

На распутьи.

Сан. врач **И. Славин.**

Старая санитарная организация с резко буржуазным уклоном чиновника-санитарного врача, свободно мирившегося с жизнью рабочего в подвале, с оспой в университетском городе, с проституцией на улице, с тухлым мясом и рыбой „подешевле“, отпускаемой бедноте, с антисанитарией городов, окруженных кольцом свалок, тихо и мирно скончалась. После нее и в назидание потомству остался след в виде печатных трудов, из которых можно почерпнуть, сколько было подвалов, сколько наблюдалось случаев оспы и других статистических данных, совершенно лишенных практического значения, оторванных от жизни и вызывающих горькую усмешку у современного врача-профилактика. Повторяю, такая организация тихо и мирно скончалась и казалось-бы плакать о ней не стоит, тем более, что жизнь выдвинула нового работника—врача помощи на дому, районного санитарного врача, врача диспансера, ушедших в практическую работу с целью оздоровления населения, забывшего на время о научных трудах, о славе ученого специалиста. И вот в этот момент нового строительства медицины, в разгар практической деятельности, в момент развития самостоятельности населения в периодической печати появляются обличительные статьи, бросающие тень на молодую санитарную организацию, с цифрами в руках, с примерами вопиющей антисанитарии доказывающие ничтожность районной организации, неверность взятого пути, отсутствие реальных результатов работы и т. д. и т. д. Это голос врачей-специалистов, кабинетных ученых, строящих свое благополучие на практической деятельности того-же районного санитарного врача и милиции, как раньше строили на результатах обследования полиции. Главным аргументом против нового течения является отсутствие смены молодняка, вопрос о попутчиках и различного рода врачах „неудачниках“, присосавшихся к санитарной организации. Отсюда делается вывод, и это дает возможность говорить о критическом моменте, о кризисе санитарной организации. Но это далеко не кризис, это только распутье перед выбором нового пути. На этом же распутьи еще в большей степени стоят врачи-лечебники и стоит Медфак. Врачи-лечебники не хотят отказаться от чисто лечебного дела, внести в свою работу профилактический уклон, о котором диктует советская медицина. Медфак не хочет отказаться от подготовки врача-лечебника, когда жизнь требует иного врача, с иным мировоззрением, врача-общественника, не только разрешающего проблемы медицины, но и участвующего в политической жизни страны. Отсюда понятна тяга у молодых врачей к лечебной специализации и игнорирование профилактической работы—работы санитарного врача. Что это, кризис? Нет, это неправильная установка воспитания молодняка. Она же затрудняет и посылку врача на участок, где от врача требуется не только лечение больных, но и большая общественная работа, к которой за 5 лет пребывания в ВУЗ'е молодой врач не чувствует себя подготовленным. Вопрос о «попутчиках», врачах «неудачниках», «примазавшихся» к санитарии—другой вопрос. Скажите—где их нет. Разве их нет среди врачей-хирургов, среди терапевтов, среди школьников и т. д. Конечно есть, мы видим их и терпим постольку, поскольку они врачи, смотрим сквозь пальцы на их работу, рассчитывая, что и здесь они могут принести необходимую пользу. Почему при этих условиях мы суровы в приговоре по отношению санитарных врачей? 1½ года тому назад на производственном совещании санитарных врачей при БВС по поводу статьи в „Гигиене и Эпидемиологии“—„Кризис и кризис“ я резко осудил этот „наскок“ специалистов, назвав его государственным преступлением, и в результате совещания перед саниспектурой ГНКЗдрава встал вопрос о пересмотре работы санврачей и реорганизации участковой районной санитарной сети. Вопрос обсуждался очень долго, оброс целой грудой проектов, протоколов различных комиссий и только недавно получил разрешение, оставив принцип районирования, а не специализации. Путь этот наиболее справедливый в настоящее время. Когда над Казанью и многими городами СССР висят пятно „городов грязных“, когда просыпается самостоятельность населения, когда рабочий желает видеть санврача по устройству быта, когда хочет получить совет по борьбе с заразными болезнями, трудно говорить о специализации, о кабинетной работе врача. Отрицать реальные результаты работы современной санитарии по меньшей мере странно. Результаты есть, но они не бросаются резко в глаза, они постепенно накапливаются и санврачи делают большое дело в переустройстве старого, боль-

ного быта населения. Ежедневно наблюдая это, приходится сказать, что санитарная организация не испытывает никакого кризиса в работе. Она резко переменяла фронт, на время остановилась на распутьи и пошла по торной широкой дороге всего лечебно-санитарного дела в Союзе, на которую в конечном итоге вступят и другие врачи-специалисты.

Институт социальной гигиены НКЗ РСФСР.

О номенклатуре болезней и причин смерти.

Попытки международных соглашений об установлении единой номенклатуры причин смерти ведут начало с 1855 года, когда Международный статистический конгресс в Париже впервые рассмотрел несколько проектов и принял номенклатуру из 139 рубрик. Эта первая попытка соглашения не имела успеха, и единая номенклатура не получила распространения.

В 1893 году Жак Бертильон, выполняя поручение Международного статистического института, представил на Сессии в Чикаго 3 проекта номенклатур (из 44, 61 и 91 рубрик). Эти номенклатуры и были одобрены Институтом. Дальнейшая инициатива перешла к американцам. В 1897 году Американское общество здравоохранения предложило Международную номенклатуру в порядке рекомендации трем странам Северной Америки: Соединенным Штатам, Канаде и Мексике, а в 1898 году это Общество опубликовало обращение с призывом ревизовать международную номенклатуру каждые 10 лет. С того времени, с конца XIX столетия, установилась практика пересмотров номенклатуры раз в 10 лет, на Международных конференциях, до сих пор в Париже, при все более расширяющемся круге стран участников.

Первый пересмотр номенклатуры был в 1900 году. Участвовали представители 26 государств. Приняты: номенклатура болезней из 179 рубрик, детальная номенклатура причин смерти из такого же числа рубрик, сокращенная номенклатура причин смерти—35 рубрик и номенклатура причин внутриутробной смерти. Второй пересмотр был в 1909 году, при участии 23 государств. Принята подробная номенклатура из 189 рубрик и краткая—38 рубрик. На третьей конференции, 1920 года, приняло участие 43 государства. Подробная номенклатура развернута до 206 номеров, краткая осталась из 38. СССР в третьей конференции (как и в первых двух) не принимал участия в связи с особой политической ситуацией того времени.

Наша номенклатура болезней и причин смерти возникла несколько ранее западно-европейских и развивалась самостоятельно в кругу методов общественной санитарной статистики¹⁾. Это развитие определялось в основном следующими моментами: 1) Соответственно имевшемуся статистическому материалу, номенклатура строилась как орудие исследования, главным образом, болезненности населения. 2) Она создавалась исключительно общественно-санитарными организациями, без всякого содействия правительственных органов и 3) не будучи связана допотопными схемами нашей ведомственной статистики, номенклатура стремилась к тому, чтобы следовать прогрессу научного знания и одновременно обслуживать потребности практического здравоохранения и общественной статистики. Эти моменты определили общий строй нашей номенклатуры, в основу которой с самого начала был принят принцип этиологии, в противовес анатомо-топографическому принципу западно-европейских номенклатур.

Пироговская номенклатура 1900 года функционировала более 10 лет, пересмотр ее был задержан наступлением империалистической войны. После Октябрьской Революции этот пересмотр был выполнен на протяжении 1918—1923 гг. под руководством Ученого медицинского совета.

Так как к тому же моменту была получена номенклатура Международной конференции 1920 года, то наша номенклатура была повторно пересмотрена и путем соответствующей перестройки значительно сближена с международной редак-

¹⁾ Русская номенклатура болезней возникла впервые в середине 70-х годов прошлого столетия в среде земской врачебно-санитарной организации Московской губ. В 80-е годы подверглась пересмотру.