

DOI 10.15826/izv2.2020.22.2.021  
УДК 314.48:94(481)

**Х. Л. Соммерсет**  
*Университет Тромсё —  
Арктический университет Норвегии*  
Тромсё, Норвегия  
**Эвелин Волхаут**  
*Лейденский университет*  
Лейден, Нидерланды

## **ГОРОДСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В НОРВЕГИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX в. (по материалам приходских книг Тронхейма)\***

Исследование посвящено детальному анализу смертности в Тронхейме — третьем по величине городе Норвегии во второй половине XIX в. На основе индивидуальных данных о причинах смерти, содержащихся в приходских книгах города Тронхейма, анализируются причины смерти и практики их регистрации, а также те изменения, которые проходили в условиях роста урбанизации и индустриализации. Изучив историю регистрации причин смерти в Норвегии, авторы проанализировали аккуратность регистрации, проводимой священниками, а также возрастные особенности распространения отдельных смертельных заболеваний. Используемая в статье классификация, включающая 141 категорию заболеваний, выработана на основе анализа этиологии, способов заражения и передачи заболевания. Для простоты анализа все варианты записей, в которых были указаны или не указаны причины заболеваний, приведшие к смерти жителей Тронхейма, были распределены по шести основным группам: инфекционные заболевания; неинфекционные заболевания; внешние причины; устаревшие термины; технически нечитаемые; без указания причины. Используемая методика позволила оценить эпидемиологическую ситуацию в условиях, когда профессиональная медицинская статистика была еще недостаточно развита в стране. Проведенный анализ показал, что во второй половине XIX в. наиболее частой причиной смерти жителей Тронхейма являлись инфекционные заболевания, передаваемые воздушно-капельным путем. В особенности от них страдали дети в возрасте от года до четырех лет, 60 % смертей в этой возрастной группе было вызвано именно этой причиной. Относительно низкий уровень заболеваемости инфекционными заболеваниями, передаваемыми через воду и пищевые продукты, такими как диарея и дизентерия, свидетельствует о том, что водопроводные трубы, установленные уже в 1850-е гг., а начиная с 1880 г. также внутри домов, оказали определенное воздействие в дополнение к повышению уровня личной гигиены,

---

\* Настоящая статья представляет собой переработанную версию текста, ранее опубликованного на английском языке: *Sommerseth H. L., Walhout E. C.* Chapter 10. Death in a city: a view from the 19<sup>th</sup> century church registers in Norway. DOI 10.15826/B978-5-7996-2656-3.11 // *Nominative Data in Demographic Research in the East and the West* / ed. by E. Glavatskaya, G. Thorvaldsen, G. Fertig, M. Szoltysek. Ekaterinburg : Ural Univ. Press, 2019. P. 185–201.

рассматриваемому Городской комиссией по здоровью как главный приоритет. Для описания причин смерти самых маленьких и самых старших жителей города чаще всего использовались устаревшие народные термины.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** причины смерти; Тронхейм; Норвегия; приходские книги; эпидемиология; XIX век; номинативные данные; история медицины

**Ц и т и р о в а н и е:** *Соммерсет Х. Л., Волхаут Э.* Городская смертность в Норвегии во второй половине XIX в. (по материалам приходских книг Тронхейма). DOI 10.15826/izv2.2020.22.2.021 // Изв. Урал. федер. ун-та. Сер. 2 : Гуманитар. науки. 2020. Т. 22. № 2 (198). С. 28–43.

*Пер с англ. Е. М. Главацкой, Е. А. Заболотных, Е. С. Пургиной*

*Поступила в редакцию: 11.06.2019*

*Принята к печати: 08.04.2020*

**Hilde L. Sommerseth**

*UiT The Arctic University of Norway  
Tromsø, Norway*

**Evelien C. Walkout**

*Leiden University  
Leiden, Netherlands*

## **MORTALITY AND CAUSES OF DEATH IN LATE 19<sup>th</sup>-CENTURY TRONDHEIM, NORWAY (with Reference to Parish Registers Analysis)**

This article provides detailed analysis of mortality in Trondheim, the third largest city in Norway in the second half of the nineteenth century. Referring to individual-level causes of death available in burial registers from Trondheim, this study provides an in-depth analysis of reporting practices and trends in cause of death registration and changes in a city that witnessed increasing urbanisation and industrialisation. Having studied the history of causes of death registration in Norway, the authors analyse the accuracy of recording practices performed by priests and age-specific profiles of individual death causes. The coding and classification system employed by the authors includes 141 categories following the etiology or mode of infection and transmission. To facilitate the analysis, all the entries found in records, both the ones that indicate the causes of death of the inhabitants of Trondheim and fail to do so, are divided into six major groups, i.e. infectious diseases; non-infectious diseases; external causes; older rationals; ill-defined, and not reported (blank). Treated critically, the data generates interesting insights into the epidemiological history of a period where cause of death statistics from doctors was still scarce in most of the country. The analysis demonstrates that in the second half of the nineteenth century, airborne infectious diseases dominated the disease environment in Trondheim. Airborne diseases were particularly common in children aged one to four, accounting for 60 percent of the total of deaths among children of the age group. As for foodborne infectious diseases, such as diarrhoea and dysentery, the study indicates that the water pipes which started being

used as early as the 1850s and from 1880 also appeared inside houses, had a certain effect, in addition to the top priority of personal hygiene addressed by the city's Health Commission. Moreover, the cause of death classification related to 'older rationales' had a clear clustering both among the elderly and children.

**К е у о r d s:** causes of death; Trondheim; Norway; church registers; burial registers; epidemiology; nineteenth century; individual-level data; medical history

**F o r c i t a t i o n:** Sommerseth, H. L., & Walhout, E. C. (2020). Gorodskaja smertnost' v Norvegii vo vtoroi polovine XIX v. (po materialam prikhodskikh knig Tronheima) [Mortality and Causes of Death in Late 19<sup>th</sup>-Century Trondheim, Norway (with Reference to Parish Registers Analysis)]. *Izvestia. Ural Federal University Journal. Series 2: Humanities and Arts*, 22, 2 (198), 28–43. doi: 10.15826/izv2.2020.22.2.021

*Translated from English by E. M. Glavatskaya,  
E. A. Zabolotnykh, E. S. Purgina  
Submitted: 11.06.2019  
Accepted: 08.04.2020*

Согласно Норвежской государственной статистике (NOS), общий коэффициент смертности в трех крупнейших городах Норвегии — Кристиании (Осло), Бергене и Тронхейме во второй половине XIX в. составлял около 25 %. Этот показатель почти не изменялся до 1890-х гг., после чего начался спад, прерванный лишь эпидемией испанки в 1918–1919 гг. Коэффициент младенческой смертности (число смертей младенцев на тысячу рожденных) в Тронхейме оставался на уровне 150–160 % до конца 1890-х гг. и лишь на рубеже XIX–XX вв. начал быстро снижаться. При этом описания причин смерти существенно различались, что зависело от того, кем они регистрировались — священниками или врачами, а также от принятой в то время официальной классификации [Reid et al.; Walhout]. На вариативность записей могли оказать влияние и такие факторы, как уровень персональной ответственности духовенства и медицинского персонала за составление отчетов и регистрацию смерти, а также то, посещали ли врач пациента до кончины, уровень медицинских познаний и местная терминология.

В отличие от большинства исследований, посвященных динамике смертности и ее причинам в Норвегии, опирающихся на агрегированные сведения, данная статья основана на номинативных источниках: материалах приходских книг (аналог метрических) и списках умерших в Тронхейме — третьем по величине городе Норвегии в 1866–1895 гг. Выбор хронологического периода исследования обусловлен развитием процессов индустриализации и урбанизации в стране.

Задачами исследования являлись анализ аккуратности оценки причин смерти путем изучения местных практик регистрации смерти священниками и профессиональными врачами; выявление основных причин смерти и их классификация с учетом возрастной специфики.

### **Источники и практика регистрации смертей в Норвегии**

База данных по Тронхейму состоит из номинативных записей, транскрибированных из *Begravelsesprotokoll* – приходских книг, содержащих информацию о погребениях. Она включает в себя данные трех приходов – Церкви Богоматери (*Vor Frue Kirke*), Церкви Ила (*Ila Kirke*) и кафедрального собора Тронхейма (*Domkirken*) – в период с 1866 по 1895 г. За 30 лет в этих приходах было зарегистрировано 11 146 погребений (за исключением мертворожденных), в 8 474 (76 %) случаях священниками была указана причина смерти.

Сравнение данных о численности умерших по церковной и официальной государственной статистике показало, что сведения приходских книг достаточно точны [см.: Sommerseth, Walhout, 2019]. Несмотря на то, что в некоторые периоды причины смерти не указывались, БД по материалам приходов Тронхейма содержит достаточно полные сведения за периоды с 1866 по 1875 г. и с 1881 по 1883 г. Кроме того, она содержит информацию о поле, возрасте и адресе умерших. Профессия указывалась в записях о смерти мужчин, в записях о смерти женщин регистрировалась профессия мужа или отца в зависимости от брачного статуса покойной. С 1820 г. в церковных книгах появилось дополнительная графа, в которой священник должен был указать, «наступила ли смерть от инфекционной болезни или от несчастного случая». Кроме того, священники ежегодно должны были сообщать государственным органам сведения о количестве рождений, браков и смертей, зарегистрированных в приходах. С 1866 г. эти обобщенные данные были заменены на номинативные списки, что обеспечило более достоверную основу для статистического учета. В 1877 г. были введены новые правила регистрации, дополнительно требовавшие внесения сведений о том, посещал ли доктор усопшего незадолго до или вскоре после его смерти. Все это время причины смерти были также частью медицинской статистики, которая с 1853 г. все чаще велась не священниками, а профессиональными медиками. При сравнении статистических отчетов медиков и священников складывается впечатление, что по крайней мере в XIX в. именно священники чаще присутствовали при кончине и именно они устанавливали причину смерти. Около 1860 г. лишь 40 % всех смертей в Норвегии были зарегистрированы в медицинских отчетах, но уже к 1900 г. их доля выросла до 80 % [Pedersen, s. 49]. Однако в этой статистике не были отражены существенные региональные различия, а также особенности ситуации в городах и сельской местности. Исследования детской смертности в сельских районах Норвегии в XIX в. показали, что врачи редко посещали пациентов, а записи о причине смерти делали священники [Fuge, s. 76]. В основном это было связано с большими расстояниями, которые врачам приходилось преодолевать. Около 1860 г. в Норвегии насчитывалось 315 докторов, т. е. по одному на каждые 5 066 человек. Спустя 40 лет, когда население увеличилось на 40 %, число докторов достигло 1 138, т. е. по одному медику на 1 968 человек [Schjøtz, Skaset, s. 143]. Но и тогда многим сельским докторам нужно было несколько дней, чтобы добраться до пациента, которому требовалась медицинская помощь. В городах

же дело обстояло иначе: расстояния не были столь велики, да и медиков было больше. Например, в 1880 г. соотношение числа врачей к общему количеству проживающих в сельских районах вокруг Тронхейма было 1 : 4 700, тогда как в самом городе оно составляло 1 : 1 200. Остается открытым вопрос о том, в какой степени записи о причине смерти, сделанные городскими священниками, основывались на их собственных медицинских познаниях, а в какой — они просто копировали сведения из свидетельств о смерти, составленных врачами. В соответствии с законодательством, принятым в 1860 г., каждый муниципалитет был обязан иметь *Sundhedskommission* — комиссию по здравоохранению, которая отвечала за все, что было связано с региональным здравоохранением. В сельских районах главной задачей таких комиссий было санитарно-гигиеническое просвещение населения, тогда как в городах их деятельность была направлена на снижение основных факторов риска. Поэтому в сельских районах членами комиссии становились примерно те же люди, которые занимались этими вопросами и до введения закона, т. е. государственные служащие (учителя, полицейские, священники и врачи), в то время как в состав городских комиссий входили профессионалы в области здравоохранения, городского планирования и инженерии. Городские священники постепенно утрачивали свою роль в делах, связанных со здоровьем [Schjøtz, Skaset, s. 45–46]. Можно предположить, что, когда регистрация причины смерти вышла из компетенции священников, большая их часть была рада избавиться от лишней обязанности, тогда как кто-то мог быть разочарован. Священники Бергена (втором по величине городе Норвегии) перестали указывать причину смерти в приходских книгах с 1880 г., а в Тронхейме эта практика сохранялась. При этом и врач, и священник могли даже не видеть покойного, а просто опираться в своей диагностике на здравый смысл, сведения, полученные от родственников или соседей, принимая во внимание общую эпидемическую ситуацию в районе.

Развитие медицины на протяжении XIX в. влияло на изменение схем классификации в нозологии, что, в свою очередь, оказывало влияние на изменение указания причин смерти в источниках [Reid et al.]. Учитывая это, нами была использована унифицированная система, созданная для классификации терминов, обозначающих причины смерти.

### **Тронхейм в конце XIX в.: санитарно-гигиеническая ситуация**

К XIX в. Тронхейм являлся административным и религиозным центром севера Норвегии, в нем располагались правительство провинции Сер-Тренделаг (*Sør-Trøndelag*) и Епископат Нидарос (*Nidaros*). В течение XIX в. население Тронхейма выросло почти в четыре раза: с 8 800 человек в 1801 г. до 38 000 человек в 1900 г. [Danielsen, s. 277–287]. Повышение рождаемости и иммиграция привели к бурному росту населения и расширению границ города. По численности населения Тронхейм превзошёл Берген, хотя и уступал Осло, население которого с 1801 г. до начала XX в. выросло с 9 000 человек до 225 000 человек.

Через Тронхейм проходило большинство импортируемых и экспортируемых товаров. В 1880 г. город был соединен железной дорогой с Осло, а в 1882 г. — со Швецией; открытие в 1893 г. морского пути вдоль побережья Норвегии, включая Тронхейм, дало основания сравнивать его с Гамбургом. Разрабатывались масштабные планы по расширению портовых сооружений, хотя в итоге реализована была лишь небольшая их часть [Sandnes et al., s. 51–70]. Тем не менее, развитие системы путей сообщения сопровождалось значительным ростом городской торговли и промышленности: Тронхейм активно экспортировал дерево и руду, а также рыбу, а взамен импортировал удобрения, семена, сельскохозяйственную технику, которые были востребованы в сельской округе, где уже произошел переход от натуральной к рыночной экономике. Тронхейм обеспечивал товарами и услугами не только свой регион, но и районы Северной Норвегии [Ibid., s. 55].

Санитарно-гигиеническая обстановка в Тронхейме улучшалась на протяжении первой половины XIX в.: в 1850-е гг. была построена система канализации и водопровода, а с 1880 г. водоснабжение появилось и в жилых домах. Быстрая модернизация не только усиливала социальное неравенство, но и делала его более очевидным. Это выражалось в том числе и в водоснабжении, доступ к которому основная масса горожан получила лишь в XX в., но и тогда наличие горячей воды, душа и ванны в своей квартире оставались роскошью, которую могли себе позволить лишь немногие. Тем не менее, на протяжении последних десятилетий XIX в. улучшение гигиены входило в приоритеты городской комиссии по здравоохранению, в результате чего были построены две общественные бани. Их востребованность можно оценить по данным медицинского отчета за 1903 г., в котором говорилось, что жители города воспользовались услугами бань 120 тыс. раз [Tretvik et al., s. 152]. Если предположить, что они работали каждый день, что маловероятно, то и тогда получается, что ежедневно баню посещало до 329 человек. Социальное неравенство выражалось и в жилищных условиях. Наименее обеспеченные семьи рабочих были сосредоточены в восточной части города, их дома были маленькими и плохо утепленными, а жилое пространство очень небольшим. Кроме того, согласно данным переписи населения 1900 г., почти в каждом доме проживали дополнительно постояльцы, что не улучшало жилищных условий. Буржуазия и состоятельный средний класс, наоборот, имели дома в центральной части города, которая к концу XIX в. преобразилась. Введение в строй канализации и водопровода избавило центр от неприятных запахов, а жители окраин продолжали писать в городской совет жалобы на вонь от телег, в которых вывозили нечистоты, откачанные из бесчисленного множества выгребных ям [Sandnes et al., s. 37–50]. Кроме того, несмотря на модернизацию, городская перепись 1885 г. показала, что в границах города находилось не менее 215 свинарников и 97 скотных дворов, в которых содержалось около 900 животных [Danielsen, s. 14], что никак не улучшало санитарное состояние Тронхейма.

Медицинский персонал города в 1880 г. был представлен десятью повитухами, 19 врачами и двумя дантистами. Учитывая численность населения, соотношение этих трех категорий медиков и числа жителей составляло 1 : 2 000,

1 : 1 200 и 1 : 11 000 соответственно [Norsk Offentlig Statistikk]. Данные за 1900 г. свидетельствуют, что городские власти не смогли кардинально изменить ситуацию из-за беспрецедентно быстрого роста населения: в то время как соотношение числа повитух и числа горожан улучшилось и достигло 1 : 1 300, соотношение числа врачей и числа горожан стало хуже — 1 : 1 400.

### Опыт классификации причин смерти

Для кодирования и классификации причин смертности мы использовали Сph1876+ (версия 1.0, июнь 2016 г.). Эта классификация имеет иерархическую структуру и опирается на систему, предложенную историком медицины Йосепом Пепом Бернабеу [Bernabeu-Mestre et al.]. В отличие от современного стандарта Международной классификации болезней (МКБ/ICD), данная система лучше подходит для описания того, как классифицировали болезни и объясняли причины смерти в XIX в.<sup>1</sup> Выбранная схема состоит из 141 категории, организованной согласно этиологии или путям передачи инфекции в шесть основных групп.

#### 1. Инфекционные заболевания:

1) воздушно-капельные инфекции, в том числе оспа и коклюш; инфекции дыхательных путей — бронхит, туберкулез и другие острые респираторные заболевания — грипп и пневмония;

2) инфекции, передающиеся через воду или пищу: холера, брюшной тиф, острые расстройства пищеварения, такие как дизентерия и диарея;

3) заболевания, передаваемые через переносчиков, в том числе сыпной тиф, желтая лихорадка;

4) инфекционные заболевания с трудноопределимыми причинами смерти, т. е. случаи, когда невозможно четко указать на конкретное заболевание из перечисленных выше;

5) «иные конкретные инфекции» (включает сибирскую язву и столбняк).

2. Неинфекционные заболевания: содержит 16 подгрупп, каждая из которых связана с патологиями отдельных органов или систем, а также включает перинатальные патологии и рак.

3. Все внешние причины смерти: несчастные случаи, ожоги, самоубийства, убийства и пр.

4. Заболевания, обозначенные народными терминами, вышедшими из употребления, такими как: *underernæring* «недостаточное питание»; *plutselig død* «внезапная смерть», *krammer* «колики»; *ammest ikke* «недостаток грудного вскармливания», *tenner* «прорезывание зубов», *ødem* «отек», *alderdom* «старость». Недавние исследования показали, что рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на самом деле являлся результатом того, что сократилось использование формулировки «от старости» [Reid et al., s. 330].

5. Случаи, когда в источнике в разделе «причина смерти» указано «неизвестно» или запись невозможно прочитать по техническим причинам.

<sup>1</sup> В настоящее время разрабатывается историческая версия МКБ.

6. Случаи, когда в соответствующем разделе источника не содержится никаких записей<sup>2</sup>.

### Анализ причин смертности в Тронхейме

В 8 474 записях об умерших в Тронхейме в 1865–1895 гг. были указаны причины смерти: всего 2 773 различных диагноза, включая варианты написания, которые после стандартизации и кодирования в соответствии с классификационной схемой Cph1876+ составили 127 вариантов из 141 возможного. Все они были распределены по основным шести группам: 1 – вызванные инфекционными заболеваниями; 2 – неинфекционными болезнями; 3 – внешними причинами; 4 – смерти, обозначенные устаревшими народными терминами; 5 – нечитаемые записи; 6 – записи, сделанные без указания причины (см. табл. 1).

Таблица 1

Распределение причин смерти по годам согласно Cph1876+  
(общее число случаев и %)

Год	1		2		3		4		5		6		Всего	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1866	118	46,1	69	27,0	5	2,0	45	17,6	12	4,7	7	2,7	256	100,0
1867	148	47,4	75	24,0	10	3,2	68	21,8	7	2,2	4	1,3	312	100,0
1868	209	57,6	64	17,6	14	3,9	61	16,8	15	4,1	0	0,0	363	100,0
1869	157	50,5	76	24,4	10	3,2	56	18,0	12	3,9	0	0,0	311	100,0
1870	243	56,1	91	21,0	10	2,3	80	18,5	8	1,8	1	0,2	433	100,0
1871	166	47,4	97	27,7	6	1,7	68	19,4	10	2,9	3	0,9	350	100,0
1872	236	61,1	71	18,4	6	1,6	63	16,3	8	2,1	2	0,5	386	100,0
1873	201	50,9	87	22,0	19	4,8	68	17,2	12	3,0	8	2,0	395	100,0
1874	186	51,5	84	23,3	16	4,4	56	15,5	16	4,4	3	0,8	361	100,0
1875	164	47,0	93	26,6	15	4,3	57	16,3	17	4,9	3	0,9	349	100,0
1876	149	36,8	68	16,8	10	2,5	43	10,6	11	2,7	124	30,6	405	100,0
1877	133	29,4	56	12,4	5	1,1	44	9,7	11	2,4	204	45,0	453	100,0
1878	112	32,0	51	14,6	8	2,3	39	11,1	7	2,0	133	38,0	350	100,0
1879	99	30,6	38	11,7	7	2,2	32	9,9	11	3,4	137	42,3	324	100,0
1880	140	40,0	64	18,3	6	1,7	23	6,6	11	3,1	106	30,3	350	100,0
1881	217	55,8	85	21,9	13	3,3	46	11,8	9	2,3	19	4,9	389	100,0
1882	263	59,2	94	21,2	7	1,6	54	12,2	15	3,4	11	2,5	444	100,0
1883	230	58,8	93	23,8	15	3,8	32	8,2	15	3,8	6	1,5	391	100,0
1884	81	23,8	43	12,6	5	1,5	13	3,8	6	1,8	193	56,6	341	100,0
1885	87	24,0	39	10,8	10	2,8	19	5,2	4	1,1	203	56,1	362	100,0

<sup>2</sup> Принципам кодирования посвящена отдельная статья, сданная в печать [Sommerseth, Walhout, 2020].

Окончание табл. 1

Год	1		2		3		4		5		6		Всего	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1886	90	21,6	31	7,4	6	1,4	19	4,6	3	0,7	268	64,3	417	100,0
1887	68	19,7	38	11,0	4	1,2	22	6,4	6	1,7	207	60,0	345	100,0
1888	121	30,6	93	23,5	14	3,5	35	8,8	8	2,0	125	31,6	396	100,0
1889	192	39,8	69	14,3	7	1,4	42	8,7	12	2,5	161	33,3	483	100,0
1890	235	46,7	82	16,3	10	2,0	32	6,4	10	2,0	134	26,6	503	100,0
1891	165	39,5	78	18,7	10	2,4	26	6,2	4	1,0	135	32,3	418	100,0
1892	92	29,4	62	19,8	3	1,0	20	6,4	1	0,3	135	43,1	313	100,0
1893	108	31,1	80	23,1	4	1,2	18	5,2	2	0,6	135	38,9	347	100,0
1894	114	30,7	83	22,4	8	2,2	23	6,2	7	1,9	136	36,7	371	100,0
1895	73	32,0	57	25,0	6	2,6	22	9,6	1	0,4	69	30,3	228	100,0
Итого	4597	41,2	2111	18,9	269	2,4	1226	11,0	271	2,4	2672	24,0	11146	100,0

Наиболее распространенной причиной смерти в рассматриваемый период являлись инфекционные болезни. Доля смертей от неинфекционных заболеваний и «внешних причин» (среди которых главное место занимали несчастные случаи) существенно не менялась на протяжении тридцати лет. Это позволяет предположить, что в тех случаях, когда причина не указывалась, смерть также чаще всего наступала в результате инфекций или неинфекционных патологий. С 1883 г. снизилось использование устаревших народных терминов в диагностике причин смерти (см. табл. 1).

Инфекционные заболевания ожидаемо оказались наиболее частой причиной (до  $\frac{2}{3}$  всех случаев) смерти детей от года до четырех лет (см. рис. 1). Менее высокая по сравнению с ними пропорция смертей от инфекционных болезней среди младенцев указывает на то, что в первый год жизни их спасало грудное вскармливание, но после отъема от груди ребенок становился более уязвимым. Среди взрослых в возрасте 25–49 лет инфекционные заболевания также являлись основной причиной смертности, на них приходилось 45 % всех смертей в этой возрастной группе, при этом 25 % было вызвано легочным туберкулезом.

Смерть взрослых, особенно в группе от 50 до 74 лет, чаще всего наступала в результате неинфекционных патологий. В случае смерти пожилых наиболее частым «диагнозом» была «старость».

Смертность от внешних причин была относительно невысокой, а в возрастных группах до 15 лет и старше 75 лет практически отсутствовала. Внешние причины смерти были связаны с опасными условиями труда, особенно для мужчин [Sommerseth, Walhout, 2020]. Тот факт, что количество случаев с причиной смерти «не указана» более или менее равномерно распределено по возрастным группам, подтверждает наше предположение о том, что отсутствие записи было вызвано не столько незнанием причины, сколько нежеланием священников вносить лишние записи, когда это перестало быть обязательным.

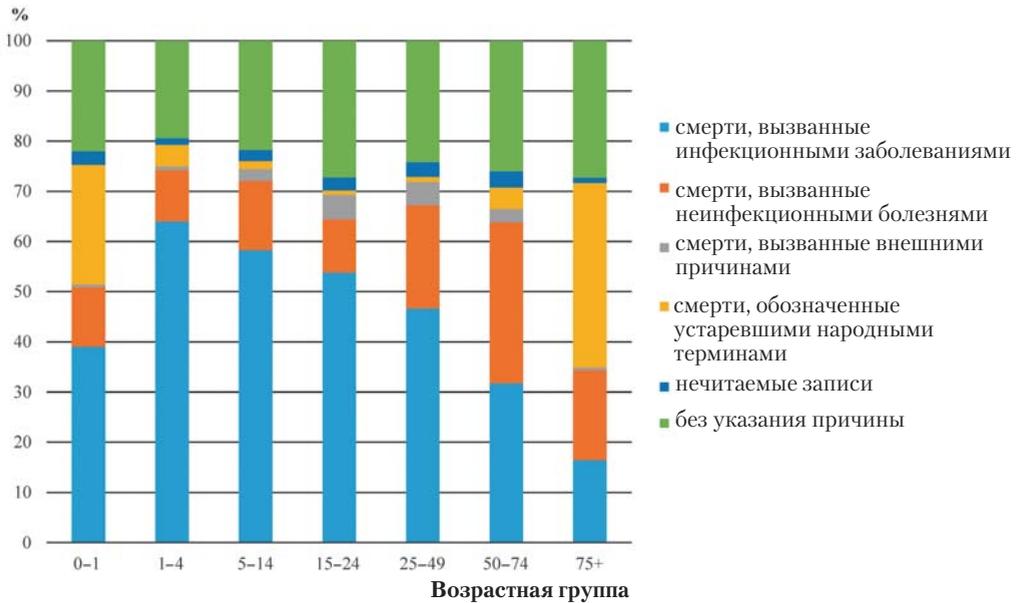


Рис. 1. Возрастные особенности распространения причин смерти шести основных групп  
 Fig. 1. Age peculiarities of the cause of death distribution of the main six groups

На рис. 2 показаны результаты анализа по девяти (из 36) наиболее частым причинам смерти по возрастным группам. В группе от года до четырех лет 60 % всех смертей были вызваны воздушно-капельными инфекциями. Они являлись основной причиной смерти людей и в более старшем возрасте — до 50 лет. Новообразования, включая рак, являлись второй наиболее частой причиной смерти в возрастной группе 50–74 года. Учитывая это и тот факт, что у людей старше 75 лет почти в половине случаев диагнозом значилась просто «старость», можно предположить, что реальной причиной смерти являлись новообразование или воздушно-капельная инфекция.

Самыми смертоносными для младенцев Тронхейма заболеваниями были бронхит и пневмония. Дети от года до четырех лет чаще всего умирали от скарлатины, бронхита, дифтерии. Дети в возрасте от 5 до 14 лет часто становились жертвами дифтерии и туберкулеза. Для возрастной группы от 25 до 49 лет основной причиной смерти становился легочный туберкулез (см. табл. 2).

Использование устаревших народных терминов для обозначения причин смерти снижалось на протяжении всего рассматриваемого периода. При этом дольше всего они сохранялись для обозначения причин смерти у младенцев и у людей преклонного возраста. В 20 % случаев смерти младенцев в качестве причины указывали *konvulsioner / kramper / eclampsia* «колики» и довольно часто просто *medfødt svaghed* «от младенчества». В 93 % записей о смерти людей старшей возрастной группы указывали *alderdom* «старость» (см. рис. 3).

Таблица 2

## Инфекции, вызвавшие смерть: распределение по возрастным группам (общее число случаев и %)

Наименование инфекции	Возраст														Всего	
	0-1		1-4		5-14		15-24		25-49		50-74		75+		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Легочный туберкулез	9	0,2	31	0,8	84	2,3	256	6,9	497	13,4	259	7,0	27	0,7	1163	31,4
Пневмония	83	2,2	73	2,0	34	0,9	25	0,7	123	3,3	244	6,6	82	2,2	664	17,9
Бронхит	150	4,1	130	3,5	13	0,4	5	0,1	18	0,5	107	2,9	75	2,0	498	13,5
Туберкулез	21	0,6	42	1,1	45	1,2	40	1,1	68	1,8	35	0,9	0	0,0	251	6,8
Дифтерия	17	0,5	103	2,8	93	2,5	31	0,8	5	0,1	0	0,0	0	0,0	249	6,7
Скарлатина	23	0,6	161	4,3	53	1,4	6	0,2	3	0,1	0	0,0	0	0,0	246	6,6
Туберкулезный менингит	26	0,7	62	1,7	41	1,1	12	0,3	15	0,4	1	0,0	0	0,0	157	4,2
Коклюш	51	1,4	57	1,5	9	0,2	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	119	3,2
Круп	10	0,3	85	2,3	18	0,5	1	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	116	3,1
Корь	23	0,6	42	1,1	9	0,2	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	76	2,1
Инфекции дыхательных путей	22	0,6	6	0,2	3	0,1	2	0,1	6	0,2	15	0,4	10	0,3	64	1,7
Грипп	3	0,1	2	0,1	0	0,0	0	0,0	5	0,1	10	0,3	6	0,2	26	0,7
Инфекции горла	6	0,2	8	0,2	1	0,0	3	0,1	1	0,0	3	0,1	0	0,0	22	0,6
Плеврит	4	0,1	2	0,1	2	0,1	4	0,1	4	0,1	5	0,1	1	0,0	22	0,6
Ревматическая лихорадка	0	0,0	0	0,0	2	0,1	7	0,2	9	0,2	1	0,0	0	0,0	19	0,5
Ларингит	0	0,0	3	0,1	3	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,2
Типичные детские инфекции	0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
Оспа	0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
Всего	448	12,1	809	21,9	412	11,1	394	10,6	756	20,4	682	18,4	201	5,4	3702	100,0

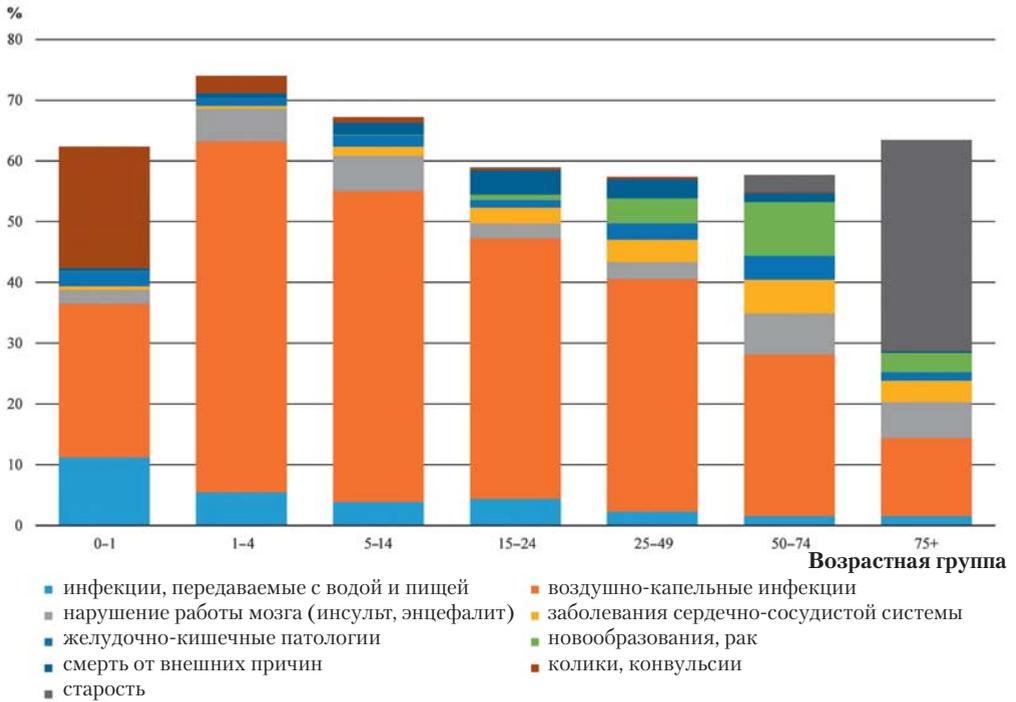


Рис. 2. Возрастные особенности распространения заболеваний, вызвавших смерть, %  
 Fig. 2. Percentage of age-related peculiarities of spread of diseases

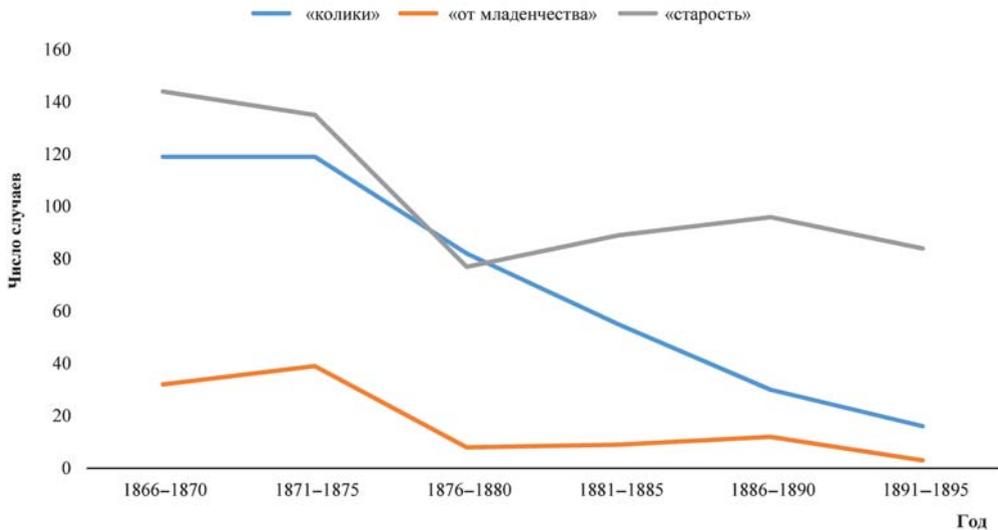


Рис. 3. Число смертей, вызванных тремя наиболее частыми причинами категории «устаревшие народные термины»  
 Fig. 3. Number of deaths caused by the three most common causes of death of the outdated popular terms category

В исследовательской литературе *kramper* «колики, спазм, конвульсии» — наиболее часто используемый термин — описывается как одна из основных «устаревших причин» младенческой смертности. Такой диагноз ставили, когда смерть наступала от болезни, не имевшей никаких внешних признаков. В то время врачи считали, что «колики» были вызваны прорезыванием зубов или происходили в тех случаях, когда мать кормила ребенка грудью после сильного эмоционального потрясения [Løkke]. Несмотря на то, что 38 % всех причин младенческой смертности до 1875 г. были зарегистрированы как «колики», понятие почти исчезло из номенклатуры к концу рассматриваемого периода. С 1886 по 1895 г. всего 9 % младенческих смертей были определены как смерть от «колик» (см. рис. 3).

Классификационная система включает шесть различных терминов для описания причин смерти, наступившей «из-за младенчества». Однако в приходских книгах Тронхейма для описания причин смерти 130 детей, умерших «из-за младенчества», были использованы только три варианта. Самый распространенный — *atrophia infantilis* «детская атрофия» — был указан в качестве причины смерти для 90 младенцев; *tenner* «прорезывание зубов» унесло жизни еще 12 младенцев; *nyfødt* «новорожденный» стало причиной смерти одного ребенка. В Тронхейме не использовались такие варианты классификации, как *ikke ammet* «недостаток грудного вскармливания», *trøske* «молочница», *omsorgssvikt* «недостаток заботы».

Из 625 умерших от «старости» *alderdomssvakhet* «старческая слабость» была зарегистрирована в 267 случаях (43 %), а в 206 случаях (32 %) была указана просто *alderdom* «старость». Анне Лёкке считает, что в Дании с введением новой номенклатуры заболеваний в 1876 г. термин «старость» был заменен на термин «старческая слабость», поскольку преклонный возраст перестал восприниматься как достаточное объяснение наступления смерти. Наоборот, возникло представление о том, что умерший должен был быть поражен слабостью, которая отличала бы его от других людей того же возраста [Ibid.]. Однако по материалам Тронхейма такая тенденция не прослеживается: «старость» и «старческая слабость» использовались в приходских книгах на протяжении всего исследуемого периода. При этом один и тот же священник мог использовать оба термина в записях, идущих одна за другой. Также священники Тронхейма 59 раз (9,5 %) использовали латинский термин *senectus* «старость», употребление которого не было связано с возрастом, полом или социальным статусом умершего. Причина смерти *senectus* указывалась как для вдов, которые жили на пособие по бедности, так и для владельцев торговых судов.

В 57 записях, где в качестве основной причины смерти числилась «старость» или «старческая слабость», были указаны дополнительные причины. Например, человек мог умереть от старости, сопровождавшейся болезнью, передающейся воздушно-капельным путем или через воду, например, диареей или бронхитом.

Если использование устаревших народных терминов «колики», «детская атрофия» и «старческая слабость» указывало на физическое состояние при

кончине для определенной возрастной группы, то термин «старость» использовался в качестве причины в тех случаях, когда смерть была ожидаемой для человека в этом возрасте и не требовала дополнительного пояснения.

### **Предварительные выводы**

Номинативные данные о причинах смерти, зарегистрированные в приходских книгах Тронхейма, позволяют получить представление о наиболее распространенных болезнях, о динамике заболеваемости и о том, какие возрастные группы эти болезни поражали чаще всего.

Среди возбудителей болезней в Тронхейме в конце XIX в. доминировали инфекции, передававшиеся воздушно-капельным путем. Из-за высокой скученности и мобильности населения инфекции распространялись легко и быстро, приводя к высокой смертности. Относительно низкий уровень заболеваемости инфекциями, передающимися через воду или пищу, например, диареей или дизентерией, указывает на то, что строительство канализации и водопровода в 1850-е гг. и проведение системы водоснабжения в жилые дома в 1880-е гг. оказали благотворное воздействие на общую санитарно-гигиеническую обстановку в Тронхейме, так же, как и повышение информированности населения в отношении личной гигиены, что было важнейшим приоритетом Городской комиссии по здоровью.

Анализ индивидуальных данных о причинах смерти позволил выявить модели распространения болезней в разных возрастных группах жителей Тронхейма. Инфекционные заболевания, передающиеся воздушно-капельным путем, были основной причиной смертности (60 % от всех смертей) детей от одного до четырех лет.

Учитывая недостатки медицинской статистики для большей части территории страны, анализ источников, содержащих сведения о смертности, позволяет точнее оценить эпидемиологическую обстановку в рассматриваемый период. Медики в основном работали в городах, тогда как 80 % населения проживало в сельских районах, где врачи редко могли присутствовать при кончине пациентов. Таким образом, сведения по городам оказываются отличной основой для сравнительных исследований о причинах смерти, зарегистрированных священниками и докторами, что станет предметом наших дальнейших исследований.

### **Источники**

Norsk Offentlig Statistikk – Beretning om Sundhetstilstanden og medicinalforholdene i aaret 1880 / udgiven af Direktøren for det civile Medicinalvæsen. Christiania : Trykt i det Steenske Bogtrykkeri, 1884 // Norsk Offentlig Statistikk : [site]. URL: [https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos\\_ii\\_c4\\_1880.pdf](https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_ii_c4_1880.pdf) (date of access: 01.02.2019).

### Исследования

*Bernabeu-Mestre J. P., Farñas D. R., Gimeno A. S., González E. R.* El análisis histórico de la mortalidad por causas: problemas y soluciones // *Revista de Demografía Histórica*. 2003. Vol. 21, № 1. P. 167–193.

*Danielsen R.* Det nye bysamfunn 1880–1914 // *Danielsen R. Trondheim bys historie*. Bd. 4 : Det nye bysamfunn, 1880–1914. Trondheim : I kommisjon hos F. Bruns bokhandels forlag, 1958. S. 9–589.

*Fure E.* En besynderlig Regelmessighet. Dødeligheten i Asker og Bærum på 1800-tallet med særlig vekt på spedbarnsdødeligheten : dr. philos.-avhandling. Oslo : Universitetet i Oslo, 2004.

*Løkke A.* Døden i barndommen. Spæbørnsdødelighed og moderniseringsprosesser i Danmark 1800 til 1920. København : Gyldendal, 1998.

*Pedersen A. G.* Dødelighet og dødsårsaker // På liv og død. Helsestatistikk i 150 år / R. R. Bore (red.). Oslo ; Kongsvinger : Statistisk sentralbyrå, 2007. S. 30–51.

*Reid A., Garrett E., Dibben C., Williamson L.* 'A confession of ignorance': deaths from old age and deciphering cause-of-death statistics in Scotland, 1855–1949 // *The History of the Family*. 2015. 20. P. 320–344.

*Sandnes J., Supphellen S., Grankvist R., Kirkhusmo A., Stugu O.* Trondheim, One Thousand Years in the City of St. Olav. Trondheim : Strindheim trykkeris forlag, 1995.

*Schiøtz A., Skaset M.* Folkets helse – landets styrke 1850–2003 // *Det Offentlige helsevesen i Norge 1603–2003*. Oslo : Universitetsforlaget, 2003. Bd. 2. S. 9–630.

*Sommerseth H. L., Walhout E. C.* Chapter 10. Death in a city: a view from the 19<sup>th</sup> century church registers in Norway. DOI 10.15826/B978-5-7996-2656-3.11 // *Nominative Data in Demographic Research in the East and the West* / ed. by E. Glavatskaya, G. Thorvaldsen, G. Fertig, M. Szoltysek. Ekaterinburg : Ural Univ. Press, 2019. P. 185–201.

*Sommerseth H. L., Walhout E.* The Gendering of Disease. A Century of Classification Practices regarding Male and Female Causes of Death in Norway and The Netherlands, 1839–1938 // *Social History of Medicine*. 2020. (In print)

*Trevik A. M., Sandvik P. T., Kirkhusmo A., Stugu O. S.* Grenda blir global, 1850–2005 // *Trøndelags historie*. Bd. 2 / I. Bull, O. Skevik, K. Sognnes, O. S. Stugu. Trondheim : Tapir akademiske forlag, 2007. S. 13–535.

*Walhout E.* Is Breast Best? Evaluating Breastfeeding Patterns and Causes of Infant Death in a Dutch Province in the Period 1875–1900 // *The History of the Family*. 2010. 15. P. 76–90.

### References

Bernabeu-Mestre, J. P., Farñas, D. R., Gimeno, A. S., & González, E. R. (2003). El análisis histórico de la mortalidad por causas: problemas y soluciones [Historical Analysis of Mortality by Cause. Problems and Solutions]. *Revista de Demografía Histórica*, 21(1), 167–192.

Danielsen, R. (1958). Det nye bysamfunn 1880–1914 [The New Urban Community 1880–1914]. In R. Danielsen, *Trondheim bys historie* [The History of Trondheim] (Vol. 4: Det nye bysamfunn, 1880–1914 [The New Urban Community, 1880–1914], pp. 9–589). Trondheim: I kommisjon hos F. Bruns bokhandels forlag.

Fure, E. (2004). *En besynderlig Regelmessighet. Dødeligheten i Asker og Bærum på 1800-tallet med særlig vekt på spedbarnsdødeligheten* [An Odd Regularity. Mortality in Asker and Bærum in the 19<sup>th</sup> Century with Special Emphasis on Infant Mortality] (doctoral dissertation). Oslo: University of Oslo.

Løkke, A. (1998). *Døden i barndommen. Spæbørnsdødelighed og moderniseringsprosesser i Danmark 1800 til 1920* [Death in Childhood. Infant Mortality and Modernisation Processes in Denmark between 1800 and 1920]. København: Gyldendal.

Pedersen, A. G. (2007). Dødelighet og dødsårsaker [Mortality and Causes of Death]. In R. R. Bore (Ed.), *På liv og død. Helsestatistikk i 150 år* [On Life and Death. Health Statistics for 150 years] (pp. 30–51). Oslo; Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Reid, A., Garrett, E., Dibben, C., & Williamson, L. (2015). 'A Confession of Ignorance': Deaths from Old Age and Deciphering Cause-of-death Statistics in Scotland, 1855–1949. *The History of the Family*, 20, 320–44.

Sandnes, J., Supphellen, S., Grankvist, R., Kirkhusmo, A., & Stugu, O. (1995). *Trondheim, One Thousand Years in the City of St. Olav*. Trondheim: Strindheim trykkeris forlag.

Schiøtz, A., & Skaset, M. (2003). *Det Offentlige helsevesen i Norge 1603–2003* [The Public Health System in Norway 1603–2003] (Vol. 2: Folkets helse – landets styrke 1850–2003 [Public Health – the Strength of the Country 1850–2003], pp. 9–630). Oslo: Universitetsforlaget.

Sommerseth, H. L., & Walhout, E. C. (2019). Chapter 10. Death in a City: A View from the 19<sup>th</sup> Century Church Registers in Norway. In E. Glavatskaya, G. Thorvaldsen, G. Fertig, & M. Szoltysek (Eds.), *Nominative Data in Demographic Research in the East and the West* (pp. 185–201). Ekaterinburg: Ural Univ. Press. <http://doi.org/10.15826/B978-5-7996-2656-3.11>

Sommerseth, H. L., & Walhout, E. (2020). The Gendering of Disease. A Century of Classification Practices Regarding Male and Female Causes of Death in Norway and the Netherlands, 1839–1938. *Social History of Medicine*.

Tretvik, A. M., Sandvik, P. T., Kirkhusmo, A., & Stugu, O. S. (2007). *Grenda blir global, 1850–2005* [Grenda Becomes Global, 1850–2005]. In I. Bull, O. Skevik, K. Sognnes, & O. S. Stugu, *Trøndelags historie* [The History of Trøndelag] (Vol. 2, pp. 13–535). Trondheim: Tapir akademiske forlag.

Walhout, E. (2010). Is Breast Best? Evaluating Breastfeeding Patterns and Causes of Infant Death in a Dutch Province in the Period 1875–1900. *The History of the Family*, 15, 76–90.

#### **Соммерсет Хилде Лейкни**

PhD, профессор исторической демографии  
Университет Тромсё – Арктический  
университет Норвегии  
Breiviklia, 9037 Tromsø  
E-mail: hilde.sommerseth@uit.no

#### **Волхаут Эвелин**

PhD, профессор  
Лейденский университет  
Doelensteeg 16, 2311 VL Leiden  
E-mail: e.c.walhout@hum.leidenuniv.nl

#### **Sommerseth, Hilde Leikny**

PhD (History),  
Professor of Historical Demography  
UiT The Arctic University of Norway  
Breiviklia, 9037 Tromsø, Norway  
Email: hilde.sommerseth@uit.no  
ORCID: 0000-0001-7070-8184  
Scopus AuthorID: 56902619200

#### **Walhout, Evelien Cornelia**

PhD (History), Assistant Professor  
Leiden University  
Doelensteeg 16, 2311 VL Leiden, Netherlands  
Email: e.c.walhout@hum.leidenuniv.nl  
ORCID: 0000-0002-8652-4619  
Scopus AuthorID: 6505532850