

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.

цией. Окончательная редакция утверждена в мае 1923 года (Правила медико-статистической регистрации, вып. II, часть 1-я, издание 1924 года и 2-е издание 1927 года).

В середине 90-х гг. в статистической организации Пироговского Общества возник вопрос „о согласовании санитарно-статистических исследований“ в Земской России, в целях создания общерусской номенклатуры болезней и причин смерти. К работе были привлечены все компетентные силы страны (научные врачебные общества, университеты, врачебные съезды, Бюро санитарной статистики), использован также главнейший иностранный материал того времени (Вирховская номенклатура болезней и причин смерти г. Берлина, Бертильоновская номенклатура г. Парижа, английская—Королевского Физического общества 1896 года и др.). VII Пироговским съездом (г. Казань 1899 года) эта номенклатура была утверждена и с 1900 года вошла в практику русских общественных санитарно-статистических учреждений.

Конференция по 4-му пересмотру номенклатуры состоялась 16—19 октября 1929 года при участии 33-х стран и 5 международных организаций: Международное бюро труда, Международный статистический институт, Международное бюро общественной гигиены, Лига обществ Красного креста и Комитет гигиены лиги наций. Общее число делегатов—82. В этой конференции мы приняли органическое участие, которое было заранее и планомерно подготовлено. Получив приглашение на конференцию, ЦСУ СССР и НКЗ РСФСР организовали в конце 1928 года особую номенклатурную комиссию при Институте социальной гигиены под председательством проф. А. В. Молькова, из представителей указанных ведомств и находящихся в Москве представителей Союзных республик. Состав комиссии: А. В. Мольков, А. А. Богомолец, С. М. Богословский, П. А. Курвшинников, П. И. Куркин, В. Я. Смулевич, А. Б. Шевелев, Е. И. Яковенко, Г. А. Баткис. Создана особая группа в Ленинграде—В. И. Биншток, С. А. Новосельский, Н. А. Видгорчик, А. А. Владимиров, З. Г. Френкель. Использована компетенция Украинской и Белорусской академий наук. К разработке отделов номенклатуры привлечены видные специалисты клинических отраслей.

В результате работы этих организационных групп был построен проект номенклатуры в виде трех списков: полная номенклатура—178 рубрик, сокращенная—88 и краткая—37 рубрик. В основу классификационной схемы положен принцип кондиционально-этиологический с акцентом на социально-бытовом и профессиональном моментах, поскольку эти моменты наиболее доступны социальному вмешательству и регулированию. Разумеется, поскольку этиология и вообще условия возникновения и течения болезней далеко не всегда могут считаться установленными при современном состоянии наших знаний, то кондициональный принцип в классификации не может быть выдержан до конца, а может носить характер лишь резко доминирующей тенденции, последовательно проведенной всюду, где это возможно.

Это выдвижение кондиционально-этиологического принципа на первое место дало в нашем новом проекте толчок и направление новой группировке классов болезней—основных классификационных единиц. В международных номенклатурах болезней классы, приобретающие с течением времени характер устойчиво-неподвижных групп, чуть ли не подобие Линнеевских видов, следовали друг за другом в строго закреплённом традиционном порядке без намека на какую-нибудь систему. Например, за болезнями мочеполового аппарата следует класс таких „болезней, как беременность, роды и послеродовое состояние“, потом „поражение костей и органов движения“, затем „недостатки развития“ и т. д. в чисто случайном размещении.

В этот традиционный строй этиологический принцип заставляет внести логический порядок и стройную систему. Классы болезней объединены в более крупные разделы по характеру и степени установленной этиологии. Таких отделов 4,—вернее 3. Отдел I-й—болезни с установленной этиологией. Отдел II—болезни с не установленной этиологией и отдел III—болезни и состояния особо-ранимых возрастно-половых групп.

В отдел I—уложились следующие группы: инфекционные и паразитарные болезни, умышленные травмы, промышленные травмы и другие воздействия промышленных вредностей, травмы непромышленные, алкоголизм, болезни питания в тесном смысле—всего 6 групп. Отдел II—болезни с не установленной этиологией—пришлось, в виду невозможности применить более научный метод-принцип,

разбить по функциональным системам—болезни органов кровообращения, пищеварения и т. д., причем выделить особые группы для новообразований, болезней обмена веществ и болезней эндокринных желез. Кроме того, создана группа для болезней органов кроветворения, крови и селезенки. Всех групп—11. Отдел III—болезни и состояния особо-ранимых возрастно-половых групп,—распадается естественно на 3 группы: пороки развития новорожденных, болезни беременности и родов, старческая дряхлость. Наконец, IV отдел—особая резервная группа для дефектных диагнозов.

Такая структура номенклатуры, как научно-выдержанная и логически обоснованная, встретила полное одобрение со стороны наиболее передовых представителей социально-гигиенической науки в Западной Европе, особенно со стороны д-ра Э. Рессле, который в течение ряда лет находится в дружески-деловом и научном контакте со многими нашими научными учреждениями и органами печати. Совершенно другое отношение наша принципиальная установка встретила со стороны деятелей Международного статистического института, который олицетворяет собой „научный“ консерватизм, вернее научную рутину в данной области. В сравнении с Международным статистическим институтом, даже Комитет гигиены Лиги Наций был сторонником значительно более радикального пересмотра номенклатуры.

В этой довольно неблагоприятной и сложной обстановке наши делегаты (Б. Я. Смуглевич—член Коллегии ЦСУ СССР и Г. А. Баткис—от Института социальной гигиены) представили на конференции наш проект номенклатуры с пояснительной запиской, изданной в виде специального печатного выпуска на французском языке.

Руководимая англо-американским большинством и Международным статистическим институтом, Конференция отказалась обсуждать наш проект по формальным соображениям, а занялась детальным обсуждением проекта смешанной подготовительной комиссии (по 4 представителя от Международного статистического института и Комитета гигиены Лиги Наций), работавшей в апреле 1929 г. Проект Смешанной комиссии и был принят с несущественными поправками в содержании и редакции отдельных рубрик, при полном игнорировании поправок более существенных.

Наша делегация была вынуждена ограничиться внесением поправок, исходивших из основ нашего проекта, при обсуждении отдельных пунктов. Наиболее существенные выступления были по следующим вопросам: 1) О включении в рубрику сифилиса всех обусловленных сифилитической инфекцией заболеваний, включая и нервные. 2) О перенесении острого суставного ревматизма и крупозной пневмонии в класс инфекционных болезней. 3) Об объединении в одном классе хронических отравлений и острых (по проекту смешанной комиссии первые отнесены к классу 17 „насильственная и случайная смерть“, а хронические образуют особый класс 5-ый). 4) О разграничении травм профессиональных от непрофессиональных. По последнему пункту, вернее по его поводу, принято: рекомендовать факультативно следующее подразделение: травмы в копиях и каменоломнях; травмы, вызванные машинами; травмы на транспорте: а) железнодорожный транспорт и трамвай; б) автомобили и мотоциклы, в) другие виды наземного транспорта, г) водный транспорт, д) воздушный транспорт. Разумеется, это далеко не то, что выделение профессионального момента, предложенное нашей делегацией.

Предложения нашей делегации не раз поддерживались делегатами других стран—Италии, Испании, Бразилии, Японии и друг., но упорно отклонялись англо-американским большинством. Отклонялись и предложения других делегатов, заключающие в себе мало-мальски существенные изменения, помимо отдельных мало-значущих поправок мелочного свойства, например, принято было наше совместно с японским делегатом предложение о выделении лепры в особую рубрику, об изъятии у «холеры» эпитета „азиатская“ и некоторое другое. От дальнейших попыток вносить поправки наша делегация отказалась в виду резко отрицательного отношения к нашим предложениям. Американцы и англичане, отклоняя поправки делегатов других стран, обыкновенно ссылались на необходимость сохранить полную сравнимость со старыми публикациями: „если какая-нибудь страна считает полезной известную поправку, то пусть вводит у себя для внутреннего употребления“.

Будни заседаний были один раз потревожены острым политическим выступлением японского делегата, члена Бюро Лиги Наций. „В виду существования пакта Келлога, Лиги Наций и предложений Бриана, заявил он, война в настоящее

время невозможна, а потому надо исключить из номенклатуры рубрику „ранения на войне“, которая является позорным напоминанием о мировой войне и о возможности новых войн. Это выступление при всей своей лицемерности и даже несерьезности вызвало серьезный отпор со стороны председателя, который указал на невозможность исключить рубрику, „чтобы не пришлось ее опять восстанавливать“. Наша делегация заявила, что наука отнюдь не должна замазывать факты, а, напротив, регистрируя своими беспристрастными цифрами последствия войны, возбуждать к протесту против войны и против строя, который ее вызывает.

На заключительном заседании Г. А. Баткис от имени делегации огласил общую декларацию с изложением основ и принципиальной установки нашей номенклатуры, с подробным обоснованием нашей точки зрения. Статистика причин смерти есть одна из частей изучения социального здоровья и имеет общей установкой улучшение практического здравоохранения, социальной гигиены и профилактики. Это практически-прикладное значение номенклатуры императивно диктует ее основную структуру по социально-кондициональному и этиологическому принципу. Номенклатура, будучи орудием изучения состояния социального здоровья, должна вместе с тем отвечать уровню медицинской науки и следовать прогрессу последней. Современная медицина в своих достижениях далеко ушла от патогенетических концепций, господствовавших несколько десятилетий тому назад при выработке основ внешней номенклатуры. Самый пересмотр номенклатуры должен иметь характер коренного принципиального изменения, а не должен ограничиться мелочными поправками, насаждением новых пунктов и подразделений на старой схеме. Мы не можем поэтому признать принятый на конференции проект отвечающим ни уровню современного знания, ни практическим потребностям советского здравоохранения. Но мы примем все меры к тому, чтобы наша номенклатура, которую мы представим на утверждение Правительства, была возможно полнее соизмерима с международной.

После оглашения этой декларации под давлением заметно выявившегося одобрения со стороны ряда делегатов, в том числе и англичан, председатель выступил с особой речью, в которой он, признавая логическую стройность, научную последовательность и ценность нашего проекта, подчеркивал, что исключительно практические соображения,—между прочим, разная система здравоохранения, препятствуют принятию наших предложений.

Таким образом, наши выступления, не имевшие официального, формального успеха, вызвали все же весьма сочувственное одобрительное отношение со стороны многих участников конференции и вынужденное моральное признание со стороны Президиума.

Делегатам предложено было для подписи 2 документа: протокол и конвенция. Оба документа содержат обязательство „рекомендовать своим Правительствам принять к рассмотрению принятую на Конференции номенклатуру в целях и т. д.“, в обычной для подобных актов сугубо осторожной дипломатической формулировке. Кроме того о необходимости пересмотра раз в 10 лет и поручение Французскому правительству запросить в течение года другие правительства, согласны ли они участвовать в переговорах для заключения международного соглашения.

Наши делегаты не подписали этих документов в виду того, что принятый проект в основной структуре принципиально разнится от нашего проекта, который конференцией не рассмотрен. Делегация наша дала, однако, обязательство принять все меры к тому, чтобы наша номенклатура была еще раз тщательно рассмотрена в направлении достижения наибольшей сравнимости с международной. Кроме этой декларации на заключительном заседании д-р Б. Я. Смуглевич сделал также доклад о сравнительном значении основных элементов изучения динамики социального здоровья—заболеваемость, патологическая пораженность и др., осветив значение каждого из этих элементов в плановом контроле и регулировании здравоохранения со стороны Советского Государства.

Деятельность нашей делегации на конференции одобрена ЦСУ СССР и НКЗ РСФСР (последним по поручению Наркомздравов Союзных Республик). Отчет утвержден Отделом научных учреждений при СНК СССР.

В настоящее время номенклатурная Комиссия, в соответствии с указанным обязательством, производит окончательный пересмотр выработанного проекта, сопоставляет его с международной редакцией 1929 года для внесения необходимых изменений с тем, чтобы в течение 1930 года новая номенклатура была представлена правительственным органам на утверждение.

Приводим для сравнения схему проекта номенклатурной комиссии, в сопоставлении с международной 1929 года (в полном виде проект номенклатурной комиссии напечатан в журн. „Социальная гигиена“ за 1929 год, № 1).

Отдел I

1. Инфекционные и паразитарные болезни.
2. Умышленные травмы.
3. Промышленные травмы и др. острые и хронические воздействия, вызванные промышленными вредностями.
4. Травмы непромышленные и неустановленного характера.
5. Алкоголизм.
6. Болезни питания.

Отдел II

Болезни с неустановленной этиологией.

7. Новообразования.
8. Болезни обмена веществ.
9. Болезни желез внутренней секреции.
10. Болезни органов кроветворения, крови и селезенки.
11. Болезни нервной системы и органов чувств.
12. Болезни органов кровообращения.
13. Болезни органов пищеварения.
14. Болезни органов дыхания.
15. Болезни мочеполовых органов.
16. Болезни органов движения.
17. Болезни кожного покрова.

Отдел III

Болезни и состояния особо ранимых возрастно-половых групп.

18. Болезни и пороки развития новорожденных.
19. Болезни беременности и родов.
20. Старческая дряхлость.

Отдел IV

21. Смерть от недостаточно определенных причин и неточные данные.

1. Болезни эпидемические, эндемические, инфекционные и паразитарные.
2. Рак и новообразования.
3. Ревматические болезни, болезни питания, эндокринных желез и др. общие болезни.
4. Болезни крови и кроветворных органов.
5. Хронические интоксикации и отравления.
6. Поражения нервной системы и органов чувств.
7. Поражения аппарата кровообращения.
8. Поражения дыхательного аппарата.
9. Поражения пищеварительного аппарата.
10. Поражения мочеполового аппарата.
11. Беременность, роды и послеродовое состояние.
12. Поражения костей и органов движения.
13. Пороки развития.
14. Первый возраст.
15. Старость.
16. Наследственная и случайная смерть.
17. Неопределенные причины смерти.

Вторая областная научная конференция врачей ТР.

Н. И. Вылегжанин.

Конференция состоялась вслед за Профессиональным съездом врачей ТР между 13—17 января с/г. Кроме делегатов съезда в работе Конференции приняли участие специально прибывшие для этого некоторые врачи Мариобласти, Чув. республики, Вотской области и один из Мордовской области, а также врачи города и прикомандированные врачи Клинического ин-та.

При открытии Конференции было постановлено послать следующую телеграмму т. Сталину по поводу недавно исполнившегося его пятидесятилетия: „Вторая областная научная конференция врачей Татарии, желая отметить день Вашего пятидесятилетия, приветствует в Вашем лице стойкого, непреклонного и твердого хранителя заветов т. Ленина, вождя трудящихся всего мира в борь-