из плодов изучения заболеваемости вытекает значительная практическая польза для человечества". (123).

На основе этого метода в нашей стране были проведены капитальные работы по исследованию заболеваемости населения, обращавшегося за медицинской помощью в земские лечебные учреждения: Осиповым /1878-1882 г.г./ и Куркиным /1883-1902 г.г./- по Московской губернии, Тезяковым /1903 г./- по Саратовской губернии, Тезяковым и Шингаревым /1898-1902 г.г./ - по Воронежской губ., Уваровым /1887-1889 г.г./ - по Херсонской губ., Моллесоном /1898-1900 г.г. - по Тамбовской губ. Кудрявцевым /1905-1906 г.г./ - по Рязанской губ., Долженковым - по Курской губ. и др.

Эти работы дали общую характеристику структуры и силы заболеваемости населения в отдельных местностях России.

Особенное значение имели работы выдающегося деятеля русской санитарной статистики П.И.Куркина по характеристике заболеваемости населения Московской губернии. Они не только послужили образцом для дальнейших работ по изучению заболеваемости населения в

нашей стране, но и получили мировое признание. (72).

В городах такая регистрация не проводилась совсем в виду очень слабо развитой сети амбулаторно-поликлинических учреждений. Там мы имели лишь отдельные, разрозненные исследования. Не была она организована и в большинстве земских губерний.

Непосредственно перед Октябрьской Революцией дане в таких крупнейших городах, как Киев, нельзя было и мечтать о применении этого метода, что видно из следующих слов Г.А.Баткиса, написанных им в 1917 году:- "...Учет исчерпывающий болезненности при всей его важности и огромном интересе должен быть снят с очередной программы городской санитарной статистики, впредь до создания необходимых условий общедоступности и близости к населению врачебной помощи." (5).

Продолжая традиции земской медицины - советское здравоохранение, развернувшее в невиданных масштабах сеть амбулаторно-поли-клинических учреждений, дало возможность и городам широко применять этот метод изучения заболеваемости.

В ряде городов были проведены работы по изучению заболеваемости населения отдельными болезнями -/острые инфекционные болезни, туберкулез, венболезни и др./ С наибольшей полнотой изучение заболеваемости населения по данным обращаемости в лечебные учреждения было проведено в Москве и Московской губернии в 1926 году П.И. Куркиным, а также - в Ленинграде и на Украине. (25).

Заболеваемость населения все время привлекала внимание и свердловских врачей, о чем свидетельствует значительное число имеющихся работ. Помимо санитарных статистиков, изучением заболеваемости населения Свердловска занимались фтизиатры, венерологи, терапевты, хирурги, педиатры и другие.

Из работ, имеющих значение для характеристики заболеваемости населения Свердловска острыми и хроническими инфекционными болезнями можно отметить прежде всего ежегодные статистические сборники Свердловского Облздравотдела, составлявшиеся И.К.Курловым (79)

/бывшим земским санитарным врачем/ с 1924 по 1929 годы. Далее, – работу И.И.Левина, представляющую интересное исследование эпидемической вспышки гриппа, наблюдавшейся в Свердловске в 1943 году. Работу Е.П.Сластенова по изучению возрастных особенностей скарлатины. Сюда можно отнести также работы М.Н.Карнаухова и Н.А.Водопоса по изучению распространенности туберкулеза; работы С.Я.Голосовкера, Н.В.Харченко и В.И.Величкина по изучению заболеваемости.

По инициативе 1-го с"езда хирургов Урала в 1927 году, проведены были экспедиционные обследования по изучению распространения на Урале эндемического зоба. Результаты этих обследований изданы В.А.Ляпустиным в двух сборниках –"Эндемический зоб на Урале". Несмотря на ошибочность общих выводов, сделанных В.А. Ляпустиным, о чем подробно изложено в главе о заболеваниях эндокринной системы, эти работы сыграли большую положительную роль в деле изучения географического распространения зобной эндемии на Урале и привлекли внимание органов здравоохранения и врачей к этому заболеванию. (95и130).

Изучением распространения ревматизма занимались В.П.Кушелевский, Д.Е.Мейнберг, Беляева, Розенблат, Суворов.

По вопросам изучения травматизма на промышленных предприятиях Свердловска были посвящены работы Либермана, И.Н./диссертация/, Ходорова М.П./диссертация/, Нарбутовича, А.М. и др.

Онкологическому отделению физиотерапевтического института под руководством проф. Ратнер Л.М. принадлежит ряд работ по изучению распространенности злокачественных новообразований /Ратнер, Скобунова, Бенедиктова, Шильников, Шарлаш, Знаменский и др./

В.П.Луканин провел исследования по изучению заболеваемости рабочих в связи с профессиональными условиями их работы /бронхиальная астма и др./.

В.П.Кушелевский, В.М.Каратыгин, Е.С.Кливанская – Кроль ра

ботали над статистическим изучением пневмоний;В.М.Каратыгин – над изучением алиментарной дистрофии,М.И.Сахаров – язвенной болезни и др.

Можно отметить еще работу Б_П.Кушелевского по изучению распространенности и характера гипертонической болезни,проведенную им в 1945 году,путем обследования до 5 тысяч рабочих и служащих Свердловска в возрасте от 20 до 50 лет.

Патолого-анатомы также внесли свой вклад в дело изучения заболеваемости населения.И.И.Медведев и А.С.Варшников дали статистические обзоры секционного материала больниц г.Свердловска за 1932-1933 г.г. и 1935-1939 годы./всего свыше 5 тысяч вскрытий/. *(99)*.

Все это свидетельствует о большом интересе врачей всех специальностей к вопросам заболеваемости населения.

Мы здесь ограничились лишь перечислением работ свердловских врачей.Более подробно мы остановимся на них в соответствующих разделах работы.

Как видно из приведенного перечисления,все эти работы были направлены на изучение отдельных заболеваний или определенных групп болезней,причем часть из них основывалась на клиническом материале.

В 1937 году по предложению Центрального Методического Бюро санитарной статистики Наркомздрава Союза руководимого П.А.Кувшинниковым,а в 1939-1940 годах по указанию Наркомздрава СССР – было проведено в ряде городов,а в том числе и в г.Свердловске исследование заболеваемости на основе сплошного учета обращаемости населения в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Собранный по Свердловску статистический материал и послужил об"ектом настоящего исследования,причем в основу анализа взяты данные 1937 года.Материалы же учета 1939 – 1940 года были использованы лишь частично,в целях сопоставления с данны-

ми 1937 года.

Настоящая работа,дающая характеристику всей совокупности заболеваний населения на основе специально проведенного сплошного учета обращаемости,является первой в г.Свердловске.

ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ.

С 1 января по 31 декабря 1937 года, Свердловским Гигиеническим Институтом была организована во всех врачебных амбулаториях и поликлиниках г. Свердловска выкопировка из индивидуальных карт амбулаторного больного на специальные учетные карты.

Учетные карты были разработаны и присланы Центральным Медицинским Бюро санитарной статистики Наркомздрава Союза и содержали следующие вопросы:

Город/район

Наименование лечучреждения

Кабинет участок

1. Фамилия, имя и отчество
2. Возраст
3. Общественная группа
4. Род занятий профессия или должность
5. Предприятие и характер производства
6. Диагноз
7. Дата первичного обращения
8. Дата взятия на учет
9. Адрес больного.

Нами был добавлен еще один вопрос: "Нуждается ли в госпитализации - да, нет".

Учетные карты заполнялись лишь на лиц: а/первично обратившихся за медпомощью с данным заболеванием в 1937 году; б/принятых только врачами и в/постоянно проживавших в Свердловске.

На лиц, оказавшихся здоровыми и обратившихся по поводу прививок, а также на всех лиц, не являвшихся постоянными жителями Свердловска - учетные карты не заполнялись.

Учетные карты заполнялись ежедневно и по истечении каждого

месяца направлялись в Гигиенический институт для учета и проверки.

За полнотой внкопировки индивидуальных карт амбулаторного больного, за качеством заполнения учетных карт и за их поступлением в Гигиенический Институт, в течении всего года проводился систематический контроль специальными работниками, под руководством заведующего сектором санитарной статистики института В.П.Образцова.

Учетные карты, составленные на эпидемические заболевания, сверялись с экстренными извещениями, а также со списочным составом больных, госпитализированных в инфекционных больницах города.

Материалы учета были собраны из всех 69 врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений Свердловска, в состав которых входили: 43 амбулатории и поликлиники, 4 тубдиспансера, 5 вендиспансеров, 7 здравпунктов на предприятиях, 8 женских и детских консультаций, 1 малярийная и 1 зобная станции.

Просмотр и шифровку диагнозов проводили врачи, специально приглашенные для этой цели в гигиенический институт.

Принимая во внимание, что учетный материал поступил от всех без исключения врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений города, что за его поступлением в Гигиенический институт был установлен тщательный контроль, что число собранных учетных карт превышает население города на 26%, мы считаем его с количественной стороны вполне достаточным для характеристики заболеваемости населения г.Свердловска и для общих выводов.

С качественной стороны, несмотря на отдельные недостатки, о которых мы говорим в соответствующих разделах работы, пер-

вичный учетный материал мы считаем удовлетворительным.

В статистическую разработку поступило всего 523.080 учетных карт. В процессе разработки было изъято 16.195 карт/неподлежащие разработке случаи и, главным образом, дубликаты./Таким образом было разработано и послужило материалом для нашего исследования 506.885 карт.

При первоначальной общей разработке /в 1938 г./статистический материал распределялся по группам и формам болезней классификации и номенклатуры болезней и причин смерти, утвержденной Наркомздравом в 1930 году.

При выполнении настоящей работы мы положили в основу уже новую классификацию и номенклатуру болезней и причин смерти, утвержденную Наркомздравом СССР в 1939 году.

По большинству классов и групп болезней мы развили рубрики номенклатуры, в соответствии с тем материалом, каким мы располагали.[x] Это потребовало большой и кропотливой работы с привлечением соответствующих специалистов. В этом нам оказали помощь профессора Свердловского Мединститута: Каратыгин В.М., Кушелевский В.П., Малкин П.Ф., Ратнер Л.М., Лидский А.Т., Голосовкер С.Я., Яковлев И.И., Кливанская-Кроль Е.С. и Богданов И.Л., за что считаем своим долгом выразить им большую благодарность.

При описании и анализе заболеваемости населения Свердловска мы стремились: определить уровень заболеваемости населения, выявить характер этой заболеваемости и ее особенности и, наконец, проследить за динамикой важнейших заболеваний.

Для определения и оценки уровня заболеваемости в качестве критерия мы избрали заболеваемость населения Москвы, по данным разработки материалов сплошного учета, приводившегося в том же 1937 году.

x) К сожалению врачи не всегда детально записывали диагноз, что затрудняло разработку некоторых заболеваний по отдельным формам.

Разработка первичного учетного материала была проведена по шести признакам:по диагнозам заболеваний,по полу,возрасту и общественному положению больных,по датам обращения /движение заболеваемости по месяцам года/ и по признаку нуждаемости в госпитализации.

Учетные карты на детей до 3-х лет были подвергнуты дополнительной разработке,путем сплошной их алфавитизации,что дало возможность установить сколько раз в течение года,по поводу каких заболеваний и куда обращался каждый ребенок.При этом были дополнительно выявлены и изъяты дубликаты.

Возрастная группировка,в соответствии с указанием Центрального Методического Бюро Санаторной Статистики,была принята следующая :до 1 года,1-2,3-4 г.,5-7 л.,8-9,10-14 л.,15-17, 18-19 л.,20-24 г.,25-29 л.,25-29 л.,30-39,40-49,50-59,60 лет и старше.

По общественному положению больные распределены по пяти группам:рабочие,члены семей рабочих,служащие,члены семей служащих и прочие.В группу "прочих" вошли лица младшего обслуживающего персонала,пенсионеры и члены их семей,учащиеся без указания на их социальную принадлежность.

Установить динамику заболеваемости мы могли лишь частично, т.к.учет общей заболеваемости в Свердловске в 1937 году был проведен впервые.

Считаем необходимым дать пояснение по поводу употребляемого в этой работе термина -"заболеваемость населения".

Под заболеваемостью населения понимают число обратившихся за медицинской помощью в лечебные учреждения со всеми вновь возникшими /за период учета/заболеваниями.

Однако,в процессе массового учета очень трудно организовать

регистрацию таким образом, чтобы можно было выделить из числа всех обратившихся – вновь возникшие случаи заболеваний. Мы не говорим уже о том, что иногда врачу, и даже самому больному, бывает трудно установить время начала заболевания.

Поэтому в наш материал вошли случаи как вновь возникших заболеваний, так и возникших ранее 1937 года.

К заболеваемости в точном смысле слова в нашем материале относятся острые инфекционные болезни, хронические инфекционные болезни /поскольку при диспансерном учете имелась возможность выделить свежие случаи/, травмы, отравления и все другие заболевания острого характера /пневмонии, аппендициты, острые желудочно-кишечные заболевания и др./.

Значительная часть болезней протекающих хронически /болезни органов кровообращения, обмена веществ, эндокринной системы, ревматизм, болезни женских половых органов и пр./характеризует уже не заболеваемость, а болезненность населения.

Таким образом наш материал включает и заболеваемость и болезненность населения.

Мы сочли возможным остановиться на термине заболеваемости, применив его в том же смысле, как и проф. Баткис Г.А., который в "Социальной гигиене" пользуется термином заболеваемости –"как родовым понятием общей заболеваемости и болезненности в узком смысле этого слова". (9).

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

г.СВЕРДЛОВСКА.

Всего было зарегистрировано амбулаторно-поликлиническими учреждениями г.Свердловска за 1937 год – 506.835 случаев первичных обращений.

Распределение обратившихся по полу, возрасту и общественному положению приведено на таблице 1.

Табл.1

Возраст	Рабочие	Чл.с.раб	Служащие	Чл.с.сл	Прочие	Всего
			М у ж ч и н ы			
0 – 4		29799		9742	1040	40581
5 – 9		9927		4665	427	15019
10–14	80	8942	14	3376	534	12946
15–19	13040	2169	864	859	4952	21884
20–29	43517	184	11762	87	12004	67554
30–39	24450	110	13272	71	3346	41249
40–49	11706	105	6854	48	891	19604
50–59	6433	259	2706	102	881	10381
60 и ст.	2715	855	751	320	1150	5791
Не указан.	316	86	151	51	93	697
			Ж е н щ и н ы			
0 – 4		28379		8998	892	38269
5 – 9		11290		4864	427	16581
10–14	77	12498	36	4815	571	17997
15–19	8044	3155	3737	1651	5773	22360
20–29	35838	8290	21080	4641	8000	77849
30–39	20729	7026	13496	4875	2800	48926
40–49	10021	5373	4359	2943	1707	24403
50–59	3849	5022	963	2621	1864	14319
60 и ст.	898	4441	224	2622	1520	9700
Не указ.	237	138	141	102	107	725
ВСЕГО						506835

Среди всех обратившихся мужчины составляли 46,5 процента, а женщины – 53,5.

Возрастной состав больных в процентах к итогу приведен на таблице 2.

Табл.2

Возраст	Число обратившихся	
	Абс.	% к итогу
0 – 4	78850	15,6
5 – 9	31000	6,3
10–14	30943	6,1
15–19	44244	8,7
20–29	145403	28,7
30–39	90175	17,8
40–49	44007	8,7
50–59	24700	4,8
60 и ст.	15491	3,1
Не указ.	1422	0,2
ВСЕГО:	506835	100,0

Около половины /46,5%/ обращений относилось к возрастным группам от 20 до 40 лет. На втором месте стояли дети до 5 лет.

Рабочие дали 35,9% всех обращений, члены семей рабочих – 27,2%, служащие –15,9%, члены семей служащих –11,3% и прочие– 9,7%.

В госпитализации нуждалось 35580 больных, или 7,0 процентов от числа всех обратившихся.

УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ. На 1000 населения было зарегистрировано 1265,4 обращения. В Москве этот показатель в 1937 году равнялся 967,0. (без болезней зубов и десен).

Таким образом уровень обращаемости населения Свердловска в 1937 году был значительно выше, чем в Москве/на 298,4 обра-

на 1000
щения (населения/.

Для возможности сравнения по отдельным видам заболеваний обращаемость населения Москвы нами распределена по классификации и номенклатуре болезней пересмотра 1939 года/по которой был разработан наш материал и из нее исключены обращения по поводу заболеваний зубов и десен, т.к.в Свердловске этот контингент больных не учитывался.

На таблице 3 приведено сравнение показателей обращаемости населения Свердловска и Москвы за 1937 год по отдельным видам заболеваний.

Табл.3

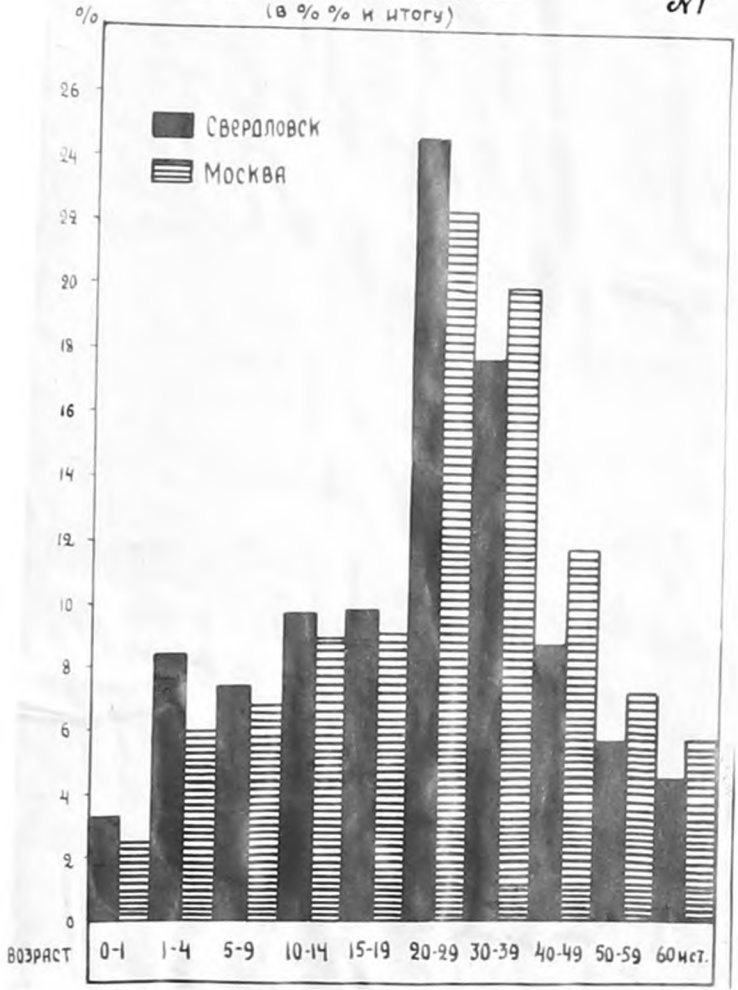
Виды заболеваний	Обратилось на 1000 насел: Свердловск	Москва
1.Гр.1.Острые инфекционные болезни	222,9	221,8
Гр.2.Хронич.инфекционные болезни	64,0	41,0
2.Паразитарные болезни	27,5	15,3
3.Т р а в м ы	137,9	131,8
4.Отравления	1,5	3,4
5.Новообразования	7,0	6,4
6.Авитаминозы	5,9	1,6
7.Ревматические заболевания	19,4	9,1
8.Бол.обмена веществ	5,3	2,3
9.Болезни эндокринной системы	5,2	4,5
10.Болезни крови и кроветв.органов	29,9	7,5
11.Болезни нервной системы	64,5	47,7
12.Болезни органов зрения	101,0	61,5
13.Болезни органов слуха	35,1	22,9
14.Болезни органов кровообращения	55,7	37,5
15.Болезни органов дыхания	116,0	62,5
16.Болезни органов пищеварения	129,9	103,0
17.Болезни костей,сочленений и мышц	42,5	31,2
18.Болезни кожного покрова	119,3	101,8
19.Болезни мочевых органов	9,7	9,2
20.Болезни мужских половых органов	2,7	1,5
21.Болезни женских полов.органов	38,6	21,3
22.Врожден.пороки развития	0,7	0,4
23.Болезни берем.,родов.и послерод.	2,2	1,6
24.Болезни новорожденных	0,4	0,7
25.Старческая дряхлость	0,5	0,1
26.Неточно обознач.и прочие болезни	20,1	18,3
ВСЕГО:	1265,4	967,0

Как видно из таблицы 3 уровень обращаемости в Свердловске был выше по всем видам заболеваний, за исключением отравлений и болезней новорожденных.

Возрастной состав населения Свердловска и Москвы в 1937 году

(в % % и итогу)

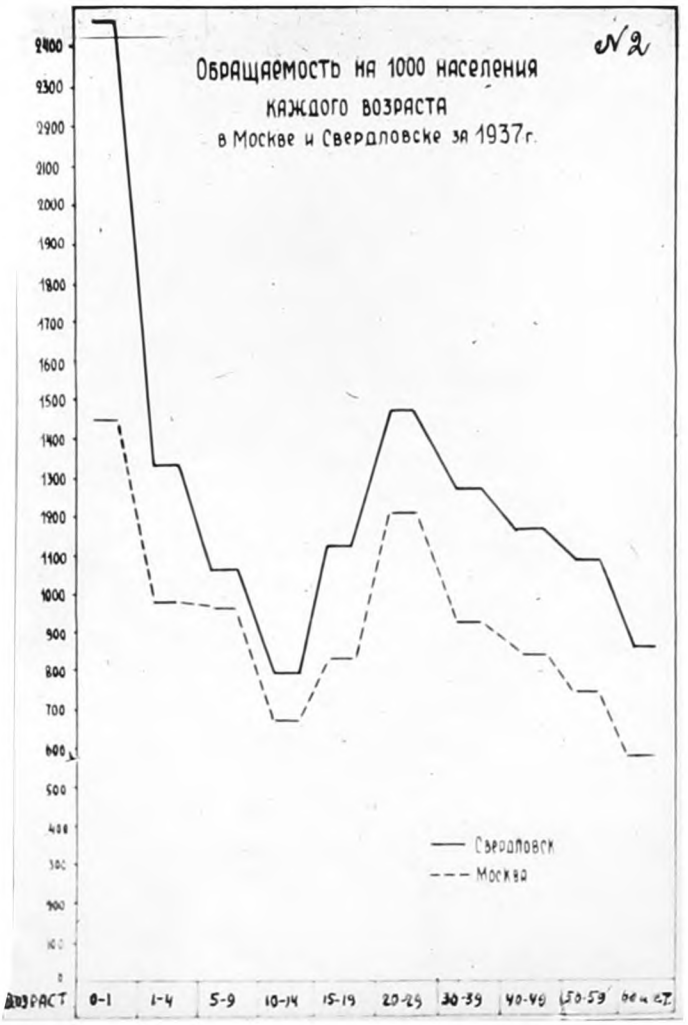
№1



Сравнивая обращаемость за медицинской помощью населения Свердловска и Москвы мы прежде всего попытались установить особенности в половом, возрастном и социальном составе населения этих городов.

Оказалось, что половой состав населения был почти одинаковым: в общем населении Свердловска на 100 мужчин приходилось 117 женщин, а в Москве – 116. В населении возрастном свыше 30 лет в Свердловске на 100 мужчин было 132 женщины, а в Москве – 130. Столь малое различие в половом составе населения, не могло повлиять на уровень обращаемости.

Возрастной состав населения имел более существенное различие. В Свердловске было более молодое население, чем в Москве. Удельный вес населения во всех возрастных группах до 30 лет был выше в Свердловске, а во всех возрастных группах свыше 30 лет – выше в Москве, что видно на диаграмме № 1.


№2
Обращаемость на 1000 населения
каждого возраста
в Москве и Свердловске за 1937г.
2400
2300
2200
2100
2000
1900
1800
1700
1600
1500
1400
1300
1200
1100
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
Свердловск
Москва
ВОЗРАСТ
0-1
1-4
5-9
10-14
15-19
20-29
30-39
40-49
50-59
60 и ст.

показателей обращаемости / и в Москве /

Стандартизация / населения в Свердловске / по возрастным группам и населению Москвы дает основание внести поправку в показатель обращаемости населения Свердловска, равную 27,5 на 1000 населения /в сторону уменьшения/. Но эта сравнительно небольшая поправка не изменяет сколько-нибудь заметным образом неравномерности в показателях обращаемости населения Свердловска и Москвы.

При сравнении показателей обращаемости на 1000 населения по отдельным возрастным группам видно, что во всех без исключения возрастных группах обращаемость населения Москвы была ниже, чем в Свердловске. Наиболее близкие показатели отмечались у лиц в возрасте от 5 до 30 лет.

В возрастных группах свыше 30 лет различие в показателях было уже значительным, но особенно оно было велико у детей первого года жизни.

Соответствующие данные приведены на диаграмме № 2.

Сведений о социальном составе населения Москвы нам получить не удалось.

Таким образом из демографических данных мы не получили об"яснения различию в уровне обращаемости за 1937 год населения Свердловска и Москвы.

Известно, что помимо состава населения, степень обращаемости за медицинской помощью зависит прежде всего от размера заболеваемости, затем от доступности для населения медицинской помощи, от постановки и методики учета, от культурности населения и от других причин /частная практика, точка зрения врачей и проч./

Степень доступности медицинской помощи в Свердловске и в Москве мы можем считать примерно одинаковой.

Для выяснения влияния остальных причин на различие в уровне обращаемости населения Свердловска и Москвы - сравним обращаемость населения этих двух городов по отдельным видам/ и формам заболеваний.

1. Острые инфекционные болезни. При почти равном показателе обращаемости по всему классу, по отдельным болезням имелись существенные различия. В Свердловске было зарегистрировано относительно больше случаев кори, скарлатины, коклюша, ветреной оспы, паротита и ангины, а в Москве гриппа, дифтерии, рожи и брюшного тифа. Таким образом массовых детских инфекций в Свердловске было больше.

2. Хронические инфекционные болезни дали разницу в показателе -23,0 на 1000 населения. Ее составили: туберкулез, трахома, гонорея и малярия. Относительно туберкулеза известно, что он значительно выше в Свердловске, чем в Москве. Гонорея не вызывает сомнения; возможно, что здесь имелось различие в учете больных. Малярия и трахома являются фактами, не вызывающими сомнения.

3. Паразитарные болезни. Различие в показателе /12,2/ обусло-

вили чесотка и микозы, которые в Свердловске имели большее распространение, чем в Москве.

4. Травмы. Показатель Свердловска – несколько выше Москвы /на 6,1/. В Свердловске было отмечено больше ранений /особенно у женщин/, ожогов /особенно у мужчин/ и переломов. В Москве было больше ушибов. Растяжений было больше у мужчин в Свердловске, а у женщин – Москве.

Неравномерно распределялся травматизм и по отдельным возрастным группам. В возрасте от 15 до 30 лет частота травм была примерно одинаковой в Свердловске и Москве. У маленьких детей и у лиц старше 30 лет травматизм был выше в Свердловске, а у детей от 5 до 14 лет – выше в Москве. Такое распределение травматизма, как увидим ниже, является закономерным.

5. Отравления отмечались чаще в Москве. ~~За счет~~ ~~острых~~ ~~от ра-~~ ~~ний~~.

6. Новообразования. Злокачественных новообразований в Москве было зарегистрировано вдвое больше, чем в Свердловске /2,6 на 1000 населения против 1,3%, что в основном можно отнести за счет возрастного состава населения и лучшей диагностики в Москве. Однако не лишено интереса дальнейшее изучение этого вопроса с точки зрения гипотезы Гереба /Мерков/ о связи между развитием злокачественных новообразований и поступлением витаминов.

Доброкачественных новообразований было больше в Свердловске. В частности одна атерома в Свердловске дала показатель 1,6. Кстати сказать, подлежит сомнению правильность отнесения атеромы к опухолям. Правильнее было бы отнести атерому к болезням желез кожи.

7. Авитаминозы. Значительное преобладание авитаминозов в Свердловске об"ясняется, повидимому, характерным для города недостатком фруктов, ягод и овощей/особенно ранних/.

Такое же соотношение показателей как при авитаминозах было

и при болезнях крови, среди которых подавляющее число случаев относилось к малокровию. Это дало нам основание предположить, что некоторые случаи гипавитаминозов диагносцировались как малокровие, о чем мы говорим подробно в главе о болезнях крови.

8. Ревматические заболевания в Свердловске дали показатель в два раза выше, чем в Москве. Некоторые авторы /Кушелевский/ считают, что Урал наряду с черноморским побережьем и горными районами Кавказа является наиболее пораженным ревматизмом районом СССР. Наши данные подтверждают это.

9. Болезни обмена веществ. Различие в показателях /3,0 на 1000 населения/ определяется исключительно эксудативным диатезом у детей первого года жизни, на 1000 которых в Москве было зарегистрировано 16,4 заболеваний, а в Свердловске-55,9. По Маслову для проявления диатеза большое значение имеют социально-бытовые условия. Повидимому известную роль здесь сыграл также и различный взгляд педиатров при трактовке отдельных проявлений эксудативного диатеза.

10. Болезни эндокринной системы. Различие в показателе было небольшим /0,7/ за счет заболеваний щитовидной железы /зоб, гипертиреоз_Базедова болезнь/.

Следует иметь в виду, что в Свердловске в 1937 г. было специальное учреждение - зобная станция, благодаря чему не исключается возможность более полного учета больных с заболеваниями щитовидной железы в Свердловске.

11. Болезни нервной системы. В превышении свердловского показателя /на 16,8/ решающую роль сыграли два функциональных заболевания нервной системы: неврастения и психогенные реакции.

12. Болезни органов зрения - дали большое различие в показателе /39,5/,главным образом за счет заболеваний кон"юнктивы и век,а также расстройства рефракции и аккомодации.Болезни ко н"юктивы и век в значительной степени зависят от культуры на производстве и в быту.Меньшая обращаемость в Москве по поводу расстройства рефракции и аккомодации,при ее более"старом" и более культурном населении мы можем об"яснить лишь тем,что московские врачи в ряде случаев не регистрировали эти расстрой ства как заболевание,а ограничивались выпиской очков,что в Свердловске,повидимому,практиковалось в меньшей степени.

13. Болезни органов кровообращения/18,2/. Здесь можно отметить преобладание в Свердловске болезней сердечной мышцы,пороков клапанов сердца и неврозов сердца.Большая частота случаев пороков клапанов сердца может быть об"яснена относительно повышенной заболеваемостью населения Свердловска ревматизмом. Что касается миокардитов и неврозов сердца,то при постановке этих диагнозов не малое значение имеет подход врачей в оценке этих заболеваний.

14. Болезни органов дыхания дали самое большое различие в показателе,а именно - 53,5 на 1000 населения.Наибольшее значение здесь имели: бронхиты /35,2/ и пневмонии /9,2/. Особенно велика была разница в показателях заболеваемости этими болезнями у детей первого года жизни.На 1000 детей было пневмоний в Свердловске - 125,5,а в Москве - 43,1 и бронхитов : в Свердловске - 327,0, в Москве 112,2.

15. Болезни органов пищеварения /26,9/.Наибольшее различие в показателях дали:диспепсии и гастриты.Энтероколитов было относительно больше в Москве.Здесь возможны различные подходы врачей к постановке диагноза,особенно при диспепсии и энтероколите.На 1000 детей первого года жизни в Свердловске было зарегистрировано

рировано 521,9 обращений по поводу заболеваний органов пищеварения,а в Москве – 294,5.Таким образом и здесь различие определяется главным образом детьми первого года жизни.

16. Болезни костей,сочленений и мышц /11,3/.По этому классу имеются небольшие превышения показатели почти по всем видам заболеваний,особенно по миозитам,люмбаго и артритам,что можно отнести к влиянию простудного фактора на производстве и в быту.

17. Болезни кожного покрова /17,5/.Можно отметить повышенную заболеваемость в Свердловске гнойничковыми заболеваниями кожи и экземой.У детей первого года жизни на 1000 человек было зарегистрировано болезней кожи в Москве 70,1 случая,а в Свердловске – 175,8.

18. Болезни женских половых органов также дали существенное различие в показателе – 17,3.

Приведенный обзор показывает,что такие заболевания,как туберкулез,трахома,чесотка,микозы,травмы,авитаминозы,ревматизм,пороки клапанов сердца,конъюнктивиты,болезни костей,сочленений и мышц, гнойничковые заболевания кожи,а также частично пневмонии и бронхиты,дали более высокие показатели обращаемости в Свердловске по сравнению с Москвой – повидимому,не под влиянием причин организационного или случайного порядка,а вследствие большей распространенности этих заболеваний в Свердловске.

Причины,которые могли обусловить более высокую заболеваемость населения Свердловска указанными болезнями по нашему мнению,были следующие:

1.В населении Свердловска,повидимому,был более высокий удельный вес рабочих,чем в Москве.Доказать это,за отсутствием соответствующих данных по Москве,мы разумеется не можем.Но в пользу этого положения говорит тот факт,что как раз те заболевания,которые являлись наиболее типичными для рабочих Свердловска/по срав-

нению со служащими/ в значительной мере отличают заболеваемость населения Свердловска от заболеваемости населения Москвы.

2. Особенности характера промышленного производства.

3. Климатические особенности, в связи с условиями труда и быта населения, а также в связи с питанием.

Длительная и суровая зима в Свердловске, с чисто климатической точки зрения, может быть признана здоровой. Но она же, при известных условиях /не утепленные цехи на производстве, недостаточно отепленные и оборудованные жилища/ может служить фактором простудного порядка /ревматизм, бронхиты, пневмонии, болезни костей, болезни сочленений и мышц, в известной степени также желудочно-кишечные заболевания и заболевания женских половых органов/.

Сравнительно короткое лето не благоприятствует созреванию плодов, затрудняет выращивание зеленых овощей, а отсюда их недостаток для обеспечения населения /авитаминозы, малокровие, возможно и другие заболевания/.

Летом /иногда жарким/ бывают резкие колебания температуры /до 25–30° в течение одного дня/, что также не может не отражаться на состоянии здоровья населения.

4. Уровень культуры. Не подлежит сомнению, что уровень культуры в Москве выше, чем в Свердловске. Более низкий уровень культуры на производстве приводит к более высокой заболеваемости рабочих, помимо простудных болезней, также травматизмом /техника безопасности спецодежда, отношение самих рабочих/, гнойничковыми заболеваниями кожи, конъюнктивитами, блефаритами, болезнями половых органов. Более низкий уровень культуры в быту дает более высокие показатели заболеваемости трахомой, чесоткой, микозами, гастритами, ожогами и др.

Сюда же можно отнести и городское благоустройство, и в известной мере, учреждений здравоохранения /поликлиники, ясли, консультации и др./.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ. Отсутствие соответствующих материалов не дает нам возможности судить о динамике общей заболеваемости населения Свердловска до 1937 года.

Мы располагаем данными за прошлые годы лишь по отдельным видам заболеваний, по которым проводился учет органами здравоохранения.

Для сравнения с 1937 годом, мы взяли 1926 год в виду того, что в этом году была перепись населения и материалы за 1926 год опубликованы в официальном сборнике Свердловского Облздравотдела.

При сравнении мы не взяли детские инфекции, т.к. заболеваемость ими подвержена большим колебаниям по отдельным годам. Скажем только, что в 1926 году заболеваемость корью была значительно выше, чем в 1937 году, заболеваемость дифтерией примерно одинакова, а заболеваемость скарлатиной и коклюшем была ниже.

Все прочие болезни, помещенные в отчете Облздравотдела приведены в таблице 4.

Табл. 4.

Болезни	Обратилось на 10 т. насел.	
	1926 г.	1937 г.
Брюшной тиф	21,0	2,9
Паратиф	12,0	1,4
Сыпной тиф	4,0	3,8
Оспа натуральная	2,0	0,0
Дизентерия	20,0	24,6
Малярия	118,0	76,1
Туберкулез всех форм	913,0	341,6
Сифилис всех форм	141,0	38,8
Мягкий шанкр	9,0	0,0
Гонорея	247,0	117,9
Трахома	107,0	54,0

Натуральная оспа и мягкий шанкр - отошли в область истории. Большинство остальных болезней снизилось в несколько раз:брюшно тиф - в 7 раз,паратиф - в 8 1/2 раз,малярия в 1,5 раза;туберкулез - в 2,6 раза;сифилис - в 3,6;гоноррея - в 2,1 и трахома -в 2 раза.

При сравнении заболеваемости населения Свердловска за 1937 и 1926 годы следует иметь в виду одно существенное обстоятельство,а именно - обеспечение населения медицинской помощью,в 1937 году было значительно выше,чем в 1926 году,следовательно и учет заболеваемости был полнее.

Таким образом по ряду заболеваний,имеющих большое социальное значение,мы имеем резкое снижение не только по сравнению с дореволюционным временем,но и за 11 лет советского периода.

С полным основанием мы можем предполагать,что заболеваемость снизилась не только по перечисленным болезням,но и в целом,так как,во-первых,условия,способствовавшие снижению этих болезней, несомненно,действовали благотворно и на общую заболеваемость,и, во-вторых,снижение заболеваемости острыми инфекционными болезнями,туберкулезом,сифилисом,уже само по себе должно было дать определенный эффект в повышении общего уровня здоровья населения.

В приведенной таблице обращает внимание небольшое снижение заболеваемости сыпным тифом.Правда,как это мы увидим при рассмотрении острых инфекционных болезней,заболеваемость сыпным тифом по сравнению с 1912 годом снизилась в 10 раз.Но в настоящее время мы имеем возможность ставить вопрос о полной ликвидации этого заболевания,как несовместимого с нашим представлением о советской культуре.

Совершенно недостаточно организована борьба с дизентерией,хотя по сравнению с 1912 годом она снизилась в 3-4 раза.

Так обстояло дело с динамикой заболеваемости до 1937 года.

После 1937 года мы имели дальнейшее снижение показателей заболеваемости населения Свердловска, о чем свидетельствуют данные второго сплошного учета заболеваемости, проведенного с 1 июля 1939 по 1 июля 1940 года.

Сравнение заболеваемости за 1937 и 1939-1940 годы показывает, что из 27 основных видов заболеваний в 1939-1940 г. обращаемость была выше лишь по 5 видам: паразитарным болезням, отравлениям, болезням мочевых органов, болезням беременных и новорожденных. Самое большое повышение показателя обращаемости относилось к паразитарным болезням, в частности к чесотке, которой было зарегистрировано в 1937 г.-4647 случаев, а в 1939-1940 г. - 13627. Подробно об этом мы говорим в соответствующей главе.

Наибольшее снижение дали: травматизм /40,4 на 1000 населения/ ревматические заболевания /9,0/, болезни крови/19,9/, болезни органов дыхания /18,8/, болезни кожного покрова /9,6/ и хронические инфекционные болезни /10,5/.

Первые пять видов заболеваний имеют между собою то общее, что они относительно чаще встречаются среди рабочих; повидимому за 1938 и 1939 годы в Свердловске имелись определенные сдвиги, в смысле улучшения условий работы на промышленных предприятиях города.

Хронические инфекционные болезни дали снижение по всем формам, особенно же по малярии, венерическим болезням и трахоме.

Показатели заболеваемости населения Свердловска за 1937 и 1939-1940 годы приведены на таблице 5

Заболеваемость населения в Свердловске за 1937 и 1939-1940 г.г.

Виды заболеваний	1937 г.		1939-1940 г.	
	Всего заб.	На т.нас	Вс.заб	На т.нас
1.Гр.1.Острые инф.болезни	89318	222,9	89470	210,4
а.Гр.2.Хронич.инфекц.болезни	17828	44,5	14470	34,0
2.Паразитарные болезни	11005	27,5	19725	46,3
3.Травмы	54918	137,9	41498	97,5
4.Отравления	612	1,5	681	1,6
5.Новообразования	2808	7,0	2818	6,6
6.Авитаминозы	2386	5,9	2272	5,3
7.Ревматические заболевания	7775	19,4	4432	10,4
8.Болезни обмена веществ	2156	5,3	1599	3,7
9.Бол.эндокрин.системы	2080	5,2	1446	3,4
10.Бол.крови и кроветв.орг.	12055	29,9	4246	10,0
11.Бол.нервной системы	25840	64,5	23870	56,1
12.Бол.органов зрения	40418	101,0	42733	100,4
13.Бол.органов слуха	14048	35,1	13825	32,5
14.Бол.органов кровообращения	22327	55,7	18410	43,2
15.Бол.органов дыхания	46445	116,0	41390	97,2
16.Бол.органов пищеварения	51987	129,9	50257	118,2
17.Бол.костей,сочлен.и мышц	17051	42,5	15544	36,5
18.Бол.кожного покрова	47807	119,3	46713	109,7
19.Бол.мочевых органов	3897	9,7	4390	10,3
20.Бол.муж.половых органов	1083	2,7	967	2,3
21.Бол.жен.полов.органов	15456	38,6	11730	27,5
22.Врожд.пороки развития	305	0,7	200	0,5
23.Бол.беремен.,родов и послерод.	916	2,2	1094	2,5
24.Бол.новорожденных	199	0,4	226	0,5
25.Старческая дряхлость	229	0,5	52	0,1
26.Неточно обознач.и проч.бол.	8067	20,1	4934	11,5
ВСЕГО заболеваний:	499015	1245,9	459242	1079,2

ПРИМЕЧАНИЕ: из заболеваемости 1937 года исключены случаи туберкулеза и венерических болезней,возникшие до 1937 года;из заболеваемости 1939-1940 года исключены случаи болезней зубов и десен.

Таким образом,к началу Великой отечественной войны,мы имели в общем наиболее благоприятные по сравнению с предыдущими годами показатели заболеваемости населения Свердловска.

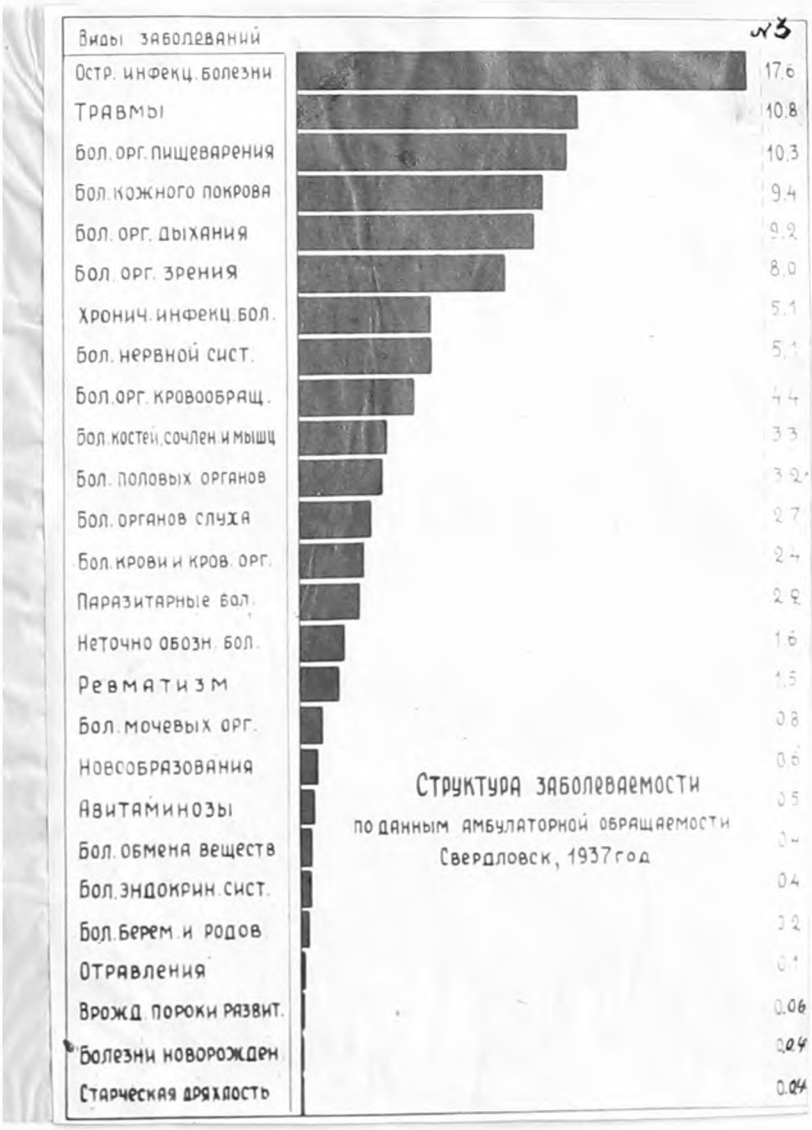
В этом несомненная заслуга органов здравоохранения.Однако, имела значение не только работа органов здравоохранения,но и вся совокупность условий,создававшихся в процессе развития социалистического общества: повышение материального и культурного уровня населения, *улучшение материального и культурного уровня населения*, организация труда,улучшение бытового обслуживания и т.п.

В частности,в снижении заболеваемости к 1940 году по сравнению с 1937 годом существенную роль сыграл такой фактор,как дальнейшее развитие стахановского движения на промышленных предприятиях Свердловска.

И.Н.Либерман,исследовавший заболеваемость рабочих Уральского завода тяжелого машиностроения в Свердловске за 1936 год показал,что заболеваемость рабочих стахановцев была значительно ниже заболеваемости рабочих не стахановцев,причем показатели заболеваемости у стахановцев были ниже не только по травматизму и гнойным (очагам) заболеваниям кожи,но и по некоторым другим видам заболеваний,что вполне понятно,так как стахановские методы работы приводят не только к улучшению и (организации) повышению производственности труда,но и повышают культуру труда и быта,а также - материальный уровень работающего. *(89)*.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ.

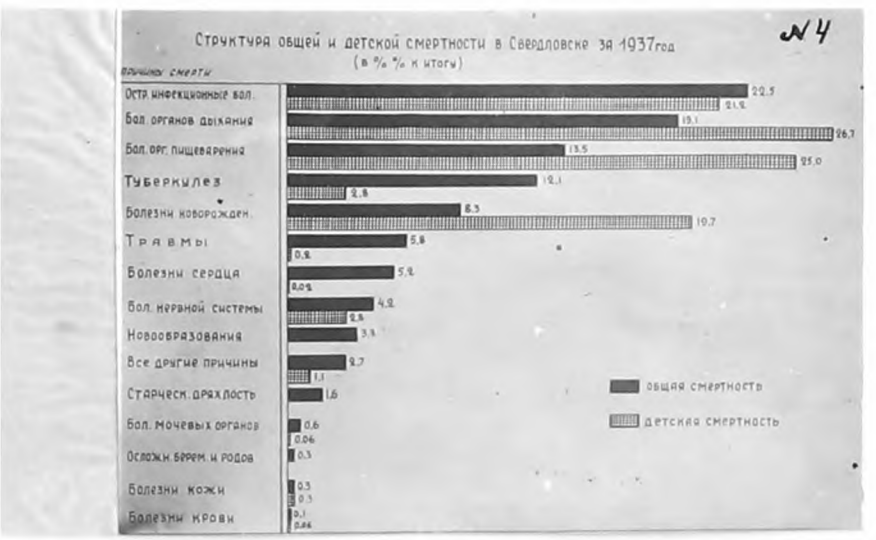
Структура заболеваемости населения г.Свердловска за 1937 год приведена на диаграмме № 3



Как видно на диаграмме № 3 семнадцать из ста обращений относились к острым инфекционным болезням;на втором месте стояли травмы /10,8%/,затем - болезни органов пищеварения/10,3%/, болезни кожного покрова /9,4%/,болезни органов дыхания /9,2%/, болезни органов зрения /8,0%/ и другие.На долю перечисленных видов заболеваний падает 65 процентов всей обращаемости.

Характер структуры заболеваемости показывает,на какие именно виды заболеваний должны быть прежде всего направлены усилия органов здравоохранения и научной медицинской мысли для снижения общей заболеваемости населения.

Однако,в центре своего внимания мы должны постоянно иметь не только те заболевания,которые имеют массовое распространение, но такие и такие,которые приносят большой ущерб населению своей высокой летальностью.Вот почему важно изучать не только структуру заболеваемости,но и структуру смертности.Структура общей и детской смертности приведена на диаграмме № 4



Структура смертности не совпадает с структурой заболеваемости.Некоторые виды заболеваний,например,болезни органов зрения, слуха,паразитарные болезни,занимающие в структуре заболеваемости видное место,в структуре смертности не нашли своего отражения в

ввиду очень небольшой летальности. Другие виды заболеваний в причинах смерти значительно снизили свой удельный вес: травмы, занимавшие в заболеваемости 10,8%, в причинах смерти составляли – 5,8%; болезни кожи, занимавшие в заболеваемости четвертое место /9,4%/, в причинах смерти перешли на тринадцатое место/0,3%/. Часть же заболеваний – наоборот, имела в причинах смерти больший удельный вес, чем в общей заболеваемости. Сюда относятся: новообразования, туберкулез, болезни органов дыхания и др.

Значительно отличается и структура детской смертности от общей структуры смертности.

У детей первого года жизни решающую роль играют всего лишь четыре причины: болезни органов дыхания, органов пищеварения, острые инфекционные болезни и болезни новорожденных.

ПОЛ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ. При рассмотрении вопроса о распространении и характере заболеваемости по полу, естественно, прежде всего выяснить, кто чаще болеет - мужчины или женщины.

Большое внимание этому вопросу уделил П.И.Куркин при исследовании заболеваемости населения Московской губернии. П.И.Куркин пришел к такому заключению: "Почти все исследователи склоняются к мысли, что в этих данных отражается более высокая общая заболеваемость женщин, сравнительно с мужчинами, однако большинством этот вопрос не считается окончательно разрешенным. С одной стороны, недостаточно изученный еще состав населения, с другой, неодинаковая степень доступности медицинской помощи для лиц того и другого пола, различная заболеваемость по временам года, временные колебания состава населения вследствие отхода на заработки и т.д. - все эти условия обязывают к осторожности и осложняют заключение из числовых отношений". (72)

По нашим данным показатель обращаемости за 1937 год был равен на 1000 мужского населения - 1279,8 и на 1000 женского населения - 1253,0.

Имея более высокий показатель обращаемости для мужского пола мы казалось бы должны были сделать вывод и о более высокой заболеваемости мужчин. Однако, памятуя об осторожности, к которой призывал П.И.Куркин, мы предприняли несколько дополнительных исследований, которые дают нам основание сделать противоположный вывод, т.е. о более частой заболеваемости женщин.

Чтобы по возможности исключить влияние на различие в уровне заболеваемости мужчин и женщин таких факторов, как условия труда и степень доступности медицинской помощи, мы получили показатели заболеваемости мужчин и женщин отдельно по группе рабочих, по группе служащих и у детей до 15 лет.

Результаты были такие:

Обратилось со всеми болезнями на 1000 человек

	мужчин	женщин
Рабочих	1657,4	1712,9
Служащих	889,6	1190,1

Весьма интересны показатели и по острым инфекционным болезням:

Обратилось с острыми инфекционными болезнями на 1000 челове

	Мужчины	женщины
Все население	232,3	214,6
Рабочие	198,0	217,3
Служащие	138,1	170,9

Отсюда следует, что женщины, поставленные в примерно равные с мужчинами условия труда, имеющие равную возможность контакта и обращения за медицинской помощью, прибегают к этой последней чаще, чем мужчины.

Такое же явление наблюдается и у детей, что видно из следующих показателей:

Обратилось со всеми болезнями на 1000 детей 0–14 лет:

Мужского пола	1192,9
Женского пола	1246,9

Степень обращаемости отдельных групп населения–различна, что затрудняет выявление действительной заболеваемости. В частности, не самодеятельные женщины/члены семей/, которые в населении многих городов значительно превышают число несамодеятельных мужчин обращаются за медицинской помощью в силу целого ряда условий значительно реже, чем женщины – рабочие и служащие, а следовательно и реже регистрируются их заболевания. Вот почему общий показатель заболеваемости, исчисляемый на все население не всегда дает правильное представление о действительных явлениях заболеваемости.

В подтверждение сказанному приведем следующие показатели об-

ращаемости.

Обратилось на 1000 человек соответствующей общественной группы

	Мужчин	женщин
Рабочие	1657,4	1712,9
Служащие	889,6	1190,1
Проч.население в возрасте свыше 15л.	1176,7	996,5

Из этих показателей видно, что несамодеятельные женщины обращались за медицинской помощью значительно реже, чем женщины рабочие и служащие.

Отмечая повышенную по сравнению с мужчинами общую заболеваемость женщин, мы в то же время должны иметь в виду, что некоторые виды и формы заболеваний чаще встречаются у мужчин.

Кроме того, соотношение показателей общей заболеваемости мужчин и женщин не одинаково в различных возрастных группах.

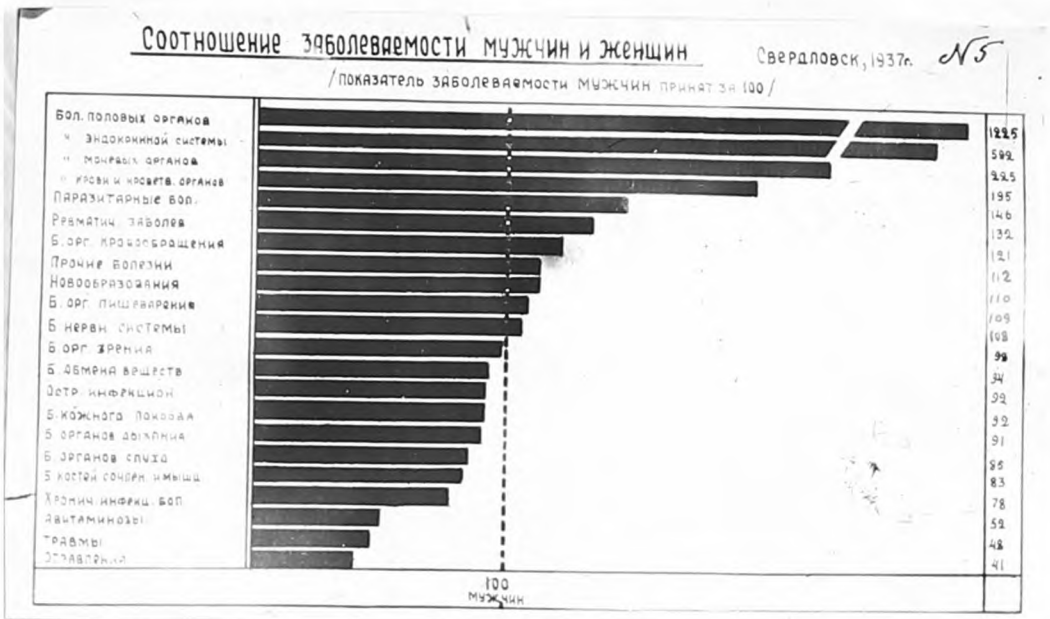
Показатели обращаемости мужчин и женщин по отдельным видам заболеваний приведены на таблице 6

Табл.6

Заболеваемость населения Свердловска за 1937 год по полу.

Виды заболеваний	обратилось на тыс.нас.соотв.пола: мужчины	женщины
1.Гр.1.Остр.инф.болезни	232,8	214,1
Гр.2.Хронич.инфекц.болезни	72,6	56,7
2.Паразитарные болезни	21,9	32,1
3. Травмы	190,8	91,3
4.Отравления	2,2	0,9
5.Новообразования	6,6	7,3
6.Авитаминозы	8,0	4,2
7.Ревматич.заболевания	16,5	21,8
8.Бол.обмена веществ	5,5	5,2
9.Бол.эндокринной системы	1,4	8,3
10.Бол.крови и кроветв.органов	19,8	38,7
11.Бол.нервной системы	61,5	67,0
12.Бол.органов зрения	101,9	100,0
13.Бол.органов слуха	38,2	32,5
14.Бол.органов кровообращения	49,9	60,6
15.Бол.органов дыхания	121,8	111,2
16.Бол.органов пищеварения	123,3	135,2
17.Бол.костей,сочлен.и мышц	46,7	39,0
18.Болезни кожного покрова	124,6	114,8
19.Болезни мочевых органов	5,8	13,1
20.Бол.мужских полов.органов	5,8	
21.Бол.женск.полов.орг.		71,1
22.Врожд.пороки развит.	1,0	0,4
23.Бол.берем.родов.и послерод.		2,2
24.Бол.новорожденных	0,4	0,4
25.Старческая дряхлость	0,3	0,7
26.неточ.обозн.и проч.бол.	19,7	20,4
итого заболеваний:	1279,8	1253,0

На диаграмме № 5 мы приводим соотношения между показателями обращаемости мужского и женского пола по отдельным видам заболеваний.



Как видно на диаграмме № 5 среди мужского пола преимущественное распространение имели: отравления, врожденные пороки развития, травмы, авитаминозы, хронические инфекционные болезни, болезни костей, сочленений и мышц, болезни органов слуха и болезни органов дыхания.

Среди женского пола преобладали: болезни нервной системы, болезни органов пищеварения, новообразования, болезни органов кровообращения, ревматизм, паразитарные болезни, болезни крови, болезни мочевых органов, болезни эндокринной системы и болезни половых органов.

По остальным классам заболеваемость мужчин и женщин можно считать примерно одинаковой.

Однако, в пределах одного и того же класса, заболеваемость мужчин и женщин была различна, что видно при рассмотрении отдельных форм заболеваний.

Показатели обращаемости мужчин и женщин при отдельных формах болезней приведены в соответствующих разделах работы. Здесь же мы сделаем только общий краткий обзор.

1. Инфекционные болезни. Достойно внимания и специального изучения то обстоятельство, что инфекции, вызываемые стрептококком – чаще встречаются у женщин. Так, в Свердловске в 1937 году, при исчислении на 1000 общего населения, у мужчин показатель был выше по большинству инфекционных болезней, а у женщин он был выше при сепсисе, роже, ангине, остром суставном ревматизме и узловатой эритеме. В Москве в том же году эти инфекционные болезни также отмечались чаще у женщин.

2. Паразитарные болезни. По всем видам глистных инвазий – чаще обращались женщины. Трихофития и отрубевидный лишай встречались чаще у женщин, а фавус, эпидермофития и молочница – у мужчин. С чесоткой чаще обращались женщины, особенно в возрасте от 5 до 20 лет.

3. Новообразования. Большинство авторов считает, что злокачественные новообразования чаще поражают женский пол. Наш материал позволяет сделать несколько иной вывод, а именно: злокачественным новообразованиям подвержены оба пола примерно в одинаковой мере, но у женщин злокачественные опухоли начинают возникать в более раннем возрасте за счет новообразований половых органов и грудной железы, чему повидимому способствует климактерический период. Что касается доброкачественных новообразований то у мужчин мы находим чаще атеромы, липомы и папилломы /внешние воздействия/, а у женщин: ангиомы, кисты, миомы и фибромы /особенности строения женских половых органов/.

4. У мужчин чаще встречаются авитаминозы, а у женщин малокровие. /Потребность мужского организма в витаминах больше, чем женского организма/.

5. Болезни обмена веществ. Диабет – чаще наблюдается у мужчин,

Ожирение – у женщин. Что касается подагры, то по нашим данным это заболевание отмечается чаще у женщин. Такие же результаты получены были в Москве при учете заболеваемости в 1926 году. Клиницисты же, опираясь на зарубежные статистики отмечают, что подагра много чаще встречается у мужчин.

Вопрос – спорный, требующий дальнейшего изучения. Столь резкое расхождение с данными иностранных статистик указывает или на различие в учете, или на различие в клинической трактовке этого заболевания.

6. Заболевания эндокринной системы – это печальная привилегия женщин: на 1000 женского населения они дали 8,3 обращения, а на 1000 мужского – 1,4, т.е. почти в шесть раз больше у женщин. Здесь совершенно очевидно различие в деятельности и роли эндокринного аппарата у мужского и женского пола.

7. Болезни нервной системы. Органические поражения центральной нервной системы, невриты, невропатии и психопатии, психостения, двигательные неврозы, шизофрения, эпилепсия и алкогольные психозы – чаще отмечались у мужчин. Невралгии, соматогении, истерия, вегетаневрозы, реактивные неврозы и циркулярный психоз – дают более высокие показатели заболеваемости среди женщин.

8. Болезни органов зрения. Показатели заболеваемости по всему классу были почти равными у обоих полов. Общепринятый взгляд на большую поражаемость женщин глаукомой следует пересмотреть, т.к. по нашему материалу создается впечатление о равной поражаемости мужчин и женщин, но у женщин начало проявления глаукомы относится к более раннему возрасту, повидимому под влиянием климактерического периода. Мужчины обращались чаще женщин с конъюнктивитом, ячменем, кератитом, иритом и астигматизмом. У женщин чаще отмечались: дакриоцистит, катаракта, гиперметропия и пресбиопия.

9. Болезни органов кровообращения:

Чаще у женщин:	Чаще у мужчин:
Пороки сердечных клапанов	Грудная жаба
Заболевания сердечной мышцы	Функц.расстр.сердечн.деят.
Невроз сердца	Эндоартерит
Артериосклероз	Аневризмы
Гипертоническая болезнь	Геморрой.
Расширение вен	
Варикозные язвы.	

У женщин мы можем отметить влияние ревматизма и сифилиса/болезни сердца/,конституции /гипертония и обусловленный его артериосклероз/,а также влияние беременности /расширение вен/.

У мужчин условия труда и быта /алкоголь,табак/.

10. Болезни органов дыхания:

Чаще у женщин:	Чаще у мужчин:
Ринит	Носовое кровотечение
Синуситы	Бронхит
Ларингит	Пневмония
Трахеит	Эмфизема
Сухой плеврит	Абсцессы в легком
	Экссудативный плеврит.

Обращает внимание,что у женщин чаще поражаются верхние дыхательные пути,а у мужчин - бронхи и легкие.

11.Болезни органов пищеварения:

Чаще у женщин:	Чаще у мужчин:
Тонзиллит	Аденоиды
Фарингит	Язвенная болезнь
Гастриты	Диспепсия
Гастроптоз	Грыжа
Энтероколиты	
Аппендицит	

Чаще у женщин:/продолжение/

Желчно-каменная болезнь

Гепатиты

Холецистит

Перитонит

Энтероптоз

Часть заболеваний у женщин несомненно стоит в связи с родовой функцией /перитонит,энтероптоз/.

12.Болезни костей,сочленений и мышц:

Чаще у женщин:	Чаще у мужчин:
Полиартриты	Остеомиэлит
	Артриты
	Синовит
Здесь решающую роль для мужчин повидимому играют условия труда/травма и простуда/.	Контрактура
	Бурсит
	Анкилоз
	Миозит
	Люмбаго.

13. Болезни кожного покрова.Мужчины чаще обращались с пиогенными заболеваниями кожи,с псориазом,пемфигусом,кератозами и болезнями желез кожи.У женщин чаще отмечались следующие заболевания:эритемы,розовый лишай,дерматиты,экзема,невродермиты, герпес,бородавки.Часть заболеваний мужчин/гнойничковые заболевания,кератозы,болезни желез/стоит в связи с условиями труда.

14.Болезни мочевых органов:

Чаще у женщин:	Чаще у мужчин:
Нефрит	Камни мочевого пузыря
Камни почек	Недержание мочи
Пиэлит	Уретрит
Блуждающая почка	Стриктура уретры
Цистит	Свищ уретры.

15. Болезни половых органов дали наибольшее различие в показателях: на 1000 мужчин было 5,8 обращений, а на 1000 женщин–71,1

Обращаемость мужчин и женщин была неравномерной в различных возрастных группах, что видно из диаграммы № 6

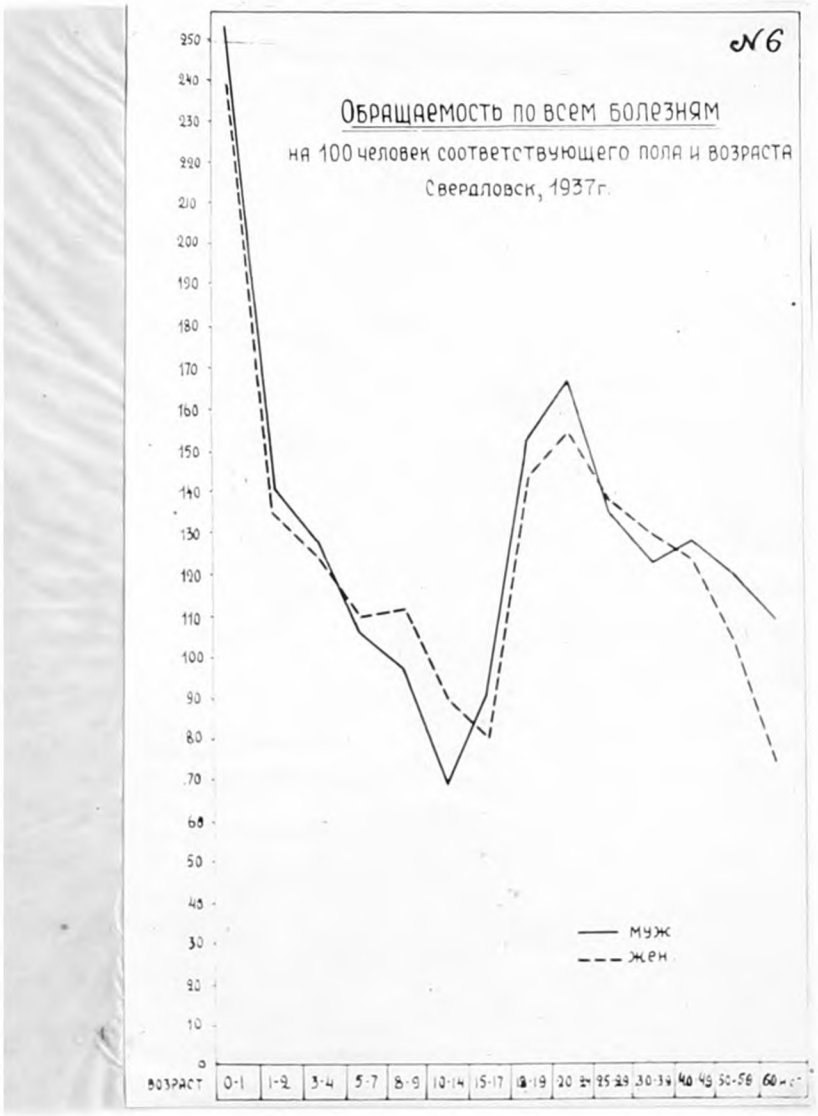


Диаграмма №6 показывает, что у детей в возрасте до 5 лет заболеваемость была выше у мальчиков, особенно в первый год жизни. От 5 до 15 лет – заболеваемость была выше у девочек, особенно в возрастной группе 10–14 лет. С 15 и до 25 лет – чаще болели мужчины; с 25 до 40 лет – женщины, после чего частота заболеваемости у мужчин была выше, чем у женщин, особенно выше 60 лет.

Таковы различия в высоте и характере заболеваемости мужского и женского пола.

Различия в уровне травматизма, заболеваемости костей, сочленений и мышц, а также кожного покрова мы можем об"яснить условиями труда. С большой долей вероятности сюда следует отнести также авитаминозы, туберкулез и болезни органов дыхания.

Факторы бытового характера определяют собою различия в венерических заболеваниях, отравлениях /алкоголь/, в заболеваниях нервной системы, при паразитарных болезнях.

Значительную роль следует отвести и особенностям мужского и женского организма. Сюда прежде всего относится присущая лишь женщине детородная функция, с которой связан ряд заболеваний встречающихся только у женщин /болезни беременности, родов и послеродовые/. Однако влияние детородной функции на организм женщины не ограничивается лишь заболеваниями этого рода. Некоторые болезни печени, мочевых путей, расширение вен, энтероптоз, расхождение мышц живота – одним из причинных моментов имеют беременность.

Особенности анатомического строения и физиологических отправлений половых органов – обусловливают большое различие в уровне и характере заболеваемости этих органов у мужчин и женщин.

Различна роль желез внутренней секреции у мужчин и женщин, различен характер обмена и т.д.

В заключение мы хотели бы обратить внимание на следующее за

явление. При сопоставлении заболеваемости и смертности мужчин и женщин создается впечатление, что женщины переносят болезни легче, чем мужчины.

П.И.Куркин, в свое время формулировал следующее положение по этому вопросу: "...повидимому, женскому организму оказываются более свойственны заболевания частые, продолжительные и не угрожающие непосредственной опасностью для жизни, мужскому же организму – заболевания более редкие, может быть, менее продолжительные, но более опасные непосредственно для жизни." (72, 67)

В другом месте П.И.Куркин указывал на различие в отношениях между мужчинами и женщинами в среде больных /перевес женщин/ и в среде умерших /перевес мужчин/ и об"яснял это более высокой смертностью мужского пола.

Более высокую смертность мужского пола мы и можем об"яснить тем, что мужчины некоторые заболевания переносят более тяжело, чем женщины.

В Свердловске в 1937 году на 1000 мужского населения умерло 25,1, а на 1000 женского – 18,2.

О том, что значительное влияние на уровень смертности оказала разная степень тяжести заболеваний у мужчин и женщин, свидетельствуют следующие показатели летальности:

Виды заболеваний§	Умерло на 100 заболевших	
	Мужчин	Женщин
Острые инфекционные болезни	2,3	1,9
Туберкулез	8,9	6,4
Болезни сердца	3,9	2,3
Пневмонии и бронхит	30,5	27,1
Болезни органов пищеварения	2,7	1,8
Нефрит	6,2	3,6

Имеет значение также и то, что мужчины чаще болеют тяжелыми (более опасными) заболеваниями, как туберкулез, пневмония и др.

ВОЗРАСТ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ. Возрастной состав населения Свердловска в 1937 году имел свои особенности. При сравнении с Москвой, как мы видели, его население было в общем – моложе. При сравнении же с возрастным распределением населения в СССР по переписи 1939 года Свердловск имел то отличие, что детей до 14 лет в нем было меньше /по удельному весу/ примерно на 5%; подростков от 15 до 19 лет – больше на 1 1/2 –2%; молодежи 20–29 лет – больше на 13%; лиц в возрасте 30–39 лет – больше на 5,5%, 40–49 лет – меньше на 0,5%, 50–59 лет – на 1,5%, а стариков – на 4%.

Показатели обращаемости со всеми заболеваниями на 1000 населения соответствующего возраста приведены на таблице 7

Табл. 7

Возраст	Обратилось на 1000 нас.
0 – 1	2455,8
1 – 2	1386,9
3 – 4	1288,8
5 – 7	1086,3
8 – 9	1053,0
10 –14	795,9
15 –17	850,9
18 –19	1490,5
20– 24	1606,3
25 –29	1356,8
30 –39	1270,3
40– 49	1258,2
50 –59	1097,5
60 и ст.	855,5
В среднем	1265,3

Самый высокий показатель обращаемости был у детей первого года жизни /2455,8 на 1000 населения/. Он был в три раза выше

показателя обращаемости детей юношеского возраста /10–14 лет/, имевших наименьший показатель /795,9 на 1000 населения/ и почти в два раза выше среднего показателя обращаемости всего населения /1265,3 на 1000 населения/.

Наиболее частыми причинами обращаемости были: у детей до 15 лет – острые инфекционные болезни;среди населения в возрасте от 15 до 50 лет – травмы и острые инфекционные болезни и среди населения в возрасте свыше 50 лет – болезни органов зрения и болезни органов кровообращения.

Структура заболеваемости населения по отдельным возрастным группам приведена на диаграмме №7

Как видно на диаграмме – дети первого года жизни обращались преимущественно с тремя видами заболеваний:с острыми инфекционными болезнями – 31,6/особенно по поводу гриппа,коклюша,ветряной оспы,кори и дизентерии/;с болезнями органов пищеварения – 21,3% /диспепсия/ и с болезнями органов дыхания – 19,5/бронхит и пневмония/.

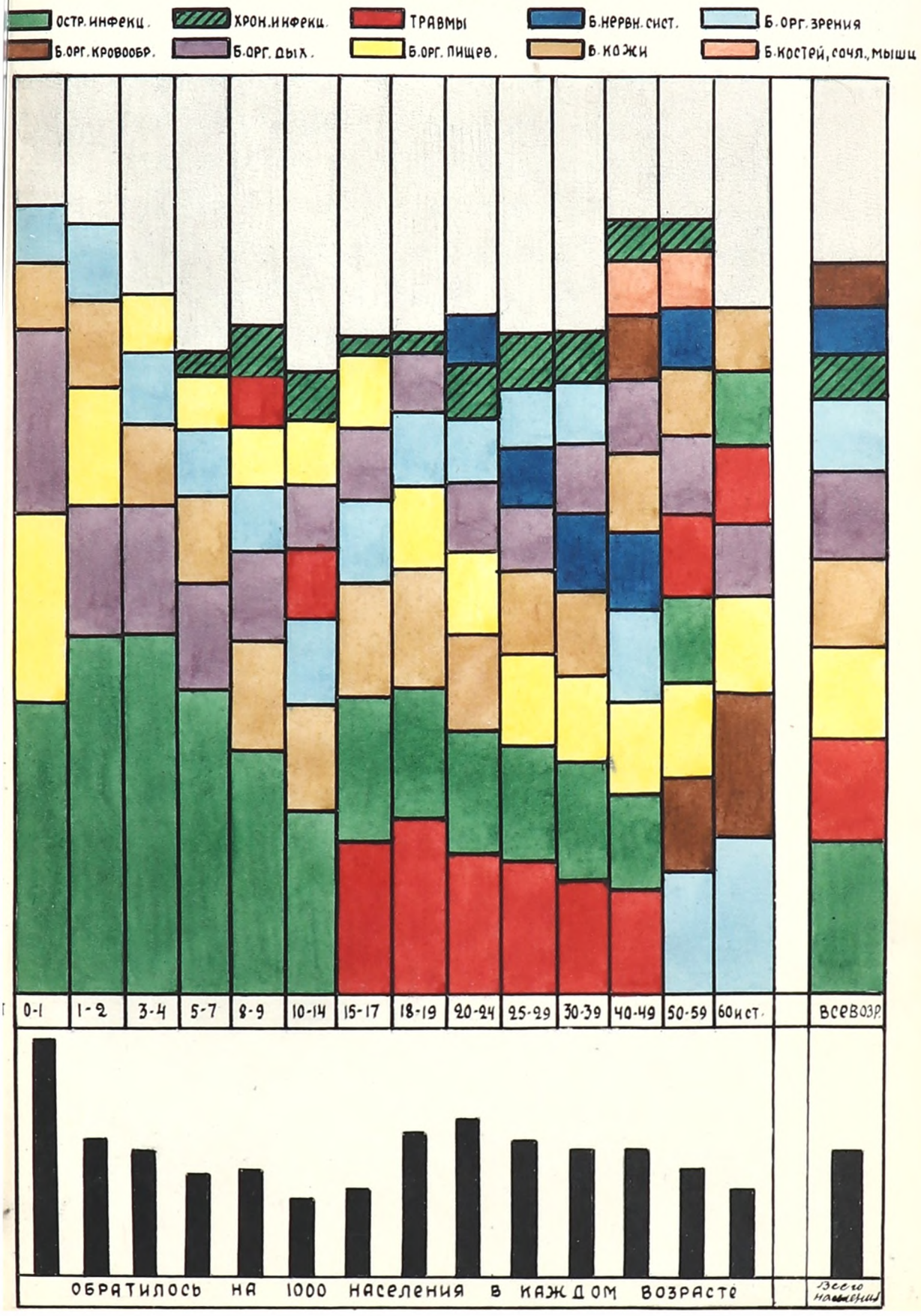
Состав заболеваемости детей второго года жизни,отличался от состава заболеваемости детей первого года жизни несколько более высоким удельным весом острых инфекционных болезней – 37,9% вместо 31,6%,причем в этом возрасте чаще отмечались:скарлатина /в 4 -раза/,корь,дифтерия / в 3,5 раза/ и ангина;грипп,коклюш и дизентерия дали значительно меньшие показатели.Вторым отличием было то,что болезни органов дыхания перешли с третьего на второе место,а болезни органов пищеварения – со второго на третье.

У детей 3–4 лет две основные причины обращаемости – острые инфекционные болезни /38,2%/ и болезни органов дыхания /14,2%/ занимали такие два первых места в составе заболеваемости,как и в предшествующей возрастной группе.Однако показатели заболеваемости гриппом,корью,дизентерией и коклюшем заметно снизились,но

Структура заболеваемости по возрастным группам (в % % к итогу)

Свердловск, 1937г.

№7



зато возросли показатели заболеваемости скарлатиной, дифтерией, ангиной и заушницей. Третье место заняли болезни кожного покрова.

Следующая возрастная группа /5–7 лет/ по составу и последовательности определенных видов заболеваний – очень близка к предшествующей возрастной группой. Снижается лишь удельный вес острых инфекционных болезней и появляются в числе основных причин обращаемости – хронические инфекционные болезни, составившие 4,6%.

В возрастной группе 8–9 лет – еще более снижается удельный вес острых инфекционных болезней, составивших 27,1% всей заболеваемости; на втором месте мы видим болезни кожного покрова – 11,8%, далее болезни органов дыхания – 9,4%. В этой возрастной группе впервые начинает занимать значительное место – травматизм – 5,6%.

В возрасте 10–14 лет, первое место продолжают занимать острые инфекционные болезни, но их удельный вес снижается до 20,2%. Здесь отмечались главным образом: грипп, ангина, скарлатина и заушница. На втором месте, также, как и в предшествующей возрастной группе, стоят болезни кожного покрова – 11,7 /преимущественно: дерматиты, крапивница, лишаи, бородавки/; затем болезни органов зрения – 9,1% /заболевания век, конъюнктивы, роговой оболочки/. Травмы перешли уже на четвертое место – 7,7%.

В возрастной группе 15–19 лет основными видами заболеваний были: травмы – до 18%, острые инфекционные болезни – около 15% /в основном грипп, ангина, гемоколит/ и болезни кожного покрова/гнойничковые заболевания и др./

В 20–24 года, наряду с причинами, характерными для предшествующей возрастной группы /травмами, острыми инфекционными болезнями и болезнями кожного покрова/, – заметную роль начинают играть хронические инфекционные болезни – 6,3% (туберкулез, венерические болезни, трахома/ и болезни нервной системы – 5,1% преимущественно неврозы/.

Очень близки по типу заболеваемости возрастные груп

в 25–29 и 30–39 лет. Первые четыре места в обеих группах занимают травмы, острые инфекционные болезни, болезни органов пищеварения и болезни кожного покрова. Повышается удельный вес болезней нервной системы – до 8% и органов дыхания – 7,5%.

Возрастная группа в 40–49 лет отличается от предыдущей тем, что болезни кожи переходят с четвертого на шестое место. Их место заняли болезни органов зрения – 10,1% и болезни нервной системы – 8,5%. Это первая возрастная группа, в которой заметную роль начинают играть обращения по поводу болезней органов кровообращения – 7,2%.

В преклонном и старческом возрасте /свыше 50 лет/ наибольшее число обращений /до 15%/ было с болезнями органов зрения/расстройства рефракции и аккомодации, катаракта, глаукома/, с болезнями органов кровообращения – 13% /заболевания сердечной мышцы, пороки клапанов сердца, артериосклероз/ и с болезнями органов пищеварения –10%/гастриты/.

Таким образом, каждая возрастная группа населения характеризуется своеобразным составом заболеваемости, причем – не только по степени распространенности определенных видов заболеваний, но и по степени преобладания тех или иных нозологических форм.

В общем можно отметить, что в детском и молодом возрастах преобладают острые формы заболеваний, а чем старше возраст, тем рельефнее выступают хронические заболевания и органические поражения отдельных систем и органов.

При рассмотрении заболеваемости по полу мы отмечали, что мужчины обращались чаще женщин во всех возрастных группах, кроме четырех: 5–9 лет, 10–14 лет, 25–29 лет и 30–39 лет.

Заболеваемость женщин в этих возрастных группах была значительно выше по следующим видам заболеваний:

5–9 лет: паразитарные болезни, острые инфекционные болезни,

болезни мочевых органов, эндокринной системы и крови.

10–14 лет: острые инфекционные болезни, паразитарные болезни, болезни мочевых органов, болезни эндокринной системы и органов кровообращения.

25–29 лет: болезни беременности, половых органов, эндокринной системы, крови, мочевых органов и кровообращения.

30–39 лет: болезни половых органов, обмена веществ, эндокринной системы, нервной системы и мочевых органов.

В соответствующих разделах работы мы останавливаемся на значении периода угасания деятельности половых желез в заболеваемости женщин/гипертония, болезни эндокринной системы, нервной системы, органов кровообращения, новообразования, глаукома, болезни обмена веществ/. Здесь же отметим влияние на общий характер заболеваемости периода начала полового развития. Особенно заметно влияние этого периода жизни на болезни: щитовидной железы, нервной системы, сердца и крови/малокровие/, что видно из таблицы

Обратилось на 1000 населения соответствующего возраста по поводу заболеваний

Болезни / Возраст и пол:	Щитовид.жел.: м.	Щитовид.жел.: ж.	Нерви.сист.: м.	Нерви.сист.: ж.	Бол.сердца: м.	Бол.сердца: ж.	Малокровие: м.	Малокровие: ж.
0 – 4	–	0,04	3,7	2,9	0,6	0,6	7,2	7,8
5 – 7	0,6	1,7	13,2	9,3	4,1	2,3	29,0	35,3
8 – 9	0,3	2,0	23,4	14,6	6,5	7,4	33,2	46,2
10–14	0,9	6,5	20,6	14,3	6,6	13,1	29,2	45,7
15–17	1,4	19,1	16,1	15,1	17,0	18,6	32,5	37,6

Рассмотрим структуру смертности в отдельных возрастных группах.

Структура смертности имеет свои особенности не только у детей первого года жизни, но и в их каждой другой возрастной группе населения.

Если взять три-четыре важнейшие причины смерти в каждой возрастной группе, то рельефно выступают особенности, типичные

для данной группы.

На таблице приведены важнейшие причины смерти в отдельных возрастных группах населения г. Свердловска за 1937 год.

Табл. 9

Возраст	Важнейшие причины смерти в % к итогу									
	Бол. новорожд.	Остр. инф. бол.	Бол. орг. дых.	Бол. орг. пищ.	Туберкулез	Травмы	Насильственная смерть	Болезни серд.	Опухоли	Старч. дряхлость
1 г.	19,8	21,2	26,7	25,0	2,8	0,4	0,2	–	–	–
2	–	51,8	25,6	7,0	10,9	0,7	–	0,1	–	–
4	–	59,5	15,3	3,0	14,8	2,5	–	1,0	–	–
6	–	49,1	14,0	4,4	21,1	6,1	–	–	0,9	–
9	–	30,9	13,8	7,4	16,0	13,8	–	7,4	–	–
14	–	17,6	6,9	6,9	18,6	23,5	–	5,9	1,0	–
19	–	14,5	4,6	3,1	28,2	17,4	11,4	6,1	0,8	–
24	–	12,7	3,4	5,0	33,5	12,6	11,1	5,0	2,7	–
29	–	6,4	6,4	6,8	36,5	13,1	9,1	4,7	2,4	–
39	–	7,1	6,9	2,6	37,0	12,9	7,1	7,9	4,5	–
49	–	4,3	6,9	5,0	28,9	11,0	5,7	8,9	10,5	–
59	–	4,0	10,1	4,5	19,3	6,1	2,7	16,2	18,9	–
69	–	3,0	11,2	5,7	12,4	3,9	1,4	26,1	15,3	4,6
и ст.	–	5,7	8,5	2,6	3,0	2,6	0,2	28,3	9,8	25,1

Таблица дает отчетливое представление об особенностях смертности в различных возрастных группах и о роли отдельных причин смерти.

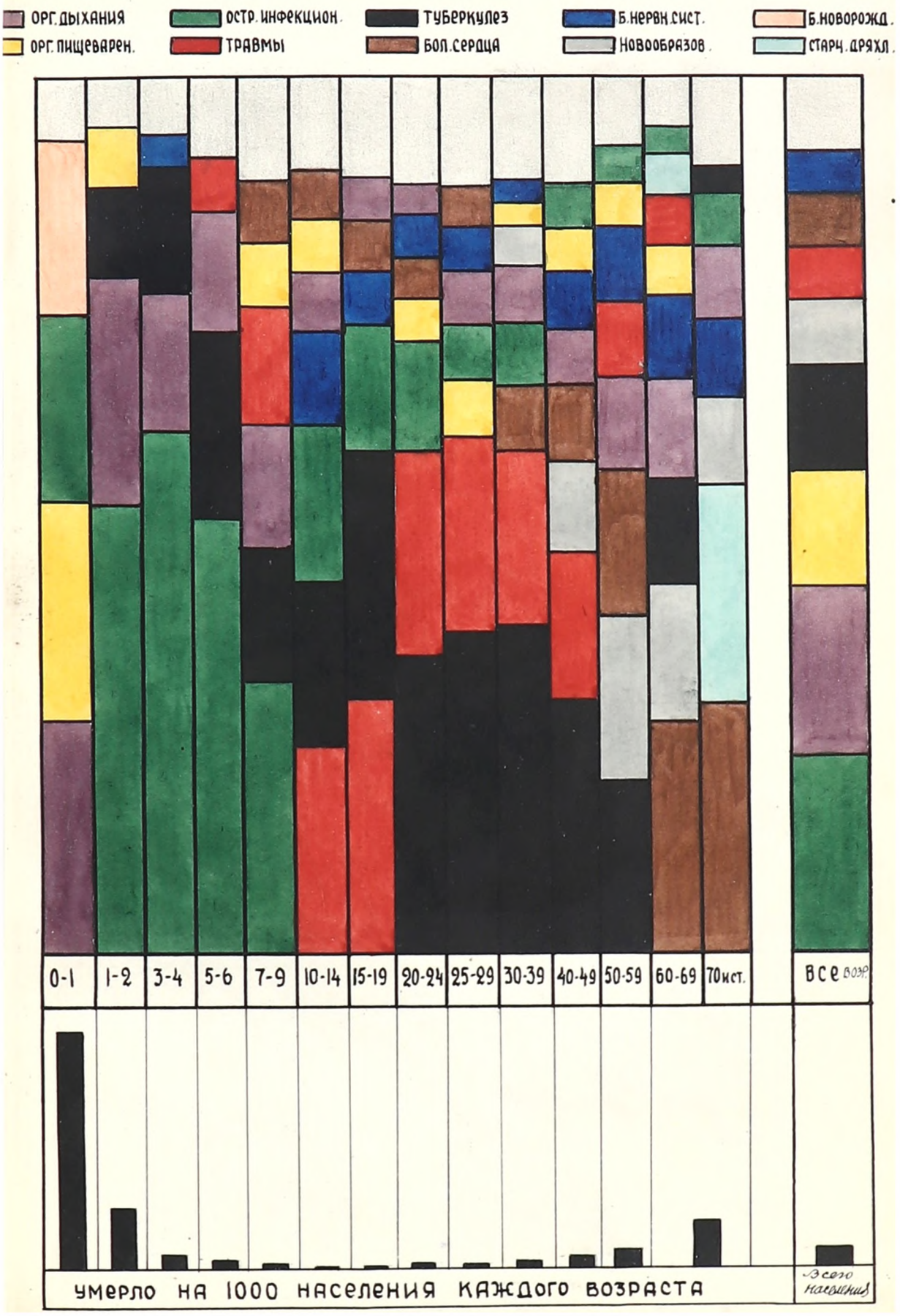
Еще более наглядно это видно на диаграмме № 8

В заключение остановимся еще на заболеваемости детей первого года жизни.

Показатель обращаемости детей до 1 года, как мы видели, равнялся – 2455,8 на 1000 детей этого возраста. Обращаемость всего прочего населения составляла 1224,4 на 1000. Таким образом дети первого года жизни обращались в два раза чаще прочего населения. Показатель их смертности у детей этого возраста был почти в 21 раз выше показателя смертности остального населения.

50-а

Структура смертности по возрастным группам. Свердловск, 1937г. №8



ОБЩЕСТВЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ. Наиболее четко распределены больные по группам рабочих и служащих. При распределении больных по остальным общественным группам мы встре чались с затруднением, состоящим в том, что во многих учетных картах, заполненных на лиц юношеского возраста было написано: "учащийся" или "студент", без указания принадлежности к той или иной общественной группе. Всех таких больных мы вынуждены были отнести в группу "прочих". Поэтому мы считаем возможным провести сравнение заболеваемости лишь рабочих и служащих.

На таблице 10 приведена структура заболеваемости мужчин и женщин – рабочих и служащих.

Структура заболеваемости рабочих и служащих /в %% к итогу/

Табл. 10

Виды заболеваний	Рабочие		Служащие	
	м.	ж.	м.	ж.
1. Остр. инфекц. болезни	11,9	12,7	15,5	14,4
Хронич. инфекц. болезни	5,5	4,7	9,1	5,1
2. Паразитарные болезни	0,7	1,4	1,3	1,6
3. Т р а в м ы	26,5	14,4	7,5	4,8
4. Отравления	0,2	0,07	0,4	0,1
5. Новообразования	0,6	0,5	0,7	0,6
6. Авитаминозы	0,5	0,3	0,1	0,04
7. Ревматич. заболевания	1,3	2,4	1,4	1,7
8. Бол. обмена веществ	0,02	0,04	0,2	0,3
9. Бол. андокринн. системы	0,06	0,4	0,2	1,0
10. Бол. крови и кровет. орг.	1,1	3,2	1,2	3,7
11. Бол. нервн. системы	4,0	4,9	9,8	9,1
12. Бол. органов зрения	7,5	6,6	9,2	6,9
13. Бол. орган. слуха	2,1	1,8	2,5	2,1
14. Бол. орг. кровообращения	3,7	4,0	6,9	5,9
15. Бол. орг. дыхания	6,9	6,4	8,3	7,8
16. Бол. орг. пищеварения	8,7	11,2	9,5	10,4
17. Бол. костей, сочл. и мышц	5,6	4,3	4,4	3,4
18. Бол. кожного покрова	10,5	10,5	8,9	8,7
19. Бол. мочевых органов	0,4	1,0	0,8	1,4
20. Бол. мужск. пол. органов	0,5	–	0,5	–
21. Бол. женск. пол. орган.	–	7,5	–	9,0
22. Врожд. пороки развит.	0,01	0,0	0,0	0,0
23. Бол. берем. и родов.	–	0,5	–	0,6
24. Бол. новорожденных				
25. Старческая дряхлость	0,01	0,01		0,0
26. Неточно обозн. болезни	1,2	1,18	1,6	1,36

Несмотря на доминирующий удельный вес травматизма, мы видим в группе рабочих /мужчин и женщин/ преобладание, кроме травматизма также следующих заболеваний: болезней кожного покрова, бо-

лезней костей, сочленений и мышц, ревматических заболеваний и авитаминозов.

Если устранить влияние травматизма на соотношение других видов заболеваний, то к перечисленным заболеваниям, чаще встречающимся у рабочих надо добавить еще инфекционные болезни /главным образом грипп, ангину, гемоколит и рожу/, доброкачественные новообразования /атерома, кисту, липому/ болезни органов зрения /заболевания век, конъюнктивы и роговой оболочки/, болезни органов дыхания /бронхиты, пневмонии и эмфизему/ и болезни органов пищеварения /гастриты, энтероколиты, грыжу/.

В группе служащих преобладали: отравления /алкоголь и пищевые отравления/, болезни обмена /диабет, подагра, ожирение/, болезни эндокринной системы /зоб, Базедова болезнь/, болезни нервной системы /неврастения, психастения и реактивные состояния/ и болезни органов кровообращения /грудная жаба, невроз сердца, эндартериит, артериосклероз, гипертоническая болезнь/.

Таковы особенности в заболеваемости рабочих и служащих. Рассмотрение структуры заболеваемости рабочих и служащих в отдельных возрастных группах от 20 до 60 лет показывает, что отмеченные особенности в заболеваемости рабочих и служащих не зависят от влияния возраста.

Особенности в заболеваемости рабочих указывают правильный путь для организации мероприятий по снижению их заболеваемости. Предупреждение травматизма и квалифицированное лечение травм, борьба с гнойничковыми заболеваниями кожи, устранение простудных влияний /грипп, ангина, ревматизм, болезни костей, сочленений и мышц, бронхиты, пневмонии и частично болезни органов пищеварения/, правильная организация рабочего питания /авитаминозы, болезни органов пищеварения/, чистота воздуха, блефариты, конъюнктивиты/, все это в короткие сроки может дать положительные результаты.

В подтверждение высказанных положений приведем несколько литературных данных.

Проф. Левицкий *) указывал, что по мнению Шадэ, Резенбаха и Розенталя простудный фактор на производстве имеет определенное значение. В частности, при гриппе он является предрасполагающим моментом, а при таких заболеваниях как невралгии и невриты он оказывает прямое влияние на их возникновение. Летняя метеорологическая конъюнктура горячих цехов – оказывает влияние и на уровень желудочно-кишечных заболеваний. В доказательство этого Левицкий приводит показатели заболеваемости на 100 застрахованных: у рабочих машиностроительной промышленности число случаев болезней желудка равнялось ≈ 1,5, а у рабочих металлургической промышленности – 2,3.

Проф. Лурия (Л.М.) также отмечал влияние простудного фактора на производстве на желудочно-кишечный тракт. Лурия писал: "Во всяком случае... простудному фактору обязаны своим происхождением гастриты на некоторых производствах, где не принимаются достаточно широко профилактические меры против простуды у разгоряченных от физического напряжения рабочих."

Но дело не ограничивается одним гастритом. "В результате гастрита... возникает ряд заболеваний нижележащих частей пищеварительного тракта. Сюда относятся энтериты, колиты, аппендициты, но особенно воспалительные процессы со стороны желчных путей и гепатопатии."

В.Ф. Усольцев, разработавший материалы страховых организаций по заболеваемости служащих по РСФСР за 1925 г., нашел, что служащие дают значительно меньшее число случаев заболеваемости, чем все застрахованные в целом. Но и в среде служащих, заболеваемость была различной. Так, число случаев заболеваний на 100 застрахованных было: у служащих аппарата управления и контроля – 38,21; снабжения – 52,42 и охраны внутреннего порядка – 48,66. Что касается заболеваний нервной системы, то они в большей степени отмечались в первой группе служащих: (145)

*) Гигиена труда. М. Л. 1936 г.

Болезни нервной системы на 100 служащих:

	Все	В т.ч.неврастения
Управление и контроль	3,1	2,2
Снабжение	2,1	1,3
Охраны внутр.порядка	2,2	1,4

С.М.Богословский,исследовавший состояние здоровья промышленных рабочих и служащих Москвы по материалам детальных врачебных осмотров в порядке диспансеризации за 1924-1925 годы, установил,что у производственных рабочих показатели заболеваемости были выше,чем у служащих по инфекционным болезням,болезням органов пищеварения,дыхания,костей,сочленений и мышц,органов слуха и кожного покрова.Служащие дали более высокую заболеваемость болезнями нервной системы и органов кровообращения. Из отдельных заболеваний приводимых Богословским,можно отметить туберкулез,хронический ревматизм,эмфизему /выше у рабочих/ и подагру /значительно выше у служащих/. (21)

ОСТРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ.

По инфекционной заболеваемости Урал имеет тяжелое прошлое. Екатеринбургский же уезд Пермской губернии, по свидетельству доктора Курдова, по высоте показателей заболеваемости острыми инфекционными болезнями в дореволюционное время стоял на первом месте: заболеваемость в нем почти вдвое превышала среднюю по губернии. (80)

На 9-м с"езде врачей Пермской губернии в 1907 г. санитарный врач Екатеринбургского уезда А.М.Спасский сказал: "эпидемическая заболеваемость - постоянная язва населения Пермской губернии. Она разнообразна, упорна и при настоящем развитии медицинской помощи непреоборима. За три года своей службы в Екатеринбургском уезда не запомню такого момента, когда уезд был бы свободен от эпидемии. Борьба с ними - борьба без надежды на победу в ближайшем будущем".

Доктор Спасский был прав; в условиях царской России не было видно просвета в этой грозной эпидемической туче. Лишь после Октябрьской социалистической революции 1917 года не только появилась надежда на победу над эпидемиями, но и достигнуты уже большие успехи в борьбе с ними, как по всему Советскому Союзу, так и на Урале.

В качестве иллюстрации этого приведем сравнение показателей заболеваемости на 10000 населения основными острыми инфекционными болезнями по Екатеринбургскому уезду за 1912 год и по городу Свердловску за 1937 год:

Табл.1

Название болезни	Зарегистрировано на 10 тыс. населения: Екатеринб. уезд 1912г.	Свердловск 1937г
Брюшной тиф	54,2	2,9
паратиф	7,1	1,4
Сыпной тиф	38,1	3,8
Возвратный тиф	45,8	
Дизентерия	84,0	24,6
Оспа натуральная	28,3	
ВСЕГО :	257,5	32,7

Оспа натуральная и возвратный тиф – отошли в прошлое, а остальные, указанные в таблице инфекции снижены в пять с половиной раз. Эта таблица красноречивее всяких слов говорит о достигнутых успехах в борьбе с заразными болезнями.

Однако, эти успехи нас не могут удовлетворить, поскольку в условиях Советского государства имеются все возможности для дальнейшего снижения заболеваемости острыми инфекционными болезнями и даже для полной ликвидации некоторых из них.

В 1937 году в г. Свердловске было зарегистрировано 89318 случаев заболеваний острыми инфекционными болезнями, или 222,9 на 1.000 населения.

Больше половины /60% / всех случаев обращений по поводу остро-заразных болезней относится к гриппу. Больные ангиной составляли 20%.

Структура заболеваемости острыми инфекционными болезнями /в процентах к итогу/ без гриппа и ангины приведена на диаграмме № 1.



Как видно из диаграммы, кроме гриппа и ангины, основными за-

болеваниями среди населения Свердловска в 1937 году были: корь, коклюш, скарлатина и дизентерия с гемоколитом.

На долю этих инфекций падает 67 процентов всей острой заразной заболеваемости, если не считать грипп и ангину.

Но социальное значение этих инфекций не исчерпывается большим удельным весом числа заболевших.

Они занимают первое место и по числу смертных случаев.

Количество болевших мужчин и женщин, а также показатели заболеваемости на 10.000 населения по отдельным инфекциям приведены в таблице 2.

Табл.2

Название болезни:	Число обратившихся			
	Мужчин		Женщин	
	Абс.	На 10 тыс.	Абс.	На 10 тыс.
Брюшной тиф	50	2,7	70	3,2
Паратиф	25	1,3	35	1,6
Сыпной тиф	71	3,8	85	3,9
Бруцеллез	9	0,4	4	0,1
Корь	1711	92,9	1761	81,4
Скарлатина	1173	63,0	1413	65,0
Коклюш	1435	77,0	1665	76,0
Дифтерия	275	14,9	271	12,4
Краснуха	253	13,7	300	13,8
Ветряная оспа	1028	55,8	1007	46,5
Грипп	26728	1451,8	27431	1268,1
Дизентерия	500	27,1	487	22,5
Гемоколит	633	34,3	691	31,9
Острый полиомиэлит	9	0,4	6	0,2
Эпидемический энцефалит	2	0,1	3	0,1
Эпид.цер.спин.менинг.	10	0,5	4	0,1
Сепсис	7	0,3	15	0,7
Ангина	8165	443,3	10170	470,0
Заушница	475	25,8	433	20,0
Рожа	321	17,4	579	26,7
Бешенство	1	0,05	1	0,04
Прочие болезни	1	0,05	5	0,2
ВСЕГО	42882	2328,2	46436	2141,2

Как видно из таблицы 2 заболеваемость мужчин и женщин можно считать одинаковой: при сыпном тифе, краснухе, эпидемическом энцефалите и бешенстве.

У мужчин заболеваемость была выше при бруцеллезе, кори, ко

люше, дифтерии, ветряной оспе, гриппе, дизентерии, гемоколите, остром полиомиэлите, эпидемическом серебро-спинальном менингите и свинке.

У женщин заболеваемость была выше при брюшном тифе, паратифе, скарлатине, сепсисе, ангине и роже.

В частоте заболеваемости по отдельным возрастным группам отмечалась большая неравномерность. Наиболее высокий показатель (имели отмечались) у детей до года /775,8 на 1.000 населения своего возраста/ и наименьший у стариков /70,3/.

Показатели заболеваемости всеми острыми инфекционными болезнями на 1.000 населения соответствующего возраста приведены в таблице 3.

Табл.3

Возрастные группы:	Обратилось на 1000 населения
До 1 года	775,8
1 - 2	525,7
3 - 4	493,8
5 - 9	330,5
10 - 14	162,2
15 - 19	169,1
20 - 24	212,2
25 - 29	180,1
30 - 39	159,9
40 - 49	137,1
50 - 59	105,0
	70,3



...азатели на 100 человек соот-

Показатели заболеваемости по отдельным острым заразным болезням на 1000 человек детского населения по возрастным группам приведены на табл.4

Табл.4

Название болезни	Обратилось на 1000 населения в возрасте: 0-1	1-2	3-4	5-7	8-9	10 - 14
Брюшной тиф	–	–	–	0,6	0,3	0,6
Паратиф	–	–	0,07	0,1	0,2	0,3
Сыпной тиф	–	0,04	0,1	0,3	0,1	0,4
Корь	52,2	61,5	51,9	33,7	12,4	1,7
Скарлатина	6,6	27,7	46,3	40,3	19,2	7,6
Коклюш	70,4	46,6	45,1	25,7	8,5	0,9
Дифтерия	2,0	7,0	9,3	6,4	3,6	1,8
Краснуха	6,8	5,2	10,4	6,6	4,8	0,8
Ветряная оспа	55,9	30,1	23,6	12,8	6,2	0,7
Грипп	519,8	286,6	229,1	156,4	128,8	70,8
Дизентерия	22,7	17,3	6,8	3,6	2,8	1,9
Гемоколит	10,2	8,4	4,5	2,2	2,5	1,4
Рожа	3,9	1,6	0,7	0,9	0,8	0,7
Ангина	22,1	29,4	52,6	61,1	76,2	67,8
Заушница	2,8	3,5	12,5	12,0	17,6	4,3
Другие болезни	1,1	0,4	0,1	0,3	0,07	0,05
Все инфекции:	775,8	525,7	498,8	363,7	286,9	162,2

Из таблицы видно, что почти в каждой детской возрастной группе отмечаются наиболее типичные для нее инфекционные заболевания. Так, для детей в возрасте до 1 года можно отметить: коклюш, ветряную оспу, грипп, дизентерию, гемоколит и рожу. Из других болезней для данной группы является характерным эпидемический цереброспинальный менингит. В возрастной группе 1-2 года можно отметить в первую очередь корь. Для возраста 3-4 года - скарлатину, дифтерию и краснуху; 5-7 лет - скарлатину, ангину; 8-9 лет - ангину и заушницу, а в 10-14 лет, наряду с резким снижением заболеваемости по всем детским инфекциям, начинает расти заболеваемость тифами.

Показатели заболеваемости по отдельным острым заразным болезням на 1.000 человек взрослого населения по возрастным группам приведены на таблице 5.

Табл.5

Название болезни	Обратилось на 1000 населения в возрасте: 15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60и ст.
Брюшной тиф	0,5	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1
Паратиф	0,4	0,1	0,1	0,2	0,1	0,04	0,05
Сыпной тиф	0,4	0,3	0,5	0,4	0,5	0,2	0,2
К о р ь	0,05	0,03	0,03	—	—	—	—
Скарлатина	1,0	0,2	0,2	0,1	0,1	—	—
Коклюш	0,05	—	0,03	0,01	—	—	0,05
Дифтерия	0,3	0,1	0,03	0,04	0,02	—	—
Краснуха	0,05	0,04	—	—	0,02	—	—
Ветряная оспа	0,02	0,04	0,03	0,01	—	—	—
Грипп	95,0	137,3	122,9	114,5	103,9	81,6	54,0
Дизентерия	0,2	0,2	0,2	0,1	0,05	0,1	0,1
Гемоколит	2,1	3,6	3,0	2,8	2,6	2,8	2,6
Рожа	1,4	2,0	1,6	2,1	4,0	5,2	5,1
Ангина	66,9	67,2	50,6	38,9	25,0	14,5	7,8
Заушница	0,4	0,1	0,1	0,05	0,02	—	—
Другие болезни	0,02	0,2	0,1	0,2	0,1	0,08	—
Все инфекции:	169,1	212,2	180,1	159,9	137,1	105,0	70,3

Среди всех возрастных групп взрослого населения наибольшее распространение имели: грипп, ангина, гемоколит и рожа. При этом можно отметить, что ~~грипп и гемоколит дали~~ гриппом и гемоколитом были наиболее высокие показатели заболеваемости у лиц в возрасте 20 - 24 года и 25 - 29 лет, ангиной – от 15 до 24 лет, а рожей – в возрасте свыше 50 лет.

Первое и второе место по уровню заболеваемости во всех без исключения возрастных группах занимали грипп и ангина.

Распределение больных всеми острыми инфекционными болезнями по общественным группам показывает, что в общей массе

можно говорить о сравнительно повышенной заболеваемости рабочей группы населения в отношении лишь трех острых инфекционных болезней : гриппа, дизентерии / с гемоколитом / и рожи.

При рассмотрении возрастного состава больных острыми инфекционными болезнями мы видели, что среди населения в возрасте от 20 до 24 лет и от 25 до 29 лет отмечался под"ем заболеваемости.

Повышение заболеваемости в указанных возрастных группах и происходит главным образом за счет рабочей группы населения и, притом за счет только что перечисленных острых инфекционных заболеваний , т.е. гриппа, дизентерии / с гемоколитом / и рожи.

От острых инфекционных болезней в 1937 году в г. Свердловске умерло 1933 человека, или 4,8 на 1000 населения.

В общей смертности населения острые инфекционные болезни составили 22,4 процента.

Структура смертности от острых инфекционных болезней /в %% к итогу/ приведена в таблице 7.

Табл.7

Название болезни	% умерших
Сыпной тиф	0,6
Брюшной тиф и паратиф	1,1
Церебро-спинальный менингит	1,2
Рожа	1,4
Дифтерия	3,3
Грипп	4,3
Скарлатина	8,2
Прочие инфекционные болезни	9,9
Коклюш	12,0
Дизентерия	14,8
Корь	42,9
ВСЕГО:	100,0

На долю трех инфекций:кори,дизентерии и коклюша падает 77,9 % смертности от всех острых инфекционных болезней.Поэтому в борьбе за снижение смертности - основное внимание должно быть обращено на эти болезни.

Показатели смертности в отдельных возрастных группах населения приведены в таблице 8.

табл.8

Возрастные группы	:Умерло на 1000 населения :соответствующего возраста
До 1 года	57,7
1 - 2	34,1
3 - 4	9,2
5 - 6	5,2
7 - 9	1,5
10 -14	0,4
15 -19	0,5
20 -24	0,7
25 -29	0,3
30 -39	0,5
40 -49	0,5
50-59	0,8
60 лет и старше	2,2

Как видно из таблицы 8 самая высокая смертность была у детей первого года жизни. Из каждых 1000 детей этого возраста умерло 58 человек. Далее можно отметить детей до 7 лет, после чего показатель смертности резко снижается. Минимальный показатель смертности /0,3/ был у лиц в возрасте 25-29 лет. В старческом возрасте показатель смертности дал небольшое повышение.

В таблице 9 приведены показатели летальности.

Табл.9

Название болезни	:Летальность
Брюшной тиф и паратиф	11,7
Сыпной тиф	8,3
Корь	24,2
Скарлатина	6,2
Коклюш	7,5
Дифтерия	11,9
Грипп	0,1
Дизентерия	28,9
Рожа	3,1
Прочие болезни	0,9
ВСЕГО :	2,2

Особенно высока была летальность при дизентерии и при кори.

Летальность при острых инфекционных болезнях у детей в возрасте до 1 года по отдельным инфекциям приведена в таблице 10.

Табл.10

Название болезни	% умерших
Корь	44,6
Скарлатина	30,7
Коклюш	17,5
Дифтерия	38,5
Грипп	0,5
Дизентерия	41,9
Рожа	26,4
Церебро-спинальный менингит	90,0
Прочие болезни	5,0
ВСЕГО:	7,4

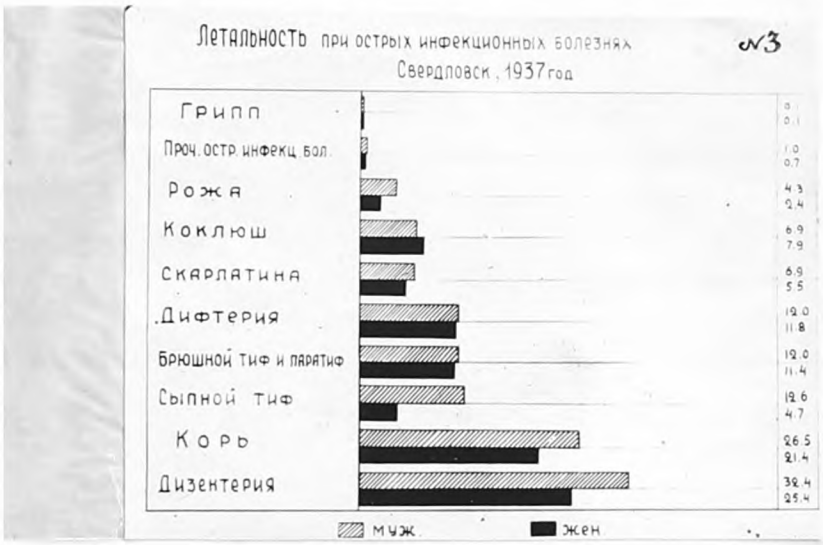
Летальность была особенно высокой при кори, дизентерии, дифтерии и скарлатине.

Летальность была различной не только в различных возрастных группах населения, но и по полу в разных половых группах.

При всех острых инфекционных болезнях из числа заболевших мужчин умерло 2,3 процента, а из числа заболевших женщин –1,9 процента.

Это различие в летальности мужчин и женщин изменялось при отдельных заболеваниях.

На диаграмме № 3 мы приводим летальность по полу при важнейших острых инфекционных болезнях.



Как видно на диаграмме летальность была выше у женщин лишь при коклюше. При всех же других болезнях она была выше у мужчин. Особенно велико было различие при дизентерии, кори, сыпном тифе и роже.

Отсюда мы можем сделать вывод, что женщины в общем легче переносят острые инфекционные заболевания, чем мужчины, т.к. об"яснить лишь одною случайностью такое соотношение показателей летальности у мужчин и женщин невозможно.

Г Р И П П. Из каждой 1000 жителей города 130 обратилось по поводу гриппа. Летальность при гриппе была не высока – всего 0,1 процента, но эта десятая доля процента, в виду большого числа болевших гриппом, дала 84 случая смерти, что составляло сумму смертных случаев от трех таких инфекций, как брюшной тиф, паратиф и дифтерия.

Кроме того грипп часто влечет за собою возникновение других заболеваний /пневмонии, нефриты, отиты и др./, которые также могут явиться причиною смерти.

Но дело не только в летальности,а и в том,что грипп вредит работоспособности большое число людей.Из состава наших больных 34306 человек принадлежали к рабочим и служащим.На Верх-Исетском металлургическом заводе Свердловска в 1937 году на каждые 100 рабочих было 23 случая потери трудоспособности по поводу гриппа. Длительность одного случая определялась в среднем в 4,8 дня.Если эти показатели распространить на всех наших больных рабочих и служащих,то получится,что за 1937 год из-за гриппа было потеряно 37087 рабочих дней.

Мужчины обращались чаще женщин:на 1000 мужского населения обратилось 145,а на 1000 женщин 127.

Весьма неравномерна была заболеваемость гриппом по отдельным возрастным группам.

В таблице 11 приведены показатели заболеваемости гриппом на 1000 населения соответствующего возраста:

Табл.11

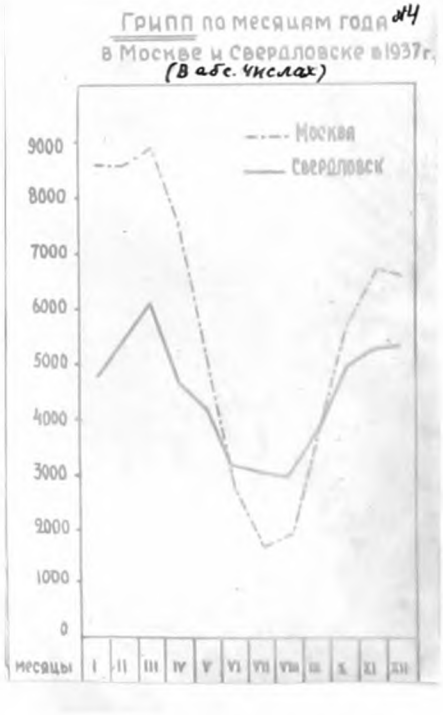
Возраст	Обратилось на 1000 населения
До 1 года	519,8
1 - 2	286,6
3- 4	229,1
5 - 7	150,4
8 - 9	128,8
10 -14	70,8
15 -19	95,0
20 -24	137,0
25-29	122,9
30 -39	114,5
40 -49	103,9
50 -59	81,6
60 и ст.	54,0

Обращают внимание высокие показатели заболеваемости детей, особенно первого года жизни, в котором свыше 50% (всех детей города) обращалось по поводу гриппа. Второй, наиболее ранимой, была возрастная группа от 20 до 50 лет, т.е. рабочего возраста.

Наиболее благоприятными были показатели среди населения от 10 до 14 и свыше 60 лет. Возможно, что в этих возрастных группах была меньше не заболеваемость, а обращаемость. По Рогозину гриппом болеют люди всех возрастов, но наибольшая заболеваемость и смертность отмечается среди детских групп населения.

В госпитализации нуждалось 1808 человек /1012 мужчин и 796 женщин/, или 3,3 процента.

Распределение больных гриппом по месяцам года показывает, что максимальное количество заболеваний /6.151/ было в марте и минимальное -/3028/ в августе. На диаграмме № 4 видно, что кривая дает высокие цифры заболеваемости (отличались) в течение всего года, с повышениями числа заболеваний в марте и декабре.



На диаграмму занесена также помесячная заболеваемость гриппом в Москве в 1937 году/по Гамалея/. (39).

Тип кривых заболеваемости гриппом в Москве и Свердловске был одинаковий, характер же динамики заболеваемости несколько различний: в Свердловске не было такого резкого снижения /в 5 раз/ в летние месяцы, как в Москве.

В Свердловске мы имели снижение /в августе по сравнению с мартом/ лиш в 2 раза.

Ангина. На втором месте / после гриппа/ по частоте заболеваний была ангина, по поводу которой зарегистрировано 18,335 обращений или 45,7 на 1000 населения.

Распределение больных ангиной по полу и возрасту приведено на таблице 12.

Табл. 12.

Возраст	Мужчин	Женщин	Об.пола	%
0 - 4	807	775	1582	8,6
5 - 9	827	1146	1973	10,8
10-14	951	1681	2632	14,4
15-19	1085	1424	2509	13,7
20-24	1216	1518	2734	14,9
25-29	1452	1338	2790	15,1
30-39	1288	1444	2732	14,9
40-49	359	514	873	4,8
50-59	112	211	323	1,7
60 и ст.	48	93	141	0,8
Не указан	20	26	46	0,3
Всего	8165	10170	18335	100,0

Наиболее распространенными формами ангины были: фолликулярная / 31,8%/ и катаральная / 26,9%.

В госпитализации нуждалось 799 человек, или 4,3%. Женщины обращались несколько чаще мужчин: на 1000 мужского населения было 44,2 обращения, а на 1000 женского -46,8. Обращаемость женщин была значительно выше при фолликулярной форме. При ангине Венцента- мужчины обращались в 2,5 раза чаще, чем женщины. Показатели заболеваемости всеми формами ангин на 1000 населения приведены на таб. 13.

Табл.13

Возраст	Обратилось больн.ангиной на 1000 насел. Мужчин	Женщин	Обоего пола
До 1 года	21,4	21,3	21,3
1 – 4	38,6	37,3	37,9
5 – 9	56,8	76,8	66,9
10 –14	50,1	84,4	67,7
15 –19	58,3	68,6	63,7
20– 24	66,0	59,9	62,5
25 –29	53,6	47,9	50,7
30 –39	38,6	38,4	38,5
40 –49	23,4	26,1	24,9
50 –59	12,9	15,2	14,4
60 и ст.	8,9	7,3	7,7
ВСЕГО:	44,2	46,8	45,8

Наибольшая заболеваемость ангиной отмечалась в возрасте от 5 до 30 лет.У мужчин максимум заболеваемости приходился на возрастную группу 20–24 года,а у женщин – 10–14 лет.

Распределение больных по месяцам года приведено на таблице 14.

Табл.14

Месяцы	Число больных	Месяцы	число больных
Январь	1802	Июль	846
Февраль	1389	Август	903
Март	1541	Сентябрь	1652
Апрель	1568	Октябрь	2387
Май	1180	Ноябрь	1960
Июнь	996	Декабрь	2012

Как видно из таблицы большинство заболеваний ангиной относилось к осенне-зимнему периоду,с максимумом в октябре.

Наибольший под"ем отмечался в весенние месяцы /март–апрель/

К О Р Ь. В 1937 году было зарегистрировано больных корью 86,6 на 10.000 населения.

По данным Розенберга*) в РСФСР за 1924–27 годы заболеваемость корью в городах составляла 67,4 – 88,6 на 10.000 населения. В 1925 году корь дала в губернских городах 92,1 заболеваний на 10.000 населения, в уездных 56,6, а в сельских местностях – 37,7.

По числу заболеваний корь стояла на занимала третьем месте среди всех инфекционных болезней /после гриппа и ангины/. Учитывая же высоту летальности при кори и ее влияние роль в смысле повышения и детской смертности вообще, мы должны признать, что в условиях Свердловска корь должна занимать одно из первых мест в противоэпидемической работе.

По высоте летальности корь стояла была на первом месте среди всех других острых инфекционных болезней. В ряду всех причин смерти детей до 1 года корь составляла 8,5%, а детей в возрасте от 1 до 2-х лет – 29,7%. Из каждых 100 человек, умерших от всех инфекционных болезней – 43 умерло от кори.

Распределение заболевших детей первого года жизни по месячным возрастным группам вполне соответствует установившемуся мнению, что дети первых месяцев жизни наименее восприимчивы к корево инфекции, вследствие приобретенного от матери иммунитета. Это видно из таблицы 15.

Табл.15.

Возраст	Число б-х:	% к итогу:	Возраст:	Число б-х:	% к итогу
До 1 мес.	1	0,14	6 месяц.	76	10,94
1 мес.	4	0,58	7 "	92	13,24
2 "	13	1,87	8 "	110	15,83
3 "	30	4,32	9 "	84	12,08
4 "	38	5,47	10 "	111	15,97
5 "	67	9,64	11 "	69	9,92
			ВСЕГО :	695	100,0

*) Н. К. Розенберг. Инфекционные болезни. 1934 г.

Из таблицы видно, что заболевания корью детей до 2-х месяцев отмечалось крайне редко. Однако, начиная со 2-го и особенно с 3-го месяца, число заболеваний быстро нарастало, что не совпадает с утверждением В. Бирка о том, что в первые четыре месяца жизни ребенка кори не бывает.

Обращает внимание на приведенной таблице общее число заболевших детей до 1 года. Оно составляет 20% всей заболеваемости корью. Этот процент надо признать высоким. Доброхотова указывает, что в Москве к возрасту до одного года относилось лишь 7,5% всех заболеваний. Значительное число заболеваний кори в возрасте до одного года является неблагоприятным в смысле исхода заболевания. Правда, Е. Феер пишет, что: "...во вторую половину первого года наблюдается обыкновенно только легкая форма болезни". Но такое мнение надо признать ошибочным. Н. Филатов[x] говорил, что: "...корь тем опаснее, чем моложе ребенок". Доброхотова, ссылаясь на английские данные 1933-1934 г. о летальности при кори по возрастам, пишет что - "Летальность обратно пропорциональна возрасту". Наш материал подтверждает такой вывод, что видно из следующей таблицы:

Летальность при кори по возрастам:
/Свердловск 1937 г./
(Умерло на 100 заболевших).

Возраст	Летальность	Возраст	Летальность
0 - 1	44,6	5 - 7	4,6
1 - 2	33,5	8 - 9	0,6
3 - 4	8,5	10 и ст.	0,0

Корь для маленьких детей является чрезвычайно опасным заболеванием, а поэтому все усилия в борьбе с корью должны быть направлены прежде всего на предохранение и лечение детей первых 2-х лет жизни.

М. Рубнер указывал, что корь преимущественно переносится в детстве между 3 - 7 годами.

Розенберг, ссылаясь на статистические работы Гейслера и

[x]) Ник. Филатов. Кратк. учебн. дет. бол. Т. II Укр. 1922 г.

Принцинга пишет,что:"После перехода рубежа первого года жизни заболеваемость резко возрастает и чем дальше возраст подвигается к 4–5 годам,тем заболеваемость корью становится выше,и к 7–8 годам достигает своего максимума."

В Свердловске же максимум заболеваемости корью относился к 1 – 2 годам,после чего количество заболеваний шло на снижение.

Таковой возрастной состав больных обусловил и тяжесть течения кори в Свердловске,выразившуюся в высокой летальности.Высокий процент детей первого года жизни среди болевших корью,а также сравнительно высокие показатели смертности и летальности об"ясняются,повидимому,тем,что в 1937 году в Свердловске не получили еще широкого применения противокоревые прививки.Роль же прививок в снижении летальности при кори – весьма значительна.Так,по Дулицкому,летальность при кори у привитых и непривитых детей выражается в следующих величинах:

	Не привитые	Привитые
Дети до 1 года	39,1	4,6
Дети 1 – 3 лет	19,8	2,8

Если бы в 1937 году в Свердловске была правильно организована противокоревая прививка,то,на основании приведенных данных,можно предполагать,что от кори погибло бы не 830 детей,а,примерно, около 180.

Имеет известное значение и культурность населения,в частности взгляд на корь как на неизбежное и притом легкое заболевание. Этим об"ясняются случаи поздней обращаемости с корью – уже с наступившими осложнениями,главным образом – пневмонией.

Для иллюстрации этого можно привести такой факт.Из записей в учетных карточках мы установили,что в 181 случае дети,заболевшие корью впервые осматривались врачами уже при наличии осложнений.

Анализ учетных карточек с диагнозом –"Корь и воспаление лег-

ких" показывает, что у детей в возрасте до одного года из семей рабочих, такие диагнозы составили 6,6% от общего числа заболевших детей этого возраста, а из семей служащих – 3,3%. Отсюда следует, что в рабочих семьях обращаемость с детьми больными корью за врачебной помощью более поздней, чем в семьях служащих.

По месяцам года заболеваемость корью распределялась неравномерно, что видно на следующей таблице:

Табл.16

Заболеваемость корью в г.Свердловске по месяцам 1937г.

Месяцы	: % % к итогу	показат.заб.
Январь	14,6	172
Февраль	8,9	112
Март	8,6	101
Апрель	11,5	139
М а й	14,9	177
Июнь	12,6	154
Июль	8,1	96
Август	3,7	43
Сентябрь	2,3	28
Октябрь	4,1	47
Ноябрь	5,4	65
Декабрь	5,3	63
ИТОГО :	100,0	100

71% всех заболеваний корью падал на первое полугодие. Высокий под"ем был в январе; февраль и март дали значительное снижение, в апреле начался новый под"ем, который в мае достиг годичного максимума, после чего отмечалось резкое снижение числа заболеваемости с июля по сентябрь, в котором было наименьшее число заболеваний, а затем наблюдался новый, но уже сравнительно небольшой под"ем до конца года.

СКАРЛАТИНА. Больных скарлатиной было зарегистрировано 2586 человек, или 6,4 на 1.000 населения.

Мужчины и женщины болели примерно одинаково: на 1000 мужского населения было 6,3 обращения, а на 1000 женского 6,5.

Показатели заболеваемости на 1000 населения соответствующего возраста приведены в таблице 17.

Табл.17

Возраст	:Обратилось на 1000 населен.
До 1 года	6,6
1 - 2	27,7
3 - 4	46,3
5 - 7	40,3
8 - 9	19,2
10 -14	7,6
15 -19	1,0
20 -24	0,2
25 -29	0,2
30 -39	0,1
40 -49	0,1

Самый высокий показатель заболеваемости был у детей в возрасте 3 - 4 лет, затем 5-7 лет и 1-2 года.

Распределение заболеваний скарлатиной по месяцам года приведено на таблице 18.

Табл.18

Месяцы	:Число больн.:	Месяцы	:число больн.
Январь	193	Июль	176
Февраль	142	Август	220
Март	162	Сентябрь	335
Апрель	139	Октябрь	348
М а й	117	Ноябрь	316
Июнь	101	Декабрь	334

Наибольшая заболеваемость была в осенне-зимние месяцы, с максимумом в октябре. Самыми благоприятными месяцами по числу заболеваний были май и июнь.

Распределение заболеваний скарлатиной по месяцам имеет большое сходство с распределением заболеваний ангиной.

В госпитализации нуждалось 2586 человек, т.е. 100%

ДИФТЕРИЯ. Больных дифтерией было зарегистрировано 546 человек, или 1,3 на 1000 населения.

В госпитализации нуждалось 546 человек, т.е. 100 процентов. Мужчины болели дифтерией несколько чаще женщин. На 1000 мужского населения было 1,4 обращений, а на 1000 женского 1,2.

Показатели заболеваемости дифтерией по полу и возрасту на 10000 соответствующего (их групп) населения приведены на табл.19.

Табл.19

Возраст	Обратилось на 10 тыс. населения с дифтерией: Мужчин	Женщин	Обоего пола
До 1 года	20,5	18,5	20,0
1 – 2	78,0	62,2	70,0
3 – 4	90,5	95,5	93,0
5 – 7	63,9	63,9	63,9
8 – 9	30,3	41,6	36,1
10 –14	18,4	18,1	18,3
15 – 19	4,3	3,4	3,8
20 –29	0,7	0,7	0,7
30– 49	0,4	0,3	0,3
ВСЕГО:	14,9	12,5	13,6

По Розенбергу наиболее поражаемой бывает группа детей от трех до пяти лет.–"Эта группа дает и наибольший процент смертности. Число заболеваний сравнительно меньше среди возрастной группы

от 6 до 10 лет,меньше и процент смертности.Еще меньше заболеваемос и процент смертности среди группы от 11 до 15 лет;очень невелика заболеваемость,но велик процент смертности среди группы от 0 до 2 лет.Зрелый возраст менее восприимчив к заболеваемости, чем юношеский."

Наши данные в общем соответствуют заключению проф.Розенберга.Исключение составляет лишь группа детей в 1 – 2 года,показатель заболеваемости у которой был высоким,тогда как по Розенбергу заболеваемость среди этой детской группы –"очень невелика".

Распределение больных по общественному положению было довольно равномерным.

По месяцам года мы имели (наблюдали) такое распределение заболеваний больных:

Январь	52	АВгуст	26
Февраль	38	Сентябрь	34
Март	49	Октябрь	61
Апрель	53	Ноябрь	54
Май	57	Декабрь	51
Июнь	34	Без указания	2
Июль	35	ВСЕГО:	546

В летние месяцы /июнь,июль и август/ заболеваемость была самой низкой.Наибольшее число больных было в октябре,а наименьшее – в августе.

Умерло от дифтерии 65 человек в возрасте:до 1 года – 10; 1 – 2 – 36; 3–4 г.– 10; 5–7 – 5; 8–9 – 1 и 10–14 – 3 человека:

КОКЛЮШ. Заболеваний коклюшем было зарегистрировано 3100 случаев,или 7,7 на 1000 населения.По числу заболеваний в ряду острых инфекционных болезней коклюш (был) стоял на четвертом месте

/грипп, ангина, корь, коклюш/. Висковский, отмечая способность коклюша понижать сопротивляемость организма к другим инфекциям, в частности – к туберкулезу, приравнивает его по социальному значению к кори.

Но Висковскому женщины болеют коклюшем несколько чаще больную заболеваемость, чем мужчины. На нашем материале – заболеваемости по полу почти одинаковая: на 1000 населения своего пола приходилось 7,7 мужчин и 7,6 женщин.

Относительно возраста Висковский говорит, что на возраст до 5 лет приходится наибольшая заболеваемость /до 80%/, но заболевания наблюдаются не только у детей, а и в зрелом и даже старческом возрасте.

На нашем материале мы получили примерно такие же выводы. На больных в возрасте до 5 лет в Свердловске относится 80,9% всех случаев коклюша; в возрасте 5–9 лет – 17,1%; 10–14 лет – 1,2%. Единичные же случаи коклюша были отмечены и у взрослых: 2 случая у лиц 15–17 лет, 2 случая – 25–29 лет и по одному случаю в 30–39 лет и в 60 лет.

Наибольшее число заболеваний относилось к детям в возрасте от 1 года до 2-х лет /31,7%/. На втором месте были дети первого года жизни /30,2%/.

Общая летальность при коклюше составляла 7,4%, а у детей моложе одного года она равнялась 17,5 процентам.

Процент нуждавшихся в госпитализации был равен 10,6, откуда видно, что врачи находили возможным госпитализировать детей больных коклюшем лишь в очень тяжелых случаях.

Распределение заболевших коклюшем по месяцам года приведено на таблице 20.

Табл.20

Месяцы	Число больных	Месяцы	число больных
Январь	280	Июль	366
Февраль	237	Август	352
Март	188	Сентябрь	279
Апрель	284	Октябрь	232
М а й	344	Ноябрь	129
Июнь	317	Декабрь	92
		ВСЕГО :	3100

По Висковскому заболеваемость коклюшем в СССР начинает расти в мае, достигает максимума в июле и снижается к октябрю.

Мы имели примерно такое же посезонное распределение больных коклюшем.

Максимум заболеваемости коклюшем и в Свердловске был в июле. Наиболее благоприятными по заболеваемости месяцами были: декабрь, ноябрь и март.

От коклюша Свердловск потерял в 1937 году - 232 ребенка. Заболеваемость коклюшем упорно держится на высоком уровне, а между тем, на коклюш обращается мало внимания и органами здравоохранения и врачебной общественностью.

Р О Ж А. Если не считать гриппа и ангины, то рожа у взрослого населения по высоте показателя заболеваемости в возрасте от 15 до 40 лет занимала второе место /после дизентерии и гемоколита взятых вместе/, а начиная с 40 лет - первое место.

Всего за год было зарегистрировано 900 больных, или 2,2 на 1000 населения.

Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 21.

Табл. 21

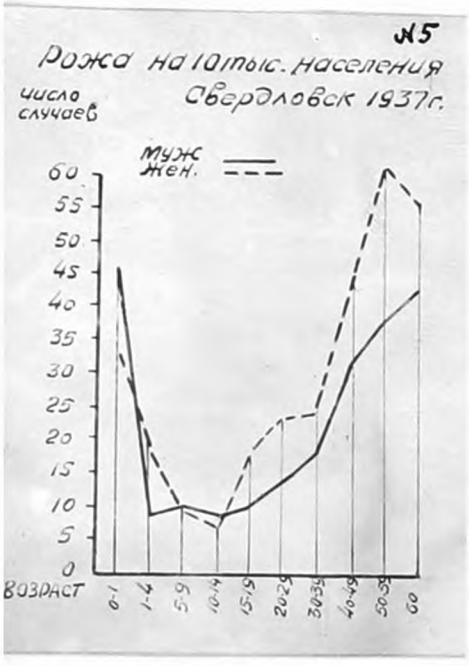
Возраст	Число обратившихся с заболеванием рожей: Мужчин	женщин	обоего пола Всего:
До 1 года	31	22	53
1 - 2	10	24	34
3 - 4	4	6	10
5 - 7	8	8	16
8 - 9	6	5	11
10 -14	17	12	29
15 -17	7	15	22
18 -19	11	23	34
20 -24	26	65	91
25 -29	34	57	91
30 -39	61	92	153
40 -49	50	91	141
50 -59	33	85	118
60 и ст.	23	71	94
Не указ.			3
ВСЕГО:	321	579	900

В госпитализации нуждалось 263 человека /88 мужчин и 175 женщин/,или 21 процент.

Женщины обращались значительно чаще мужчин:на 10000 мужского населения было 17,4 обращения,а на 10000 женского – 26,7.

По Висковскому – женщины болеют чаще мужчин.

Показатели заболеваемости на 10 тысяч населения по полу и возрасту приведены на диаграмме № 5.



Как видно на диаграмме наиболее часты заболевания рожей были у детей первого года жизни,в преклонном и старческом возрасте.

По Висковскому максимум поражения приходится на возраст :мужчин от 21 до 50 лет,у женщин от 21 до 30 лет.

Наши данные не соответствуют этому.

Висковский отмечает также,как интересное явление,что у женщин рожа начинает учащаться с появлением менструаций /с 14–15 лет/.На диаграмме № 5 видно,что действительно у женщин этого возраста отмечался подъем заболеваемости.

Располагающими моментами для возникновения рожи являются: нагноительные процессы кожи и подкожной клетчатки,заболевания пупка,травмы волосистой части головы,опрелости у детей,а также – резкое охлаждение кожи /холодный ветер,сквозняк,сырость/.

Все эти факторы имели свое определенное действие и в Свердловске.Младенческая и старческая группы населения страдали больше в виду пониженной сопротивляемости организма,а в ра-

бочем возрасте определенную роль играли условия труда.

Распределение больных рожей по месяцам года приведено на таблице 22.

Табл.22

Месяцы	:Число больных рожей
Январь	82
Февраль	51
Март	59
Апрель	61
М а й	85
Июнь	75
Июль	68
Август	82
Сентябрь	65
Октябрь	79
Ноябрь	110
Декабрь	83
ВСЕГО:	900

Наименьшее число случаев отмечалось в феврале,а наибольшее в ноябре.

ДИЗЕНТЕРИЯ И ГЕМОКОЛИТ. Всего было зарегистрировано за 1937 год 2311 случаев дизентерии и гемоколита,из них:дизентерии – 987 и гемоколита – 1324.

На 1000 населения это составляло для дизентерии 2,4,а для гемоколита – 3,3.

Мужчины болели чаще женщин:на 1000 мужчин обратилось по поводу дизентерии – 2,7,по поводу гемоколита – 3,4,а на 1000 женщин соответственно: 2,2 и 3,2.

По отдельным возрастным группам заболеваемость была весьма неравномерной,что видно на следующей таблице:

Табл.23

Возрастные группы	Дизентерия и гемоколит	
	Число больных	
	Абс.	На 1000 населения
С – 2 1	439	33,0
1 – 2	543	25,7
3 – 4	149	11,3
5 – 9	166	5,6
10 –14	134	3,3
15 –19	92	2,3
20 –24	170	3,8
25 –29	176	3,1
30 –39	215	2,9
40 –49	94	2,6
50 –59	67	2,9
60 и ст.	50	2,7

Из таблицы ~~вид~~ 23 видно, что заболеваемость детей первых лет жизни значительно выше, чем населения других возрастных групп. Особенно велико было различие в высоте заболеваемости между детьми раннего возраста и остальным населением при дизентерии.

Распределение больных дизентерией детей по более детальным возрастным группам показывает следующее:

Табл.24.

Возраст	Число больных
До 1 мес.	1
1 – 5 мес.	75
6 –11 "	227
1 год	296
2 года	69
ВСЕГО :	668

Как видно из таблицы, наибольшее число больных детей было в возрасте от 6 месяцев до 2-х лет. На детей этого возраста па-

дает 53% всей заболеваемости дизентерией в городе.

Одной из причин преобладания детей раннего возраста среди больных дизентерией могла быть различная точка зрения педиатров и терапевтов при постановке диагноза дизентерии. Известно, что за последние годы педиатры значительно шире стали диагностировать дизентерию, чем это было до происходившей в 1934 г. Всероссийской Конференции детских врачей. Терапевты же чаще прибегают к диагнозу – гемоколит.

Это нашло свое отражение в возрастном составе больных, а именно: начиная с 15 лет, т.е. возраста, в котором больные люди переходят из под наблюдения педиатров – к терапевтам, число случаев дизентерии резко падает, а число случаев гемоколита – повышается.

Необходимо, однако, учитывать, что не все случаи дизентерии диагностируются правильно и у детей.

По данным Зетель-Коган Р.И. в 1936 году в детской клинике было произведено бактериологическое исследование испражнений 320 больных. Исследование показало, что дизентерийные палочки были обнаружены у 78,4% больных, поступивших в клинику с диагнозом дизентерии; у 51,96% больных – с диагнозом геморрагического колита и у 11,11% больных – с диагнозом геморрагического колита и у 34,2% больных, поступивших с диагнозом токсической диспепсии.

Н.Л. Водопос, на основании проведенных им вскрытий детей, умерших от острых кишечных заболеваний, пришел к выводу, что: "Среди всех обнаруженных колитов дизентерия была в 55,5%; надо думать, что фактически цифра эта значительно выше."

По свидетельству Поповской В.М. во время летней вспышки в 1934 г. в Москве у детей, погибших в Русаковской Детской больнице с диагнозом токсической диспепсии, при бактериологическом исследовании трупов в 40% случаев была установлена бацилярная дизентерия. (119)

Проф.Доброхотова пишет,что Балабан и Хохол в 65% токсических диспепсий находили дизентерийную палочку /42/.

Проф.Г.Н.Сперанский в тезисах своего доклада на Всероссийской Конференции детских врачей /1934 г./писал:"Острый колит в раннем возрасте является инфекционным заболеванием различной этиологии и представляет собою грозное явление при эпидемическом распространении,особенно в летнее и осеннее время."

Проф.Ионин пишет,что "Под флагом"летних поносов",несомненно протекают самые разнообразные кишечные заболевания:дизентерия,брюшной тиф,паратиф,диспепсии и т.д.Однако...удельный вес дизентерии среди "летних поносов" настолько велик, что это обязывает нас рассматривать эпидемии летних поносов, как дизентерийные эпидемии по преимуществу". (55)

Все это дает основание думать,что наши цифровые данные далеко не полно отображают действительную заболеваемость дизентерией.Отсюда же следует,что заболеваемость дизентерией и гемоколитом надо исследовать не изолированно от других желудочно-кишечных заболеваний,а совместно с ними.

Всего было зарегистрировано за 1937 год с общими кишечными заболеваниями /кроме диспепсий/- 16.364 человека.

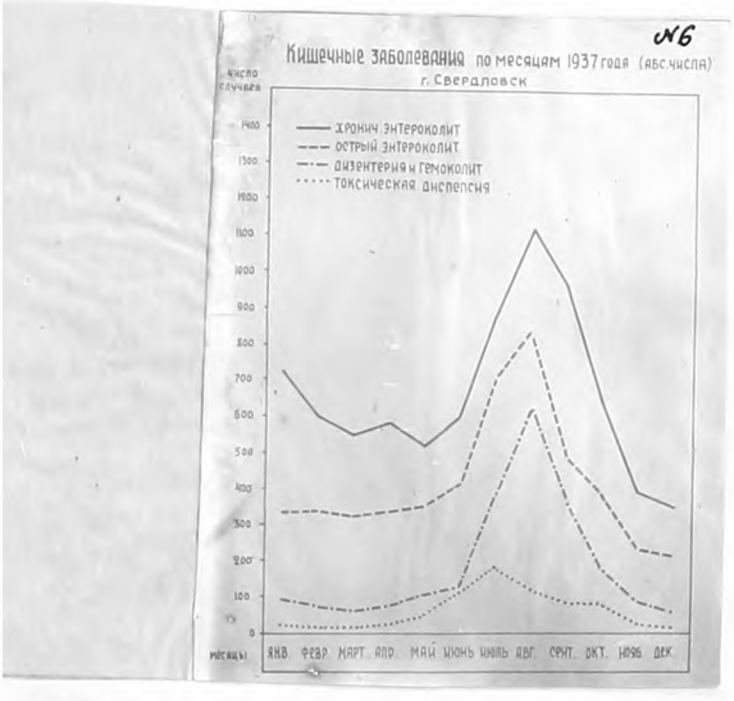
Распределение этих больных по отдельным формам заболеваний приведено на таблице 25.

Табл.25

Название болезни	Число больных	% к итогу
Брюшной тиф	120	0,8
Паратиф	60	0,4
Дизентерия	987	6,0
Гемоколит	1324	8,1
Токсическая диспепсия	811	4,9
Острые энтероколиты	5054	30,9
Энтероколиты без опред.диагн.	8008	48,9
ВСЕГО:	16364	100,0

На первом месте стояли хронические формы энтероколитов, составляя 48,9 процента от всей массы ~~больных~~ заболеваний.

Распределение ~~больных~~ заболеваний по месяцам 1937 года приведено на диаграмме № 6.



Заболевания всеми формами, приведенными на диаграмме № 6, имели место в течение всего года, но их распределение по отдельным месяцам было неравномерным. Наименьшее число заболеваний наблюдалось в декабре, ноябре и марте, а наибольшее – в августе, июле и сентябре.

Все заболевания дали значительный под"ем в летне-осенний период.Начало под"ема относилось к июню месяцу.Июль дал повышение числа заболеваний по сравнению с июнем на 69%,а на август падает максимальное число случаев /17% годовой заболеваемости/.

Токсическая диспепсия дала наибольшее число заболеваний в июле месяце,а дизентерия,гемоколит,энтеро-колит в августе.

Таким образом,в августе месяце отмечалось наибольшее число случаев острых заразных форм /дизентерия и гемоколит/, а также и заболеваний не считающихся инфекционными /энтероколиты/.

Но при инфекционных заболеваниях высота под"ема была больше,чем при так называемых не инфекционных.

Однако,неправильно было бы думать,что такие острые желудочно-кишечные заболевания,как дизентерия и гемоколит – это явление лишь летнего времени.За холодные месяцы:январь,февраль,март, апрель,октябрь,ноябрь и декабрь было зарегистрировано по городу 230 случаев дизентерии и 433 случая гемоколита,т.е.в среднем,считая оба эти заболевания вместе,по 95 заболеваний в месяц.Если предположить,что и в летнее время сила заболеваемости была бы на таком же уровне,то мы имели бы за год всего 1138 заболеваний дизентерией и гемоколитом,что составляет 44% всех заболеваний,зарегистрированных в 1937 году.

При этом следует учесть следующее замечание Поповской:"Эпидемиологическое значение как длительных носителей,так особенно невыявленных хронических больных чрезвычайно велико.Они являются живыми хранителями инфекции в межэпидемическое время и при первом удобном случае могут быть источником эпидемической вспышки. Не меньшее эпидемиологическое значение при дизентерии имеют и атипичные легкие /стертые/ формы заболевания,которые при дизентерии наблюдаются в значительно большей степени,чем при других инфекциях.Эти легкие формы наблюдаются в большом количестве в

начале и в конце каждой дизентерийной вспышки и диагносцируются как вульгарное расстройство кишечника –"диаррея","энтеро-колит" и "колит".

Как видно на диаграмме положения Поповской можно применить и к нашим данным.

Диаграмма показывает,что дизентерия является как бы составной частью колитов,отличаясь [illegible] от последних лишь меньшим об"емом и более резко выраженным под"емом и снижением заболеваний.

Е.Я.Гиндес в монографии о желудочно-кишечных заболеваниях у детей пишет:"Мы уверены,что...в конце концов термин"колит" будет заменен термином "дизентерия".

Однако,этому вопросу в борьбе с острыми желудочными заболеваниями у нас уделяется мало внимания.

Обычно у нас ведется борьба с острыми желудочно-кишечными заболеваниями,примерно,в течение 4–5 месяцев в году,когда отмечается наибольшая заболеваемость.

Задача же органов здравоохранения должна состоять не только в том,чтобы ликвидировать сезонную эпидемическую вспышку,но и непрестанно вести борьбу за ликвидацию эпидемических очагов,т.к.они являются исходными пунктами для эпидемических под"емов.

Ослабляя борьбу в межэпидемический период,мы тем самым оставляем почву для развития новой эпидемии,которая в свою очередь ведет к образованию новых эпидемических очагов.Так создается порочный круг,из которого трудно найти выход.Одной из причин организационного характера,способствующей этому,является то,что в городе нет центра,который в течение всего года занимался бы (вопросами борьбы) желудочно кишечными заболеваниями.Давно сказано,что "довлеет дневи злоба его",а поэтому занятые требованиями текущего дня,наши эпидемиологические организации поневоле превращаются в сезонных работников.

Все их усилия направляются на то,что в каждый данный момент больше беспокоит /корь,скарлатина,дифтерия,грипп/.

Было бы рациональнее направлять усилия наших эпидемиологов не на обуздание стихийно возникающих сезонных вспышек разнообразных заболеваний,а по линии специализации в борьбе с определенными инфекциями в течение не только целого года,но и ряда лет.

Здесь уместно привести слова Гартоха о том,что-"Беда наших современных эпидемиологов не в том,что они мало знают об эпидемиологии дизентерии,а в том,что и то,что в достаточной степени бесспорно,не воплощается в конкретную оперативную форму". (40)

Причины развития дизентерийных эпидемических вспышек - многообразны и сложны.К тому же они могут быть различны в зависимости от условий времени и места.Сложны причины развития дизентерии и в г.Свердловске,а поэтому необходимо их специальное систематическое изучение,которым бы занимался определенный круг лиц.

В процессе нашего статистического анализа (наших данных) обнаружились некоторые факты организационного характера,которые в известной мере могут содействовать вскрытию причин,обусловливающих эпидемические вспышки дизентерии за ряд последних лет.К таким фактам мы можем отнести следующее.Во-первых,- совершенно неудовлетворительную постановку учета дизентерии Горздравотделом в 1937 г.

Во-вторых,отмеченный выше разнобой при постановке диагноза дизентерии среди врачей города,особенно между педиатрами и терапевтами,что не способствует организации планомерной борьбы с этой инфекцией.

В-третьих,надо признать,что мысль свердловских врачей не была мобилизована в должной степени на борьбу с острыми желудочно-кишечными заболеваниями.Это подтверждается тем,что лишь в 85% случаев дизентерии и 63% гемоколита врачи отмечали,что больной нуждался в госпитализации.

Отсюда следует,что при разрешении вопроса о госпитализации,

врачи подходили исключительно с клинической точки зрения, без учета эпидемиологического фактора.

Далее, сюда можно отнести недостаточно четкую организацию медицинской помощи населению Свердловска в 1937 г. В частности – отсутствие должным образом поставленной участковой системы обслуживания населения амбулаторно-поликлиническими учреждениями. В качестве примера можно привести д.№ 50 по ул. Энгельса /несколько бараков, с населением в 750 человек/, среди населения которого за 1937 год было зарегистрировано 16 случаев заболеваний дизентерией 8 гемоколитом и 20 токсической диспепсией. Как видно по штампам на учетных картах, эти больные были зарегистрированы в семи различных лечебных учреждениях.

Приведем еще одну организационную деталь, которая также имеет эпидемиологическое значение.

Распределение больных дизентерией по дням обращения показывает, что в выходные дни регистрировалось очень небольшое число больных, что видно на следующей таблице:

Табл.26

Распределение больных по дням шестидневки /среднее за весь 1937г./

Дни шестидневки:	Зарегистр. больн.:	% к итогу
1-й день	251	26,0
2 "	186	19,0
3 "	177	18,0
4 "	157	16,0
5 "	186	19,0
6-й день выходной	22	2,0
ВСЕГО:	979	100,0

Таблица показывает, что лишь 2% больных обратились за медпомощью в выходные дни. Этим об"ясняется и большой процент обратив-

шихся в первый день шестидневки. Таблица иллюстрирует определенный дефект в организации противоэпидемической борьбы. В борьбе с эпидемиями, как и с огнем, не должно быть выходных дней.

О плохой организации работы по оздоровлению эпидемического очага свидетельствуют следующие факты.

Как отмечалось выше, в доме № 50 по ул. Энгельса было 44 заболевания дизентерией, гемоколитом и таксической диспепсией. Распределение этих заболеваний по месяцам года представлено на следующей таблице:

Табл. 27

Месяцы	Дизентерия	Гемоколит	Таксич. диспепс.	ВСЕГО
Январь	1	1	–	2
Февраль	1	–	–	1
Март	–	1	–	1
Апрель	1	–	–	1
М а й	–	1	–	1
Июнь	–	–	2	2
Июль	3	–	4	7
Август	7	1	–	8
Сентябрь	2	3	4	9
Октябрь	–	–	4	4
Ноябрь	1	1	3	5
Декабрь	–	–	3	3
ВСЕГО	16	8	20	44

Из таблицы видно, что инфекция в д. № 50 держалась весь год и по ее динамике по месяцам незаметно активного вмешательства противоэпидемической организации. Повидимому дом № 50 явился очагом и для [illegible]и близлежащих домов.

Аналогичное явление наблюдалось и в доме № 14 по ул. Чапаева, несмотря на то, что этот дом по своему санитарному благоустройству стоит значительно выше дома № 50 по улице Энгельса.

То же самое мы можем отметить в Экскаваторном поселке близ Уралмашзавода и т.д.

Наконец, следует отметить, что было обнаружено 14 статистических карт с диагнозами дизентерии, гемоколита и токсической диспепсии, в которых местом жительства больных значилась молочная ферма УЗТМ.

На этой молочной ферме были зарегистрированы следующие заболевания - по месяцам 1937 года:

Таблица 28

Месяцы и дни		Форма болезни	Число случаев
Март	27-го	Гемоколит	1
Апрель	7 "	Гемоколит	1
М а й	7 "	Гемоколит	1
Июнь	20 "	Токсич. диспепсия	1
Июль	9 "	Токсич. диспепсия	1
[illegible]	25 "	Дизентерия	1
-"-	31 "	Гемоколит	1
Август	19 "	Дизентерия	1
-"-	31 "	Гемоколит	1
Сентябрь	29 "	Гемоколит	1
-"-	26 "	Гемоколит	1
Октябрь	4 "	Дизентерия	1
-"-	27 "	Гемоколит	1
-"-	29 "	Дизентерия	1
ВСЕГО:		-	14

Приведенная таблица указывает, что в 1937 году на Молочной ферме УЗТМ был несомненный очаг дизентерии, на который также не было обращено соответствующее внимание, несмотря на то, что с эпидемической точки зрения Молочная ферма должна быть одним из ранних объектов наблюдения.

Как указывает В.М.Поповская,молоко имеет большое значение в эпидемиологии дезинтерии и как продукт широкого потребления, и как хорошая питательная среда для размножения дизентерийных бацилл.В сыром молоке дизентерийные бациллы сохраняют жизнеспособность до 27 дней,в стерилизованном - до 97.

В этой связи необходимо напомнить,что 53 % заболевших дизентерией были дети в возрасте от 6 месяцев до 2-х лет,т.е.в таком возрасте,когда восприимчивость к желудочно-кишечным инфекциям является наиболее повышенной,а молоко является основным продуктом питания.

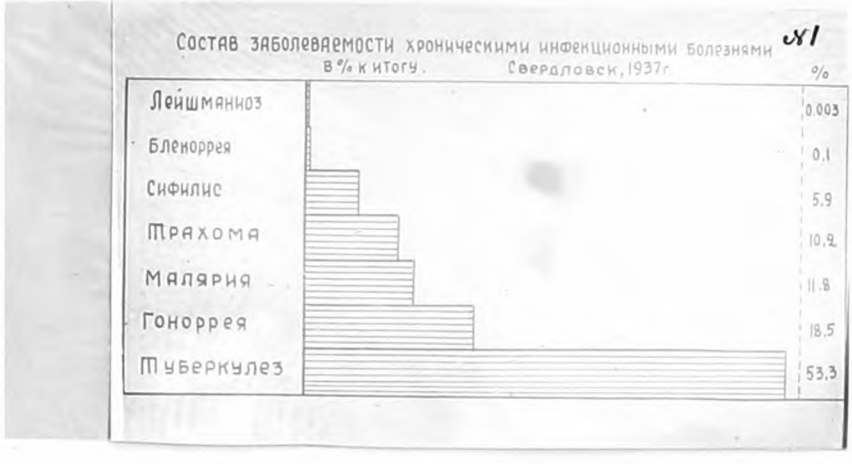
ХРОНИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ.

С хроническими инфекционными болезнями было зарегистрировано 25.648 больных, или 64,0 на 1000 населения.

По отдельным болезням и полу больные распределялись следующим образом:

	Число обратившихся.		
	Мужчин	женщин	обоего пола
Малярия	1601	1448	3049
Туберкулез	6866	6817	13683
Сифилис	668	857	1525
Гоноррея	3068	1666	4734
Бленоррея	13	11	24
Лейшманиоз	–	1	1
Трахома	1163	1469	2632
ВСЕГО:	13379	12269	25648

Структура заболеваемости хроническими инфекционными болезнями приведена на диаграмме № 1.



М А Л Я Р И Я .

С малярией было зарегистрировано 3049 больных, или 76,1 на 10.000 населения. По Розенбергу средняя цифра заболеваемости в старой России равнялась 215,0 на 10.000. По годовому отчету Уральского Облздравотдела за 1926 год видно что в Свердловске за этот год было 118,0 заболеваний малярией на 10 тысяч населения. Отсюда видно, что в деле борьбы с малярией имеются не малые успехи и на Урале.

Мужчины с малярией обращались чаще женщин: на 1000 мужского населения было 8,7 обращений, а на 1000 женского 6,7 обращений.

В госпитализации нуждалось 364 человека /196 мужчин и 168 женщин/, или 11,9 процента.

Показатели заболеваемости малярией по возрасту и полу приведены на таблице 1

Табл.1

Возраст	Обратилось больных малярией на 1000 насел: Мужчин	Женщин	Обоего пола
0 – 4	2,8	3,8	3,3
5 – 9	6,1	5,0	5,6
10 –14	4,6	6,3	5,4
15 –19	8,9	7,6	8,2
20 –24	17,7	10,8	13,9
25 –29	11,4	8,2	9,8
30 –39	10,1	7,5	8,6
40 –49	8,1	6,2	7,0
50 –59	6,9	4,5	5,4
60 и ст.	5,2	2,3	3,2
ВСЕГО :	8,7	6,7	7,6

В возрасте от 0 до 4 лет и 10–14 лет малярия была несколько чаще у женщин, а во всех остальных возрастных группах и чаще у

женщин, а во всех остальных возрастных группах – чаще у мужчин; 2. Взрослые болели чаще детей; 3. наибольший показатель заболеваемости у мужчин и женщин отмечался у лиц в возрасте 20–24 года.

Распределение заболеваний малярией по месяцам года приведено на таблице 2.

Табл.2

Месяцы	Число больных	Месяцы	Число больных
Январь	122	Август	316
Февраль	113	Сентябрь	323
Март	139	Октябрь	172
Апрель	323	Ноябрь	70
Май	435	Декабрь	57
Июнь	456	Не указано	20
Июль	453	ВСЕГО:	3049

Под"ем заболеваемости населения начался с апреля и достиг максимума в мае, июне и июле, после чего началось снижение, особенно заметное к октябрю. Это, примерно, соответствует тому, что писал профессор Розенберг, а именно, что в странах с умеренно-жарким летом максимум заболеваний приходится на ранние месяцы /май, июнь/.

Т У Б Е Р К У Л Е З.

В 1937 году состояло на учете в лечебных учреждениях Свердловска 16.130 туберкулезных больных.

В это число входило 3149 больных с диагнозом-" туберкулезная интоксикация."

Как известно в 1921 году проф.Кисель предложил заменить термин "туберкулез бронхиальных желез" термином "хроническая туберкулезная интоксикация." (60)

Ойфебах и Клебанов[x] отождествление туберкулеза бронхиальных желез с туберкулезной интоксикацией считают неправильным и выделяют туберкулезную интоксикацию в особую форму туберкулеза.

В 1938 году на Всесоюзном Совещании туберкулезных институтов в Москве была принята классификация туберкулеза,в которой имеются в качестве самостоятельных форм туберкулеза и туберкулез бронхиальных желез и хроническая туберкулезная интоксикация.

Якуб считает,что выделение туберкулезной интоксикации из общей массы инфицированных имеет большое практическое значение (158)

С другой стороны - проф. Г.Е. Рубинштейн[xx] возражает против термина"туберкулезная интоксикация",указывая,что тот клинический синдром,который практикуется,как туберкулезная интоксикация,может быть обусловлен не только туберкулезом,но и другими этиологическими факторами.

Е.Э.Бен пишет,что: "Задачей клиники и дальнейшего усовершенствования классификации туберкулеза является установить,в какой мере и в каких случаях закономерно включить эти формы в общий показатель туберкулезной болезненности". (14)

В классификации и номенклатуре болезней,утвержденной НКЗ в 1939 г.и в алфавитном перечне болезней,составленном применительно к этой классификации Научно-Методическим Бюро санитарной статистики Наркомздрава Союза термин "туберкулезная интоксикация"-

x) Ойфебах М.И и Клебанов М.А. Туберкулез. НКЗ СССР 1943г.

xx) Рубинштейн Г.Р. Туберк. бронх. желез. Туб. легк. Сб.5. М. 1940г.

не значится вовсе.

Таким образом вопрос о туберкулезной интоксикации, как о клинической форме туберкулеза, так и об единице учета - неясен.

Учитывая все это, мы отнесли хроническую туберкулезную интоксикацию второй степени к туберкулезу, а хроническую туберкулезную интоксикацию первой степени и без указания на степень в группу 219 классификации, к неточно обозначенным болезням. Среди заболевших в 1937 году туберкулезная интоксикация первой степени и без указания на степень составляла 1136 человек, а второй степени - 275 человек. Среди заболевших в предыдущие годы соответственно: 1311 и 427 человек.

Всего, таким образом, туберкулезных больных было 13.683 человека, или 341,6 на 10000 населения.

По Вену показатель болезненности туберкулезом в среднем по РСФСР равнялся трем процентам. В Ленинграде в 1931 году на 10000 населения было 312 больных туберкулезом, а в Москве в 1937 году - 238.

Таким образом показатель туберкулезной болезненности в Свердловске был выше среднего республиканского, Ленинградского и Московского.

Из общего числа больных, с заболеваниями прошлых лет было 6438 человек /46,9%/, а с заболеваниями 1937 года 7245 человек /53,1%/.

Показатель заболеваемости на 1000 населения /считая лишь первично взятых на учет в 1937 году/ равнялся 18,0, в Москве же этот показатель за 1937 год был равен- 10,7.

В дальнейшем анализе мы будем исходить лишь из числа больных, первично зарегистрированных в 1937 году.

Рассмотрим прежде всего общий состав заболеваемости туберкулезом по поражению отдельных органов.

Распределение больных по отдельным клиническим формам туберкулеза приведено на таблице 3.

Табл.3

Формы болезни	Число больных	% к итогу
Туберкулез легких	3858	53,2
" бронхиальных желез	773	10,7
Перибронхит	356	4,9
Туберкулезный плеврит	89	1,3
Туберкулез гортани	54	0,7
Милиарный туберкулез	5	0,07
Туберкулез костей и суставов	512	7,1
" позвоночника	252	3,5
" периферических желез	765	10,6
" кишечника	66	0,9
" мочеполовых органов	37	0,5
" кожи	93	1,2
Туберкулезный менингит	57	0,8
Туберкулезная интоксикация /2/ степ.	275	3,8
Другие и неясно обознач.формы	53	0,7
ВСЕГО:	7245	100,0

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ПОЛУ. Показатель заболеваемости мужчин был выше показателя заболеваемости женщин: на 1000 мужского населения приходилось 19,3 обращений, а на 1000 женского–17,0. Прав Морозовский по Харькову в 1925 году отметил среди всего населения также более низкую заболеваемость женщин, причем это явление он об"яснил различной доступностью диспансерной помощи.

Мы согласны с т.Морозовским в том, что дело заключается, повидимому, не столько в различной заболеваемости мужчин и женщин, сколько в различной их обращаемости. Однако, это вряд ли можно об"яснить лишь степенью доступности медицинской помощи. Так,

у детей до 14 лет на 1000 населения было зарегистрировано случаев туберкулеза у мальчиков – 17,3, а у девочек – 16,6. Нет никаких оснований предполагать различие в медицинском обслуживании детей. Повидимому имеются и другие причины этого явления.

Показатели заболеваемости мужчин и женщин на 1000 населения по отдельным формам туберкулеза были такие:

	Обратилось на 1000 населения	
	Мужчин	женщин
Туберкулез легких	10,3	9,0
Туберкулез бронхиальных желез	2,0	1,8
Перибронхит	0,8	0,9
Туберкулез костей и сост.	1,4	1,2
Туб.периферич.желез	1,9	1,9
Туб.позвоночника	0,7	0,5
Прочие формы	1,9	1,6

Из приведенных данных видно, что наибольшее различие в показателях относится к туберкулезу легких, которым главным образом и определяется различие в показателях заболеваемости по полу в целом.

Что касается соотношения показателей заболеваемости по полу в отдельных возрастных группах и по отдельным формам туберкулеза, то можно отметить только следующее: туберкулез легких превалирует сколько-нибудь заметным образом у мальчиков до 10 лет, затем в возрастной группе 20–24 года и особенно в зрелом и пожилом возрасте от 40 до 60 лет и выше, причем в этот период разница достигает 35–40%. У женщин туберкулез легких преобладает по сравнению с мужчинами в возрастных группах: 3–4 года, 10–14 лет и 25–29 лет.

Можно отметить значительное преобладание мальчиков в возрасте до 4-х лет при туберкулезе позвоночника.

При других формах туберкулеза–существенных различий в пока-

зателях заболеваемости мужчин и женщин по отдельным возрастным группам – не отмечалось.

Мужчины нуждались в госпитализации чаще женщин. У мужчин процент нуждавшихся в госпитализации был равен 27,5, а у женщин – 21,9. Это в известной мере свидетельствует о том, что у мужчин отмечалось больше тяжелых форм туберкулеза, чем у женщин.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ВОЗРАСТУ. Если не считать туберкулезную интоксикацию, то заболеваемость детей до 14 лет была ниже заболеваемости взрослых.

На 1000 человек приходилось больных: детей – 16,9; взрослых 17,6. При включении туберкулезной интоксикации /2/ – картина меняется: на 1000 детей было 19,1 обращение, а на 1000 взрослых–17,6.

Морозовский приводит данные по Харькову за 1925 год, по которым видно, что показатель заболеваемости детей в возрасте до 16 лет там был равен 28,0 на 1000, а показатель заболеваемости взрослых – 32,2. Учитывалась ли в Харькове туберкулезная интоксикация при определении показателя заболеваемости – неизвестно.

По отдельным клиническим формам туберкулеза имеются большие различия в заболеваемости взрослых и детей.

Так, туберкулеза легких на 1000 взрослого населения было 11,5 случаев, а на 1000 детского – 4,9.

У взрослых преобладали такие такие формы как перибронхит/из 256 больных, детей было только 25/; туберкулез гортани /из 49 случаев – у детей только 1/; туберкулез кишечника и брюшины /все случаи у взрослых/ и мочеполовых органов /из 37 случаев, у взрослых 34/.

Остальные формы преобладали у детей, особенно: туберкулезная интоксикация /из 275 случаев – 260 у детей/; туберкулез бронхиальных желез /на 1000 взрослых – 0,4, а на 1000 детей – 5,4/; туберку-

лез костей и суставов /на 1000 взрослых – 1,0,а на 1000 детей 1,8/и менингит /все 56 случаев у детей/.

Показатели заболеваемости туберкулезом всех форм на 1000 населения по полу и возрасту приведены на таблице 4.

Табл.4

Возраст	Обратилось на 1000 населения: мужчин	женщин	обоего пола
До 1 года	20,9	18,6	19,8
1 – 2	24,2	21,0	22,6
3 – 4	24,0	20,9	22,4
5 – 7	19,6	19,0	19,3
8 – 9	21,7	20,0	20,8
10 –14	14,1	16,5	15,3
15– 17	12,4	10,0	11,2
18 –19	16,1	14,0	16,5
20 –24	25,3	20,4	22,5
25 –29	15,8	18,6	17,3
30 –39	19,5	18,7	19,1
40 –49	25,5	15,5	20,0
50 –59	19,1	13,8	15,8
60 и ст.	10,9	6,2	7,5
ВСЕГО:	19,3	17,0	18,0

Женская заболеваемость была более равномерной по возрастным группам,чем мужская.Наиболее часты случаи туберкулеза у мужчин в возрастных группах:1–2 г.,20–24 года и 40–49 лет,а у женщин в 1–2 года,20–24 года и 30–39 лет.

Самые благоприятные показатели заболеваемости отмечались у мужчин и женщин в возрасте 60 лет и старше и в 15–17 лет.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ОБЩЕСТВЕННОМУ ПОЛОЖЕНИЮ. Состав больных туберкулезом всех форм по общественному положению и полу пред-

ставлен на таблице 5.

Табл.5

Общественное положение.	Число обратившихся Мужчин	Женщин	Об.пола	% к итогу
Рабочие	1226	915	2141	29,5
Чл.семей рабоч.	882	1222	2104	29,0
Служащие	663	603	1266	17,5
Чл.сем.служащих	290	507	797	11,0
Прочие	504	433	937	13,0
ВСЕГО:	3565	3680	7245	100,0

В общем составе больных группа рабочих занимает первое место /29,5%/. По отдельным формам туберкулеза процент рабочих в составе больных колебался. Наибольшим он был при туберкулезе легких - 34,6 процента, а если взять только мужчин, то из всех больных туберкулезом легких рабочие составляли 41 процент.

У нас была возможность получить интенсивные показатели лишь по группе рабочих и служащих.

Показатели были следующие:

	Обратилось на 1000 человек: Мужчин	Женщин
Рабочих	19,8	19,6
Служащих	16,2	16,2

Из приведенных показателей видно: во-первых, что рабочие обращались по поводу туберкулеза заметно чаще, чем служащие и во-вторых - заболеваемость мужчин и женщин была примерно одинаковой как в той, так и в другой общественной группе.

По данным Карнаухова заболеваемость рабочих с временной утратой трудоспособности с 1927 по 1931 год на Урале снизилась у горняков, металлистов, химиков и текстильщиков в среднем с 6,9 до 3,2 случаев на 100 застрахованных. (58)

В 1937 году на 100 рабочих Верх-Исетского Металлургического завода было 1,5 случая туберкулеза органов дыхания с временной

утратой трудоспособности.

По данным сплошного учета 1939-1940 года показатель туберкулезной болезненности был равен 28,0 на 1000 населения, тогда как в 1937 г. как мы видели он составлял 34,1.

Таким образом мы видим; что заболеваемость в Свердловске туберкулезом перед Отечественной войной из года в год неуклонно снижалась.

СМЕРТНОСТЬ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА. Умерло от туберкулеза в Свердловске в 1937 году 1053 человека или 26,2 на 10000 населения.

Среди всех причин смерти, смертность от туберкулеза составляет 12,2 проц.

Судить о динамике смертности от туберкулеза в Свердловске мы можем лишь частично, по имеющимся в нашем распоряжении материалам за отдельные годы.

Умерло в Свердловске от туберкулеза всех форм на 10000 населения:

В 1926 г.	28,9
- 1928 г.	28,8
- 1929 г.	28,0
- 1930 г.	26,5
- 1937 г.	26,2

Приведенные цифры свидетельствуют о некотором снижении смертности от туберкулеза с 1926 по 1937 год примерно на 10 процентов.

Дать оценку уровню показателя туберкулезной смертности в Свердловске мы можем лишь при сопоставлении с показателями смертности в других городах СССР.

За 1937 год у нас таких материалов нет. Мы взяли показатели туберкулезной смертности за 1926 год /год переписи/ у Дыхно по 17 городам и у Бена по 5 городам. (46; II.)

Результаты приведены на таблице 6.

Табл.6

Смертность от туберкулеза всех форм в городах СССР в 1926 году на 10.000 населения.

Название городов	Умерло на 10 т.нас	Название городов	Ум.на 10т.н
1.Самара	32,1	12.Ленинград	21,6
2.Владивосток	29,8	13.Симферополь	21,1
3.Свердловск	28,9	14.Сталинград	20,8
4.Новосибирск	26,9	15.Ярославль	20,2
5.Казань	26,4	16.Одесса	18,2
6.Севастополь	26,1	17.К и е в	17,8
7.Саратов	25,1	18.Иркутск	16,7
8.Горький	24,7	19.Тверь	16,4
9.Астрахань	23,8	20.Тула	15,9
10.Оренбург	22,9	21.Москва	14,9
11.Омск	22,3	22.Ростов на Дону	13,2

По высоте показателя смертности от туберкулеза в 1926 году из 22 городов СССР Свердловск стоял на третьем месте.Против Ростова и Москвы показатель в Свердловске был вдвое выше.

Правда,как мы уже видели,за последние годы смертность от туберкулеза снизилась на 10%,но надо думать,что она снизилась и в других городах.

На основании приведенных данных показатель туберкулезной смертности в Свердловске мы должны признать относительно высоким.

Показатель туберкулезной смертности сильно колебался в различных возрастных группах.Он наиболее высок у детей до 1 года и 1 - 2 лет.Наиболее благоприятным он был в возрастной группе от 10 до 17 лет,после чего отмечалось его повышение и значительный второй подъем к 50 годам,что видно на таблице 7.

Табл. 7.

Умерло от туберкулеза всех форм на 10000 населения соответствующего пола и возраста.

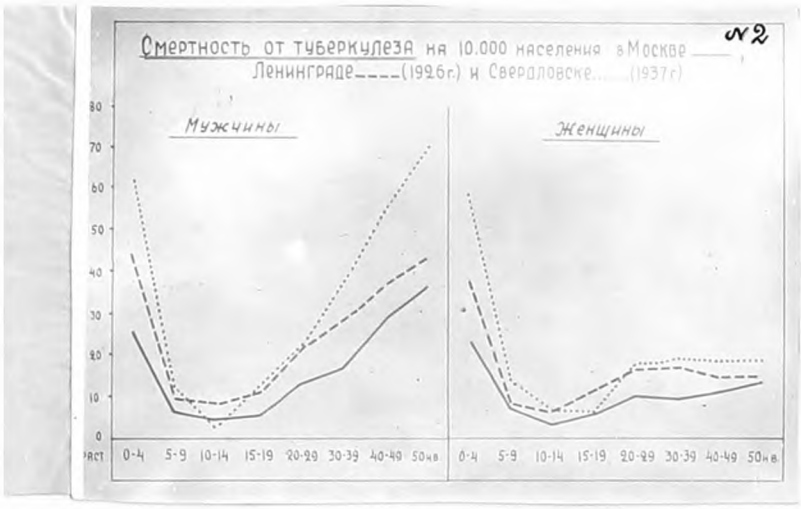
Свердловск 1937 г.

Возраст	Умерло на 10000		
	Мужчин	Женщин	Об. пола
0 - 1	77,8	73,9	75,9
1 - 2	80,0	70,7	75,4
3 - 4	21,0	24,6	22,9
5 - 7	15,7	17,8	16,7
8 - 9	8,0	9,2	8,6
10-14	2,6	7,0	4,9
15-17	8,4	5,9	7,1
18-19	17,7	7,9	12,5
20-24	21,7	18,6	19,9
25-29	22,9	16,5	19,6
30-39	37,8	18,9	27,8
40-49	55,6	18,3	34,6
50-59	69,3	18,8	38,2
60 и ст.	78,6	20,4	37,6
Всего:	33,2	20,3	26,3

Как видно из таблицы 7, наиболее неблагополучным участком борьбы с туберкулезом является ранний детский возраст / до 2-х лет/, в котором смертность превышала среднюю смертность во всех возрастных группах на 192%.

При рассмотрении туберкулезной смертности от туберкулеза всех форм у мужчин и женщин в разных возрастных группах, мы можем отметить существенное различие, которое в основном сводится к тому, что у мужчин после 20 лет кривая смертности резко идет в гору, достигая к 60 годам 7,9 случаев на 1000 населения, а у женщин с того же возраста она держится примерно на одном уровне, поднимаясь к 60 годам лишь до 2 на 1000 населения, т.е. почти в 4 раза ниже, чем у мужчин.

Такое же явление наблюдается и в других городах, что видно на диаграмме № 2.



На диаграмме мы видим, что закономерность в частоте смертности как по полу, так и по возрасту (изменяется довольно закономерно и притом одинаковой во всех трех городах. Существенное отличие было в уровне высоты смертности: Свердловск имел значительно более высокий уровень смертности /особенно мужской/ в детском и преклонном возрасте.

При рассмотрении смертности от туберкулеза по полу, видно, что смертность у мужчин была значительно выше, чем у женщин.

Так,на 10000мужского населения умерло от туберкулеза всех форм 3,3‰,а на 10000женского – 2,0‰.Среди всех причин смерти туберкулез составлял у мужчин 13,2%,а у женщин 11,1%.Таким образом и интенсивный и экстенсивный показатели туберкулезной смертности были более благоприятны для женщин.

Если принять /по Бену/ показатель туберкулезной смертности женщин за 100,то для мужчин отношение было равно:

В Москва /1926 г./	166
В Ленинграде/1926–1930г.г./	165
В Самаре /1926–1927гг./	178
В 23 городах Украины/1923г./	151
В Париже /1927 г./	153
В Нью-Йорке /1925 г./	149
В Свердловске /1937 г./	165

Таким образом в Свердловске в 1937 г.мы имели такое же соотношение между смертностью мужчин и женщин,какое было в Ленинграде в 1926 – 30 годах.

По Бену – основное различие отмечается при смертности от туберкулеза легких;при туберкулезе прочих органов – смертность почти одинакова.

Более высокую смертность мужчин Бен об"ясняет тем,что среди больных туберкулезом – в первой стадии превалируют женщины,а в третьем – мужчины,что видно из следующих данных:

Состав туберкулезных больных в Ленинграде по полу и стадиям /по Турбану / – 1932 г.

	I стадия	II стадия	III стадия	ИТОГО
Мужчины	40,7	25,2	34,1	100
Женщины	53,2	25,8	21,0	100

Бен пишет: "Невольно напрашивается вывод,что клиническая и общепрофилактическая задачи в отношении борьбы со смертностью от туберкулеза легких особенно среди мужчин должны быть направ-

лены по линии предупреждения перехода первого в третий стадии болезни."

Вывод безусловно правильный.

Но об"яснение более высокой смертности мужчин приведенными данными - нельзя признать исчерпывающим, т.к. остается не решенным вопрос /от которого зависит показатель смертности/ - почему же у мужчин чаще встречаются тяжелые формы туберкулеза?

Повидимому здесь играют роль: 1. условия труда, в общей массе населения, несомненно, более тяжелые у мужчин /что подтверждается сближением показателей заболеваемости у рабочих мужчин и женщин/; 2. некоторые бытовые факторы /табак, вино/ и 3. возможно сравнительно большая устойчивость женского организма в борьбе с туберкулезной инфекцией, как и с острыми инфекционными болезнями, о чем мы говорили выше.

Что же касается роли туберкулеза как причины смерти в смысле его удельного веса среди всех прочих причин смерти в отдельных возрастных группах, то в этом аспекте наиболее не благоприятные показатели мы имели для возрастных групп населения: 20-24 года, 25-29 лет и особенно 30-39 лет. Из каждых трех умерших жителей свердловска этого возраста в 1937 г. - один умирал от туберкулеза.

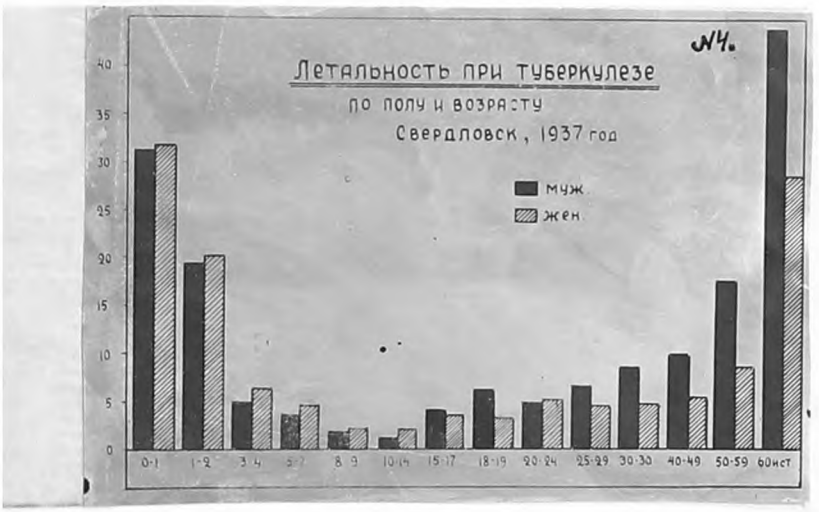
Соответствующие данные приведены на диаграмме № 3.



У детей в возрасте до 1 года процент смерти от туберкулеза равнялся 23,3,а в возрасте 1–2 лет – 7,0.

Летальность при туберкулезе также имеет резкие колебания в зависимости от пола и возраста.

На диаграмме № 4 приведены данные о летальности при туберкулезе.



Показатели летальности свидетельствуют,во-первых,о том,что тяжесть течения туберкулезного процесса – различна в различных возрастных группах.Она особенно велика у детей до 1 года,когда погибает один из трех заболевших детей,затем у детей 1–2 лет, и в старческом возрасте от 60 лет и старше.

Наиболее благоприятным показатель летальности был в возрастной группе от 10 до 14 лет.

Значительное различие можно отметить в показателях летальности по полу.В детском возрасте /до 15 лет/ летальность выше у женщин,а у взрослых она выше у мужчин,особенно начиная с 50-летнего возраста.Это определяет и особенности в показателях смертности.

Отсюда следует,что у женщин взрослого,преклонного и старчес-

кого возраста туберкулез протекает легче, чем у мужчин, что совпадает и с вышеприведенными данными Бена по Ленинградским диспансерам.

Возможно, что в связи с этим и обращаемость женщин больных туберкулезом за медицинской помощью ниже, чем мужчин.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ. В заключение рассмотрим вопрос о госпитализации туберкулезных больных.

Общий процент нуждавшихся в госпитализации был равен – 25,0. У мужчин этот процент равнялся 27,7, а у женщин – 22,2.

Блюмкин и Гиндин, в Ленинграде, специально изучали вопрос о длительности пребывания туберкулезного больного на койке. Авторы пришли к тому выводу, что: "основная масса больных находится в стационарах до двух месяцев, т.е. срок, какой для туббольных, вообще говоря, не следовало бы считать чрезмерным." (26)

Принимая среднее пребывание туберкулезного больного на койке в 60 дней и для Свердловска, а работу койки в год в 340 дней, получим, что для жителей города Свердловска надо было бы иметь в 1937 году 547 туберкулезных коек. /1,3 на 1000 населения/.

В действительности в Свердловске в 1937 году, коек для туберкулезных больных было значительно больше, а именно: в больницах – 415, в легочном санатории – 640, в санатории для больных костным туберкулезом – 625, в санатории для железистых форм – 50 и в лепозории – 50. Всего, таким образом, было 1780 коек. Однако, эти койки обслуживали жителей не только города, но и всей свердловской области.

Мы не имели возможности установить степень обслуживания в 1937 году туберкулезными койками больных города и области, но известно, что Свердловск испытывал острую нужду в туберкулезных койках для взрослых.

Одной из причин этого было построение коечного аппарата, с расчетом преимущественного обслуживания детей, тогда как потреб-

ность в койках для взрослого населения была значительно больше, чем для детского населения, что видно из следующих данных.

По основным возрастным группам нуждавшиеся в госпитализации распределялись таким образом:

Возраст	Число больных	%
0 – 4	460	14,8
5 –14	269	8,7
15 и старше	2368	76,5

Приведенные цифры показывают, что потребность в койках была особенно высока у взрослых, далее у детей младшего возраста и, наконец, для детей от 5 до 14 лет. Имевшийся же коечный фонд был расчитан преимущественно на среднюю группу /5–14 лет/.

При сравнении потребности в госпитализации с фактическим распределением коек в 1937 г. получается такая диспропорция:

Возраст больных	Число коек для туберкулезных больных в % Фактическое	Потребное
0 – 14	57,0	23,5
15 и старше	43,0	76,5

Госпитализации детей младшего возраста и особенно взрослых не уделялось должного внимания, а между тем совершенно очевидно, что находящийся дома взрослый тяжелый туберкулезный больной является источником инфекции прежде всего для детей, не говоря уже о самом больном, который, получив соответствующее лечение, может ~~бы~~ быть еще полезным работником для общества и семьи.

В связи с этим мы считаем необходимым еще раз вернуться к вопросу о туберкулезной интоксикации. По видимому трактовка туберкулезной интоксикации /которая диагностировалась широкой рукой/, как одной из форм истинного туберкулеза и послужила основанием для построения коечной сети в Свердловске.

С И Ф И Л И С .

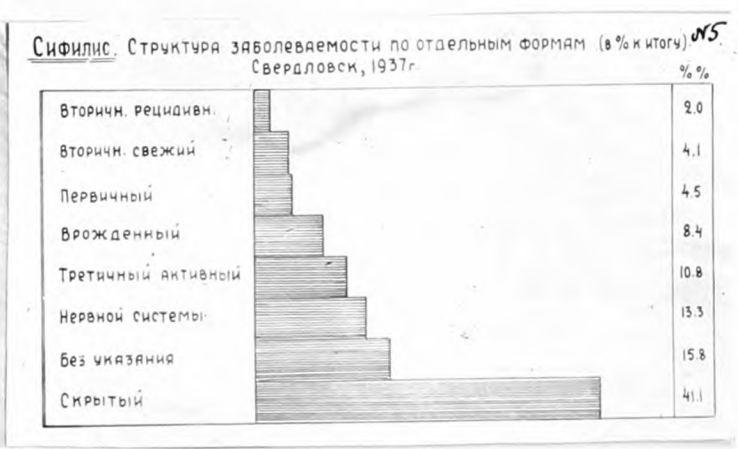
Всего больных сифилисом было зарегистрировано 1525 человек. Из них первично обратившихся в 1937 году 927 человек и уже ранее обращавшихся 598 человек.

По формам болезни и полу больные распределялись следующим образом:

Формы сифилиса	Число обратившихся: Мужчин	женщин	Об.пола
Врожденный	44	85	129
Первичный	36	11	47
Вторичный свежий	22	21	43
Вторичный рецидивный	8	16	24
Третичный активный	44	73	117
Скрытый	310	516	826
Нервной системы	106	72	178
Без указания	98	63	161
ВСЕГО:	668	857	1525

Мы рассмотрим здесь подробно лишь первично-обратившихся в 1937 году.

Структура заболеваемости сифилисом по отдельным его формам в процентах к итогу приведена на диаграмме № 5.



Рассмотрение структуры заболеваемости сифилисом показывает следующее. Значительный процент скрытого сифилиса, свидетельствующий о том, что большинство сифилитиков находится под врачебным наблюдением и контролем, и сравнительно небольшой процент свежих форм сифилиса являются фактами положительного порядка.

В качестве отрицательных моментов можно отметить: высокий процент сифилиса без указания на его форму, высокий процент врожденного сифилиса и, наконец, сравнительно высокий процент рецидивного сифилиса:

Остановимся кратко на отдельных формах сифилиса.

СИФИЛИС ВРОЖДЕННЫЙ. С врожденным сифилисом было 129 больных, из них первично обратилось в 1937 году – 78 человек.

По полу и возрасту эти больные распределялись следующим образом /табл.9/.

Табл.9

Возраст	Число обратившихся		
	мужчин	женщин	обоего пола
До 1 года	9	–	9
1 – 2	1	2	3
3 – 4		1	1
5 – 7	1	9	10
8 – 9		1	1
10 –14	10	10	20
15 –17	1	3	4
18 – 19	2	7	9
20 –24	2	6	8
25 –29	3	5	8
30 –39		4	4
60 и ст.		1	1
ВСЕГО:	29	49	78

Как видно из таблицы 9 с сифилисом врожденным ранним обратилось 13 человек и с сифилисом врожденным поздним 65 человек. Женщины обращались чаще мужчин.

В стационарах Свердловского Венинститута за пять лет /1933-1937/ всего лечилось детей с врожденным ранним сифилисом-41.При обследовании матерей этих детей выяснилось,что у 23 был сифилис скрытый ранний,у 9 скрытый поздний и у 9 вторичный рецидивный.Выяснилось также,что из 41 матери - 31 никогда не лечились и не знали о своем заболевании до момента появления сифилиса у ребенка.Это соответствует данным 4-го Московского Вендиспансера,по которым видно,что активные формы сифилиса у беременных встречаются редко;главную массу составляет скрытый сифилис,70% которого падает на неведомый сифилис.

СИФИЛИС ПЕРВИЧНЫЙ И ВТОРИЧНЫЙ СВЕЖИЙ.

С сифилисом первичным было зарегистрировано 42 больных,а с вторичным свежим - 38.Таким образом первичный сифилис составлял лишь 52,5 процентов всех случаев свежего сифилиса.Процент - явно недостаточный.По данным 4-го Московского вендиспансера,в 1935 году первичный сифилис составлял 70%. Это можно об"яснить двумя причинами:недостаточно энергичным выявлением источников заражения и контактов,и поздней диагностикой свежего сифилиса.Обе эти причины являются факторами весьма отрицательного порядка в двух отношениях:они снижают эффективность лечения и позволяют больным в заразном периоде оставаться среди коллектива и тем самым служить источником новых заражений.

Распределение больных первичным сифилисом по полу и возрасту приведено на таблице 10.

Табл.10

Возраст	Число обратившихся с первичным сифилисом		
	мужчин	женщин	обоего пола
15 – 17	—	1	1
18 – 19	2	2	4
20 – 24	8	3	11
25 – 29	9	1	10
30 – 39	8	1	9
40 – 49	2	2	4
50 – 59	1	—	1
60 и ст.	2	—	2
ВСЕГО:	32	10	42

На трех мужчин приходилась одна женщина.

Большинство обратившихся было в возрасте от 20 до 40 лет.

Распределение больных вторичным/свежим/ сифилисом по полу и возрасту видно на таблице 11.

Табл.11

Возраст	Число обрат.с вторичн.свежим сифил.		
	мужчин	женщин	обоего пола
10 – 14	—	1	1
15 – 17	—	2	2
18 – 19	—	2	2
20 – 24	9	6	15
25 – 29	2	4	6
30 – 39	5	3	8
40 – 49	3	1	4
ВСЕГО:	19	19	38

При этой форме сифилиса на 1 мужчину приходилась уже 1 женщина.

Возраст большинства больных такой же, как и при первичном сифилисе, т.е. от 20 до 40 лет.

Значительное преобладание мужчин с первичным сифилисом обыч-

но об"ясняют анатомическими особенностями женского организма. В известной мере это, несомненно, имеет определенное значение. Однако не всегда женщины повинны в том, что не замечают первичных явлений сифилиса. Наши исследования над материалом Свердловского Венинститута показали, что у женщин при первичном обращении правильный диагноз ставится почти вдвое реже, чем у мужчин. В этом уже повинна не структура женского организма, а квалификация врачей.

Остановимся еще на вопросе об источниках заражения при сифилисе. В 1938 году мы имели возможность тщательно проследить источники заражения сифилисом у 56 человек жителей Свердловска. В их числе было 28 мужчин и 28 женщин.

Результаты получились такие. У одного мужчины и у двух женщин выяснить источники заражения не удалось. Один мужчина заразился сифилисом внеполовым путем.

Источники заражения всех остальных больных приведены на таблице 12.

Табл. 12

Местожительство источников заражения	Мужчины: Источники заражения: Знакомые	случ. лица	жена, муж	Всего
г. Свердловск	7	4	4	15
Районы Свердловск. обл.	3	1	—	4
Другие области	1	6	—	7
Женщины				
г. Свердловск	10	2	9	21
Районы Свердл. об.	3	1	—	4
Другие области	1	—	—	1

При рассмотрении таблицы 12 прежде всего обращает внимание то обстоятельство, что число лиц, заразившихся сифилисом вне Свердловска весьма значительно, особенно среди мужчин.

Такое явление, имеющее место, повидимому не только в Свердловске, выдвигает необходимость установления более тесной и ответст-

венной организационной связи между всеми венучреждениями страны.

Итого, мы видим, что у несостоящих в браке мужчин -знакомые лица и случайные встречи, как источники заражения, играли одинаковую роль /по 4 случая/. У несостоявших в браке женщин - знакомые лица в четыре раза превышали случайные встречи/8 и 2/.

Такие же, примерно, соотношения между знакомыми и случайными лицами были и у состоявших в браке мужчин и женщин. Но в этой группе имелся еще один источник заражения - в лице супругов. Число мужчин, заразившихся от своих жен, равнялось четырем, т.е. оно было таким же, как и при заражении от знакомых и от случайно встреченных лиц. У женщин же роль мужей выступала на первое место: на семь случаев заражений от знакомых и от случайно встреченных лиц, приходилось 9 случаев заражения от мужей.

СИФИЛИС ВТОРИЧНЫЙ РЕЦИДИВНЫЙ. С вторичным рецидивным сифилисом было зарегистрировано всего 19 человек. По полу и возрасту больные распределялись следующим образом/таблица 13/

Табл.13

Возраст	Число обратив. с рецидив. сифил. Мужчин	женщин	обоего пола
18 - 19	1	1	2
20 - 24	1	3	4
25 - 29	4	5	9
30 - 39	1	3	4
ВСЕГО:	7	12	19

Прежде всего следует отметить, что 19 случаев рецидивного сифилиса при 80 случаях сифилиса свежего, является не малою цифрой. Это значит, что 1 из 5 больных сифилисом не лечится в начальном первичном периоде болезни, или лечится недостаточно.

При этой форме сифилиса наблюдается наибольшее преобладание женщин, что является следствием их поздней обращаемости при све-

ких формах сифилиса и результатом неправильной диагностики.

СИФИЛИС ТРЕТИЧНЫЙ АКТИВНЫЙ. С третичным активным сифилисом первично обратилось 100 больных.

Распределение больных по полу и возрасту приведено на табл.14.

Табл.14

Возраст	Обративш.с третичн.активн.сифилисом мужчин	женщин	обоего пола
1 – 2	—	1	1
5 – 7	—	1	1
8 – 9	—	1	1
10 – 14	2	1	3
15 – 17	2	1	3
18 – 19	2	—	2
20 – 24	2	8	10
25 – 29	7	11	18
30 – 39	7	17	24
40 – 49	11	13	24
50 – 59	2	7	9
60 и ст.	2	—	2
Не указано	1	1	2
Всего :	38	62	100

По Фурнье – 78% сифилитиков третичного периода не лечилось совсем, или мало, или неправильно, 19% – более или менее удовлетворительно и лишь 3% проделало хорошее лечение.

Таким образом большая часть случаев третичного активного сифилиса есть результат плохой работы лечебных учреждений.

Профессор Григорьев*) писал, что: "Гумма и лечение обратно пропорциональны, гумма наносит свои визиты сифилитику с частотой, обратно пропорциональной частоте визитов сифилитика к врачу."

Женщины обращались чаще мужчин. Основной причиной этого является более плохое

*) Учебн. венерич. и кожн. бол. М. 1938.

лечение женщин, по сравнению с мужчинами, в свежем периоде сифилиса.

СИФИЛИС СКРЫТЫЙ. Скрытый сифилис был обнаружен в 381 случае. По диагнозам мы имели: сифилис скрытый ранний - 82, скрытый поздний - 99 и без указания - 200.

Распределение больных всеми формами скрытого сифилиса по полу и возрасту приведено на ~~бли~~ таблице 15.

Табл.15.

Возраст	Число обрат. со скрытым сифилисом		
	: мужчин	: женщин:	обоего пола
1 - 2	—	1	1
5 - 7	1	—	1
8 - 9	1	1	2
10 -14	5	2	7
15 -17	2	3	5
18 -19	6	4	10
20 -24	26	47	73
25 -29	35	51	86
30 -39	42	77	119
40 -49	14	22	36
50 -59	10	22	32
60 и ст.	4	3	7
Не указ.	—	2	2
ВСЕГО:	146	235	381

Для правильной оценки скрытого раннего сифилиса важно знать, лечились ли раньше эти больные, или нет, т.к. с социальной точки зрения не леченный скрытый ранний сифилис представляет собою опасный горючий материал, могущий при известных условиях дать эндемическую вспышку. По материалам поликлиники Свердловского Венинститута, разработанным Е.Л.Хорош, видно, что из числа обратившихся по поводу скрытого раннего сифилиса, процент ранее лечившихся специфически, в 1937 году равнялся 62. Преобладание женщин вполне понятно,

по тем же причинам, что и при третичном активном сифилисе.

СИФИЛИС НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. С сифилисом нервной системы было зарегистрировано 123 человека. Из них: с невролюэсом – 48, спинной сухоткой – 63 и прогрессивным параличем – 12.

Невролюэс. Врльные невролюэсом по полу и возрасту распределялись таким образом./табл 16/

Табл.16.

Возраст:	:Число обратившихся с невролюэсом Мужчин	женщин	:обоего пола
15 – 17	—	1	1
20 – 24	—	2	2
25 – 29	2	—	2
30 – 39	9	3	12
40 – 49	10	9	19
50 – 59	5	3	8
60 и ст.	3	1	4
ВСЕГО:	29	19	48

Спинная сухотка. Распределение больных спинной сухоткой по полу и возрасту приведено на табл. 17.

Табл.17

Возраст :	:Число обрат.больн.спинн.сухот Мужчин :	женщин :	обоего пола
25 – 29	3	2	5
30 – 39	9	5	14
40 – 49	15	9	24
50 – 59	17	1	18
60 и ст.	1	1	2
ВСЕГО:	45	18	63

Прогрессивный паралич. Отмечено было всего 12 случаев. Распределение больных по полу и возрасту приведено на табл.18.

Табл.18

Возраст	Число обратившихся с прогрессивным параличем												
	Рабочих		Член.сем.раб		Служащих		Чл.сем.сл.		Прочих		Всего		
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	об.п
20–24	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
30–39	1	—	—	—	2	1	—	2	—	—	3	3	6
40–49	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—		2	2
50–59	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	2	1	3
ВСЕГО:	2	1		1	2	2		3	1		5	7	12

При невросифилисе и особенно при спинной сухотке обращаемость мужчин была значительно выше, чем женщин. При прогрессивном же параличе она была одинаковой.

При всех формах сифилиса нервной системы на 10000 мужского населения было 4,3 обращения, а на 10000 женского населения – 2,0, т.е. вдвое меньше, и это несмотря на то, что, как мы видели выше, сифилис распознается, а следовательно, и лечится у женщин хуже, чем у мужчин.

В части возрастного состава больных можно отметить, во-первых, что самый ранний возраст, в котором наблюдалось поражение нервной системы, был – 15 – 17 лет.

Во- вторых, основной контингент больных /86% составляли лица в возрасте от 30 до 40 лет.

Как известно – срок наступления проявлений сифилиса нервной системы равен примерно 20 годам. Наибольшее же число людей заражается сифилисом в возрасте 20–24 года. Поэтому мы можем предполагать что большинство больных в возрасте свыше 40 лет /а таких больных было 80 человек, или 65% от общего числа больных/ получили инфекцию еще в дореволюционное время.

СИФИЛИС БЕЗ УКАЗАНИЯ. Случаев диагноза сифилиса без указания на его клиническую форму было отмечено 146, что составляло 15,7

процентов от общего числа больных.Надо признать,что процент этот высок.

В заключение мы можем сказать,что в борьбе с сифилисом венерологическая организация в Свердловске имеет большие успехи.Это видно уже по числу заболевших в 1937 году свежими формами сифилиса:они дали лишь 0,2 случая на 1000 населения.

По сравнению с заболеваемостью в зарубежных странах и с дореволюционной Россией,мы можем признать этот показатель весьма благоприятным.

При этом надо отметить,что и 1937 год не явился случайностью.Борьба с сифилисом ведется систематически и ее положительные результаты сказываются с каждым годом,что видно из следующих данных:

Зарегистрировано больных свежими формами сифилиса в г.Свердловске.

1935	года	182
1936	"	112
1937	"	80
1938	"	64
1939	"	31

Таким образом за 5 лет мы имели снижение абсолютного числа заболеваний сифилисом в 6 раз.Это,безусловно,большое достижение.

Наряду с этим следует пожелать венерологическим учреждениям города больше оперативности для быстрого и полного выявления источников заражения и контактов,а также должной настойчивости в контроле за лечением больных.

Особенно это важно в настоящее время,в целях быстрейшей ликвидации последствий войны на этом участке здравоохранения.

Г О Н О Р Р Е Я.

Больных гонореей было первично зарегистрировано 3950 человек, или 9,8 на 1000 населения.

Кожно-венерологическими диспансерами Свердловска в 1937 году было зарегистрировано 3703 случая гонореи, т.е. на 247 случаев меньше.

Это расхождение вполне понятно, т.к. в настоящей работе мы оперируем материалами не только кожно-венерологических диспансеров, но всех амбулаторно-поликлинических учреждений города.

Такое сравнительно небольшое расхождение в учете, показывает, что сеть кожно-венерологических диспансеров Свердловска - не плохо справляется с задачей охвата больных гонореей /93,6%/.

По отдельным диагнозам и полу больные гонореей распределялись следующим образом:

	Число обратившихся мужчин	женщин	обоего пола
Гонорея острая	2013	545	2558
Гонорея хроническая	291	590	881
Гонорея без указ. на форму	201	88	289
Уретрит без указания на форму	158	64	222
ВСЕГО :	2663	1287	3950

Кроме указанного числа больных в вендиспансерах города лечилось еще 784 человека, заболевших в предыдущие годы. Всего, таким образом больных гонореей было 4734 человека.

ОСТРАЯ ГОНОРРЕЯ. Распределение больных острой гонореей по полу и возрасту приведено на табл. 19.

Табл.19

Возраст	Число обратившихся		
	Мужчин	женщин	обоего пола
До 1 года	—	1	1
1 - 2	2	4	6
3 - 4	—	11	11
5 - 7	2	6	8
8 - 9	—	4	4
10 - 14	1	—	1
15 - 17	23	9	32
18 - 19	119	29	148
20 - 24	552	186	738
25 - 29	738	156	894
30 - 39	483	117	600
40 - 49	72	15	87
50 - 59	12	6	18
60 и ст.	3	1	4
Не указ.	6	—	6
ВСЕГО:	2013	545	2558

В госпитализации нуждалось 5 мужчин и 3 женщины.

Мужчины обращались значительно чаще женщин: на 1000 мужского населения было 10,9 случаев гонорреи, а на 1000 женского - 2,5.

На 100 мужчин приходилось 27 женщин. Такое соотношение надо признать неблагоприятным. Оно указывает на недостаточную работу вендиспансеров по выявлению источников заражения и привлечению контактов.

Показатели заболеваемости острой гонореей на 10000 населения по отдельным возрастным группам и полу приведены на таблице 20.

табл.20.

Возраст	Обратилось на 10 тыс.населен. Мужчин	женщин	Обоего пола
0 – 9	1,0	6,8	3,9
10 –14	0,5	—	0,3
15 –19	76,3	18,3	45,7
20 –24	299,7	73,5	168,8
25 –29	272,6	55,9	162,6
30 –39	144,9	31,1	84,5
40 –49	47,1	7,8	24,9
50 –59	13,9	4,3	7,9
60 и ст.	5,6	0,8	2,1

Как видно из таблицы острая гонорея наиболее часто отмечалась как у мужчин, так и у женщин в возрасте от 20 до 40 лет, с максимумом заболеваемости в 20–24 года.

Кроме детского возраста, в котором больше болели девочки, во всех остальных возрастных группах резко преобладали мужчины.

ГОНОРРЕЯ ХРОНИЧЕСКАЯ. С хронической гонореей из числа первично обратившихся было зарегистрировано больных – 881 человек. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 21.

Табл.21

Возраст	Число обративш.с хронич.гонореей Мужчин	женщин	обоего пола
5 – 7	—	1	1
10 –14	—	2	2
15 –17	—	7	7
18 –19	17	37	54
20 –24	68	190	258
25 –29	112	187	299
30 –39	77	147	224
40 –49	14	15	29
50 –59	2	2	4
Не указ.	1	2	3
ВСЕГО:	291	590	881

В госпитализации нуждались 3 женщины.

В отличие от острой гонореи, при хронической гонорее значительно чаще обращались женщины.

Соотношение /в процентах/ между числом случаев острой и хронической гонореи у мужчин и женщин было следующим:

	Мужчины :	женщины :
Гонорея острая	87,4	48,0
Гонорея хронич.	12,6	52,0
ВСЕГО:	100,0	100,0

Эти соотношения, особенно у женщин, надо считать неблагоприятными, т.к. при ~~нет~~ хронической гонорее снижен ~~выход~~.

Для суждения о характере заболеваемости по возрастным группам - приводим показатели заболеваемости на 10 тысяч населения соответственного пола и возраста /табл.22/

Табл.22

Возраст	:Обратилось на 10 т.населения: мужчин	женщин	:обоего пола
0 - 9	—	0,3	0,1
10 -14	—	1,0	0,5
15 -19	9,1	21,2	15,5
20 -24	36,9	75,1	58,9
25 -29	41,4	66,9	54,4
30 -39	23,1	39,0	28,1
40 -49	9,2	7,6	8,3
50 -59	2,3	1,4	1,7

У мальчиков хронической гонореи не было. Не было ее и у стариков /мужчин и женщин./

Женщины болели чаще мужчин во всех возрастных группах до 40 лет. От 40 до 60 лет чаще обращались мужчины.

Наиболее часты были заболевания у женщин в возрасте 20-24 года, а у мужчин - 25-29 лет.

ГОНОРРЕЯ БЕЗ УКАЗАНИЯ. Случаев гонорреи без указания на ее клиническую форму было зарегистрировано 289 и кроме того было отмечено 222 диагноза уретрита - тоже без указания на его этиологию и клиническую форму.

ИСТОЧНИКИ ЗАРАЖЕНИЯ. По материалам 1937 года мы не имеем возможности осветить вопрос об источниках заражения при гонорее. Но мы располагаем разработанным нами материалом по г.Свердловску за 1938 год.

Полагаем, что этот материал довольно правильно будет отражать и 1937 года.

В 1938 году мы имели такое соотношение между источниками заражения:/в процентах/.

Случайные лица	39,0 процента
Знакомые	33,0 "
Жена, муж	26,0 "
Не выяснено	2,0 "

Эти соотношения имели большие колебания, во-первых, у мужчин по сравнению с женщинами, и, во-вторых, в зависимости от семейного состояния больных.

Различие источников заражения у мужчин и женщин видно из таблицы 23.

Табл.23

Источники заражения при гонорее в %% к итогу

Источники зарежания	мужчин	женщин
Случайные лица	47,0	5,8
Знакомые	38,0	17,3
Жена, муж	13,0	74,7
Не выяснено	2,0	2,2
ВСЕГО:	100,0	100,0

Из таблицы 23 мы видим, что в то время, как у мужчин основным источником инфекции являются случайные лица, а жены составляют

лишь 13%,- у женщин решающую роль играют мужья /74,7%/,случайно же встреченные лица составляли лишь 5,8 процента.

Некоторые венерологи подвергают сомнению достоверность показаний женщин об источниках заражения./Возможно,что в отдельных случаях знакомые прикрываются случайными лицами,а случайные лица и знакомые прикрываются мужьями.

В основном же,нам кажется,материал правильно освещает действительное положение дела,если учесть,что ничего не подозревающие заболевшие замужние женщины безусловно все идут к врачу,тогда как женщины,желающие укрыться,-вряд ли торопятся с этим.Вот почему низок процент женщин обратившихся с острой гонорреей.

Таким образом,если иметь в виду не всех заболевших женщин, а лишь обратившихся за лечебной помощью по поводу острой гонореи,- у нас нет оснований не доверять,по крайней мере,большинству женщин.

Что касается семейного положения заболевших,то и оно определенным образом сказывается на соотношениях источников заражения.

На табл.24 приведены источники заражения /в %%/ у женатых и холостых мужчин и у замужних и незамужних женщин.

Табл.24

Источники инфекции:	Мужчины: Холост.	Мужчины: Женат	Женщины: Не замужн.	Женщины: Замужние
Случайные лица	54,0	39,0	22,0	2,6
Знакомые	44,0	29,0	73,0	5,8
Жена,муж	—	29,0	—	91,1
Не выяснено	2,0	2,0	5,0	1,5
ВСЕГО:	100,0	100,0	100,0	100,0

Из таблицы 24 видно,что как у холостых,так и у женатых мужчин доминирующее значение имела на первом месте стоит в качестве источника заражения случай-

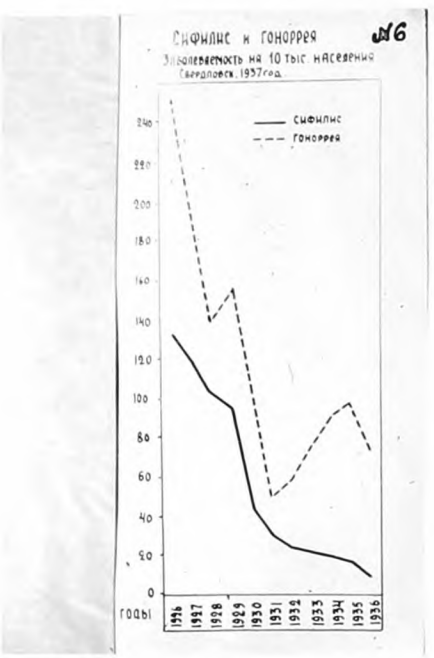
ная связь. На втором месте у холостых были знакомые, а у женатых знакомые и жены - поровну. Процент невыясненных источников одинаков у холостых и женатых.

У женщин мы имели другие отношения между источниками заражения. У незамужних женщин в 73 процентах источниками заражения были знакомые и в 22 процентах - случайные лица. У замужних женщин в подавляющем большинстве случаев /90 процентов/ источником заражения показаны мужья, и лишь в 5 процентах - знакомые, а случайные лица всего только в 2-3 процентах случаев.

Критерием наших успехов в борьбе со всякими инфекционным заболеванием служит динамика этого заболевания на протяжении ряда лет.

Сопоставляя данные о заболеваемости населения Свердловска гонореей за одиннадцать лет /с 1926 по 1936 год/, мы ясно видим большое снижение заболеваемости и тем самым - наши успехи в борьбе с гонореей. (33)

На диаграмме № 6 приведены показатели заболеваемости сифилисом и гонореей в г. Свердловске с 1926 по 1936 год.



Приведенная диаграмма ярко иллюстрирует прежде всего значительное снижение заболеваемости населения Свердловска сифилисом и гонореей.

Наряду с этим мы видим большую разницу как в конечном размере снижения заболеваемости этими двумя инфекциями, так и в характере этого снижения по годам.

В то время, как заболеваемость сифилисом снизилась в 9 раз, заболеваемость гонореей снизилась в 3 раза. При этом следует отметить, что характер изображенных на диаграмме двух линий – совершенно различен. Если линия заболеваемости сифилисом из года в год неуклонно, равномерно и спокойно шла вниз, то кривая заболеваемости гонореей, при общей значительной тенденции к снижению, по отдельным годам давала то резкие падения, то взлеты вверх, отчего ее вид имеет беспокойный, неровный, как бы лихорадочный характер. Эти особенности в динамике заболеваемости сифилисом и гонореей дают основание думать, что в борьбе с сифилисом наши венучреждения ведут упорную, систематическую работу, [illegible] – без передышек, и в этой борьбе – полностью овладели сифилисом.

Не такое положение мы имеем с гонореей. Под"емы заболеваемости в 1929, 1934 и 1935 годах показывают, что имеются послабления в борьбе с гонореей, в результате чего она как бы стихийно вырвается из наших рук и дает увеличение числа заболеваний.

Одной из причин такого явления служит недооценка патологической значимости гонореи.

А между тем, помимо тягостных суб"ективных ощущений и возможности различных серьезных осложнений у отдельных лиц, заболевших гонореей, [illegible] – гонорея является большим социальным злом и в том отношении, что, вызывая бесплодие, служит одной из причин снижения рождаемости, а кроме того, в некоторых случаях приводит к слепоте.

По Бенцлеру, уже после простой гонореи, в 10% наступает полное бесплодие и в 17,3% имеется лишь один ребенок. После одностороннего поражения яичка процент абсолютно бесплодных повышается до 23, а после двухстороннего до 42. По Вляшко, на 100

приходится в среднем 3,8 детей, а на 100 гонорройных браков 133 свободных от гонореи браков всего 210, т.е. одним ребенком на брак меньше, что составляет понижение рождаемости на 33%. Известно также, что гонорея у беременной женщины иногда является причиной преждевременных родов и самопроизвольных абортов. (27)

По данным Д.М.Аронова в Уральской области в четырех процентах всех случаев слепоты, причиной слепоты была гонорея. (2)

Б Л Е Н О Р Р Е Я.

Случаев бленорреи было зарегистрировано – 24:у детей 20 и у взрослых – 4.По полу и возрасту больные распределялись так:

Табл.25

Возраст :	Всего		
	:Мужчин	: женщин	:об.пола
ДО 10 дней	3	–	3
10–20 дней	3	2	5
1 месяц	3	3	6
2–3 месяца	3	1	4
1–3 года	—	2	2
20–24 года	—	2	3
30–39 лет	—	1	1
ВСЕГО:	13	11	24

Само по себе число заболеваний бленорреей не велико,но бленоррею мы должны рассматривать не только с количественной,но и с принципиальной точки зрения.В таком центре,каким является Свердловск,бленоррея новорожденных должна уже полностью отойти в область прошлого.Однако,этого еще нет и в этом повинны мы, работники здравоохранения.В связи с этим следует отметить такой факт:в учетной карте значится,что мать одного из заболевших детей /с диагнозом – бленоррея новорожденных/ работала медицинской сестрой в Акушерско-гинекологическом институте.

При гонорреe глаз,в госпитализации нуждалось 3 человека /все дети до 1 года/.

<u>ЛЕЙШМАНИОЗ.</u> Пендинская язва была отмечена в одном случае:у женщины 57 лет,члена семьи военнослужащего.

<u>ТРАХОМА.</u> При разработке учетных карт~~очек~~ с диагнозом трахома мы придерживались классификации,предложенной проф.В.В.Чирков

ким и принятой на совещании по трахоме при НКЗ РСФСР в 1933 г. На этом совещании было решено вести учет трахомы, исходя из деления ее на четыре стадии, с выделением подозрительных по трахоме форм.

Однако следует отметить, что далеко не все врачи при регистрации трахомы точно придерживались такой классификации, в результате чего пришлось выделить специальную рубрику -"трахома без указания".

В 6 случаях мы имели диагноз -"острая трахома". Ввиду того, что такие диагнозы были зарегистрированы не в специальных глазных кабинетах, а в терапевтическом /5/ и в хирургическом /1/, мы отнесли их к рубрике -"трахома без указания", так как случаи острой трахомы встречаются очень редко, а некоторыми специалистами и вовсе оспариваются.

Всего было зарегистрировано - 2.632 случая трахомы. По диагнозам зарегистрированные больные распределялись следующим образом:

Подозрение на трахому	7
Трахома № 1	286
" II	459
" III	1244
" 1У	208
Трахома без указания	428
ВСЕГО:	2632

Ввиду того, что подозрение на трахому - не есть еще трахома, а трахома 1У представляет собою излеченную трахому для вычисления показателя заболеваемости трахомой правильнее взять 2197 случаев, что составляет 5,4 на 1000 населения.

Заболеваемость трахомой в Свердловске с 1926 по 1937 г. снизилась на 50%, что свидетельствует о наших больших успехах в борьбе с трахомой.

Однако, показатель заболеваемости трахомой продолжает оста-

ваться в Свердловске еще высоким.В Москве в 1937 году было зарегистрировано больных трахомой 1,4 на 1000 населения,т.е. в четыре раза меньше,чем в Свердловске.

Аксенфельд*) указывает,что распространение трахомы в Западной Европе крайне неодинаково.Имеются обширные области совсем свободные от трахомы,и другие с большой зараженностью.

У нас,в царской России,по свидетельству В.В.Чирковского(149) трахома была распространена повсюду и,за редким исключением, в огромных размерах.При этом отмечалось ежегодное нарастание количества трахоматозных.Количество трахоматозных больных на 10.000 населения с 1902 по 1913 год увеличилось на 20%.

Таким образом,если в царской России мы отмечали процесс распространения трахомы,то в настоящее время мы являемся свидетелями - обратного процесса,т.е.непрерывного и быстрого снижения количества больных.В этом большая победа советской медицины,но в нашей стране в настоящее время имеются все условия для повсеместной ликвидации этого заболевания.С полным основанием мы можем считать теперь для нашей страны трахому устранимой болезнью.

Но для полного ее устранения необходимо постоянное внимание к борьбе с нею со стороны органов здравоохранения.Мы не должны забывать,что помимо понижения работоспособности,трахома является одной из важнейших причин слепоты.По данным д-ра Аронова,у нас на Урале из 100 слепых - 17 потеряли зрение из-за трахомы.

На таблице 25 приведено распределение трахоматозных больных по возрасту и полу:

*) Аксенфельд, Т. - Руков. по глазн. бол. М. 1939 г.

Табл.25

Возрастные группы	Всего		
	Мужчин	Женщин	Об.пола
0 – 4	38	30	68
5 – 9	74	86	160
10 –14	113	129	242
15 –19	144	127	271
20 –24	255	255	510
25– 29	152	188	340
30 – 39	179	217	396
40 –49	83	150	233
50 –59	65	141	206
60 и ст.	59	144	203
Не указан.	1	2	3
ВСЕГО:	1163	1469	2632

В общей массе трахоматозных больных женщин было больше, чем мужчин, примерно, на 6%. На 1000 мужского населения показатель был равен 6,2, а на 1000 женского – 6,7. На преобладание женщин среди трахоматозных больных указывает и проф. Чирковский, который находит об"яснение этому не в биологических свойствах женского организма, а в бытовых условиях, где женщина подвергается чаще возможности заражения трахомой, чем мужчина.

В группах больных с различными стадиями трахомы соотношение между мужчинами и женщинами было неодинаково. При первой стадии было больше мужчин, а при второй и особенно при третьей – женщин.

В отношении возрастного распределения можно отметить, что наибольшее число больных всеми формами трахомы в целом относилось к возрасту 20–24 года/19%/. При рассмотрении по отдельным стадиям трахомы видно, что с трахомой 1 большинство составляли дети, особенно, в возрасте от 10 до 14 лет, а с трахомой П

и III – молодежь в возрасте от 20 до 24 лет.

При вычислении на 1000 населения соответствующего возраста, мы получили следующие показатели заболеваемости трахомой:

Табл.26

Возраст	:Обрат.на тыс.нас: :соответ.возраста:	Возраст	:Обратил.на тыс.нас. : соответств.возраста
0– 4	1,4	25 – 29	6,1
5 – 9	5,4	30 – 39	5,5
10 – 14	6,2	40 – 49	6,5
15 – 19	6,8	50 – 59	9,0
20 – 24	11,6	60 и ст.	11,2

Приведенные показатели не вполне соответствуют тому, что пишет проф.Чирковский: "Большинство эпидемиологических наблюдений свидетельствуют, что общее количество трахоматозных растет с повышением возрастных групп населения".

Указанная проф.Чирковским закономерность подтверждалась тенденция правильно отмечалась лишь до 20 –летнего, а также для пожилого и старческого возраста. В возрастной группе 20–24 года отмечался резкий под"ем заболеваемости, после которого имелось резкое снижение в двух последующих возрастных группах. Под"ем в возрастной группе 20–24 года можно об"яснить притоком в г.Свердловск на работу молодежи из пораженных трахомой районов.

Распределение больных трахомой по возрастам и стадиям трахомы показывает, что среди детей наибольший удельный вес занимала трахома 1 стадии, а у взрослых – III стадии, что видно на следующей таблице:

табл.27.

Стадии трахомы	Число больных в процентах: от 10 л:	От 10–20л.:	От 20–50л.:	50 и выше:	В общем
I	58,6	26,7	6,4	1,0	14,3
II	20,7	32,4	23,0	11,9	23,1
III	20,7	40,9	70,6	87,1	62,6

Среди трахоматозных больных было больше всего рабочих /48%/, далее идут: члены семей рабочих, прочие служащие и, наконец,

члены семей служащих.

Это подтверждает наше мнение о том,что одной из причин сравнительно высокого показателя заболеваемости трахомой в Свердловске является приток молодежи в город на работу из неблагополучных по трахоме районов.

На это обстоятельство следует обратить внимание и сделать из него соответствующие организационные выводы,например, - брать под диспансерное наблюдение глазных кабинетов всех прибывших в Свердловск лиц,у которых при приеме на работу,во время медицинского осмотра,установлено заболевание трахомой.

ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ.

С паразитарными болезнями было зарегистрировано 11.005 случаев, или 27,5 на 1000 населения.

По видам болезней и полу больные распределялись следующим образом:

	Число обратившихся мужчин	женщин	обоего пола
Глистные инвазии	979	2809	3788
Микозы	1255	1311	2566
Чесотка	1802	2845	4647
Лямблиоз	3	1	4
ВСЕГО:	4039	6966	11005

Первое место по числу случаев занимала чесотка. Далее шли – глистные инвазии и затем – микозы.

Лямблиоз был отмечен лишь в 4 случаях.

Женщины обращались чаще мужчин с глистными инвазиями и чесоткой. Мужчины же – с микозами и лямблиозом.

ГЛИСТНЫЕ ИНВАЗИИ. С глистными инвазиями было зарегистрировано 3788 обращений /9,4 на 1.000 населения/.

Надо полагать, что этот показатель значительно ниже действительного поражения населения глистными инвазиями, т.к. далеко не все носители глист обращаются за лечебной помощью, а врачи не всегда уделяют соответствующее внимание глистным инвазиям.

По акад. Скрябину – остриц встречается почти у всех детей. (135)

Распределение больных по отдельным видам глистов, полу и возрасту приведено на табл.1

Табл.1

Возраст	Круглые черви				Плоские черви				Без указания	
	Остриды		Аскариды		Всего		В т.ч. эхинококк			
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
До 1 го	1	1	2	2	—	1	—	—	3	3
1 – 2	15	28	10	17	1	2	—	—	24	33
3 – 4	31	44	19	31	4	10	—	—	57	64
5 – 7	31	52	26	39	4	12	—	—	83	98
8 – 9	18	48	20	34	8	10	—	—	50	112
10 –14	32	87	26	61	16	36	1	—	84	269
15 –17	2	3	2	6	5	17	—	—	14	72
18 –19	3	5	5	13	8	25	—	—	20	50
20 –24	2	10	10	13	33	111	—	2	34	189
25 –29	4	19	8	42	38	107	—	1	57	222
30 –39	5	23	8	34	46	158	2	1	49	252
40 –49	3	9	3	11	11	79	1	2	12	93
50 –59	2	4	3	6	5	38	—	1	10	40
60 и ст.			1	7	3	15	—	—	6	28
Не указ.	1	1	—	—	—	—	—	—	1	2
ВСЕГО:	150	334	143	336	182	612	4	7	504	1527

Как указывают Под"япольская и Капустин, в отличие от центральной зоны европейской части Союза, которая характеризуется преимущественным распространением круглых червей, – в гельминтофауне Уральской области круглые черви /не считая острицы, являющейся космополитом/ отступают резко на второй план по сравнению с плоскими червями. (120)

Как видно из табл. 1 наш материал подтверждает это. На каждые 100 обращений с круглыми червями /кроме остриц/ приходилось 165 обращений с плоскими червями.

Женщины обращались по поводу глистных инвазий значительно чаще мужчин. На 1000 населения соответствующего пола было следующее число обращений:

	Мужчин	Женщин.
С острицами	0,8	1,5
" аскаридами	0,7	1,5
" плоскими червями	1,0	2,8
Без указания	2,7	7,0
ВСЕГО:	5,2	12,8

По всем видам глистных инвазий женщины обращались чаще мужчин, примерно, в два с половиной раза.

Относительно возраста больных можно отметить следующее. Минимальное число случаев при всех видах инвазий наблюдалось у детей до 1 года. Максимальное число - падало на возрастную группу в 10-14 лет.

Острицы у мужчин отмечались почти только в детском возрасте /до 15 лет/.

У женщин, кроме детей, имелся под"ем обращаемости в возрасте от 25 до 40 лет.

Такое же, примерно, явление наблюдалось и при аскаридах, только с еще большим под"емом у женщин в возрасте 25-29 лет.

И, наконец, ленточные глисты дали совершенно иную картину возрастного и полового распределения больных.

Ими поражено было преимущественно взрослое население, особенно в возрасте от 20 до 40 лет. Особенно высок возрастной пик в возрастной группе 30-39 лет, причем у женщин она выше, примерно, в три с половиной раза, чем у мужчин.

Распределение обратившихся по общественному положению и видам инвазии приведено на табл. 2

Табл.2

Общественные группы	Виды инвазии глист										
	Острицы		Аскариды		Плоские черви		Без указан.		Всего		
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	об.п
Рабочие	10	30	18	48	78	1 190	107	334	213	602	815
Чл.сем.рабоч.	87	190	71	184	24	177	180	580	362	1131	1493
Служащие	2	8	7	180	33	91	52	206	94	335	429
Чл.сем.служ.	44х	83	38	55	14	65	118	300	209	513	722
Прочие	7	13	14	19	35	84	47	107	103	223	326
ВСЕГО	150	334	143	336	184	607	504	1529	981	2804	3785

В процентах к итогу больные распределялись по общественным группам так:

рабочие	21,5 процента
чл.сем.рабочих	39,5 "
служащие	11,3
чл.сем.служ.	19,1
прочие	8,6

Таким образом, наибольшее число больных всеми видами инвазий относилось к членам семей рабочих. С плоскими червями наибольшее число больных принадлежало группе рабочих.

С эхинококкозом было зарегистрировано лишь 11 человек: пять мужчин и шесть женщин.

Эхинококк легкого отмечен в двух случаях: у мужчины 15 лет, члена семьи рабочего и у женщины 30 лет, рабочей.

Эхинококк печени наблюдался у семи человек: " 4-х мужчин /рабочего - 57 л., студента 34 л., пенсионера 31 г. и пожарника 41 г./ и у 3-х женщин /рабочих: 23, 25 и 48 лет/.

Два случая эхинококка без указания локализации были зарегистрированы у женщин /уборщицы 24 лет и пенсионерки 47 л./

В госпитализации при глистных инвазиях нуждалось всего 395 человек.

	мужчин	Нуждалось в госпитализации женщин	об.пола	% госпит.
С острицами	4	5	9	1,8
" аскаридами	3	19	22	4,6
" плоскими червями	64	193	257	32,6
Без указания	26	82	108	5,5
ВСЕГО:	97	298	395	10,4

МИКОЗЫ. С микозами было зарегистрировано 2566 человек. Распределение больных по диагнозам, полу и возрасту приведено на таблице 3.

Табл.3

Возраст	Виды микозов: Трихофития м.	Трихофития ж.	Favus м.	Favus ж.	Эпидермофития м.	Эпидермофития ж.	Прочие микозы м.	Прочие микозы ж.
До 1 г.	6	17	2	—	3	1	174	165
1 – 2	20	18	—	—	1	1	92	109
3 – 4	22	16	—	1	2	1	14	12
5 – 7	45	30	1	—	4	5	5	6
8 – 9	47	43	3	2	3	2	2	7
10 –14	74	112	8	9	14	21	5	11
15 –17	10	24	4	—	9	12	5	21
18 –19	10	18	1	2	12	34	14	15
20 –24	8	30	33	2	75	79	46	86
25 –29	14	19	—	—	148	53	57	65
30 –39	9	18	—	—	148	83	44	42
40 –49	3	11	—	1	44	46	12	9
50 –59	1	5	—	—	11	23	6	8
60 и ст.	1	3	—	—	7	7	—	2
Не указ.	—	1	—	—	—	—	6	3
ВСЕГО:	270	365	22	17	481	368	482	561

В группу прочих микозов включены:1 случай актиномикоза у женщины 18 лет;отрубевидный лишай – 333 случая /145 мужчин и 188 женщин;детей до 14 лет было только 5 человек/,микроспория – 6 /4 мужчины и 2 женщины/;афтозный стоматит /молочница/–680 /351 мужчина и 359 женщин/.Кроме того,в эту группу вошли еще 19 случаев микозов без обозначения их вида и 4 случая эритразмы/.

На 1000 населения со всеми видами микозов было 6,4 обращений.

Показатели заболеваемости по отдельным видам микозов на 10000 населения приведены на таблице 4.

Табл.4

Виды микозов	Обратилось на 10 тысяч об.пола: мужчин	женщин	
Трихофития	14,6	16,8	15,8
Фавус	1,1	0,7	0,9
Эпидермофития	26,1	17,0	21,1
Отрубевидный лишай	7,8	8,6	8,3
Молочница	19,0	16,5	16,9

Самым распространенным видом микоза была эпидермофития.Далее молочница,трихофития,отрубевидный лишай и,наконец,–парша.

Женщины болели чаще мужчин трихофитией и отрубевидным лишаем.Всеми остальными видами микозов чаще болели мужчины.

Что касается возраста заболевших,то здесь можно отметить следующее.Трихофития и фавус наблюдались преимущественно у детей,подростков и молодежи.У лиц зрелого возраста они составляли редкое явление /особенно парша/.С эпидермофитией большинство обращений относилось преимущественно к лицам в возрасте от 15 до 50 лет.Афтозный стоматит,как правило,отмечался лишь у маленьких детей /до 1 года – 339 случаев,1–2 г.– 202 случая и 3–4 года – 25 случаев/,а отрубевидный лишай – наоборот,почти исключительно у взрослых.

Распределение больных микозами по общественному положению приведено на таблице 5.

Табл.5

Общественное положение	Число обратившихся							
	Трихофития		Фавус		Эпидермофития		Проч.микозы	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
Рабочие	15	43	3	4	185	94	61	71
Члены семей раб.	141	172	8	9	22	35	223	249
Служащие	10	30	1	—	170	100	75	78
Члены сем.служ.	68	85	3	4	8	66	65	97
Прочие	36	35	7	—	95	73	58	65
Всего:	270	365	22	17	481	368	482	560

Эпидермофития отмечалась преимущественно у рабочих и служащих, а остальные микозы – у членов семей рабочих.

В госпитализации нуждались 21 человек: с трихофитией – 10 /7 мужчин и 3 женщины/, с паршей – 5/4 мужчины и 1 женщина/ и с молочницей – 6/3 мужчины и 3 женщины/.

ЧЕСОТКА. Больных чесоткой было зарегистрировано 4647 человек, или ~~116~~ 11,6 на 1000 населения.

Распределение больных по полу и возрасту приведено на табл.6.

Табл.6

Возраст:	Число обратившихся									
	Рабочих		Чл.сем.раб.		Служащих		Чл.сем.служ.		Прочие	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
До 1 года	—	—	33	37	—	—	2	7	—	1
1 – 2	—	—	87	90	—	—	19	14	1	3
3 –4	—	—	85	98	—	—	34	26	1	2
5 – 7	—	—	153	198	—	—	43	53	7	4
8 – 9	—	—	179	309	—	—	41	59	4	17
10 –14	4	5	416	773	1	2	80	167	19	41
15 –17	19	46	32	74	4	19	5	28	21	59
18 –19	28	39	3	10	9	44	—	7	35	43
20 –24	51	75	—	13	21	54	—	12	42	26
25 –29	62	58	—	19	36	30	—	12	19	5
30 –39	62	64	—	24	35	15	—	7	14	4
40 –49	29	37	—	17	15	11	—	4	3	5
50– 59	22	11	1	22	6	3	—	2	4	3
60 и ст.	4	2	3	16	1	1	1	3	—	7
Не указ.	3	1	2	2	—		1	—	—	—
ВСЕГО:	284	338	994	1707	128	179	226	401	170	220

В госпитализации нуждалось всего 58 человек, из которых 28 было мужчин и 30 женщин.

Как видно из таблицы 6, по поводу чесотки женщины обращались значительно чаще, чем мужчины. Это подтверждает и показатель заболеваемости на 1000 населения, который у мужчин равнялся 9,7 , а у женщин 13,1.

Наибольшее распространение имела чесотка как у мужчин, так и у женщин в возрасте от 5 до 14 лет. Высока заболеваемость была также у подростков/15-19 лет/ и у детей до 5 лет.

Показатель заболеваемости населения Свердловска чесоткой мы должны признать высоким.

По данным проф. Григорьева, чесотка, являясь бытовою болезнью старого строя, за годы революции резко снизилась в нашей стране. Григорьев пишет: "Чрезвычайно показательны в этом смысле следующие сравнительные данные в некоторых национальных республиках: по данным Туранова в Удмуртии количество больных чесоткой в 1926 году составляло 27,4% населения, а в 1936 году - 1,2%; в Киргизии /Вознесенская/- в 1926 г.-16% всех амбулаторных больных, а в 1935 году при массовых обследованиях чесотка была констатирована в 1,2%".

Отсюда следует, что в наших советских условиях хорошо организованная борьба с чесоткой быстро приводит к хорошим результатам. Поэтому высокий показатель заболеваемости чесоткой в Свердловске мы должны рассматривать прежде всего как плохой показатель работы органов здравоохранения.

Отсутствие должного внимания к борьбе с чесоткой, привело к тому, что в 1938 и 1939 годах мы имели даже значительный рост числа больных чесоткой по сравнению с 1937 годом.

Лишь в конце 1939 года, по постановлению Исполкома Городского Совета, был организован в Свердловске скабиозорий, который уже сыграл свою положительную роль и который должен быть постоянно действующим лечебно-профилактическим учреждением города.

Детские сады и школы также должны уделять этому вопросу серьезное внимание, так как наиболее часто чесотка отмечается, как м

видели, в дошкольном и школьном возрастах.

Преимущественно поступающими больных были члены рабочих семей.

Заболеваемость чесоткой имела определенные сезонные колебания.

В первой половине года чесотка все время держалась, например, на одинаковом, среднем уровне. Так как никакой систематической, массовой работы по борьбе с чесоткой не велось, то в осенние месяцы, когда увеличивается контакт, появляется теплая одежда, затрудняется мытье, заболеваемость дала резкий подъем, достигнувший максимума в октябре /760 случаев за один месяц/. После этого, под влиянием предпринятых мер борьбы – заболеваемость снова снизилась пошла убывать, но, как мы видели выше, в 1938 и 1939 годах она была еще более высокие показатели, чем в 1937 году.

Это еще раз свидетельствует о неправильности постановки работы органов здравоохранения в борьбе с массовыми заболеваниями.

Обычно мы боремся лишь с "пиками" заболеваний и наш пыл остывает сейчас же вслед за снижением "пика".

Мы как бы успешно штурмуем неприятеля, но не уничтожаем его полностью, в результате чего он снова накапливает силы и борьба начинается сначала.

ЛЯМБЛИОЗ. Лямблиоз был отмечен у трех мужчин /все – служащие: 26, 23 и 39 лет/ и у одной женщины /служащей – 48 лет/.

В госпитализации никто из них не нуждался.

Т Р А В М А Т И З М .

С травмами было зарегистрировано 54918 обращений, или 137,1 на 1000 населения.

Разделить травмы на производственные и бытовые мы не могли, так как учетная карта предусматривала лишь диагноз заболевания без отношения его к производству. Поэтому травматизм разработан нами только по следующим признакам: по виду и локализации повреждений; полу, возрасту и общественному положению обратившихся.

Распределение больных по характеру травм и по полу приведено на таблице 1.

Табл.1

Виды травм	Число обратившихся: Мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
Механические травмы	30401	15905	46306	84,3
Ожоги	3347	2925	6272	11,4
Перегревы	14	6	20	0,05
Повреждения электротоком	21	3	24	0,05
Отморожения	362	124	486	0,9
Укусы	202	246	448	0,8
Побои	25	47	72	0,1
Прочие и без указания	778	512	1290	2,4
ВСЕГО:	35150	19768	54918	100,0

Основной вид травматизма составляли механические травмы /84,3%/; затем - ожоги /11,4%/, отморожения /0,9%/, укусы /0,8%/ и др.

Мужчины обращались более чем вдвое чаще женщин: на 1000 мужского населения было 190,8 обращений, а на 1000 женского населения - 91,3.

Рассмотрим отдельные виды повреждений.

МЕХАНИЧЕСКИЕ ТРАВМЫ.

С механическими травмами было зарегистрировано 46306 обращений По отдельным видам механических травм и полу больные распределялись следующим образом:

	Число обратившихся.			
	Мужчин	женщин	Об.пола	% к итогу
Ранения	13584	6807	20391	44,0
Ушибы	8139	4730	12869	27,7
Вывихи и растяжения	1721	1066	2787	6,0
Переломы	1387	808	2195	4,9
Отрывы и размозжения	256	82	338	0,7
Инородные тела	4012	1746	5758	12,4
Ссадины, царапины и эрозии	1302	666	1968	4,3
ВСЕГО:	30401	15905	46306	100,0

На долю ранений и ушибов относилось свыше 70% всех механических травм.

РАНЕНИЯ. По поводу ранений было 20391 обращение или 50,3 на 1000 населения. Другими словами, на каждые 100 жителей Свердловска в течение года по поводу ранений было 5 обращений. Этот показатель мы должны признать высоким.

Распределение ранений по отдельным частям тела и органам приведено на таблице 2.

табл.2

Место ранений	Число обратившихся: Мужчин	женщин	Об. пола	% к итогу
Голова	1274	539	1813	8,8
Лицо	757	263	1020	5,0
Глаза	228	67	295	1,7
Ш е я	22	8	30	0,1
Грудь	47	11	58	0,3
Живот	19	4	23	0,1
Позвоночник	26	15	41	0,2
Поясница	6	1	7	0,0
Т а з	23	11	34	0,2
Половые органы	7	2	9	0,0
Верхние конечности	8595	4224	12819	62,8
Нижние конечности	2147	1436	3583	17,6
Прочие и без указания	433	226	659	3,2
ВСЕГО:	13584	6807	20391	100,0

Как видно из таблицы 2 подавляющее большинство случаев ранений /62,8%/ падало на верхние конечности.На втором месте стояли — нижние конечнсоти /17,6%/;далее шли:голова /8,8%/,лицо /5%/,глаза /1,7%/,грудь /0,3%/ и др.

В госпитализации нуждалось 240 человек /1,1%/ из них 185 мужчин и 55 женщин.Судя по числу нуждавшихся в госпитализации, подавляющее большинство ранений было легкого характера.

Мужчины обращались по поводу ранений в 2,3 раза чаще,нежели женщины.На 1000 мужского населения было зарегистрировано 73,8 ранений,а на 1000 женского - 31,4.

По отдельным возрастным группам отношения обращаемости мужчин и женщин были неравномерны,что видно из повозрастных показателей.

Показатели обращаемости на 1000 населения соответствующего

пола и возраста приведены на таблице 3.

табл.3

Возраст	Обратил.с ранениями на т.нас. Мужчин	женщин	об.пола
До 1 года	4,9	2,2	3,6
1 - 2	9,4	3,9	6,7
3 - 4	17,3	10,1	13,8
5 - 7	25,5	12,2	18,8
8 - 9	34,4	13,5	23,5
10 -14	33,1	13,6	23,1
15-17	103,4	20,7	59,8
18 -19	181,6	72,2	123,8
20 -24	136,0	68,4	96,9
25 -29	106,2	47,4	76,3
30 -39	82,3	36,4	58,0
40 -49	68,3	29,7	45,8
50 -59	44,3	14,7	26,0
60 и ст.	26,9	8,7	14,1
ВСЕГО:	73,8	31,4	50,3

Как видно из таблицы обращаемость женщин была значительно ниже во всех возрастах. Она несколько сближалась с мужской лишь в раннем детском возрасте.

В возрасте от 5 до 10 лет обращаемость мужского пола была уже значительно выше, чем женского, что можно об"яснить большей подвижностью и склонностью мальчиков, по сравнению с девочками./уличный травматизм, игры/.

Максимум частоты обращаемости с ранениями у мужчин и женщин относился к возрастной группе в 18-19 лет, после чего отмечалось неуклонное снижение.

Резкое преобладание мужчин, наибольшая обращаемость в цветущем рабочем возрасте и, наконец, высокий удельный вес рабочей группы/78,3%/ среди всех обратившихся- уже сами по себе эти

факты дают основание судить о том,что решающую роль в частоте ранений играют производственные условия.

Это положение полностью подтверждается следующими показателями обращаемости с ранениями на 1000 рабочих и 1000 служащих

	Обратилось на 1000 человек	
	Мужчин	женщин
Рабочих	178,1	107,0
Служащих	20,2	12,5

Отсюда мы видим,что мужчины и женщины - рабочие обращались чаще служащих почти в 9 раз.

Приведем несколько примеров,ярко иллюстрирующих частоту и характер ранений на одном из предприятий Свердловска /ВИЗ/.

1. Больная Ж.,- 20 лет,рабочая-сортировщица.Обратилась за 1937 год 16 раз по поводу ранений,из них:по поводу ранений пальцев рук - 11 раз,по поводу ранений ладони - 4 раза и ранения тыла кисти - 1 раз.

2. Больная Р., - 19 лет,рабочая-промерщица.Обратилась в течение года по поводу ранений - 17 раз.Из них:ранения пальцев рук - 12 и разные раны предплечий - 5 раз.

3. Больная Р., - 21 года,рабочая, обратилась за год по поводу ранений - 19 раз.Из них:с разными ранами пальцев рук 10 раз,с резаными ранами кисти - 3 раза,предплечья - 4 раза и - стопы 2 раза.

Эти примеры показывают,что у работниц,имевших дело с листовым железом,повидимому,не было никаких защитных приспособлений для рук,в результате чего имело место столько,можно сказать, ненужных травм.Роль здравпункта,повидимому,сводилась лишь к оказанию первой медицинской помощи.

Обращает внимание и возраст этих трех приведенных больных.Все они - очень молодые,на производство пришли недавно и не имели еще достаточно опыта и навыков в работе.

На таблице 4 приведено сравнение показателей частоты ранений на 1000 населения Москвы и Свердловска за 1937 год.

Табл.4

Обратилось с ранениями на 1000 населения								
Москва		Свердловск		Возраст	Москва		Свердловск	
мужч.	женщ.	мужч.	женщ.		мужч.	женщ.	мужч.	женщ.
2,8	3,0	4,9	2,2	20–29	99,0	35,2	118,2	57,4
14,9	9,0	12,4	6,2	30–39	53,5	21,8	82,3	36,4
39,6	18,0	29,1	12,6	40–49	38,4	17,0	68,3	29,7
41,1	15,9	33,1	13,6	50–59	31,2	12,0	44,3	14,7
00,1	27,7	136,6	42,5	60 и ст.	20,6	7,0	26,9	8,7

Из таблицы прежде всего видно, что в обоих городах максимальная частота ранений отмечалась у лиц в возрасте от 15 до 19 лет и затем – от 20 до 29 лет. Несомненно, что основная причина такого травматизма в цветущем рабочем возрасте лежит в условиях труда и в профессиональном навыке.

Заболеваемость женщин и в Москве и в Свердловска во всех возрастных группах была ниже, нежели у мужчин /кроме девочек до 1 года в Москве./

Далее мы можем отметить, что у мальчиков первого года жизни ранения были чаще в Свердловске, у детей же обоего пола дошкольного и школьного возраста ранения чаще отмечались в Москве. Начиная же с 15 лет и во всех последующих возрастных группах ранения были чаще и у мужчин и у женщин в Свердловске. Особенно велико различие в показателях частоты ранений между Москвой и Свердловском у лиц в возрасте 15–19 лет. (65)

УШИБЫ. С ушибами было зарегистрировано 12869 обращений, или 32,1 на 1000 населения.

В госпитализации нуждалось 266 человек, или 2,6 процента/из них 166 мужчин и 100 женщин./

Мужчины обращались чаще женщин: на 1000 мужчин было 44,1 об-

ращение, а на 1000 женщин - 21,8.

По локализации ушибов и полу больные распределялись следующим образом /таблица 5/.

Табл.5.

Место ушиба	Число обрат.с ушибами: мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
Голова	352	302	654	5,8
Л и ц о	170	108	278	2,1
Глаза	246	108	354	2,7
Ш е я	20	12	32	0,2
Грудь	805	454	1259	9,7
Живот	12	11	23	0,1
Позвоночник	136	106	242	1,8
Поясница	104	80	184	1,4
Т а з	124	119	243	1,8
Половые органы	39	4	43	0,3
Верхние конечности	3127	1592	4719	36,6
Нижние конечности	2764	1654	4418	34,3
Не указано	240	180	420	3,2
	8139	4730	12869	100,0

К ушибам головы нами отнесены и случаи сотрясения мозга, которых было отмечено 54 случая, из них: 36 у мужчин и 18 у женщин. Среди больных сотрясение мозга у детей /до 15 лет/ наблюдалось в случае было - 21 и у взрослых в случаях - 33, в том числе в 24 у рабочих. В госпитализации при сотрясении мозга нуждалось 23 человека /13 мужчин и 10 женщин./

Как видно из таблицы 5 наиболее подвержены ушибам верхние конечности, затем нижние конечности, грудь, голова, глаза, лицо и проч.

Показатели заболеваемости на 1000 населения по полу и возрасту приведены на таблице 6.

Табл.6.

Возраст	Обратил.с ушибами на тыс.населен. Мужчин	женщин	об.пола
До 1 года	6,7	8,5	7,6
1 - 4	12,8	12,9	12,9
5 - 9	13,9	10,9	12,7
10-14	18,9	12,7	15,7
15-19	55,8	22,4	38,2
20-29	65,9	28,8	46,9
30-39	52,9	24,6	37,9
40-49	54,8	23,9	37,5
50-59	50,5	25,8	35,3
60 и более	39,1	21,2	26,5
ВСЕГО:	44,1	21,8	32,2

Лишь в возрасте до 1 года ушибы были чаще у девочек,чем у мальчиков,что,вероятно,является простою случайностью.Во всех остальных возрастных группах ушибы значительно чаще отмечались у мужского пола.

При сравнении с ранениями обращает внимание то обстоятельство,что ушибы довольно часто встречались в среднем и пожилом возрасте/у мужчин и женщин/,тогда как ранения преимущественно в молодом.

Основная причина ушибов,также как и ранений,заключается в производственных условиях,что видно из следующих показателей:

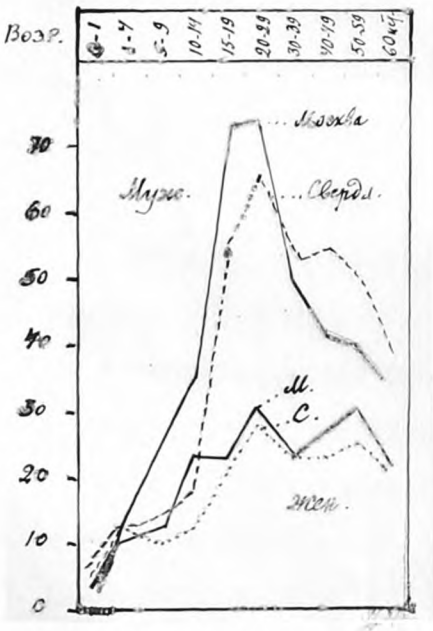
	Обратилось на 1000 чел. мужчин	женщин
Рабочих	98,7	52,5
Служащих	16,3	13,6

Мужчины рабочие обращались с ушибами в 6 раз чаще,чем мужчины служащие.Женщины-работницы - в 3,8 раза чаще,чем женщины-служащие.

Сравнение с московскими данными за 1937 год показывает, что относительная частота ушибов среди населения в Москве была выше, чем в Свердловска. Так, на 1000 мужского населения в Москве было 49,8 ушибов а в Свердловске – 44,1; на 1000 женского населения в Москве было 25,3 ушибов, а в Свердловске – 21,8.

Показатели обращаемости по поводу ушибов на 1000 населения в Москве и Свердловске представлены на диаграмме № 1. На диаграмме видно, что у мужчин ушибы были чаще в Свердловске в раннем детском возрасте и, начиная с 30 лет, во всех последующих возрастных группах. Общий показатель Москвы оказался выше Свердловского исключительно за счет детского и молодого возрастов.

Ушибы на 1000 населения № 1
(Свердловск и Москва 1937 г.)



У женщин в Свердловске ушибы были чаще лишь у маленьких детей; во всех остальных возрастных группах их было меньше, чем в Москве.

Отмечено еще 72 обращения (25 мужчин и 47 женщин преимущественно в возрасте от 20 до 40 лет с множественными ушибами (побоями)

ВЫВИХИ И РАСТЯЖЕНИЯ. По поводу вывихов и растяжений было 2787 обращений, или 6,9 на 1000 населения.

Распределение обратившихся по полу и возрасту приведено на таблице 7.

Табл. 7

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	об. пола	% к итогу
0–4	45	48	93	3,4
5 – 9	33	28	61	2,2
10–14	73	47	120	4,3
15–19	244	153	397	14,3
20–29	706	383	1089	39,1
30–39	354	201	555	19,9
40–49	157	104	261	9,3
50–59	66	56	122	4,4
60 и ст.	38	44	82	2,9
Не указ.	5	2	7	0,2
ВСЕГО:	1721	1066	2787	100,0

Около 70% всего состава больных относилось к лицам в возрасте от 18 до 50 лет.

Мужчины обращались чаще женщин:на 1000 мужского населения было 9,3 обращений,а на 1000 женского населения - 5,0.

Рабочие обращались значительно чаще служащих,что видно из следующих показателей:

	Обратилось на 1000 челов. мужчин	женщин
Рабочих	17,1	10,3
Служащие	7,4	5,4

В госпитализации нуждалось 85 человек /3,0 %/,из них:мужчин-63 и женщин- 22.

ПЕРЕЛОМЫ. С переломами было зарегистрировано 2195 обращений,или 5,4 на 1000 населения.

В госпитализации нуждалось 299 человек /199 мужчин и 100 женщин/,или 13,6 процента.

Мужчины обращались по поводу переломов вдвое чаще,чем женщины.На 1000 мужского населения было 7,5 обращений,а на 1000 женского населения - 3,7.

По локализации переломов и полу больные распределялись следующим образом /таблица 8/.

Табл.8

Место перелома	Число обратившихся: Мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
Кости черепа	11	3	14	0,7
Кости лица	11	—	11	0,5
Ребра	173	69	242	11,0
Позвоночник	30	9	39	1,8
Кости таза	12	7	19	0,9
Ключица	136	73	209	9,5
Лопатка	14	5	19	0,9
Плечо	79	39	118	5,4
Предплечье	266	348	614	28,0
Кости кисти	156	47	203	9,2
Бедро	31	28	59	2,7
Надколенник	6	2	8	0,3
Голень	261	122	383	17,4
Кости стопы	152	31	183	8,3
Другие и неясно обозн.	49	25	74	3,4
ВСЕГО:	1387	808	2195	100,0

Наиболее распространенным переломом был перелом костей предплечья, давший 28 процентов всех случаев переломов. Далее шли: голень /17,4%/, ребра /11%/, ключица /9,5/, кости кисти /9,2%/, кости стопы /8,3%/ и другие, более редкие виды переломов.

Для более наглядного обзора – локализация переломов представлена также /в процентах к итогу/ на диаграмме № 2.



Распределение больных по локализации переломов и возрасту приведено на таблице 9.

Табл.9

	Возраст и число обратившихся								
	0-4	5-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и ст.	Всего
	1	1	—	6	4	2	—	—	14
		1	1	4	3	1	1	—	11
	2	3	6	17	51	65	56	40	240
		1	4	9	12	8	2	2	38
	1	—	—	12	2	3	—	—	18
	46	44	22	41	23	15	13	4	208
		2	1	2	9	2	1	2	19
	9	34	5	14	11	9	16	19	117
	22	129	56	106	70	54	83	93	613
	8	6	23	74	47	18	17	8	201
	19	11	2	5	4	3	8	7	59
			1	3	3	1			8
	11	45	38	93	74	57	37	25	380
	2	6	11	70	53	28	12	1	183
	3	3	7	25	19	8	6	3	74
	124	286	177	481	385	274	252	204	2183

Как видно из таблицы 8 большинство видов переломов отмечалось в возрастных группах от 20 до 40 лет. Перелом ребер был

свойственен больше пожилому и старческому возрасту, а перелом ключицы и предплечья – детскому и юношескому возрасту.

Переломы позвоночника и надколенника отмечались почти только у взрослых. Главным образом у взрослых были переломы: костей черепа и лица, костей таза и лопатки. Остальные переломы встречались и у детей.

Наибольшее число переломов костей таза, предплечья, голени, костей кисти и стопы было у лиц в возрасте 20–29 лет.

Распределение больных по локализации переломов, полу и общественному положению показывает, что все виды переломов у рабочих отмечались чаще, нежели среди прочего населения, но особенно можно отметить частоту переломов у рабочих: костей черепа и лица, позвоночника, костей кисти и костей стопы.

Различие в частоте всех видов переломов у рабочих и у служащих видно из следующих показателей:

	Обратилось на 1000 человек	
	Мужчин	женщин
Рабочих	13,3	4,7
Служащих	3,8	2,2

У женщин разница в частоте переломов у работниц и у служащих значительно меньше, чем у мужчин, что, повидимому, зависело от различия в характере работы.

ОТРЫВЫ И РАЗМОЖЕНИЯ. С отрывами и размозжениями было зарегистрировано 338 обращений.

Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 10.

Табл.10

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
0 - 4	—	1	1	0,3
5 - 9	6	—	6	1,8
10-14	9	4	13	3,8
15-19	38	7	45	13,4
20-29	110	34	144	42,7
30-39	57	22	79	23,4
40-49	21	7	28	8,4
50-59	10	4	14	3,8
60 и ст.	5	3	8	2,4
ВСЕГО:	256	82	338	100,0

Наибольшее число больных было в возрасте 20-29 лет / %/.Мужчины обращались в 3,5 раза чаще женщин:на 10000 мужского населения было 13,8 обращений,а на 10000 женского населения -3,8.

Отрывы и размозжения отмечались главным образом у рабочих. Для рабочих и служащих /на 1000 человек соответствующей общественной группы и соответствующего пола/ мы имели такие показатели:

	Обратилось на 1000 челов. Мужчин	Женщин
Рабочих	3,5	1,0
Служащих	0,3	0,2

В госпитализации нуждались 21 человек /6,2%/,из них :18 мужчин и 3 женщины.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА. С внедрением инородных тел было отмечено 5758 обращений,или 14,4 на 1000 населения.

По полостям внедрения инородных тел и полу больные распределялись следующим образом:/таблица 11./.

Табл.11

Локализация инородного тела.	Число обратившихся: Мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
Зев и миндалины	35	67	102	1,8
Пищевод	11	20	31	0,5
Нос	32	28	55	0,9
Глаза	3599	1150	4749	82,6
У ш и	51	75	126	2,2
Верхние конечности	194	305	499	8,7
Нижние конечности	46 44	69 37	115 81	1,9 1,4
Прочт. и без указания				
ВСЕГО:	4012	1746	5758	100,0

Из таблицы видно, что подавляющее число обращений /82,6%/ было по поводу внедрения инородных тел, попавших в глаз.

На втором месте по частоте обращений больных стояли инородные тела верхних конечностей /8,7%/, на третьем ~~не~~ ушей /2,2%/, затем - нижних конечностей /1,9%/, далее: зева и миндалин/1,8%/, носа - /0,9%/ и пищевода /0,5%/.

Характер инородных тел весьма различный: здесь были и обычные занозы и железные стружки, иголки /конечности/, кости /зев, пищевод/, горох, пуговицы/нос, уши/, насекомые/уши/ и т.д.

В госпитализации нуждались 61 человек /36 мужчин и 25 женщин/. Мужчины обращались по поводу инородных тел в два с половиной раза чаще, нежели женщины: на 1000 мужского населения было 21,8 обращений, а на 1000 женского - 8,1.

Особенно часто с инородными телами обращались мужчины в возрасте от 15 до 50 лет, а женщины от 18 до 40 лет.

Показатели обращаемости с инородным телом на 1000 населения соответствующего пола и возраста приведены на таблице 12.

Табл.12

Возраст	Обратилось на 1000 человек: мужчин	женщин	об.пола: итого
До 1 года	1,5	1,4	1,4
1 - 4	4,2	3,7	4,0
5 - 9	4,4	4,0	4,2
10-14	4,1	3,9	4,0
15-19	35,7	8,9	21,6
20-24	47,4	15,4	28,7
25-29	39,0	11,5	25,1
30-39	23,5	9,6	16,1
40-49	18,1	8,6	12,3
50-59	10,5	5,5	7,4
60 и ст.	5,8	2,4	3,4
ВСЕГО:	21,8	8,1	14,4

Во всех без исключения возрастных группах мужчины обращались чаще женщин.

Обращаемость резко повышалась с наступлением рабочего возраста, достигала максимума у лиц в возрасте 20-24 лет, а затем постепенно снижалась.

Показатели обращаемости по поводу внедрений инородного тела на 1000 рабочих и 1000 служащих были следующие:

	Обратилось на 1000 человек. Мужчин	женщин
Рабочих	52,1	16,4
Служащих	8,6	9,1

Остановимся еще на внедрениях инородном теле в глазу, как травме, имеющей их большое социальное значение. По поводу внедрения инородного тела в глаз на 1000 мужского населения было 19,5 обращений, а на 1000 женского - 5,3.

Среди травм глаза инородное тело по числу случаев занима

ет первое место. По локализации инородного тела в глазу, наши больные распределялись следующим образом /таблица 13/.

Табл. 13

Место внедрения и.т.	Число больных: мужчин	женщин	об. пола	% к итогу
В е к и	243	200	443	9,3
Слезные точки	2	3	5	0,1
Кон"юнктива	268	248	516	10,9
Роговая оболочка	2520	514	3034	63,9
С к л е р а	1	2	3	0,05
Радужная оболочка	4	—	4	0,05
Без указания	561	183	744	15,7
ВСЕГО:	3599	1150	4749	100,0

Подавляющее большинство случаев инородного тела /64%/ падает на роговую оболочку.

Максимальное число случаев внедрения инородного тела в глаз было у лиц в возрасте 25–29 лет. К возрасту же от 15 до 39 лет относилось 84% всех случаев.

Роль условий труда видна из следующих показателей:

	Обратилось на 1000 человек. мужчин	женщин
Рабочих	48,6	11,3
Служащих	7,5	4,6

Сопоставление частоты внедрения инородных тел в глаз у населения Свердловска и Москвы /на 1000 населения соответствующего пола и возраста/ за 1937 г. приведена на таблице 14.

Табл.14.

Возраст	Инородное тело в глазу на тыс.нас. Москва: мужчин	Москва: женщин	Свердловск: мужчин	Свердловск: женщин
До 1 г.	1,1	0,7	1,3	0,6
1 – 4	2,1	1,8	1,1	0,6
5 – 9	3,9	3,5	2,3	2,1
10–14	4,8	3,9	2,7	2,2
15–19	43,0	10,5	33,0	6,6
20–29	54,1	16,7	39,5	9,5
30–39	32,0	10,4	21,4	6,2
40–49	18,4	7,5	16,0	5,3
50–59	11,1	5,1	9,0	3,5
60 и бол.	6,5	2,5	5,2	1,2

За исключением детей первого года жизни, во всех остальных возрастных группах, как среди мужчин, так и среди женщин, обращаемость по поводу внедрения инородного тела в глаз в Москве было больше, чем в Свердловске.

ССАДИНЫ И ЭРОЗИИ. С этими видами травматизма было 1968 обращений. Распределение обратившихся по полу и возрасту приведено на таблице 15.

Табл.15

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
0– 4	21	16	37	1,9
5 – 9	39	23	62	3,2
10–14	51	50	101	5,0
15–19	265	106	371	18,9
20–29	523	267	790	40,1
30–39	274	117	391	19,8
40–49	84	86	130	6,7
50–59	32	25	57	2,8
60 и ст.	9	12	21	1,1
Не указ.	4	4	8	0,5
ВСЕГО:	1302	666	1968	100,0

На долю лиц в возрасте от 15 до 40 лет относилось 78,8% всей обращаемости.

Основной контингент обращавшихся с ссадинами и эрозиями сос вляли рабочие, что видно из следующих показателей:

	Обратилось на 1000 человек. мужчин	женщин
Рабочих	17,0	9,7
Служащих	2,1	1,1

В госпитализации нуждались 2 человека /мужчины/.

О Ж О Г И .

О ожогами было зарегистрировано 6272 обращения, или 15,6 на 1000 населения.

В подавляющем большинстве случаев не было указаний на характер ожогов.

Распределение ожогов по их локализации и по полу обратившихся приведено на таблице 16.

Табл. 16.

Место ожога	Число обратившихся			
	Мужчин	Женщин	Об.пола	%
Голова	41	28	69	1,2
Лицо	143	98	241	3,6
Глаза	509	176	685	10,9
Шея	71	18	89	1,5
Грудь	48	31	79	1,3
Живот	38	11	49	0,8
Спина	30	15	45	0,7
Половые органы	4	-	4	0,06
Поясница	5	5	10	0,2
Ягодицы	18	28	46	0,7
Верхние конечн.	1526	1490	3016	48,09
Нижние конечн.	752	759	1511	24,05
Не указано	162	266	428	6,9
ВСЕГО :	3347	2925	6272	100,0

часто ожогам подвергались

Наиболее ~~ранимыми в смысле частоты ожогов~~ были конечности /главным образом верхние/, затем – глаза и лицо.

Мужчины обращались по поводу ожогов чаще женщин. На 1000 мужского населения было 18,1 обращение, а на 1000 женского – 13,5.

Показатели обращаемости на 1000 населения соответствующего пола и возраста приведены на таблице 17.

Табл. 17.

Возраст	Обращаем. на тыс. нас. с ожогами		
	мужчин	женщин	об. пола
До 1 г.	6,8	5,9	6,3
1 – 4	8,2	7,5	7,8
5 – 9	5,5	4,9	5,2
10–14	4,4	4,7	4,6
15–19	30,9	14,3	22,2
20–29	29,4	23,2	26,1
30–39	21,2	14,7	17,8
40–49	15,7	15,3	15,5
50–59	9,1	9,5	9,3
60 и бол.	6,9	5,1	5,6
ВСЕГО:	18,1	13,5	15,7

Как видно из таблицы 17 наименее часты были ожоги у детей в возрасте 5–10 лет. У лиц от 15 до 50 лет – ожоги встречались наиболее часто, причем максимальные показатели были: у мужчин в 15–19 лет, а у женщин – 20–29 лет. У женщин ожоги были чаще лишь в возрастной группе 50–59 лет. Во всех остальных возрастных группах ожоги чаще были у мужчин.

Сравнение с Москвой показывает, что в Свердловске с ожогами обращались чаще, чем в Москве, как мужчины так и женщины. На 1000 населения соответствующего пола в 1937 г. было обращений:

	В Москве	в Свердловске
Мужчины	14,0	18,1
Женщины	11,2	13,5

Особенно заметным было различие в частоте ожогов у мужчин /на 4,1/. В Москве ожоги были чаще лишь у детей от 5 до 14 лет. Во всех остальных возрастных группах - ожоги были чаще в Свердловске.

Производственные условия при ожогах играют очень большую роль, что видно из следующих показателей:

	Обратилось на 1000 человек: мужчин	женщин
Рабочих	44,1	38,3
Служащих	4,2	7,3

Мужчины рабочие обращались почти в 10 раз чаще, а женщины - рабочие - в 5 1/2 раз чаще, чем служащие.

Среди ожогов у рабочих мужчин видное место занимают ожоги раскаленным металлом, а у рабочих женщин - химические ожоги /кислоты, негашеная известь и др./.

В госпитализации нуждалось 137 человек /2,2%/, из них: 72 мужчины и 65 женщин/.

ПЕРЕГРЕВЫ. С перегревами обратилось всего 20 человек. Распределение больных по полу, возрасту и общественному положению приведено на таблице 18.

табл.18

Возраст:	Число обратившихся								Всего		
	Рабочих		Чл.сем.р:		Служащих		Чл.сем.сл:				
	муж:	жен.:	м.	ж.	м.	ж.	муж.	ж.:	муж.	жен	об.
3 - 4	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1
20-24	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
25-29	6	—	—	—	1	—	—	—	7	—	7
30-39	7	—	—	1	—	—	—	—	7	1	8
40-49	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1
50-59	1	—	—	1	—	—	—	—	1	1	2
ВСЕГО:	15			2	2		1		18	2	20

Все рабочие и один служащий получили перегревы на производстве / на Верх-Исетском металлургическом заводе/ Остальные больные пострадали от солнца. В госпитализации нуждались 4 человека.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭЛЕКТРОТОКОМ.

Повреждение электротоком получили 24 человека.

Среди пострадавших были: 21 мужчина и 3 женщины.

В четырех случаях повреждения получили дети / от 3 до 14 лет /, а в 20 случаях - взрослые / от 18 до 50 лет /. Повреждения электротоком у взрослых все произошли в производственной обстановке / 18 рабочих и 2 служащих/.

В госпитализации никто не нуждался.

ОТМОРОЖЕНИЕ.

Отморожений было зарегистрировано 486 случаев, или 1,2 на 1000 населения.

Распределение больных по полу и возрасту приведено в таблице 20.

Табл.20

Возраст:	Число обратившихся мужчин	: женщин	: обоего пола
До 1 г.	1	1	2
1 - 2	2	3	5
3 - 4	1	—	1
5 - 7	2	—	2
8 - 9	2	2	4
10-14	27	9	36
15-17	28	9	37
18-19	34	17	51
20-24	99	35	134
25-29	54	20	74
30-39	63	18	81
40-49	22	7	29
50-59	19	1	20
60 и ст.	6	1	7
Не указ.	2	—	2
ВСЕГО:	362	124	486

Как видно из таблицы с отморожениями чаще обращались мужчины:на 1000 мужчин приходилось 1,9 обращений,а на 1000 женщин 0,5.Среди мужчин 59% составляли рабочие.

Наибольшее число больных было в возрасте от 18 до 40 лет.

В госпитализации нуждалось 13 человек/12 мужчин и 1 женщина/.

У К У С Ы . С укусами было 448 обращений,или 1,1 на 1000 населения.Распределение обратившихся по видам укусов и полу приведено на таблице 21.

Табл.21

Кем укушены	Число обратившихся мужчин	женщин	об.пола
Насекомыми	39	77	116
Птицей	—	1	1
Змеей	3	3	6
Морской свинкой	—	1	1
Крысой	1	1	2
Кошкой	3	6	9
Собакой	65	79	144
Свиньей	1	—	1
Лошадью	8	3	11
Человеком	6	2	8
Не указано	76	73	149
ВСЕГО:	202	246	448

В госпитализации нуждалось 8 человек /5 укушенных собакой и 3 укушенных змеей./

Распределение укушенных по полу и возрасту приведено на таблице 22.

Табл.22

Возраст:	Число обратившихся мужчин	женщин	об.пола
До 1 г.	4	5	9
1 - 2	13	23	36
3 - 4	17	12	29
5 - 7	20	15	35
8 - 9	21	10	31
10-14	29	25	54
15-17	5	7	12
18-19	3	8	11
20-24	17	25	42
25-29	17	25	42
30-39	30	29	59
40-49	10	35	45
50-59	13	16	29
60 и ст.	3	11	14
ВСЕГО:	202	246	448

Наиболее часто укусы отмечались в возрасте 10-14 лет.

П О Б О И. С этим видом травмы было зарегистрировано 72 человека. По полу и возрасту они распределялись следующим образом/таблица 23/.

Табл.23

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	об.пола
10 - 14	1	—	1
15 - 17	2	—	2
18 - 19	2	1	3
20 - 24	4	15	19
25 - 29	4	16	20
30 - 39	6	12	18
40-49	2	2	4
50 - 59	3	1	4
60 и ст.	1	—	1
ВСЕГО:	25	47	72

В госпитализации никто не нуждался.

Обращались почти исключительно лица взрослые, молодого и среднего возраста, причем женщины несколько чаще, чем мужчины.

ПРОЧИЕ ТРАВМЫ. С прочими травмами/главным образом – с травмами без указаний/было 1290 обращений.

В госпитализации нуждалось 95 человек /63 мужчины и 32 женщины/.

Приступая к общему обзору травматизма мы должны прежде всего отметить его высокий уровень в Свердловске за 1937 год. В общей заболеваемости населения Свердловска травматизмом стоял на втором месте, уступая лишь инфекционным болезням и составлял 11% всей заболеваемости.

Показатель травматизма на 1000 населения, как мы видели выше, равнялся 137,1. Это значит, что на каждых 7 жителей Свердловска приходился за год 1 случай травматизма, а из каждых 100 амбулаторных больных – 11 обращались по поводу травм.

По данным Л.А.Брушлинской в Москве за 1937 год приходилось на 1000 населения 133,3 случая травматизма, т.е. меньше, чем в Свердловске на 3,8 случаев на 1000 населения. Эти 3,8 случая на одну тысячу составили для Свердловска 1930 "дополнительных травм".

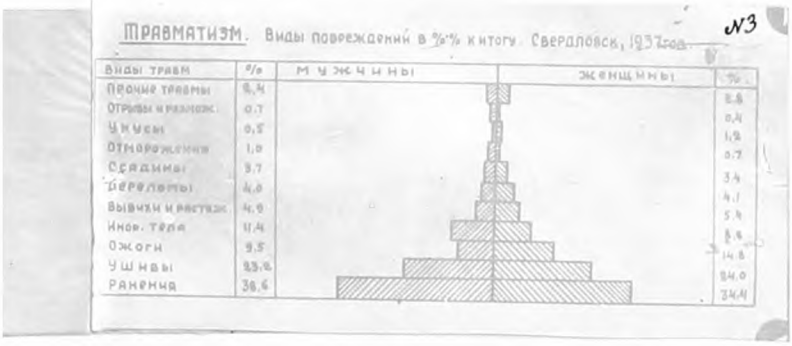
Характер травматизма, или его состав по важнейшим повреждениям /в процентах к итогу/ можно видеть на таблице 24.

Табл.24

Виды повреждений	:% к итогу
Ранения	37,1
Ушибы	23,5
Ожоги	11,4
Внедрение инородных тел	10,5
Вывихи и растяжения	5,1
Переломы	4,0
Ссадины, царапины, эрозии	3,6
Отморожения	0,9
Укусы	0,8
Отрывы и размозжения	0,6
Побои	0,1
Прочие травмы	2,4
Все травмы:	100,0

Таким образом наиболее распространенными видами повреждений являются: ранения, ушибы, ожоги и инородные тела. Эти четыре вида повреждений составляют 82,5% всего числа травм.

Состав больных по видам повреждений также /в процентах к итогу/ но отдельно у мужчин и женщин приведен на диаграмме № 3.



Как видно на диаграмме у мужчин, по сравнению с женщинами, был выше удельный вес следующих повреждений: ранений, инородных тел, ссадин, отморожений, отрывов и размозжений, а у женщин, по сравнению с мужчинами: ушибов, ожогов, вывихов и растяжений, переломов и укусов.

Это различие в удельных весах отдельных повреждений в структуре мужского и женского травматизма обнаруживает две определенные тенденции: производственную /у мужчин/ и бытовую /у женщин/.

При этом, как мы видели выше, мужчины обращались с повреждениями более чем в два раза чаще, чем женщины /190,8 случаев на 1000 мужского населения и 91,3 случая на 1000 женского населения/.

В Москве соотношение между травматизмом у мужчин и у женщин было примерно такое же, ~~как~~ что видно из следующих показателей:

	Все травмы на 1000 населения	
	мужчины	женщины
Москва	185,3	88,3
Свердловск	190,8	91,3

Из приведенных показателей также видно, что различие в уровне травматизма между Москвой и Свердловском было больше у мужчин, нежели у женщин.

Частота повреждений значительно колебалась в зависимости от возраста. Наименьший травматизм был у детей до 1 года, а наибольший в возрастной группе 20–29 лет.

Показатели всех видов травматизма на 1000 населения соответствующего пола и возраста приведены на таблице 25.

Табл.25.

Возраст:	Обратил. на 1000 человек мужчин	: женщин
До 1 г.	26,3	24,6
1 – 4	47,4	40,4
5 – 9	69,5	42,4
10–14	78,8	44,9
15–19	304,2	107,9
20–29	304,0	143,4
30–39	216,7	101,5
40–49	193,4	95,4
50–59	149,7	74,7
60 и ст.	105,7	56,4
ВСЕГО:	190,8	91,3

Из таблицы видно, что частота травматизма довольно быстро нарастает вместе с увеличением возраста; в 15–19 лет у мужчин и в 20–29 лет у женщин – достигает максимума, после чего начинает снижаться, но уже более замедленным темпом.

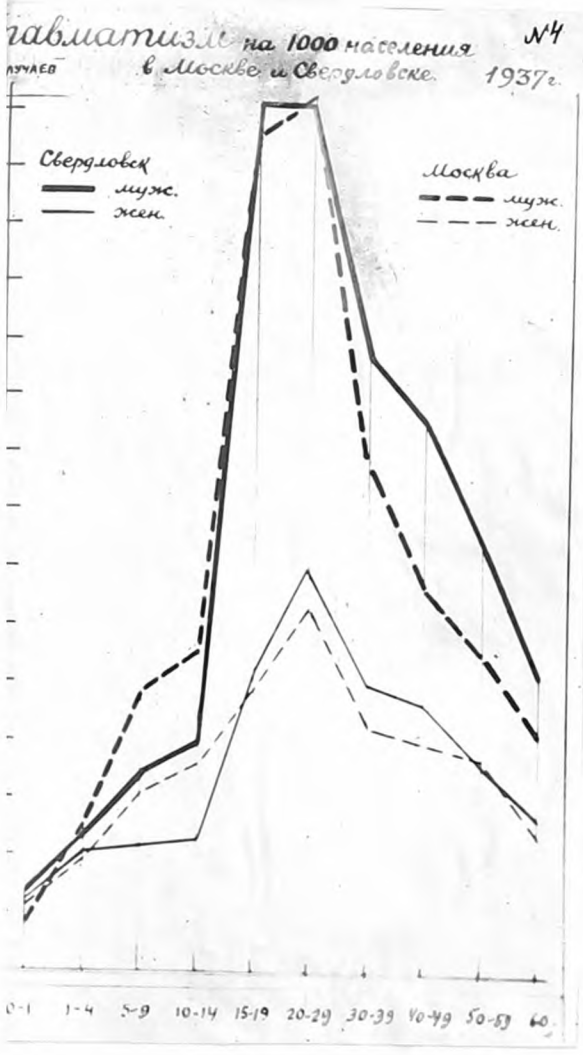
У мужчин показатели выше, чем у женщин во всех без исключения возрастных группах.

Обращает внимание относительно высокий показатель травматизма у маленьких детей и у стариков.

Сравнение наших показателей с показателями по г. Москве за 1937 год приведено на диаграмме № 4.

На диаграмме видно, что травматизм в Свердловске выше, чем в Москве, но не во всех возрастных группах. Он заметно выше у ма-

леньких детей, в рабочем и старческом возрастах. У детей же в возрасте от 4 до 14 лет – травматизм значительно выше в Москве.



Такое явление мы можем об"яснит во-первых, тем, что в Свердловске ус ловия домашнего быта у населения в общем менее благоприятны, чем у населения Москвы. Отсюда мы имеем в Свердловске более частый травматизм у маленьких детей и стариков.

Во вторых, условия труда на Свердловских заводах, повидимому, хуже, чем на Московских, – отсюда у нас выше травматизм среди населения рабочего возраста. И, в третьих, более высокий травматизм Московски детей дошкольного и школьного возраста, – есть результат уличного движения, которое в Москве много оживленнее и сложнее, чем в Свердловске.

На диаграмме мы видим, что общее соотношение травм по полу и возрасту в Москве и Свердловске, примерно одинаковое.

Сравнение показателей травматизма по важнейшим видам повреждений у детей первого года жизни в Москве и Свердловске приведено на таблице 26.

Табл.26

Виды повреждений	Обратил.детей до 1 года на т.своего нас.			
	Москва		Свердловск	
	мальчик.	девочек	мальчик.	девочек
Ранения	5,1	4,7	4,9	2,2
Ушибы	3,7	4,2	6,6	8,5
Ожоги	3,0	3,1	6,8	5,9
Вывихи и растяж.	0,6	0,6	0,9	1,4
Переломы	0,9	1,2	2,2	1,5
ВСЕГО:	13,3	13,8	21,4	19,5

Кроме ранений – по всем другим видам повреждений травматизм свердловских детей был заметно выше московских /особенно ушибам и ожогам/. Повидимому уход за маленькими детьми в Свердловске был хуже, чем в Москве; сказывались и бытовые условия /ожоги/.

Сравнение характера повреждений у мужчин и женщин /всех возрастных групп Москвы и Свердловска/ на 1000 населения приведено на таблице 27.

Табл.27

Виды повреждений	Обратилось на 1000 населения			
	Москва		Свердловск	
	мужч.	женщ.	мужчин	женщин
Все травмы	185,3	88,3	190,8	91,3
В т.ч.ранения [x]	98,3	34,7	100,3	39,8
" ушибы	49,8	25,3	44,1	21,3
" ожоги	14,0	11,2	18,1	13,5
" растяжения	8,5	5,9	9,3	5,0
" переломы	5,1	2,9	7,5	3,7

ПРИМЕЧАНИЕ: К ранениям отнесены – раны, ссадины и внедрение инородных тел в глаз. В Москве чаще отмечались ушибы и у женщин – растяжения. По остальным видам повреждений показатели были выше в Свердловске.

x) В ранения включены раны, ссадины и внедрение инородных тел в глаз.

В заключение остановимся на травматизме, как причине смерти

В 1937 году травмы послужили причиною смерти в 334 случаях составляло что дало 8,3 случаев смерти на 10000 населения. Смертей от травм промышленного характера зарегистрировано было 36 и от травм непромышленного и неустановленного характера 298.

Мужчин погибло от травм - 240, а женщин - 94. Это дало соотношение между умершими от травм мужчинами и женщинами как 2,5 к 1. Соотношение же между числом обратившихся по поводу травм больных мужчин и женщин равнялось 1,8 к 1. Следовательно у мужчин тяжелые травмы были чаще, чем у женщин.

Из 50 регистрировавшихся причин смерти, травма по числу случаев была на 7 месте.

Среди всех причин смерти, смерть от травм составляла 3,7 процента для обоих полов. У мужчин она равнялась 5,1 процента, а у женщин - 2,3 процента.

По возрастным группам этот процент сильно колебался. В расчете на население всех возрастов - процент кажется небольшим, но это происходит потому, что маленькие дети, у которых отмечалось наиболее число смертей от других причин, - имели сравнительно небольшое число смертей от травм, что видно при рассмотрении смертности от травм по отдельным возрастным группам.

На таблице 28 приведено распределение умерших от травм у мужчин и женщин по отдельным возрастным группам.

табл. 28

Возраст	% умерших от травм	
	мужчин	женщин
0 - 4	0,4	0,3
5 - 9	14,6	3,2
10-14	34,4	9,0
15-19	15,8	20,4
20-29	16,9	7,9
30-39	15,3	9,1
40-49	12,5	7,8
50-59	7,9	3,0
60 и ст.	4,5	2,2

Из таблицы видно, что в большинстве возрастных групп доля процент

смертей от травм – значителен на. И хотя абсолютные числа смертей от травм не велики, все же в отдельных возрастных группах они стоят в качестве важнейших причин смерти, в частности. Стоит только посмотреть на мальчиков 10– 14 лет. Из каждых 3-х умерших в 1937 году мальчиков этого возраста – 1 умер от повреждений. Это с точки зрения охраны здоровья детей является фактом большого значения. В основе лежит, повидимому, уличный травматизм.

В госпитализации со всеми видами травм нуждалось 1231 человек, из них: при ранениях – 240, ушибах – 266, вывихах – 85, переломах – 299, отрывах и размозжениях – 21, с внедрением инородных тел – 61, с ссадинами – 2, с ожогами – 137, перегревами – 4, отморожениями – 13, укусами – 8 и прочими травмами – 95 человек.

ОТРАВЛЕНИЯ.

По поводу отравлений было 612 обращений, или 1,5 на 1000 населения.

Распределение обратившихся по полу и возрасту приведено на таблице 1.

Табл.1

Возраст:	Число обратившихся			
	Мужчин	Женщин	Об.пола	% к итогу
До 1 года	4	3	7	1,2
1 – 2	7	7	14	2,3
3 – 4	7	8	15	2,4
5 – 7	8	6	14	2,2
8 – 9	4	4	8	1,3
10 –14	8	8	16	2,6
15 –17	4	4	8	1,3
18 –19	5	8	13	2,1
20 –24	23	30	53	8,7
25 –29	54	27	81	13,3
30 –39	152	48	200	32,7
40 –49	100	24	124	20,3
50 –59	34	13	47	7,7
60 и ст.	5	3	8	1,3
Не указ.	—	4	4	0,6
ВСЕГО:	415	197	612	100,0

Мужчины обращались значительно чаще. На 1000 мужского населения было 2,2 обращений, а на 1000 женского – 0,9.

Взрослые обращались гораздо чаще детей.

До 20 лет и старше 60 лет обращаемость по поводу отравлений была сравнительно небольшой, причем она была, примерно, одинаковой у мужчин и женщин.

В возрастных же группах от 20 до 60 лет, особенно в 30–

-39 лет отмечался значительный подъем обращений как мужчин, так и женщин, но у мужчин в этом возрасте подъем был втрое выше, чем у женщин.

Решающей причиной преобладания мужчин, как увидим ниже, было отравление алкоголем.

В госпитализации нуждалось 106 человек /17,3%/, в том числе: 62 мужчины и 44 женщины.

По отдельным видам отравлений больные распределялись следующим образом/таблица 2/.

Табл.2

Виды отравлений	Число обратившихся					% к итогу
	Мужчин		Женщин		Об.пола	
	абс.	%	абс.	%		
Алкоголь и его суррогаты	287	69,2	26	13,2	313	51,3
Пищевые отравления	74	17,9	94	47,7	168	27,5
Газы	30	7,2	38	19,3	68	11,1
Различные недества	15	3,6	24	12,2	39	6,3
Морфинизм	3	0,7	4	2,0	7	1,1
Без указания	6	1,4	11	5,6	17	2,7
Всего:	415	100,0	197	100,0	612	100,0

Как видно из таблицы 2 преобладание мужчин при отравлениях обусловлено исключительно алкоголем и его суррогатами. По всем другим видам отравлений - преобладали женщины.

НОВООБРАЗОВАНИЯ.

С новообразованиями обратилось 2808 человек/7,0 на 1000 населения/.В Москве этот показатель в 1937 году был равен 6,4.

По характеру опухолей больные распределялись следующим образом:

	Число обратившихся мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
Злокачественные опух.	153	368	521	18,5
Доброкачественные "	862	942	1804	64,3
Неустановленного характера	203	280	483	17,2
ВСЕГО:	1218	1590	2808	100,0

Следует иметь в виду,что в амбулаторной практике,особенно при первичном обращении,часто бывает трудно поставить правильный диагноз опухоли,в частности - рака.

При этом,как утверждают некоторые онкологи /проф.Ратнер/,- среди опухолей,диагносцированных как доброкачественные,наблюдается больший процент злокачественных,чем доброкачественных опухолей среди диагносцированных,как злокачественные.

1. Злокачественные опухоли.

Больные злокачественными опухолями по диагнозам распределялись следующим образом:

		% к итогу
Рак	497	95,5
Саркома	11	2,1
Без указания	13	2,4
ВСЕГО:		521

Р А К . Показатель заболеваемости раком равнялся 12,4 на 10.000 населения.

Мы не можем говорить об исчерпывающей полноте регистрации раковых больных, как, впрочем, и при многих других заболеваниях. Но это – общее явление /Меркова/. (103)

М.М.Мазур указывает, что онкологические пункты в Москве в течение 1937 года охватили около 70% предполагавшегося числа злокачественных опухолей. (96)

Какое число раковых больных мы могли бы предположить в Свердловске в 1937 году?

Если считать по Меркову, что наличное количество больных злокачественными новообразованиями втрое превышает количество ежегодно умирающих /т.к. средняя продолжительность жизни ракового больного равняется, по Н.Н.Петрову[x], трем годам/, то в Свердловске мы имели бы число больных злокачественными новообразованиями, равным 834. Рак, по тому же автору, в причинах смерти от злокачественных новообразований составлял 87%. Следовательно раковых больных было 726. Однако, если учесть замечание Меркова о том, что количество ежегодно погибающих от рака на 13–14% выше, чем регистрируют органы записи актов гражданского состояния, то это число возрастает до 827, или 20,6 на 10.000 населения.

Таково предположительное число раковых больных среди населе-

x) Петров Н.Н. Общее учение об опухолях. С.П.Б. 1910.

ния Свердловска в 1937 году. Было же зарегистрировано 497 обращений, т.е. на 330 меньше. Это можно об"яснить, во-первых, тем, что не все заболевшие обращались за медицинской помощью; во-вторых, не у всех обратившихся был распознан рак и , в-третьих, из 483 случаев опухолей без указания на их характер, какая-то часть, несомненно, относилась к раку.

О недостаточном охвате раковых больных, зависящем от невнимания к этому заболеванию врачей и от степени их осведомленности в вопросах онкологии говорят следующие факты.

Д-р А.Н.СКОБУНОВА, изследуя причины поздней обращаемости больных раком желудка / в г. Свердловске и области/ пришла к тому заключению, что 108 случаев из 271 /или 40%/ - " убедительно говорят против врача, причем прежде всего выступает на сцену неподготовленность его в вопросах онкологии; но наряду с этим, мы могли констатировать и явно небрежное, невнимательное отношение в подходе к больному" /133/.

Д-р Э.Б. ШАРЛАШ / 151/, тоже в Свердловске, занималась изучением поздней обращаемости больных раком грудной железы. По ее данным в 62% всех случаев не был сразу поставлен диагноз рака грудной железы.- " Наши случаи, - пишет т. Шарлаш, - пестрят описаниями лечения рака грудной железы кварцем, грязями, компрессами, втираниями и т.д., причем иногда это лечение назначалось даже без осмотра больной."

Такова характеристика качества диагностики рака, данная самими лечащими врачами.

Клиническая практика показывает также, что в большинстве случаев опухоли неустановленного характера в конечном результате оказываются - злокачественными.

Таким образом, предположительный показатель заболеваемости раком - 20,6 на 10000 населения можно считать близким к действительному.

Распределение раковых больных по поражению отдельных органов, возрасту и полу приведено на табл. I.

Табл. I.

Органы	Возраст и пол x/									
	25-29		30-39		40-49		50-59		60 и ст.	
	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.
Органы пищеварения	-	I	6	4	I5	I4	43	25	4I	45
Органы дыхания	-	-	-	-	I	-	4	2	5	-
Половые органы	-	2	-	44	-	6I	-	56	-	35
Грудная железа	-	I	-	8	-	8	-	8	-	3
Кожа	-	-	I	I	3	I	2	2	3	II
Прочие и безуказан.	I	I	6	2	4	7	2	4	2	9
Всего	I	5	I3	59	23	8I	5I	97	62	I03

Как видно из таблицы I, наиболее часто поражались раком половые органы и органы пищеварения. К этим системам органов относились

x/ Один случай опухоли отмечался у мальчика 6 лет.

лось 79,3 процента всех заболеваний.

Распределение больных по системам органов в %% к итогу было таким:

Половые органы	40,0%
Органы пищеварения	39,3
Прочие	7,9
Грудная железа	5,6
Кожа	4,8
Органы дыхания	2,4

Заболеваемость мужчин и женщин в смысле локализации процесса имеет значительные особенности, что видно на диаграмме № 1

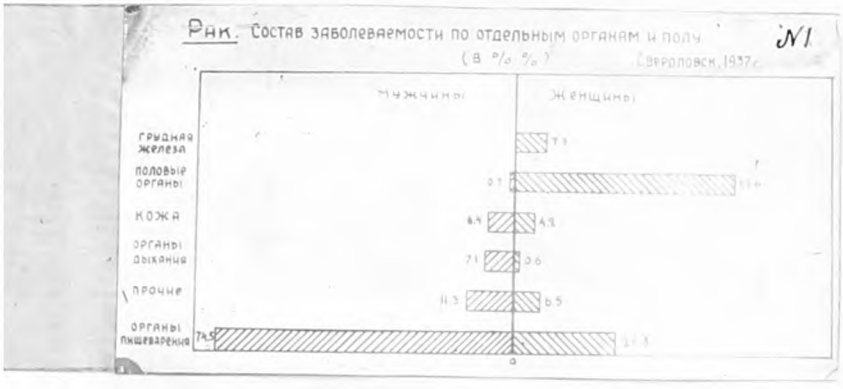


Диаграмма ясно показывает, что у мужчин в составе раковой заболеваемости доминируют органы пищеварения, а у женщин половые органы.

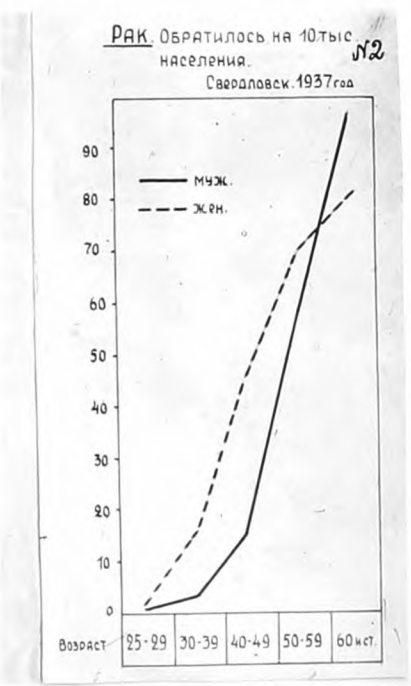
Рак отмечался лишь у лиц, начиная с 25 летнего возраста. Исключение составляет один случай: мальчик 6 лет, с диагнозом - "кровоточащая эпителиома тыла правой кисти".

Наибольшее число обратившихся /31%/ среди мужчин и женщин относились к возрастной группе в 60 лет и старше.

Показатели заболеваемости на 10.000 населения соответствующего возраста и пола были следующие:

Возраст	Обратилось на 10.000 населения муж.	женщ.
25 – 29	0,36	1,7
30 – 39	3,9	15,6
40 – 49	15,3	46,2
50 – 59	58,9	70,0
60 и ст.	97,3	80,6

Приведенные цифры показывают быстрое нарастание числа обращений по поводу раковой болезни с увеличением возраста, причем у мужчин темп этого нарастания был выше, чем у женщин. Причина заключается в том, что у мужчин ~~массовые заболевания~~ рак чаще появляется в более позднем возрасте, чем у женщин, а показатель заболеваемости в старческом возрасте даже превышает женский.



У женщин интенсивный рост заболеваемости начинается после 30 лет, а у мужчин – после 40, т.е. на 10 лет позже, причем у женщин после 50 лет темп роста заболеваемости значительно замедляется по сравнению с мужчинами, что можно видеть на диаграмме № 2.

Женщины обращались в два с лишним раза чаще, чем мужчины. На 10.000 мужского населения обратилось 7,6, а на 10.000 женского – 16,4.

Однако это общее соотношение резко изменяется при сопоставлении заболеваемости по отдельным возрастным группам и по отдельным системам органов. Так, в возрасте 30–39 лет, женщины болели чаще мужчин в 4 раза, в возрасте 40–49 лет – в три раза, в возрасте 50–59 лет – показатели сблизились, а свыше 60 лет заболеваемость мужчин уже значительно превышала заболеваемость женщин.

Сопоставление показателей заболеваемости мужчин и женщин по отдельным системам органов приведено на таблице 2.

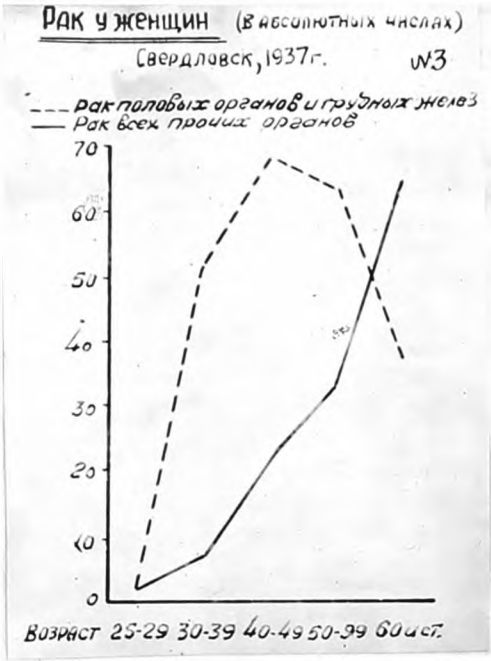
Табл.2

Локализация опухоли	Обратил. на 10 тысяч мужчин	: женщин
Органы пищеварения	5,7	4,1
Органы дыхания	0,5	0,09
Половые органы	0,05	9,2
Грудная железа	0,0	1,3
Кожа	0,4	0,7
Проч. органы и без указ.	0,8	1,0

Из таблицы видно, что у мужчин чаще поражаются органы пищеварения и, особенно, органы дыхания. Половые органы и грудная железа поражаются почти исключительно у женщин. Кожные раки чаще отмечаются у женщин.

Проявление рака у женщин в более молодом возрасте происходит исключительно за счет поражения половых органов и грудной железы, что видно на диаграмме.3

Заболевание этих органов и обусловливает более частое и раннее заболевание женщин, по сравнению с мужчинами. Это подтверждает следующие слова Н.Н.Петрова:–"По видимому



женщины преобладают и притом главным образом благодаря высокой частоте раков грудной железы и матки".

Рассмотрим несколько подробнее заболеваемость раковой болезнью по отдельным системам органов.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ. Распределение больных по локализации поражения, возрасту и полу приведено на таблице 3.

Табл. 3.

Локализация	Число больн.		Возраст и пол							
			25-29:		30-39:		40-49:		50-59:	60 и ст
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
Губа	-	I	5	I	5	3	8	3	7	2
Щека	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Язык	-	-	-	-	-	-	I	-	-	2
Челюсть	-	-	-	-	I	-	I	-	-	-
Пищевод	-	-	-	I	2	I	5	3	5	8
Желудок	-	-	-	I	5	9	24	I5	22	2I
Поджелудочн. железа	-	-	-	-	-	-	-	-	I	-
Печень	-	-	-	-	I	-	I	2	I	6
Толстая кишка	-	-	-	-	-	-	-	-	I	-
Прямая кишка	-	-	I	I	I	-	3	I	4	2
Кишечн. без указания	-	-	-	-	-	I	-	I	-	I
ВСЕГО:	-	I	6	4	I5	I4	43	25	4I	45

Из таблицы 3 видно, что раком поражаются все органы пищеварения, но далеко не в равной пропорции.

Наиболее ранимыми являются: желудок /49% всех случаев/, губы /18%/ и пищевод /12%/. Далее идут – кишечник, печень и др. органы.

ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ. Рак половых органов у мужчин был зарегистрирован лишь в одном случае: рак предстательной железы у 75 летнего члена семьи рабочего.

У женщин отмечено 198 заболеваний. Распределение больных по локализации опухоли и возрасту приведено на табл. 4.

Таб. 4

Диагноз	Обратилось в возрасте: 25–29		30–39		40–49		50–59		60 и ст.		Всего	
	абс.	На 10 тыс.	Абс.	На 10 т.	Абс.	На 10 т.	Абс.	На 10 т.	Абс.	На 10 т.	Абс.	На 10 т.
Рак влагалища	—	–	2	0,5	1	0,5	—	–	2	1,6	5	0,4
" шейки матки	2	0,7	29	7,7	37	18,8	30	21,7	15	11,7	113	9,8
" матки	—	–	12	3,2	21	10,7	25	18,1	16	12,5	74	6,4
" яичников	—	–	—	–	2	1,0	1	0,7	—	–	3	0,3
" половых орг.	—	–	1	0,3	—	–	1	0,7	1	0,8	3	0,3
ВСЕГО:	2	0,7	44	11,7	61	30,9	57	41,2	34	26,6	198	17,7

Рак шейки матки составлял 57 процентов всех раковых заболеваний половых органов женщин и 30 процентов заболеваний женщин всеми злокачественными новообразованиями, т.е. являлся наиболее частой формой злокачественных опухолей у женщин. Кроме того, большую часть случаев с диагнозами "рак матки" следует также отнести к раку шейки матки, т.к. в амбулаторной практике рак тела матки почти никогда не диагностируется.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ. У мужчин было всего 10 случаев, которые распределялись следующим образом: рак гортани – 6 случаев /4 рабочих в возрасте 50–59 лет и 2 служащих в возрасте свыше 60 лет/; рак легкого – 3 случая/1 рабочий и 2 служащих,

все в возрасте свыше 60 лет/ и 1 случай рака носа /чл.семьи рабочего – 42 л./

У женщин отмечено всего 2 случая: 1 – рак носа /рабочая 58 лет/ и 1 – рак Гайморовой полости – /у пенсионерки – 52 лет/.

ПРОЧИЕ ОРГАНЫ. Помимо случаев диагноза рака без указания на пораженный орган, сюда отнесены: рак мочевого пузыря, рак глазницы, рак уха, селезенки, века и др.

В госпитализации при раке нуждалось всего 224 человека/61 мужчина и 163 женщины/, или 45%.

САРКОМА. Диагноз саркомы был поставлен всего в 11 случаях. По полу и возрасту больные распределялись следующим образом:

Табл.5

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	об.пола
20 – 24	2	—	2
25 – 29	1	—	1
30 – 39	1	—	1
40 – 49	—	2	2
50 – 59	2	2	4
60 и ст.	—	1	1
ВСЕГО:	6	5	11

По локализации опухоли можно отметить: саркому бедра – 3 случая, саркому ребер – 1, кожи – 1 и без указания – 5 случаев.

В госпитализации нуждалось 5 человек.

Низкий удельный вес саркомы среди злокачественных новообразований об"ясняется, повидимому, недостатками в диагностике.

По данным Государственного Рентгенологического Института /приложение к книге Г.Русси о раке/ из 1809 клинических больных за пять лет /с 1919 по 1924/ больных раком было 871, саркомой

93, злокачественной гранулемой – 22 и семиномой –13. Таким образом, в Ленинграде Саркома относилась к раку как 1 : 9,3, а по нашему материалу, как 1 : 45. Ясно, что квалификация амбулаторных врачей в области онкологии недостаточна. Об этом свидетельствует и отсутствие других диагнозов злокачественных опухолей, кроме рака и саркомы. С другой стороны надо иметь в виду, что в клинике Ленинграда мог быть иной состав больных по причине специального отбора больных в связи с методами лечения, а также потому, что больные саркомой в виду тяжести ее течения госпитализируются чаще, чем раковые больные. Следует также указать, что в Ленинграде лечились безнадежные больные и обращались в квалифицированные учреждения.

БЕЗ УКАЗАНИЯ. С диагнозом злокачественного новообразования, без указания на его вид, было зарегистрировано 13 случаев. Распределение этой группы больных по полу и возрасту приведено в таблице 6.

Табл.6

Возраст	Число обратившихся		
	мужчин	женщин	об.пола
0 – 29	1	1	2
30 – 39	—	—	—
40 – 49	—	2	2
50 – 59	3	2	5
60 и ст.	2	2	4
ВСЕГО:	6	7	13

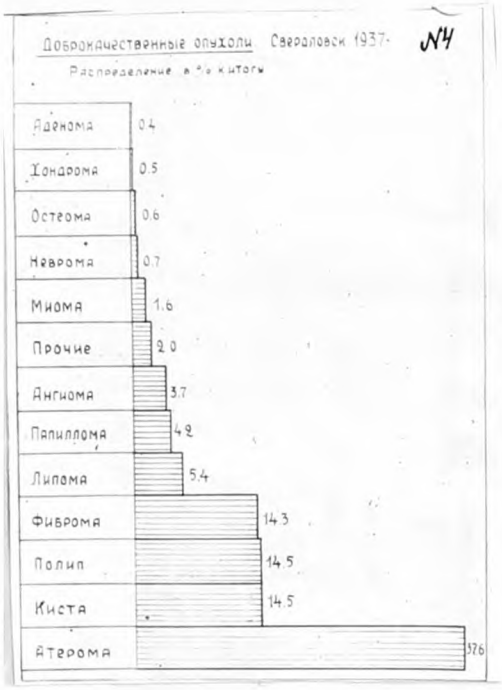
В госпитализации нуждалось 6 человек. Диагнозы были такие: Злокачественный зоб – 1, злокачественная аденома – 1, злокачественное новообразование шейных желез – 1, злокачественная опухоль околоушной железы –1, злокачественная опухоль шеи –1, злокачественная опухоль бедра – 1 и злокачественная опухоль –7.

Большинство больных этой групп имело, надо думать, первичный или вторичный рак.

II. Доброкачественные новообразования.

С доброкачественными новообразованиями было 1804 обращения, что составляло 4,5 на 1000 населения. Больные с доброкачественными новообразованиями регистрируются, несомненно менее полно, чем с злокачественными. Как говорит Н.Н.Петров: "Громадное большинство людей, страдающих ими, ни к каким врачам не обращаются."

Распределение больных в процентах по отдельным видам опухолей представлено на диаграмме № 4.



Как видно на диаграмме – отмечено было 13 основных видов опухолей, из которых преобладающее значение по частоте случаев имели: атерома, киста, полип и фиброма /81% всех случаев/.

Атерому, согласно классификации мы включили в опухоли, хотя это заболевание по своему характеру является скорее не опухолью, а заболеванием сальных желез кожи.

С доброкачественными новообразованиями мужчины в общем обращались чаще женщин: на 1000 мужского населения было 4,6 обращений а на 1000 женского – 4,3 обращения.

Однако, по отдельным видам опухолей эти соотношения были различны, что видно на таблице 7.

Табл.7

Вид опухоли	Обратилось на 10 тыс.насел.	
	Мужчин	женщин
Аденома	0,2	0,1
Ангиома	1,2	2,0
Атерома	28,6	6,9
Киста	2,5	9,9
Липома	2,5	2,3
Миома	0,0	1,3
Неврома	0,3	0,2
Остеома	0,3	0,2
Папиллома	1,7	1,5
Полип	6,5	6,5
Фиброма	1,5	10,6
Хондрома	0,1	0,2
Прочие	0,7	0,9

У мужчин чаще встречались: атерома, липома и папиллома, а у женщин: ангиома, киста, миома и фиброма.

Распределение больных всеми видами доброкачественных опухолей по полу и возрасту приведено на таблице 8.

Табл.8

Возраст:	Пол		
	мужчины	женщины	об.пола
0 – 1	9	18	27
1 – 2	6	8	14
3 – 4	8	8	16
5 – 7	9	10	19
8 – 9	5	5	10
10 –14	25	49	74
15 –17	37	23	60
18– 19	61	41	102
20 –24	183	116	299
25 –29	201	126	327
30 –39	172	223	395
40 –49	80	193	273
50 –59	39	86	125
60 и бол.	24	35	59
Не указ.	2	2	4
ВСЕГО:	862	942	1804

Дети мало обращались по поводу доброкачественных опухолей. Наибольшее число больных мужчин было в возрасте от 20 до 40 лет, а женщин от 20 до 50 лет /главным образом вследствие фибромы, кисты и полипа/. Это согласуется с замечанием Н.Н.Петрова о том, что: "принимая в расчет только те доброкачественные опухоли, которые побуждают своих носителей искать врачебной помощи, мы встретим подобные опухоли чаще у людей молодого и среднего, чем преклонного возраста."

Рассмотрение больных по общественному положению показывает, что атерома, киста и липома отмечались чаще у рабочих.

Локализация доброкачественных опухолей по частям тела и отдельным органам представлена на табл.9.

Табл.9

ти и орга-ны тела	Вид опухоли													
	Аденома	Ангиома	Атерома	Киста	Лимфома	Лимфангиома	Липома	Миома	Невро-ма	Остеома	Папиллома	Полип	Фиброма	Хондро-ма	Прочие
ова		12	47	—	—	3	—	1	—	3	—	—	—	—	
)		17	216	44	—	8	—	—	—	8	—	2	1	—	
		—	—	13	—	—	—	—	—	10	4	1	—	—	
		5	9	1	—	—	—	—	—	4	120	2	—	—	
утань		—	—	—	—	—	—	—	—	3	5	8	—	—	
а		1	37	12	—	—	—	—	—	14	—	1	—	—	
		2	72	3	—	3	—	—	—	1	44	—	2	—	
		4	42	3	1	9	—	—	—	2	—	2	—	—	
ь	4	—	3	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	
т		—	2	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	
а		4	7	—	—	4	1	—	—	1	—	—	—	—	
к.пол.орг.		—	2	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	
к. -"-		—	—	136	—	—	22	—	—	—	37	185	—	—	
вые орг.		—	—	1	—	—	—	—	—	5	7	—	—	—	
ние конечн.		4	49	10	—	17	—	4	2	3	—	8	1	—	
ие конечн.		3	9	4	2	8	1	3	6	—	—	7	1	—	
указания	3	15	183	31	2	40	5	5	4	21	44	41	3	28	
ВСЕГО:	7	67	678	262	3	4	98	29	13	12	75	262	258	8	28

Больше всего было обращений по поводу доброкачественных новообразований женских половых органов/особенно с фибромой и кистой/ Далее можно отметить На втором месте стояло лицо и затем - верхние конечности. Возможно, что в данном случае, на частоту обращений влияли косметические соображения.

Число больных доброкачественными новообразованиями, нуждавшихся в госпитализации видно из таблицы 10.

Табл.10

Характер новооб-разования	Нуждаем.в госпитализации: Мужчин	женщин	об.пола
Аденома	1	—	1
Ангиома	4	6	10
Атерома	6	6	12
Киста	3	79	82
Лимфома	—	2	2
Лимфангиома	—	—	—
Липома	4	7	11
Миома	—	9	9
Неврома	—	—	—
Остеома	2	—	2
Папиллома	3	6	9
Полип	13	24	37
Фиброма	2	59	61
Хондрома	—	1	1
Без указания	1	3	4
ВСЕГО:	39	202	241

Нуждались в госпитализации преимущественно больные с доброкачественными опухолями женских половых органов.

III. Новообразования неустановленного характера.

Третью группу составляли больные с новообразованиями, без указания на доброкачественный или злокачественный характер последних.

Распределение этих больных по полу и возрасту приведено на табл.11

Табл.11

Возраст	Число обратившихся		
	мужчин	женщин	об.пола
До 1 года	3	4	7
1 – 2	5	5	10
3 – 4	1	2	3
5 – 7	3	5	8
8 – 9	4	3	7
10 –14	9	10	19
15 –17	11	9	20
18 –19	9	8	17
20 –24	33	37	70
25 –29	33	39	72
30 –39	41	66	107
40 –49	21	33	54
50 –59	16	31	47
60 и ст.	13	27	40
Не указ.	1	1	2
ВСЕГО:	203	280	483

В госпитализации нуждалось 111 человек – 50 муж.и 61 женщина

1У. Смертность от новообразований.

За 1937 год умерло от новообразований доброкачественного и неустановленного характера 4 человека, все – женщины в возрасте: 25–29 лет, 40–49 лет и 60–69 лет.

От рака и других злокачественных новообразований умерло 278 человек. По полу и возрасту они распределялись следующим образом:

Табл.12

Возраст	Число умерших		
	Мужчин	женщин	об.пола
До 4 лет	—	—	—
5 – 9	—	1	1
10 –14	—	1	1
15 –19	1	—	1
20 – 24	1	6	7 ×)
25 – 29	1	5	6
30 – 39	8	16	24
40 – 49	18	25	43
50 – 59	43	41	84
60 – 69	24	41	65
70 и ст.	15	31	46
ВСЕГО:	111	167	278

Злокачественные новообразования в Свердловске, как причина смерти, были на восьмом месте, тогда как /по Меркову/ в Ленинграде и Москве рак среди всех причин смерти занимает третье место, а в городах РСФСР с населением свыше 50 тысяч – четвертое место.

В возрасте после 45 лет в Ленинграде рак является причиной смерти в 18,2–24,1% всех умерших, в Свердловске – в 13,4% /вместе с другими злокачественными опухолями/.

Причина такого различия, надо полагать, лежит, во первых, в том,

×) Среди обратившихся лиц моложе 25 лет, был лишь один ребенок, что указывает на ошибки в диагностике.

что в Свердловске удельный вес таких причин смерти,как:туберкулез,пневмония,острые инфекционные болезни – выше,чем в других городах,и во вторых,как увидим ниже,в Свердловске показатель смертности от рака не высок,по сравнению с другими городами.

Высота смертности от рака в Свердловске не превышает средний уровень других городов,а по сравнению с крупными городами ее можно считать не высокой.

Н.П.Петров писал:"За последнее пятилетие /1902-1907 г.г./ имеем смертность от рака на 100.000 жителей в Петербурге и Одессе около 95,в Москве и Варшаве около 75,в большинстве русских городов – около 65 /Новосельский и Мамонов/.Цифры эти,по сравнению с западно-европейскими показывают,что в смысле распространения рака,Россия мало отличается от большинства западных соседок."

Данные более позднего времени показывают более высокие цифры,что зависит,повидимому,от улучшения медицинской помощи населению,сопровождаемой более полным учетом заболеваемости.

Так М.М.Мазур приводит для Москвы следующие показатели смертности от злокачественных новообразований на 100.000 населения:

1923 – 1927 г.	96,2
1928 – 1932 г.	93,4
1933 – 1936 г.	101,9

Проф.Мерков пишет,что смертность от всех злокачественных новообразований составляла в городском населении УССР в 1926-1927 г.г.у мужчин 72,9,а у женщин – 82,7 на 100.000 населения.

Академик Гамалея приводит статистику смертности в США и Англии за 1936 год,из которой видно,что от рака и других опухолей в этом году умерло на 100 тысяч населения: (39)

в США	116,1
в Англии	169,0

В Свердловске смертность от рака и других злокачественных новообразований в 1937 г.составляла 69,0 на 100.000 населения. xx)

xx) т.т. Знаменский, Шильников и Бенедиктова приводят более низкую смертность по г. Свердловску, что, повидимому, объясняется ошибкой при исчислении населения города.

Более низкий показатель раковой смертности в Свердловске по сравнению с Москвой можно об"яснить прежде всего своеобразием возрастной структуры населения города, т.е. относительным преобладанием среди населения молодых возрастов, а также ошибками в диагностике/мы имеем в виду старческую дряхлость и смерть от неустановленных причин /. Но возможны и другие причины,которых мы не знаем. В частности,заслуживает внимания и дальнейшего изучения в условиях Свердловска гипотеза Гереба, согласно которой / Мерков/ пониженное поступление витаминов является периодом относительно меньшей смертности от злокачественных новообразований и ,наоборот, увеличение приема с пищей витаминов сопровождается повышением уровня смертности от рака.

Каков бы ни был действительный уровень смертности от рака в Свердловске ,для нас прежде всего важно понять,что снижение этого уровня является вполне разрешенной задачей.

Мы уже говорили о врачебных ошибках в диагностике. А этозначит,что на совести врачей лежит не мало случаев гибели от рака людей,которые при соответствующем внимании и лучшей осведомленности врачей, могли бы еще жить и работать.

К указанному добавим еще мнение профессора РАТНЕР. Профессор РАТНЕР, Л.М. пишет,что в борьбе со смертностью от злокачественных новообразований: " Самым опасным ,самым упорным нашим

злокачественных новообразований по г. Свердловску с 1928 по 1933 г., т.е. за те же годы, что и д-р Знаменский. (154)

Шильников получил следующие показатели смертности на 100 тысяч населения:

1928 г.	70,0
1929 г.	50,0
1930 г.	50,2
1931 г.	10,5
1932 г.	30,8
1933	60,7

В таблице д-ра Шильникова так же имеются резкие колебания в уровне показателя, причем наименьшие показатели им были получены так же, как и у д-ра Знаменского в 1931 и в 1932 годах. Повидимому и источник ошибок был один. Правда, Шильников делает оговорку, что низкая цифра смертности в 1931 году об"ясняется тем, что часть удостоверений о смерти не могла войти в регистрацию вследствие неполучения детализированных данных.

Приведем еще данные А.П. Бенедиктовой – тоже по смертности от рака в г. Свердловске. По Бенедиктовой смертность от злокачественных новообразований в г. Свердловске на 100.000 населения за 1933 – 36 годы была такой:

1933 г.	51,4
1934 г.	47,3
1935 г.	51,3
1936 г.	61,7

И эти данные – значительно ниже наших, особенно за 1934 год. Повидимому и здесь сыграло свою роль отсутствие точных данных о численности населения. (15)

Сравнение данных Знаменского, Шильникова и Бенедиктовой (недик) показывает, какое большое значение имеет суб"ективный фактор при разработке статистического материала. Различие в их показателях получилось существенное, а авторы – местные работники, изучали

смертность в одном городе,за одни и те же годы и по всей вероятности по одним и тем же источникам.

Искусственное снижение показателя смертности от рака /вольное или невольное/ приносит вред,так как ориентирует врачей на мнимое благополучие в борьбе с этой болезнью.В действительности же такого благополучия нет.

Бесспорно,- очень хорошо,что смертность от рака в нашей стране и,в частности,в Свердловске значительно ниже,чем в других странах.Но она могла бы быть еще ниже,при большем внимании врачей к этому заболеванию и при их лучшей осведомленности в распознавании рака.

На совести врачей лежит не мало случаев гибели от рака людей,которые при соответствующем внимании и лучшей осведомленности врачей,могли бы еще жить и работать.

Д-р А.Н.Скобунова,исследуя причины поздней обращаемости больных раком желудка в Свердловске /и области/ пришла к следующему заключению:из 271 больного,изученного ею,108 случаев /или 40 процентов/..."убедительно говорят против врача,при чем прежде всего выступает на сцену неподготовленность его в вопросах онкологии;но,наряду с этим мы могли констатировать и явно небрежное, невнимательное отношение в подходе к больному." (133)

Д-р Э.В.Шарлай,тоже в Свердловске,занималась изучением поздней обращаемости больных раком грудной железы.По ее данным - в 62% всех случаев не был сразу поставлен диагноз рака грудной железы. -"Наши случаи,-пишет т.Шарлай,- (151) пестрят описаниями лечения рака грудной железы кварцем,грязями,компрессами,втираниями и т.д. при чем иногда это лечение назначалось даже без осмотра больной".

Такова характеристика качества лечебной помощи,данная самими лечащими врачами.

Профессор Ратнер Л.М. пишет,что в борьбе со смертностью от злокачественных новообразований:"Самым опасным,самым упорным нашим

является скептицизм врачей. Их неверие в излечимость рака, переходящее от одного поколения врачей к другому и передающееся широким массам трудящихся, сводит на нет все самые энергичные мероприятия по борьбе с злокачественными опухолями."

Решительным образом возражая против такого необоснованного при настоящих условиях скептицизма, проф. Ратнер приводит следующую, очень интересную таблицу, иллюстрирующую самые лучшие отдаленные результаты лечения рака в 1936 – 37 годах. (126)

Табл.13.

Автор	Локализация	% вылеченных
Trautvertter	Шейка матки (1 ст.)	82,3
Heymann	Тело матки	55,4
Winz	Яичники	27,0
Regmann	Грудная железа (1 ст.)	83,0
Rankin	Толстая кишка	50,0
Finsterer	Толстая кишка	43,0
Finsterer	Желудок	32,0
Martin	Губа	96,0
Berven	Полость рта	46,0
Figi	Язык	37,2
New a. Cabot.	Верхняя челюсть	54,0

Прекрасных результатов достиг и Ленинградский Онкологический Институт, что видно на таблице 14.

Табл.14.

Локализация	Число случаев	% выздоровл.
Язык, все стадии	169	30,2
Грудная железа, все ст.	325	17,9
Нижн. и верхн. губа	731	80,0
Рак шейки матки все ст.	775	22,3
Желудок/перенесш. резекц./	236	14,0
Кожа	890	82,0

Таким образом, с точки зрения современных знаний по терапии имеются все возможности для дальнейшего снижения смертности от злокачественных новообразований.

СМЕРТНОСТЬ ПО ПОЛУ. Проф.Мерков пишет:"В общей массе умирающих от рака показатель смертности женщин превосходит соответствующий показатель мужской смертности,однако при анализе материала отдельных возрастных групп обнаруживается,что смертность женщин преобладает только до 50 лет /все города УССР/ или даже до 45 лет /4 наибольших города УССР/ и 40 /Ленинград/ лет,после чего первенство переходит к мужчинам."

М.М.Мазур про Москву пишет,что:"Смертность мужчин больше женской во всех возрастах,кроме возрастных промежутков 20-29 и 30-39 л. в которых смертность женщин стоит выше".-"В итоге по всем возрастам мужская смертность стоит почти на одинаковом уровне с женской /96,7 и 96,4 на 100 тысяч населения/."

Наши данные наиболее близки в данным проф.Меркова по всем городам УССР.

В Свердловске в 1937 году умерло от злокачественных новообразований,считая все население,на 10.000 мужчин - 6,0,а на 10.000 женщин - 7,7,т.е.женская смертность несколько превышала мужскую.

Возрастно-половые соотношения были такими:

Умерло на 10 тыс.населения соответ.пола и возраста.

Возраст	мужчин	женщин
20 - 29	0,4	2,0
30 - 39	2,4	4,2
40 - 49	11,7	12,7
50 - 59	49,6	29,5
60 и ст.	73,0	56,4

Таким образом и в Свердловске отмечалась такая же закономерность,т.е.показатель женской смертности был выше мужского до 50 лет,после чего он ~~ф~~остановился значительно ниже мужского.

Такая закономерность определяется двумя причинами.Во-первых,различием повозрастных показателей заболеваемости у мужчин и женщин /см.выше/ и,во-вторых,сравнительно более благоп-

риятным исходом некоторых раковых поражений у женщин. Это последнее положение можно подтвердить тем, что если отношение заболеваний мужчин к заболеваниям женщин равно 1 к 2, то отношение между умершими мужчинами и женщинами равняется 1 к 1,3.

Более благоприятный исход лечения можно об"яснить особенностью локализации опухолей / значительный процент больных раком шейки матки и грудной железы, т.е. теми формами рака, при которых может быть получен относительно более благоприятный терапевтический эффект/.

АВИТАМИНОЗЫ .

С авитаминозами было зарегистрировано 2386 обращений ,или 5,9 на 1.000 населения.

По отдельным видам заболеваний и полу больные распределялись следующим образом:

	Мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
Рахит	674	536	1210	50,4
Цынга	482	209	691	28,5
Куриная слепота	318	166	484	21,06
Пеллагра		1	1	0,04
ВСЕГО:	1474	912	2386	100,0

Отсюда видно,что преобладающей формой авитаминозов был рахит.

При всех формах авитаминоза /кроме пеллагры/обращаемость мужчин была значительно более высокой,нежели женщин.

На 1000 населения соответствующего пола показатели заболеваемости были такими:

	Мужчин	женщин
Рахит	3,6	2,4
Цынга	2,6	0,9
Куриная слепота	1,6	0,8
Все формы:	8,0	4,2

Таким образом мужчины обращались почти вдвое чаще,чем женщины.Особенно велико различие при цынге,при которой отношение обращаемости мужчин к обращаемости женщин было как 2,7 к 1.

РАХИТ. Распределение больных рахитом по полу и возрасту приведено на табл.1

Табл.1

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	обоего пола	% к итогу
до 1 года	423	347	770	63,7
1 – 2	188	149	337	27,9
3 – 4	22	19	41	3,4
5 – 7	17	11	28	2,3
8 – 9	6	2	8	0,7
10 –14	10	7	17	1,4
15 –17	3	—	3	0,2
18 –19	2	1	3	0,2
Не указ.	3	—	3	0,2
ВСЕГО:	674	536	1210	100,0

В госпитализации нуждалось 54 человека/31 мужч.и 23 женщ./

Как мы уже видели выше обращаемость женщин была, примерно, на одну треть ниже мужской.

Около 64 процентов всех больных относилось к возрасту до 1 года.

Случаев позднего рахита в возрасте 15–19 лет было всего 6.

Ц Н Н Г А . Показатели заболеваемости на 10 тысяч населения соответствующего пола и возраста приведены на табл. 2

Табл.2

Возраст	Обратилось на 10 т.нас.: мужчин	женщин
0 – 4	0,0	0,04
5 – 9	2,5	1,3
10 –14	0,0	1,5
15 –19	83,3	15,7
20 –24	63,3	26,0
25 –29	26,6	16,7
30 –39	22,7	9,7
40 –49	24,0	5,7
50 –59	27,5	4,3
60 и ст.	22,0	4,1
ВСЕГО:	26,2	9,6

Из таблицы видно, что у мужчин наибольшая заболеваемость цингой отмечалась в возрасте 15–19 лет, а у женщин в 20–24 года. И в то время, как у женщин в последующих возрастных группах заболеваемость быстро снижалась, у мужчин она, после значительного падения, все же была довольно высокой /по сравнению с женщинами/ в зрелом, преклонном и старческом возрастах.

Общественное положение оказывало определенное влияние на высоту заболеваемости цингой, что видно из следующих показателей:

	Обратилось на 1000 человек соотв. общественной группы и пола	
	Мужчин	женщин
Рабочих	4,4	2,9
Служащих	0,4	0,2

Рабочие болели цингой значительно чаще, чем служащие. Особенно заметно влияние производственных условий на заболеваемость женщин. В возрасте 20–24 года, в котором у женщин был самый высокий показатель заболеваемости, из 63 болевших цингой женщин – 50 принадлежали к группе рабочих, 9 – членов семей рабочих, 1 – служащих и 3 – прочих.

По видимому решающую роль здесь играло физическое напряжение

В госпитализации нуждалось 168 человек /24,3 процента/, из них: мужчин – 111 и женщин – 57.

<u>КУРИНАЯ СЛЕПОТА.</u> Мужчины болели вдвое чаще женщин. На 1000 мужского населения было 1,7 обращений, а на 1000 женского – 0,7. Показатель заболеваемости наиболее высоким был у людей в возрасте от 15 до 20 и от 20 до 24 лет, что видно из следующего:

Обратилось на 1000 населения соответствующего возраста:

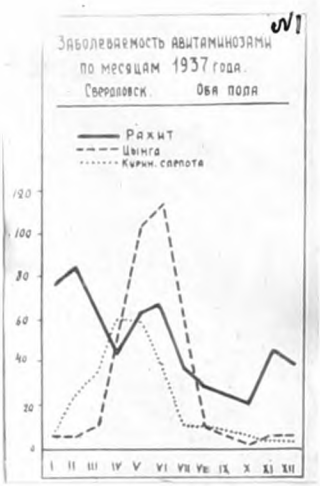
Возраст	обратилось на 1000 населения
0 - 4	0,1
5 - 9	0,4
10 -14	1,6
15 -19	2,4
20 -24	2,0
25 -29	0,9
30 -39	1,2
40 -49	0,9
50 -59	0,9
60 и ст.	1,3

В госпитализации нуждалось 2 человека.

ПЕЛЛАГРА. (Заболевание) Пеллагра была зарегистрирована лишь в одном случае - у женщины, 29 лет, чернорабочей. Обратилась она 3 июня.

В заключение рассмотрим заболеваемость авитаминозами по месяцам года.

Распределение больных авитаминозами по месяцам года приведено на диаграмме № 1.



Рахит дал максимальное число случаев в феврале, второй под"ем - в июне и третий /меньший в ноябре/. Цынга дала под"ем заболеваемости в апреле и мае, а гемералопия - в мае и июне. После весенне-летнего под"ема, с июля месяца отмечалось резкое снижение заболеваемости по всем видам авитаминозов. Характер посезонного распределения заболеваемости авитаминозами идентичен с характером распределения больных малокровием, о чем более подробно будет сказано в разделе о болезнях крови.

Относительно об"яснения весеннего под"ема заболеваемости авитаминозами мы сошлемся на проф.Рысс,С.М.,который,отмечая клинические особенности гипоавитаминозов и авитаминозов в Ленинграде в 1941-1942 годах,писал,что:"Гипоавитаминозы и авитаминозы появились,как это и нужно было ожидать весной,когда потребность организма в различных витаминах значительно повышается /усиление обменных и окислительно-восстановительных процессов"/. (128)

В связи с этим мы можем найти об"яснение и тому факту,что мужчины болеют авитаминозами чаще женщин.

По Н.Н.Иванову[x] окислительные процессы у мужчин происходят более интенсивно,чем у женщин.

Далее Н.Н.Иванов указывает на то,что мужчины потребляют больше пищи.Он пишет:"Основной метаболизм мужчины и женщины в настоящее время точно определен Бенедиктом и Эмсом.Они нашли его у мужчины более высоким на 5-6%".

Если же мужчина больше,чем женщина потребляет пищи,то он больше нуждается и в потреблении витаминов,так как,по Смородинцеву,витамины принимают деятельное участие в реакциях превращения в организме пищевых веществ и ассимиляции их."Чем больше пищи вводится,тем больше тратится витаминов,тем выше потребность в них."

Следовательно,мужчины более тяжело переносят недостаточность потребления витаминов,чем женщины.

x) Иванов Н.Н. Об биохимических различиях пола.
Усп. биолог. хим. Вып. XI, Ленингр. 1935 г.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Всего с ревматическими заболеваниями было зарегистрировано 7775 обращений, или 19,4 на 1000 населения.

В эту группу нами включены заболевания со следующими диагнозами:

		% к итогу
Ревматизм истинный острый	525	6,8
Ревматизм истинный хронический	3659	47,0
Полиартрит ревматический острый	27	0,4
Полиартрит ревматич. хронический	409	5,3
Полиартрит ревматич. без указания	224	2,8
Ревматизм без указания	2838	36,6
Ревматический эндокардит	6	0,06
Ревматический миокардит	11	0,1
Хорея	76	0,9
ВСЕГО:	7775	100,0

В понятие ревматизма входит чрезвычайно обширная группа заболеваний различных систем и органов.

Всесоюзным антиревматическим Комитетом предложена "Единая рабочая классификация ревматических заболеваний и заболеваний суставов разного происхождения." Согласно этой классификации мы должны были бы внести в настоящую главу некоторые болезни мышц /мышечный "ревматизм", миальгии, периферической нервной системы /невриты/, все болезни суставов, подагру и др. (112)

Мы не воспользовались классификацией Антиревматического Комитета из тех соображений, чтобы не нарушать общей структуры нашей работы, в основу которой положена классификация Наркоздрава, пересмотра 1939 года.

Ревматизм, поражая значительную часть населения самого цветущего и работоспособного возраста, тем самым имеет большое социальное значение.

Как указывает З.Е. Неэлин, заболеваемость ревматизмом в СССР значи-

тельно ниже, по сравнению с заболеваемостью в Англии и США, что об"ясняется более высоким уровнем благосостояния трудящихся в нашей стране и деятельностью советского здравоохранения.

Но у нас уровень заболеваемости ревматизмом не одинаков по различным районам Союза. Как пишет проф. Кушелевский Б.П.-"Урал наряду с черноморским побережьем и горными районами Кавказа является наиболее пораженным ревматизмом районом СССР. Это зависит от сочетания двух основных факторов, ведущих к распространению ревматизма,-климатического и профессионального, с их простудными моментами. Комбинацию этих ревматогенных факторов мы имеем в основных и ведущих отраслях уральской промышленности - в горной с ее подземной добычей и в металлургической с ее горячими цехами." (81)

В госпитализации нуждалось 548 человек /213 мужчин и 335 женщин/, или 7 процентов.

Женщины обращались значительно чаще мужчин: на 1000 мужского населения было 16,5 обращений, а на 1000 женского - 21,8.

Незлин *) пишет, что "Оба пола поражаются ревматизмом приблизительно одинаково. По данным некоторых авторов, женщины болеют несколько чаще; определенно это доказано лишь в отношении одной из форм ревматизма, именно ревматической хореи".

Таким образом в этом вопросе нет ясности. Помимо недостатков, присущих выводам, делаемым из клинического материала, одной из возможных причин этого является многообразие заболеваний, которые входят в понятие "ревматизм". Так, если мы к ревматическим заболеваниям присоединим мышечный "ревматизм" и миальгии, или невриты, то соотношение между заболеваемостью мужчин и женщин изменится, т.к. заболевания мышц и невриты встречаются чаще среди мужчин, нежели среди женщин.

В подтверждение этого приведем справку из Штрауса, который писал, что по сведениям английского министерства здравоохранения в 1922 году 1/6 всех случаев полной инвалидности была следствием ревмати-

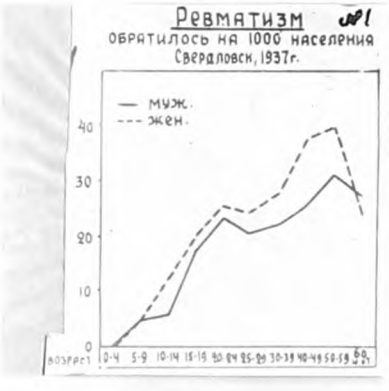
*) Незлин В.Е. Патология и клиника ревматизма Медгиз. 1940 г.

ческих заболеваний.При этом на 20 ревматических заболеваний приходилось в среднем 6 случаев люмбаго,4 – мышечного ревматизма,2 – ишиаса или невралгии рук,2 – ревматического артрита,2 – остеоартрита,2 – подострого ревматизма и по одному случаю ревматической лихорадки и подагры."Среди этих больных,– пишет Штраус– в особенности среди больных хроническими суставными заболеваниями,женщин насчитывалось больше,чем мужчин.Напротив,ишиас наблюдался у мужчин приблизительно в 4,а люмбаго в 2–3 раза чаще,чем у женщин.Ревматические же поражения рук встречались у женщин чаще,чем у мужчин." (156)

Кроме того необходимо иметь в виду социальный состав больных,о которых идет речь. Как мы увидим ниже,женщины–рабочие болеют ревматическими заболеваниями,указанными в начале настоящей главы,вдвое чаще,чем женщины служащие.И понятно,что в зависимости от удельного веса женщин–работниц среди населения изменяется частота обращаемости женщин с ревматическими заболеваниями.

Следовательно,при разрешении вопроса о том,кто чаще болеет ревматизмом – мужчины или женщины,правильнее говорить не о ревматизме вообще,а об определенных формах ревматизма,с учетом социального состава больных,а также местных условий промышленного труда и климата.

Показатели заболеваемости на 1000 человек соответствующего пола и возраста приведены на диаграмме № 1.



Как видно на диаграмме мужчины заболеваемость ревматизмом становится значительной/особенно у девочек/уже в возрасте 10–14 лет;затем она непрерывно повышается до 20–24 лет,после чего дает небольшое снижение в возрастной группе 25–29 лет,а затем снова повышается до 50–59 лет.

Таким образом имеется два возрастных

подъема: в 20–24 года и 50–59 лет. Первый подъем, повидимому, характеризует заболеваемость как таковую /свежие случаи заболеваний/, а второй – болезненность /свежие случаи плюс заболевания предыдущих лет/.

Незлин приводит вычисления Кумбсане, по которым в 75% случаев ревматизм начинается в возрасте до 15 лет, в 15% случаев – между 15–25 годами и лишь в 10% – после 25 лет. Наши данные не соответствуют вычислениям Кумбса, даже если учесть только что приведенное нами замечание.

Е.С.Лондон и Я.А.Ловцкий x) указывают, что после 50 лет ревматизм встречается крайне редко и есть больше оснований думать о подагре. [illegible]

Рассмотрим еще обращаемость по общественным группам.

Показатели обращаемости на 1000 рабочих и 1000 служащих соответствующего пола были следующие:

	Обратилось на 1000 человек	
	мужчин	женщин
Рабочих	30,0	40,0
Служащих	12,3	20,2

Отсюда видно, что рабочие обращались по поводу ревматических заболеваний вдвое чаще, чем служащие.

По данным учета организаций социального страхования в 1937 году на Верх-Исетском Металлургическом заводе было на 100 рабочих 3,7 случаев ревматизма и 47,3 дней нетрудоспособности.

Белявва, Розенблат и Суворов, занимавшиеся в 1935 году изучением ревматических заболеваний у рабочих мартеновского цеха Верх Исетского завода пришли к выводу, что ревматизм у рабочих сталеплавильного цеха к тому времени почти в два раза уменьшился по сравнению с дореволюционным периодом.

Однако, как мы видим, заболеваемость среди рабочих ревматизмом стоит еще на высоком уровне и [illegible] задачей органов здраво-

x) Обмен веществ в орг. животн. и челов. Медгиз 1938

охранения, совместно с заводскими организациями, является систематическая работа по предупреждению ревматизма.

БОЛЕЗНИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ.

С болезнями обмена веществ обратилось 2.156 человек, или 5,3 на 1.000 населения.

В эту группу вошли следующие заболевания: подагра, ожирение, диабет, эксудативный диатез и прочие болезни обмена веществ.

Распределение больных по отдельным болезням, полу и возрасту приведено на таблице 1.

Табл. 1

Возраст	Число обратившихся												
	Подагра		Ожирение		Диабет		Эксуд.диат.		Прочие		Всего		
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	о.п
до 1 года	–	–	–	–	–	–	397	306	22	19	419	325	744
1 – 2	–	–	–	1	–	–	205	203	34	28	239	232	471
3 – 4	–	–	–	–	1	–	64	71	15	14	80	85	165
5 – 7	–	–	1	3	1	1	59	41	5	5	66	50	116
8 – 9	–	–	1	–	–	–	36	38	6	1	43	39	82
10 –14	–	–	3	2	–	–	54	65	4	6	61	73	134
15 –17	2	1	–	1	–	–	1	6	–	3	3	11	14
18 –19	–	2	–	2	–	–	–	1	1	2	1	7	8
20 –24	–	5	2	2	1	3	–	–	5	9	8	19	27
25 –29	–	9	4	9	3	3	–	–	5	7	12	28	40
30 –39	1	33	10	33	8	3	–	3	15	30	34	102	136
40 –49	8	39	10	26	8	6	1	3	12	8	39	82	121
50 –59	5	38	5	7	2	–	–	–	4	3	16	48	64
60 и ст.	2	16	–	6	1	2	–	–		3	3	27	30
Не указ.	–	–	–	–	–	1	1	1	1	–	2	2	4
ВСЕГО:	18	143	36	92	25	19	818	738	129	138	1026	1130	2156

В госпитализации нуждалось всего 65 человек /21 мужчина и 44 женщины/. Из них: при подагре – 7 женщин, при ожирении – 4 мужчины

и 7 женщин, при диабете – 4 мужчины и 3 женщины, при эксудативном диатезе – 1 мужчина и 2 женщины и при прочих болезнях – 12 мужчин и 26 женщин.

Как видно из таблицы 1 на первом месте по частоте обращений стояли больные эксудативным диатезом /72 % /, на втором – подагрой /7% /, затем – ожирением /5% / и, наконец, – диабетом /2,0% /.

Среди детей до 10 лет чаще обращались мальчики. Среди взрослого населения – наоборот, женщины обращались значительно чаще мужчин, кроме диабета, при котором преобладали мужчины. В общем же, обращаемость мужчин была несколько выше, чем женщин: на 1.000 мужского населения было 5,5 обращения, а на 1.000 женского – 5,2.

Расстройства обмена веществ отмечались главным образом у детей первых двух лет жизни /эксудативный диатез/ и у взрослых /но уже в значительно меньшей степени/ в возрасте от 30 до 39 лет.

П О Д А Г Р А. Подагра отмечалась лишь у лиц в возрасте старше 14 лет, особенно же от 40 до 60 лет. Женщины обращались по поводу подагры примерно в семь раз чаще, чем мужчины. На 10.000 мужского населения было 0,9 обращений, а на 10.000 женского – 6,6.

Частота обращений с подагрой была в общем не высокой – 0,4 на 1.000 населения. В Москве в 1926 году показатель заболеваемость был вдвое выше – 0,8 на 1.000 населения.

По возрастным показателям заболеваемости у нас нет расхождений с выводами других авторов. Что касается пола, то в этом отношении имеется значительное расхождение.

Штрюмпель указывал, что мужчины гораздо чаще болеют подагрой, чем женщины. То же отмечает Клинкенштейн, x) который приводит данные Вильямсона, зарегистрировавшего из 115 случаев подагры лишь 1 женщину и Гудцента, не видевшего ни одного случая подагры у женщины из 76 случаев вскрытий.

x) Подагра Б. М. Э. т. 25.

Лондон и Ловцкий пишут, что женщины заболевают подагрой гораздо реже мужчин /не больше 1% всех случаев/ и ссылаются на Дюран - Фарделя, который насчитывал на 500 подагриков всего 22 женщины.

Такое большое расхождение в соотношении полов мы были склонны об"яснить неправильной диагностикой подагры свердловскими врачами, т.е. постановкой диагноза подагры там, где в действительности имели место случаи других заболеваний.

Однако, в этот упрек свердловским врачам мы должны внести некоторую поправку. Дело в том, что сопоставление наших показателей с показателями заболеваемости населения Москвы за 1926 год, приведенными в работе Богословского, Брушлинской, Куркина и Чертова, показывает, что московские данные значительно ближе к нашим, чем к данным тех авторов, которых мы только-что приводили. (25)

На таблице 2 мы приводим показатели заболеваемости подагрой на 1.000 населения своего пола в Москве и Свердловске.

Тбл. 2

Возраст	Число обратившихся на 1.000 населения			
	Москва 1926 г.		Свердловск 1937 г.	
	муж.	жен.	муж.	жен.
0 - 14	-	-	-	-
15 - 19	0,2	0,1	0,1	0,1
20 - 29	0,2	0,7	0,0	0,2
30 - 39	0,6	1,4	0,03	0,8
40 - 49	1,0	3,0	0,5	2,0
50 - 59	1,3	3,3	0,5	2,7
60 и ст.	1,2	1,9	0,4	1,2

Во всех возрастных группах,начиная с 20 лет,как и в Москве, так и в Свердловске заболеваемость женщин значительно выше заболеваемости мужчин.

Специалистам следует выяснить причины столь резкого расхождения между отечественными и зарубежными данными и сделать из этого соответствующие выводы.

Рассмотрение состава больных подагрой по общественным группам показывает,что среди больных преобладали служащие и члены их семей,что видно из следующих цифр:

	Число обратившихся с подагрой муж.	жен.	Об.пола
Рабочих	8	8	16
Членов семей рабочих		13	13
Служащих	9	54	63
Членов семей служащих		54	54
Прочих	1	14	15
ВСЕГО :	18	143	161

Служащие и члены семей служащих составляли 72,6 процентов всех больных.

Материалы освидетельствования в порядке диспансеризации рабочих и служащих Москвы /1924 - 1925 г.г./,разработанные Богословским,показали следующее:

	Подагра на 1.000 лиц: муж.	жен.
Производственные рабочие	0,8	2,0
Вспомогательные рабочие	0,5	3,0
Служащие	3,0	6,0

Это обследование, наиболее полно вскрывшее действительную заболеваемость населения, подтверждает правильность двух наших выводов: 1.что женщины болеют подагрой значительно чаще,чем мужчины и 2.что служащие болеют чаще рабочих.

О Ж И Р Е Н И Е. Тучность была отмечена в 127 случаях. По полу, возрасту и общественному положению больные распределялись следующим образом:

Табл.3

	Число обратившихся с ожирением												
	Рабочих		Чл.сем.раб		Служащих		Чл.сем.сл		Прочих		Всего		
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	об.п.
1 - 2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1
5 - 7	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—	1	3	4
8 - 9	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1
10 - 14	—	—	1	—	—	—	2	2	—	—	3	2	5
15 - 17	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
18 - 19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	2
20 - 24	1	—	—	1	1	1	—	—	—	—	2	2	4
25 - 29	—	2	—	2	2	2	—	1	2	2	4	9	13
30 - 39	1	6	—	—	7	17	—	9	2	1	10	33	43
40 - 49	—	2	—	3	9	13	—	7	1	1	10	26	36
50 - 59	1	—	—	—	4	1	—	4	—	1	5	6	11
60 и ст.	—	1	—	2	—	—	—	2	—	1	—	6	6
ВСЕГО:	3	12	1	8	23	34	4	29	5	8	36	91	127

Женщины по поводу ожирения обращались более чем в два раза чаще, чем мужчины. На 10.000 мужского населения было 1,9 обращений, а на 10.000 женского населения - 4,2.

Наибольшее число больных /62% / было в возрасте от 30 до 50 лет.

С точки зрения общественной принадлежности больных - явно преобладали служащие и члены их семей. На эти две общественные группы приходилось свыше 70% от числа всех обратившихся с ожирением.

В госпитализации нуждалось 11 человек /4 мужчины и 7 женщин/.

Д И А Б Е Т . С диабетом был зарегистрирован всего 41 больной, или 0,1 на 1.000 населения.

Распределение больных диабетом по полу, возрасту и общественному положению приведено на таблице 4

Табл.4

Возраст	Число обратившихся с диабетом: Рабочих м.	Рабочих ж.	Чл.сем.раб. м.	Чл.сем.раб. ж.	Служащих м.	Служащих ж.	Чис.сем.сл. м.	Чис.сем.сл. ж.	Прочих м.	Прочих ж.	Всего м.	Всего ж.	Об.п.
3 - 4	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	1		1
5 - 7	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1	1	2
20 - 24	1	–	–	–	–	1	–	–	–	1	1	2	3
25 - 29	1	1	1	–	1	1	–	–	–	–	3	2	5
30 - 39	2	1	–	–	5	2	–	–	–	–	7	3	10
40 - 49	2	–	–	–	6	4	–	2	–	–	8	6	14
50 - 59	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–	2	–	2
60 и ст.	–	–	–	–	1	–	–	–	–	2	1	2	3
Не указ.	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1	1
ВСЕГО:	6	2	4	1	14	9		2		3	24	17	41

В отличие от подагры и ожирения с диабетом чаще обращались мужчины: на 10.000 мужского населения было 1,3 обращение, а на 10.000 женского – 0,8.

Большинство больных было в возрасте от 30 до 50 лет. Среди детей было отмечено 3 случая. Служащие болели чаще рабочих.

В части распределения больных по полу и возрасту наши данные полностью совпадают с данными других авторов, в частности – Лондона и Ловцкого.

Что касается частоты заболеваемости диабетом, то в этом вопросе наш материал значительно расходится с литературными данными. Мы видели, что в Свердловске показатель заболеваемости был равен 0,1 на 1.000 населения. Показатель – небольшой. Невысок был и показатель

смертности – 0,25 на 100.000 населения.

Лондон и Ловцкий пишут,что: "За последние 50 лет частота диабета нарастает с такой катастрофической быстротой,что не будь инсулина,через несколько десятков лет смертность от диабета превысила бы все остальные источники смерти." Авторы приводят статистику США,по которой видно,что смертность от диабета там возросла с 2,9 на 100.000 населения в 1880 году до 16 в настоящее время.

Фромгольд x) приводит статистику Вильямса,согласно которой в 1907 году смертность от диабета на 100.000 жителей была равна:

в Лондоне	8,3	В Берлине	20,8
" Брюсселе	14,1	" Риме	13,0
" Париже	17,6	" Нью-Йорке	17,4
" Бордо	25,8	" Вашингтоне	17,3

Как видно из приведенных цифр – уровень показателя смертности от диабета сильно колебался: от 8,3 /в Лондоне/ до 25,8 – /в Бордо/

Касаясь нашей страны Фромгольд приводит материал Московских прозектур за 1923 – 1927 годы,из которого видно,что на 28,916 вскрытий /считая умерших в возрасте от 1 года/ наблюдался 101 случай диабета.При этом надо отметить,что главная масса случаев диабета приходилась на 1925 – 27 годы,что указывает на неустойчивость показателя смертности от диабета даже в пределах небольшого числа лет.

Однако,делать какие либо выводы о заболеваемости диабетом на основании данных патолого-анатомических вскрытий мы,разумеется,не можем. Возможно.

Коган-Ясный xx) отмечает,что точных данных о частоте диабета в различных странах в настоящее время почти нигде нет.Данные по нашей стране противоречивы.Так,Украинский институт здравоохранения, обследовавший сельское население одного района,обнаружил 1 случай

x) Диабет. Б.М.Э. т.9
xx) Диабет Т.М.И. УССР 1945г.

диабета на 10.000 населения, т.е. 0,1 на 1.000, как и мы получили в Свердловске.

По Кассациеру (59), в Москве за 1937 год – тоже приходился один случай диабета на 10.000 населения. Коган-Ясный считает эти цифры значительно преуменьшенными и приводит данные Харьковского диабетического диспансера, согласно которым число больных диабетом равняется почти 1 на 1.000 населения, т.е. в 10 раз больше.

Таким образом вопрос о размере заболеваемости диабетом является еще очень спорным и требующим дальнейшего изучения. Учитывая огромную территорию нашей страны, с большим природным своеобразием и другими местными особенностями отдельных ее районов, – мы не сочтем удивительным, если в процессе дальнейшего изучения окажется, что частота распространения диабета /как, может быть, и некоторых других заболеваний/ – различна в отдельных частях СССР, например – на Украине и на Урале.

В госпитализации нуждалось 6 человек /4 мужчины и 2 женщины/.

ЭКСУДАТИВНЫЙ ДИАТЕЗ. Из 1556 больных эксудативным диатезом лишь 15 /или 0,9 процента/ были в возрасте свыше 14 лет.

По детским возрастным группам больные распределялись так:

Возраст	% к итогу
до 1 года	45,6
1 – 2	26,5
3 – 4	8,8
5 – 7.	6,5
8 – 9	4,3
10 –14	7,8

Как указывает Маслов возраст при эксудативном диатезе играет большую роль. Чаще всего эксудативный диатез выявляется в возрасте 3 – 4 месяцев и его резкие проявления держатся два года. Наши

данные примерно соответствуют этому, т.к. 72% всех случаев заболеваний относилось к детям первых двух лет жизни.

Мальчики обращались с этим заболеванием чаще, чем девочки. На 1.000 населения соответственного пола в возрасте до 14 лет мы имеем показатель для мальчиков – 14,2, а для девочек – 12,4.

Профессор Маслов отмечает, что по Пфаундлеру – мальчики в два раза чаще обращаются с эксудативными диатезами, чем девочки; по его же данным – такого явного преобладания мужского пола не установлено. Наш материал подтверждает данные профессора Маслова. (98)

Что касается социального состава больных, то по этому признаку у нас имеется расхождение с профессором Масловым, по которому эксудатики являются в большинстве случаев детьми служащих /53% /; дети же рабочих составляют лишь 37%.

По нашим материалам – члены семей рабочих составляли 62%, а члены семей служащих – 35%, т.е. мы имели обратное соотношение. Такое расхождение в составе больных повидимому об"ясняется различным социальным составом населения Свердловска с одной стороны и того населения, которое наблюдал профессор Маслов – с другой.

Следует, однако, отметить, что в структуре заболеваемости детей первого года жизни, эксудативный диатез имеет различный удельный вес среди детей рабочих и служащих: у первых он составляет 1,9%, а у вторых – 3,7, что в известной степени подтверждает наблюдение профессора Маслова.

В госпитализации нуждалось 4 ребенка.

БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.

С заболеваниями желез внутренней секреции было зарегистрировано 2080 человек. По отдельным ~~рубрикам~~ поражениям классификации обратившиеся распределялись следующим образом.

Табл.1

Класс 9. Болезни эндокринной системы.

Наименование рубрик	Число обратившихся Муж.	Жен.	Обоего пола
Болезни щитовидной железы	240	1755	1995
" паращитовидных желез	12	12	24
" вилочковой железы	3	-	3
" мозгового придатка	8	1	9
Эндокринные заболевания яичников	-	28	28
Прочие болезни эндокр.сист.	9	12	21
ВСЕГО :	272	1808	2080

Показатель заболеваемости на 1.000 населения равнялся 5,2. На 1.000 мужского населения было 1,4 обращений; на 1.000 женского - 8,3.

Как видно из таблицы, среди болезней эндокринной системы доминирующее значение имели болезни щитовидной железы /95% /

БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Имевшийся в нашем распоряжении материал дал возможность выделить следующие формы заболеваний щитовидной железы:

Табл.2

Формы заболевания	Число обратившихся		
	Муж.	Жен.	Об.пола
Зоб	128	1168	1296
Базедова болезнь	45	201	246
Гипертиреоз	49	261	310
Листиреоз	4	18	22
Микседема	2	1	3
Кретинизм	1	–	1
Гипотиреоз	–	2	2
Тиреоидит	1	5	6
Тиреотоксикоз	10	99	109
ВСЕГО :	240	1755	1995

Со всеми болезнями щитовидной железы показатель заболеваемости на 1000 мужского населения был равен – 1,3,а на 1000 женского – 8,1.

В перечне заболеваний щитовидной железы на первом месте ~~стоял~~ был зоб,на долю которого ~~падает~~ приходилось 65 процентов всех больных. В зоб мы включили 254 случая с диагнозом–" увеличение щитовидной железы."

На втором месте ~~стояла~~ была Базедова болезнь,которая вместе с гипертиреозом по числу больных составила около 28%.

Тиреотоксикоз дал 5,4 процента,а остальные формы заболеваний щитовидной железы отмечались очень редко.

Распределение больных зобом по ~~отдельным~~ состоянию поражения диагнозам и полу приведено на таблице 3.

Табл.3

Диагнозы	Число обратившихся: Муж.	Жен.	Об.пола
Зоб первой степени	8	50	58
" второй степени	20	230	250
" третьей степени	7	127	134
" четвертой степени	1	22	23
" без указания на степень	58	519	577
Увеличение щитовидной железы	34	220	254
ВСЕГО:	128	1168	1296

Соотношение между мужчинами и женщинами в общем равнялось 1 : 9,1. Особенно велико было различие между больными с третьей и четвертой степенями зоба, т.е. с действительными зобом/1 : 18/

Женщины поражаются зобом чаще, чем мужчины. Однако, в эндемических районах соотношения сглаживаются. По Левиту - отношение мужчин и женщин равнялось: (85)

В Гамбурге.....1 : 13

" Кенигсберге.....1 : 11

" Базеле.....1 : 3

" Берне.....1 : 1,6

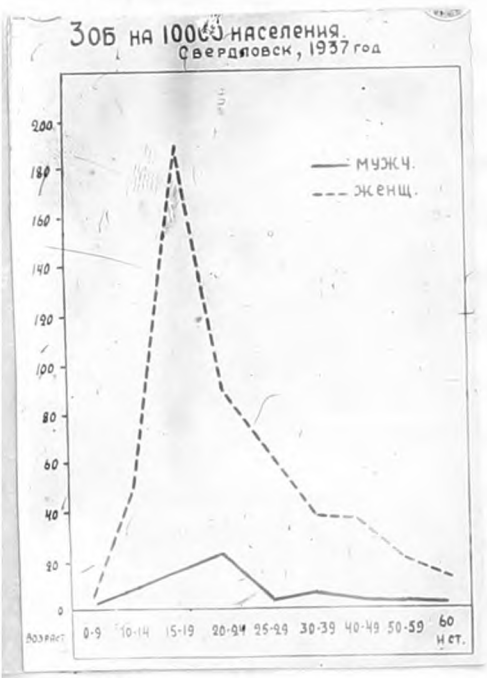
Исходя из этих данных, соотношение между мужчинами и женщинами наблюдавшееся в Свердловске, можно признать благоприятным в смысле оценки города с точки зрения распространения эндемичности в нем зоба.

Относительно не высок был и показатель заболеваемости : 3,2 обращения на 1000 населения /на 1.000 мужчин 0,6, на 1000 женщин - 5,3/.

Показатели обращаемости на 10.000 населения по полу и возрасту приведены на таблице 4.

Табл.4

Возраст	Обратилось на 10 тысяч населения по поводу зоба: Муж.	Жен.	Об.п.	Возраст	Муж.	Жен.	Об.п.
0 - 9	1,5	6,2	3,9	30 - 39	5,0	38,2	22,6
10 -14	8,4	54,7	32,1	40 - 49	3,9	36,5	24,3
15 -19	15,5	186,3	105,6	50 - 59	2,3	20,9	13,7
20 -24	21,7	89,6	61,0	60 и ст.	1,8	11,7	8,8
25 - 29	3,6	56,2	30,3				



Как видно из таблицы, наиболее часто обращались по поводу зоба женщины в возрасте 15 - 19 лет и мужчины - в 20 - 24 года.

Женщины обращались чаще мужчин во всех без исключения возрастных группах. Особенно велико было различие между обращаемостью мужчин и женщин в возрастных группах: 15-19 лет /в 12 раз/ и в 25-29 л./в 15 1/2 раз/.

У детей до 10 лет частота обращаемости была наименьшей, особенно у мальчиков. *можно отметить*

После детей лица старческого возраста /60 лет и старше/, обращаемость которых была тоже не высокой

О.В.Николаев указывает,что заболевание эндемическим зобом может начаться в любом возрасте.В очагах тяжелой эндемии встречается зоб у новорожденных;наибольшая заболеваемость падает на молодой возраст;после 20 - 30 лет возможность заболевания уменьшается,в особенности у мужчин. (114)

В Свердловске не было ни одного случая зоба у детей моложе 3 -х лет,а в этом возрасте отмечено лишь одно заболевание.Начало заболеваний надо отнести к возрасту 5 - 6 лет.В останнном положение О.В.Николаева - подтверждается.

Значительная заболеваемость зобом в некоторых районах Уральской области отмечалась еще свыше ста лет назад. Так,доктор Успенский в 1835 году писал,что: "Почти 2/3 населения заводов Сысерть,Полевской,Северский - поражены зобом". (146) В 1854 г. доктор Верковский обнаружил большое число больных зобом среди населения Висимо-Уткинского и Висимо-Шайтанского заводов. В 1872 г. доктор Несчастливцев описал зобную эндемию в Верхней и Нижней Салде,В.Утке и Черноисточинском заводе.В 1904 г. доктор Лежнев писал об эндемии зоба в заводе Быи,где пораженность населения по его данным достигала 27 %.

На происходившем в январе 1927 г.первом с"езде хирургов Уральской области и прилегающих губерний было постановлено:"По докладам о зобе докторов Лепешинского и Грекова с"езд,констатируя значительное развитие эндемического зоба на Урале,считает настоятельно необходимым обследование районов наибольшего его распространения путем организации специальных отрядов для поголовного осмотра населения пораженных районов."

В том же году при Уральском Областном Отделе здравоохранения была организована областная комиссия по изучению зоба,под руководством которой с 1929 по 1931 г.проведено экспедиционное обследование 134 тысяч человек,в 25 районах /142 населенных

пунктах/области.

Результаты этих обследований опубликованы в специальном сборнике: "Эндемический зоб на Урале" /Свердловск, 1933 г./ (95)

В основной статье этого сборника: "Статистика эндемического зоба и географические зоны его распространения на Урале", доктор Лапустин, В.А. /председатель зобной комиссии/ пришел к следующим выводам:

1.-"Заболеваемость эндемическим зобом жителей на Урале по полу равняется по четырем категориям зобной скалы для мужчин 32,1 проц., для женщин 48,4 проц.; по трем категориям, исключая подозрительных по зобу, для мужчин 15,0 проц., для женщин - 30,7 проц."

2.-"Зобную эндемию на Урале как по силе тяжести, так и по величине территории распространения и особенно по количеству людей, охваченных болезнью, нужно признать наиболее неблагополучной во всем нашем Союзе."

Из этих выводов следует, что весь Урал является очагом эндемического зоба и что примерно 22-23 % всего населения поражено зобом /не считая подозрительных по зобу/.

Город Свердловск считался также очагом эндемического зоба, что видно из следующего. В 1930 г. доктор Васин рекомендовал организовать специальный научно-исследовательский институт в Свердловске..."как одном из центров тяжелого поражения тиреоидной эндемией в Уральской области (32), "а в 1935 г. доктор Израель, М.Л. писал: "Урал...издавна известен, как неблагополучный по эндемическому зобу. Среди областей этого края Свердловская и, собственно, г. Свердловск, занимают в этом отношении одно из первых мест." (54)

По нашим данным, обратившиеся по поводу зоба составляли лишь 0,26 % населения города. Если даже отнести к больным зобом все случаи увеличения щитовидной железы и базедовой болезни, то и тогда процент пораженных равняется лишь 0,38.

Таким образом наши данные резко разошлись с выводами зобной комиссии.

Мы пытались найти об"яснение этому факту в различной методике учета, в снижении заболеваемости за последние годы под влиянием улучшения условий жизни населения и санитарно-профилактических мероприятий/что несомненно имело место/, в своеобразии состава населения города /много приезжих/. Однако все эти причины не могли полностью об"яснить столь большое расхождение и мы вынуждены были критически пересмотреть материалы зобной комиссии и выводы доктора Ляпустина.

В результате этого мы пришли к убеждению, что выводы доктора Ляпустина были необоснованными и вот по каким причинам.

Во-первых, обследованиями, проведенными в 1928 - 1931 г.г. отрядами зобной комиссии было охвачено 134.054 чел., а население Уральской области в то время равнялось 7,5 миллионам. Таким образом процент обследованного населения ко всему населению Урала был равен 1,7%, что совершенно недостаточно для того, чтобы делать выводы по отношению ко всему населению Урала. В работе же В.А. Ляпустина процент обследованных ошибочно показан равным 18,6.

Во вторых, обследованы были жители не случайно отобранных селений по всей территории Урала, а лишь тех селений, о неблагополучии которых в смысле заболеваемости зобом имелись определенные указания. Таким образом производился отбор заведомо наиболее пораженного зобом населения.

И, наконец, в третьих, - принятое зобной комиссией положение о том, чтобы при статистическом учете эндемического зоба (все без исключения случаи зоба) первой и второй степени относить к эндемическому зобу - является спорным.

Спорность этого положения видна уже из следующих слов самого руководителя зобной комиссии доктора Ляпустина.

-"Мы знаем, - писал доктор Ляпустин, - что щитовидная железа

заметно на глаз и ощупь набухает у новорожденных в первые месяцы жизни, затем в возрасте 9 – 14 и 15 – 19 лет, т.е. периоды предполового и полового развития. Ясно, что все подобные случаи не представляют зоба и в регистрацию попадать не должны."

Высказав это бесспорное положение, В.А.Ляпустин, однако, пришел к совершенно обратному выводу. Он писал: "Но с другой стороны, по мнению профессора Левита, определить границу, где кончается физиологическое увеличение щитовидной железы и где начинается зоб, – невозможно, а поэтому в эндемических местностях всякое заметное или прощупываемое увеличение железы или части ее нужно считать и регистрировать, как зоб... Зобная комиссия на Урале за основу статистического учета эндемического зоба признала швейцарскую скалу 4 степеней или категорий: 1. увеличение щитовидной железы, определяемое на ощупь, но незаметное на глаз; 2. увеличение, определяемое на ощупь и глаз; 3. ясно заметный изменяющий контуры шеи зоб; 4. резко выраженный развитый зоб. Первую категорию комиссия считает начальной, подозрительной по зобу формой болезни, остальные же три категории признаются бесспорным зобом." (95)

Спорность принятого зобной комиссией определения счетной единицы, т.е. определения того, что считать и регистрировать как зоб можно видеть также из следующего.

Рискин и Мульменко, обследовавшие эндемию зоба в Бымовском и Пашийском заводах, все случаи увеличения щитовидной железы относили к зобу, за исключением лиц в возрасте 13 – 19 лет, т.к. увеличение щитовидной железы в этом возрасте они считали проявлением предполового и полового набухания железы, т.е. явлением физиологическим. (125)

В.В.Сахаров писал: –"На основании предыдущих наших работ мы пришли к выводу, что признаком "зоб" следует считать только резко деформирующее шею, ясно видимое увеличение щитовидной железы, т.е. то, что обычно принято обозначать категориями третьей и четвертой, предло-

женными швейцарской зобной комиссией.Результаты экспедиций в Узбекистан убедили нас в том,что,так называемые,увеличенные железы I и II,столь широко распространенные,как в пределах эндемических очагов,так и вне их,не могут считаться зобом уже в силу того,что представляют собою нормальное явление в период полового созревания, менструаций и беременности." (130)

Приведем еще одну литературную справку.О.В.Николаев приводит данные обследования щитовидной железы у населения Чечено-Ингушетии. Автор пишет:"Из 11.265 обследованных имеют увеличенные щитовидные железы 2101 человек,что составляет 18,6 %.Эта общая цифра весьма небольшая.По степеням увеличенные щитовидные железы распределяются следующим образом: I и II степени почти полностью исчерпывают эту цифру.На III и IV степени увеличения остается лишь 1,8 %"...Автор делает следующий вывод:"Итак,свыше 98 % населения обследованных пунктов совершенно свободны от зоба и более чем у 80% населения щитовидная железа даже не увеличена". (114)

О.В.Николаев приводит статистику Гебе,который в течение 11 месяцев исследовал состояние щитовидной железы у всех больных,прошедших через городскую больницу Лихтенберга в Берлине и обнаружил увеличенные щитовидные железы у 18,6% всех больных,т.е.в таком же проценте,как и Николаев в Чечено-Ингушетии.

Если вычислить предположительное число больных зобом в Свердловске по данным зобной комиссии,то получим следующее:

		Мужчины	Женщины
Зобная комиссия	По четырем категориям	58.934	104.723
	По трем категориям	27.615	66.404
Наш материал		95	948

Разница получается столь большая,что законно поставить вопрос о том,что может быть в наш учет не вошли многие больные.

О таком недоучете больных: 1.зоб за последние годы все время на-

ходился в сфере внимания свердловских врачей; 2.в Свердловске в ~~1~~ 1987 году имелась специальная зобная станция,с поликлиникой,материалы которой по учету больных вошли в нашу разработку и 3.массовые обследования,проведенные в Свердловске зобной станцией дали аналогичные нашим результаты.

Так,Свердловской зобной станцией в 1938 – 39 г.было обследовано на состояние щитовидной железы 43.732 школьника.У них было обнаружено:

Зоб 1	–	в 14,9 проц.всех обследованнных;
" П	–	в 2,6 "
" Ш	–	в 0,2 "
" 1У	–	в 0,0 "
ВСЕГО:		17,7 %

Таким образом,процент увеличенных щитовидных желез в Свердловске был ниже,чем в Чечено-Ингушетии и Берлине.

Если применить термин доктора Николаева и считать "совершенно свободными от зоба" всех лиц с увеличением щитовидной железы 1 и П категории,то процент пораженности зобом школьников Свердловска /считая Ш и 1У категории/ был равен 0,2,что полностью совпадает с нашими данными за 1937 год.

По данным Медведева,И.И.,произведшего за 1932-34 г.г. 1362 полных вскрытия лиц,умерших в городских больницах Свердловска,зоб был обнаружен в 0,9 % случаев. По доктору Барышникову,разработавшему материалы 4.080 вскрытий по г.Свердловску за 1935 – 39 г.г.,зоб был отмечен в 45 случаях,т.е.в 1,1%

В Москве,по данным прозектур за 1926 – 27 годы из 13.540 исследований биопсированного и оперативно-удаленного материала зобом случаев было отмечено 151,т.е.1,1%

Резюмируя все сказанное по поводу заболеваемости в Свердловске эндемическим зобом,мы можем сделать следующие выводы:

1.Действительное распространение зобной эндемии на Урале и степень пораженности населения Урала эндемическим зобом нам неизвестны,а поэтому нет никаких оснований считать Урал наиболее неблагополучной по зобу областью СССР.

2.Данные доктора Ляпустина не характеризуют всего Урала;они дают основание говорить лишь о том,что в некоторых районах Урала имеются очаги эндемического зоба.

3.Необходимо продолжать систематическое изучение заболеваемости эндемическим зобом на Урале и в районах с наибольшей заболеваемостью организовать зобные станции или пункты.

4.Свердловск не может быть отнесен к очагам эндемического зоба.Об этом свидетельствуют следующие факты: 1.низкий процент заболеваемости населения города действительным зобом;2. соотношение между больными мужчинами и женщинами; 3.отсутствие зоба у новорожденных и маленьких детей;4.обращение за год лишь одного больного с кретинизмом и трех больных с микседемой и 5.данные патолого-анатомических вскрытий.Может ставиться вопрос об отнесении Свердловска к районам эндемического увеличения щитовидной железы, но и то лишь после специального дополнительного изучения этого вопроса.

5.В целях более рационального изучения заболеваемости населения эндемическим зобом в нашей стране - необходимо разработать единую и обязательную по всему СССР номенклатуру с отчетливым определением понятия-"Эндемический зоб",как единицы статистического наблюдения.

БОЛЕЗНЬ БАЗЕДОВА. - С Базедовой болезнью было зарегистрировано 246 человек,или 6,1 на 10.000 населения.

Женщины болели значительно чаще мужчин.На 10.000 мужского населения было 2,4 обращения,а на 10.000 женского - 9,2.

Профессор Шерешевский *) приводит такие статистические данные о соотношении (мужчин и женщин) полов: по Бушану на одного заболевшего мужчину приходится 4,6 заболевших женщин; по Затлеру – 5,4; по Муррею – 11,5; по Менделю и Табиасу – 6. Если взять соотношения наших больных, то на каждого мужчину приходилось – 4,4 женщины. Таким образом наши данные ближе всего сходятся с данными Бушана.

Показатели заболеваемости на 10 тысяч населения по отдельным возрастным группам и полу приведены на таблице 5.

Табл.5

Возраст	Обратилось на 10 тысяч		
	Муж.	Жен.	Об.пола
0 – 14	0,5	0,6	0,6
15 – 19	1,0	6,2	3,8
20 – 24	3,8	15,0	10,2
25 – 29	6,6	21,1	14,0
30 – 39	2,4	12,4	7,7
40 – 49	4,5	13,2	9,4
50 – 59	0,0	9,3	4,9
60 и ст.	0,0	0,7	0,5

Как видно из таблицы, среди детей заболеваний было мало; среди мужчин пожилого и старческого возраста не было отмечено ни одного случая болезни.

Наиболее часто отмечались случаи Базедовой болезни у мужчин и женщин в возрастной группе от 25 до 29 лет

*) Н.А. Шерешевский: Основы эндокринологии, М.Г. 1936 г.

Во всех возрастных группах женщины болели чаще мужчин.

По Шерешевскому максимальный процент заболеваний падает на 20 - 30 лет. Дети заболевают очень редко. По статистике Затлера в возрасте от 1 до 10 лет число больных равнялось 1,6 % ;от 10 до 20 лет - 17,4%;от 20 до 30 лет - 32,8;от 30 до 40 лет - 23,8; от 40 до 60 лет - 22,9 %.

В Свердловске мы имели тоже мало заболеваний среди детей: дети до 14 лет составляли лишь 2,8 % числа всех больных, причем на возраст от 0 до 9 лет мы имели 1,6 %, т.е. такой же процент, как и у Затлера. Что касается более старших возрастов, то между данными Затлера и нашим материалом имеются расхождения, что видно на таблице 6.

Табл.6

Возраст	Распределение больных в % к итогу	
	По Затлеру	В Свердловске
10 - 20	17,4	7,3
20 - 30	32,8	49,6
30 - 40	23,8	22,4
40 - 60	22,9	18,7

Как видно из таблицы, максимум заболеваний в обоих случаях падает на возраст от 20 до 30 лет. По нашему материалу дает значительно более низкую цифру для юношеского возраста /до 20 лет/ за счет значительного преобладания больных в возрасте от 20 до 30 лет. Возможно, что такое расхождение зависит от различного возрастного состава населения, а может быть и от различного состава больных по видам заболеваний. Так, если мы рассмотрим вместе больных Базедовой болезнью и гипертиреозами, то расхождение между нашими данными и данными Затлера становится меньше.

ГИПЕРТИРЕОЗ. В тесной связи с Базедовой болезнью стоит гипертиреоз, которого было зарегистрировано 310 случаев. По мнению некоторых авторов /Шерешевский/ термин "гипертиреоз" не имеет досточного основания, т.к. он не обозначает какого-либо своеобразного болезненного состояния, а лишь утоняет сущность Базедовой болезни.

/Распределение больных гипертиреозом по полу и возрасту приведено в таблице 7.

Табл.7

Возраст	Число обратившихся с гипертиреозом		
	Всего		
	Муж.	Женщ.	Об.пола
5 - 7	1	5	6
10 - 14	2	21	23
15 - 17	2	17	19
18 - 19	4	19	23
20 - 24	13	65	78
25 - 29	9	64	73
30 - 39	7	55	62
40 - 49	6	11	17
50 - 59	4	1	5
60 и ст.	1	1	2
Без указ.	—	2	2
ВСЕГО:	49	261	310

С гипертиреозом женщин было относительно несколько больше, чем при Базедовой болезни, - на 1 мужчину приходилось 5,3 женщин и состав больных был несколько моложе, а именно: если при Базедовой болезни больные в возрасте от 10 до 30 лет составляли 56,9%, то при гипертиреозе - 69,6 %.

ДИСТИРЕОЗ. С дистиреозом было зарегистрировано 22 больных. По полу и возрасту больные распределялись следующим образом:

Табл.8

Возраст	Муж.	Жен.	Об.пола
10 - 14	–	1	1
15 - 17	–	2	2
18 - 19	1	–	1
20 - 24	–	2	2
25 - 29	2	2	4
30 - 39	1	9	10
40 - 49	–	2	2
ВСЕГО :	4	18	22

ГИПОТИРЕОЗ. Гипотиреоза было отмечено всего 6 случаев. По диагнозам, полу и возрасту больные распределялись так: микседема – 3 случая /2 мальчика – 2 1/2 и 4 лет и 1 женщина – 30 лет/; кретинизм – 1 случай /мальчик 5 лет/ и гипотиреоз – 2 случая /у девочки 9 лет и у женщины 50 лет/.

ПРОЧИЕ ФОРМЫ. В прочие формы заболевания щитовидной железы нами отнесены 6 случаев тиреоидита /1 у мужчины 25 лет, и 5 у женщин: 23, 37, 45, 59 и 70 лет/ и 109 случаев тиреотоксикоза. Распределение больных тиреотоксикозом по полу и возрасту приведено на таблице 9

Табл.9

Возраст	Муж.	Жен.	Об.пола
10 - 14	–	1	1
15 - 17	–	3	3
18 - 19	2	3	5
20 - 24	2	28	30
25 - 29	1	31	32
30 - 39	3	25	28
40 - 49.	2	6	8
Не указ.	–	2	2
ВСЕГО:	10	99	109

Тиреотоксикоз отмечался в 10 раз чаще у женщин. Преобладающий возраст больных - от 20 до 40 лет /82,4 % /.

БОЛЕЗНИ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ.

К болезням паращитовидных желез нами отнесены 24 случая заболеваний тетанией.

Распределение больных по полу, возрасту и общественному положению приведено на таблице 10.

Табл.10

Возраст	Число обратившихся с тетанией: Рабочих м.	Рабочих ж.	Чл.сем.раб м.	Чл.сем.раб ж.	Служащих м.	Служащих ж.	Чл.сем.сл м.	Чл.сем.сл ж.	Прочих м.	Прочих ж.	Всего м.	Всего ж.	Всего об.п
10 - 14	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
15 - 19	6	-	-	-	-	-	-	1	-	-	6	1	7
20 - 24	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2	-	4	4
25 - 29	2	1	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	4
30 - 39	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2	4
40 - 49	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	3	3
ВСЕГО:	9	4	2	3				1	1	4	12	12	24

Число болевших мужчин и женщин было примерно одинаково. У детей отмечено лишь 2 случая. Болели преимущественно лица молодого возраста. Обращает внимание высокий процент рабочих.

БОЛЕЗНИ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Диагноз - "заболевание вилочковой железы" был поставлен в трех случаях. Все относятся к мужчинам: 2 мальчика /5 и 9 лет/ и 1 - 35 лет, рабочий.

БОЛЕЗНИ МОЗГОВОГО ПРИДАТКА.

В эту группу вошли 9 случаев заболеваний со следующими диагнозами:

Акромегалия – 3 /2 мужчин 25 и 28 лет и 1 женщина–30 лет,
Субгигантизм– 1 /мужчина 21 года/;
Нанизм – 4 /все мужчины: 3 – 15 – 17 лет и 1 – 19 лет/;
Дистрофия адипозо-генитальная – 1 /мужчина – 23 лет/.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

С эндокринными заболеваниями яичников зарегистрировано было 28 женщин, из них с преждевременным климактерием – 26 и с эндокринным ожирением – 2. Столь малое число эндокринных заболеваний яичников повидимому об"ясняется тем, что часть случаев этих заболеваний вошла в болезни женских половых органов, в частности с диагнозом – "расстройство менструального цикла".

С ожирением были женщины в возрасте 18 и 35 лет. Возраст больных с диагнозом "преждевременный климактерий" проведен на таблице 11

Табл.11

Возраст	Число случаев	Возраст	Число случаев
24 года	1	36 лет	1
32 "	1	37 "	4
33 "	1	38 "	5
34 "	2	39 "	8
35 лет	3	Всего :	26

ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.

Сюда вошли 19 случаев эндокринопатии и 2 случая вегетативно эндокринного синдрома.

Вегетативно-эндокринный синдром был отмечен у женщин: 18 и 38 лет.

Больные с эндокринопатией по полу и возрасту распределялись следующим образом:

Табл.12.

Возраст	Число обратившихся с эндокринопатией: Муж.	женщ.	обоего пола
8 - 9	1	1	2
10 - 14	4	2	6
15 - 17	–	1	1
18 - 19	1	2	3
20 - 24	–	1	1
25 - 29	1	1	2
30 - 39	–	2	2
40 - 49	2	–	2
ВСЕГО:	9	10	19

НУЖДАЕМОСТЬ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ. При всех болезнях эндокринной системы нуждаемость в госпитализации ~~в~~ 161 человек, или 7,7 процента.

По отдельным заболеваниям и полу нуждаемость в госпитализации была следующая:

	Муж.	Жен.	Об.пола
Зоб	7	74	81
Увелич.щитов.железы	–	5	5 ~~20~~
Гипертиреоз	3	17	20
Дистиреоз	–	1	1
Тиреотоксикоз	1	3	4
Базедова болезнь	5	24	29

на об.

	Мужч.	Женщ.	Об.пола.
Базедовизм		1	1
Бол.вилочков.жел.	2		2
Эндокрин.заб.яичников		3	3
Болезнь мозгового придатка	2		2
Тетания	6	7	13
	26	135	161

БОЛЕЗНИ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ.

С болезнями крови и кроветворных органов было 12053 обращения/29,9 на 1000 населения/.

По видам болезни и полу больные распределялись следующим образом:

	мужчины	женщины	об.пола
Малокровие	3623	8340	11963
Лейкозы	6	6	12
Геморрагич.диатез	8	19	27
Ревматическая пурпура	11	13	24
Лимфогранулематоз	7	9	16
Болезнь Верльгофа	—	1	1
Заболев.кости.мозга	1	2	3
Заболев.селезенки	3	4	7
	3659	8394	12053

На диагноз "малокровие" ~~падает~~ относится 99,2 процента всех болезней крови и кроветворных органов.За счет малокровия,следовательно, надо отнести столь высокий показатель заболеваемости населения Свердловска болезнями крови,по сравнению с Москвой,где в 1937 году этот показатель был равен 7,7,т.е.почти в четыре раза меньше.

Возможно,что в таком расхождении имеет некоторое значение различный подход врачей Москвы и Свердловска при постановке диагноза-"малокровие",однако одним этим обстоятельством трудно об"яснить такое большое различие в показателях заболеваемости.Повидимому,имеются и какие-то другие факторы об"ективного порядка, которые обусловливают более высокую обращаемость с этим заболеванием в Свердловске.

МАЛОКРОВИЕ. Распределение больных по полу и возрасту приведено на табл.1.

Табл.1

Возраст:	Число обратившихся		
	: Мужчин	: женщин	:об.пола
До 1 года	16	17	33
1 – 2	54	42	96
3 – 4	110	127	237
5 – 7	242	298	540
8 – 9	208	300	508
10 –14	554	911	1465
15 –17	349	448	797
18 –19	307	500	807
20 –24	588	1615	2203
25 –29	500	1573	2073
30 –39	477	1650	2127
40 –49	149	595	744
50 –59	49	180	229
60 и ст.	15	66	81
Не указ.	5	18	23
ВСЕГО:	3623	8340	11963

В госпитализации нуждалось 86 человек /31 мужч.и 55 жен./ Из них детей до 15 лет – 21 чел.

Как видно из таблицы, женщины по поводу малокровия обращались значительно чаще мужчин. На 1000 мужского населения было 19,8 обращений, а на 1000 женского – 38,7, т.е. почти вдвое больше.

Большинство больных /53,5%/ было в возрасте от 20 до 40 лет, т.е. в цветущем рабочем возрасте.

Показатели заболеваемости малокровием на 1000 населения соответствующего пола и возраста приведены на табл.2.

Табл.2

Возраст:	Обратилось на 1000 нас.	
	мужчины	женщины
До 1 г.	2,5	2,8
1 – 2	5,3	4,0
3 – 4	16,6	19,9
5 – 7	29,3	35,4
8 – 9	33,2	46,5
10 –14	29,3	46,0
15 –17	32,7	37,9
18 –19	38,8	56,5
20 –24	32,0	63,8
25 –29	18,5	56,5
30 –39	14,4	43,9
40 –49	9,9	30,2
50 –59	6,0	13,1
60 и ст.	3,0	5,3
ВСЕГО:	19,8	38,7

Как видно из таблицы, наиболее высокий показатель заболеваемости малокровием у мужчин отмечался в возрастной группе 18–19 лет, а у женщин –20–24 года.

В возрасте до 5 лет заболеваемость мужского и женского пола была, примерно, одинаковой. Начиная с этого возраста, во всех последующих возрастных группах женщины обращались значительно чаще мужчин, особенно в возрастных группах от 18 до 30 лет, причем в возрасте 25–29 лет показатель заболеваемости женщин был в три раза выше показателя заболеваемости мужчин.

Таким образом на высоту заболеваемости малокровием и пол и возраст имели определенное влияние.

Одной из причин преобладания малокровия у женщин, могло быть то обстоятельство, что женщины болели чаще мужчин такими

болезнями, которые могли способствовать появлению малокровия. Сюда можно отнести: глистные инвазии, опухоли, ревматизм, болезни сердца, болезни печени, кишечника, мочевых органов, а также болезни женских половых органов, беременности и родов.

В виду того, что указанные болезни отмечались в Свердловске чаще, чем в Москве, это могло быть одной из причин также и того, что заболеваемость малокровием в Свердловске была выше, чем в Москве.

По Давыдовскому: "Анемия чаще всего фигурирует в медицине, как патологический симптом того или иного заболевания, не являясь, следовательно, сама по себе болезнью организма и его части - также как желтуха, лихорадка и т.п."

С.М.Богословский показал, что часть анемий сочетается с туберкулезом и у 1/5 работниц, страдавших болезнями половых органов - также была обнаружена анемия. (21)

Пытаясь найти причины сравнительно высокой обращаемости с малокровием населения Свердловска, мы распределили всех обратившихся с этим заболеванием по месяцам года. Результаты приведены на табл.3.

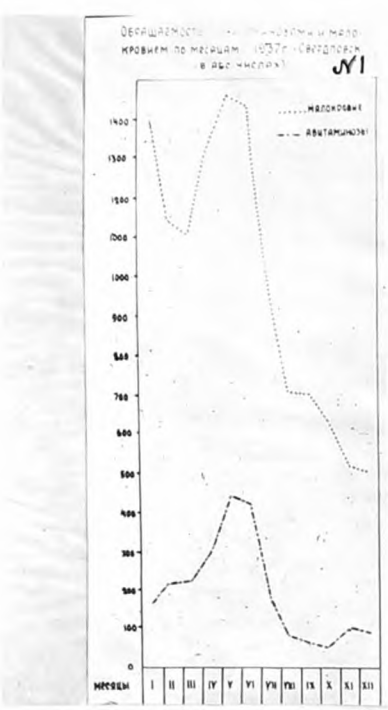
Табл.3

Месяцы	Обратилось по месяцам года: мужчин	женщин	об.пола
Январь	409	984	1393
Февраль	342	813	1155
Март	328	788	1116
Апрель	395	921	1316
Май	456	1007	1463
Июнь	463	971	1434
Июль	262	694	956
Август	217	499	716
Сентябрь	219	489	708
Октябрь	211	418	629
Ноябрь	164	351	515
Декабрь	140	359	499
Не указано	17	46	63
ВСЕГО:	3623	8340	11963

Помесячное распределение больных малокровием показывает, что значительное их число было зарегистрировано в январе. Февраль и март дали заметное снижение. В апреле начался подъем, который достигнул годичного максимума в мае месяце, после чего началось снижение, сначала медленное /июнь/, а затем – быстрое, продолжавшееся по декабрь включительно.

Повышение заболеваемости малокровием в апреле – июне совпадает с повышением заболеваемости авитаминозами в те же месяцы, что дало нам основание сравнить графически составить диаграмму, в которой изображено помесячное движение заболеваемости малокровием и авитаминозами.

Как видно на диаграмме № 1 – кривая движения обращаемости по поводу малокровия в весенние и летние месяцы имеет идентичную конфигурацию с кривой обращаемости по поводу авитаминозов.



Отсюда можно сделать вывод, что часть случаев малокровия в Свердловске, повидимому, представляла собою гипоавитаминоз и, следовательно, зависела от тех же причин, что и авитоминозы, т.е. от неполноценного питания.

Это косвенно подтверждает и почти полное равенство соотношений показателей заболеваемости малокровием и авитаминозами населения Москвы и Свердловска.

Так, в Москве, в 1937 г. болезни от неполноценного питания составляли 1,7 на 1000 населения

а в Свердловске – 5,8.Соотношение: 1 к 3,4.Болезни крови в Москве дали показатель 7,7 на 1000 населения,в Свердловске –29,9 Соотношение 1 к 3,8.

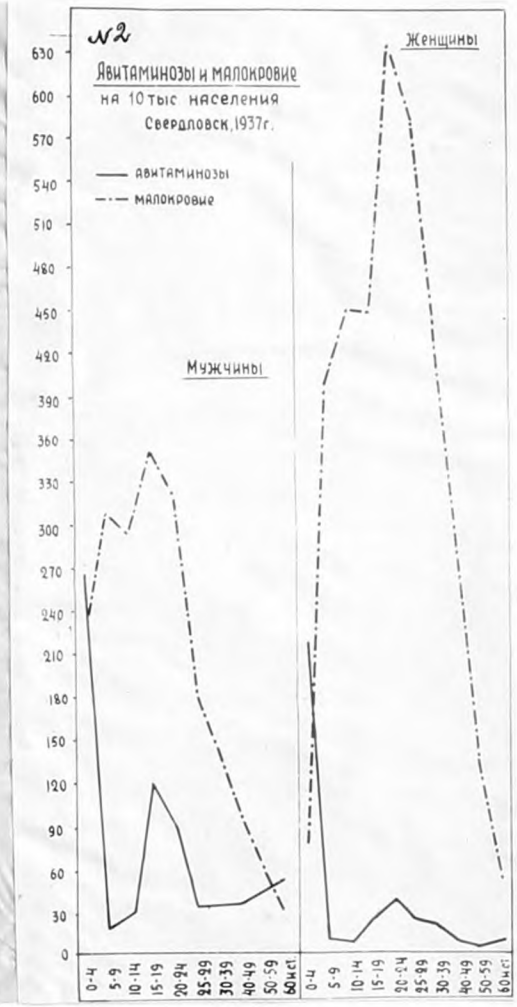
Проф.Ефремов отмечает,что диагноз гиповитаминоза С без лабораторных исследований большей частью затруднителен,ввиду отсутствия характерных симптомов.Некоторые же общие симптомы,приводимые Ефремовым /слабость,вялость,утомляемость,головокружение,раздражительность/, могли дать повод врачам диагносцировать малокровие. (50)

Проф.Лавров,характеризуя первую стадию цынги,указывает на похудание больных,бледность лица,на темные круги под глазами, причем он говорит,что невозможно установить длительность этой стадии;в отдельных случаях она может быть очень продолжительной. (83)

Все это укрепляет высказанное нами предположение.

Следует еще иметь в виду,что некоторые формы малокровия в настоящее время трактуются как авитаминозы.Так,Е.М. и Р.И.Лепские причисляют к авитаминозам макроцитарные анемии,которые/по мнению авторов/ возникают либо прямо от недочетов питания,либо при условии отсутствия "внутреннего фактора". (87)

Сравнение показателей заболеваемости авитаминозами и малокровием по полу и возрасту обнаруживает,что кроме ранннего детского возраста,наиболее часты были обращения и с авитаминозами и с малокровием в одних и тех же возрастных группах:у мужчин от 15 до 20 лет,а у женщин от 20 до 25 лет.Это наглядно видно на диаграмме № 2.



Весенний под"ем заболеваемости был почти одинаков у мужчин и женщин. Мужчины обращались с авитаминозами чаще женщин, примерно, в два раза; женщины же чаще обращались по поводу малокровия, в такой же пропорции. Таким образом, если наша трактовка некоторых случаев малокровия как гиповитаминозов правильна, то в данном случае /как и в ряде других/ можно отметить более легкое течение болезни у женщин, по сравнению с мужчинами.

ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ КРОВИ. Распределение больных прочими болезнями крови по полу и возрасту приведено на таб. № 4

Табл. 4.

Название болезни	Число обратившихся		
	Мужчин	Женщин	Об. пола
Лейкозы	6	6	I2
Геморрагич. диатез	8	I9	27
Ревматичес.пурпура	II	I3	24
Лимфогранулемотоз	7	9	I6
Болезнь Верльгофа	-	I	I
Всего	32	48	80

Женщины обращались несколько чаще мужчин / кроме лейкозов/.

Со всеми указанными болезнями на I0000 мужского населения было I,7 обращение, а на I0000 женского населения - 2,2.

В госпитализации нуждалось 8 человек / т.е. I0%/, из них 3 мужчины и 5 женщин.

ЗАБОЛЕВАНИЯ КОСТНОГО МОЗГА.

Сюда мы отнесли 3 случая тромбопении. Один случай был у мужчины 33 лет, студента и два случая - у женщин I7 и 25 лет / учащаяся и член семьи рабочего/.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ. Сюда вошли: спленомегалия - 1 /мужчина, 36 лет, рабочий/, периспленит - 2/мужчина 21 года, студент и женщина 29 лет, член семьи рабочего/; болезнь Банти - 2 /мужчина 69 лет, рабочий и женщина 27 лет, рабочая/ и 2 случая ""заболевание селезенки" /мужчина 14 лет, член семьи служащего и женщина 34 лет - служащая/.

БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

С болезнями нервной системы было зарегистрировано 25840 обращений, или 64,5 на 1000 населения. В Москве в 1937 году этот показатель был равен 47,5.

Распределение больных по отдельным формам заболеваний и полу приведено на таблице 1.

Табл.1

Форма заболевания	Число обратившихся			% к итогу
	Мужчин	Женщин	Обоего пола	
Энцефалиты, энцефалопатии и ост.явл.	128	118	246	0,9
Менингиты и остат.явл.после них	65	55	120	0,5
Множественный склероз	11	6	17	0,1
Детские церебральные параличи	14	17	31	0,1
Расстройства мозгового кровообращ.	281	236	517	2,0
Наследств.семейн.и дегенеративн.забол.	14	9	23	0,1
Сирингомиэлия	14	7	21	0,1
Другие органич.заболев.центр.н.сис.	474	435	909	3,5
Неврит	1155	1012	2167	8,4
Невралгии	1689	2319	4008	15,7
Невропатии и психопатии	470	234	704	2,7
Вегетоневрозы и вегетопатии	631	1359	1990	7,8
Соматогении	26	178	204	0,8
Неврастения	3602	4160	7762	30,0
Истерия	228	1291	1519	5,8
Психастения	105	47	152	0,6
Психогенные реакции	1402	2224	3626	14,0
Двигательные неврозы и неврозы органов	143	95	238	0,9
Шизофрения	108	69	177	0,7
Циркулярный психоз и циклотимия	15	22	37	0,1
Эпилепсия	386	357	743	2,9
Алкогольные психозы	31		31	0,1
Олигофрения	41	41	82	0,3
Другие психические заболевания	295	221	516	1,9
ВСЕГО:	11328	14512	25840	100,0

Как видно из таблицы 1, наибольший удельный вес имели: неврастения, невралгии, психогенные реакции и неврит. На долю этих четырех форм падает 68 процентов всех обращений по поводу болезней нервной системы.

Со всеми болезнями нервной системы в целом – женщины обращались чаще мужчин: на 1000 мужского населения было 61,5 обращений, а на 1000 женского – 67,0.

При рассмотрении же заболеваемости по отдельным формам болезней видно, что при некоторых формах – мужчины болели чаще женщин.

Показатели заболеваемости по отдельным формам болезней на 1000 населения соответствующего пола приведены на таблице 2.

Табл.2

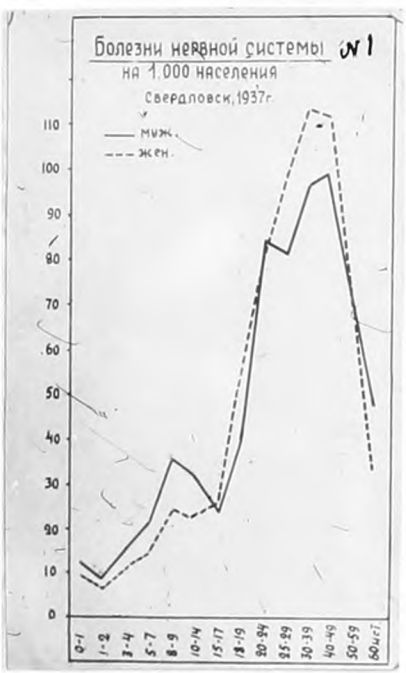
Форма заболевания	Обрат. на 1000 населен. мужчин	женщин
Энцефалит	0,7	0,5
Менингит	0,3	0,2
Множественный склероз	0,06	0,02
Детские церебральные параличи	0,07	0,07
Расстройства мозгового кровообращен.	1,5	1,1
Насл.сем.и дегенерат.заболев.	0,07	0,04
Сирингомиэлия	0,07	0,03
Другие органич.забол.цен.нервн.сист.	2,5	2,0
Неврит	6,3	4,7
Невралгии	9,2	10,7
Невропатии и психопатии	2,5	1,1
Вегетоневрозы и вегетопатии	3,4	6,3
Самотогении	0,1	0,8
Неврастения	19,5	19,2
Истерия	1,2	5,9
Психастения	0,5	0,2
Психогенные реакции	7,6	10,3
Двигательные неврозы и неврозы органов	0,8	0,4
Шизофрения	0,6	0,3
Циркулярный психоз и циклотимия	0,08	0,1
Эпилепсия	1,9	1,5
Алкогольные психозы	0,1	0,0
Олигофрения	0,2	0,2
Другие психические заболевания	1,5	1,0
ВСЕГО:	61,5	67,0

Заболеваемость мужчин и женщин была одинаковой при детских церебральных параличах и при олигофрении.

Мужчины болели чаще женщин органическими заболеваниями центральной нервной системы /кроме детских церебральных параличей/, а также: невритами, невропатиями, неврастенией, психастенией, двигательными неврозами, шизофренией, эпилепсией, алкогольными психозами и другими психическими заболеваниями.

Женщины же болели чаще мужчин: невралгиями, вегетоневрозами, соматогенией, истерией, психогенными реакциями и циркулярным психозом.

На диаграмме № 1 мы приводим показатели заболеваемости всеми болезнями нервной системы на 1000 населения мужчин и женщин по отдельным возрастным группам.



Самым благоприятным возрастом, в котором было наименьшее число обращений с заболеваниями нервной системы – был возраст детей 1–2 лет и самым неблагоприятным – у мужчин – 40–49 лет, а у женщин – 30–39 лет.

После второго года жизни заболеваемость начинает заметно нарастать вплоть до только-что отмеченного максимума /30–50 лет/, после чего она резко снижается, особенно в старческом возрасте.

Следует отметить также под"ем частоты заболеваемости у детей в возрасте 8–9 и 10–14 лет /особенно у мальчиков/. Возможно, что этот под"ем, помимо влияния предполового созревания, обусловлен тем, что дети-школьники подвергаются полному и детальному медицинскому осмотру и наблюдению, а кроме того, в школе резче выделяются и следовательно полнее выявляются их заболевания.

нервно-психические аномалии.

Начиная с 18 лет частота заболеваемость резко повышается.

Следует также отметить неравномерность в уровне заболеваемости мужчин и женщин по отдельным возрастным группам.До 15 лет - мужчины болели чаще женщин;от 15 до 50 лет - чаще болели женщины,а свыше 50 лет - опять мужчины.

Мы не имели возможности получить интенсивные показатели по всем общественным группам,а лишь по группе рабочих и служащих.

Показатели эти следующие:

Обратилось со всеми болезнями нервной системы на 1000 человек соответствующего пола:

	мужчин:	женщин:
Рабочих	66,4	83,2
Служащих	86,8	108,4

Женщины болели чаще мужчин и в группе рабочих и в группе служащих.Служащие обращались значительно чаще рабочих.

В госпитализации нуждалось при всех болезнях нервной системы 1635 человек /или 6,3 процента от общего числа больных/,из них - мужчин - 836 и женщин 799.

В соответствии с клиническими формами заболеваний мы распределили всех обратившихся с болезнями нервной системы на четыре группы:

	Число обратившихся мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
1.Органические забол.центр. нервной системы	1001	883	1884	7,3
2.Заболевания периферических нервов	2844	3331	6175	24,0
3.Неврозы и пограничные состояния	6607	9588	16195	62,6
4.Психические заболевания	876	710	1586	6,1
ВСЕГО:	11328	14512	25840	100,0

Самую многочисленную группу составляли больные с неврозами и пограничными состояниями /62,6%/. На втором месте были больные с заболеваниями периферических нервов /24,0%/, затем – с органическими поражениями центральной нервной системы /7,3%/ и, наконец, – с психическими заболеваниями /6,1%/.

По Бергеру у всех московских районных психоневрологов в составе больных нервные органические и периферические заболевания занимают в среднем 12%, так называемые функциональные – 78% и психические болезни – 10%. Такое расхождение объясняется, повидимому тем, что наш материал охватывает в равной мере психических и нервных больных, тогда как у Бергера материал по преимуществу психиатрический. (16)

А. ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

С органическими заболеваниями центральной нервной системы /кроме сифилиса/ было зарегистрировано 1884 /4,7 на 1000 населения/.

Распределение больных по диагнозам и полу приведено на таблице 3.

Табл.3

Название болезни	Число обратившихся: Мужчин	женщин	об.п: итогу	% к
Энцефалиты и энцефалопатии	128	118	246	13,1
Менингиты	65	55	120	6,4
Множественный склероз	11	6	17	1,0
Детские церебральные параличи	14	17	31	1,6
Расстройства мозгового кровообращен.	281	236	517	27,0
Наследственно-семейн.и дегенерат.заб.	14	9	23	1,2
Сирингомиэлия	14	7	21	1,1
Другие органич.заболев.центр.нервной системы	474	435	909	48,6
ВСЕГО:	1001	883	1884	100,0

Как видно из таблицы 3, большинство заболеваний центральной нервной системы относилось к расстройствам мозгового кровообращения /27,0%/, энцефалитам /13,1%/ и менингитам /6,4%/

Со всеми органическими заболеваниями центральной нервной системы на 1000 мужского населения было 5,4 обращений, а на 1000 женского - 4,1.

Распределение больных органическими заболеваниями центральной нервной системы по диагнозам, полу и по возрастным группам приведено на таблице 4.

Табл.4

Название болезни	Возраст									
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и ст	Не ука
	Мужчины									
фалит	12	13	13	12	35	27	10	4	–	2
нгит	53	8	2	–	1	1	–	–	–	–
ствл.склероз	–	–	–	–	4	6	–	1	–	–
л.переб.пар.	4	5	–	1	3	1	–	–	–	–
тр.мозг.кров.	1	2	1	1	16	26	57	87	90	–
ид.сем.забол.	–	2	–	3	5	2	1	1	–	–
гомиэлия	–	–	–	–	8	3	2	1	–	–
ие заболеван.	10	12	8	10	177	150	71	24	10	2
	Женщины									
алит	18	10	7	5	30	28	11	8	1	
гит	47	4	1	–	1	1	1	–	–	
ств.склер.	–	–	–	–	5	1	–	–	–	
.переб.парал.	7	2	5	–	2	1	–	–	–	
р.мозг.кров.	3	1	4	1	13	17	26	74	97	
д.сем.забол.	–	–	–	2	2	2	2	–	1	
гомиэлия	–	–	–	–	2	1	2	1	1	
е заболеваний	4	8	11	20	155	152	54	19	10	2
ВСЕГО:	159	67	52	55	459	419	237	220	210	6
% к итогу:	8,4	3,6	2,8	2,9	24,4	22,2	12,5	11,7	11,2	0,3

Как видно из таблицы 4, среди всех больных преобладали лица в возрасте от 20 до 40 лет/46,6%/. По отдельным заболеваниям показатели распределения менялись. Так, при менингитах, на долю детей до 4 лет относилось 83,3% всех обращений, а при расстройстве мозгового кровообращения на лиц в возрасте 50 лет и старше падало 67,3%.

Показатели заболеваемости энцефалитами и расстройствами

мозгового кровообращения на 1000 рабочих и служащих соответствующего пола были следующие:

	Обратилось на 1000 человек			
	рабочих		служащих	
	мужчин	женщин	мужчин	женщин
С энцефалитами	0,6	0,4	0,6	0,5
С расстр.мозгов.кровооб.	1,8	0,8	2,0	0,3

С энцефалитами обращаемость рабочих и служащих была одинаковой.С расстройствами мозгового кровообращения служащие мужчины обращались несколько чаще рабочих;служащие – женщины,наоборот,обращались заметно реже работниц.

Б. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ.

В эту группу входят два вида заболеваний: невриты и невралгии по поводу которых было 6175 обращений, или 15,4 на 1000 населения.

Из общего числа невритов – 731 случай относился к невритам черепно-мозговых нервов и 1436 случаев к невритам прочих нервов.

С невралгиями было зарегистрировано 4008 случаев.

В госпитализации нуждалось при невритах 152 человека /67 мужчин и 85 женщин/, или 7%, и при невралгиях – 381 человек /183 мужчины и 198 женщин/, или 9,2 процента.

С невритами чаще обращались мужчины, а с невралгиями женщины что видно из следующих показателей:

	Обратилось на 1000 населения соответствующего пола	
	Мужчин	женщин
Невриты	6,3	4,7
Невралгии	9,2	10,7

Показатели заболеваемости на 1000 населения по полу и возрасту приведены на таблице 5.

Табл.5

Возраст	Обратилось на 1000 населения: Больн. невритами			Больных невралгиями		
	мужчин	женщин	об.пола	мужчин	женщин	об.пола
0 – 4	0,3	0,3	0,3		0,04	0,02
5 – 9	2,1	1,7	1,9	0,2	0,2	0,2
10 –14	5,7	3,8	4,7	0,6	0,9	0,7
15 –19	3,3	2,7	2,9	3,2	4,4	3,8
20 –24	5,9	3,7	4,7	9,9	11,1	10,6
25 –29	5,7	4,4	5,1	11,9	13,4	12,7
30 –39	9,4	6,9	8,1	17,0	20,3	18,7
40 –49	13,5	9,8	11,4	21,6	22,2	21,9
50 –59	12,2	7,7	9,4	17,2	16,3	16,7
60 и бол.	8,9	5,4	6,5	10,1	9,2	9,4
ВСЕГО:	6,3	4,7	5,4	9,2	10,7	10,0

Как видно из таблицы 5, дети до 10 лет болели невритами и невралгиями значительно реже взрослых. Начиная с 10 лет частота заболеваемость была заметно выше и при невритах держалась на приблизительно одинаковом уровне во всех последующих возрастных группах, с некоторым повышением только у лиц в возрасте от 40 до 60 лет. При невралгиях же отмечался значительный под"ем заболеваемости в возрастной группе от 20 до 30 лет.

Заболеваемость мужчин и женщин по возрастным группам распределялась, примерно, одинаково. Лишь при невритах она была выше у мужчин во всех возрастах, а при невралгиях у женщин - тоже во всех возрастах, кроме старческой группы, в которой заболеваемость была выше у мужчин.

Показатели заболеваемости на 1000 человек соответствующей общественной группы и соответствующего пола были следующие:

	Обратилось на 1000 человек соответствующей общественной группы и соответствующего пола.			
	Рабочие		служащие	
	мужчин	женщин	мужчин	женщин
Невриты	9,0	5,9	7,0	5,6
Невралгии	14,8	16,3	12,8	15,8

Как невриты, так и невралгии отмечались несколько чаще у рабочих, особенно заметно среди мужчин.

По Сеппу[x] из многих этиологических моментов, вызывающих невриты, прежде всего следует иметь в виду травму. Возможно, что травма и является причиной, обусловливающей более частую обращаемость с невритами рабочих.

x) Сепп Е.К., Цукер М.Б., Шмидт Е.В. Учебн. нервн. бол. НКЗ СССР. М. 1942 г.

В. НЕВРОЗЫ И ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ.

В эту самую крупную группу заболеваний нервной системы входят 16.195 обращений /40,4 на 1000 населения/.

По основным диагнозам и полу больные распределялись следующим образом:

Табл.6

Название болезни	Число обратившихся: Мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
Невропатии и психопатии	470	234	704	4,4
Вегетоневрозы и вегетопатии	631	1359	1990	12,3
Неврастения	3602	4160	7762	47,9
Истерия	228	1291	1519	9,3
Психастения	105	47	152	0,9
Психогенные реакции	1402	2224	3626	22,4
Двигат.неврозы и неврозы орган.	143	95	238	1,5
Соматогении	26	178	204	1,3
ВСЕГО:	6607	9588	16195	100,0

Эта группа характеризуется главным образом двумя видами заболеваний: неврастенией и психогенными реакциями, на долю которых приходилось 70,3% всех обращений.

С неврастенией оба пола обращались, примерно, в равной мере степени

Мужчины обращались чаще женщин с невропатиями и психопатиями с психастенией и с двигательными неврозами /включая неврозы органов/. Со всеми остальными заболеваниями чаще обращались женщины, что видно из следующих показателей:

	Обратилось на 1000 населения соответствующего пола: Мужчин	женщин
Невропатии и психопатии	2,5	1,1
Вегетоневрозы	3,4	6,2
Неврастения	19,5	19,2
Истерия	1,2	5,9
Психостения	0,5	0,2
Психогенные реакции	7,6	10,2
Двигат.неврозы	0,7	0,4
Соматогении	0,1	0,8

НЕВРАСТЕНИЯ. С неврастенией было зарегистрировано 7762 обращения, или 19,4 на 1000 населения.

В госпитализации нуждалось 94 человека /54 мужчины и 40 женщин/, или 1,2%.

По Булатову и Степанову -"Неврастенией заболевают почти исключительно мужчины." Наши данные совершенно не соответствуют столь категорическому утверждению. Заболеваемость мужчин была лишь немного выше, чем женщин. На 1000 мужского населения было 19,5 обращений, а на 1000 женского населения - 19,2. Расхождение столь небольшое, что правильнее считать заболеваемость мужчин и женщин одинаковой.

Что касается возраста, то наиболее часто обращались по поводу неврастении лица в возрасте от 20 до 50 лет, что видно на диаграмме № 2.



Как видно на диаграмме неврастения отмечалась главным образом у лиц в возрасте от 20 до 50 лет /у мужчин и женщин/, причем максимум заболеваний относился к возрасту 30-39 лет. В детском и старческом возрастах частота заболеваемость мужчин и женщин была одинаковой; от 20 до 30 лет она была выше у мужчин, а от 30 до 50 лет - у женщин.

ИСТЕРИЯ. С истерией было 1519 обращений или 3,7 на 1000 населения.

В госпитализации нуждалось 50 человек./15 мужчин и 35 женщин/, или 3,2 процента.

По Булатову и Степанову: "истерией заболевают почти иск-

лючительно женщины."

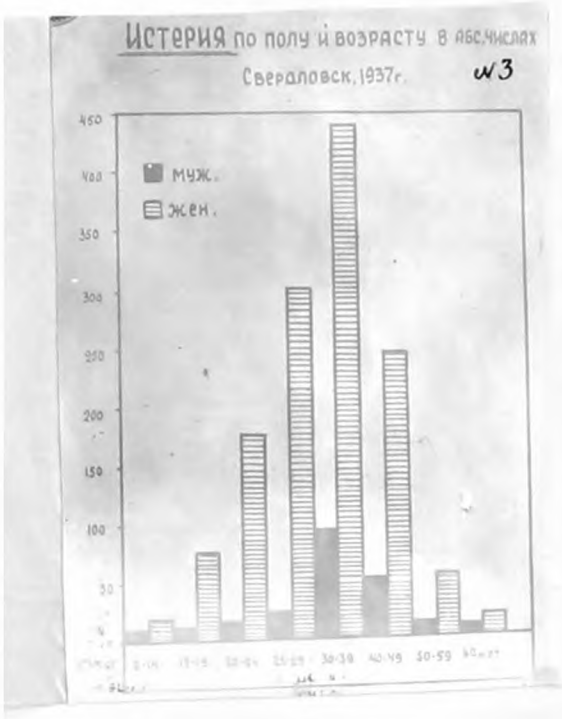
По Сенпу при истерии соотношение между мужчинами и женщинами равняется, как 1 к 10.

У Хорошко[x] из 730 клинических больных истерией женщин было около 80%.

Отсюда видно, насколько разноречивы выводы отдельных клиницистов. И это вполне понятно, так как они основаны на случайном материале.

На 1000 населения соответствующего пола мы имели у мужчин 1,2 обращение, а у женщин – 5,9. Это дает отношение между мужчинами и женщинами равным 1 : 4,9.

Состав больных истерией по полу и возрастным группам приведен на диаграмме № 3.



Как видно на диаграмме, среди больных истерией наибольшее число, как мужчин, так и женщин было в возрасте 30–39 лет. На втором месте стояли (были) у женщин больные 25–29 лет, а у мужчин – 40–49 лет. Стариков среди больных было, примерно, столько же, сколько и детей.

На таблице 7 приведены показатели заболеваемости на 1000 населения, соответствующего пола и возраста.

x) Хорошко В. К. Учение о неврозах. М. 1943г.

Табл.7

Возраст	Обратилось на 1000 человек		
	Мужчин	женщин	Об.пола
0 – 4	0,04	0,04	0,04
5 – 9	0,06	0,8	0,4
10 –14	0,3	0,1	0,2
15 –19	0,4	2,1	1,8
20 –24	0,9	6,9	4,4
25 –29	1,0	11,0	6,1
30 –39	2,8	11,7	7,5
40 –49	3,7	12,4	8,6
50 –59	1,3	3,8	2,8
60 и ст.	0,9	1,0	0,9
ВСЕГО:	1,2	5,9	3,8

Таблица 7 дает приблизительно такую же картину, что и диаграмма № 3, как по возрастному распределению заболеваемости, так и по соотношению заболеваемости между мужчинами и женщинами. Наибольшее различие в частоте заболеваемости мужчин и женщин было у лиц в возрасте 25–29 лет /отношение мужчин к женщинам составляло 1 к 11/. В детском и старческом возрасте заболеваемость у мужчин и женщин была, примерно, одинаковой.

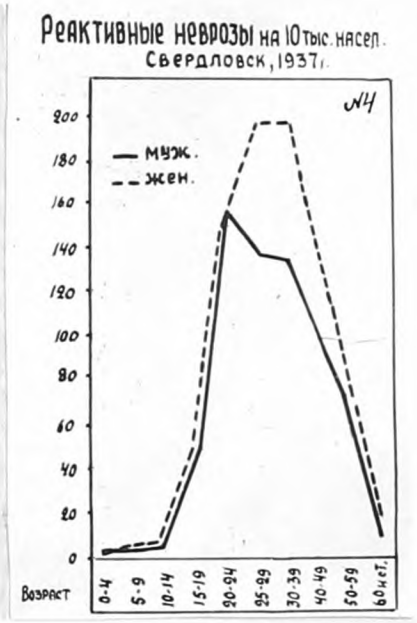
ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ. С психогенными реакциями было зарегистрировано 3626 человек, или 9,0 на 1000 населения.

В госпитализации нуждалось 228 человек /123 мужчины и 105 женщин/, или 6,2 процента.

С психогенными реакциями /или с реактивными неврозами/ женщины обращались чаще мужчин: на 1000 мужского населения было 7,6 обращений, а на 1000 женского – 10,2.

Среди детей обращаемость была незначительной.

Показатели заболеваемости мужчин и женщин на 10 тысяч населения соответствующего возраста приведены на диаграмме № 4.



Максимум заболеваемости и у мужчин и у женщин приходился на возрастную группу от 20 до 50 лет/особенно от 25 до 40 лет/.

Но у мужчин наибольший показатель был у лиц в 20–24 года, а у женщин – позже, в 30–39 лет.

Распределение больных прочими неврозами и пограничными состояниями по диагнозам, полу и возрасту приведено на таблице 8.

Табл. 8

Название болезни	Возраст и пол									
	0–4	5–9	10–14	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60 и ст.	Не указано
	м у ж ч и н ы									
Невропатии и психопатии	35	163	171	38	38	15	8	–	2	–
Астено-невроз. и вегетоневроз.	52	6	16	41	269	155	63	19	7	3
Неврастения	1	2	3	1	37	38	19	3	1	–
Остат. невроз. и н. орг.	19	23	20	15	34	21	6	5	–	–
Соматогении	1	6	7	2	6	4	–	–	–	–
	Ж е н щ и н ы									
Невропат. и психопатии	24	76	79	8	19	16	7	3	2	–
Астено-невроз. и вегетопат.	33	11	22	108	491	409	173	89	21	2
Неврастения	–	–	1	5	13	15	8	2	3	–
Остат. неврозы и н. орг.	7	15	4	13	17	26	10	2	1	–
Соматогении	1	4	5	–	1	19	105	36	5	2
ВСЕГО:	173	306	328	231	925	718	399	159	42	7
% к итогу	5,3	9,3	10,0	7,0	28,2	21,8	12,1	4,8	1,3	0,2

При невропатиях и психопатиях наибольший удельный вес в со-

ставе больных имели дети в возрасте от 5 до 14 лет,а при всех остальных формах – лица в возрасте от 20 до 40 лет.

С заболеваниями,указанными в таблице 8 нуждалось в госпитализации 109 человек /3,3%/,из них:51 мужчина и 58 женщин.

Показатели обращаемости с неврозами и пограничными состояниями на 1000 рабочих и служащих соответствующего пола приведены на таблице 9.

Табл.9

Название болезни	Обратилось на 1000 чел.соотв.обществ. группы и соответств.пола			
	Рабочие		Служащие	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Невропатии и психопатии	0,8	0,4	0,4	0,3
Вегетоневр.и вегетопат.	3,3	8,0	4,4	9,9
Неврастения	17,1	23,0	37,2	39,0
Истерия	1,5	9,2	1,9	9,3
Психастения	0,5	0,2	1,1	0,4
Психогенные реакции	6,7	11,1	11,2	19,4
Двигат.неврозы и невр. орган.	0,6	0,3	0,6	0,5
Соматогении	0,06	0,9	0,1	0,9
В среднем:	66,4	83,2	86,8	108,4

Как видно из таблицы 9, служащие значительно чаще обращались за медицинской помощью с неврозами и пограничными состояниями, чем рабочие,особенно по поводу неврастении,психастении и психогенных реакций.

Г. ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

С психическими заболеваниями было зарегистрировано 1586 обращений или 3,9 на 1000 населения.

В эту группу мы включили следующие заболевания:

	Число обратившихся Мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
Шизофрения	108	69	177	11,2
Циркул.психоз и циклотимия	15	22	37	2,3
Эпилепсия	386	357	743	46,9
Алкогольные психозы	31	—	31	1,9
Олигофрения	41	41	82	5,1
Другие психич.заболев.	295	221	516	32,6
ВСЕГО:	876	710	1586	100,0

Наиболее распространенными формами заболеваний были эпилепсия и шизофрения, на долю которых относилось 58,1% всех обращений.

Мужчины в среднем обращались несколько чаще женщин: на 1000 мужского населения было 4,4 обращения, а на 1000 женского населения – 3,2.

По отдельным формам болезней показатели обращаемости были следующие:

	Обратилось на 1000 населения соответствующего пола мужчин	женщин
Шизофрения	0,5	0,3
Циркулярный психоз и циклотимия	0,08	0,1
Эпилепсия	2,0	1,6
Алкогольн.психоз	0,1	—
Олигофрения	0,2	0,2
Прочие псих.заболевания	1,6	1,0

С олигофренией обращаемость была равной; примерно равной лишь с некоторым преобладанием женщин, была обращаемость с циркулярным психозом и циклотимией; со всеми остальными психическими забо-

леваниями чаще обращались мужчины.

Среди женщин не было отмечено ни одного случая алкогольного психоза.

Распределение больных психическими заболеваниями по диагнозам, полу и возрастным группам приведено на таблице 9.

Табл.9

Название болезни	Возраст и пол									
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и ст	Не у
	М у ж ч и н ы									
Шизофрения		1	5	11	45	34	9	3		
Цирк.псих.и циклотимия					4	5	5		1	
Эпилепсия	23	20	39	46	120	89	29	14	4	2
Алкогольные псих.					6	12	11	1		1
Олигофрения	2	9	21	2	5	2				
Прочие заболеван.	28	43	74	29	57	43	15	4	2	
	Ж е н щ и н ы									
Шизофрения		2	2	12	30	16	6	1		
Цирк.псих.и циклотимия					7	5	2	2	6	
Эпилепсия	21	22	49	41	115	67	21	15	4	2
Алкогольн.псих.										
Олигофрения	2	10	16	4	6	2	1			
Прочие заболеван.	14	31	50	28	41	33	13	9	1	1
Всего:	90	138	256	173	436	308	112	49	18	6
% к итогу:	5,7	8,6	16,2	10,9	27,5	19,4	7,05	3,05	1,1	0,5

Как видно из таблицы 9 в среднем большинство психических больных было в возрасте от 20 до 40 лет /46,9%/.

Рабочие обращались чаще, чем служащие по поводу эпилепсии; служащие обращались чаще рабочих с циркулярным психозом и циклотимией. По поводу шизофрении и обращаемость была равномерной.

	Обратилось на 1000 рабочих и служащих			
	рабочие		служащие	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Эпилепсия	2,7	2,2	1,4	1,2
Циркул.психоз	0,06	0,06	0,2	0,1
Шизофрения	0,7	0,4	0,7	0,4

В госпитализации нуждался всего 251 больной /15,7%/, из них:мужчин 141 и женщин 110.

При отдельных заболеваниях процент нуждавшихся в госпитализации был следующий:шизофрения - 30,0;циркулярный психоз и циклотимия - 5,4;эпилепсия - 14,2;алкогольный психоз - 51,6; олигофрения - 12,1;профие психические заболевания - 12,4.

В заключение остановимся на двух вопросах организационного характера.Это,во-первых,вопрос о подготовке врачей.Как мы видели,из числа всех обращений с заболеваниями нервной системы - 62 процента относилось к неврозам и пограничным состояниям. В абсолютном выражении это составило свыше 16 тысяч обращений. Нам кажется,что столь многочисленная группа больных должна быть в центре внимания врача,ведущего прием по нервно-психическим заболеваниям и врач должен быть хорошо знаком с этим разделом психо-невропатии.А между тем,как раз этому разделу патологии нервной системы уделяется недостаточно внимания при подготовке врачей,благодаря тому,что им занимаются две кафедры:психиатрии и нервных болезней,каждая из которых считает неврозы и пограничные состояния чем-то побочным для себя.

Второй вопрос касается госпитализации больных.Обращает внимание малый процент больных,нуждавшихся в госпитализации/в среднем - 6,2/.Однако,не все нуждавшиеся в госпитализации могли быть госпитализированы на специальных койках,т.к.для госпитализации 1584 нервных больных /не считая психических/,при расчете тридцатидневного пребывания на койке,потребовалось бы 122 койки,а

их было в Свердловске всего 80, причем из них 60 коек – областного назначения. Городских же психиатрических коек – не было совсем

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ.

С болезнями органов зрения обратилось 40.418 человек, или 100,9 на 1.000 населения. В Москве, в 1937 году, этот показатель равнялся 61,5

Мужчин было 18.776 /46,4 % /, женщин - 21.642 /53,6 % /. На 1.000 мужского населения приходилось 101,9 обращений, а на 1000 женского - 100,0.

Показатели заболеваемости на 1000 человек соответствующего пола и возраста приведены на таблице 1.

Табл.1

Возраст	Обратилось на 1000 человек		
	Муж.	Жен.	Об.пола
До 1 года	133,9	147,2	140,4
1 - 2	106,8	106,8	106,8
3 - 4	94,5	101,3	97,8
5 - 7	74,4	82,1	78,3
8 - 9	67,2	82,8	75,1
10 - 14	58,4	86,0	72,5
15 - 17	69,1	80,5	75,2
18 - 19	122,9	104,9	113,4
20 - 24	139,2	105,1	119,4
25 - 29	99,1	79,0	88,9
30 - 39	84,4	78,8	81,5
40 - 49	126,4	126,8	126,6
50 - 59	146,3	143,9	144,8
60 и ст.	178,4	133,0	146,4
ВСЕГО :	101,9	100,0	100,9

Наиболее часто обращались лица старческого возраста, затем дети первого года жизни и молодежь от 18 до 25 лет.

В целях клинической характеристики болезней органов зрения, мы распределили всех обратившихся по болезням отдельных органов, с выделением в особые группы – глаукомы и аномалий рефракции и аккомодации. Распределение больных приведено на таблице 2:

Табл.2

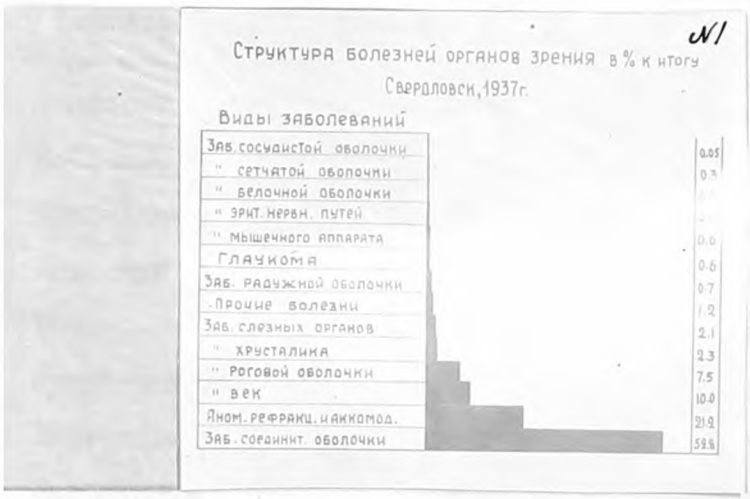
Наименование групп заболеваний	Число случаев		
	Муж.	Жен.	Об.пола
Заболевания век	2053	2004	4057
" слезных органов	273	556	829
" соединительн.оболоч.	10026	11303	21329
" роговой оболочки	1527	1486	3013
" белочной оболочки	50	80	130
" радужной оболочки	174	109	283
" сосудистой оболочки	10	13	23
" хрусталика	326	567	893
" стекловидн.тела	–	–	–
" сетчат.оболочки	60	65	125
" зрит.нервн.путей	96	90	186
Глаукома	87	170	257
Заболев.мышечн.аппарата	113	128	241
" глазницы	2	5	7
Аномалии рефракции и аккомод.	3758	4833	8591
Другие и неясно обознач.заб.	221	233	454
	18776	21642	40418

При обзоре приведенной таблицы можно отметить большую неравномерность поражения отдельных органов зрения. Наибольшее число случаев заболеваний /52% / падает на соединительную оболочку глаза. Заболеваний стекловидного тела не было зарегистрировано ни одного случая.

Структура заболеваемости органов зрения представлена на ди-

грамме: 1.

Диаграмма № 1



Нуждалось в госпитализации 1148 человек, что составляет 2,8% всех амбулаторных больных. Процент нуждающихся в госпитализации по отдельным группам заболеваний можно видеть на таблице 3 :

Таблица № 3

Группы болезней	% нужд.в госпит.	Группы болезней	% нужд.в госпит.
Заболевания век	1,0	Забол.стеклов.тела	-
" слезн.органов	13,2	" сетчатой оболочки	17,6
" соедин.оболочки	1,2	" зрит.нервн.путей	14,1
" роговой оболочки	9,6	Глаукома	22,2
" белочной оболочки	7,7	Заб.мышечн.аппар.	10,7
" радужной "	16,3	" глазницы	57,1
" сосудистой "	0,0	Аном.рефракц.и акк.	0,3
" хрусталика	30,2	Другие и неизс.обозн.забол.	3,3

Перейдем к рассмотрению отдельных групп заболеваний:

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК. Распределение больных этой группы по диагнозам и полу представлено на следующей таблице:

Табл.4

Диагнозы	Число случаев			% к итогу
	Муж.	Жен.	Об.пола	
Блефарит	534	580	1114	27,5
Мейбомит	143	130	273	6,7
Гордеолом	839	810	1649	40,6
Халазион	321	276	597	14,7
Птоз	6	12	18	0,5
Эктропион	13	9	22	0,6
Энтропион	8	12	20	0,5
Лагофтальм	3	2	5	0,1
Флегмона	10	9	19	0,5
Абсцесс	38	26	64	1,6
Фурункул	8	4	12	0,3
Восп.сальн.желез	35	34	69	1,7
Отек кожи век	24	33	57	1,4
Кровоизлияние	35	23	58	1,4
Проч.заболев.век	36	44	80	1,9
ВСЕГО:	2053	2004	4057	100,0

Как видно из таблицы, первое место по числу случаев среди заболеваний век занимает гордеолом, далее – ~~идут~~ приходится: блефарит, халазион и мейбомит. На долю этих четырех заболеваний падает 89 % всех больных, обратившихся по поводу заболеваний век/кроме травм и новообразований/.

По полу и возрасту больные распределялись следующим образом:

Табл.5

Возраст	Пол		
	муж.	жен.	Об.пола
До 1 года	16	24	40
1 - 2	65	62	127
3 - 4	44	47	91
5 - 7	51	72	123
8 - 9	52	49	101
10 - 14	147	205	352
15 - 17	105	126	231
18 - 19	132	155	287
20 - 24	404	367	771
25 - 29	408	300	708
30 - 39	372	326	698
40 - 49	144	139	283
50 - 59	69	81	150
60 и ст.	38	47	85
Не указ.	7	3	10
ВСЕГО	2054	2003	4057

Мужчины обращались чаще женщин: на 1.000 мужского населения было 11,1 обращение, а на 1.000 женского - 9,2.

Большинство больных /66,4% / было в возрасте от 15 до 40 лет.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ: По поводу заболеваний слезных органов обратилось 829 человек. Распределение больных по диагнозам, полу и возрасту приведено на таблице 6.

Табл.6

Возраст	Диагнозы и пол: Слезоточение м.	Слезоточение ж.	Сужение слез.пут. м.	Сужение слез.пут. ж.	Дакриоаденит м.	Дакриоаденит ж.	Дакриоцистит. м.	Дакриоцистит. ж.	Прочие м.	Прочие ж.	ВСЕГО м.	ВСЕГО ж.	ВСЕГО об.пола
0 – 4	–	2	1	1	1	–	4	8	–	2	6	13	19
5 – 9	1	2	1	–	–	1	3	4	–	1	5	8	13
10 – 14	1	3	1	10	–	–	5	4	–	2	7	19	26
15 – 19	1	4	13	16	1	–	7	9	3	8	25	37	62
20 – 24	11	10	45	30	2	–	7	17	4	8	69	65	134
25 – 29	8	9	21	38	–	1	6	25	5	4	40	77	117
30 – 39	11	18	33	54	1	1	8	47	3	11	56	131	187
40 – 49	9	10	9	23	–	–	9	45	5	5	32	83	115
50 – 59	3	10	11	16	1	–	5	43	–	2	20	71	91
60 и ст.	3	5	3	8	1	–	6	24	–	13	13	50	60
Не указ.	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–	2	2
ВСЕГО:	48	73	138	196	7	3	60	227	20	57	273	556	829

Обращает внимание резкое несоответствие между мужчинами и женщинами : на 100 мужчин обратилось 203 женщины.

Что касается возраста, то 66% всех заболеваний падает на возраст от 20 до 49 лет.

Среди больных мужчин рабочие составляли 60,4 %, а среди больных женщин – 34,7%.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ.

С заболеваниями соединительной оболочки глаза мы имели самую многочисленную группу больных – 21.329 чел., или 42% всей массы обратившихся по поводу заболеваний органов зрения.

По диагнозам и полу больные с заболеваниями соединительной оболочки глаз распределялись следующим образом:

Табл.7

	Число обращений		
	Мужч.	жен.	Об.пола
Кон"юнктивит	9648	11013	20661
В т/ч.острый	4510	5255	9765
хронический	1334	1492	2826
фликтенулезный	476	658	1134
фолликулярный	288	269	557
без указания	2289	2578	4867
блефаро-кон"юнктивит	751	761	1512
Птеригиум	82	65	147
Кровоизлияния	213	132	345
Прочие заболевания	83	93	176
ВСЕГО :	10026	11303	21329

Среди болезней соединительной оболочки доминирующая роль принадлежала кон"юнктивитам /96,9% /.

Среди отдельных форм кон"юнктивита на первом месте по числу случаев был острый кон"юнктивит.

Заболеваемость мужчин была в общем выше, чем женщин: на 1000 мужского населения было 54,5 обращений, а на 1000 женского - 52,2.

Показатели заболеваемости на 10.00 населения по полу и возрасту приведены на таблице 8.

Табл.8

Возраст	Обратилось на 1000 населения		
	мужч.	жен.	Об.пола
До 1 года	124,4	135,1	129,7
1 - 2	85,8	83,1	84,4
3 - 4	71,6	69,3	70,5
5 - 7	53,1	58,3	55,7
8 - 9	44,1	56,2	50,3
10 - 14	32,8	46,5	39,7
15 - 17	30,6	29,8	30,2
18 - 19	55,2	48,6	51,7
20 - 24	69,1	62,8	65,4
25 - 29	58,7	48,8	53,7
30 - 39	45,9	42,7	44,2
40 - 49	44,6	43,3	43,9
50 - 59	40,9	45,3	43,6
60 и ст.	46,8	36,7	39,7

Самый высокий показатель заболеваемости был у детей первого года жизни; самый низкий – у подростков 15 – 17 лет. Женский пол имел более высокие показатели по сравнению с мужским в возрастных группах: до 1 года, 5 – 14 лет и 50 – 59 лет. Во всех остальных возрастных группах показатели были выше у мужчин.

ЗАБОЛЕВАНИЯ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ. Было зарегистрировано 3013 случаев заболеваний роговицы, что составляет 6% всех заболеваний глаз, а на 1000 населения – 7,5.

Распределение больных по диагнозам и полу приведено на таблице 9.

Табл.9

Диагноз	Число обратившихся: муж.	женщ.	Об.пола
Кератит	944	925	1869
В т/ч фликтенулезный	38	77	115
Язва роговицы	174	111	185
Помутнение роговицы	393	437	830
В т/ч пятно	88	98	186
бельмо	163	162	325
Стафилома	4	7	11
Прочие заболевания	12	6	18
ВСЕГО:	1527	1486	3013

Как видно из таблицы, первое место среди болезней роговицы – /62% / занимал кератит. Затем (можно отметить) помутнение роговицы – 27,5%, язва – 9,4%, прочие 0,8% и стафилома 0,3%.

Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 10.

Табл.10

Возраст	Пол		
	мужч.	женщ.	Обоего пола
до 1 года	36	35	71
1 - 2	138	177	315
3 - 4	97	137	234
5 - 7	97	100	197
8 - 9	46	63	109
10 - 14	109	165	274
15 - 17	68	56	124
18 - 19	92	61	153
20 - 24	198	182	380
25 - 29	180	111	291
30 - 39	208	148	356
40 - 49	116	97	213
50 - 59	68	87	155
60 и ст.	72	65	137
Не указ.	2	2	4
ВСЕГО :	1527	1486	3013

Мужчины обращались чаще женщин: на 1.000 мужского населения было 8,2 обращения, а на 1.000 женского - 6,8. Наибольшее число заболеваний отмечалось у детей до 5 лет, 10 - 14 лет и в рабочем возрасте.

В госпитализации нуждалось 290 человек /144 мужчины и 146 женщин/.

ЗАБОЛЕВАНИЯ БЕЛОЧНОЙ ОБОЛОЧКИ. С заболеваниями белочной оболочки было зарегистрировано 130 больных. По полу, возрасту и диагнозам они распределялись следующим образом:

Табл.11

Возраст	Диагноз: Эписклерит м.	Эписклерит ж.	Склерит м.	Склерит ж.	Проч.заболев. м.	Проч.заболев. ж.	Всего м.	Всего ж.	Всего Об.пола
0 – 4	1	1	–	–	1	–	2	1	3
5 – 9	3	–	1	1	–	1	4	2	6
10 –14	3	3	–	1	–	–	3	4	7
15 –19	1	5	–	1	1	–	2	6	8
20 –24	4	7	1	3	2	4	7	14	21
25 –29	5	7	6	10	–	1	11	18	29
30 –39	8	12	2	5	1	2	11	19	30
40 –49	2	7	1	3	1	–	4	10	14
50 –59	2	2	2	2	1	—	5	4	9
60 и ст.	1	2	–	–	–	–	1	2	3
ВСЕГО:	30	46	13	26	7	8	50	80	130

Как видно из таблицы, заболевания белочной оболочки встречались преимущественно у взрослых. По полу отмечалось неравномерное соотношение у детей и взрослых: среди детей до 14 лет было 9 лиц мужского пола и 7 – женского, а среди взрослых: 41 мужского и 73 женского.

ЗАБОЛЕВАНИЯ РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ.

Больные этой группы по полу, возрасту и диагнозам распределялись следующим образом:

Табл.12

Возраст	Диагноз: Ирит м.	Ирит ж.	Иридоциклит м.	Иридоциклит ж.	Прочие м.	Прочие ж.	Всего м.	Всего ж.	Всего об.пола
0 - 4	1	3	—	—	4	—	5	3	8
5 - 9	2	2	—	1	1	—	3	3	6
10 -14	3	2	—	—	3	2	6	4	10
15 -19	8	6	2	—	2	—	12	6	18
20 -24	17	17	—	—	1	2	18	19	37
25 -29	27	18	2	—	2	2	31	20	51
30 -39	33	17	5	3	2	3	40	23	63
40 -49	25	7	7	1	3	1	35	9	44
50 -59	9	3	2	—	—	5	11	8	19
60 и ст.	4	5	2	2	7	7	13	14	27
ВСЕГО:	129	80	20	7	25	22	174	109	283

Мужчины преобладали над женщинами.В среднем на 100 мужчин приходилось 61 женщина.Большинство больных /68 процентов/было в возрасте от 20 до 49 лет.Среди больных мужчин рабочие составляли при ирите 58 %,а при иридоциклите их было 14 из 20.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ. Заболеваний сосудистой оболочки было зарегистрировано 23 случая. Из них с хориоидитом 11 и прочими заболеваниями - 12.

Среди больных хориоидитом было мужчин 6/18,27,29,33,58 и 60 лет/;и женщин - 5/21 года,28,42,49 и 62 лет/.

Никто из больных хориоидитом в госпитализации не нуждался.

К прочим заболеваниям сосудистой оболочки мы отнесли 3 случая,с диагнозом :"заболевание сосудистой оболочки глаза" и 9 случаев,с диагнозом -"задняя стафилома",из них: 4 мужчины

и 5 женщин.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕТЧАТОЙ ОБОЛОЧКИ. С заболеваниями сетчатой оболочки глаза, кроме гемералопии, отнесенной нами к авитаминозам, было зарегистрировано 125 обращений. По диагнозам и полу больные распределялись таким образом:

	Муж.	Жен.	Об.п.
Ретинит	28	41	69
Кровоизлияния	5	1	6
Отслойка сетчатки	9	7	16
Прочие заболевания	18	16	34
ВСЕГО:	60	65	125

Лишь при ретините число женщин превышало число мужчин, при остальных заболеваниях – мужчин было больше, чем женщин, особенно с кровоизлияниями.

Распределение больных по возрастным группам приведено на таблице 13

Табл.13

Возраст	Диагноз: Ретинит		Кровоизл.		Отсл. сетч.		Прочие		Всего		
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	об.пола
0 – 4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
5 – 9	1	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1
10 –14	1	1	–	–	1	–	1	–	3	1	4
15 –19	2	3	–	–	1	–	1	–	4	3	7
20 –24	5	5	–	–	2	1	1	–	8	6	14
25 –29	5	3	1	–	1	–	3	3	10	6	16
30 –39	6	12	–	–	2	1	9	5	17	18	35
40 –49	1	6	–	1	–	1	–	4	1	12	13
50 –59	5	7	2	–	2	3	–	1	7	11	18
60 и ст.	2	4	2	–	2	1	3	3	9	8	17
ВСЕГО:	28	41	5	1	9	7	18	16	60	65	125

Основной контингент по всем формам заболеваний сетчатки составляли больные в возрасте от 15 до 40 лет.

Рабочие обращались относительно чаще, чем прочее население, особенно при ретините.

В госпитализации нуждалось 22 человека или 17,6 %.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВНЫХ ПУТЕЙ: С заболеваниями зрительных нервных путей было зарегистрировано 186 человек. По диагнозам, полу и возрасту больные распределялись следующим образом:

Табл. 14

Возраст	Диагноз									
	Гиперемия соска		Простой неврит.		Застойный сосок		Атрофия зрительн. нерва		Прочие заболевания.	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
0 - 4	—	—	—	—	—	—	4	2	1	—
5 - 9	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—
10 -14	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—
15 -19	—	—	1	—	—	—	3	6	2	1
20 - 24	—	—	1	3	1	1	13	7	1	2
25 -29	—	—	—	2	—	—	6	6	1	3
30 -39	2	—	1	—	—	1	21	19	2	—
40 -49	—	—	1	—	—	—	13	13	—	1
50 -59	—	—	1	—	—	1	12	7	—	—
60 и ст.	—	—	—	1	—	—	6	8	1	—
Не указ.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
ВСЕГО:	3		5	6	1	5	79	72	8	7

Большинство больных /81 %/ было с атрофией зрительного нерва.

У мужчин поражения зрительных нервных путей встречались чаще, чем у женщин. На 1000 населения соответствующего пола мы

имели – 5,2 обращения у мужчин и 4,1 – у женщин.

Наибольшее число больных было в возрасте 30–39 лет.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ХРУСТАЛИКА. С заболеваниями хрусталика было зарегистрировано 893 человека, или 2,2 на 1000 населения.

По диагнозам и полу больные распределялись следующим образом:

Табл.15

Диагноз	Число больных: Муж.	жен.	об.пола
Катаракта	290	533	823
В т.ч.начинающаяся	63	134	197
не зрелая	35	74	109
не совсем зрелая	1	1	2
зрелая	43	89	132
травматическая	39	6	45
вторичная	7	7	14
врожденная/мягкая/	10	5	15
осложненная	6	8	14
без указаний	97	217	314
Вывих хрусталика	2	4	6
Афакия	23	22	45
ВСЕГО :	326	567	893

Как видно из таблицы, основная масса больных /92,1% /этой группы обращалась по поводу катаракты; с вывихом хрусталика и афакией больные составляли лишь 5,6%.

Женщин среди больных было значительно больше, чем мужчин. В среднем, на 100 мужчин приходилось 179 женщин. Исключение составляют лишь травматическая катаракта, врожденная катаракта и афакия, при которых преобладали мужчины. чаще наблюдались у мужчин.

Показатель заболеваемости на 1000 населения соответствующего пола был равен: для мужчин – 1,7, и для женщин – 2,6.

Распределение больных по возрастным группам представлено на таблице 16.

Табл.16

Возраст	Число больных: Мужчин		Женщин		Об.пола		% к итогу
	Абс.	На 10 т.	Абс.	На 10 т.	Абс.	На 10 т.	
0 – 4	2	1,2	3	1,8	5	1,1	0,6
5 – 9	4	2,7	3	2,0	7	2,4	0,8
10 –14	10	5,3	4	2,0	14	3,6	1,6
15 –19	13	7,0	1	0,5	14	3,6	1,6
20 –24	18	9,8	5	2,0	23	5,3	2,6
25 –29	22	8,1	9	3,2	31	5,6	3,5
30 – 39	22	6,6	22	5,8	44	5,5	4,9
40 –49	30	19,6	44	22,3	74	21,2	8,3
50 –59	48	55,5	85	61,4	133	59,1	14,9
60 и ст.	157	294,0	389	303,9	546	301,5	61,2
ВСЕГО:	326	17,7	565	26,1	891	22,2	100,0

Из таблицы видно постепенное нарастание числа случаев заболеваний хрусталика от младших возрастных групп – к старшим, причем это нарастание идет все более ускоряющимися темпами до 60-ти летнего возраста, после чего отмечается резкий подъем /рост в 4 раза против предшествующей возрастной группы/.

Далее следует отметить неравномерное отношение между мужчинами и женщинами в отдельных возрастных группах, а именно: до 30-ти летнего возраста отмечалось преобладание мужчин во всех группах /кроме первой/; в возрасте 30 – 39 лет число больных мужчин и женщин было одинаково – /22/, старше 40 лет преобладали женщины.

ГЛАУКОМА. Академик Авербах[x] назвал глаукому "самой сложной и нужной проблемой". И действительно, по Савваитову глаукома занимает первое место среди причин слепоты /21,8% /, а между тем этиология глаукомы до сих пор еще не ясна.

Больных глаукомой было зарегистрировано 257 человек, или 0,6 на 1.000 населения. В Москве этот показатель был равен 0,9.

Среди всех обратившихся с болезнями органов зрения больные глаукомой составляли 0,6 процента. По Покровскому /Лудиной/ за довоенное время по всей России этот процент равнялся 1,8. По Пикуленко, за 25 лет /1904–1928/ среди всех больных Одесской глазной клиники больные глаукомой составляли 1,54%. При сравнении этих показателей необходимо учитывать различия в возрастном составе населения, а также степень распространения других заболеваний органов зрения.

По диагнозам и полу больные глаукомой распределялись следующим образом:

	Муж.	Жен.	Об. пола
Глаукома первичная	27	42	69
В т.ч. острая воспалит.	3	3	6
" хроническая	24	39	63
Глаукома вторичная	13	11	24
" абсолютная	10	27	37
" без указания на форму	37	90	127
ВСЕГО :	87	170	257

Число больных женщин почти вдвое превышало число мужчин, за исключением вторичной глаукомы, при которой мужчин было несколько больше, чем женщин.

На 1000 населения соответствующего пола показатель заболеваемости глаукомой был равен: у мужчин – 0,4, а у женщин 0,7.

Распределение больных глаукомой по возрасту, диагнозам и

Офтальмологич. очерки. М. 1940 г.

полу представлено на следующей таблице:

Табл.17

Возраст	Клинические формы глаукомы: Первичная		Вторичная		Абсолютн		Без указан		Всего		
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	Об.П
0 - 4	1	—	1	1	—	—	—	—	2	1	3
5 - 9	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1
10 -14	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1
15 -19	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
20 -24	—	—	1	1	—	—	—	2	1	3	4
25 -29	1	1	3	1	—	—	1	1	5	3	8
30 -39	2	2	1	—	—	1	3	7	6	10	16
40 -49	3	3	2	2	1	3	2	14	8	22	30
50 -59	5	10	2	1	4	9	11	22	22	42	64
60 и ст.	15	26	1	4	5	14	20	43	41	87	128
Не указ.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
ВСЕГО:	27	42	13	11	10	27	37	90	87	170	257

При вторичной глаукоме заболевания наблюдались во всех возрастных группах. При других формах подавляющее большинство больных было в возрасте свыше 50 лет /79% /.

Что касается пола, то литературные данные о частоте поражения мужчин и женщин весьма противоречивы. Так, по Пикуленко, Ребучи, Пентмайер и Позен, Крюков, Батарчуков и др. считают, что женщины заболевают глаукомой не чаще мужчин. (148)

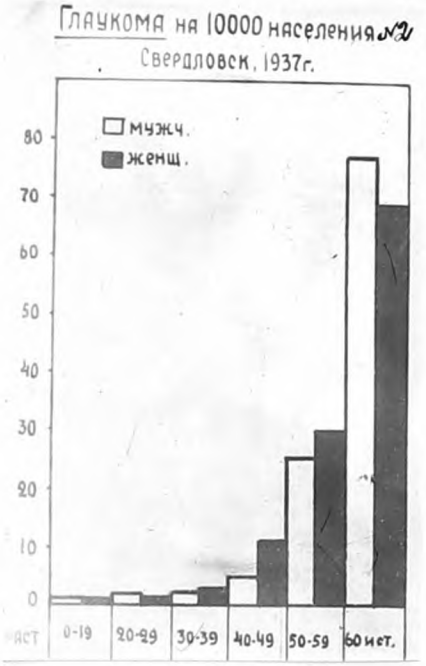
Вюсселе, Вогнер, Нейбургер, Гейслер, Агабабов, Марков - считают, что глаукома встречается чаще среди женщин.

Галенга нашел, что глаукома встречается чаще у мужчин.

Пикуленко, специально занимавшийся этим вопросом, утверждает, что женщины заболевают всеми видами глаукомы значительно

чаще мужчин.

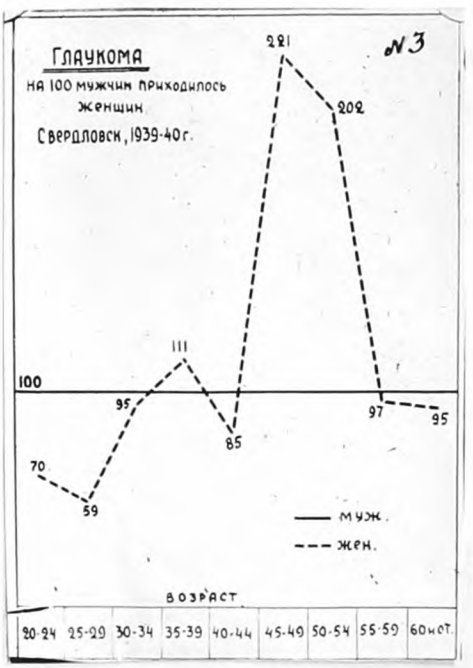
На диаграмме № 2 мы приводим показатели заболеваемости глаукомой мужчин и женщин по отдельным возрастным группам.



На диаграмме видно, что до 30 лет показатели заболеваемости мужчин были выше /за счет вторичной глаукомы/. В 30-59 лет показатели были выше у женщин а в 60 лет и старше - у мужчин.

Что такое соотношение показателей не носит случайный характер, подтверждают данные учета заболеваемости 1939-1940 года.

На диаграмме № 3 приведены процентные соотношения между больными глаукомой мужчинами и женщинами по пятилетним возрастным группам.



На диаграмме видно, что решающее значение в превалировании заболеваемости женщин имеет возраст от 45 до 55 лет.

Приведенные данные дают основание думать, что более правы те авторы, которые считают заболеваемость мужчин и женщин одинаковой.

Создается впечатление, что вероятность заболеть глаукомой, примерно, одинакова для мужчин и женщин, но у женщин глаукома начинает проявля

ться раньше, чем у мужчин, а именно – с 45 лет. Об"яснение этому факту мы можем найти в патогенезе глаукомы, хотя он очень сложен и полностью еще не раскрыт.

По Головину, патогенез глаукомы имеет три "этажа": 1. расстройство сосудистой компенсации, 2. усиление транссудации и 3. изменения эндокринной и вазомоторной корреляции.

По Кальфа – изучение этиологии глаукомы должно итти по пути выяснения воздействия на сосудисто-нервный аппарат глаза различных гормонов, а также продуктов обмена веществ, вредно влияющих на него.

По Беляеву в основе патогенеза глаукомы лежит влияние сложной цепи взаимоотношений инкреторной, вегетативной нервной и ионной системы. По Дудинову, некоторые авторы склонны об"яснять большую заболеваемость женщин ранним угасанием функции половых желез. (47)

Проф. Одинцов указывает, что моментами, вызывающими глаукому, могут быть склероз сосудов глаза, острые вазомоторные и эндокринные расстройства /у женщин – климактерий/, психические волнения.

Натансон, ссылаясь на ряд авторов, писал, что в климактерическом периоде женщины предрасположены к глаукоматозному процессу, и что этим, вероятно, об"ясняется несколько более частое заболевание женщин, по сравнению с мужчинами. (110)

Исходя из всех этих высказываний и наших данных, мы пришли к такому заключению:

1. Заболеваемость мужчин и женщин глаукомой можно считать одинаковой.

2. Климактерический период у женщин играет роль фактора, ускоряющего появление глаукомы, чем обусловливается заболеваемость женщин в более молодом возрасте.

3. Различие в высоте показателя заболеваемости на 1000 насе-

ления соответствующего пола зависит от меньшей выживаемости мужчин.

В госпитализации при глаукоме нуждалось 55 человек, или 25,2%.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МЫШЕЧНОГО АППАРАТА.

С заболеваниями мышечного аппарата было зарегистрировано - 239 человек. По диагнозам, полу и возрасту - больные распределялись так:

Табл.18

Возраст	Диагноз: Стробизм м.	Стробизм ж.	Нистагм м.	Нистагм ж.	Проч.забол. м.	Проч.забол. ж.	Всего м.	Всего ж.	Всего об.пола
0 - 4	4	11	1	1	—	1	5	13	18
5 - 9	7	10	—	1	—	—	7	11	18
10 -14	5	9	—	—	1	—	6	9	15
15 -19	14	21	1	1	1	—	16	22	38
20 -24	19	10	2	3	3	—	24	13	37
25 -29	16	17	4	1	—	—	20	18	38
30 -39	16	15	1	—	3	6	20	21	41
40 -49	6	9	2	—	—	—	8	9	17
50 -59	5	9	—	1	—	—	5	10	15
60 и ст.	2	2	—	—	—	—	2	2	4
Не указ.									
	94	113	11	8	8	7	113	128	241

С нистагмом и прочими заболеваниями мышечного аппарата глаз - мужчин было больше, чем женщин. По поводу же косоглазия - женщины обращались чаще мужчин.

Косоглазие распределялось на следующие виды:

	Мужчин	Женщин	Об.пола
Паралитическое	—	1	1
Содружественн.внутреннее	46	50	96
Содружественн.наружное	27	38	65
Без указания	21	24	45
ВСЕГО :	94	113	207

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗНИЦЫ. Заболеваний глазницы было зарегистрировано 7 случаев.

Сюда вошли 3 случая с экзофтальмом /воспалительным/. Из них: мужчин 1 – 11 лет и 2 женщины – 16 и 43 лет. В госпитализации нуждалось 2 больных.

Далее было зарегистрировано 3 случая флегмоны орбиты: у мальчика 10 лет, у девочки 10 лет и у женщины – 46 лет. Двое из них нуждались в госпитализации.

И, наконец, был отмечен 1 случай воспаления Теноновой сумки у женщины 56 лет.

АНОМАЛИИ РЕФРАКЦИИ И АККОМОДАЦИИ. С аномалиями рефракции и аккомодации обратилось 8591 человек. По видам аномалий, по полу и возрасту обратившихся распределялись таким образом:

Табл. 19

Табл.19

аномалий	Возрастные группы								
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и ст.
М у ж ч и н ы									
	2	20	104	314	419	153	72	53	24
етропия	3	11	39	45	129	142	102	72	42
атизм	1	7	31	73	220	94	44	15	5
етропия	—	—	6	16	29	9	6	1	1
опия	—	2	—	3	15	53	610	484	263
аккомодац.	—	2	7	1	1	1	—	—	—
ч аккомод.	—	1	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	2	2	—	—	—
ВСЕГО:	6	43	187	452	815	454	834	625	335
Ж е н щ и н ы									
	7	23	213	416	322	138	77	54	50
етропия	—	13	43	79	108	217	152	137	78
атизм	1	12	85	78	129	67	44	10	5
етропия	—	1	8	14	9	9	5	3	1
опия	2	—	4	3	15	127	903	743	403
аккомодац.	—	—	6	—	1	—	—	—	—
ч аккомод.	—	2	—	1	1	—	—	—	—
	—	—	—	—	2	1	—	—	—
ВСЕГО :	10	51	359	591	587	559	1181	947	537

ДРУГИЕ И НЕЯСНО ОБОЗНАЧЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. В эту последнюю группу заболеваний органов зрения мы отнесли все те заболевания, которые не вошли в вышеприведенные группы или по своему своеобразию, или по причине неясного обозначения диагноза. В частности, сюда вошли: симпатическая офтальмия – 1, разноглазие – 3, микрофтальм – 4, бычий глаз – 3, дальтонизм – 7, асте-

нопия – 124, амблиопия – 38, анизометрия – 31, атрофия глазного яблока – 105, анофтальм – 33, а также неясно обозначенные заболевания.

Если не считать аномалий рефракции и аккомодации, которые в большинстве случаев, не являются тем, что обычно принято считать болезнью, решающую роль в высоте показателя заболеваемости сыграли следующие болезненные формы:

1/ Из группы заболеваний век: блефарит, гордеолюм, халазион и мейбомит.

2/ Из группы заболеваний соединительной оболочки – кон"юнктивит.

3/ Из группы заболеваний роговой оболочки: кератит и помутнения.

Эти заболевания, имеющие массовое распространение должны в первую очередь привлечь внимание органов здравоохранения в борьбе за снижение заболеваемости.

Большинство заболеваний, по поводу которых мужчины обращались чаще женщин, в этиологическом отношении в значительной степени связано с профессиональными условиями работы на промышленном производстве.

Укажем на такие заболевания, как: блефарит /предрасполагающими факторами при котором являются пыль, едкие испарения, плохое освещение/, развивающийся нередко на почве блефарита – халазион; на травматическую катаракту; острый кон"юнктивит /действие едких раздражающих веществ, повреждения кон"юнктивы, охлаждение, сильное нагревание/; хронический кон"юнктивит /влияние пыли, дыма, едких испарений/; язвы роговицы /роль мелких повреждений/ и др.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ СЛУХА.

С болезнями органов слуха было зарегистрировано 14.048 человек или 35,1 на 1.000 населения.В Москве в 1937 году этот показатель был равен 23,0.

Распределение больных по видам болезни и полу приведено на табл. 1

Табл.1

Виды болезни	Число обратившихся		
	Муж.	Жен.	Об.пола
Отиты	5643	5576	11.219
Мастоидит	63	73	136
Вол.Евстахиевой трубы	347	369	716
Невриты	42	51	93
Лабиринтит	2	3	5
Отосклероз	13	61	74
Меньеровский синдром	29	22	51
Серные пробки	681	697	1378
Прочие	183	193	376
ВСЕГО:	7003	7045	14.048

В подавляющем большинстве случаев больные обращались по поводу отитов /80 % /.Сюда можно отнести и обратившихся с мастоидитами,т.к.последние обычно являются осложнениями отитов.

Мужчины в общем обращались чаще женщин: на 1.000 мужчин приходилось 38,0 обращений,а на 1.000 женщин - 32,6. Лишь с заболеваниями Евстахиевой трубы и особенно с отосклерозом чаще обращались женщины.

Лепнев приводит данные по Ленинграду за 1933 год,из которых видно,что ушными болезнями мужчины болеют в 1,1 раза чаще женщин. На нашем материале это соотношение также равно 1,1.

ОТИТЫ. Распределение больных отитами по клиническим формам полу и возрасту приведено на табл.2

Табл.2

Диагноз и пол	Число обратившихся										
	Отиты										
	Наружный		Средн.остр.		Средн.хрон.		Без указан.		Всего		
от.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	об.п
года	24	15	128	92	61	39	218	172	431	318	749
2	6	13	102	117	82	72	178	137	368	379	747
4	13	12	95	102	60	68	133	154	301	336	637
7	18	18	106	130	89	101	173	172	386	421	807
9	22	12	48	57	67	95	102	125	239	289	528
14	42	51	79	112	176	204	268	278	565	645	1210
17	17	27	36	42	95	78	135	114	283	261	544
19	27	36	60	44	173	76	145	95	405	251	656
24	56	81	134	113	282	207	368	305	840	706	1646
29	59	90	116	117	214	130	290	248	679	585	1264
39	69	107	105	104	190	152	288	308	652	671	1323
49	21	67	34	38	66	80	119	133	240	318	558
59	5	40	16	26	54	51	62	92	137	209	346
ст.	10	24	12	41	36	40	51	73	109	178	287
каз.	1	1	1	2	2	4	4	2	8	9	17
ВСЕГО:	390	594	1072	1137	1642	1397	2534	2448	5643	5576	11219

В госпитализации нуждалось 304 человека /141 мужчина и 163 женщины/, или 2,7 %.

Больше всего случаев относилось к среднему гнойному хроническому отиту /48,8% /, затем к среднему острому гнойному отиту /35,4% / и, наконец, - к наружному отиту /15,8% /.

С наружным отитом чаще обращались женщины; со средними отитами - мужчины.

Наружный отит чаще встречался у взрослых, а средний - у детей.

Показатели заболеваемости всеми формами отита по полу и возрасту приведены на табл.3

Табл.3

Возраст	Обратилось на 1.000 населения: Муж.	Жен.	Обоего пола
До 1 года	63,2	48,9	56,3
1 - 4	39,1	41,8	40,4
5 - 9	42,9	47,6	45,3
10 - 14	29,8	32,4	31,1
15 - 19	36,9	24,6	30,5
20 - 24	45,6	27,9	37,6
25 - 29	25,1	20,9	22,9
30 - 39	19,5	17,8	18,6
40 - 49	15,7	16,1	15,9
50 - 59	15,8	15,1	15,4
60 и ст.	20,4	13,9	15,8
ВСЕГО:	30,6	25,8	28,0

Наиболее часто болели отитами дети первого года жизни, затем - - 9 лет. У взрослых наиболее часто обращались лица в возрасте от 20 до 24 лет и 15 - 19 лет.

У мужчин и женщин соотношения в частоте заболеваемости отитами по отдельным возрастным группам подвергались значительному колебанию.

В возрасте до 1 года чаще болели мальчики, а в остальных детских возрастах - девочки.

С 15 до 40 лет чаще болели мужчины. В возрастной группе 40 - 49 лет несколько чаще болели женщины, а затем опять мужчины.

Распределение больных всеми фор-

Мами отита по месяцам года приведено на таблице 4.

Табл.4

ины	Обратилось с отитами по месяцам 1937 г.											
	Я	Ф	М	А	М	И	И	А	С	О	Н	Д
ины	668	609	567	512	441	452	412	326	314	453	395	439
ины	549	607	573	533	465	478	317	298	314	455	416	527
ола	1217	1216	1140	1045	906	930	729	619	628	908	811	966

Как видно из таблице, заболеваемость отитами держалась на высоком уровне в течение всего года. Наибольшее число заболеваний было в январе, а наименьшее – в августе.

Распределение больных прочими формами болезней органов слуха по полу и возрасту приведено на таблице 5.

Табл. 5

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и ст.
	М у ж ч и н ы								
тоидит	26	8	4	5	12	2	2	1	3
б.Евстахиев.									
бы	30	17	40	42	122	52	26	11	6
риты	1	3	4	5	6	5	4	5	9
биринтит	–	–	–	–	1	–	–	1	–
осклероз	–	–	–	–	2	6	2	2	1
ньеровский	–	–	–	–	–	–	–	–	–
дром	–	–	–	–	6	10	8	3	–
рные пробки	33	39	34	46	200	160	75	56	38
очие болезни	3	22	20	28	59	28	16	5	2
	Ж е н щ и н ы								
тоидит	33	17	3	–	13	3	1	1	2
б.Евстах.тр.	17	35	54	31	111	60	35	13	11
риты	1	3	3	3	11	7	6	5	12
биринтит	–	–	–	–	3	–	–	–	–
осклероз	–	–	–	–	24	26	8	2	1
ньеровск.син.	–	–	–	1	1	8	6	3	1
рные пробки	47	63	54	66	202	116	59	53	33
очие болезни	6	14	31	29	60	29	15	6	3
ВСЕГО:	197	221	247	256	833	512	263	167	122

Со всеми этими заболеваниями в госпитализации нуждалось 84 человека.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

С болезнями органов кровообращения было зарегистрировано 22.327 обращений, или 55,7 на 1.000 населения. В Москве этот показатель в 1937 году равнялся 37,5.

По болезням отдельных органов и полу больные распределялись следующим образом:

	Число обратившихся: Мужчин	Женщин	обоего пола	% к итогу
С болезнями сердца	5706	9520	15226	68,2
" артерий	529	673	1202	5,4
" вен	1586	1531	3117	13,9
" лимфатической системы	1355	1370	2725	12,2
С гипертонической болезнью	25	32	57	0,3
ВСЕГО:	9201	13126	22327	100,0

Болезни сердца составляли 68 процентов всех заболеваний органов кровообращения. На втором месте по числу случаев стояли болезни вен /13%/, на третьем – болезни лимфатической системы /12%/ и, наконец, болезни артерий /5%/.

Гипертоническая болезнь – почти не диагносцировалась; она дала составила лишь 0,3 процента.

Мужчины обращались чаще женщин с болезнями вен и лимфатической системы, а женщины чаще мужчин с болезнями сердца и артерий.

В общем не со всеми болезнями органов кровообращения на 1000 мужского населения было 49,9 обращений, а на 1000 женского 60,6.

Рассмотрим заболеваемость по отдельным органам.

А. Болезни сердца.

Распределение обратившихся с болезнями сердца по основным диагнозам и полу приведено на таблице 1.

Табл.1

Название болезни	Число обратившихся: Мужчин	Женщин	Об.пола	% к итогу
Пороки клапанов сердца	1218	2755	3973	26,18
Заболевание сердечной мышцы	2783	4207	6990	45,4
Эндокардит	32	52	84	0,6
Перикардит	6	4	10	0,06
Сердечная астма	9	5	14	0,09
Пароксизмальная тахикардия	2	7	9	0,06
Аритмия	13	4	17	0,1
Функц.расстр.сердеч.деят.	389	410	799	5,4
Невроз сердца	1040	1743	2783	18,4
Декомпенсация серд. деятельности	83	178	261	1,8
Недостаточн.сердеч. деятельн.	123	146	269	1,8
Расширение сердца	8	7	15	0,1
Ожирение сердца	0	2	2	0,01
ВСЕГО:	5706	9520	15226	100,0

На первом месте по числу случаев стояли болезни сердечной мышцы;на втором – пороки клапанов;далее – неврозы сердца,функциональные расстройства сердечной деятельности и другие.

В перечне названий болезни есть наименования /декомпенсация сердечной деятельности и недостаточность сердечной деятельности/, которые нельзя считать диагнозами,т.к.они указывают лишь на функциональное состояние,явившееся следствием либо пороков сердечных клапанов,либо миокардиосклероза.

ПОРОКИ СЕРДЦА. С пороками клапанов сердца было 3973 обращения,или 9,9 на 1000 населения.32 случая врожденного порока сердца мы включили в группу врожденных пороков развития.

В госпитализации нуждалось 272 больных /91 мужчин и 181 женщина/,или 7%.

По Зеленину[x] количество клапанных пороков сердца составляет в среднем около 25% общего числа сердечно-сосудистых заболеваний.

У нас пороки сердца в общем числе болезней сердца составляли 25,4%, а если к болезням сердца присоединить болезни артерий и вен, то - 20,3%.

Женщины обращались с пороками сердца почти вдвое чаще, чем мужчины: на 1000 мужского населения приходилось 6,6 обращений, а на 1000 женского населения - 12,7.

Литературные данные по этому вопросу разноречивы.

Штрюмпель писал, что у женского пола пороки сердца бывают несколько чаще, чем у мужчин.

Фогельсон[xx] указывает, что пороки клапанов наблюдаются одинаково часто у мужчин и женщин.

Зеленин приводит такие данные: по Нейштабу пороки сердца среди женщин встречались в 2,7 раза чаще, чем у мужчин; у Плеша мужчин было больше на 6%; по статистике Медико-биологического института - 40% мужчин и 60% женщин. Это является еще одним доказательством того, насколько случайны, а следовательно и не надежны те выводы, которые делают отдельные авторы на основе изучения своего клинического материала.

Основными причинами пороков сердца /по Фогельсону/ считаются: ревматизм /до 70% всех случаев/, сифилис /до 10%/, атероматоз и склероз /до 15%/. Врожденный порок сердца составляет лишь 0,2 - 2%. Не превышают 2-х процентов и травматические пороки сердца. По Зеленину - ревматизм и сифилис являются решающими этиологическими моментами для большинства приобретенных пороков.

Если взять первые две причины - ревматизм и сифилис, то по нашим данным женщины в Свердловске болели и той и другой болезнью чаще мужчин. С ревматизмом на 1000 мужчин было 16,5 обращений, а на 1000 женщин - 21,8. С сифилисом на 1000 мужчин обрати-

Зеленин В. Пороки сердца Б.М.Э. т. 26
Фогельсон Л. И. Болезни сердца и сосудов. Изд. 2. М. 1939 г.

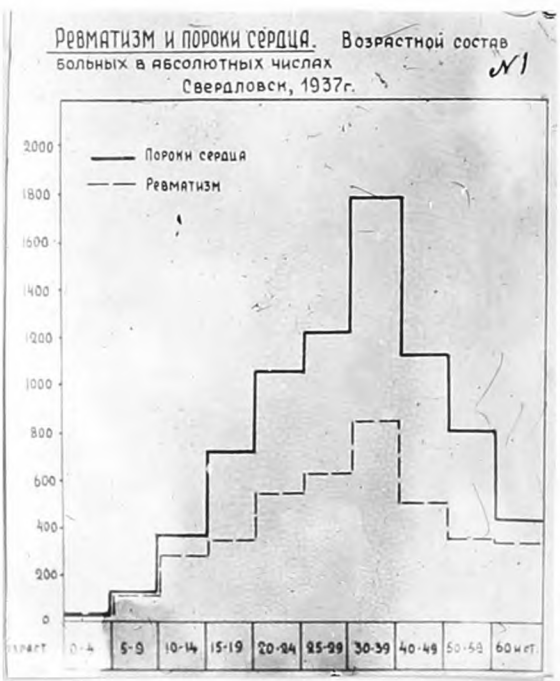
лось 3,6,а на 1000 женщин – 3,9.

По поводу сифилиса следует учесть то обстоятельство,что со свежими формами сифилиса чаще обращаются мужчины,а с запущенными формами/вторичный рецидивный,третичный активный/ чаще – женщины.Отсюда правильно предположить,что если женщины лечатся от сифилиса хуже,чем мужчины,то можно ожидать у них и более частые случаи висцерального сифилиса.

Таким образом,если по этим двум болезням,играющим видней-шую роль в этиологии пороков сердца, преобладали женщины,то вполне естественным является и преобладание женщин с пороками сердца.

Рассмотрение возрастного состава больных показывает,что наименьшее число больных было в детском возрасте,а наибольшее от 20 до 50 лет,с максимумом в 30–39 лет.

Повозрастное распределение больных пороками сердца в сравнении с распределением больных ревматизмом приведено на диаграмме № 1.



На диаграмме мы видим подтверждение только что сказанному,а также очень большое сходство в распределении больных пороками сердца и ревматизмом по отдельным возрастным группам.

Показатели заболеваемости пороками сердца на 1000 населения соответствующего пола и возраста изображены на диаграмме № 2.



Как видно на диаграмме наименьшие показатели заболеваемости были у детей до 4-х лет, а наибольшие - у мужчин в 60 лет и старше, а у женщин - в 40-49 лет.

В возрасте 5-9 лет заболеваемость среди мужского пола была выше, чем среди женского. Начиная же с 10 лет и во всех последующих возрастных группах показатели заболеваемости у женщин были выше, чем у мужчин. Особенно большое различие в уровне показателей было в двух возрастных группах: 10-14 лет и 40-49 лет. Это как раз те возрастные группы, в которых половая функция женщин /начало менструаций и климактерий/ часто оказывает заметное влияние на деятельность сердца. По видимому некоторыми врачами эти изменения деятельности сердца трактуются как пороки сердца.

В связи с значительными показателями заболеваемости пороками сердца у молодых людей - можно думать и о другой причине - диагностических ошибок. Известно, что одним из основных симптомов митрального порока сердца является систолический шум. Однако, как показал В.П.Кушелевский, систолический шум у молодых людей призывного возраста, часто является физиологическим, не имеющим ничего общего с пороками сердца.[x)]

БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ.

С болезнями сердечной мышцы было зарегистрировано 6990 случаев. На первом месте по числу случаев стояли больные с диагнозом -"миокардит" /5304 больных, или 75,8%/.

x) Кушелевский. В.П. Систол. шум как физиол. феном у люд. призывн. возр. Воен. сан. дело №6-7. 1941 г.

/ Далее мы могли выделить диагнозы:миокардиодистрофию - 922 случая,недостаточность сердечной мышцы - 659,миокардиопатию - 43 и грудную жабу - 57 случаев.

За исключением грудной жабы,по поводу которой мужчины обращались чаще женщин,со всеми другими видами заболеваний сердечной мышцы - женщины обращались чаще мужчин:на 1000 женщин было 19,4 обращений,а на 1000 мужчин - 15,1.

В госпитализации нуждались 171 человек:65 мужчин и 106 женщин.

Показатели заболеваемости на 1000 населения по полу и возрасту приведены на таблице 2.

Табл.2

Возраст	Обратилось на 1000 населения: Мужчин	женщин	Обоего пола
5 - 9	0,4	0,3	0,3
10 -14	0,9	1,2	1,1
15 -19	2,4	3,4	3,0
20- 24	6,7	6,6	6,6
25 -29	9,4	9,8	9,8
30 -39	19,3	21,7	20,9
40 -49	44,4	49,8	48,9
50 -59	63,6	75,0	73,7
60 и ст.	89,8	60,0	68,2
ВСЕГО:	15,1	19,4	17,4

Из таблицы видно,что с повышением возраста частота заболеваний быстро нарастает,достигая наивысшего показателя в возрастной группе 50-59 лет.

У маленьких детей заболеваний сердечной мышцы не было совсем;у детей дошкольного и школьного возраста наблюдались лишь единичные случаи заболеваний.Заболевания в сколько-нибудь значительном числе начинали появляться в подростковом возрасте и

с этого времени неуклонно повышались, особенно интенсивно начиная с 30 лет.

Заболеваемость мужчин и женщин до 40 лет была стояла на одном уровне, после чего у женщин она несколько повысилась по сравнению с мужчинами. Это повышение продолжалось примерно до 55 лет, после чего показатель заболеваемости женщин заметно снизился, а у мужчин неизменно повышался.

Больные грудной жабой вошли в приведенное выше число больных с заболеваниями сердечной мышцы.

Обращает внимание небольшое число случаев грудной жабы.

Повидимому часть случаев грудной жабы была диагностирована как невроз сердца, или как функциональное расстройство сердечной деятельности.

ЭНДОКАРДИТ. Острого эндокардита было зарегистрировано 12 случаев /6 мужчин и 6 женщин/, хронического 7 /2 мужчин и 5 женщин/, и без указания на форму – 65.

Распределение больных всеми формами эндокардита по полу и возрасту приведено на таблице 3.

Табл.3

Возраст	Число обрат. с эндокардитом: Мужчин	женщин	об. пола
До 1 года	–	1	1
3 – 4	–	1	1
5 – 7	2	–	2
8 – 9	2	–	2
10 –14	4	10	14
15 –17	2	1	3
18 –19	1	4	5
20 –24	3	10	13
25 –29	9	5	14
30– 39	3	10	13
40 –49	4	8	12
50 –59	–	1	1
60 и ст.	1	1	2
не указ.	1		1
всего:	32	52	84

В госпитализации нуждалось 20 человек /7 мужчин и 13 женщин/ Учитывая, что значительная часть декомпенсаций сердечных пороков связана с эндокардитами, нужно признать, что при распознавании порока, эндокардит повидимому часто не диагносцировался.

Женщины обращались несколько чаще мужчин: на 10000 женского населения было 2,4 обращения, а на 10000 мужского – 1,7.

ПЕРИКАРДИТ. Перикардит был отмечен у 6 мужчин и 4 женщин. Мужчины 14, 18, 19, 26, 30 и 32 лет. Женщины: 1, 2, 16 и 17 лет.

В госпитализации нуждался 1 человек, тогда как по сути дела все эти больные должны были быть госпитализированы.

СЕРДЕЧНАЯ АСТМА. Сердечная астма была диагносцирована лишь в 14 случаях, из них – 9 у мужчин и 5 – у женщин.

Мужчины 27, 40, 44, 49, 50, 50, 54, 67 и 68 лет. Женщины 30, 32, 37, 63 и 67 лет.

ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТАХИКАРДИЯ. Всего было отмечено 9 случаев: 2 у мужчин и 7 у женщин. Мужчины: 37 и 44 лет. Женщины 20, 27, 27, 41, 51 и 67 лет.

В госпитализации нуждался 1 человек.

АРИТМИЯ. Аритмия, как самостоятельный диагноз, была отмечена в 17 случаях, в том числе 13 у мужчин и 4 у женщин.

Мужчины: 7, 8, 9, 19, 30, 23, 37, 38, 40, 42, 51, 54 и 55 лет.

Женщины: 30, 40, 51 и 62 лет.

В госпитализации нуждался 1 человек.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. С таким диагнозом было зарегистрировано 797 случаев. По полу и возрасту больные распределялись следующим образом/табл.4/.

Табл.4

Возраст	Число обратившихся: Мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
3 – 4	1		1	0,1
5 – 7	3	4	7	0,8
8 – 9	3	7	10	1,3
10 –14	24	44	68	8,5
15 –17	33	50	83	10,3
18 –19	51	40	91	11,3
20 –24	121	86	207	25,9
25 –29	95	70	165	20,6
30 –39	49	68	117	14,6
40 –49	6	28	34	4,2
50 –59	2	8	10	1,2
60 и ст.	1	4	5	0,6
Не указ.		1	1	0,1
ВСЕГО:	389	410	799	100,0

В госпитализации нуждалось 4 чел./2 мужчин и 2 женщины/.

Мужчины обращались несколько чаще женщин: на 1000 мужчин было 2,1 обращение, а на 1000 женщин – 1,9.

Наибольшее число больных было в молодом возрасте – от 17 до 40 лет, с максимумом в возрасте 20–24 года.

Значительное преобладание мужчин в возрастной группе 20–24 года возможно об"ясняется тем, что в эту группу вошли молодые люди, направленные врачебными комиссиями в поликлиники для лечения с имеющимся в расписании болезней диагнозом функционального расстройства сердечной деятельности.

НЕВРОЗ СЕРДЦА. С неврозом сердца было зарегистрировано 2783 обращения, или 6,9 на 1000 населения.

В госпитализации нуждалось 38 человек /14 мужчин и 24 жен-

щины/.Женщины обращались с неврозами сердца значительно чаще мужчин:на 1000 мужского населения было 5,6 обращений,а на 1000 женщин - 8,1

Дети обращались редко.Не часто обращались и лица преклонного и старческого возраста.

Наиболее часто обращались мужчины в возрасте 20-24 года,а женщины - 25-29 лет.

Показатели обращаемости на 1000 населения соответствующего пола и возраста приведены на таблице 5.

Табл.5

Возраст	обратилось с неврозами серд.на тыс. населения		
	мужчин	женщин	обоего пола
0 - 4	0,1	0,0	0,1
5 - 9	0,2	0,5	0,4
10 -14	0,8	2,2	1,5
15 -19	6,3	5,5	5,9
20 -24	13,4	12,9	13,1
25 -29	10,9	15,9	13,5
30 -39	8,0	14,7	11,4
40 -49	4,4	7,9	6,4
50 -59	2,2	5,1	3,9
60 и ст.	0,6	1,8	1,4
Всего:	5,6	8,1	6,9

Как видно из таблицы,у мужчин заболеваемость была выше - у детей до 5 лет и у лиц в возрасте 20-24 года.Во всех остальных возрастных группах чаще болели женщины.Обращает внимание в женской заболеваемости то,что помимо основного подъема числа больных в возрасте 25-29 лет,имелась повышенная,против мужской,заболеваемость в возрасте 10-14 лет и 30-49 лет,т.е.в тех же возрастных группах,что и при пороках сердца,о чем мы говорили выше.

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. С декомпенсацией сердечной деятельности отмечен 261 случай.

Распределение больных по полу и возрасту приведено на табл.6.

Табл.6

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	об.пола
1 - 2	1	—	1
5 - 7	—	1	1
8 - 9	1	—	1
10 -14	—	1	1
15 -17	1	3	4
20 -24	—	5	5
25 -29	4	11	15
30 -39	11	29	40
40 -49	6	15	21
50 -59	30	33	63
60 и ст.	29	80	109
ВСЕГО:	83	178	261

В госпитализации нуждалось 63 чел./19 мужчин и 44 женщ./

Женщины обращались вдвое чаще:на 1000 мужчин было0,4 обращения,а на 1000 женщин - 0,8.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. Диагноз недостаточности сердечной деятельности был поставлен в 267 случаях.

Распределение больных с недостаточностью сердечной деятельности по полу и возрасту приведено на табл. 7.

Табл.7

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	обоего пола
3 – 4	5	3	8
5 – 7	6	8	14
8 – 9	9	18	27
10 –14	56	57	113
15 –17	28	19	47
18 –19	1	—	1
20 –24	1	6	7
25 –29	4	7	11
30 –39	2	14	16
40 –49	2	4	6
50 –59	3	2	5
60 и ст.	4	7	11
Не указ.	1	—	1
ВСЕГО:	122	145	267

В госпитализации нуждалось 17 человек/5 мужчин и 12 женщин/.

РАСШИРЕНИЕ СЕРДЦА, без других указаний, отмечено в 15 случаях. В том числе у мужчин – 8: 20,26,29,30,39,40,50 и 56 лет; и у женщин 7: 22,23,29,31,37,61 и 59 лет.

СУЖЕНИЕ СЕРДЦА диагносцировано в 2 случаях – у служащей 37 лет и у чл.семьи служащего – 38 лет./обе женщины/

СМЕРТНОСТЬ. Смертность от болезней сердца составляла 11,2 на 10000 населения.

Среди мужчин она была выше, чем среди женщин: на 10 тысяч мужского населения умерло от болезней сердца 12,1, а на 10 тысяч женского населения – 10,4.

По возрастным группам смертность имела резкие колебания –

от 1,4 в возрасте до 10 лет и до 136,4 в возрасте 60 и свыше лет.

Умерло на 10000 населения.

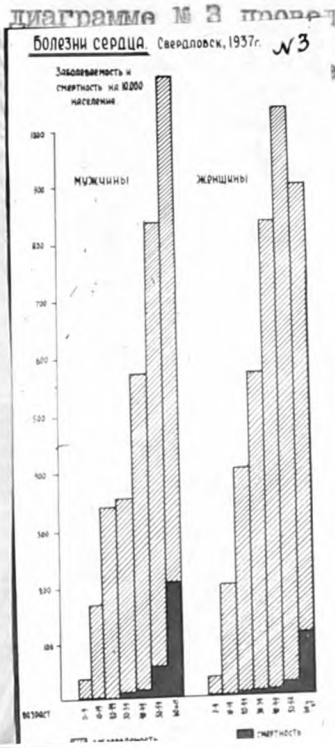
Возраст	мужчин	женщин	об.пола
0 – 9	1,7	1,0	1,4
10 –19	2,3	1,2	1,7
20 –29	1,7	3,5	2,7
30 –39	6,9	5,0	5,9
40 –49	15,0	7,1	10,5
50 –59	51,8	19,4	31,9
60 и ст.	202,2	108,8	136,4

Во всех возрастных группах, кроме возраста в 20–29 лет смертность у мужчин была значительно выше, чем у женщин.

Возможно, что более высокая смертность женщин в возрасте 20–29 лет стоит в зависимости от беременности и родов, т.к. наибольшее число родов приходится на женщин именно этого возрастного периода.

Мы видели, что женщины с болезнями сердца обращались значительно чаще мужчин, но смертность среди них была ниже.

На диаграмме № 3 проведено сравнение показателей заболеваемости [illegible]зней сердца по полу и возрасту.



Как видно на диаграмме, высота заболеваемости и (высота) смертности от болезней сердца у женщин и мужчин не соответствуют друг другу /за исключением возраста 20–29 лет у женщин и 60 лет у мужчин/. В большинстве возрастных групп заболеваемость выше у женщин, а смертность – у мужчин

Это об"ясняется различием процента летальности от болезней сердца

у мужчин и женщин.

Из каждых 100 заболевших мужчин умерло - 3,9,а из 100 заболевших женщин - 2,3.Летальность по возрастам была следующей:

Возраст	Мужчин	Женщин
0 - 9	5,8	3,3
10 -19	1,4	0,4
20 -29	0,5	0,8
30 -39	1,9	0,8
40 -49	2,6	0,8
50 -59	6,1	1,8
60 и ст.	18,4	12,0

Б. - Болезни артерий.

С болезнями артерий было зарегистрировано 1202 обращения, или 3,0 на 1000 населения.По отдельным диагнозам и полу больные распределялись следующим образом:

	Мужчин	Женщин	об.пола	% к итогу
Эндоартериит	42	6	48	4,0
Артериосклероз	427	594	1021	84,9
Аортит	38	60	98	8,2
Аневризма аорты и др.арт.	12	6	18	1,5
Болезнь Рено	5	5	10	0,8
Прочие болезни	5	2	7	0,6
ВСЕГО:	529	673	1202	100,0

Как видно из перечня диагнозов среди болезней артерий доминирующее значение имел артериосклероз /84%/.

Артериосклероз и аортит чаще встречались у женщин,а остальные заболевания - у мужчин.

ЭНДОАРТЕРИИТ. Распределение больных эндоартериитом по полу и возрасту приведено на таблице 8.

Табл.8

Возраст	Мужчин	женщин	Об.пола
10 - 14	1	—	1
20 - 24	1	1	2
25 - 29	7	2	9
30 - 39	18	1	19
40 - 49	8	1	9
50 - 59	7	—	7
60 и ст.	—	1	1
ВСЕГО:	42	6	48

Болели главным образом лица молодого и зрелого рабочего возраста. Мужчины обращались значительно чаще женщин.

В госпитализации нуждалось 16 человек /все мужчины/.

АРТЕРИОСКЛЕРОЗ. В эту группу вошли больные с двумя диагнозами: атеросклероз аорты - 64 случая и артериосклероз - 955 случаев, а всего 1021, или 2,5 на 1000 населения.

Атеросклероз аорты. Распределение больных атеросклерозом аорты по полу и возрасту и общественному положению приведено на таблице 9.

Табл.9

Возраст	число обратив. с атероскл. аор.		
	мужчин	женщин	об.пола
15 - 17	1	—	1
18 - 19	1	—	1
20 - 24	1	—	1
25 - 29	1	3	4
30 - 39	5	7	12
40 - 49	11	5	16
50 - 59	7	11	18
60 и ст.	4	7	11
ВСЕГО:	31	33	64

В госпитализации нуждалось 6 человек /3 мужчин и 3 женщин/.

Мужчины обращались чаще женщин:на 10000 мужского населения было 1,7 обращение,а на 10000 женщин – 1,5. В молодом возрасте /от 15 до 25 лет/ атеросклероз аорты был отмечен только у мужчин.

Наибольшее число заболеваний падало на лиц в возрасте свыше 50 лет.

Артериосклероз. Распределение больных с этим диагнозом по полу и возрасту приведено на табл.10.

Табл.10

Возраст	Число обрат.с артериосклерозом: мужчин	женщин	об.пола
10 – 14	–	1	1
15 – 17	–	–	–
18 – 19	1	–	1
20 – 24	2	–	2
25 – 29	4	4	8
30 – 39	13	10	23
40 – 49	69	67	136
50 – 59	134	172	306
60 и ст.	171	305	476
Не указ.	1	1	2
ВСЕГО:	395	560	955

В госпитализации нуждалось 22 человека/10 мужчин и 12 женщин/

Женщины обращались чаще мужчин:на 1000 мужского населения было 2,1 обращение,а на 1000 женского – 2,5.

Как мы увидим ниже,у рабочих и служащих среди мужчин показатели обращаемости по поводу артериосклероза были несколько выше,чем среди женщин.Более высокий показатель обращаемости женщин при исчислении на все население,объясняется тем,что среди населения женщин преклонного и старческого возраста/при кото-

ром обычно отмечается более ярко выраженный артериосклероз/ было значительно больше,чем мужчин.

В молодом возрасте артериосклероз отмечался лишь в единичных случаях.

АОРТИТ. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 11.

Табл.11

Возраст	Число обратившихся по поводу аортита		
	Мужчин	женщин	обоего пола
18 - 19	-	1	1
25 - 29	2	4	6
30 - 39	8	8	16
40 - 49	20	21	41
50 - 59	7	15	22
60 и ст.	1	10	11
Не указ.	-	1	1
ВСЕГО:	38	60	98

В госпитализации нуждалось 6 человек /1 мужчина и 5 женщин/. Женщины обращались значительно чаще,чем мужчины.Болели только взрослые.

АНЕВРИЗМЫ. С аневризмой аорты было 16 человек и с аневризмой других артерий - 2 человека.С аневризмой аорты было 10 мужчин и 6 женщин.

Мужчины: рабочих 5/35,36,55,59 и 63 лет/;
служащих 3 /33,37 и 43 лет/;
прочих /пенсионеры/ - 2 /36 и 67 лет/.

Женщины: рабочих - 1/51 года/;
чл.семей рабочих - 2/32 и 70 лет/;
чл.семей служащих - 1 /73 лет/;
прочих /пенсионерн/ - 2 /48 и 51 года/.

С аневризмой левой сонной артерии был один мужчина,служащий - 27 лет.

С аневризмой лучевой артерии был один мужчина, рабочий – 38 лет.

БОЛЕЗНЬ РЕНО. Всего отмечено 10 случаев, 5 у мужчин и 5 у женщин.

Мужчины: 1 года, 3, 32, 45 и 60 лет.

Женщины: 23, 31, 33, 36 и 48 лет.

Прочие болезни артерий. Сюда вошли: расстройство периферического кровообращения – 1 /женщина/, аортальгии – 4, из них: 3 мужчины: 30, 45 и 64 лет и 1 женщина 45 лет; закупорка правой лучевой артерии – 1 мужчина – 63 лет, гангрена – 1 мужчина 57 лет.

В. – Болезни вен.

С болезнями вен обратилось 3117 человек, что составило 7,7 на 1000 населения.

По отдельным формам заболеваний и полу больные распределялись следующим образом:

	Мужчины	Женщины	Об. пола	% к итогу
Геморрой	1340	986	2326	74,6
Расширение вен	127	301	428	13,7
Варикозные язвы	10	66	76	2,5
Флебит и тромбофлебит	103	173	276	8,8
Прочие болезни вен	6	5	11	0,4
ВСЕГО:	1586	1531	3117	100,0

всех

Геморрой дал 74,6 процентов обращений с болезнями вен, расширение вен – 13,7 процентов и флебит с тромбофлебитом – 8,8 процента.

ГЕМОРРОЙ. С геморроем было зарегистрировано 2326 человек или 5,8 на 1000 населения.

В госпитализации нуждалось 305 человек.

Мужчины обращались по поводу геморроя значительно чаще женщин: на 1000 мужчин приходилось 7,2 обращения, а на 1000 женщин 4,5.

Возрастные показатели заболеваемости геморроем были следующие:

Возраст	Обратилось на 1000 населения соответствующего пола. Мужчин	Женщин	Обоего пола
0 - 14	0,07	0,1	0,1
15 - 19	1,0	1,1	1,0
20 - 24	5,9	8,6	7,3
25 - 29	8,7	7,7	8,2
30 - 39	15,5	7,5	11,2
50 - 59	12,9	4,4	8,0
60 и ст.	8,8	1,8	3,6
В среднем:	7,2	4,5	5,8

Из приведенных показателей видно, что в возрасте до 25 лет с геморроем женщины обращались чаще мужчин, причем наибольший показатель заболеваемости у женщин отмечался в возрастной группе от 20 до 24 лет. Начиная с этого возраста, заболеваемость женщин в дальнейшем все время снижается, а у мужчин - наоборот с этого возраста заболеваемость интенсивно возрастала и держалась значительно выше женской во всех последующих возрастных группах, с максимумом в 40 - 49 лет. Возраст наиболее частого заболевания женщин дает основание думать о влиянии беременности.

РАСШИРЕНИЕ ВЕН. По полу и возрасту больные распределялись следующим образом /табл.12/.

Табл.12

Возраст:	Число обратившихся		
	мужчин	женщин	об.пола
До 1 года	1	—	1
10 - 14	1	—	1
15 - 17	2	1	3
18 - 19	3	5	8
20 - 24	20	7	27
25 - 29	19	29	48
30 - 39	31	71	102
40 - 49	18	62	80
50 - 59	23	73	96
60 и ст.	9	53	62
ВСЕГО:	127	301	428

В госпитализации нуждалось 39 человек/11 мужч.и 28 женщ./

ВАРИКОЗНЫЕ ЯЗВЫ. Распределение больных по полу и возрасту приведено на табл.13.

Табл. 13

Возраст:	Число обратившихся		
	мужчин	женщин	об.пола
1 - 2	1	—	1
18 -19	—	1	1
25 -29	1	—	1
30 -39	—	8	8
40 -49	2	19	21
50 -59	2	16	18
60 и ст.	3	22	25
Не указ.	1	—	1
ВСЕГО:	10	66	76

В госпитализации нуждалось 3 чел. /1 мужч.и 2 жен./

ФЛЕБИТ и ТРАМБОФЛЕБИТ. Распределение больных по полу и возрасту приведено на табл.14.

Табл.14

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	об.пола
5 – 7	2	1	3
8 – 9	–	1	1
15 –17	2	1	3
18 –19	1	2	3
20 –24	8	22	30
25 –29	16	21	37
30 –39	32	51	83
40 –49	23	22	45
50 –59	13	24	37
60 и ст.	6	27	33
Не указ.	–	1	1
ВСЕГО:	103	173	276

В госпитализации нуждалось 31 чел./14 мужчин и 17 женщ./

ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ ВЕН. Всего было 11 случаев, из них: 6 у мужчин и 5 у женщин.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. Диагноз –"гипертоническая болезнь" был поставлен в 57 случаях. Распределение больных по полу, возрасту и общественному положению приведено на таблице 15.

Табл.15

ист:	Число обратившихся с гипертонией												
	Рабочих:		Чл.сем.раб:		Служащих :		Чл.сем.сл:		Прочих :		Всего		
	м.	ж.	м.	ж	м.	ж	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	об.пол
-24	–	–	–	–	–	1	–	–	2	–	2	1	3
-29	–	–	–	–	–	1	–	1	2	–	2	2	4
-39	1	–	–	–	1	2	–	1	–	2	2	5	7
-49	1	–	–	1	7	2	1	4	–	–	9	7	16
-59	–	–	–	3	3	1	–	6	2	1	5	11	16
ст.	1	–	1	1	1	–	1	3	1	1	5	5	10
каз.	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	1	1
ВСЕГО:	3		1	6	12	7	2	15	7	4	25	32	57

Прежде всего обращает внимание незначительное количество случаев гипертонии.

По Зеленину гипертония – очень частая болезнь. Она наблюдается, примерно, у 2% всего населения. Для Свердловска такой процент в 1937 году составил бы 8000 больных гипертонией, а их было зарегистрировано – 57.

Чем можно об"яснить такое большое расхождение?

Прежде всего можно сделать такое заключение, что врачи в 1937 году не были еще достаточно знакомы с гипертоническою болезнью, как самостоятельною нозологическою единицу.

С какими болезнями смешивали врачи гипертонию – трудно сказать, но повидимому случаи гипертонической болезни диагносцировались как расстройство мозгового кровообращения, невриты черепно-мозговых нервов, мигрень, головная боль, функциональные расстройства сердечной деятельности, неврастения и другие. В частности мы имели 361 диагноз – "головная боль", без других указаний.

Одной из причин этого являлась недостаточная техническая оснащенность наших амбулаторий. Так, измерение кровяного давления –

не входило в обычную практику амбулаторного врача, что служит показателем не высокого качества амбулаторного обслуживания населения.

Такова одна из причин столь большого расхождения нашего материала с положением Зеленина.

Но, нам думается, есть и другая причина, а именно – завышенный проф. Зелениным процент заболеваемости гипертонией.

Мы это заявляем, исходя из следующих соображений. В 1945 году проф. Кушелевский провел обследование около 5 тысяч рабочих и служащих Свердловска в возрасте от 20 лет и выше, специально для выявления числа больных гипертонией.

Средний процент обнаруженных проф. Кушелевским гипертоний составил 3,2.

Считают, что за годы войны число заболеваний гипертонией возросло примерно в 3 раза. Следовательно, для работавшего взрослого населения Свердловска в 1937 году заболеваемость гипертонией была равна, примерно, одному проценту.

Проф. Зеленин пишет, что :"Редко гипертоническая болезнь встречается в молодом возрасте – от 2 до 30 лет."

Следовательно, если у взрослого населения процент гипертоников был равен одному, то для всего населения он был еще меньше.

Вопрос о частоте гипертонии еще подлежит исследованию, т.к. мнения различных авторов значительно расходятся. Так, Фогельсон пишет:"Точных сведений о частоте эссенциальной гипертонии в нашем распоряжении нет. Цифры, полученные различными авторами, колеблются от 2 до 11 процентов."

По нашему материалу женщины болели гипертонией несколько чаще мужчин. Наиболее часто болели люди в возрасте свыше 40 лет.

Г. Болезни лимфатической системы.

С болезнями лимфатической системы было зарегистрировано 2725 обращений, из них :с лимфаденитом - 2530 и с лимфангоитом 195.

ЛИМФАДЕНИТ. Распределение больных лимфоденитом по полу и возрасту в обратившемуся положении приведено на табл.16.

Табл.16

Возраст:	Число обратившихся мужчин	женщин	об.пола
До 1 года	144	136	280
1 - 2	162	142	304
3 - 4	123	98	221
5 - 7	113	112	225
8 - 9	91	90	181
10 -14	167	213	380
15 -17	51	42	93
18 -19	57	42	99
20 -24	105	124	229
25 -29	94	100	194
30 -39	84	104	188
40 -49	32	50	82
50 -59	18	13	31
60 и ст.	10	10	20
Не указ.	1	2	3
ВСЕГО:	1252	1278	2530

В госпитализации нуждалось 64 человека /34 мужчины и 30 женщин/.

ЛИМФАНГОИТ. По поводу лимфангоита было 195 обращений. Распределение обратившихся по полу и возрасту приведено на таблице 17.

Табл.17

Возраст	Число обратившихся		
	мужчин	женщин	об.пола
До 1 года	1	—	1
1 – 2	4	2	6
3 – 4	1	2	3
5 – 7	3	2	5
8 – 9	5	3	8
10 –14	7	10	17
15 –17	6	3	9
18 –19	3	5	8
20 –24	10	17	27
25 –29	17	19	36
30 –39	18	12	30
40 –49	22	5	27
50 –59	2	8	10
60 и ст.	4	4	8
Не указ.			
ВСЕГО:	103	92	195

В госпитализации нуждалось 13 человек /7 мужчин и 6 женщин/.

В заключение рассмотрим показатели обращаемости с наиболее массовыми заболеваниями органов кровообращения на 1000 рабочих и служащих.

	Обратилось на 1000 рабочих и служащих соответствующего пола.			
	Рабочие		Служащие	
	муж.	жен.	мужч.	женщ.
Пороки клапанов	8,6	15,2	5,8	15,4
Заболевание серд.мышцы	18,5	20,5	25,1	22,4
Функц.раст.серд.деят.	2,5	1,8	1,7	2,2
Невроз сердца	7,6	10,2	7,8	14,2
Артериосклероз	2,4	1,9	4,1	1,1
Геморрой	12,3	7,8	10,8	6,9
Расширение вен	1,1	2,6	0,7	0,9

У рабочих мужчин были выше показатели по сравнению со служащими мужчинами при пороках сердечных клапанов, при функциональном расстройстве сердечной деятельности, при геморрое и при расширении вен. У служащих мужчин были выше показатели, по сравнению с рабочими мужчинами, при заболеваниях сердечной мышцы, при неврозах сердца и при артериосклерозе.

У работниц были выше показатели по сравнению с женщинами служащими при артериосклерозе, при геморрое и при расширении вен. Женщины – служащие имели более высокие показатели по сравнению с работницами при пороках сердечных клапанов, при заболеваниях сердечной мышцы, при функциональном расстройстве сердечной деятельности и при неврозах сердца.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ .

С болезнями органов дыхания было зарегистрировано 46.445 обращений, или 116,0 на 1.000 населения. В структуре заболеваемости населения Свердловска болезни органов дыхания занимали пятое место /9,3%/.

По болезням отдельных систем органов дыхания и полу больные распределялись следующим образом:

	Мужчины	женщины	Обоего пола	% к итогу
Болезни полости носа	3820	4597	8417	18,4
Болезни гортани	1480	2270	3750	8,0
Бол. дых. горла и бронхов	11895	11908	23803	51,2
Болезни легких	3315	2836	6151	13,2
Болезни плевры	1789	2139	3928	8,4
Неясно-обозн. болезни	121	275	396	0,8
ВСЕГО:	22420	24025	46445	100,0

Как видно из приведенных данных, наиболее часты были обращения с болезнями дыхательного горла и бронхов /51%/. Далее (или: отмечались) болезни полости носа и ее придатков /18%/, болезни легких /13%/, болезни плевры /8,4%/ и, наконец, болезни гортани /8%/.

Мужчины обращались чаще женщин с болезнями легких и бронхов, а женщины обращались чаще мужчин с болезнями полости носа, плевры и гортани.

По всем болезням органов дыхания в целом, на 1000 мужского населения было 121,8 обращение, а на 1000 женского - 111,2.

БОЛЕЗНИ ПОЛОСТИ НОСА И ЕЕ ПРИДАТКОВ.

С болезнями носовой полости было 8394 обращения /20,9 на 1000 населения/.

Распределение больных по отдельным формам заболеваний и полу приведено на таблице 1.

Табл.1

Формы болезней	Число обратившихся					
	Мужчин		Женщин		Обоего пола	
	Абс.	На т.нас.	Абс.	На т.нас.	Абс.	На т.нас.
Ринит	2443	132,7	3200	148,1	5643	141,1
Искривл.перегор. носа	301	16,4	83	3,8	384	9,6
Фолликул.входа в нос	73	3,9	80	3,7	153	3,8
Синуситы	550	29,8	733	33,9	1283	32,0
Носовое кровотечение	267	14,5	217	10,0	484	12,1
Проч.бол.пол.носа	186	10,1	284	13,1	470	11,7
ВСЕГО:	3820	207,4	4597	212,8	8417	210,3

Как видно из таблицы наибольшее число обратившихся относится к риниту /67%/ и к синуситам /15%/.

Мужчины чаще обращались с искривлением носовой перегородки, с фолликулитом и носовым кровотечением; женщины – с остальными заболеваниями. Со всеми болезнями полости носа женщины обращались чаще мужчин: на 1000 женского населения было 21,2 обращений, а на 1000 мужского – 20,7.

Р И Н И Т. По поводу ринита было зарегистрировано 5643 обращения /14,1 на 1000 населения/.

По отдельным клиническим формам ринита и полу больные распределялись следующим образом:

	Мужчин	Женщин	Об.пола
Острый ринит	542	729	1271
Хронический ринит:	1669	2139	3808
В том числе гипертрофич.	284	279	563
катарральный	129	154	283
атрофический	395	723	1118
вазомоторный	15	27	42
Без указания формы	232	332	564
ВСЕГО:	2443	3200	5643

С хроническим ринитом обращений было в три раза больше, чем с острым. Среди клинических форм хронического ринита преобладала атрофическая форма.

Распределение больных всеми формами ринита по полу и возрасту приведено на таблице 2.

Табл.2

Возраст	Число обратившихся			% к итогу
	Мужчин	Женщин	об.пола	
0 – 4	289	287	576	10,3
5 – 9	290	320	610	10,9
10 –14	243	417	660	11,7
15 –19	310	492	802	14,2
20 –29	838	940	1778	31,6
30 –39	285	450	735	13,03
40 –49	112	175	287	5,07
50 –59	37	75	112	1,9
60 и ст.	34	39	73	1,1
Не указ.	4	5	9	0,2
ВСЕГО:	2443	3200	5643	100,0

Как видно из таблицы 2, наиболее высокий процент обратившихся относится к возрастной группе 20-29 лет.

Женщины обращались несколько чаще мужчин.На 1000 мужского населения было 13,2 обращения,а на 1000 женкого - 14,8.

В госпитализации нуждалось 22 человека /0,4%/.

ИСКРИВЛЕНИЕ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА. По поводу искривлений перегородки носа,требовавших врачебного вмешательства,было зарегистрировано 394 обращения,или 0,9 на 1000 населения.Мужчины обращались в четыре раза чаще женщин:на 1000 мужского населения было 1,6 обращений,а на 1000 женского 0,3.

Наибольшее число обращений /65,0%/ было у лиц в возрасте от 20 до 40 лет.В госпитализации нуждалось 48 больных/12,5 процентов/,из них:40 мужчин и 8 женщин.

ФОЛЛИКУЛИТ ВХОДА В НОС. С этим заболеванием отмечено 153 обращения /73 мужчины и 80 женщин/.По полу и возрастным группам обращаемость была равномерной.В госпитализации нуждалось 3 человека/1 мужчина и 2 женщины/.

СИНУСИТЫ. С синуситами было 1283 обращения.

По клиническим формам заболевания,полу и возрасту больные распределялись следующим образом:/табл.3/

Табл.3

Диагноз и: пол Возраст	Число обратившихся. Гайморит м.	Гайморит ж.	Этмоидит м.	Этмоидит ж.	Фронтит м.	Фронтит ж.	Прочие м.	Прочие ж.
1 – 2	–	–	–	–	–	–	1	–
3 – 4	–	–	–	1	–	–	1	–
5 – 7	1	–	–	–	1	–	2	–
8 – 9	3	1	3	1	–		3	2
10 –14	2	10	1	7	–	2	7	15
15 –17	6	18	1	4	5	4	2	12
18 –19	13	15	3	2	15	3	10	7
20 –24	44	65	8	10	31	24	20	33
25 –29	50	74	12	15	48	30	24	35
30 –39	53	99	15	22	43	47	29	53
40 –49	31	34	10	7	15	15	11	13
50 –59	10	19	1	2	7	4	2	12
60 и старше	2	5	–	3	1	1	1	1
Не указ.	–	4	–	1	1	1	–	–
ВСЕГО:	215	344	54	75	167	131	114	183

Наиболее распространенной формой заболевания был гайморит, составивший 42 процента от числа больных всеми формами синуситов. Женщины обращались несколько чаще мужчин: на 1000 мужского населения было 3,0 обращения, а на 1000 женского – 3,3.

Однако соотношение этих показателей менялось при различных формах синуситов, что видно из следующего:

	Обратилось на 10 тыс. населения: Мужчин	женщин
С гайморитом	11,1	15,9
" этмоидитом	2,9	3,4
" фронтитом	9,0	6,0
" прочими формами	6,2	8,4

Отсюда видно, что мужчины чаще женщин болели фронтитом; с остальными формами, особенно с гайморитом чаще обращались женщины

Наиболее высокие показатели были у людей в возрасте от 20 до 30 лет /5,3 на 1000 населения/; далее шли возрастные группы в 40 – 49 лет /3,8/ и 15–19 лет /3,0/.

Распределение больных всеми видами синуситов по месяцам года приведено на таблице 4.

Табл.4

Месяцы	Число случаев	Месяцы	Число случаев
Январь	165	июль	61
февраль	137	август	46
март	196	сентябрь	67
апрель	127	октябрь	82
май	137	ноябрь	69
июнь	87	декабрь	100
		ВСЕГО:	1274

Как видно из таблицы наибольшее число случаев синуситов было отмечено в марте /196/, а наименьшее – в августе /46/.

В госпитализации нуждались: больные гайморитом 24/9 мужчин и 15 женщин/; этмоидитом – 15 /8 мужчин и 7 женщин/; фронтитом –23 /12 мужчин и 11 женщин/ и с прочими формами –8 /2 мужчины и 6 женщин./.

НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. С носовым кровотечением было 484 обращения/267 мужчин и 217 женщин/.

Мужчины страдали носовым кровотечением несколько чаще женщин: на 1000 мужчин было 1,4 обращения, а на 1000 женщин –1,0.

Наибольший показатель наблюдался в возрасте от 20 до 24 лет – как у мужчин, так и у женщин.

В госпитализации нуждалось 6 человек /2 мужчин и 4 женщины/

ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ ПОЛОСТИ НОСА. С прочими и неясно обозначенными болезнями полости носа и ее придатков было 470 обращений.В госпитализации нуждалось 7 человек /3 мужчины и 4 женщины/.

БОЛЕЗНИ ГОРТАНИ.

С болезнями гортани /кроме новообразований, туберкулеза и инородного тела, отнесенных в соответствующие разделы/ было 3750 обращений. Распределение больных по формам болезни и полу представлено на таблице 5.

Табл.5

Формы болезни	Число обратившихся					
	Мужчин		женщин		об. пола	
	Абс.	На 10 т.нас.	Абс.	На 10 т. насел.	Абс.	На 10 т. нас.
Ларингит	1452	78,9	2229	103,1	3681	91,9
Функционн.забол.	9	0,4	21	1,0	30	0,7
Паралич гортани	6	0,3	17	0,7	23	0,5
Стеноз гортани	10	0,5	1	0,04	11	0,2
Прочие бол.	3	0,1	2	0,09	5	0,1
ВСЕГО:	1480	80,2	2270	104,9	3750	93,4

Как видно из таблицы – 98% всех обращений с болезнями гортани относятся к ларингитам.

Распределение больных по отдельным клиническим формам ларингита, полу и возрасту приведено на табл. 6.

Табл.6

Формы болезни и пол / Возраст	Число обратившихся					
	Остр. ларингит		Хронический ларинг.		Без указан.	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
0 – 1	9	7	–	–	16	10
1 – 2	14	15	1	2	24	26
3 – 4	20	12	–	2	20	30
5 – 7	18	14	–	3	31	28
8 – 9	7	12	1	2	11	21
10 –14	21	41	5	7	29	56
15 –17	58	102	9	16	22	38
18 –19	78	131	11	27	23	48
20 –24	160	268	63	63	78	142
25 –29	120	217	43	51	83	117
30 –39	154	246	62	77	93	167
40 –49	52	85	26	28	29	54
50 –59	17	20	10	7	11	16
60 и ст.	7	10	4	2	8	6
Не указ.	2	–	–	1	2	2
ВСЕГО:	737	1180	235	288	480	761

Женщины обращались с ларингитом значительно чаще, чем мужчины. Интересно отметить, что это явление наблюдалось не во всех возрастных группах. У детей, в возрасте до 8 лет в общем преобладали мальчики; в преклонном и старческом возрасте обращаемость была, примерно, одинаковой у мужчин и женщин. Начиная же с 8 летнего возраста и до 50 лет, отмечалось значительное преобладание женщин.

Наибольшее число больных ларингитом относилось к возрастным группам от 20 до 50 лет.

В госпитализации нуждалось 43 человека: 17 мужчин и 26 женщин.

БОЛЕЗНИ ДЫХАТЕЛЬНОГО ГОРЛА И БРОНХОВ

С болезнями дыхательного горла и бронхов было зарегистрировано 23803 обращения.

По формам болезней и полу больные распределялись следующим образом:

	Число обратившихся			
	Мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
Трахеит	328	494	822	3,4
Бронхит	11403	11213	22616	95,09
Бронхиолит		3	3	0,01
Бронхоэктазия	23	13	36	0,1
Бронхиальная астма	141	185	326	1,4
ВСЕГО:	11895	11908	23803	100,0

Преобладающей формой был бронхит /свыше 95% всех заболеваний/

ТРАХЕИТ. С катарром дыхательного горла было 822 обращения. Распределение больных по полу и возрасту приведено на табл.7

табл.7

Обратилось: Возраст	Мужчин	Женщин	Обоего пола
0 - 1	14	19	33
1 - 2	15	8	23
3 - 4	22	34	56 /56/
5 - 7	22	25	47
8 - 9	8	10	18
10 -14	15	20	35
15 -17	17	16	33
18 -19	18	45	63
20 -24	~~91~~ 46	~~46~~ 84	130
25 -29	41	68	109
30 -39	65	106	171
40 -49	26	34	60
50 -59	12	18	30
60 и ст.	5	6	11
Не указ.	2	1	3
ВСЕГО:	328	494	822

Женщины обращались несколько чаще мужчин: на 1000 мужского

населения было 1,7 обращений, а на 1000 женского - 2,2.

По возрастным группам и по общественному положению больных заболеваемость была равномерной.

В госпитализации нуждалось 5 человек /3 мужчины и 2 женщины/.

БРОНХИТ. С бронхитом было зарегистрировано 22616 обращений. По формам бронхита, полу и возрасту больные распределялись следующим образом/табл.8/.

Табл.8.

Число больных: Возраст	Формы бронхита: Острый: муж.	Острый: жен.	Хронический: муж.	Хронический: женщ.	Без указания: муж.	Без указания: женщ.
До 1 года	477	439	37	28	1893	1477
1 - 2	222	238	30	19	960	959
3 - 4	63	83	18	15	589	570
5 - 7	65	63	8	12	496	535
8 - 9	26	30	3	5	229	293
10 -14	42	50	7	9	299	422
15 -17	37	36	21	19	231	167
18 -19	54	66	56	29	245	194
20 -24	138	211	160	107	617	735
25 -29	196	212	253	132	784	709
30 -39	272	317	403	261	928	980
40 -49	121	171	224	163	430	492
50 -59	66	95	219	165	221	290
60 и ст.	30	60	86	130	116	203
Не указан.	6	5	4	4	21	13
ВСЕГО:	1815	2076	1529	1098	8059	8039

Острый бронхит отмечался преимущественно у детей раннего возраста, а хронический - у взрослых людей, начиная с 25 лет.

М.Д.Тушинский[x] пишет, что: "средне-годовой показатель/заболева-

[x] Тушинский М.Д. Болезни органов дыхания. Учебн. Медгиз 1940г.

емости бронхитом/по Ленинграду /1930–1933 г.г./на 1000 человек населения равен 17,65 при заболеваемости воспалением легких 3,38,т.е.бронхитом болеют в 5 раз чаще,чем воспалением легких. В общем на бронхит приходится половина всех заболеваний дыхательных органов".

По нашему материалу на бронхит приходится 48,6 процента всех заболеваний дыхательных органов.

Показатель обращаемости с бронхитом в Свердловске был в три раза выше Ленинградского,а именно – 56,0 на 1000 населения.

Такое большое различие в показателе обращаемости дает основание сомневаться в полноте того материала,которым располагал Пушинский.Это подтверждает и показатель обращаемости по поводу пневмоний,который в Ленинграде в 1930–1933 г.г.равнялся 3,3,а в Свердловске в 1937 году – 13,6,т.е.был в четыре раза меньше,чем в Свердловске.Трудно об"яснить такое различие действительной различным уровнем заболеваемости.

Мужчины обращались с бронхитом чаще женщин.На 1000 мужчин обратилось со всеми формами бронхита 62 человека,а на 1000 женщин – 52.Отношение равнялось 1,2 : 1.По Пушинскому это отношение в Ленинграде было равно 1,3 : 1.

Показатели обращаемости на 1000 населения по возрастным группам и полу приведены на таблице 9.

Табл.9

Обратилось с бронхитом на 1000 населения						
Мужчин:	женщин:	Об.пола :	Возраст:	Мужчин	: Женщин :	Об.пола
353,2	299,4	327,0	20 –24	40,6	41,4	44,8
115,4	114,3	114,8	25 – 29	45,4	37,5	41,4
100,3	102,9	101,5	30 – 39	48,0	41,2	44,4
68,1	72,1	70,1	40 – 49	50,7	41,8	45,7
41,2	50,5	45,9	50 – 59	58,4	39,7	46,9
18,2	24,0	21,2	60 и ст.	43,4	30,7	35,4
27,0	18,4	22,5				
44,5	32,4	38,1				
			ВСЕГО:	62,0	52,0	56,5

Дети,особенно раннего возраста,болели много чаще,чем взрослые.

У детей до 3-х лет чаще болели мальчики.Начиная с 3-х лет и до 15 лет несколько чаще болели девочки.Среди взрослых во всех возрастных группах /кроме 20 - 24 года/ мужчины болели бронхитом значительно чаще женщин,особенно в возрасте свыше 50 лет.

Наиболее высокий показатель обращаемости с бронхитом у мужского и женского пола наблюдался в возрасте до 1 года.В этом возрасте почти на каждого третьего ребенка приходилось одно обращение с бронхитом.

Были случаи,когда в течение года один и тот же ребенок обращался по поводу бронхита по 4 - 5 раз.

Наиболее благоприятны показатели были в возрастных группах 10-14 и 15-17 лет.

Относительно бронхита у детей раннего возраста мы позволим себе привести следующую выдержку из учебника детских болезней Н.Филатова:-"Бронхит в детском возрасте редко является в виде самостоятельного страдания...Гораздо чаще он является симптомом общего заболевания организма."Случаи острого бронхита Н.Филатов относил к инфекционным болезням/грипп, корь,коклюш и др./,а хронический бронхит,по его мнению,всего чаще встречается при общем упадке питания,особенно у рахитиков.

По Винокурову хронический бронхит часто бывает проявлением эксудативного диатеза.

По Дулипкому бронхит у маленьких детей нередко диагностируется там,где имеется ларинго-трахеит.Это в известной степени подтверждается нашим материалом.Процент детей в возрасте первого года жизни среди всех больных был равен:при ларингите - 1,1;при трахеите - 4,0;при бронхите - 19,2.

Заболеваемость бронхитом имела значительные сезонные колебания,что видно из следующего:

Месяцы	число случаев	Показатель наглядности
Январь	2712	142
Февраль	2871	166
Март	2712	142
Апрель	2112	114
М а й	2111	110
Июнь	1511	82
Июль	1199	63
Август	1140	59
Сентябрь	1238	67
Октябрь	1552	82
Ноябрь	1490	50
Декабрь	1890	61
Итого за год:	22538	100

Наибольшее число обращений было в январе, феврале и марте, с максимумом в феврале.

В госпитализации нуждалось 365 человек/1,6%/, из них: мужчин -213 и женщин 152.

БРОНХИОЛИТ. С бронхиолитом было зарегистрировано 3 случая /женщины 23, 32 и 53 лет./

БРОНХОЭКТАЗИЯ. С этим заболеванием было зарегистрировано 36 случаев. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 10.

табл.10

Возраст :	мужчин :	женщин :	об.пола
0 - 14	1	1	2
15 - 19	2	—	2
20 - 29	4	4	8
30 - 39	5	4	9
40 - 49	8	2	10
50 - 59	1	2	3
60 и ст.	2	—	2
ИТОГО:	23	13	36

Нуждалось в госпитализации 5 человек/4 мужчины и 1 женщина/.

Мужчины обращались почти вдвое чаще, чем женщины.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. С бронхиальной астмой было зарегистрировано 326 обращений. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 11.

Табл.11

Возраст	Мужчин	Женщин	Об.пола
3 - 4	—	2	2
8 - 9	2	—	2
10 -14	—	2	2
15 -17	3	—	3
18 -19	1	4	5
20 -24	14	14	28
25 -29	12	14	26
30 -39	51	62	113
40 -49	30	42	72
50 -59	14	19	33
60 и ст.	14	24	38
Не указан.	—	2	2
ВСЕГО:	141	185	326

Женщины обращались несколько чаще мужчин: на 10000 мужчин было 7,7 обращений, а на 10000 женщин -8,5. Заболевание отмечалось почти исключительно у взрослых.

Больше всего больных было в январе и декабре.

Наиболее благоприятными месяцами были: май, июнь и июль.

В госпитализации нуждалось 38 человек /13 мужчин и 25 женщин/.

БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.

С болезнями легких было зарегистрировано 6151 обращение, /15,3 на 1000 населения/.

По отдельным видам заболеваний и полу~~е~~ больные распределялись таким образом:

	Мужчины	женщины	об.пола
Воспаление легких	2842	2628	5470
Фиброз легких	20	15	35
Эмфизема легких	378	138	516
Нагноит.процессы	41	3	44
Неясно обознач.болезни	34	52	86
ВСЕГО:	3315	2836	6151

Подавляющее большинство болезней легких /88,9 процентов/ относилось к пневмониям.На втором месте ~~стояла~~ была эмфизема /8,3 процента/.

Мужчины обращались с болезнями легких чаще женщин.На 1000 мужского населения было 18,0 обращений,а на 1000 женского-13,1.

ВОСПАЛЕНИЕ ЛЕГКИХ. С пневмониями всех форм было зарегистрировано 5470 обращений,или 13,6 на 1000 населения.

М.Л.Пушинский,отмечая частоту заболеваний пневмониями и их большое значение как причины временной и длительной потери трудоспособности и как причины смерти,указывает,что статистика пневмоний очень не точна."Трудно сопоставлять данные разных стран,разных годов,разных учреждений /статистики поликлиник, статистики стационаров,данные секций дают несравнимые между собой цифры./Например,во время гриппозной эпидемии часть случаев пневмоний регистрируется как грипп.Пневмонии детей,стариков /"терминальные"пневмонии/,пневмонии при инфекционных за-

болеваниях остаются часто не зарегистрированными и не включаются в статистическую обработку".

Как мы уже указывали по Ленинграду средний показатель заболеваемости за 1930–33 годы /Тушинский/ равнялся 3,38 на 1000 населения, т.е. в 4 раза был ниже, чем в Свердловске за 1937 год. К сожалению М.Д.Тушинский не указывает источника получения этих цифр.

По отдельным формам пневмоний и полу наши больные распределились следующим образом:

	Мужчины	женщины	об.пола
Бронхопневмония	688	727	1415
Крупозная пневмония	229	159	388
Пневмония без указания	1925	1742	3667
ВСЕГО:	2842	2628	5470

Мужчины болели воспалением легких значительно чаще женщин: на 1000 мужчин приходилось 15,4 случая, а на 1000 женщин – 12,1.

Менее всего различие в показателях заболеваемости у мужчин и женщин отмечалось при бронхопневмониях и более всего при крупозной пневмонии, которая дала на 1000 мужчин–1,2 случая, а на 1000 женщин – 0,7.

Близкое к этому отношение отмечалось в Москве по учету 1926 года, где на 1000 мужского населения крупозная пневмония дала 1,7 обращение, а на 1000 женского–1,0.

По Ленинграду Тушинский отмечает, что "как и все заболевания органов дыхания пневмонии чаще встречаются у мужчин, чем у женщин".

Возрастные показатели заболеваемости пневмониями обнаруживают большие колебания.

Распределение больных пневмониями по полу и возрасту, а также показатели заболеваемости на 1000 населения соответствующего

пола приведены на таблице 12.

Табл.12

Возраст	Число обратившихся					
	мужчин		женщин		обоего пола	
	Абс.	На тыс.нас.	Абс.	На тыс.нас.	Абс.	На тыс.нас.
До 1 г.	905	131,9	774	118,7	1679	125,5
1 - 2	808	76,6	740	69,0	1548	72,8
3 - 4	306	45,4	319	48,9	625	47,1
5 - 7	205	24,5	237	28,0	442	26,3
8 - 9	101	16,1	90	13,8	191	14,9
0 -14	102	5,3	81	4,0	183	4,7
5 -17	28	2,5	15	1,2	43	1,8
8 -19	29	3,6	11	1,2	40	2,3
0 -24	54	2,8	45	1,6	99	2,1
5 -29	55	2,0	55	1,9	110	1,9
0 -39	95	2,7	71	1,8	166	2,2
0 -49	64	4,2	51	2,5	115	3,2
0 -59	48	5,4	66	7,7	114	5,0
0 и ст.	33	6,2	68	5,3	101	5,5
е указ.	9	0,9	5	0,5	14	1,4
ВСЕГО:	2842	15,4	2628	12,1	5470	13,6

Как видно из таблицы 12 наиболее часто отмечались пневмонии у детей первого года жизни /125,5 на 1000 населения/.

У взрослых на первом месте по высоте заболеваемости стояла старческая возрастная группа от 60 лет и старше, имевшая показатель 5,5 на 1000 населения.

Самый низкий показатель заболеваемости пневмонией отмечался у людей в возрасте от 15 до 17 лет/всего 1,8 на 1000 населения/.

Таким образом, можно сказать, что пневмония является заболеванием по преимуществу детского и в особенности раннего детского возраста.

При сопоставлении возрастных показателей заболеваемости у

мужчин и женщин мы видим,что женщины болели несколько чаще мужчин лишь в двух из четырнадцати возрастных группах,а именно – в 3–4 года и 5–7 лет.В остальных возрастных группах показатель заболеваемости был выше у мужчин.

Рабочие обращались по поводу пневмонии вдвое чаще,чем служащие,что видно из следующих показателей:

Обратилось на 1000 человек.

	Мужчин	женщин
Рабочих	4,1	2,8
Служащих	2,1	1,2

Мы уже видели,что грипп среди рабочих дал более высокие показатели,чем среди прочего населения.Известную роль играет и простудный фактор.Это и обусловливает более высокую заболеваемость рабочих пневмонией.

На вопрос учетной карты о том,нуждается ли больной в госпитализации было получено 2913 положительных ответов или 53 процента от числа всех больных.Учитывая тяжесть заболевания с высоким процентом летальности и неблагоприятные условия жизни части населения,необеспечивающие возможности организации правильного ухода за больным,этот процент нуждавшихся в госпитализации надо признать недостаточным.Повидимому,врачи исходили не только из интересов больных,но и из сложившегося представления об ограниченности коечной сети и вытекающей из этого трудности госпитализации.

Из числа больных мужчин нуждалось в госпитализации 54,1%, а из числа больных женщин – 52,2.Отсюда можно думать,что у мужчин пневмонии протекали несколько тяжелее,чем у женщин.

Размеры лиц разного возраста/
Проценты нуждавшихся в госпитализации по возрастам приведены на таблице 13.

Табл.13

Возраст больн.	% госпитализ.	Возраст бол.	% госпитал.
До 1 года	56,2	18 - 19	55,0
1-2	53,8	20 - 24	42,1
3-4	54,1	25 - 29	41,2
5-7	53,8	30 -39	41,5
8-9	52,8	40 - 49	43,4
10-14	54,6	50 - 59	52,2
15-17	40,4	60 и ст.	44,5

Даже у детей до года и стариков, у которых летальность при пневмониях особенно велика и то процент госпитализации был невысок.

Заболеваемость пневмонией носит ярко выраженный сезонный характер.

Распределение больных пневмониями всех форм по месяцам года приведено на таблице 14.

Табл.14

Месяцы	Число случаев	Месяцы	Число случаев
Январь	572	Июль	288
Февраль	712	Август	204
Март	818	Сентябрь	225
Апрель	554	Октябрь	384
М а й	480	Ноябрь	413
Июнь	370	Декабрь	430
		ВСЕГО:	5450

Примечание: В 20 случаях не была указана дата обращения.

Из таблицы 14 видно, что наибольшее число случаев заболеваний пневмонией было в марте месяце и наименьшее – в августе.

В первом полугодии было 64,3 процента всей заболеваемости

По Штрюмпелю – наиболее важными причинами пневмоний явля-

ются предшествующие заболевания гриппом,корью и коклюшем.

Проф. Молчанов В.И.также пишет,что:"В настоящее время необходимо прежде всего оберегать маленьких детей от инфекций,к которым особенно часто присоединяется пневмония:от коклюша,кори и в первую очередь от гриппа." (106)

Сравнение помесячной обращаемости по поводу пневмонии,гриппа, кори и коклюша на нашем материале показывает следующее:

Кривая помесячной обращаемости с пневмонией почти в точности копирует кривую обращаемости с гриппом;она в значительно меньшей степени идентична с кривыми заболеваемости корью и особенно – коклюшем.

Следовательно в этиологии пневмоний первое место принадлежит гриппу. грипп играет весьма существенную роль.

Что касается значения кори в этиологии пневмоний,то на нашем материале мы могли выявить следующее:

1.Одновременно был поставлен диагноз кори и пневмонии в 74 случаях /32 мальчика и 42 девочки/.

Число само по себе небольшое,но оно показательно в смысле поздней обращаемости с корью.

2.Была диагносцирована послекоревая пневмония в 149 случаях /83 мальчика и 66 девочек/.

Показатель смертности мы могли получить лишь при крупозной пневмонии,т.к.в качестве самостоятельной причины смерти выделена только крупозная пневмония,а бронхопневмония и пневмония без указаний об"единены с бронхитом.

Общий показатель смертности от крупозной пневмонии равняется 4,1 на 10000 населения.У мужчин он был выше,чем у женщин:на 10000 мужского населения он составлял 4,7,а – женского–3,7.

Показатель смертности от прочих форм пневмоний и от бронхита был равен:35,0 на 10000 населения,причем у мужчин показатель был относительно еще выше,чем у женщин:на 10000 мужского населения

было 42 случая смерти,а на 10000 женского населения - 29.

В виду того,что в общей причине смерти от бронхита и пневмоний,пневмонии несомненно играют решающую роль,мы сочли возможным использовать этот материал смертности для того,чтобы иметь хотя бы приблизительное представление о различиях в возрастных показателях смертности.При этом мы к бронхиту,бронхопневмониям и пневмониям без указания присоединили также и крупозную пневмонию.

Показатели смертности от пневмоний всех форм и от бронхита приведены на таблице 15.

Табл.15

Возраст	Умерло на 10 тысяч населения: мужчин	женщин	об.пола
До 1 года	773,4	643,9	710,3
1 - 2	178,1	170,7	174,4
3 - 4	24,1	21,6	22,9
5 - 7	12,7	10,7	11,4
8 - 9	6,4	4,6	5,2
10 -14	1,1	2,0	1,5
15 -17	2,8	-	1,3
18 -19	1,0	—	0,6
20 -24	3,3	0,4	1,8
25 -29	3,7	1,4	2,5
30 -39	5,1	2,6	3,8
40 -49	9,2	4,1	6,3
50 -59	31,2	7,2	16,4
60 и ст.	69,3	35,3	45,3
ВСЕГО:	46,7	32,7	39,1

Как видно из таблицы,смертность от воспаления легких весьма неравномерна в отдельных возрастных группах населения.Наиболее высокий показатель смертности /710,3/ был у детей первого года жизни.Это значит,что из каждых 100 детей в возрасте до 1 года

только от пневмонии погибло 7 человек.В возрасте от 1 до 2 лет показатель смертности уже был ниже в три с половиной раза /174,4/,но все еще был высоким.

Далее отмечалось резкое снижение смертности,дошедшее до минимума у лиц в возрасте 18–19 лет /0,6/,после чего,в последующих возрастных группах наблюдалось ее постепенное повышение,достигшее нового значительного подъема в старческом возрасте /45,3/.

Весьма неравномерны показатели смертности от пневмоний и по полу.На 10000 мужского населения умерло 46,7,а на 10000 женского населения – 32,7,т.е.на 30 процентов меньше.

Среди всех причин смерти пневмонии /и бронхиты/ в 1937 году занимали первое место,они дали 18,2% смертности от всех причин.В этом – большое социальное значение пневмоний.По данным вскрытий,проведенных проф.Медведевым в Свердловске,пневмонии были обнаружены в 16,3% всех случаев;процент – близкий к нашему,особенно если учесть,что нами взяты случаи смерти от пневмоний,вместе с бронхитами. (99)

Летальность при пневмониях имеет большие колебания при сравнении данных,приводимых различными авторами.Да и одни и те же авторы приводят часто цифры с большим диапазоном колебаний.

Так по Вилковнскому,Спунер приводит летальность при пневмонии от 25 до 43 %;Петерсон – 21,5%,Сесиль и Ларсен – от 21,4 до 28,3%,Кольбе – 24%;Уэрр и Альперин – 27,1% и т.д. Для Советского Союза Вилковнский дает цифру от 6 до 14%.

Возможно,что наряду с другими причинами столь резкие расхождения в уровне летальности об"ясняются различным возрастным и половым составом тех больных,с которыми имели дело отдельные авторы.

На нашем материале летальность равнялась 28,8%.Она несколько выше действительной,как и смертность,о чем мы говорили выше /включение бронхитов/

Вилковыский А. Л. Крупозная пневмония. Горький 1940 г.

В летальности при пневмониях можно отметить существенные различия как по возрасту, так и полу.

В таблице 16 приведен процент умерших от пневмоний и бронхита по отношению числа болевших пневмониями.

Табл.16

Возраст	% умерших Мужчин	% умерших Женщин	Возраст	% умерших Мужчин	% умерших женщин
До 1 года	58,6	54,2	18–19	3,4	0,0
1 – 2	23,2	24,7	20–24	11,5	4,6
3 – 4	5,3	4,4	25–29	18,1	7,4
5 – 7	4,9	3,8	30–39	18,6	14,2
8 – 9	3,9	3,3	40–49	21,8	15,7
10 –14	1,9	4,9	50–59	56,2	15,1
15 –17	11,1	0,0	ВСЕГО:	30,5	27,1

Наиболее высокая летальность была у детей первого года жизни и у стариков. Наиболее низкий показатель летальности был в возрастной группе 18–19 лет /3,5%/.

У женщин летальность была выше лишь в двух возрастных группах: 1 – 2 года и, особенно, 10–14 лет. Во всех остальных возрастных группах летальность была выше у мужчин, особенно в возрасте свыше 50 лет.

Отсюда мы можем сделать вывод, что у мужчин пневмония протекала более тяжело, чем у женщин.

По материалам проф. Кливанской-Кроль Е.С., исследовавшей в 1933–34 годах 441 случай пневмоний у детей раннего детского возраста, поступивших в ее клинику – умерло в возрасте до 3-х лет – 29,67 %. По нашим данным в этом возрасте летальность равнялась 40,9%.

Такое расхождение можно объяснить тем, что у Кливанской-Кроль показана госпитальная летальность, а у нас – общая летальность по городу.

И вполне естественно,что в клинике процент умерших от пневмонии был ниже,чем у негоспитализированных детей.

Вот почему своевременная госпитализация при пневмониях имеет большое значение.

ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ. С эмфиземой легких было зарегистрировано 516 обращений.Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 17.

Табл.17

Возраст:	Число обратившихся		
	:Мужчин	: женщин	:об.пола
0 - 14	-	-	-
15 - 17	4	-	4
18 - 19	1	2	3
20 - 24	6	3	9
25 - 29	6	1	7
30 - 39	49	8	57
40 - 49	106	17	123
50 - 59	108	39	147
60 ист.	98	68	166
ВСЕГО:	378	138	516

Мужчины страдали эмфиземой легких в три раза чаще,чем женщины.На 10000 мужчин было 20,1 заболевание,а на 10000 женщин-6,2.

Возрастной фактор имел большое значение;наиболее часты случаи были в преклонном и,особенно,в старческом возрасте.

В госпитализации нуждались 27 человек /5,2%/,из них: 23 мужчины и 4 женщины.

Абсцесс легких. (Абсцесс) Гнойно-воспалительные процессы в легких были зарегистрированы в 44 случаях. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 18.

Табл.18.

Возраст	Число обратившихся: Мужчин	женщин	об.пола
1 – 2	1	–	1
5 – 7	1	–	1
20 –24	7	–	7
25 –29	6	1	7
30 –39	11	1	12
40 –49	11	–	11
50 –59	2	1	3
60 и ст.	2	–	2
ВСЕГО:	41	3	44

Болели почти исключительно мужчины.

В госпитализации нуждались 20 человек/19 мужчин и 1 женщина/.

ФИБРОЗ ЛЕГКИХ. С фиброзом легких отмечено 35 человек. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 19.

Табл.19

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	об.пола
15 – 17	2	–	2
18 – 19	3	–	3
20 – 24	3	2	5
25 – 29	5	5	10
30 – 39	3	6	9
40 – 49	4	1	5
50 – 59		1	1
ВСЕГО:	20	15	35

БОЛЕЗНИ ПЛЕВРЫ.

С болезнями плевры обратилось 3928 человек, или 9,8 на 1000 населения.

Распределение больных по формам болезни, полу и возрасту приведено на таблице 20.

Табл.20.

Диагноз и: пол : возраст	Плеврит			В том числе					
				Сухой			Экссудативный		
	Муж.	женщ.	об.п.	мужч.	женщ.	об.пола	мужч.	женщ.	об.пола
1 года	26	20	46	5	2	7	4	4	8
- 2	31	28	59	3	3	6	10	8	18
- 4	28	34	62	3	8	11	7	7	14
- 7	36	36	72	12	8	20	10	12	22
- 9	27	28	55	11	10	21	6	4	10
-14	72	91	163	22	43	65	22	13	35
-17	57	48	105	40	30	70	4	9	13
-19	90	69	159	62	56	118	14	5	19
-24	222	322	544	148	235	383	29	22	51
-29	334	384	718	227	285	512	43	30	73
-39	423	528	951	301	409	710	35	26	61
-49	243	268	511	176	192	368	19	17	36
-59	139	171	310	86	119	205	14	9	23
и ст.	57	108	165	41	80	121	7	6	13
указ.	4	4	8	—	2	2	2	1	3
ВСЕГО:	1789	2139	3928	1137	1482	2619	226	173	399

Женщины чаще болели сухим плевритом: на 1000 женского населения было 6,8 обращений, а на 1000 мужского - 6,1.

Мужчины же чаще болели экссудативной формой плеврита: на 1000 мужчин было 1,2 обращения, а на 1000 женщин - 0,8. В общем же показатель заболеваемости был немного выше у женщин - 9,8, а у мужчин - 9,7.

В госпитализации нуждались 437 человек /11,1 процента/,в том числе: 239 мужчин и 198 женщин.

Показатели обращаемости с плевритом всех форм на 1000 населения по отдельным возрастным группам приведены на таблице 21.

Табл.21

Возраст:	Обратилось на 1000 населения		
	:мужчин	:женщин:	об.пола
0 - 4	3,5	3,4	3,5
5 - 9	4,3	4,2	4,3
10 -14	3,7	4,5	4,1
15 -19	7,9	5,6	6,7
20 -24	12,0	12,7	12,4
25 -29	12,3	13,7	13,0
30 -39	12,6	14,0	13,3
40 -49	15,8	13,6	14,6
50 -59	16,0	12,3	13,7
60 и ст.	10,6	8,4	9,1
ВСЕГО:	9,7	9,8	9,8

Из таблицы видно,что наиболее часто плевриты отмечались в возрастной группе от 40 до 50 лет,затем от 50 до 59 лет и от 30 до 39 лет.

Сравнение возрастных показателей обращаемости мужчин и женщин обнаруживает,что мужчины обращались чаще женщин в детском возрасте до 10 лет,в подростковом возрасте 15-19 лет и свыше 40 лет;женщины же обращались чаще мужчин в возрастных группах: 10 - 14 лет и от 20 до 40 лет.

Распределение больных плевритом по общественному положению показывает,что на первом месте по числу заболеваний стояли рабочие,составившие 43,9 процента всех больных.Показатели обращаемости на 1000 рабочих и служащих соответствующего пола были следующие:

Обратилось на 1000 человек.

	Мужчин	женщин
Рабочих	15,6	16,8
Служащих	9,0	9,2

Отсюда видно определенное влияние условий труда на заболеваемость плевритом.

Распределение больных плевритом по месяцам года приведено на таблице 22.

Табл.22

Месяцы	Число обративш.	Месяцы	число обративш.
Январь	447	Июль	272
Февраль	402	Август	239
Март	400	Сентябрь	241
Апрель	416	Октябрь	244
М а й	383	Ноябрь	256
Июнь	302	Декабрь	304
		ВСЕГО:	3906

В таблицу не вошли 22 случая без даты обращения.

Наибольшее число обращений по поводу плевритов было в январе и наименьшее – в августе.

НЕЯСНО ОБОЗНАЧЕННЫЕ БОЛЕЗНИ. В эту группу нами отнесены случаи с диагнозом –"катарр верхних дыхательных путей".

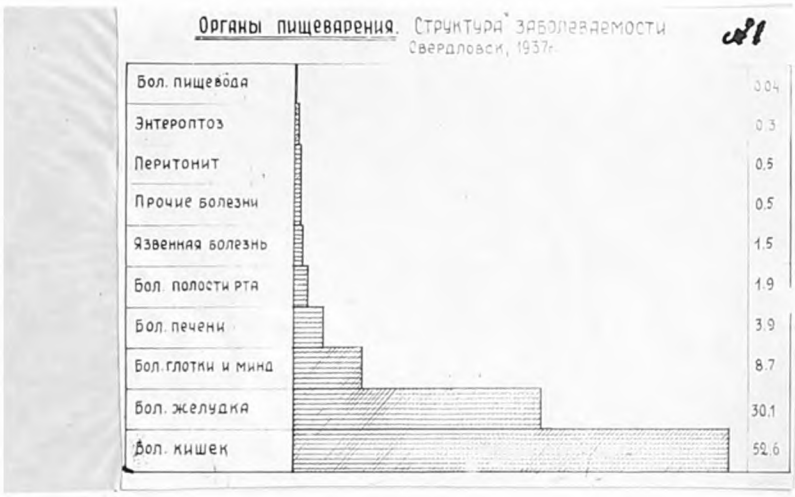
Зарегистрировано было всего 396 обращений /в т.ч.121 мужчина и 275 женщин/. В госпитализации нуждалось 4 человека /1 мужчина и 3 женщины/.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

С болезнями органов пищеварения /кроме болезней зубов и десен/ было зарегистрировано 51987 обращений, или 129,9 на 1000 населения.

Удельный вес болезней органов пищеварения в общем составе всей обращаемости равнялся 10,3 процентам.

Структура заболеваемости в процентах к итогу приведена на диаграмме № 1.



На первом месте по числу случаев стояли болезни кишек - /52,7/, далее шли болезни желудка /30,1%/, болезни глотки и миндалин/8,7%/ болезни печени /3,9%/, болезни полости рта /1,9%/ и язвенная болезнь /1,5%/.

В госпитализации нуждалось всего 6019 человек /2994 мужчины и 3025 женщин/, или 11,5%.

Женщины обращались значительно чаще мужчин. На 1000 мужского населения было 123,3 обращения, а на 1000 женского -135,2.

Показатели заболеваемости на 1000 населения по отдельным воз-

растным группам приведены на таблице 1.

Табл.1.

Возраст	Обратилось на 1000 человек. Мужчин	Женщин	Об.пола
До 1 года	537,1	505,9	521,9
1 – 4	153,9	133,7	143,8
5 – 9	59,9	66,7	63,4
10 –14	39,6	65,9	53,1
15 –19	75,8	113,7	95,8
20 –29	128,4	158,8	144,8
30 –39	120,8	142,6	132,4
40 –49	122,2	132,2	127,9
50 –59	117,5	112,4	114,4
60 и ст.	107,3	75,7	85,0
ВСЕГО:	123,0	134,9	129,9

Наиболее высокий показатель был у детей раннего возраста. Самые благоприятные показатели отмечались у детей от 5 до 14 лет: далее ~~кривая~~ заболеваемости держалась почти на одном уровне во всех возрастных группах, за исключением группы в 20–29 лет, в которой наблюдалось некоторое повышение заболеваемости. На ~~диаграмме~~ таблице видно также, что женщины болели чаще мужчин не во всех возрастных группах, а лишь с 5 до 40 лет. До 5 лет и свыше 40 лет заболевания чаще отмечались у мужчин.

Рассмотрим заболеваемость по отдельным органам.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА.

С заболеваниями полости рта было 1014 обращений.

Распределение больных по видам болезни, полу и возрасту – приведено на таблице 2.

Табл.2

Диагноз: возраст	Число обратившихся.									
	Воспал.слиз. полости рта		Заболевание языка		Воспал.под-челюс.жел.		Воспален.околоуш.ж.		Прочие болези	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
1 года	42	25	1	–	–	2	18	15	1	2
2	105	92	3	2	4	2	12	15	2	3
4	18	35	–	–	1		15	11	3	–
7	7	22	2	–	1	1	8	9	–	4
9	9	10	–	1	–	1	16	17	–	1
-14	9	9	1	1	–	1	8	9	2	7
-17	6	7	2	1	2	1	8	5	2	4
-19	4	7	2	–	1		5	7	1	–
-24	21	24	8	5	1	3	5	14	4	2
-29	18	17	4	7	1	1	10	15	4	2
-39	31	23	7	8	2	3	4	10	7	6
-49	8	20	4	7	1	1	3	3	–	–
-59	4	9	–	4	1	–	1	3	–	1
и ст.	2	10	–	7	–	–	1	2	–	1
указ.	–	/	/	–	–	–	–	1	–	1
СЕГО:	284	311	35	43	15	16	114	136	26	34

В госпитализации нуждалось 36 человек: 14 мужчин и 22 женщины.

Среди болезней полости рта первое место занимало воспаление слизистой оболочки – 58 процентов. Далее шли: воспаление околоушных желез, заболевания языка и воспаление подчелюстных желез.

Обращаемость мужчин и женщин была одинакова - по 2,5 на 1000 соответствующего населения.

Большая часть заболеваний /57,6%/ относилось к детскому возрасту.

Б. БОЛЕЗНИ ГЛОТКИ И МИНДАЛИН.

/кроме ангин/.

С болезнями глотки и миндалин /кроме ангин/ было 4541 обращение /11,3 на 1000 населения/. По отдельным видам заболеваний и полу больные распределились следующим образом:

	Мужчины	Женщины	Об.пола	% к итогу.
Аденоидные разращения	284	230	514	11,3
Тонзиллит	714	1117	1831	40,3
Перитонзил.абсцесс	70	66	136	3,0
Заглоточный абсцесс	12	15	27	0,6
Фарингит	730	1283	2013	44,3
Проч.болезни	9	11	20	0,5
ВСЕГО:	1819	2722	4541	100,0

Преобладающими формами заболевания были фарингит и тонзиллит /83% всех заболеваний/.

С аденоидными разращениями и перитонзиллярными абсцессами мужчины обращались чаще женщин, а с тонзиллитами и фарингитами – женщины чаще мужчин.

АДЕНОИДЫ. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 3.

Табл.3

Возраст	Число обратившихся: Мужчин	женщин	обоего пола
до 1 г.	7	2	9
1 – 2	13	2	15
3 – 4	33	22	55
5 – 7	64	33	97
8 – 9	37	40	77
10 –14	93	94	187
15 –17	16	21	37
18 –19	8	7	15
20 –24	6	4	10
25 –29	4	4	8
30 –39	2	1	3
50 –59	1	—	1
ВСЕГО:	284	230	514

В госпитализации нуждалось 11 человек /7 мужчин и 4 женщины/.

Мужчины обращались чаще женщин: на 1000 мужского населения было 1,5 обращений, а на 1000 женского - 1,0.

Наибольшее число обращений было у детей в возрасте от 5 до 15 лет.

ТОНЗИЛЛИТ. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 4.

Табл.4

Возраст	Число обратившихся. мужчин	женщин	об.пола
До 1 года	2	2	4
1 - 2	13	9	22
3 - 4	24	21	45
5 - 7	35	51	86
8 - 9	29	49	78
10 -14	59	124	183
15 -17	28	78	106
18 -19	55	89	144
20 -24	141	219	360
25 -29	131	190	321
30 -39	148	205	353
40 -49	32	59	91
50 -59	12	11	23
60 и ст.	3	8	11
Не указ.	2	2	4
ВСЕГО:	714	1117	1831

В госпитализации нуждалось 54 человека /26 мужчин и 28 женщин/.

С этим заболеванием мужчины обращались реже, чем женщины. На 1000 мужчин было 3,8 обращения, а на 1000 женщин -5,1.

Исключение составлял возраст от 1 года до 5 лет, в котором мальчики обращались чаще девочек.

Наибольшая заболеваемость была в возрасте от 15 до 30 лет

Возраст	Обрат. на 1000 нас.
10 - 14	4,8
15 - 19	6,3
20 - 24	8,3
25 - 29	5,9
30 - 39	4,9

Самый высокий показатель относился к возрасту 20-24 года /8,3/.

ПЕРИТОНЗИЛЛЯРНЫЙ Абсцесс.

Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 5.

Табл.5.

Возраст	Число обратившихся		
	Мужчин	женщин	об.пола
До 1 года	2	1	3
1 - 2	—	2	2
3 - 4	1	—	1
5 - 7	1	3	4
8 - 9	1	1	2
10 -14	2	10	12
15 -17	6	11	17
18 -19	7	4	11
20 -24	13	16	29
25 -29	22	5	27
30 -39	11	9	20
40 -49	3	3	6
50 -59	1	1	2
ВСЕГО:	70	66	136

В госпитализации нуждалось 10 чел./5 мужчин и 5 женщин./

ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС. Загпоточного абсцесса было отмечено 27 случаев. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 6.

табл.№ 6

Возраст	Число обратившихся: Мужчин	женщин	об.пола
До 1 г.	4	7	11
1 – 2	2	4	6
3 – 4	1	–	1
5 – 7	–	2	2
10 –14	2	1	3
18 –19	1	–	1
30 –39	2	–	2
40 –49	–	1	1
ВСЕГО:	12	15	27

В госпитализации нуждалось 6 человек/3 мужчины и 3 женщины/.

ФАРИНГИТ. Распределение больных фарингитом по полу и возра оту приведено на таблице 7.

Табл.7

Возраст	Число обратившихся. мужчин	женщин	об.пола
До 1 года	7	7	14
1 – 2	4	1	5
3 – 4	6	6	12
5 – 7	9	15	24
8 – 9	15	15	30

/указ.таблица 7 отпеч.полностью на след.странице/

Табл.7

Возраст	Число обратившихся мужчин	женщин	об.пола
До 1 года	7	7	14
1 – 2	4	1	5
3 – 4	6	6	12
5 – 7	9	15	24
8 – 9	15	15	30
10 –14	32	72	104
15 –17	33	66	99
18 –19	58	70	128
20 –24	134	195	329
25 –29	135	246	381
30 –39	185	335	520
40 –49	74	135	209
50 –59	24	80	104
60 и ст.	11	37	48
Не указ.	3	2	5
ВСЕГО:	730	1283	2013

Из отдельных клинических форм фарингита можно было выделить: фарингит катарральный – 450 /135 мужчин и 315 женщин/; атрофический – 401 /151 муж.и 250 женщин/ и гранулезный –43 /15 мужчин и 28 женщин./

Женщины обращались значительно чаще мужчин. На 1000 женского населения было 5,7 обращений, а на 1000 мужского – 3,8.

Наиболее часты были фарингиты у лиц в возрасте от 20 до 24 лет. На 1000 населения было обращений:

В возрасте 15–19 лет	5,7
20–24 года	7,4
25–29 лет	7,0
30–39 "	7,0
40–49 "	5,8

В госпитализации нуждалось 11 человек/5 мужчин и 6 женщин/

БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА.

С болезнями пищевода, кроме новообразований и инородных лет , было зарегистрировано всего 24 обращения.

По формам болезни, полу и возрасту больные распределялись следующим образом:

Непроходимость пищевода - 2 : мужчина 70 лет и женщина 40 лет.

Спазм пищевода - 5 женщин / 16,47,48,49 и 56 лет/.

Сужение пищевода - 12 : мужчин 6 / 26,28,33, 39,40 и 49 лет / и женщин 6 / 2,22,35,37, 48 и 59 лет /.

Расширение пищевода - 1 женщина 34 лет.

Воспаление пищевода - 3 : мужчин 2 / 30 и 41 года/ и женщина 1 / 50лет/.

И, наконец, один случай периэзофагита у мужчины 16 лет.

В госпитализации нуждалось 4 человека / 3 мужчин и 1 женщина/.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ.

С язвенной болезнью было зарегистрировано 811 обращений, или 2,0 на 1000 населения.

Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 9 .

Табл.9

Возраст	Число обратив.с язвенн.болезн. Мужчин	женщин	об.пола
3 - 4	–	1	1
5 - 7	1	–	1
10 -14	3	4	7
15 -17	4	2	6
18 -19	9	10	19
20 -24	57	27	84
25 -29	132	47	179
30 -39	220	64	284
40 -49	112	40	152
50 -59	40	13	53
60 и ст.	16	6	22
Не указ.	2	1	3
ВСЕГО:	596	215	811

Нуждалось в госпитализации 253 человека /191 мужчина и 62 женщины/, или 31 процент.

По локализации язв, в процентах к итогу, больные распределялись следующим образом:

язвы желудка	58,2 процента
дуоденальные яз.	39,5
без указания	2,2

Проф.Лурия[x] пишет, что в двенадцатиперстной кишке язвы появляются не только так же часто, как и в желудке, но весьма вероятно, что и значительно чаще, чем в самом желудке.

x) Лурия Р.А. Бол. пищевода и желудка. Медгиз. 1941г.

На нашем материале, как видим, это не подтверждается.

Расходятся наши данные в этом вопросе и с данными некоторых наших местных клиницистов. Так, М.И.Сахаров, на материале 382 больных, оперированных по поводу язвенной болезни с 1.1-37 по 1.1-1941 года получил такие процентные соотношения: (131)

Язвы желудка	28 процентов;
Язвы 12-перстн.кишки	67,4 "
Множественные язвы	4,6 "

При этом автор указывает, что по годам явно увеличивается удельный вес дуоденальных язв, за счет снижения удельного веса язв желудка.

В 1937 году язвы желудка составляли 29,1%, а дуоденальные язвы – 70,9 %.

В.Н. Смотров [x] из 700 больных, прошедших через его клинику, нашел язву желудка в 220 случаях, а язву двенадцатиперстной кишки в 480 случаях, т.е. получил отношение желудочных язв к дуоденальным как 1 : 2,2.

По Флекелю [xx], Фунт дает это отношение как 1 : 1,7; Рейнберг и Яхнич – 1,2 : 1; Кончаловский, Смотров и Масленников – 2,6 : 1. Сам Флекель имел в Минске /1923-27 г.г./ отношение – 4 : 1, а в Ленинграде – 1,4 : 1.

Флекель приводит мнение Давидовского, по которому язвы желудка встречаются чаще дуоденальных приблизительно в три раза и добавляет, что среди новейших клиницистов и рентгенологов имеются указания на то, что дуоденальная язва встречается не чаще, а, пожалуй, даже несколько реже желудочной.

Вопрос этот, как видим, остается еще открытым.

Мужчины обращались с язвенной болезнью в три с лишком раза чаще, чем женщины. На 10000 мужского населения было 32,0 обращения, а на 10000 женского – 9,9.

Из общего числа больных мужчины составляли 78,6 процента,

x) Язвенная болезнь и ее лечение. Медгиз 1944.
xx) Язвенная болезнь. Ленинград 1944

а женщины – 26,4.

По М.И.Сахарову эти отношения были несколько иными,а именно: мужчины составляли 86,1 процента,а женщины –13,9. (131)

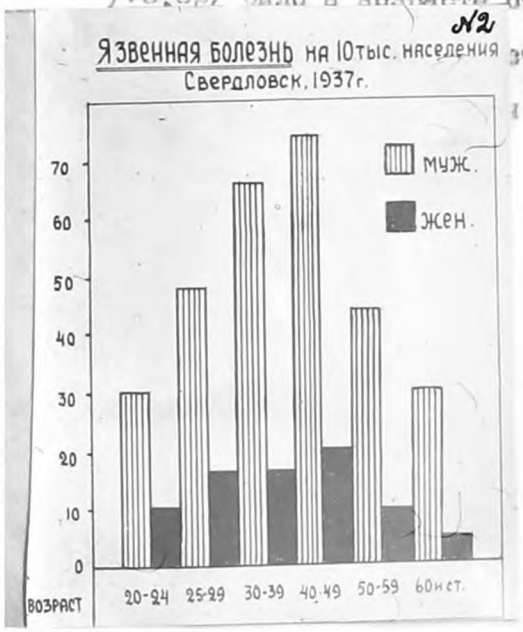
Такое различие понятно,т.к.совокупности у нас были различны:у т.Сахарова – клинические больные,а у нас – амбулаторные.По мнению некоторых клиницистов женщины несколько легче переносят язвенную болезнь,нежели мужчины,а поэтому,возможно,что они и оперируются реже.Частично это подтверждается и на нашем материале о нуждаемости в госпитализации;нуждалось в госпитализации мужчин – 32,0 процента,а женщин – 28,8 процентов.

У женщин язва двенадцатиперстной кишки встречалась относительно реже,нежели у мужчин.У мужчин язва двенадцатиперстной кишки составляла 42 процента всех случаев,а у женщин – 35 процентов.

Это обстоятельство в известной мере повлияло на различие в процентных отношениях дуоденальной и желудочной язв между нашим материалом и материалом М.И.Сахарова,т.к.у него процент женщин в общем числе больных был почти вдвое ниже нашего.

Среди клинических больных близки – мужчины составляли 80%, а [illegible] женщины – 20%.

Что касается возраста,то подавляющее большинство больных /75,8%/ было в возрасте от 25 до 50 лет.



[illegible]зти на 1000 населения соответствующего [illegible] на диаграмме № 2.

На диаграмме 2 видно,что наиболее часто обращались и мужчины и женщины в возрасте 40–49 лет и,затем, 30–39 лет.

Во всех возрастных группах мужчины обращались чаще женщин.

У лиц моложе 20 лет было отмечено 34 случая язвенной болезни,из них 9

случаев у детей.

Проф.Лурия пишет:"В последнее время приходится все чаще и чаще видеть язву желудка в относительно раннем возрасте - в 10-15 лет."

Далее Р.А.Лурия приводит данные немецких авторов/Вестфаль, Руман и др./,по которым видно,что у 68% больных язвенная болезнь начинается в возрасте до 30 лет и делает заключение:"Именно цветущий возраст дает большинство больных язвой желудка,почему как раз язвенная болезнь,отрывая от производства людей этого возраста и является социальным заболеванием большого значения"

По Смотрову,частота язвенной болезни к 40 годам достигает своего максимума,после чего держится на более низком уровне.

По Флекелю до 80% всех случаев язвенной болезни относится к возрасту до 40 лет.На нашем материале больные до 40 лет составляли 71,6%. Как говорит Смотров, большинство статистик сходится на том,что первые жалобы язвенного порядка в подавляющем большинстве случаев возникают у больных в возрасте 20-25 лет.

Показатели заболеваемости на 1000 рабочих и 1000 служащих были следующие:

	Мужчины	Женщины
Рабочие	5,4	1,7
Служащие	4,6	1,2

Отсюда видно,что заболеваемость рабочих язвенной болезнью была несколько выше,чем служащих.

БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА.

С болезнями желудка /кроме новообразований и язвенной болезни/ было зарегистрировано 15341 обращение, или 39,1 на 1000 населения. По формам заболеваний и полу больные распределялись следующим образом:

	Мужчины	Женщины	Об. пола	% к итогу
Гастрит	5760	9189	14949	95,6
Гастроптоз	14	68	82	0,5
Атония желудка	2	4	6	0,02
Расширение желудка	3	4	7	0,03
Пилороспазм	11	3	14	0,05
Ахилия	35	41	76	0,5
Гиперсекреция	9	13	22	0,1
Гастральгия	152	271	423	2,8
Перигастрит	8	9	17	0,1
Неясно обознач. болезни	20	25	45	0,3
ВСЕГО:	6014	9327	15341	100,0

Как видно из перечня диагнозов, в подавляющем большинстве случаев /95%/ диагностировались гастриты, причем преимущественно в общей форме, без уточнения клинической картины.

Здесь уместно напомнить слова Р.А.Лурия о том, что при распознавании болезней органов пищеварения врач больше, чем в других отделах внутренней медицины -"ограничивается шаблонным симптоматическим диагнозом, игнорирует профилактику и применяет немотивированную терапию."

За исключением пилороспазма, расширения желудка, ахилии и перигастрита - женщины обращались чаще мужчин. Со всеми болезнями желудка на 1000 мужчин было 39,7 обращений, а на 1000 женщин - 44,6.

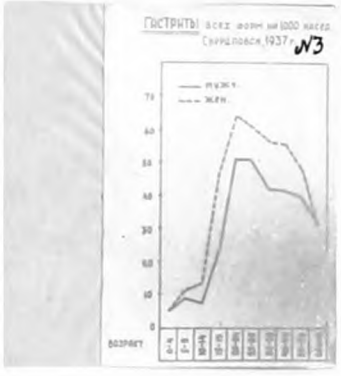
ГАСТРИТ. С гастритом было зарегистрировано 14949 обращений /37,3 на 1000 населения/.

Из общего числа обращений было с острым гастритом - 2781 /1081 мужчин и 1700 женщин/, с хроническим гастритом - 3780 /1461 мужчина и 2319 женщин/, и с гастритом без указания на форму - 8388 /3218 мужчин и 5170 женщин./

Женщины обращались по поводу гастрита значительно чаще, нежели мужчины. На 1000 женского населения со всеми формами гастрита, было 42,5 обращения, а на 1000 мужского - 31,2.

Женщины болели чаще мужчин во всех возрастных группах, кроме одной, старческой, от 60 лет и выше, в которой мужчины болели несколько чаще женщин.

Показатели заболеваемости всеми формами гастрита на 1000 населения соответствующего пола и возраста показаны на диаграмме № 3.



На диаграмме, во- первых, ясно видно преобладание женщин во всех возрастных группах, кроме старческой; во-вторых и у мужчин и у женщин наиболее высокие показатели заболеваемости отмечались в возрасте от 20 до 50 лет, и, особенно, - от 20 до 30 лет, т.е. в самом цветущем, рабочем возрасте.

Показатели заболеваемости по общественным группам были следующие:

Обратилось со всеми формами гастрита на 1000 человек:

	Мужчин	Женщин
Рабочих	55,3	62,0
Служащих	25,5	37,5

Из этих показателей видно, что рабочие обращались по поводу гастритов значительно чаще служащих /более чем в два раза/.

Касаясь вопроса о влиянии профессиональных условий на заболеваемость гастритом, проф. Лурия писал: "Точных данных об остром гастрите, как профессиональном заболевании не имеется. Это скорее имеет значение при хронических гастритах, где под влиянием условий труда часто обостряется уже существующий гастрит. Во всяком случае... простудному фактору обязаны своим происхождением гастриты на некоторых производствах, где не принимаются достаточно широко профилактические меры против простуды у разгоряченных от физического напряжения рабочих."

В госпитализации нуждалось 316 человек /128 мужчин и 188 женщин/.

ГАСТРОПТОЗ. С опущением желудка было отмечено 82 случая. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 10.

Табл.10

Возраст	Число обратившихся: Мужчин	женщин	об.пола
15 – 19	–	1	1
20 – 24	1	1	2
25 – 29	1	8	9
30 – 39	6	19	25
40 – 49	2	13	15
50 – 59	2	18	20
60 и ст.	2	7	9
Не указ.	–	1	1
ВСЕГО:	14	68	82

В госпитализации нуждалось 3 человека /2 мужчины и 1 женщина/.

У детей не было отмечено ни одного случая гастроптоза. Женщины обращались значительно чаще мужчин: на 1000 женщин было 0,3 обращения, а на 1000 мужчин – 0,07.

По Фаберу /Лурия/ опущение желудка встречается (среди взрослого населения) значительно чаще, а именно: у мужчин – в 5%, а у женщин – в 11%. Однако в большинстве случаев такое положение желудка не вызывает болезненных состояний, а поэтому и обращаемость по поводу гастроптоза – не велика.

РАСШИРЕНИЕ ЖЕЛУДКА. Отмечено в 7 случаях. У мужчин – 3 и у женщин – 4.

В госпитализации нуждался 1 человек /мужчина/.

АТОНИЯ ЖЕЛУДКА. Всего 6 случаев. У мужчин – 2 и у женщин 4.

АХИЛИЯ. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 11.

Табл. 11

Возраст	Число обратившихся: Мужчин	женщин	Об. пола
3 – 4	2	–	2
18 –19	1	4	5
20 –24	4	5	9
25 –29	6	3	9
30 –39	7	8	15
40 –49	9	10	19
50 –59	2	7	9
60 и ст.	4	4	8
ВСЕГО:	35	41	76

В госпитализации нуждалось 4 женщины.

ГИПЕРСЕКРЕЦИЯ ЖЕЛУДОЧНАЯ. Гиперсекреция, как самостоятельный диагноз, была отмечена в 22 случаях.

Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 12.

Табл.12.

Возраст	Число обратившихся: Мужчин	женщин	об.пола
10 - 14	–	1	1
18 - 19	1	1	2
20 - 24	–	1	1
25 - 29	3	2	5
30 - 39	4	3	7
40 - 49	–	2	2
50 - 59	1	3	4
ВСЕГО:	9	13	22

В госпитализации никто не нуждался.

ПИЛОРОСПАЗМ. Зарегистрировано было всего 14 обращений. Распределение больных по полу и возрасту видно на таблице 13.

Табл.13.

Возраст	Число обратившихся: Мужчин	женщин	об.пола
До 1 года	3	–	3
20 - 24	1	–	1
25 - 29	3	1	4
30 - 39	–	1	1
40 - 49	3	1	4
50 - 59	1	–	1
ВСЕГО:	11	3	14

В госпитализации нуждалось 4 человека: 3 мужчины и 1 женщина.

Гастральгия. С желудочными болями было 423 обращения.

Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице I4.

Табл. I4.

Возраст	Число обратившихся			% к итогу
	Муж.	Жен.	Об. п.	
0 - I4	2	I	3	0,7
I5- I9	2I	29	50	II,8
20- 29	78	I38	2I6	5I,0
30- 39	33	63	96	22,7
40- 49	I0	24	34	8,0
50- 59	6	II	I7	4,0
60 и ст.	2	4	6	I,5
Не указ.		I	I	0,3
Всего	I52	27I	423	I00,0

Свыше половины больных было в возрасте 20-29 лет.

В госпитализации нуждались 4 женщины.

Перигастрит. С перигастриром обратилось I7 человек, из них 8 мужчин и 9 женщин. Один случай отмечен у ребенка / девочка 6 лет/, а остальные - у взрослых.

Прочие болезни желудка. С прочими болезнями желудка зарегистрировано 45 обращений / 20 мужчин и 25 женщин/.

БОЛЕЗНИ КИШЕК.

С болезнями кишечника /кроме острых инфекционных болезней, туберкулеза и новообразований/ было зарегистрировано 27367 обращений, что составило 68,4 обращений на 1000 населения.

По основным диагнозам и полу больные распределялись следующим образом:

	Число обратившихся мужчин	женщин	об.пола.	% к итогу.
Острый энтеро-колит	2135	2919	5054	18,4
Энтеро-колит без остр. форм	3532	4476	8008	29,3
Диспепсия	4517	4153	8670	31,7
Токсическая диспепсия	418	393	811	3,0
Аппендицит и тифлит	973	1561	2534	9,2
Грыжа	1002	436	1438	5,3
Непроходимость кишек	11	14	25	0,1
Прочие болезни кишек	414	413	827	3,0
ВСЕГО:	13002	14365	27367	100,0

ОСТРЫЙ ЭНТЕРО-КОЛИТ. С острым энтеро-колитом, гастроэнтероколитом и колитом было зарегистрировано 5054 обращений, или 12,3 на 1000 населения.

Женщины обращались несколько чаще мужчин: на 1000 мужчин было 11,6 обращений, а на 1000 женщин - 13,5.

Показатели обращаемости с острым гастро-энтероколитом на 1000 населения соответствующего пола и возраста приведены на таблице 15.

Табл.15

Возраст	ОБРАТИЛОСЬ НА 1000 НАСЕЛ. Мужчин	женщин	Об.пола
0 – 4	3,4	3,1	3,3
5 – 9	1,9	2,7	2,4
10 –14	1,6	2,9	2,3
15 –19	10,8/	12,5	11,3
20 –24	16,0	21,8	19,4
25 –29	15,3	20,1	17,7
30 –39	16,4	18,4	17,4
40 –49	18,2	17,4	17,7
50 –59	18,7	14,7	16,3
60 и ст.	19,7	10,1	12,9
ВСЕГО:	11,6	13,5	12,3

Как видно из таблицы, наиболее высокий показатель заболеваемости был в возрастных группах от 20 до 50 лет, особенно – от 20 до 24 лет.

От 5 до 40 лет показатель был выше у женщин, а начиная с этого возраста, – у мужчин. Основная причина колебаний показателя заболеваемости по полу и возрасту лежала, повидимому, во влиянии производственных условий, что видно из следующих показателей:

Обратилось на 1000 человек.

	Мужчин	женщин
Рабочих	20,9	29,4
Служащих	11,4	18,6

Отсюда видно, что заболеваемость рабочих была значительно выше, чем заболеваемость служащих.

В госпитализации нуждалось 540 человек/10,6%/, из них :246 мужчин и 294 женщины.

Энтеро-колит неуточненной формы. Случаев энтерита, колита, энтеро-колита и гастро-энтеро-колита без указания на острый их характер было зарегистрировано – 8008.

И с этими формами женщины обращались чаще мужчин: на 1000 женщин было 20,7 обращений, а на 1000 мужчин –19,2.

Показатели обращаемости на 1000 населения соответствующего пола и возраста приведены на таблице 16.

Табл.16

Возраст	Обратилось на 1000 населения		
	Мужчин	женщин	об.пола
0 – 4	30,7	26,3	28,5
5 – 9	15,9	16,0	15,9
10 –14	9,9	16,4	13,2
15 –19	12,7	16,8	14,8
20 –24	18,2	25,9	22,7
25 –29	18,7	23,8	21,2
30 –39	19,9	21,1	20,6
40 –49	21,7	19,9	20,7
50 –59	22,6	18,6	20,2
60 и ст.	x17,9	12,7	14,2
ВСЕГО:	19,2	20,7	19,9

Здесь мы видим, примерно, такую же картину, как и при острых формах энтеро-колита, т.е. наивысший показатель в возрастной группе 20–24 года и изменение соотношений показателей у мужчин и женщин в тех же возрастных группах.

Причина, повидимому, та же самая, что и при острых формах, т.е. влияние производственных условий, что видно из следующих показателей:

	Обратилось на 1000 человек	
	Мужчин	женщин
Рабочих	25,0	34,5
Служащих	12,0	19,1

Таким образом и здесь рабочие болели чаще, чем служащие.

В госпитализации нуждалось 833 человека/10,4%/, в том числе: 408 мужчин и 425 женщин.

ДИСПЕНСИЯ. С диспепсией было зарегистрировано 8670 случаев. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 17.

Табл.17

Возраст	Число обратившихся: Мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
До 1 года	2932	2621	5553	64,02
1 – 2	1251	1149	2400	28,6
3 – 4	130	116	246	2,7
5 – 7	82	88	170	1,8
8 – 9	21	37	58	0,6
10 –14	31	44	75	0,8
15 –17	3	7	10	0,1
18 –19	7	7	14	0,1
20 –24	13	21	34	0,3
25 –29	12	20	32	0,3
30 –39	13	16	29	0,3
40 –49	3	11	14	0,1
50 –59	3	4	7	0,08
60 и ст.	9	3	12	0,1
Не указ.	7	9	16	0,1
ВСЕГО:	4517	4153	8670	100,0

Мужчины обращались с диспепсией чаще женщин: на 1000 мужчин было 24,5 случаев, а на 1000 женщин –19,2.

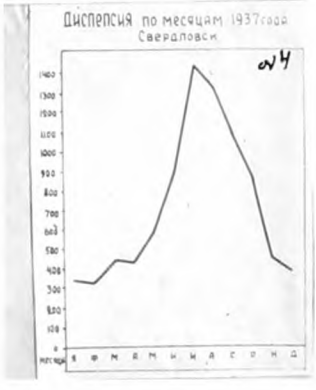
Диагноз "диспепсия" ставился почти исключительно детям: из 8670 случаев к взрослому населению /начиная с 15 лет/ относится

лишь 152 случая, или 1,7 процента.

Показатели заболеваемости диспепсией у детей до 3-х лет, и в особенности на первом году жизни, надо признать высокими. На 1000 детей в возрасте до одного года по поводу диспепсии было 417 обращений.

Важнейшей причиной диспепсии грудных детей /Филатов/ является неправильное их кормление. В обязанность консультаций входит обучение матерей правильному кормлению ребенка. Большое число диспепсий указывает прежде всего на недостаточность работы консультации в этом направлении. Имеет определенное значение и качество диагностики. Диагноз "диспепсия", повидимому, широко ставится с одной стороны при всяком малейшем отклонении в деятельности пищеварительных органов ребенка, а с другой стороны и при более серьезных заболеваниях. В частности, не исключена возможность, что не мало случаев хронической дизентерии, диагносцировалось как диспепсия. Если в первом случае не было плохих последствий, кроме искажения действительной картины заболеваемости, то во втором случае, при диагносцировании диспепсии вместо хронической дизентерии, получался большой вред, т.к. ребенок не госпитализировался, не был взят под специальное наблюдение, а оставался свободным носителем того вируса, который обычно и приводит к эпидемическим вспышкам дизентерии.

Распределение больных диспепсией по месяцам года приведено на диаграмме № 4.



Как видно на диаграмме № 4 в холодные месяцы года число случаев диспепсии было невелико; с наступлением же теплых летних месяцев наблюдался большой подъем заболеваемости, достигший максимума в июле.

Кривая распределения случаев заболеваний по месяцам года очень близка к помесячной кривой заболеваемости токсической диспепсией.

В госпитализации нуждалось 1488 человек /17,1%/, в том числе 785 мужчин и 703 женщины. Из числа нуждавшихся в госпитализации, детей до 3 лет было 1412.

ТОКСИЧЕСКАЯ ДИСПЕПСИЯ. С токсической диспепсией было зарегистрировано 811 случаев. Распределение больных по полу, возрасту и общественному положению приведено на таблице 18.

Табл.18

Возраст	Число обратившихся: Детей рабоч. м.	Детей рабоч. ж.	Детей служащ. м.	Детей служащ. ж.	Детей прочих м.	Детей прочих ж.	ВСЕГО м.	ВСЕГО ж.	ВСЕГО об.п
До 1 года	244	231	64	64	20	18	328	313	641
1 – 2	52	55	11	8	7	2	70	65	135
3 – 4	5	4	2	–	–	–	7	4	11
5 – 7	1	1	1	1	1	–	3	2	5
8 – 9	4	5	–	–	–	–	4	5	9
10 –14	5	2	–	–	–	–	5	2	7
ВСЕГО:	311	298	78	73	28	20	417	391	808

У трех человек не был указан возраст /1 мужчина и 2 женщины/. В госпитализации нуждалось 633 человека /330 мужчин ~~на~~ и 303 женщины/, или 78 процентов.

Заболеваемость по полу была почти одинаковой:

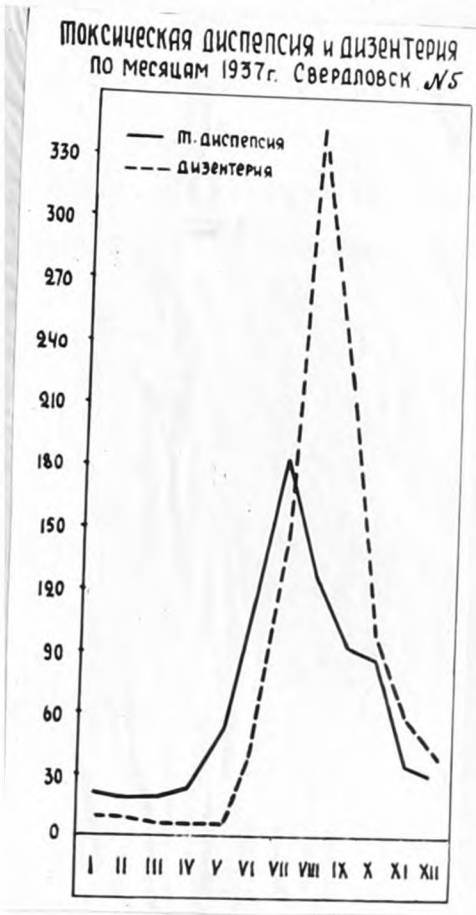
	Обратилось на 1000 детей. Мальчиков	девочек
До 1 года	48,1	48,2
1 – 2 года	11,1	10,3

Согласно классификации, токсическую диспепсию следует отнести к острым гастроэнтероколитам в возрасте до трех лет. Мы рассматриваем это заболевание отдельно – после гастроэнтероколи-

тов, в виду его большого значения в детской смертности.

Может быть было бы более правильным включить токсическую диспепсию в класс острых инфекционных болезней, вместе с дизентерией и гемоколитом.

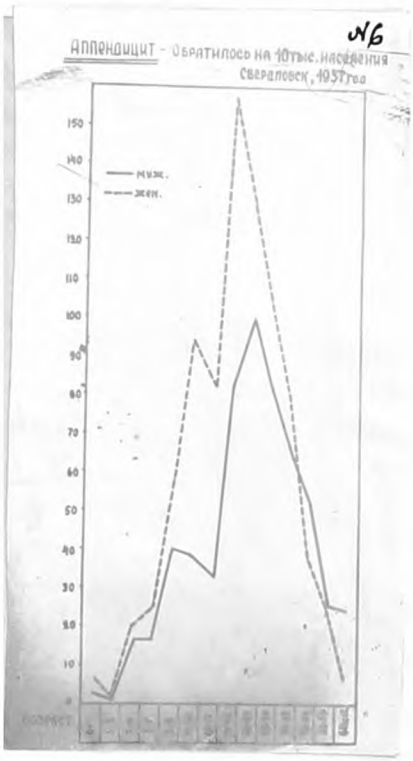
Если сейчас ставится вопрос /Гиндес/ о том, что термин "колит дизентерия", то с еще большим основанием токсическую диспепсию. В пользу ...ги полное совпадение в распределении ...епсией и дизентерией по месяцам года, ... № 5.



Создается впечатление, что когда нет массовых заболеваний дизентерией врачи предпочитают диагносцировать токсическую диспепсию. С под"емом же волны заболеваемости дизентерией – смелее ста...вится диагноз этой последней.

АППЕНДИЦИТ. По поводу аппендицита было 2517 обращений, или 6,2 на 1000 населения. Женщины обращались чаще мужчин: на 1000 женского населения было 7,1 обращение, а на 1000 мужского –5,2.

Показатели обращаемости на 1000 населения соответствующего пола и возраста приведены на диаграмме № 6.



На диаграмме № 6 видно, во-первых, что заболеваемость аппендицитом у мужчин и женщин имеет два под"ема: первый в 8 – 9 лет у мальчиков и в 10–14 лет у девочек и второй – наибольший у мужчин в 20 – 24 года, а у женщин в 18–19 лет. Во-вторых, у женщин заболеваемость немного выше у детей до 8 лет; с 9–10 летнего возраста она резко повышается по сравнению с мужской примерно до 30 летнего возраста, после чего становится ниже, чем у мужчин, особенно в старческом возрасте.

Одной из причин превалирования женщин могут быть ошибки в диагностировке аппендицита, когда за аппендицит принимаются случаи заболевания холедиститом, /который у женщин встречается значительно чаще, нежели у мужчин/ и заболевания придатков матки.

По Джанелидзе ошибки в диагностике аппендицита у мужчин составляют 15%, а у женщин –30%.

По Александрову у женщин случаев хронического аппендицита встречаются чаще, чем у мужчин /Рохинд, Бекерман, Драчинская/, что стоит в связи с особенностями положения слепой кишки и червеобразного отростка у женщин, благоприятствующими передаче инфекции с половых органов на червеобразный отросток, а также инвазии червеобразного отростка глистами. Помимо болезней придатков, к факторам, поддерживающим возникший аппендицит /а иногда и – вызвавшим его/, Александров относит менструацию, беременность, внематочную беременность. (1)

Автор рекомендует хирургам при подозрении на аппендицит у женщин обязательно консультироваться с гинекологом.

Течение острого аппендицита у женщин, по Рабиновичу, значительно легче, чем у мужчин, что об"ясняется большей устойчивостью женщины в борьбе с инфекцией и большей тренированностью /как говорит автор/ в этом отношении ее тазовой брюшины.

Еще Мечников в 1901 г. указывал на связь заболеваемости аппендицитом с заражением острицами. По Молчанову глисты, в особенности острицы, почти в половине случаев являются этиологическим моментом в воспалении аппендикса.

В госпитализации нуждалось 863 человека./340 мужчин и 523 женщины/, или 34,3 процента. Этот процент следует считать очень низким.

ТИФЛИТ. С тифлитом было отмечено 17 случаев. Половые и возрастные соотношения больных были, примерно, такими же, как при аппендиците. Смертность и летальность при аппендиците и тифлите были не высоки: умерло за год 10 человек /6 мужчин и 4 женщины/; к числу заболевших это составило 0,4 процента.

ГРЫЖА. С грыжей было зарегистрировано 1438 обращений. Мужчины обращались значительно чаще женщин: на 1000 мужского населения было 5,4 обращения, а на 1000 женского - 2,0, т.е. в два с половиной раза меньше. Однако, женщины работницы обращались по поводу грыжи чаще, чем мужчины-служащие, что видно из следующих показателей:

	Обратилось на 1000 человек.	
	Мужчин	женщин
Рабочих	9,7	3,6
Служащих	2,9	0,9

Отсюда видно существенное влияние условий труда на частоту заболеваний грыжей.

Показатели обращаемости на 1000 населения соответствующего

пола и возраста приведены на таблице 19.

Табл.19.

Обратилось на 1000 населения.

Возраст	мужчин	женщин	обоего пола.
0- 4	4,0	1,2	2,6
5- 9	2,0	0,4	1,3
10-14	1,1	0,8	1,0
15-19	4,1	0,7	2,2
20-24	7,2	1,2	3,6
25-29	4,3	1,6	2,9
30-39	5,8	2,3	3,9
40-49	8,3	3,3	5,4
50-59	12,5	5,5	8,6
60 и ст.	19,8	5,0	9,0

Заболеваемость мужчин была выше во всех возрастных группах.

В госпитализации нуждалось 422 человека /29 процентов/, в том числе: 297 мужчин и 125 женщин.

НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕК. С непроходимостью кишек было зарегистрировано 25 случаев. По полу и возрасту больные распределялись таким образом /таблица 20/.

Табл.20

Возраст	Число обратившихся		
	Мужчин	женщин	об.пола
3 - 4	—	1	1
5 - 7	—	1	1
10 -14	1		1
20 -24	—	1	1
25 -29	1	3	4
30 -39	2	3	5
40 -49	5	1	6
50 -59	2	1	3
60 и ст.	—	3	3
ВСЕГО:	11	14	25

Мужчины болели несколько чаще женщин. В госпитализации нуждалось 3 человек /3 мужчин/ и 3 женщин/ .

ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ КИШЕК. В эту группу нами отнесено 827 больных, которые по диагнозам и полу распределялись следующим образом:

	Мужчин	женщин	об:пола
Атония кишечника	21	60	81
Привычные запоры	7	27	34
Язва кишек	10	12	22
Перидуоденит	8	1	9
Кишечная колика	40	39	79
Сигмоидит	6	6	12
Перипроктит	84	32	116
Выпадение прямой кишки	96	56	152
Свищ заднего прохода	40	18	58
Абсцесс заднего прохода	11	2	13
Трещины заднего прохода	91	160	251
ВСЕГО:	414	413	827

Мужчины чаще болели перидуоденитом, кишечной коликой, сигмоидитом, перипроктитом, выпадением прямой кишки, свищем и абсцессом заднего прохода. Язвы кишек отмечались одинаково часто у мужчин и женщин. Все прочие заболевания были значительно выше у женщин.

В госпитализации нуждалось 73 человека /42 мужчины и 31 женщина/.

У детей относительно высока была обращаемость с выпадением прямой кишки и в меньшей степени с перипроктитом. Остальными формами болели почти исключительно взрослые.

У рабочих, по сравнению со служащими, значительно чаще отмечались случаи выпадения прямой кишки, язв кишек и перипроктитов, а у служащих - атония кишечника, привычные запоры и перидуоденит.

БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ.

С болезнями печени, желчных путей и желчного пузыря было зарегистрировано 2009 обращений, или 5,0 на 1000 населения.

По диагнозам и полу больные распределялись следующим образом:

	Мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
Желчно-каменная болезнь	23	83	106	5,3
Цирроз печени	7	11	18	0,9
Гепатит	443	645	1088	54,2
Холецистит	184	552	736	36,6
Холецистопатия	13	24	37	1,8
Прочие болезни	8	16	24	1,2
ВСЕГО:	678	1331	2009	100,0

Наибольшее число случаев было с гепатитом /54,2%/ и холециститом /36,6%/.

Женщины обращались значительно чаще мужчин. Со всеми формами на 1000 мужчин было 3,6 обращений, а на 1000 женщин – 6,1.

ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. Всего было зарегистрировано 106 случаев желчно-каменной болезни, или 2,6 на 10.000 населения. Проф. Мясников[x] пишет, что: "По расчетам Ридели каждый десятый человек носит в себе желчные камни, если судить по данным вскрытий... Наунин утверждает, что дают о себе знать камни только у 10% всех их носителей", – и добавляет, что: "Под впечатлением этих фактов не остается ничего другого, как сказать, что желчно-каменная болезнь "есть болезнь без симптомов и имеющая только осложнения" /Мирю и Павель/".–

Если, исходя из этих высказываний и учитывая, что до 15 лет желчно-каменная болезнь встречается очень редко /Мясников/, подсчитать возможное количество больных в Свердловске, то окажется,

x) Мясников, А.Л. Болезни печени и желчн. путей. Учебн. Медгиз 1940 г.

что только тех больных,камни у которых дают о себе знать,должн было бы быть – 2940 человек.

Проф.Мясников делает оговорку,что подобные статистические данные были собраны без учета социально-классового состава больных.

Принимая эту оговорку,мы все же считаем,что такое различие, как 2940 и 106 ни в каком случае нельзя об"яснить социальными условиями и недоучетом больных в Свердловске.Оно ставит под сомнение правильность расчетов Риделя.

Распределение больных желчно-каменной болезнью по полу и возрасту приведено на таблице 21.

Табл.21

Возраст	Число обратившихся		
	мужчин	женщин	об.пола
15 – 17	–	1	1
18 – 19	–	1	1
20 – 24	4	9	13
25 – 29	4	16	20
30 – 39	4	26	30
40 – 49	5	15	20
50 – 59	5	9	14
60 и ст.	1	6	7
ВСЕГО:	23	83	106

Камни желчного пузыря у женщин отмечались в три раза чаще, нежели у мужчин:на 10000 женского населения было 3,8 обращений,а на 10000 мужского – 1,2.

Наклонность женщин болеть желчными камнями проф.Мясников об"ясняет в первую очередь беременностью /застой желчи,гиперхолестеринемия/,климактерическим периодом /изменения в обмене веществ/,энтероптозом,свойственным более женщинам,и указывает, что у женщин желчные камни встречаются в несколько раз чаще,

чем у мужчин /по Вушару – в три раза, по Федорову – в шесть раз/.

Наши данные, таким образом, соответствуют данными Вушара.

У детей это заболевание не отмечалось.

У взрослых же наибольшее число больных было в возрасте от 20 до 60 лет.

Относительно возраста проф. Мясников говорит, что чем старше возраст, тем чаще встречаются камни.

У нас повозрастные показатели были такие:

Возраст	Обратил. на 10 тыс. населен.
20 – 24	2,9
25 – 29	3,6
30 – 39	4,2
40 – 49	5,4
50 – 59	6,3
60 и ст.	3,9

Начиная с 20 лет каждая последующая возрастная группа действительно дает увеличение показателя.

Однако в возрасте свыше 60 лет этот показатель снижается. Возможно, что это об"ясняется меньшей обращаемостью стариков.

В госпитализации нуждалось 26 человек /8 мужчин и 18 женщин/.

ГЕПАТИТ. С гепатитом было зарегистрировано 1088 обращений, или 2,7 на 1000 населения.

Женщины обращались чаще мужчин: на 1000 мужского населения было 2,4 обращения, а на 1000 женского – 2,9.

Показатели обращаемости на 1000 населения соответствующего пола и возраста приведены на таблице 23.

Табл.23

Возраст	Обратилось на 1000 населения: мужчин	женщин	Возраст	мужчин	женщин
0 - 4	4,4	3,5	25-29	2,3	3,6
5 - 9	2,9	2,4	30-39	2,2	3,2
10 -14	1,3	1,3	40-49	2,0	3,1
15 -19	1,2	1,4	50-59	2,3	2,5
20 -24	2,8	3,9	60 и ст.	1,5	3,2

Как видно из приведенных показателей,у мужчин наиболее частые случаи гепатита были в раннем детском возрасте,а у взрослых наиболее высокая заболеваемость была в возрасте 20-24 года.У женщин же самый высокий показатель отмечался в 20-24 года

Можно отметить,что у детей до 10 лет заболеваемость была выше у мальчиков;в 10-14 лет она была равной и лишь с 15 лет и во всех последующих возрастных группах заболеваемость у женщин была выше, нежели у мужчин.Проф.Мясников указывает,что помимо внешних факторов,благоприятствующих заболеванию гепатитом /профессия,питание/ существуют и внутренние,в частности - возраст "Острый гепатит - болезнь преимущественно молодого возраста. У лиц выше 50 лет она встречается настолько редко,что диагноз ее у больных этих лет требует большой осмотрительности".У нас наибольшая заболеваемость,как мы видели,также относилась к молодому возрасту.Но часты были заболевания и у стариков.

Что касается пола,то проф.Мясников указывает,что у мужчин острые гепатиты встречаются несколько чаще /алкоголизм,сифили У нас же обращаемость мужчин с гепатитами была несколько меньше женской.На заболеваемость женщин предрасполагающим образом влияет беременность /Мясников/.

В госпитализации нуждалось 233 человека /20,5%/,в том числе:103 мужчины и 120 женщин.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 24.

Табл.24.

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	об.пола
3 - 4	1	–	1
5 - 7	1	–	1
30 -39	2	–	2
40 -49	1	4	5
50 -59	1	2	3
60 и ст.	1	4	5
Не указ.	–	1	1
ВСЕГО:	7	11	18

В госпитализации нуждалось 5 человек/2 мужчины и 3 женщины/.

ХОЛЕЦИСТИТ. Всего было зарегистрировано 773 обращения, или 1,9 на 1000 населения.

Женщины обращались чаще мужчин:на 1000 мужского населения было 1,0 обращение,а на 1000 женского - 2,6.

У детей до 5 лет не было отмечено ни одного случая холецистита.

Показатели заболеваемости холециститом на 1000 населения соответствующего возраста и пола были следующие:

Возраст	Обратилось на 1000 населения: мужчин	женщин	об.пола
5 - 9	0,0	0,2	0,1

указ.табл.см.на об.

Возраст	Обратилось на 1000 населения		
	Мужчин	женщин	об.пола
5 - 9	0,0	0,2	0,1
10 -14	0,1	0,2	0,2
15 -19	0,6	1,2	1,0
20 -24	1,4	3,9	2,8
25 -29	1,4	3,6	2,5
30 -39	1,9	4,7	3,4
40 -49	1,9	4,6	3,4
50 -59	2,0	3,0	2,6
60 и ст.	1,6	1,5	1,5

Кроме старческой группы во всех других возрастных группах показатели заболеваемости мужчин были ниже, чем женщин.

Проф.Мясников указывает, что в большинстве случаев холециститы развиваются вместе с желчнокаменной болезнью. Однако ~~ее~~ статистические данные по этому вопросу весьма различны.-"По одним статистикам, на долю холецистита без желчнокаменной болезни падает 10% всех случаев холецистита, по другим статистикам - 20%, по третьим даже 40%."

В госпитализации нуждалось 138 человек /17,7%/, из них : 29 мужчин и 112 женщин.

ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. В эту небольшую группу /24 случая/ в том числе 8 мужчин и 16 женщин, нами отнесены такие диагнозы, как "заболевание печени", "увеличение печени", катарр желчных путей, "заболевание желчного пузыря" и др.

В госпитализации нуждалось 4 человека /1 мужчина и 3 женщины./

ВОСПАЛЕНИЕ БРЮШИНЫ. С воспалением брюшины было зарегистрировано 292 случая /0,7 на 1000 населения/.

Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 25.

Табл.25

Возраст	Число обратившихся		
	мужчин	женщин	об.пола
До 1 года	1	1	2
1 - 2	–	1	1
3 - 4	–	1	1
5 - 7	–	2	2
8 - 9	–	–	–
10 -14	3	5	8
15 -17	–	–	–
18 -19	1	6	7
20 -24	12	42	54
25 -29	13	52	65
30 -39	24	79	103
40 -49	3	29	32
50 -59	7	6	13
60 и ст.	–	3	3
Не указ.	–	1	1
ВСЕГО:	64	228	292

Нуждалось в госпитализации 40 человек /11 мужчин и 29 женщин/. Женщины обращались в три раза чаще мужчин: на 10000 мужского населения было 3,0 случая, а на 10000 женского – 10,0, причем женщины преобладали во всех возрастах.

Наибольшее число заболеваний падало на лиц в возрасте от 20 до 50 лет.

ЭНТЕРОПТОЗ. С опущением внутренних органов было зарегистрировано 155 обращений. По полу и возрасту больные распределялись следующим образом /таблица 26/.

Табл.26

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	об.пола
5 - 7	—	1	1
10 -14	—	1	1
18 -19	—	1	1
20 -24	—	3	3
25 -29	—	13	13
30 -39	2	45	47
40 -49	1	40	41
50 -59	—	23	23
60 и ст.	—	25	25
Всего:	3	152	155

В госпитализации нуждались 2 женщины.

Из таблицы видно, что энтероптоз встречается почти исключительно у женщин. Проявляется в сколько-нибудь значительном числе случаев, начиная с тридцатилетнего возраста.

ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ. В эту группу мы отнесли 118 случаев болезней органов пищеварения с неясно обозначенными диагнозами. Среди больных было 55 мужчин и 78 женщин.

В госпитализации нуждалось 3 человека /1 мужчина и 2 женщины/.

БОЛЕЗНИ КОСТЕЙ, СОЧЛЕНЕНИЙ И МЫШЦ.

С болезнями костей, сочленений и мышц было зарегистрировано 17051 обращение, или 42,5 на 1000 населения.

В Москве, в том же году, этот показатель был значительно ниже, а именно – 31,0.

По болезням отдельных систем органов и полу больные распределялись следующим образом:

	Число обратившихся мужчин	женщин	обоего пола	% к итогу
Болезни костей	467	399	866	5,1
Болезни сочленен.	2610	3444	6054	35,5
Болезни мышц	5531	4600	10131	59,4
ВСЕГО:	8608	8443	17051	100,0

Отсюда видно, что наибольшее число заболеваний падало на мышечную систему и что с болезнями костей и мышц среди обратившихся было больше мужчин, нежели женщин, а с болезнями сочленений – наоборот, было больше женщин.

Показатели заболеваемости на 1000 населения соответствующего пола были такие:

	мужчин	женщин
Болезни костей	2,5	1,8
Болезни сочленений	14,1	15,9
Болезни мышц	30,0	21,2
ВСЕГО:	46,6	38,9

Рассмотрим заболеваемость по отдельным системам органов и по отдельным болезням.

А. БОЛЕЗНИ КОСТЕЙ.

С болезнями костей обратилось 866 человек, что составляло 2,1 на 1000 населения.

По диагнозам и полу больные распределялись следующим образо

	мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
Периостит	183	216	399	46,1
Остеомиэлит	235	131	366	42,3
Экзостоз	16	15	31	3,6
Перихондрит	8	8	16	1,8
Проч.заболев.	25	29	54	6,2
Всего:	467	399	866	100,0

Основными диагнозами были – периостит и остеомиэлит.

Распределение больных по диагнозам, полу и возрасту приведено на таблице 1.

Табл.1

Название болезни	Возраст и пол: 0–4	5–9	10–14	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60 и ст	Не у
Мужчины										
Периостит	9	15	11	16	50	36	22	12	12	
Остеомиэлит	2	16	23	20	90	36	28	14	3	3
Экзостоз		1	1	2	4	4	2	1	1	
Перихондрит	1				3	3		1		
Прочие заболеван.	2	1	2	3	10	3	2	1	1	
Женщины										
Периостит	7	7	6	21	87	42	24	12	10	
Остеомиэлит	10	12	10	19	44	10	12	8	5	1
Экзостоз		1	3	2	4	4			1	
Перихондрит		1			3		4			
Проч.заболевания			5	1	11	5	2	4	1	
Всего:	31	54	61	84	306	143	96	53	34	4
% к итогу	3,6	6,2	7,0	9,7	35,3	16,5	11,1	6,7	3,9	0,5

Как видно из таблицы при всех формах наибольшее число бо ных было в возрасте 20–29 лет, затем – 30–39 и 40–49 лет. Удельный вес детей до 10 лет и лиц свыше 50 лет среди всех больных был одинаковым.

На 1000 населения соответствующего пола мы имели такие пок

затели:

Обратились на 1000 населения соответствующего пола

	мужчин	женщин
Периостит	1,0	1,0
Остеомиэлит	1,2	0,6
Экзостоз	0,1	0,07
Перихондрит	0,04	0,03
Прочие заболевания	0,1	0,1
В среднем:	2,5	1,8

За исключением остеомиэлита, при котором обращаемость мужчин была вдвое выше, чем женщин, и экзостоза, отмечавшегося несколько чаще у мужчин, при всех остальных формах болезней костей обращаемость мужчин и женщин была одинаковой.

Показатели обращаемости со всеми формами болезней костей на 1000 рабочих и служащих соответствующего пола были следующие:

	Обратилось на 1000 человек. Мужчин	женщин
Рабочих	3,3	2,6
Служащих	2,0	1,9

Рабочие мужчины и женщины обращались несколько чаще с болезнями костей, чем служащие.

В госпитализации нуждалось всего 98 больных, или 11,3%.

В том числе:	мужчин	женщин	об.пола
При периостите	8	11	19
" остеомиэлите	50	25	75
" экзостозе	3	1	4
ВСЕГО:	61	37	98

Б. БОЛЕЗНИ СОЧЛЕНЕНИЙ.

Со всеми болезнями сочленений на 1000 населения было 15,1 обращение.

Распределение этой группы больных по диагнозам и полу приведено на таблице 2.

Табл.2

Диагноз	Число обратившихся мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
Артрит	807	840	1647	27,2
Полиартрит	1370	2268	3638	60,0
Синовит	22	16	38	0,6
Контрактура	132	47	179	3,0
Анкилоз	35	35	70	1,3
Бурсит	109	66	175	2,9
Ганглий	59	82	141	2,3
Прочие бол.сочленений	76	90	166	2,7
Всего :	2610	3444	6054	100,0

Наиболее частой формой заболевания был полиартрит /60% всех обращений/. На втором месте стояли артриты -/27,2%/.

Мужчины чаще обращались с артритами /на 1000 мужчин -4,3 обращений, а на 1000 женщин - 3,8/, с синовитами, контрактурами, бурситами и анкилозами.

Женщины значительно чаще обращались по поводу полиартритов /на 1000 женщин было 10,5 обращений, а на 1000 мужчин - 7,4/ и несколько чаще - с ганглием.

Рассмотрим состав больных по отдельным диагнозам.

АРТРИТ. Показатели обращаемости с артритами на 1000 населения соответствующего пола и возраста приведены на таблице 3.

Табл.3

Возраст:	Мужчины		Женщины	
	Абс.	На тыс.нас:	Абс.	На тыс.нас
0 – 4	25	1,0	10	0,4
5 – 9	23	1,5	15	1,0
10 –14	29	1,5	35	1,7
15 –19	89	4,7	88	4,2
20 –29	251	5,5	208	4,0
30 –39	176	5,3	192	5,1
40 –49	110	7,2	117	5,9
50 –59	73	8,4	108	7,8
60 и ст.	26	4,8	63	4,9
В среднем:		4,4		3,9

Как видно из таблицы обращаемость по поводу артритов постепенно повышалась вместе с возрастом и достигла максимума у мужчин и женщин в возрасте 50–59 лет.

У женщин показатели были ниже, чем у мужчин во всех возрастных группах, за исключением одной – 10–14 лет, в которой показатель женского пола несколько выше мужского. Эта возрастная группа у женщин является вообще более восприимчивой к заболеваниям.

Рабочие обращались с артритами чаще служащих, что видно из следующих показателей:

Обратилось с артритами на 1000 человек соответственной общественной группы и пола.

	Мужчин	женщин
Рабочие	6,8	5,5
Служащие	4,1	4,6

В госпитализации нуждались 101 человек /0,1%/, из них: 47 мужчин и 54 женщины.

ПОЛИАРТРИТ. С полиартритом было зарегистрировано 9,1 обращений на 1000 населения.

Показатели обращаемости на 1000 населения соответствующего пола и возраста приведены на таблице 4.

Табл.4

Возраст	Мужчины		Женщины	
	Абс.	На тыс.нас.	Абс.	На тыс.нас.
0 – 4	–	–	2	0,08
5 – 9	8	0,5	8	0,5
10 –14	12	0,6	32	1,6
15 –19	146	7,8	178	8,5
20 –29	473	10,4	587	11,0
30 –39	347	10,4	600	15,9
40 –49	196	12,8	423	21,5
50 –59	118	13,6	268	19,3
60 и ст.	67	12,5	162	12,6
В среднем	–	7,4	–	10,4

В отличие от артритов, при полиартритах отмечалась меньшая заболеваемость у детей и значительно более высокая заболеваемости у взрослых. Кроме того, – женщин обращались по поводу полиартритов чаще мужчин.

У мужчин наиболее высокий показатель обращаемости при артритах и полиартритах дали лица в возрасте 50–59 лет, а у женщин: при артритах – 50–59 лет, а при полиартритах – 40–49 лет

Обращаемость рабочих с полиартритами была выше, чем служащих, что видно из следующих показателей:

	Обратилось на 1000 человек мужчин	женщин
Рабочие	11,3	17,0
Служащие	8,2	13,5

В госпитализации нуждалось 182 человека /5,0%/, из них : 85 мужчин и 97 женщин.

Распределение больных остальными видами заболеваний сочленений по диагнозам, полу и возрасту приведено на таблице 5.

Табл.5

Виды заболеваний	Возраст и пол 0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и ст.	Неуказ.
	М у ж ч и н ы									
Синовит	–	2	–	4	10	4	1	1	–	–
Контрактура	6	2	4	18	49	22	16	9	6	–
Анкилоз	1	1	1	7	8	5	6	4	2	–
Бурсит	2	2	7	6	33	27	19	9	4	–
Ганглий	–	3	1	9	25	16	3	1	1	–
Проч.бол.сочлен.	1	1	8	9	24	18	7	5	3	–
	Ж е н щ и н ы									
Синовит	–	–	–	3	9	2	1	–	–	1
Контрактура	1	–	1	7	10	7	10	5	6	–
Анкилоз	–	–	1	2	11	10	7	1	2	1
Бурсит	3	2	4	13	10	12	13	5	4	–
Ганглий	–	4	6	14	33	17	7	–	1	–
Проч.бол.сочл.	1	3	10	10	25	26	8	3	4	–
ВСЕГО:	15	20	43	102	247	166	98	43	33	2
% к итогу	1,9	2,6	5,6	13,2	32,1	21,6	12,8	5,6	4,3	0,3

Наибольшее число больных с остальными видами заболеваний сочленений было в возрасте 20–29 и 30–39 лет /53,7% всех обращений/

В госпитализации нуждалось 62 человека /8,0%/ из них:мужчин 40 и женщин 22.

В. БОЛЕЗНИ МЫШЦ.

С болезнями мышц было зарегистрировано 10.131 обращений, или 25,2 на 1000 населения.

По диагнозам и полу больные распределялись следующим образом:

	Мужчины	женщины	об.пола	% к итогу
Миозит	2431	2495	4926	48,6
Люмбаго	2527	1568	4095	40,4
Атрофия мышц	10	11	21	0,2
Расхождение мышц живота	7	18	25	0,3
Миальгия	248	259	507	5,0
Тендовагинит	308	249	557	5,5
ВСЕГО:	5531	4600	10131	100,0

Подавляющее большинство всех случаев болезней мышечной системы падает на два заболевания: миозит /48,6%/ и люмбаго/40,4%/

За исключением расхождения мышц живота, более свойственного женщинам, при всех других заболеваниях мужчины обращались чаще женщин, особенно с люмбаго.

Рассмотрим каждое заболевание отдельно.

МИОЗИТ. С миозитом было зарегистрировано 4926 обращений 12,3 на 1000 населения/.

Мужчины обращались по поводу миозитов несколько чаще женщин. На 1000 мужского населения было 13,2 обращения, а на 1000 женщин - 11,5.

Показатели заболеваемости миозитом на 1000 населения соответствующего пола и возраста приведены на таблице 6.

Табл.6

Возраст	Обратилось на 1000 населен.		
	мужчин	женщин	обоего пола
0 – 4	0,5	0,5	0,5
5 – 9	0,7	1,7	1,2
10 –14	2,3	3,3	2,8
15 –19	12,7	7,8	10,1
20 –24	19,8	16,2	17,7
25 –29	21,3	17,4	19,4
30 –39	20,2	17,3	18,6
40 –49	19,9	18,8	18,7
50 –59	17,7	15,3	16,2
60 и ст.	9,7	7,3	8,0
ВСЕГО:	13,2	11,5	12,3

Наиболее часты были миозиты у лиц в возрасте от 20 до 50 лет, т.е.в рабочем возрасте.

Среди внешних вредных влияний,способствующих появлению миозитов,главную роль играет воздействие холода и перенапряжение мышц.Поэтому естественно,что миозиты чаще встречаются,во-первых, в рабочем возрасте,а во-вторых,– у мужчин.

Это подтверждают и показатели заболеваемости миозитом у рабочих и у служащих:

	Обратилось на 1000 человек	
	Мужчин	женщин
Рабочих	27,7	24,3
Служащих	9,7	10,0

Из этих показателей видно,что условия труда играют большую роль в заболеваниях мышц,особенно у мужчин.

Интересно отметить,что у детей и у нерабочего населения миозиты у женщин были чаще,чем у мужчин.Следовательно различие в уровне показателей заболеваемости у мужчин и женщин зависит исключительно от условий труда.

В госпитализации нуждались 41 человек /28 мужчин и 13 женщин/.

ЛЮМБАГО. С люмбаго было зарегистрировано 4095 обращений или 10,2 на 1000 населения.

На 1000 мужчин обратилось с люмбаго - 13,7, а на 1000 женщин - 7,2 , т.е. почти вдвое меньше.

В детском возрасте люмбаго отмечалось крайне редко.

Наибольшая частота заболеваний у мужчин падала на возрастные группы от 30 до 60 лет, а у женщин - от 40 -до 60 лет:

Показатели заболеваемости на 1000 населения соответствующего пола и возраста были следующие:

	Обратилось на 1000 населения.	
Возраст	мужчин	женщин
0 - 14	0,1	0,1
15 - 19	3,9	2,7
20 - 29	16,9	7,6
30 - 39	24,3	12,2
40 - 49	31,5	15,7
50 - 59	29,8	15,4
60 и ст.	20,7	6,5

Таким образом люмбаго есть по преимуществу заболевание зрелого и приклонного возраста.

Что касается связи люмбаго с производственными условиями, то она очевидна из следующих показателей:

	Обратилось на 1000 человек:	
	Мужчин	женщин
Рабочих	31,1	16,5
Служащих	10,9	5,4

Отсюда можно вывести заключение, что люмбаго примерно в 60 процентах всех случаев является следствием производственных условий /резкие колебания температуры, сквозняки/.

Различие в показателях заболеваемости у рабочих мужчин и женщин можно объяснить различием их профессий.

В госпитализации нуждалось 128 человек /3,1%/, из них: 95 мужчин и 33 женщины/.

Распределение обратившихся с остальными формами заболеваний мышц по диагнозам, полу и возрасту приведено на таблице 7.

Табл.7

Виды заболеваний	Возраст и пол: 0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и ст	не ук.
	Мужчины									
Атрофия мышц	1	–	–	2	2	1	1	3	–	–
Расхождение мышц живота	–	1	–	1	3	2	–	–	–	–
Миальгия		2	1	30	109	70	19	12	4	1
Тендовагинит		1	4	24	134	92	32	14	5	2
	Женщины									
Атрофия мышц	1	–	1	2	5	–	2	–	–	–
Расхожд.мышц живота	–	–	–	1	9	5	1	2	–	–
Миальгия	–	1	2	37	92	63	42	13	8	1
Тендовагинит	–	1	6	35	106	63	17	15	2	4
Всего:	2	6	14	132	460	296	114	59	19	8

В госпитализации нуждалось 12 человек/3 мужчины и 9 женщин/

БОЛЕЗНИ КОЖНОГО ПОКРОВА.

С болезнями кожного покрова, входящими в класс XIII классификации было зарегистрировано 47.807 больных или 119,3 на 1.000 населения. В Москве этот показатель был равен в 1937 году 54,1, т.е. вдвое ниже.

В эту главу не вошли: туберкулез кожных покровов, паразитарные болезни кожи и новообразования; они отнесены в соответствующие разделы.

По группам и формам заболеваний ~~рубрикам классификации~~ и полу больные распределялись следующим образом:

Табл.1

	Число обратившихся		
	м.	ж.	об.пола
188. Пиогенные заболевания кожи:			
а/Карбункул и фурункул	3967	2408	6375
б/Флегмона и абсцесс	6541	7016	13557
в/Прочие пиогенные заболевания кожи	4233	4207	8440
189. Прочие болезни кожи	8223	11212	19435
ВСЕГО :	22964	24843	47807

По всем видам болезней кожи в целом - мужчины обращались чаще женщин. На 1.000 мужского населения было 124,6 обращений, а на 1.000 женского населения - 114,8.

ПИОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ. Распределение больных этой группы по диагнозам и полу приведено на таблице 2.

Табл.2

Диагнозы	Мужч.	Женщ.	Об.пола	% к итогу
188.Пиоген.забол.кожи:				
а/карбункул и фурункул	3967	2408	6375	-
в т.ч.карбункул	201	106	307	1,1
фурункул	3766	2302	6068	21,4
б/флегмона и абсцесс	6541	7016	13557	47,8
в т.ч.панариций	1253	2399	3652	
в/проч.пиоген.забол.	4253	4207	8440	
в т.ч.пиодермия без указан.	948	1023	1971	6,9
Стрептодермия	1007	1009	2016	7,1
Стрепто-стафилодерм.	29	25	54	0,2
Стафилодермия	889	774	1663	6,9
Импетиго б/указ.	894	1010	1904	6,7
Эктима	118	10	217	0,1
Фолликулит б/указ.	336	286	622	2,2
Сикоз	78	18	96	0,3
Гидраденит	41	52	93	0,3
ВСЕГО:	14741	13631	28372	100,0

Из таблицы видно,что около половины /47,8% / пиогенных заболеваний кожи относится к флегмонам и абсцессам.Далее идут фурункул и карбункул - 22,5%,стрептодермия - 7,1%,пиодермия - 6,9%,импетиго - 6,7%,стафилодермия - 5,9% и т.д.

Мужчины обращались чаще женщин при следующих формах пиогенных заболеваний: карбункуле,фурункуле,стрепто-стафилодермии , стафилодермии,фолликулите,эктиме,сикозе,а также с флегмонами и абсцессами,за исключением панариция.При остальных формах преобладали женщины,однако в пределах,не превышающих их отношения

к мужчинам среди населения.

Распределение больных по отдельным диагнозам, полу и возрасту приведено на табл.3.

Табл.3

Диагноз	Число обратившихся	Возрастные группы													
		0–14		15–19		20–29		30–39		40–49		50–59		60 и ст	
	М.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж
Карбункул	8	4	18	10	54	30	53	23	36	18	19	11	13	8		
Фурункул	379	413	511	383	1600	837	782	402	300	137	127	76	50	42		
Пиодермия	558	651	67	75	153	153	99	70	40	44	23	16	8	13		
Стрептодермия	507	615	80	88	211	150	114	90	54	34	31	19	6	13		
Стрепто-стафилодермия	13	10	5	5	6	6	1	2	3	1	1	–	–	1		
Стафилодермия	525	526	53	82	151	102	87	36	48	14	18	9	5	3		
Импетиго	719	898	45	32	70	35	28	20	18	13	9	4	4	4		
Фурункулез	6	8	–	–	2	–	1	–	1	1	–	–	2	–		
Паронихия	67	79	58	59	120	94	52	35	29	11	8	4	2	3		
Абсцесс	–	1	1	2	27	4	25	7	15	2	8	2	2	–		
Гидраденит	3	1	2	2	4	17	11	11	13	11	7	8	1	1		
Флегмона и абсцесс	1018	933	759	635	1819	1547	962	849	438	363	177	179	100	108		
Панариций	139	168	195	341	503	924	247	560	96	248	64	111	18	39		
ВСЕГО:	3942	4307	1784	1714	4721	3900	2462	2105	1091	897	492	439	211	230		

Пиодермией, стрептодермией, стрепто-стафалодермией, стафилодермией и импетиго болели преимущественно дети. Прочими видами заболеваний главным образом лица в возрасте от 20 до 29 лет.

Показатели заболеваемости на 1.000 населения соответствующего возраста всеми формами пиогенных заболеваний кожи приведены на табл.4.

табл.4

Возраст больных	Пиогенные болезни кожи: Число больных: Абс.	На 1.000 населения
0- 4	3804	80,0
5 - 9	2094	71,2
10 -14	2347	60,4
15 -19	3493	88,8
20- 24	4470	102,2
25 -29	4178	76,1
30 -39	4569	64,4
40 -49	1978	56,6
50 -59	918	40,8
60 и старше	440	24,2

Из таблицы 4 видно,что наиболее часты были гнойничковые заболевания кожи у лиц в возрасте 20 - 24 года/102,2 на 1.000/, 15 - 19 лет /88,8 на 1.000/ и у детей до 5 лет /80,0 на 1000 населения/.

Среди детей самый высокий показатель был в возрасте до 1 года,что видно из следующих данных:

Возраст	на 1000 нас.
до 1 года	100,7
1 - 2 года	70,3
3 - 4 года	73,5

Распределение обратившихся с пиогенными заболеваниями кожи по общественному положению показывает,что на долю рабочих приходится 46 процентов всех обратившихся.Если же взять четыре вида заболеваний:карбункул,фурункул,панариций,флегмону и абсцесс, то удельный вес рабочих среди всех больных повышается до 57%.

При рассмотрении возрастного состава больных мы видели,что

наиболее пораженной гнойниковыми заболеваниями кожи была группа населения в возрасте 20 – 24 года.

Распределение больных этой возрастной группы по важнейшим гнойниковым заболеваниям кожи и по общественному положению приведено на таблице 6.

Табл.6

Общественное положение	Формы болезни: Число обратившихся: Карбункул м.	Карбункул ж.	Фурункул м.	Фурункул ж.	Флегмона и абсцес м.	Флегмона и абсцес ж.	Панариций м.	Панариций ж.	% к итогу
Рабочие	14	15	507	300	669	613	188	383	71,0
Члены семей рабочих	–	–	1	27	4	55	1	27	3,0
Служащие	3	2	81	112	78	142	23	89	14,0
Члены семей служащих	–	1	2	10		23		5	1,0
Прочие	6	1	148	50	103	51	28	21	10,0
ВСЕГО:	23	19	739	499	854	884	240	525	100,0

Из таблицы видно,что 71% всех больных принадлежали к группе рабочих.Из этого мы можем сделать заключение,что одной из причин значительного распространения среди взрослого населения Свердловска гнойниковых заболеваний надо считать условия труда на промышленных предприятиях города в 1937 году.

По данным бюро Санитарной Статистики Свердловского Облздрава в 1937 году на Верх-Исетском металлургическом заводе Свердловска было 16,4 случая заболеваний фурункулами,нарывами и флегмонами с потерей трудоспособности на 100 рабочих и 109,4 дней нетрудоспособности.

В заболеваемости рабочих с утратой трудоспособности пиогенные заболевания кожи и надкожной клетчатки занимали третье место по числу случаев на 100 рабочих.Если же не считать грипп,как острое инфекционное заболевание,дающее большие ко-

лебания в величине заболеваемости в различные годы, то пиогенные заболевания кожи стояли на втором месте, непосредственно за производственным травматизмом. Они дали почти столько же случаев нетрудоспособности на 100 рабочих, как острые желудочно-кишечные заболевания, ревматизм, туберкулез органов дыхания, малярия и болезни женских половых органов, вместе взятые. И надо сказать, что в то время, как вопросам борьбы с травматизмом, гриппом, ревматизмом на заводах Свердловска уделялось определенное внимание, вопрос об организации борьбы с гнойниковыми заболеваниями на производстве – оставался в тени.

А между тем, как показывает опыт работы доктора Соломонова в Донбассе, в борьбе с гнойниковыми (ших) заболеваниями можно добиться быстрых и хороших результатов.

ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ.

В рубрику 189 классификации–"прочие болезни кожи"нами отнесены следующие заболевания:

Табл.7

Название болезни	Число зарегистрированных больных					
	Мужчин		Женщин		Об.пола	
	Абс.	На 10 т.нас	Абс.	Н/10т.нас	Абс.	Н/10т.нас
Эксудативные эритемы	128	6,8	308	14,2	436	10,8
Красная волчанка	16	0,8	27	1,2	43	1,0
Розовый лишай	87	4,7	157	7,2	244	6,0
Дерматит Дюринга			1		1	
Пурпура	5	0,2	1	0,04	6	0,1
Дерматиты от внешн.прич.	1046	56,8	1815	83,8	2861	71,4
Экзема	2054	111,5	2925	135,2	4979	124,3
Невродермиты	1051	57,0	1526	70,5	2577	64,3
Псориаз	258	14,0	246	11,3	504	12,5
Лихен	7	0,3	20	0,9	27	0,6
Герпес	350	19,0	445	20,5	795	19,8
Пемфигус	34	1,8	32	1,4	66	1,6
Кератозы	684	37,1	664	30,7	1348	33,6
Бородавки	303	16,4	397	18,3	700	17,4
Аномалии пигментации	32	1,7	219	10,1	251	6,2
Слоновость			9	0,4	9	0,2
Атрофии кожи	5	0,2	1	0,04	6	0,1
Болезни желез	1194	64,8	1248	57,6	2442	60,9
Болезни волос	95	5,1	97	4,4	192	4,7
Другие и неточно обозн. болезни	874	47,4	1074	49,6	1948	49,6
ВСЕГО:	8223	446,5	11212	518,1	19435	485,2

Из таблицы 7 видно,что наибольшую распространенность среди населения имели следующие заболевания:экзема,дерматиты,нейродермиты,болезни желез кожи,кератозы и герпес.На долю этих заболеваний приходилось 78 процентов всех больных данной группы.

Далее,в отличие от пиогенных заболеваний,среди больных этой группы в общем преобладают женщины,за исключением:пурпуры, псориаза,герпеса,пемфигуса,кератозов и атрофий кожи,при которых число больных мужчин несколько превышало число женщин.

Анализ приведенных в таблице заболеваний по отдельным их формам дает следующее.

С многоформенной экссудативной эритемой было всего 295 больных /96 мужчин и 199 женщин/,а с узловой эритемой - 141 человек /32 муж.и 109 женщ./.Таким образом,при узловой эритеме женщин было больше в три с лишком раза,чем мужчин.Многоформенная эритема встречается чаще у лиц рабочего возраста,а узловая - у детей и молодежи.При многоформенной эритеме 62% больных были в возрасте 20-39 лет,а при узловой эритеме - 71% больных относился к возрасту от 0 до 24 лет.При многоформенной эритеме отмечены сезонные колебания,с максимумом заболеваний в мае и минимумом в ноябре.

Розовый лишай отмечался преимущественно у лиц в рабочем возрасте:от 0 до 14 лет было - 32 случая,от 15 до 39 лет - 190 и старше 40 лет - 22 случая.

Дерматиты мы не могли дифференцировать по этиологическому признаку из"за отсутствия соответствующих указаний в учетных карточках.По возрастным группам больные распределялись так:от 0 до 14 лет - 27,6%,от 15 до 39 лет - 55,5% и свыше 40 лет - 16,9% .Рабочих и членов их семей было 54%,служащих и их семей - 33% и прочих 13%.

Экзема в группе прочих болезней кожи занимает первое место,

составляя 26,3 процента.На 100 больных экземой мужчин приходилось 142 женщины.По отдельным формам было зарегистрировано больных:с микробной экземой 169 /76 мужч.и 93 женщ./,себорройной - 356 /130 мужчин и 226 женщ./,хронической - 412 /150 муж. и 262 женщ./и без указания на форму - 4.027 / 1685 мужч.и 2342 женщ./.По возрасту больные различными формами экземы распределялись так:

Возраст	Формы экземы: Микробн.	Себорр.	Хронич.	Без указ.	Всего
0 - 4	2	47	5	828	882
5 - 9	—	52	9	207	268
10 -14	4	47	10	201	262
15 -19	13	30	16	274	333
20 -24	45	43	60	470	618
25 -29	37	44	86	495	662
30 -39	35	49	88	716	888
40 -49	15	22	55	404	496
50 -59	12	13	44	280	349
60 и ст.	6	9	39	152	206
ВСЕГО:	169	356	412	4027	4964

Таблица показывает,что наиболее благоприятным в смысле заболеваемости экземой является возраст детей от 5-ти до 14 лет.Наиболее же неблагополучными: у детей от 0 до 4 лет /за исключением микробной и хронической формы экземы/ и у взрослых от 20 до 29 лет/для всех форм/.Из 882детей в возрасте 0-4 года 401 были до 1 года.

Распределение самодеятельных больных в возрасте от 20 до 39 лет по общественному положению дает следующее:рабочих - 1018,служащих 596.Особенно значительна разница при микроб-

ной экземе:рабочих 59 и служащих 22.На некоторое влияние производственных условий указывает следующее:если среди всех больных удельный вес экземы равен – 26,3%,то среди больных рабочих он равен 28,9 %.

В группу невродермитов отнесены:кожный зуд – 380 /153 мужч. и 227 женщин/;детей до 14 лет – 55 /крапивница – 1712/ 668 мужч. и 1044 женщ.;детей до 14 лет – 928,из них 440 относится к возрасту от 1 до 4 лет/;почесуха – 285 /128 мужч.и 157 женщ.;детей 236/ и неврodермит – 200/105 мужч.и 95 женщ.;детей – 20/.

Больных псориазом было зарегистрировано – 504/253 мужч. и 46 женщ.;детей – 38/.Наибольшее число обратившихся /65% /было в возрасте от 20 до 39 лет.

Случаев лихена было 7 у мужчин и 20 у женщин;у детей – 8.

Из 794 больных,обратившихся по поводу герпеса,было: с пузырьковым лишаем – 551 /240 мужч.и 311 женщ.;детей до 14 л. – 164/,и с опоясывающим лишаем – 244/110 мужч.и 134 женщ.;детей – 80/.Наибольшее число больных при той и другой форме относилось к возрасту 20–24 года.

Больных пузырчаткой дифференцировать по отдельным формам этого заболевания не удалось,т.к.в учетных карточках не было никаких указаний на это.Всего отмечено 66 случаев:34 у мужчин и 32 у женщин.По возрасту больные распределялись так:от 0 до 1 г.–42, от 1 до 2-х лет – 9,3–4 года – 4,5–7 л. –6,8–9 л.2,10–14 л.– 1 и у взрослых – 2/от 20 до 29 лет/.Заболевания у детей до 1 года распределялись так:на первом месяце жизни – 13,1–5 месяцев – 22 и 6–12 месяцев – 7.

В группу кератозов вошли:волосяной лишай – 4/–2 у мужчин и 2 у женщин,все взрослые/;ихтиоз – 24 /14 у мужч.и 10 у женщ.; в т.ч.у детей – 17/;мозоль – 1302/659 у мужч.и 643 у женщ.;в т.ч.у детей – 103/;кожный рог – 2:у мальч.до 1 года и у женщины

свыше 50 лет/;симметрическая кератодермия - 2/у взрослых женщин/ и прочие кератозы - 13/ 7 у мужч.и 6 у женщ./.

С бородавками обращались преимущественно дети до 14 лет /279 из 661/и подростки от 15 до 19 лет/117/.

Кроме того,с остроконечными кондиломами было 29 больных, из них мужчин - 13 и женщин - 16,детей - 1.

Среди аномалий пигментации кожи отмечено:врожденные пигментные пятна - 24/9 у мужч.и 15 у женщин/;различные пигментные пятна - 101/7 у мужч.и 94 у женщ./;веснушки - 109/9 у муж. и 100 у женщ./;альбинизм - 1 случай у мужчины и витилиго - 16 /6 у мужчин и 10 у женщ./.Преобладание женщин,помимо пятен у беременных,об"ясняется повидимому косметическими соображениями что подтверждает и возраст обратившихся/преимущественно от 18 до 39 лет/.

Слоновость была отмечена у 9 больных.Все - женщины.Возраст 12 л.-1;17-19 лет - 2;20-29 лет -2;30-39 лет - 1;50-59 лет - 1 и неуказан.-1.

Из 6 случаев атрофии кожи 5 было у мужчин и 1 у женщины. Возраст:11 лет - 1;20-29 лет - 2;30-39 лет - 3.

С болезнями желез обратилось значительное число больных - 2324,из них с болезнями сальных желез было - 2098,и с болезнями потовых желез - 226.

По отдельным формам больные распределялись так:

	Сальные железы.				Потовые железы.		
	м.	ж.	об.пола		м.	ж.	об.пола
Себоррея	357	401	758	Гипергидроз	5	14	19
Сухость кожи	23	37	60	Дисгидроз	39	76	115
Угри	653	627	1280	Потница	49	43	92

Из возрастных особенностей можно отметить следующее: себоррея в 65% всех случаев отмечена у лиц в возрасте 20-39 лет;сухость кожи /астеатоз/ в 34 случаях из 60 отмечен у де-

тей до 14 лет;угри в 78% – в возрасте от 15 до 29 лет/главным образом 20–24 года/;гипергидроз и потница – преимущественно у детей,причем 50% всех случаев потницы относятся к детям в возрасте от 0 до 1 года.Дисгидроз же наичаще отмечен у больных в возрасте 20–39 лет /56%/.

В болезни волос вошли:выпадение волос – 125 /59 мужчин и 66 женщин/,гнездная плешивость – 59 /34мужч.и 25 женщ./ и 8 случаев волосатости /2 у мужч.и 6 у женщ./.

В категорию " других и не точно обозначенных болезней" нами отнесены:болезни ногтей /31/,потертость/223/,опрелость /364/, трещины кожи /149/,эритема /251/,и проч.

Если распределить все первичные обращения 1937 г.по г.Свердловску по числу рабочих дней в году /300/,то в среднем мы имели следующее число обращений в день с наиболее часто встречающимися заболеваниями:

Назван.болезни	:Число обратив.	:Назван.болезни	:Число обратив.
Экссудат.эритема	1	Пиодермия	6
Розовый лишай	1	Импетиго	6
Аномал.пигмент.	1	Стрептодермия	7
Болезни волос	1	Болезни желез	8
Фолликулит	2	Невродермиты	9
Трихофития	2	Дерматиты	9
Эпидермофития	2	Чесотка	15
Псориаз	2	Экзема	17
Бородавки	2	Фурункулез	21
Герпес	3	Флегмона и абсцесс	45
Кератозы	4	Прочие	10
Стафилодермия	5		
		ВСЕГО :	179

Таков,примерно,состав больных кожными болезнями,обращавшихся в

лечучреждения города.

Заболеваемость населения Свердловска в 1937 г. болезнями кожи и подкожной клетчатки надо признать значительной. Особенно следует отметить пиогенные заболевания, экзему и дерматиты от внешних причин.

Для достижения лучших результатов в борьбе за снижение заболеваемости необходимо прежде всего сосредоточить внимание на заболеваниях, имеющих наибольшее распространение, не ограничиваясь при этом лишь лечением заболевших, а широко применяя также активные методы диспансерной работы на производстве и в быту.

В частности необходимо привлечь дерматологов к повседневной работе на всех промышленных предприятиях Свердловска для участия в работе здравпунктов по профилактике заболеваний кожи и оказания своевременной и квалифицированной лечебной помощи.

В целях более успешной борьбы с пиогенными заболеваниями кожи врачам дерматологам следует овладеть малой хирургией.

БОЛЕЗНИ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ.

С болезнями мочевых органов отмечено 3897 обращений, или 9,7 на 1000 населения.

Распределение больных по основным диагнозам и полу приведено на таблице 1.

Табл.1

Виды болезни	Число обратившихся: Мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
Болезни почек и мочеточников:				
Нефрит	350	708	1058	27,1
Камни почек	105	151	256	6,6
Пиэлит	164	611	775	19,9
Блуждающие почки	12	91	103	2,6
Проч.бол.почек и мочеточник.	27	81	108	2,8
Болезни мочевого пузыря:				
Цистит	183	1069	1252	32,2
Камни мочевого пузыря	10	5	15	0,4
Недержание мочи	67	54	121	3,1
Проч.болезни мочев.пузыря	6	8	14	0,3
Болезни мочеиспускател.канала:				
Уретрит	115	32	147	3,8
Стриктура уретры	19	1	20	0,5
Свищ уретры	5		5	0,1
Проч.и неяс.обозн.бол.мочев. органов.	1	22	23	0,6
ВСЕГО:	1064	2833	3897	100,0

Наибольшее число обращений было с болезнями почек –2300 /59,0%/; далее – с болезнями мочевого пузыря – 1402 /36,0%/ и наконец, с болезнями мочеиспускательного канала – 172 /5,0/.

ВОСПАЛЕНИЕ ПОЧЕК. С воспалением почек было 1058 обращений, или 2,6 на 1000 населения. По формам болезни, полу и возрасту

больные распределялись следующим образом /таблица 2/.

Табл.2

Возраст	Число обратившихся с нефритом								
	Острым		Хроническим		Без указания		Всего		
	мужчин	женщ.	мужчин	женщ.	мужчин	женщин	мужч.	жен.	об.п.
До 1 года	1	3			2	4	3	7	10
1 - 2	9	19			8	14	17	33	50
3 - 4	12	12			14	11	26	23	49
5 - 7	7	16		1	15	8	22	25	47
8 - 9	3	6	1		2	6	6	12	18
10-14	2	3			12	36	14	39	53
15-17	2	1	1	1	8	28	11	30	41
18-19	1	6	1	4	10	21	12	31	43
20-24	6	5	5	17	20	90	31	112	143
25-29	6	11	4	9	37	70	47	90	137
30-39	7	23	7	17	61	117	75	157	232
40-49	10	7	5	16	28	63	43	86	129
50-59	1	4	7	8	24	31	32	43	75
60 и ст.		2	2	2	8	16	10	20	30
Не указ.			1				1		1
ВСЕГО:	67	118	34	75	249	515	350	708	1058

При всех формах нефрита женщины обращались значительно чаще мужчин: на 1000 мужского населения обратилось за год 1,9, а на 1000 женского - 3,2.

Обращаемость по отдельным возрастным группам была неравномерной.

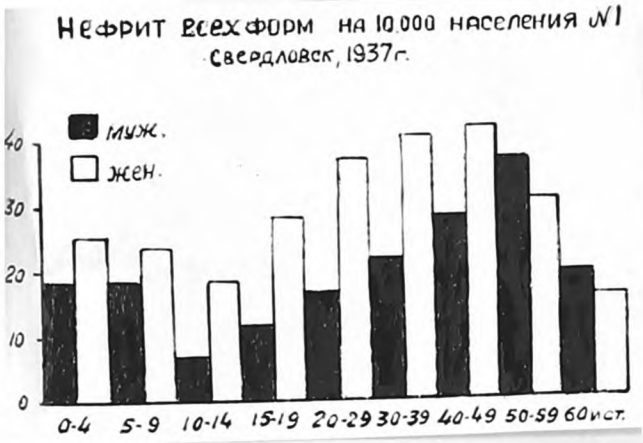
Показатели обращаемости всеми формами нефрита на 1000 населения соответственного пола и возраста приведены на таблице 3.

см.на об.

Табл.3

Возраст	Обратилось на 1000 населения мужчин	женщин	об.пола
0 – 4	1,9	2,6	2,3
5 – 9	1,9	2,4	2,2
10–14	0,7	1,9	1,3
15–19	1,2	2,9	2,1
20–29	1,7	3,8	2,8
30–39	2,2	4,1	3,2
40–49	2,8	4,3	3,7
50–59	3,7	3,1	3,3
60 и ст.	1,9	1,6	1,7

Если считать оба пола вместе,то наиболее часты были нефриты у людей в возрасте от 40–49 лет.Если же взять мужчин и женщин отдельно,то видно,что наибольшая частота в возрасте 40–49 лет характерна для женщин.У мужчин же нефриты чаще всего отмечались в возрасте 50–59 лет.Соотношения повозрастной заболеваемости у мужчин и женщин на 10000 населения изображены на диаграмме № 1.



По Тареевуx) острый нефрит болезнь молодого возраста,а хронический – зрелого и пожилого.Наши данные соответствуют этому.

В части пола имеются расхождения:по статистикам,приводимым Тареевым – чаще болеют мужчины; на нашем же материале видно,что чаще болеют женщины.

Показатели обращаемости по поводу нефритов в связи с общественным положением были следующие:

	Обратилось на 1000 чел.своего пола мужчины	женщины
Рабочие	2,0	4,0
Служащие	2,0	3,4

x) Тареев Е.М. Болезни почек. 1936г

У мужчин-рабочих и служащих, обращаемость была одинаковой. У женщин-работниц она была несколько выше, чем у служащих.

По месяцам года обращения по поводу нефрита распределялись следующим образом/таблица 4/.

Табл.4

Месяцы	:Число больных	: Месяцы	:Число больн.
Январь	174	Август	56
Февраль	103	Сентябрь	60
Март	114	Октябрь	70
Апрель	107	Ноябрь	61
М а й	86	декабрь	67
Июнь	78	Не указано	7
Июль	75	ВСЕГО:	1058

Первые четыре месяца года/особенно январь/дали наиболее высокую заболеваемость. Наименьшее число случаев было в августе.

В госпитализации нуждалось 308 человек./29,1 процента/, из них мужчин -100 и женщин 208.

Умерло от нефрита за 1937 год всего 48 человек/22 мужчины и 26 женщин/. Средняя летальность -4,5%; у мужчин она составляла -6,2%, а у женщин-3,6%, т.е. почти вдвое ниже.

КАМНИ ПОЧЕК. С камнями почек и мочеточников было зарегистрировано 256 обращений /0,6 на 1000 населения/.

Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 5.

Табл.5

Возраст	Число обратившихся мужчин	женщин	об.пола
5 – 7	1	1	2
10–14	–	1	1
15–17	2	2	4
18–19	–	6	6
20–24	21	32	53
25–29	22	29	51
30–39	34	50	84
40–49	20	15	35
50–59	3	10	13
60 и ст.	2	5	7
ВСЕГО:	105	151	256

Женщины обращались чаще мужчин. На 10000 женского населения было 7,0 обращений, а мужского – 5,7.

Подавляющее большинство случаев /87,1%/ падает на возраст от 20 до 50 лет.

В госпитализации нуждались 61 человек /23,4 процента/, из них 28 мужчин и 33 женщины.

ПИЭЛИТ. С пиэлитом отмечено 775 обращений. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 6.

Табл.6

Возраст:	Число обратившихся мужчин	женщин	об.пола
До 1 г.	1	10	11
1 – 2	5	13	18
3 – 4	3	13	16
5 – 7	1	12	13
8 – 9	2	6	8
10–14	2	8	10
15–17	1	12	13
18–19	5	20	25
20–24	22	136	158
25–29	33	136	169
30–39	50	142	192
40–49	19	64	83
50–59	13	27	40
60 и ст.	6	12	18
Не указ.	1		1
всего:	164	611	775

Женщины обращались значительно чаще мужчин:на 1000 мужского населения было 0,8 обращений,а на 1000 женского - 2,8,т.е.в три с половиной раза больше.

Наибольшее число обратившихся мужчин и женщин было в возрасте от 20 до 40 лет /67,0 процентов/.

В госпитализации нуждалось 107 больных /13,8 процента/,в том числе:21 мужчина и 86 женщин.

БЛУЖДАЮЩАЯ ПОЧКА. Распределение больных с таким диагнозом по полу и возрасту приведено на таблице 7.

Табл.7

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	об.пола
15 - 17	—	1	1
18 - 19	2	—	2
20 - 24	1	4	5
25 - 29	3	17	20
30 - 39	5	31	36
40 - 49	—	15	15
50 - 59	1	15	16
60 и ст.	—	5	5
Не указ.	—	3	3
ВСЕГО:	12	91	103

Блуждающая почка отмечалась преимущественно у женщин в возрасте от 25 до 50 лет.У детей не было ни одного случая.

На 10000 мужского населения было 0,6 обращений,а на 10000 женского населения - 4,2,т.е.в 7 раз больше.

В госпитализации нуждалось 12 человек /2 мужчин и 10 женщин/

ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК. С прочими болезнями почек было зарегистрировано 108 случаев.Из них:27 у мужчин и 81 - у женщин.

В госпитализации нуждалось 22 человека/9 мужчин и 13 женщин

ВОСПАЛЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. С циститом было зарегистрировано 1252 обращения /3,1/ на 1000 населения/.

Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 8.

Табл.8

Возраст	Число обратившихся: мужчин	женщин	об.пола	% к итогу
До 1 г.	1	1	2	0,2
1 – 2	2	2	4	0,3
3 – 4	2	4	6	0,5
5 – 7	1	10	11	0,9
8 – 9		4	4	0,3
10–14	7	12	19	1,5
15–17	7	14	21	1,7
18–19	7	43	50	3,9
20–24	31	232	263	21,1
25–29	41	220	261	20,9
30–39	36	268	304	24,3
40–49	17	114	131	10,5
50–59	13	79	92	7,3
60 и ст.	17	57	74	5,8
Не указ.	1	9	10	0,8
ВСЕГО:	183	1069	1252	100,0

Наиболее часто с этим заболеванием обращались лица в возрасте от 20 до 40 лет/ 66,3 процента/.

Женщины обращались по поводу цистита почти в пять раз чаще мужчин:на 1000 женского населения было 4,9 обращений,а на 1000 мужского населения – 1,0.

В госпитализации нуждалось 116 человек /9,2%/,из них: 17 мужчин и 99 женщин.

КАМНИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. С камнями мочевого пузыря было все-

го 15 обращений.

По полу и возрасту больные распределялись следующим образом /таблица 9./

Табл.9

Возраст	Число обратившихся мужчин	женщин	об.пола
1 - 2	3	—	3
10–14	1	—	1
15–17	1	—	1
30–39	2	2	4
40–49	2	1	3
50–59	1	—	1
60 и ст.	—	2	2
ВСЕГО:	10	5	15

Если при камнях почек чаще обращались женщины, то с камнями мочевого пузыря, чаще обращались мужчины.

В возрастной группе от 18 до 30 лет не было отмечено ни одного случая. Во всех остальных возрастных группах отмечались единичные случаи.

В госпитализации нуждались 4 человека /3 мужчин и 1 женщина/.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ. С недержанием мочи было 121 обращение. Распределение больных по полу и возрасту приведено на таблице 10.

Табл.10

Возраст	Число обратившихся. мужчин	женщин	обоего пола
3 – 4	3	3	6
5 – 7	11	5	16
8 – 9	9	5	14
10–14	18	6	24
15–17	4	2	6
18–19	2	1	3
20–24	5	5	10
25–29	1	2	3
30–39	4	10	14
40–49	2	11	13
50–59	1	1	2
60 и ст.	7	3	10
ВСЕГО:	67	54	121

В госпитализации нуждалось 5 человек /2 мужчин и 3 женщины/. Мужчины обращались чаще женщин. Наиболее часто обращались дети в возрасте от 5 до 15 лет.

ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. С прочими болезнями мочевого пузыря было 14 обращений /6 мужчин и 8 женщин/.

В госпитализации нуждалось 4 человека /3 мужчин и 1 женщина/.

ВОСПАЛЕНИЕ УРЕТРЫ. С уретритом /не гонорройным/ было 147 обращений.

По полу и возрасту больные распределялись следующим образом /табл.11/.

Табл.11

Возраст	Число обратившихся		
	мужчин	женщин	об.пола
1 – 2	2	—	2
3 – 4	—	2	2
10–14	1	1	2
15–17	1	1	2
18–19	3	2	5
20–24	31	3	34
25–29	40	8	48
30–39	28	10	38
40–49	8	2	10
50–59	1	3	4
ВСЕГО:	115	32	147

Мужчины обращались почти в четыре раза чаще женщин:на 10000 мужчин было 6,2 обращения,а на 10000 женщин – 1,7.

С этим заболеванием обращались главным образом лица в возрасте от 20 до 40 лет /81 процент/.

В госпитализации нуждалась 1 женщина.

СТРИКТУРА УРЕТРЫ. С этим заболеванием было 20 обращений. Отмечалось оно почти исключительно у мужчин/19 мужчин и 1 женщина/.Из 20 обратившихся 16 были в возрасте от 25 до 50 лет/. В госпитализации нуждалось 2 мужчины.

СВИЩ УРЕТРЫ. Со свищем уретры было 5 обращений,все мужчины:12,22,30,45 и 56 лет.

ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ. С прочими болезнями мочевых органов было зарегистрировано 23 обращения/1 мужчина и 22 женщины/.

БОЛЕЗНИ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

С болезнями мужских половых органов /не венерических/ было зарегистрировано 1083 обращения.

Распределение больных по локализации заболевания и возрасту представлено на таб.1

Табл.1

Локализация / Возраст	Число обратившихся: Грудн. железа	Половой член	Яички и их прид.	Мошонка	Предстательная железа	Промежность	ВСЕГО
До 1 года	6	25	6	–	–	–	37
1 – 2	–	61	9	–	–	1	71
3 – 4	–	44	11	–	–	–	55
5 – 7	–	33	4	–	–	–	37
8 – 9	–	7	5	–	–	1	13
10 –14	–	12	11	1	–	–	24
15 –17	1	16	17	–	–	–	34
18 –19	1	38	22	1	–	–	62
20 –24	5	100	88	–	10	–	208
25 –29	4	85	101	6	13	–	209
30 –39	3	44	110	2	22	–	181
40 –49	1	13	40	1	7	–	62
50 –59	1	2	25	1	16	–	46
60 и ст.	1	4	12	2	28	–	47
Не указан.	–	1	1	–	1	–	3
ВСЕГО:	23	485	462	14	97	2	1083

Большинство заболеваний полового члена падает на детский и молодой возраст, заболеваний яичек, их придатков и мошонки – на средний возраст, а заболевания предстательной железы почти исключительно относятся к среднему и пожилому возрасту.

Наиболее часты заболевания полового члена и яичек с их придатками. Заболевания предстательной железы – сравнительно редки. Заболевания других органов – незначительны.

БОЛЕЗНИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА. Распределение этой категории больных по отдельным диагнозам и возрасту приведено на табл.2 .

Табл.2

Диагнозы: Возраст	Число обратившихся									
	Забол. крайн. плоти	Парафи моз	Фи моз	Язвы	Балан нит	Абсцесс	Отек	Кавер нит	Воспаление	Всего
До 1 года	5	–	7	–	13	–	–	–	–	25
1 – 2	7	5	14	–	33	–	–	–	2	61
3 – 4	3	2	5	–	31	–	–	–	3	44
5 – 7	7	4	9	–	13	–	–	–	–	33
8 – 9	–	3	–	–	3	–	–	–	1	7
10 –14	–	2	3	–	6	–	1	–	–	12
15 –17	2	–	5	–	7	–	1	–	1	16
18 –19	2	7	6	3	15	–	–	–	5	38
20 –24	8	8	17	4	55	–	–	–	8	100
25 –29	12	8	9	1	51	2	–	–	2	85
30 –39	2	1	3	3	32	–	–	1	2	44
40 –49	–	–	1	–	9	–	–	1	2	13
50 –59	–	–	–	–	2	–	–	–	–	2
60 и ст.	–	2	–	1	1	–	–	–	–	4
Не указ.	–	–	–	–	1	–	–	–	–	1
ВСЕГО:	48	42	79	12	272	2	2	2	26	485

Наиболее частой формой болезни полового члена является баланит /56%/, а затем – фимоз –/16%/.

В госпитализации нуждалось 16 человек.

БОЛЕЗНИ ЯИЧЕК И ИХ ПРИДАТКОВ. Распределение больных по диагнозам и возрасту видно из таблицы 3.

Табл.3

Возраст \ Диагноз	Число обратившихся							
	Восп. яичка	Водян. яичка	Расшир. вен яичка	Гангр. яичка	Эпидим.	Воспал. семенн. канат.	Водянка семенн. канат.	Всего
До 1 года	2	1	–	–	–	–	3	6
1 – 2	1	7	–	–	–	1	–	9
3 – 4	1	8	–	–	–	1	1	11
5 – 7	1	3	–	–	–	–	–	4
8 – 9	1	4	–	–	–	–	–	5
10 –14	4	4	–	–	2	–	1	11
15 –17	6	5	–	–	4	–	2	17
18 –19	6	7	–	–	8	1	–	22
20 –24	35	6	–	–	35	4	8	88
25 –29	39	5	–	–	51	3	3	101
30 –39	34	7	1	–	61	4	3	110
40 –49	17	7	–	–	13	2	1	40
50 –59	8	4	–	1	12	–	–	25
60 и ст.	5	7	–	–	–	–	–	12
Не указ.	1	–	–	–	–	–	–	1
ВСЕГО:	161	75	1	1	186	16	22	462

Наибольшее число случаев падает на эпидидимит /40,2%/ и воспаление яичка /34,8%/.

В госпитализации нуждалось 67 человек.

ВОЛЕЗНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Распределение больных по диагнозам и возрасту приведено на табл.4.

Табл. 4

Возраст \ Диагноз	Число обратившихся: Простатит	Гипертроф	Абсцесс	Простаторр	Проч	Всего
0 – 19	–	–	–	–	–	–
20 – 24	6	–	–	1	3	10
25 – 29	12	–	–	–	2	14
30 – 39	18	1	2	1	–	22
40 – 49	5	1	–	–	1	7
50 – 59	5	10	–	–	1	16
60 и ст.	2	25	–	–	–	27
Не указан.	–	–	–	–	1	1
ВСЕГО:	48	37	2	2	8	97

В госпитализации нуждалось 6 человек.

<u>БОЛЕЗНИ МОШОНКИ.</u> Всего 14 случаев, из них: воспаление –1,/27 л/ отек –1 /67 л./, абсцесс –11 /1–14 л. 5–25–29 л./ 2–30–39 л., 1 –40–49 л., 1–50–59 л. и 1– 60 л./ и растяжение – 1/18 лет/

В госпитализации никто не нуждался.

<u>БОЛЕЗНИ ПРОМЕЖНОСТИ.</u> Всего 2 случая абсцесса /1–2 года и 8 – 9 лет/.

БОЛЕЗНИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

С болезнями женских половых органов /кроме послеродовых и венерических заболеваний, а также новообразований/ было зарегистрировано 15,456 обращений, или 38,6 на 1000 общего населения. В Москве в 1937 году этот показатель равнялся 21,4, т.е. был значительно ниже, чем в Свердловске.

На 1000 женского населения было 71,1 обращение.

Распределение обратившихся по болезням отдельных органов приведено на таблице 1.

Табл.1

Виды заболеваний	Число больных	% к итогу
Болезни наружных половых орг.	190	1,2
Болезни влагалища	923	6,0
Болезни матки	4194	27,1
Болезни придатков	4774	30,9
Болезни тазовой клетчатки и брюшины	1572	10,2
Опущение и выпадение половых органов	376	2,4
Недоразвитие половых органов	207	1,3
Болезни грудной железы	1061	6,9
Нарушения менструального цикла	1847	11,9
Бесплодие	29	0,2
Прочие и неясно обознач. болезни	283	1,9
ВСЕГО:	15456	100,0

Самыми распространенными заболеваниями были: болезни придатков /30,9%/, болезни матки /27,1%/ и нарушения менструального цикла /11,9%/.

БОЛЕЗНИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

С болезнями наружных половых органов было 190 обращений.

Распределение обратившихся по диагнозам заболевания и возрасту приведено на таблице 2.

Табл.2

Возраст / Диагноз	Число обратившихся: Эссенц. зуд	Вульвит	Бартолинит	Всего
0 – 4	–	25	–	25
5 – 9	–	11	–	11
10–14	–	11	–	11
15–19	–	3	9	12
20–29	2	17	53	72
30–39	7	6	22	35
40–49	2	4	12	18
50–59	3	–	–	3
60 и ст.	–	1	8	1 8
Не указ.			2	2
Всего:	14	78	98	190

С эссенциальным зудом и бартолинитом обращались только взрослые. Вульвит же отмечался и у детей.

В госпитализации нуждались 7 женщин, больных бартолинитом.

БОЛЕЗНИ ВЛАГАЛИЩА. С болезнями влагалища было зарегистрировано 923 обращения, из них: с кольпитом – 803 и вульво-вагинитом –120.

Распределение обратившихся по диагнозам и возрасту приведено на таблице 3.

Табл.3

Возраст / Диагноз	Число обратившихся: Кольпит	Вульвовагинит	Всего
1 – 4	4	37	41
5 – 9	4	18	22
10–14	1	11	12
15–19	39	5	44
20–29	420	32	452
30–39	192	8	200
40–49	70	6	76
50–59	58	2	60
60 и ст.	12	1	13
Не указано	3	–	3
ВСЕГО:	803	120	923

С кольпитом обращались женщины преимущественно в возрасте от 20 до 50 лет/85%/, а с вульво-вагинитом - дети /55%/ и лица в возрасте 20-29 лет/26%/.

В госпитализации нуждалась 1 женщина, больная вульво-вагинитом.

БОЛЕЗНИ МАТКИ. С болезнями матки было отмечено 4194 обращения.

По видам болезней и возрасту больные распределялись следующим образом /таблица 4/.

Табл.4

Возраст	Число больных	Виды болезней: Неправ. положен.	Выворот шейки	Эрозии шейки	Цервицит	Метрит	ВСЕГО
15-17	2	-	-	1	4	7	
18-19	13	-	3	7	35	58	
20-24	211	-	50	85	458	804	
25-29	257	-	65	96	649	1067	
30-39	311	2	108	104	1061	1586	
40-49	99	-	50	36	390	575	
50-59	18	-	20	6	33	77	
60 и ст.	1	-	1	2	3	7	
Не указ.	4	-	-	1	8	13	
ВСЕГО:	916	2	297	338	2641	4194	

Распределение обратившихся по диагнозам и общественному положению приведено на таблице 5.

Табл.5

Обществ.полож.	Число больн:	Виды болезни: Непр.пол	Вывор.мат	Эроз.ш	Цервицит	Метрит
Работницы	352	-	90	109	1021	
Чл.семей рабоч.	130	-	62	47	447	
Служащие	238	1	70	112	684	
Чл.сем.служ.	125	1	49	89	312	
Прочие	71	-	26	31	177	
ВСЕГО:	916	2	297	338	2641	

В госпитализации нуждаюсь 165 человек /159 с метритом и 6 с эрозиями шейки матки./

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИДАТКОВ. С заболеваниями придатков матки было зарегистрировано 4774 случая. По отдельным диагнозам они распределялись следующим образом:

Диагноз	Число больн:	Диагноз	Чис.больн.
Гидросальпинкс	8	Оофорит	419
Пиосальпинкс	2	Дисфункция яичн.	58
Сактосальпинкс	6	Аднексит	3842
Сальпингит	348	Периаднексит	80
Перисальпингит	11	ВСЕГО:	4774

В госпитализации нуждалось 352 /из них 344 с аднекситами, 2 с периаднекситом и 6 с сальпингитом.

Распределение обратившихся со всеми формами заболеваний придатков по возрасту и общественному положению приведено на таблице 6.

Табл.6

Возраст	Общ.пол:	Работн:	Чл.семей рабочих:	Служащие:	Чл.семей служащих:	Прочие
15-17	7	2	6	2	3	
18-19	39	16	29	10	12	
20-24	465	145	348	91	88	
25-29	661	209	437	133	117	
30-39	558	247	508	198	110	
40-49	102	65	51	38	24	
50-59	13	12	2	7	4	
60 и ст.	1	2	—	2	7	
Не указан.	2	2	1	2	1	
ВСЕГО:	1848	700	1382	478	366	

ВОСПАЛЕНИЕ ТАЗОВОЙ КЛЕТЧАТКИ И БРЮШИНЫ. С воспалением тазовой клетчатки и брюшины было зарегистрировано 1572 обращения. По отдельным диагнозам больные распределялись так: параметрит -125, перипараметрит -24, периметрит -1283 и пельвиоперитонит -140. Наиболее распространенной формой заболевания был периметрит, на долю которого падал 81 процент всех больных.

Распределение больных по возрасту и общественному положению приведено на таблице 7.

Табл.7

Возраст	Общ.пол.:	Работн.	Чл.сем.р:	Служащие:	Чл.с.сл:	Прочие
15–17	–	–	1	–	–	
18–19	6	7	7	–	1	
20–24	138	24	99	32	18	
25–29	156	62	108	55	31	
30–39	207	109	195	79	43	
40–49	58	39	29	25	20	
50–59	4	6	1	3	2	
60 и ст.	–	2	–	1	–	
Не указ.	1	–	2	–	1	
ВСЕГО:	570	249	442	195	116	

В госпитализации нуждалось 76 больных, или 4,8 %.

ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. С опущением и выпадением влагалища и матки зарегистрировано 376 обращений.

Распределение обратившихся по возрасту и общественному положению приведено на таблице 8.

Табл.8

Возраст:	Число обратившихся					
	Рабочих	Чл.сем.р.	Служащих	Чл.сем.сл.	Прочих	ВСЕГО
18–19	–	–	–	–	1	1
20–24	6	5	1	1	–	13
25–29	17	4	6	2	–	29
30–39	47	24	18	12	5	106
40–49	56	23	9	9	12	109
50–59	18	34	1	17	11	79
60 и ст.	4	18	–	10	6	38
Не указ.	1	–	–	–	–	1
	147	108	35	51	35	376

В госпитализации нуждалось 69 человек.

НЕДОРАЗВИТИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. С недоразвитием половых органов было 207 обращений. Сюда вошли случаи с диагнозами: гипоплазия–14, атрезия –3 и инфантилизм –190.

Распределение больных по возрасту и общественным группам приведено на таблице 9.

Табл.9

Возраст:	Число обратившихся					
	Рабочих	Чл.сем.раб.	Служащих	Чл.сем.сл.	Прочих	Всего
15–17	1	–	2	1	–	4
18–19	8	1	9	1	–	19
20–24	30	12	30	1	8	81
25–29	27	4	18	10	6	65
30–39	7	7	10	5	2	31
40–49	–	3	2	–	–	5
50–59	–	1	–	–	–	1
Не указ.	–	–	1	–	–	1
ВСЕГО:	73	28	72	18	16	207

В госпитализации нуждалось 4 женщины.

МАСТИТ. По поводу мастита было 1061 обращение. Распределение обратившихся по возрастным группам приведено на таблице 10.

Табл. 10

Возраст	Число обративш.	% к итогу
До 1 года	9	0,8
1 - 2	3	0,2
3 - 4	1	0,09
5 - 7	2	0,1
8 - 9	1	0,09
10-14	10	0,9
15-17	15	1,4
18-19	54	5,08
20-24	396	37,7
25-29	316	29,8
30-39	217	20,5
40-49	30	2,8
60 и ст.	1	0,09
Не указ.	6	0,5
ВСЕГО:	1061	100,0

На возрастную группу 20-29 лет падает 67,8 процента всех больных.

В госпитализации нуждалось 77 больных/7,2%/.

РАССТРОЙСТВО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА. В эту группу заболеваний вошли 1847 случаев. Сюда нами отнесены нарушения менструального цикла типа метроррагии -1169 случаев, типа менорраги -114 и нарушения, сопровождавшиеся дисменореей - 564 случая.

Метроррагия. Распределение больных с метроррагией по возра-

сту и общественному положению приведено на таблице 11.

Табл.11

Возраст	Число обратившихся с метроррагией: Рабочих	Чл.сем.р	Служащ	Чл.сем.сл	Прочих	Всего	% к итогу
10-14	–	1	–	–	–	1	0,08
15-17	9	1	4	–	2	16	1,4
18-19	26	6	9	2	4	47	4,08
20-24	135	20	51	11	17	234	20,02
25-29	163	50	49	22	11	295	25,3
30-39	203	62	70	29	19	383	32,8
40-49	79	35	22	18	7	161	13,7
50-59	10	4	2	1	7	24	2,07
60 и ст.	1	–	–	3	–	4	0,3
Не указ.	3	1	–	–	–	4	0,3
ВСЕГО:	629	180	207	86	67	1169	100,0

В госпитализации нуждалось 298 человек, или 25,4 процента.

Менорргия. Распределение больных по возрасту и общественному положению видно из таблицы 12.

Табл.12.

Возраст	Число обратившихся с менорргией: Рабочих	Чл.сем.р	Служащих	Чл.сем.сл	Проч	Всего
15-17	5	1	–	–	–	6
18-19	7	–	2	–	2	11
20-24	26	2	5	1	4	38
25-29	17	3	5	1	–	26
30-39	16	2	7	1	–	26
40-49	4	1	1	–	1	7
ВСЕГО:	75	9	20	3	7	114

В госпитализации нуждалось 6 человек.

Дисменоррея. Распределение больных по возрасту и общественному положению приведено на таблице 13.

Табл.13

Возраст	Число обратившихся с дисменореей: Рабочих	Чл.сем.р	Служащих	Чл.сем.сл	Прочих	Всего
15-17	16	9	5	5	10	45
18-19	51	3	13	2	12	81
20-24	88	19	49	9	19	184
25-29	51	14	31	9	12	117
30-39	45	21	27	13	8	114
40-49	9	2	4	5	1	21
50-59	1	–	–	–	–	1
60 и ст.	–	–	–	1	–	1
ВСЕГО:	261	68	129	44	62	564

В госпитализации никто не нуждался.

БЕСПЛОДИЕ. По поводу бесплодия обратилось 29 женщин. По возрасту и общественному положению обратившиеся распределялись следующим образом /таблица 14/.

Табл.14

Возраст	Число обратившихся: Рабочих	Чл.сем.р	Служащих	Чл.сем.с	Прочих	Всего
20-24	1	1	–	–	–	2
25-29	5	2	5	2	3	17
30-39	2	1	2	3	1	9
40-49	–	1	–	–	–	1
ВСЕГО:	8	5	7	5	4	29

ПРОЧИЕ И НЕЯСНО ОБОЗНАЧЕННЫЕ БОЛЕЗНИ. Сюда вошли 115 случаев с диагнозом "бели" и другие неясно обозна

ченные болезни – всего 283 обращения.

В госпитализации нуждалось 8 человек.

В структуре заболеваемости женщин болезни половых органов стояли на седьмом месте, тогда как у мужчин они занимали семнадцатое место.

Показатель обращаемости по поводу болезней половых органов у женщин был в двенадцать раз выше, чем у мужчин.

В различии уровня обращаемости женщин с болезнями половых органов в Свердловске и Москве, помимо полноты учета, могли играть определенную роль и следующие факторы: более высокий уровень культуры населения и бытового обслуживания в Москве, по сравнению с Свердловском, и качество медицинского обслуживания населения /родовспоможение, лечение гонореи/.

Показатели обращаемости на 1000 женского населения соответствующего возраста со всеми заболеваниями половых органов приведены на таблице 15.

Табл.15.

Возраст	Обратилось на 1000 женщин
0–4	3,5
5–9	2,4
10–14	1,7
15–17	11,4
18–19	50,9
20–24	138,5
25–29	151,7
30–39	134,1
40–49	75,3
50–59	22,4
60 и ст.	64

Как видно из таблицы, самый высокий показатель был в возрастной группе 25-29 лет, затем 20-24 года и 30-39 лет. Самый благоприятный показатель отмечался в возрасте 10-14 лет.

Рассмотрение больных по видам заболеваний в связи с возрастом показывает, что до 15 лет отмечались только три вида заболеваний: наружных половых органов, влагалища и грудной железы. В возрасте от 16 до 50 лет встречались все виды заболеваний женских половых органов, а у женщин свыше 50 лет главным образом заболевания влагалища, матки, придатков и тазовой клетчатки, а также опущение и выпадение половых органов.

Сопоставление показателей заболеваемости женщин рабочих и служащих приведено на таблице 16.

Табл.16

Виды заболеваний	Обратилось на 1000 : Рабочих	: Служащих
Бол.наружн.пол.орган.	1,3	1,1
Болезни влагалища	5,9	7,0
Болезни матки	11,8	11,4
Болезни придатк.матки	39,5	37,2
Заб.тазов.клетчат.и брюшины	12,2	11,9
Опущен.и выпаден.пол. органов	3,1	6,9
Недоразвитие пол.орган.	1,5	1,9
Мастит	8,2	6,9
Нарушение менстр.цикла	20,7	9,6
Бесплодие	0,1	0,1
Прочие и неясно обозн. болезни	1,9	1,9
ВСЕГО:		

У женщин рабочих заболеваемость в общем значительно выше, чем у служащих. Особенно следует отметить заболеваемость прида-

ков матки, опущение и выпадение половых органов, нарушения менструального цикла и мастит. Это различие, повидимому, определяется влиянием условий труда на производстве, в частности: физического напряжения /опущение и выпадение половых органов, частично – нарушение менструального цикла/, простудного фактора/болезни придатков матки и частично – нарушения менструального цикла/ и загрязненностью кожи /мастит/. Преобладание болезней влагалища у служащих можно об"яснить их (относительно) большей обращаемостью с этими заболеваниями.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ.

С врожденными пороками развития было зарегистрировано 306 случаев, или 0,7 на 1000 населения.

Распределение обратившихся с врожденными пороками развития по полу и возрасту приведено на таблице 1.

Табл.1

Возраст:	Число обрат.с пороками развития: мужчин	женщин	об.пола
До 1 г.	140	83	223
1 – 2	12	6	18
3 – 4	3	2	5
5 – 7	7	2	9
8 – 9	3	1	4
10–14	8	6	14
15–17	7	1	8
18–19	2	1	3
20–24	2	1	3
25–29	7	2	9
30–39	4	1	5
40–49	1	2	3
50–59	1	1	2
ВСЕГО:	197	109	306

Мужчины обращались вдвое чаще женщин: на 1000 мужского населения было 1,0 обращение, а на 1000 женского – 0,5.

Подавляющее число обратившихся относилось к детям первого года жизни.

По отдельным видам врожденные пороки развития распределялись следующим образом:

Коротная уздечка языка	66
Порок сердца	32
Косолапость	27
Мозговая грыжа и *Spina bifida*	26
Приращение языка	13
Крипторхизм	*13*
Головная водянка	11
Пупочная грыжа	7
Волчья пасть	7
Заячья губа	6
Отсутствие глазных яблок	9
Прочие	89

В госпитализации нуждались 34 человека /23 мужчины и 11 женщин/.

БОЛЕЗНИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ и ПОСЛЕРОДОВЫЕ.

С болезнями, связанными с беременностью и родовым актом обратилось всего 916 женщин, или 2,2 на 1000 населения. В Москве этот показатель в 1937 году был равен 1,6. С болезнями беременности было зарегистрировано 806 больных, а с болезнями родов - 110.

А. Болезни беременности.

По диагнозам больные распределялись следующим образом:

Токсикозы беременности	- 75
Маточное кровотечение	- 8
Внематочная беременность	- 85
Аборт	- 545
Осложнения после аборта	- 48
Прочие осложнения беременности	- 45
ВСЕГО :	806

ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ. С токсикозами беременности обратилось всего 75 женщин. По видам токсикозов больные распределялись так:

Рвота беременных	- 41
Эклампсия	- 4
Токсикоз без указания	-30
ВСЕГО:	75

С эклампсией были: 2 работницы /18-19 и 25-29 лет/, 1 служащая - 18-19 лет и 1 член семьи служащего - 20-24 лет.

В госпитализации нуждалось 2 женщины /служащая и член семьи служащего/.

Распределение больных прочими видами токсикозов беременности по возрасту и общественному положению приведено на табл.1

Табл.1

Возраст:	Число обратившихся				
	Рабочих	Чл.сем.раб	Служащих	Чл.сем.сл	Прочих	Всего

см.на об.

Табл.1

Возраст	Число обратившихся: Работниц	Чл.сем.раб	Служащих	Чл.сем.служ	Прочих	Всего
15 – 17	2	–	–	–	–	2
18 – 19	1	–	2	–	–	3
20 – 24	12	3	12	2	4	33
25 – 29	6	6	3	1	1	17
30 – 39	6	3	3	3	1	16
ВСЕГО:	27	12	20	6	6	71

В госпитализации нуждалось 8 человек.

Обнаружение случаев эклампсии у беременных на амбулаторном приеме свидетельствует о том, что заболевшие эклампсией женщины или не были под наблюдением консультации или к ним не было применено соответствующее лечение и своевременная госпитализация. Процент нуждавшихся в госпитализации при токсикозах надо признать низким.

КРОВОТЕЧЕНИЕ: С маточным кровотечением во время беременности было зарегистрировано 8 женщин: 1 – работница /30–39 лет/ 3 члена семьи рабочего/2–20–24 лет и 1 – 30–39 лет/, 3 – служащие /25–29, 30–39 и 40–49 лет/ и 1 – член семьи служащего/25–29/

В госпитализации нуждалось 5 человек.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. С внематочной беременностью было зарегистрировано 85 женщин. Их распределение по возрасту и общественному положению приведено в таблице 2.

Табл.2

Возраст	Число обратившихся: Работниц	Чл.сем.раб	Служащих	Чл.сем.сл	Прочих	Всего
15 – 17	1	–	–	–	–	1
18 – 19	1	–	1	1	1	4
20 – 24	10	1	6	1	3	21
25 – 29	8	3	9	2	6	28
30 – 39	9	4	8	5	2	28
40 – 49	1	–	–	1	–	2
Не указ.					1	1
Всего:	30	8	24	10	13	85

Нуждалось в госпитализации 66 женщин, или 77,6%.

АБОРТ. По поводу аборта в амбулаторно-поликлинические учреждения города обратилось 545 женщин, или 4,1 на 1000 женщин в возрасте от 15 до 50 лет.

По возрасту и общественному положению больные распределились следующим образом./табл 3/.

Табл.3

Возраст	Число обратившихся: Рабочие	чл.сем.раб	Служащих	чл.сем.сл	Прочих	Всего
15 - 17	1	–	–	–	1	2
18 - 19	52	2	1	1	1	10
20 - 24	78	18	45	10	4	155
25 - 29	96	25	46	7	9	183
30 - 39	60	35	46	14	12	167
40 - 49	9	5	3	3	2	22
50 - 59	1	–	–	–	–	1
Не указан.	–	2	2	–	1	5
ВСЕГО:	250	87	143	35	30	545

В госпитализации нуждалось 339 женщин, или 62,2 %. В процентах распределение больных по общественным группам было такое:

Рабочие	45,9 процента
Чл.семей рабоч.	15,9 "
Служащие	26,0
Чл.сем.служащ.	6,7
Прочие	5,0
ВСЕГО:	100,0

Таким образом преобладающее число больных /45,9%/ относилось к группе рабочих.

Наиболее часто отмечались аборты у женщин в возрасте 25-29 лет /65,5 на 10.000 женщин данного возраста/; на втором месте

стояла возрастная группа в 20–24 года/показатель 61,2/;на третьем 30–39 лет /44,3/;далее:18–19 лет/11,2/.40–49 лет/11,1/; 15–17 лет/1,6/ и,наконец,50–59 лет /0,7/.

По клиническим формам аборты распределялись таким образом:

Аборт угрожающий	85
" начинающийся	34
" неполный	297
" полный	20
" без указания на форму	109
ВСЕГО:	545

В группу абортов без указания на клиническую их форму вошли следующие диагнозы:самопроизвольный аборт – 8,8,привычный выкидыш – 3,искусственный аборт – 4,криминальный аборт – 3 и просто "аборт" –11.

Судя по клинической характеристике абортов,процент нуждающихся в госпитализации надо признать недостаточным.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АБОРТА

Среда вошли:кровотечение после аборта /16/,воспаление матки/13/,воспаление придатков/4/ и друг.По возрасту и общественному положению больные распределялись таким образом /табл.4/

Табл.4.

Возраст:	Число обратившихся					
	Рабочих;	Чл.сем.рб;	Служащих;	чл.сем.сл;	Прочих	Всего
18 – 19	2	–	–	–	–	2
20 – 24	7	–	3	1	1	12
25 – 29	6	3	5	1	2	17
30 – 39	7	2	5	–	–	14
40 – 49	1	–	1	–	–	2
Не указано	–	–	1	–	–	1
ВСЕГО:	23	5	15	2	3	48

В госпитализации нуждалось 9 человек.

ПРОЧИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. В эту группу включены: пиэлит /8/, цистит /5/, нефрит /3/, неправильное положение плода /3/, отеки /5/, водянка /3/, вагинит /2/, ложно-родовые схватки /4/ и др. В госпитализации нуждалось 18 человек.

Б. Болезни родов.

ПОСЛЕРОДОВОЙ СЕПСИС. С послеродовым сепсисом обратились 2 женщины: рабочая – 19 лет и член семьи служащего – 24 лет. Эта последняя нуждалась в госпитализации.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ. Всего 5 случаев: у 4 рабочих (3 в возрасте 20–24 лет и 1–25–29 лет) и у 1 члена семьи рабочего /15–17 лет/ В госпитализации нуждалось – 4.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РОДОВ. С осложнениями после родов было зарегистрировано 103 больных. Основные виды осложнений были следующие: воспаление матки и ее придатков – 26, разрыв промежности – 18, разрыв шейки матки – 12, кровотечение – 17, тромбофлебит – 3 и др. В госпитализации нуждалось 25 человек.

Регистрация на амбулаторном приеме разрыва шейки матки свидетельствует о том, что повидимому, некоторые женщины Свердловска в 1937 году рожали дома.

БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Всего с болезнями новорожденных, считая лишь детей в возрасте первого месяца жизни, было зарегистрировано 199 обращений.

По основным видам заболеваний и полу больные распределялись следующим образом:

	мужчины	женщины	об.пола
Недоношенность	16	19	35
Врожденная слабость	20	20	40
Гематома	4	1	5
Заболевания пупка	15	26	41
Мастит	17	25	42
Желтуха	15	11	26
Прочие	5	5	10
ВСЕГО:	92	107	199

У девочек заболеваемость была в общем выше, чем у мальчиков: на 1000 девочек в возрасте до 1 года было 16,6 обращений, а на 1000 мальчиков - 13,5. Лишь гематома и желтуха отмечались чаще у мальчиков.

СТАРЧЕСКАЯ ДРЯХЛОСТЬ.

Диагноз -"старческая дряхлость" был поставлен в 229 случаях. Распределение обратившихся по полу и возрасту представлено на таблице 1.

Табл.1

Возраст:	Число обратившихся		
	мужчин	женщин	обоего пола
50-54	4	2	6
55-59		6	6
60-64	6	22	28
65-69	11	29	40
70-74	16	36	52
75-79	12	35	47
80-84	6	23	29
85-89	3	7	10
90-94	1	8	9
95-100		1	1
Свыше 100		1	1
ВСЕГО	59	170	229

Показатели обращаемости на 1000 человек соответствующего пола и возраста были следующие:

Возраст	мужчины	женщины
50-59	0,4	0,5
60 и ст.	10,2	12,6

Диагноз"старческая дряхлость" в сравнительно неглубоком старческом возрасте /50-59 лет/ дает основание предполагать диагностические ошибки /злокачественная опухоль/.

В качестве причины смерти старческая дряхлость в 1937 году была отмечена в 138 случаях.

По полу и возрасту умершие распределились так:

Возраст	мужчины	женщины	об.пола.
60–69	6	14	20
70 и ст.	37	81	118

В госпитализации нуждалось 8 человек /2 мужчины и 6 женщин./

ПРОЧИЕ И НЕТОЧНО ОБОЗНАЧЕННЫЕ БОЛЕЗНИ.

В класс 26 классификации нами отнесены 8067 случаев /20,1 на 1000 населения/.

Основную массу этой группы составляли случаи с диагнозами: туберкулезная интоксикация первой степени и без указания на степень /2447/, "лихорадочное состояние" /2300/, головная боль /361/, золотуха /222/, гипотрофия /241/ и другие.

В госпитализации нуждалось 569 человек /296 мужчин и 273 женщин/.

В Ы В О Д Ы .

I. Сплошной учет обращаемости населения в амбулаторно-поликлинические учреждения, проведенный в г. Свердловске в 1937 и 1939-1940 г.г. дал возможность впервые для этого города выявить степень и характер заболеваемости населения, что представляет определенный теоретический интерес и имеет практическое значение для улучшения медицинской помощи.

2. При проведении ближайшей переписи населения необходимо снова провести такую же работу, результаты которой будут иметь большое значение для изучения санитарных последствий войны. Во всех стадиях этой работы непосредственное участие должны принять врачи-клиницисты всех специальностей.

3. Динамика заболеваемости населения г. Свердловска имеет благоприятный характер, о чем свидетельствует значительное снижение заболеваемости острыми и хроническими инфекционными болезнями по сравнению не только с дореволюционным временем, но и с 1926 годом.

4. Сравнение заболеваемости мужского и женского пола показывает, что среди женщин имеют большее распространение болезни половых органов, эндокринной системы, мочевых органов, болезни крови, паразитарные болезни, ревматические заболевания, болезни органов кровообращения, органов пищеварения и нервной системы. Среди мужчин чаще отмечались отравления, травмы, авитаминозы, хронические инфекционные болезни, болезни костей, сочленений и мышц, и- органов дыхания. В общем заболеваемость выше среди женщин, а смертность и летальность - выше среди мужчин.

Из особенностей заболеваемости по полу можно отметить еще следующее: а/ женщины обращались чаще мужчин с болезнями, этиологически связанными с стрептококковой инфекцией / сепсис, рожа, ангина, острый сочленовый ревматизм, узловатая эритема/; б/ женщины чаще обращались с подагрой, тогда как по данным клиницистов ею поражаются преимущественно мужчины; в/ женщины чаще болеют нефритами, что так же не соответствует данным клиницистов ;г/заболеваемость раком и глаукомой по полу можно считать примерно равной, но у женщин эти заболевания появляются в более раннем возрасте; повидимому, под влиянием климактерического периода; д/ мужчины в два раза чаще обращались по поводу авитаминозов, а женщины в два раза чаще по поводу малокровия.

Идентичность сезонного распределения обращений с авитаминозами и малокровием дает основание считать многие случаи малокровия - гиповитаминозами.

5.Заболеваемость по отдельным возрастным группам была неравномерной. Наиболее высокий показатель заболеваемости отмечался у детей первого года жизни; на втором месте стояла возрастная группа от 20 до 24 лет; самый благоприятный показатель имели дети 10-14 лет.

Каждая возрастная группа населения характеризуется своеобразным составом заболеваемости, причем - не только по степени распространения определенных видов заболеваний, но и по степени преобладания тех или иных нозологических форм.

Наиболее частыми причинами обращаемости были: у детей до 15 лет - острые инфекционные болезни, болезни

органов пищеварения и дыхания; у лиц в возрасте от 15 до 50 лет - травмы, острые инфекционные болезни, болезни кожи и болезни органов пищеварения, а - свыше 50лет-болезни органов зрения, болезни органов кровообращения и болезни органов пищеварения.

В общем можно отметить, что в детском и молодом возрастах преобладают острые формы заболеваний, а чем старше возраст, тем заметнее выступают хронические заболевания и органические поражения отдельных систем и органов.

Структура смертности имела другой характер. Важнейшими причинами смерти у детей первого года жизни были болезни органов дыхания, органов пищеварения и острые инфекционные болезни; у детей от 1 до 10 лет-острые инфекционные болезни, болезни органов дыхания и туберкулез; у детей 10-14 лет - травмы, туберкулез и острые инфекционные болезни; у лиц в возрасте от 20 до 50 лет - туберкулез и травмы, а свыше 50 лет - болезни сердца, новообразования и туберкулез.

6. Характер заболеваемости имел свои особенности и в отдельных общественных группах населения. Так, среди рабочих преобладали травмы, болезни кожного покрова, болезни костей, сочленений и мышц, ревматические заболевания, авитаминозы, а также некоторые формы острых инфекционных болезней / грипп, ангина, гемоколит и рожа/, доброкачественных опухолей / атерома, киста, миома/, органов зрения/ заболевания век конъюнктивы и роговой оболочки/, болезней органов дыхания / бронхит, пневмония и эмфизема легких/ и болезней органов пищеварения

/гастриты, энтероколиты, грыжа/. В группе служащих имели большее распространение -отравления, болезни обмена веществ, эндокринной системы, болезни нервной системы /неврастения, психастения и реактивные состояния/ и болезни органов кровообращения / грудная жаба, невроз сердца, эндоартериит, артериосклероз, гипертоническая болезнь/.

7. Заболеваемость населения г. Свердловска напоминает заболеваемость других крупных городов СССР, но имеет и свои особенности. Так, сравнение с заболеваемостью в г. Москве за 1937 год показывает, что уровень заболеваемости населения г. Свердловска был выше по всем видам заболеваний, за исключением отравлений и болезней новорожденных. Заболеваемость была выше во всех возрастных группах. Среди населения г. Свердловска имели большее распространение: туберкулез, трахома, паразитарные болезни, травмы, авитаминозы, ревматические заболевания, пороки сердечных клапанов, конъюнктивиты, болезни костей, сочленений и мышц, гнойничковые заболевания кожи и болезни органов дыхания. Причинами этого были: более высокий удельный вес рабочих среди населения г. Свердловска; особенности характера промышленного производства; особенности климата / в связи с условиями труда, быта и питания населения/, а также различие уровня культуры.

8. Данные о распространении на Урале эндемического зоба, опубликованные в 1938 г. В.А.Ляпустиным и вошедшие в специальную литературу - не соответствуют действительности. В частности г. Свердловск не может быть отнесен к очагам эндемического зоба.

9. В обслуживании населения г. Свердловска медицин-

ской помощью имеются некоторые недостатки. В частности можно отметить недостаточность лечебных коек для терапевтических, нервно-психических и туберкулезных больных.

10. Для успешного разрешения задач, стоящих перед здравоохранением в связи с законом о пятилетнем плане восстановления и развития народного хозяйства СССР, - необходимо совместными усилиями организаторов здравоохранения, статистиков и лечащих врачей всех специальностей - всемерно развивать отечественную санитарную статистику.

Л И Т Е Р А Т У Р А .

А.- 1. АЛЕКСАНДРОВ А.В. К вопросу об аппендиците у женщин. Сб.Тр. I Моск.Ком.воен.госп. М. 1939 г.

2. АРАНОВ Д.М. Слепота на Урале. Свердловск, 1934г.

3. АССЕЕВ В.И. Обзор данных о заболеваемости населения в Курской губ. за 5 лет /1891-1895г.г./.Курск,1901г.

4. АТАРОВ Т.С. Методика научно-статистического исследования венерических болезней.Азчериздат, 1935 г.

Б.- 5. БАТКИС Г.А. К вопросу об организации гор.санитар. статистики. Киевские Гор.Изв.№ 11, 1917г.

6. БАТКИС Г.А. Пути и методы изучения заболеваемости. Сов.врач.газ.1935г. № 8.

7. БАТКИС Г.А. Социальная гигиена. Москва, 1936 г.

8. БАТКИС Г.А. Очередные задачи сов.санитарной статистики. Гиг.и Санит.1938 г. № 9.

9. БАТКИС Г.А. Социальная гигиена. НКЗ СССР, 1940 г.

10. БЕЛЕЦКИЙ Г.Н. Статистические данные о сердечных заболеваниях по материалам тер.госп.клиники в Перми. Ур.Мед.жур.1929 г. № 7.

11. Б Е Н Е.Э. Туберк.смертн.в Ленинграде за 50 лет. Ленинград, 1934 г.

12. Б Е Н Е.Э. К вопросу о реоргениз.статистики заболев.На фронте здрав. 1934г. № 4.

13. Б Е Н Е. Качество врачебн.диагностики. Ленинград, 1942 г.

14. БЕН,ВИТКИНА,ГИНДИН и ГОЛЬДЕНБЕРГ. Туберкулезная болезненность насел.Ленинграда. Тр.Лен.Туб.Ин-та,1933 г.

15. БЕНЕДИКТОВА А.П. Статистика смертности от злокачественных новообразов.в Свердловске за 1933-36 г.г.Пробл.онкол. Сб. 4, Свердловск, 1939 г.

16. БЕРГЕР И.А. Организац.невропсих.помощи. Москва,1942г

17. БИНШТОК В.И.Смертность при остр.заразн.болезнях. Статист.сб. Лен.Обл.Отд.Здрав.

18. БЛЮМБЕРГ С.Л. Некот.данные о травматизме детей от уличн.движ.в Ленинграде за 1933 г. Сов.врач. газ. 1935 г. № 11.

19. БОГОЛЕПОВА Л.С. Профес.и бытовые факторы в происхождении заболеваемости. Тр.2 Всесоюзн.с"езда патологов. Баку, 1932 г.

20. БОГОСЛОВСКИЙ С.М. Статистика профессиональной болезненности. Москва, 1923 г.

21. БОГОСЛОВСКИЙ С.М. Сост.здор.промышл.рабочих и служащих. ЦСУ СССР. Москва,1928 г.

22. БОГОСЛОВСКИЙ С.М.Заболеваемость Б.М.Э.Т.10.М.1929г.

23. БОГОСЛОВСКИЙ С.М.Заболеваемость и патологическая пораженность. Моск.Мед.жур.1930 г.№ 6.

24. БОГОСЛОВСКИЙ С.М. и КУРКИН П.И. О методах статистич. исследов.профес.болезненности. Общ.врач,1911 г.№6.

25. БОГОСЛОВСКИЙ,БРИЛЛИНСКАЯ,КУРКИН и ЧЕРТОВ. Заболеваем. насел. Моск.губ. и г. Москвы. Москва,1929 г.

26. БЛЮМКИН и ГИНДИН.К вопросу о госпитализации легочно-туберкулезных больных. Сб. Борьба с тубер.Ленинград, 1937 г.

27. БЛЫШКО Л.Основы обществ.венерологии. М. 1925 г.

28. БРИЛЛИНСКАЯ Л.А. Об изучении заболев. насел. Москвы и Московс.обл.Об. Ин-та им. Эрисмана. В. 11-12. Москва, 1936 г.

29. БРИЛЛИНСКАЯ Л.А. Санит.статистика. Медгиз, 1944 г.

30. БРИЛЛИНСКАЯ и МЕЕРКОВ.Заболев. населен.г. Москвы и ее динамика. Сост.здор.нас.г. Москвы. Москва, 1946 г.

31. БУБНОВА и КАЗАНЦЕВА.Некот.статистическ.данные о ревматизме у детей.Педиатрия, 1942 г. № 4.

32. ВАСИН В.В.Изучение тироидной эндемии и практич. мероприят.по борьбе с ней на Урале. Ур.Мед.жур. 1930 г. № 5-6.

33. ВЕЛИЧКИН В.И. Анализ заболев.насел.Свердловской обл вен.болезнями за 1934-38 г.г. Диссертация.1939 г. Свердловск.

34. ВЕЛИЧКИН В.И.О некот. недостатках в орг.борьбы с дизентерией. Гиг.и Санит. 1942 г. № 8-9.

35. ВЕЛИЧКИН В.И. Материалы о распростр.эндемич.зоба на Урале. Гиг.и Санит. 1943 г. № 10.

36. ВИГДОРЧИК А.Н.О примен.статистическ.метода при разработке клинического материала. Сов.врач.жур. 1938 г. № 4.

37. ВИГДОРЧИК А.Н. Применение статистики в клинике. Ленинград, 1945 г.

38. ВОЛОНОС Н.Л. Об ошибках при распознав. тбк в нетуберкул. и туберкул. учрежд. Свердловска. Рукопись, Свердл. Туб. Институт, 1938 г.

Г.- 39. ГАМАЛЕЯ Н.Ф. Грипп и борьба с ним. Акад. наук СССР. 1942 г.

40. ГАРТОХ О.О. Очередн. задачи в деле противоэпидем. борьбы с дизентерией. Сов. врач жур. 1937 г. № 11.

41. ГОЛОСОВКЕР С.Я. Борьба с венерич. и кожн. болезнями на Урале Тр. Н. Институт. Облздр. Сб. 2. Свердловск, 1934г

42. ГРОМБАХ В.А. Заболеваем. нервно-психич. болезнями насел. г. Москвы. Сост. здор. нас. г. Москвы. Москва, 1946 г.

Д.- 43. ДВОРИЕЦ М.А. Професион. поврежд. и заболев. глаз. Минск, 1937 г.

44. ДОБРОХОТОВА и СУХАРЕВА. Искания и достиж. в обл. дизентерии за 20 лет. Педиатрия, 1937 г. № 11-12.

45. ДОРОФЕЕВ В.Н. Бытовой глазной травматизм. Тр. Лен. Офтальм. Ин-та. Т.1, 1936 г.

46. ДУХНО М.А. Социальная патология. ГИЗ, 1930г.

47. ДУДИНОВ О.А. Заметки к статистике глаукомы. Сов. Вестн. Офт. 1935 г. № 3.

48. ДУЛИЦКИЙ С.О. Остр. забол. кишечн. заболевания в детском возрасте. М-Л. 1943 г.

49. ДУРИХИН В.И. Эпидемиологич. набл. над заболеваемостью детей ран. возр. инфекцион. колитами. Педиатрия, 1940 г. № 1.

Е.- 50. ЕФРЕМОВ В.В. Авитаминозы. Медгиз, 1944 г.

З.- 51. ЗНАМЕНСКИЙ С.М. К вопросу о распростр. рака в районе Соликамска. Пробл. клин. онкол. Сб. 3. Челяб ГИЗ, 1936 г.

52. ЗОЛОТАВИНА Н.А. Заболеваемость в связи с климатом и бытовыми условиями жизни насел. С.Петербург, 1898 г.

53. Заболеваемость насел. Ленинграда /1930-33 г.г./ Сб. Лен. научно-методич. станции. Ленинград, 1935 г.

И.- 54. ИЗРАЭЛЬ М.Л. К проблеме борьбы с эндемич. зобом. Тр. Свердл. Мед. Ин-та Сб. 12, Свердловск, 1939 г.

55. ИОНИН И.Л. Дизентерия у детей ран.возр. Москва, 1935 г.

К.- 56. КАМИНСКИЙ Л.С. СТАТИСТИКА и эпидемиология. Ан.Мечн. Ин-та. Харьков, 1936 г. / т.У, в.1-2/.

57. КАМИНСКИЙ Л.С. Болезни органов зрения .Сост.здор. насел. г. Москвы, 1946 г.

58. КАРНАУХОВ М.Н. Итоги борьбы с туберкулезом на Урале. Тр. н. Инст.Облздрава, Сб.2.Свердловск,1934г.

59. КАССАНДРИН.Л. Заболеваемость эндокринными болезнями. Сост.здор.насел.г. Москвы, 1946 г.

60. КИСЕЛЬ А.А. Место хронич.туб.энтокс.средидругих форм туберк. у детей. Туб. у детей. Сб.III.1932 г.

61. КЛИВАНСКАЯ-КРОЛЬ Е.С. Этиология и патогенез пневмонии. Сб. инфек.дет.ран.возр.Ленинград,1936 г.

62. КОЗЛОВ П.М. Интенсивн.показат.забол.рабочих и методы вычисления их. Гиг.Труда, 1928 г. № 5.

63. КОЗЛОВ П.М. Работа Ин-та по статистич.изучению травматизма и заболев.Итоги раб.Инст.Охр.Труда. Москва, 1936 г.

64. КОЗЛОВ П.М. Об изучении заболеваемости населения. Сов.врач.журн.1939 г. № 13.

65. КОЗЛОВ П.М.Травматизм жителей г. Москвы.Сост.здор. насел. г. Москвы.Москва,1946 г.

66. КУЛЯПИНИКОВ П.А. Основн.данные по истории и постр. классифик.и номенкл.болезней и причин смерти. М. 1924 г.

67. КУЛЯПИНИКОВ П.А. К вопросу о методах изучения заболеваемости с врем.утр.трудоспос.Гиг.и Эпид.1931г № 8-9.

68. КУЛЯПИНИКОВ П.А. Третий пересмотр советской номенк и классификац.бол.и прич.смерти. Сов.врач. журн. 1939 г. № 22.

69. КУДРЯВЦЕВ П.Г. Матер.по болез.насел.Рязан.губ. за 1905-1906 г. Рязань, 1908 г.

70. КУРКИН П.И. Некот.выводы по болезн.насел.Московск. губ. за 1883-1896 г.г. Тр. XVI губ.с"езда. Москва, 1908 г.

71. КУРКИН П.И. Земская санитарн.статистика. Москва, 1904 г.

72. КУРКИН П.И. Статистика болезн.насел.в Моск.губ. за 1889-1902 г.г. Вып.1,2,3,4.Москва,1907-1912 г.г.

73. КУРКИН П.И. Мировая статистика. Общ.врач, 1912 г. №1-3.

74. КУРКИН П.И. Общая болезн. насел.в земской санитар. статистике. Общ. врач., 1914 г. № 2 и 4.

75. КУРКИН П.И. Соврем.полож.санит.статист.исследов.в Московск. губ.Тр.сов.по сан.статист.Москва, 1910 г.

76. КУРКИН П.И. О номенклатуре болезней и причин смерти. Вводная статья к нов.изд.номенкл.1924 г.

77. КУРКИН П.И. Медицинская статистика в Германии и сан.статист.в Сов.Республике.Вм.пред.к книге Принцинга. Москва, 1925 г.

78. КУРКИН П.И. Статистика болезн. насел.в СССР. Глава кн. Гигиена и Новжельского " Осн.дем.и сан.стат." Москва, 1929 г.

79. КУРЛОВ И.К. Сост.дела здрав. в Уральской обл.Отчеты Свердловского Облздрава за 1925,26,27,28,29 и 1930 г.г.

80. КУРЛОВ И.К. Поясн.текст к экспонатам Пермск. губ. земства на Всерос.выставке гигиены в 1913 г. С.Петербург, 1913 г.

81. КУШЕЛЕВСКИЙ Б.Н. Пути и методы изучен. ревматизма и борьбы с ним на Урале. Тр.н. Инст.Облздр. Сб. 3. Свердловск, 1935 г.

82. КРИЧЕВСКИЙ А.М. Методика организ.борьбы с пиодермиями на производстве. Госмедиздат, 1937 г.

Л.- 83. ЛАВРОВ Б.А. Цынга. Медгиз, 1933 г.

84. ЛЕБЕДЕВ И. Смертность от туберкулеза в Пскове. Сб.ЛенингрОблздрава, 1934 г.

85. ЛЕВИТ В. Зоб.Б.М.Э. Том 10. Москва, 1929 г.

86. ЛЕПНЕВ П.Г. Статистич.матер.к ото-рино-ларингол. заболев.и смертн.насел.Ленинграда. Арх.Сов.Отол. 1937 г., №2.

87. ЛЕПСКИЙ Е.М. и ЛЕПСКАЯ Р.И. Авитаминозы и гиповитаминозы. Казань, 1944 г.

88. ЛИПКИН А.И. Обследование дизентерийной вспышки. Тр.Куйбышевс.Мед. Ин-та. Сб. 4. 1937 г.

89. ЛИБЕРМАН И.Н. Стахановск.движ.и сниж.заболев. по материалам УЗТМ за 1936 г. Диссертация. Свердловск 1937 г.

90. ЛИПСКИЙ А.А. Болезн.и смертность петербург.населения в 1890-1891 г.г. Изд.Гор.Упр.С.Петербург, 1893 г.

91. ЛУКАШИН В.П. Зоб среди кустарей г. Свердловска и его ближайш.окрестн. Ур.Мед.журн. 1929 г. № 8.

92. ЛУКАШИН В.П. Случаи "перегревов"у рабочих горячих цехов ВИЗ"а.Сб. Тр.и здор.рабоч. ВИЗ"а.Свердловск, 1930г.

93. ЛУКАШИН В.П. Астма у рабочих горячих цехов ВИЗ"а. Клинич.мед. 1933 г., №11.

94. ЛУКАШИН В.П. О случаях поликлинич. и клинич. диагнозов. Тр. Свердл.Мед.Ин-та , Свердловск,1940 г.

95. ЛИПУСТИН В.А. Статист.эндемич.зоба и географич.зоны его распростран.на Урале. Сб. Энд.зоб на Урале.Свердловск, 1933 г.

М.- 96. МАЗУР М.М. Заболев.и смертн. от злокачест.опухолей. Вопр.онкол. Сб. Медгиз, 1940 г.

97. МАЗУР М.М. Заболев.насел.г. Москвы злокачес.опухолями. Сост.здор. насел. г. Москвы. Москва,1946 г.

98. МАСЛОВ М. Экссудатив.диатез. Б.М.Э. Том 35.

99. МЕДВЕДЕВ И.И.Обзор секционного материала. Тр. н. Институт. Облздрава. Свердловск, 1935 г.

100. МЕЛЛЕР М.С. Заболев. детей ран.возраста.Диссертация. Москва, 1940 г.

101.МЕРКОВ А.Н. К вопросу о сплошном массовом изучении заболеваемости. Сов. врач.журн.1939 г. № 8.

102. МЕРКОВ А.М. Краткая методол.статистич.изучения рака. Госмедиздат УССР. Харьков, 1931г.

103. МЕРКОВ А.М. Основн.вопросы соц.патол.злокачест.новообраз.Киев, 1937 г.

104. МЕРКОВ А.М. Злокач.новообраз. на Украине. Харьков, 1940 г.

105. МОЛЛЕСОН И.И.Кр.очерк заболев. и смертн.насел.Тамбовск.губ. в трехлетие 1898-1900 г.г.Тамбов,1904г.

106. МОЛЧАНОВ В.И.Об изучении пневмоний в ран.дет.возрасте. Клинич.мед.1932 г. № 13-16.

107. МОЛЧАНОВ В.И. Возрастн.особен.детских инфекций. Педиатрия. 1942 г. № 6.

108. МОЛЧАНОВ С.Н. Гельминтологич.фактор в этиологии аппендицита. Вестн. Сов.мед.1927 г. № 3.

109. МОРОЗОВСКИЙ Н.С. Общ.заболев.и смертн.от туберкулеза по г. Харькову. Сб.Укр.Туб.Ин-та в.I. Харьков, 1927 г.

Н.- 110. ПЛТАНСОН А.В. Глазные болезни в их связи с общими заболеван.организме. С.П.Б. 1894 г.

111. НЕЗЛИН С. К вопросу о методике изуч.диспансерами смертн.от тбк. Сб."Из теор.и практ.б.с тбк". Москва, 1928 г.

112. НЕСТЕРОВ А.И. Классификация ревматич.заболев.и заболеван.суст.разн.происхожд. Томск,1935 г.

113. НИКИТСКИЙ В.С. Основн.методич.приемы в планир. учрежд.здрав.Сов.здрав.1945 г. № 1-2.

114. НИКОЛАЕВ О.В. Спорадич.и эндемич.зоб в некот.центральн.областях РСФСР.Пробл.эндокр. 1940 г. № 1.

115. НОВОСЕЛЬСКИЙ С.А. Очерк статист.насел.,заболеваем. и мед.пом.в России. С.Петербург, 1912 г.

О.- 116. ОСИПОВ,ПОПОВ и КУРКИН. Русская земская медицина. Москва, 1899 г.

117. ОСИПОВ Е.А. Статист.болезней.насел.Москов.губ. за 1878-1882 г.г. Москва, 1890 г.

П.- 118. ПАВЛОВ Н.М. Эпидемич.кон"юнктивиты в Туркмении.Тр. Турк.Трахом.Ин-та. Вып. 1. 1938 г.

119. ПОПОВСКАЯ В.М. Эпидемиология дизентерии. Сб.работ по дизентерии. Москва, 1936 г.

120. ПОД"ЯПОЛЬСКАЯ и КАПУСТИН. Глистные заболевания человека. ГИЗ.1937 г.

121. ПРИНЦИНГ. Работы П.И.Куркина в области санитарн. статистики. Гиг.и эпид. 1931 г. № 8-9.

Р.- 122. РЕСЛЕ Е. Предлож.по вопросу о провед.статистич. изучен.заболев.в международ.масштабе.Проф.мед. 1928 г. № 1.

123. РЕСЛЕ Е. Значение работ П.И.Куркина в развитии статистич.заболев.за рубежом. Гиг. и Эпид.1931 г.№8-9.

124. РИВМАН О.А. Особен. динамики дифтерии в ряде зарубеж.стран Микроб.,эпид. и иммунобиол. 1939 г. № 1.

125. РИСТИН и МУЛЬМЕНКО. Эндемия зоба в Быковском и Пашийском заводах. Сб. К характ.энд.зоба на Урале, Пермь, 1931 г.

126. РАГНЕР Л.М. Неск.мыслей об излечимости рака.Пробл. онкол.Сб.4.Свердловск, 1939 г.

127. РУДНИЦКИЙ Н.М. Туберк.интоксикация. Ленинград,1925г

128. РЫСС С.М. Клинич.особен.гипоавитам.и авитамин. в Ленинграде в 1941-42 г.г. Сб. р.Лен.врачей. Вып. 6-й, 1945 г.

С.- 129. САМОЙЛОВИЧ,ГАРБАР,СМИРНОВА. Туберк.легких в пожилом и старческ.возрасте. Ростов н/Д, 1935 г.

130. САХАРОВ Б.В. Генетич.факт.в этиол.эндем.зоба. Сб. Энд.зоб на Урале Т.2. Свердловск, 1935 г.

131. САХАРОВ М.И. Об изменчив.локализ.симптомов и возраста у язвен. б-ных. Тр.госп.хир.кл.Свердловск, 1941г

132. СИВЦЕВ Т.А. Травматизм глаз и борьба с ним. Сов. вестн. Офт. 1934 г. № 2.

133. СКАБУНОВА А.Н. Причины поздн.обращаем. больн.раком желудка. Пробл.клин.онкол.Сб. № 3,1936 г.Челябинск.

134. ЭЛАСТЕНОВ Е.П. Возрастные особенности скарлатины. Диссертация. Свердловск, 1940 г.

135. СМОРГИН и ШУЛЬЦ. О массовом "очервлении" детей остр-ицами. Вестн. Совр.мед. 1927 г. № 3.

136. СМУЛЕВИЧ Б.И. Заболеваемость и смерти.насел.город.и местеч. БССР. Минск, 1928 г.

137. ТАЦЕЛЬЗОН и ФРЕНКЕЛЬ.О регистрации заболеваемости. Сов.врач.жур. 1936 г. № 2.

138. ТЕЗИКОВ Н.И. Заболев.насел.Воронежск.губ. в 1898 г. Воронеж, 1900 г.

139. ТЕЗИКОВ Н.И. Заболев.насел.Воронежск.губ. в 1899 г. Воронеж, 1902 г.

140. ТЕЗИКОВ Н.И. Заболев.насел.Саратовск. губ. в 1903г. Саратов, 1906 г.

141. ТОМИЛИН С.А. Матер.по заболев. насел.Украины. Проф. медиц. 1924 г. № 11-12 / прилож./.

142. ТОМИЛИН С.А. О методике измерения уровня соц.здор. населения. Сов.врач.газ. 1935 г. № 18.

143. ТРЕСКУНОВА Б.Н. Медико-статистич.исследов.сост.здор. насел. г. Ахтубинска / 1939-1940г./.Диссертация , М. 1946 г.

У.- 144. УВАРОВ М.С. Санит.полож.Херсон.губ.Вып. II.Заболеваемость по дан. 1887-1889 г.г. Херсон, 1891 г.

145. УСОЛЬЦЕВ В.С. Заболев.служащ. / по материал.страх. касс РСФСР за 1925 г./. Гиг. Тр. 1928 г. № 3 и 5.

146. УСПЕНСКИЙ Т. Медико-топограф.опис.Екатеринб.уезда и его города на лат.яз. Москва, 1835 г.

С.- 147. САЕРИТЕЙН С.В. Рожа у детей / статист.мат./. Педиатрия № 6, 1940 г.

Ц.- 148. ЦИКУЛЕНКО К.И. О связи между глаукомой, полом и возрастом. РОИ т. XII, № 1, 1930 г.

Ч.- 149. ЧИРКОВСКИЙ В.В. Трахома . Биомедгиз, 1935 г.

150. ЧИСТИКОВ И.И. Глазн.клин. за 5 лет. Пермь, 1935 г.

Ш.- 151. ШАРЛАЙ Э.Б. Прич.поздн.обращ.больн. раком грудной железы. Пробл. клин. онк. Сб. 3. 1936 г. Челябинск.

152. ШЕВЕЛЕВ А. Учет и статистика здравоохран. Москва 1936 г.

153. ШЕЙНБЕРГ Д.Е. Ревмат. инфек.у детей г. Свердловска и борьба с ней. Тр. н. Институт. Облздрава.Сб. 9. 1937 г., Свердловск.

154. ШИЛЬНИКОВ С.А. Смертн. от злокачест. новообразов. по г. Свердловску . Тр. н. Институт. Облздрава Сб.3. 1935 г. , Свердловск.

155. ШИПАРЕВ А.И. Заболев. нас. Воронежск. губ. в 1898-1902 г.г.-1906 г.

156. ШТРАУС Г. Ревматич. заболев. и простуда. Пер. с нем. Москва, 1928 г.

Я.- 157. ЯКОВЛЕНКО Е.И. О статистике заболев. и болезн. Проф. мед. № 6, 1927 г.

158. ЯКУБ Р.М. Изуч. дет. туб. болезн. в диспансерах РСФСР. Сб. по тбк НКЗ РСФСР, 1928 г.

159. ЯНСОН Ю. О нуждах медицинск. статист. в России в наст. время . Докл. медиц. О-ву . Ленинград, 1885 г.

О Г Л А В Л Е Н И Е

	Стр.
Введение	I
Организация и методика исследования	I0
Общая характеристика заболеваем.населения г. Свердловска	I5
Острые инфекционные болезни	58
Хронические инфекционные болезни	95
Паразитарные болезни	I40
Травмы	I49
Отравления	I8I
Новообразования	I83
Авитаминозы	206
Ревматические заболевания	2II
Болезни обмена веществ	2I6
Болезни эндокринной системы	225
Болезни крови и кроветворных органов	244
Болезни нервной системы	253
Болезни органов зрения	273
Болезни органов слуха	296
Болезни органов кровообращения	300
Болезни органов дыхания	326
Болезни органов пищеварения	356
Болезни костей, сочленений и мышц	396
Болезни кожного покрова	407
Болезни мочевых органов	4I9
Болезни мужских половых органов	429
Болезни женских половых органов	433
Врожденные пороки развития	445
Болезни беременности, родов и послеродовые	447
Болезни новорожденных	452
Старческая дряхлость	453
Прочие и неточно обозначенные болезни	455
Выводы	456
