

специалистов), то значит он — терапевт. Это, конечно, заблуждение. Врач может быть хорошим терапевтом только тогда, когда он ориентируется и в области хирургии, и в невропатологии, и в акушерстве и гинекологии. Логика жизни требует, чтобы каждый специалист-терапевт мог бы благодаря знакомству со смежными специальностями избежать ошибок при встрече с комбинированными заболеваниями. Понятие «узкий специалист» в корне противоречит учению классиков отечественной медицины — «лечить следует больного, а не болезнь».

«Узость» специалиста иногда распространяется не только на специальные знания, но приводит и к «узости» мышления, к ограничению эрудиции. Передовой советский врач должен сочетать в себе широкую общемедицинскую подготовку с мастерством в одной избранной им области медицины. Термин «узкий» специалист обидно звучит для советского врача и должен быть заменен словом «квалифицированный» и «глубокий» специалист в какой-либо области с достаточной общеврачебной подготовкой.

И последнее, на чем хочется остановиться, — это на вопросе о дальнейшей судьбе врачей, получивших высшие категории. Положение об аттестации этот вопрос не затрагивает. Однако нам кажется, что во избежание предпосылок для «почивания на лаврах» и с целью стимулирования дальнейшего роста следовало бы в Положении об аттестации оговорить сроки, на которые присваивается та или иная категория. Врач отвечает за самое ценное из всего того, что есть на земле, — за человеческую жизнь. Этим оправдывается предъявление особой требовательности именно к врачебной профессии. Если человек избрал профессию врача, то есть взял на себя обязанность отвечать за человеческие жизни, — он должен через определенные сроки в течение всей своей активной деятельности периодически отчитываться перед аттестационной комиссией в своей работе над собой по поддержанию или повышению своей квалификации.

Аттестация в нашей республике продолжается. Перед терапевтической службой ТАССР стоит задача, чтобы в течение 3 лет в республике не оставалось ни одного терапевта, имеющего стаж 5 лет и более, не прошедшего аттестацию.

Поступила 6 октября 1962 г.

О ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТАТАРСКОЙ АССР ЗА 1958—1959 гг.

И. о. доцента М. Х. Вахитов

Кафедра организации здравоохранения с историей медицины
(зав. — проф. Т. Д. Эпштейн) Казанского медицинского института

За годы Советской власти в состоянии здоровья населения нашей страны произошли коренные изменения к лучшему. Ликвидированы опасные инфекционные болезни — холера, чума, оспа, паразитарные тифы. Не стало и малярии, имевшей особенно большое распространение в Поволжье. Так, в 1920 г. на территории Татарской республики было учтено свыше 74 тыс. больных малярией, через 40 лет (в 1960 г.) было зарегистрировано всего 2 случая этого заболевания. Достигнуто резкое снижение детских инфекций (кори, скарлатины, дифтерии и др.).

Как известно, население национальных окраин царской России, в частности, б. Казанской губернии, имело крайне бедную сеть медицинских учреждений. В 1913 г. на территории губернии с населением около 2,5 миллионов человек на селе имелось всего 46 фельдшерско-акушерских пунктов. К 1960 г. в Татарской АССР было развернуто 1659 фельдшерско-акушерских пунктов, сеть стационарных лечебных учреждений выросла до 20 300 коек, и обеспеченность составила 71 койку на 10 000 населения вместо 20,4 в 1913 г. Число врачей за этот период в расчете на 10 000 жителей поднялось с 1,6 до 16,9. Общая смертность в Татарской АССР (б. Казанской губернии) составляла 33,1 на 1000 населения в 1913 г. К 1960 г. достигнуто снижение ее более чем в 4 раза — до 8,0 на 1000 населения. Еще более значительные успехи достигнуты в борьбе за сохранение детских жизней: детская смертность с 300,0 на 1000 родившихся в 1913 г. сократилась до 40,7 в 1960 г., то есть почти в 7,5 раза.

В результате неуклонного повышения благосостояния трудящихся, улучшения условий труда, благодаря успехам в области здравоохранения достигнуто укрепление здоровья советских людей, наиболее ярким выражением чего является средняя продолжительность предстоящей жизни. Этот показатель получают из таблиц смертности (таблиц дожития), для составления которых используются данные переписи населения.

В целом по СССР средняя длительность предстоящей жизни увеличилась с 32 лет в 1896—1897 гг. до 69 лет в 1960 г.

Представляет большой интерес вычислить величины средней продолжительности жизни населения Татарской АССР — по городам, сельским местностям и в целом по республике.

В настоящем сообщении мы представляем данные о населении городов Татарии по материалам переписи 1959 г. с привлечением данных о числе умерших за 1958 и 1959 гг. Нами составлены краткие таблицы дожития городского населения (отдельно — для мужчин, женщин, а также и суммарно для тех и других). Вычисление элементов таблицы произведено по методике, приведенной проф. А. М. Мерковым в его книге «Демографическая статистика» (1959).

Таблица дожития городского населения Татарской АССР
(1958—1959)

x	l_x	d_x	q_x	P_x	L_x	T_x	e_x^0
0	100000	4102	0,04102	0,95898	97334	6831013	68,31
1	95898	572	0,00596	0,99404	95612	6733679	70,22
2	95326	225	0,00236	0,99764	95213	6638067	69,64
3	95101	138	0,00145	0,99855	95032	6542854	68,80
4	94963	125	0,00132	0,99868	94901	6447822	67,90
5—9	94838	520	0,00548	0,99452	472890	6352921	66,99
10—14	94318	324	0,00344	0,99656	470780	5880031	62,34
15—19	93994	493	0,00524	0,99476	468735	5409251	57,55
20—24	93501	643	0,00688	0,99312	465900	4940516	52,84
25—29	92858	901	0,00970	0,99030	462035	4474616	48,19
30—34	91957	1142	0,01242	0,98758	456930	4012581	43,64
35—39	90815	1513	0,01666	0,98334	450295	3555651	39,15
40—44	89302	1703	0,01907	0,98093	442250	3105356	34,77
45—49	87599	2257	0,02576	0,97424	432355	2663106	30,40
50—54	85342	3014	0,03532	0,96468	419175	2230751	26,14
55—59	82328	4734	0,05750	0,94250	399805	1811576	22,00
60—64	77594	7235	0,09324	0,90676	369880	1411771	18,19
65—69	70359	9607	0,13654	0,86346	327780	1041891	14,81
70—74	60752	11947	0,19665	0,80335	273890	714111	11,75
75 лет и старше	48805	15626	0,32017	0,67983	204960	440221	9,02

Обозначения: x — возраст; l_x — число доживающих; d_x — число умирающих; q_x — вероятность смерти; P_x — вероятность дожития; L_x — число живущих; T_x — число лет, прожитых всем поколением; e_x^0 — средняя продолжительность предстоящей жизни.

Как видно из таблицы, средняя продолжительность предстоящей жизни городского населения Татарской АССР составила 68,31 г. для обоего пола (для мужчин — 63,34 г., для женщин — 71,76 г.).

За последнее время опубликованы данные о средней продолжительности жизни населения отдельных местностей. Так, средняя длительность жизни населения г. Калинин (Н. А. Фролова) в 1958—1959 гг. составляла 69,3 г. (для мужского пола — 63,8, для женского — 72,7), по Южно-Казахстанской области (П. Н. Чернобров) этот показатель был равен 65,04 г.

В годы предыдущих переписей (1897, 1926, 1939) таблицы дожития по Татарской АССР и б. Казанской губернии, по-видимому, не составлялись. Вследствие этого нет и точных данных о средней продолжительности жизни для этих лет. Однако есть основания предполагать, что средняя длительность жизни населения б. Казанской губернии не превышала, а возможно, даже не достигала и 32 лет, как это в целом было для населения царской России, так как в б. Казанской губернии смертность, особенно детская, находилась на более высоком уровне, чем во многих губерниях дореволюционной России. При более высокой смертности, естественно, будет меньше и число лиц, доживающих до каждого определенного возраста, следовательно, меньше средняя продолжительность жизни.

По данным проф. Ф. Г. Мухамедьярова, доживаемость татарского населения в 1924—1928 гг. была выше, чем в Европейской части РСФСР в 1926 г., но выводы автора нельзя относить ко всему населению ТАССР, так как эти исследования ограничены только одним Мензелинским кантоном Татарии.

Наши данные показывают действительное увеличение продолжительности жизни населения Татарской АССР. С дальнейшим успешным строительством коммунизма, развитием производительных сил, ростом благосостояния народа создаются все условия для дальнейшего снижения заболеваемости и смертности, а тем самым — удлинения средней продолжительности жизни. В новой Программе КПСС предусмотрены

эффективные меры по охране здоровья населения и увеличению продолжительности жизни. Впервые в истории мечта человечества о долголетии реализуется политикой Советского государства, направленной на построение коммунистического общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мерков А. М. Демографическая статистика, М., 1959. — 2. Мухамедьяров Ф. Г. Казанский мед. ж., 1930, 7. — 3. Народное хозяйство СССР в 1960 г. Стат. ежегод. М., 1961. — 4. Татарская АССР за 40 лет. Стат. сб., Казань, 1960. — 5. Фролова Н. А. Сов. здравоохран. 1961, 12. — 6. Чернобров П. Н. Здравоохран. Казахстана, 1961, 8. — 7. Эпштейн Т. Д. Казанский мед. ж., 1962, 1.

Поступила 11 июня 1962 г.

БОРЬБА С ГИПОГАЛАКТИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Г. А. Макарова, Г. Р. Архипова, А. А. Рахимова

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав.—проф. Г. А. Макарова)
Казанского медицинского института на базе 4-й объединенной детской больницы
(главврач — Р. Х. Савенкова)

Несмотря на успехи, достигнутые за последние десятилетия при искусственном вскармливании детей, грудное молоко остается единственной своеобразной пищей, идеально приспособленной к потребностям ребенка первых месяцев жизни.

По данным И. Н. Дмитриук, С. А. Гиль, З. Г. Королевой и В. Я. Вашилко, Л. А. Шахнович, А. Т. Бальмагия, гипогалактия является самой частой причиной перевода ребенка на смешанное и искусственное вскармливание. Причиной дачи докорма при хорошей лактации у матери является в основном выход матери на работу после декретного отпуска; большой процент детей получил докорм необоснованно: 27,3% — по данным И. Н. Дмитриук и 24% — по данным С. А. Гиль с сотр.

Анализ причин перевода детей на смешанное и искусственное вскармливание, произведенный нами в детской консультации № 4 г. Казани, дал сходные результаты.

Мы подвергли анализу истории развития 1430 детей, родившихся за время с 1/VIII 1959 г. по 30/VI 1961 г. Переведено на смешанное вскармливание до 3 месяцев 50 детей и на искусственное — до 6-месячного возраста — 75. У 73 (из 125) детей матери страдали гипогалактией, а 52 были переведены на смешанное и искусственное вскармливание при достаточной лактации матерей (у 31 матери — из-за выхода на работу, у 11 — из-за острого заболевания и у 10 — без достаточных оснований).

Специальный опрос о причинах гипогалактии был проведен у 40 (из 73) матерей. Первичная а- и гипогалактия была у 3 матерей, у остальных — вторичная.

Как известно, лактация представляет собой сложный процесс, который нужно рассматривать как нейроэндокринный по своей природе (Г. И. Азимов, С. Фолли, И. И. Грачев, М. Г. Закс и др.). Импульсы, поступающие со стороны экстеро- и интерорецепторов грудных желез через центральную нервную систему, стимулируют отделение лактогенных гормонов гипофиза (пролактина и окситоцина), вызывающих развитие железистой ткани молочной железы, образование и отделение молока. При несвоевременном или недостаточном опорожнении грудных желез секреция молока приостанавливается в связи с нарушением рефлекторного выделения лактогенных гормонов гипофиза, а затем количество его в грудных железах уменьшается за счет реабсорбции составных частей молока в кровь (Г. И. Азимов с сотр.).

Отсюда понятно, что все моменты, вызывающие недостаточное опорожнение грудных желез, могут повлечь за собой развитие гипогалактии (нарушение техники и регулярности кормления, слабое сосание ребенка, а также аномалии развития и болезненные трещины сосков). Поскольку лактация является процессом, в котором участвует весь организм кормящей женщины, под влиянием таких неблагоприятных моментов, как заболевания, нарушение режима жизни, неполноценное питание, изменяется функциональное состояние вегетативной нервной системы (Т. Э. Вогулкина), что не может не отразиться на количестве секретируемого молока. Нередко причиной гипогалактии являются психические травмы, обуславливающие нарушение регуляции секреции молока и молокоотдачи центральной нервной системой; при этом страдает прежде всего процесс молокоотдачи, который, как показал С. Фолли, легко тормозится неприятными эмоциями.

При анализе наших данных выявилось, что причиной вторичной гипогалактии были нарушения режима жизни у 18 матерей (недостаточный сон, недостаточные прогулки, нерегулярное питание) и нарушения техники кормления (у 10), а также