

инфекционных заболеваний при тех или иных социально-экономических условиях. В зависимости от этого следует намечать и те или иные общественно необходимые мероприятия.

Можем ли мы предсказать движение кривой рождаемости, смертности и прироста населения? Конечно, да. Особенно нам важно знать при определении социальных мероприятий прирост населения. Дает ли нам статистика возможность это сделать. Несомненно, да! Выведенные на основании изучения динамики кривые роста населения путем методов интерполяции и экстраполяции позволяют нам вычислять количество населения в промежутке между переписями и в ближайшие после переписи годы с достаточной для практических целей точностью. Возьмем для примера приводимые Принципом<sup>1)</sup> данные о численности населения в Германии. Мы видим, что вычисленные путем интерполяции данные совпадают почти с действительно полученными во время переписи 1905 г. Было вычислено путем интерполяции, что численность населения в Германии на 1905 год должна быть 60.647.000, перепись же дала 60.649.000.

В заключение мы позволим себе дать ответ на поставленный вопрос: является ли статистический метод достаточно надежным, чтобы можно было, базирясь на нем, делать соответствующие теоретические и практические выводы? Может ли социальная гигиена опираться на этот метод не только в своей описательной, но и нормативной части? Мы отвечаем на эти вопросы утвердительно, но при одном непременном условии, *если в основу статистического метода будут положены законы материалистической диалектики*. Только тогда, когда статистики будут сознательно пользоваться основными законами диалектики, мы сможем добиться устранения существующего в настоящий момент положения, очень ярко изображенного следующими словами М. С м и т<sup>2)</sup>: „Получаемые статистиками числа часто, увы, являются „количественными комбинациями“, которые могут удовлетворить правдое любознательство и не имеют ни практического, ни теоретического значения. Чем скорее мы покончим с этой диспропорцией бытия и сознания статистиков, тем скорее решим мы две задачи: 1) построение такой статистической теории, которая необходима для нужд статистической практики, 2) организация такой статистической практики, которая явится одним из важнейших орудий сознательного контроля человека над стихией социально-экономических процессов“.

Внедрение диалектического мышления в статистическую практику дает нам возможность не только познать, по образному выражению Кауфмана, как управляется мир, но добавим, и показать, как следует его перестраивать на новых социалистических началах.

### Сифилис в башкирской деревне<sup>3)</sup>.

(Опыт обследования).

А. Д. Целищевой.

В последние годы намечается тенденция органов здравоохранения к свертыванию противвенерической сети на селе, между тем данные

<sup>1)</sup> Принципиум. Медицинская статистика.

<sup>2)</sup> М. С м и т. Вестник Комкадемии, № 20, 1927 г.

<sup>3)</sup> Доложено на 2-ой Областной научной конференции врачей Татарской Республики 17/1—1930 года.

обследований все еще выявляют большое количество свежих форм сифилиса на селе. Медучастки совершенно не подготовлены к лечению сифилиса на местах. Отсутствие медикаментов, неподготовленность медперсонала к лечению, все это ставит борьбу с сифилисом в деревне в очень тяжелые условия. Данная работа является опытом обследования бакирской деревни и вышукло выделяет степень распространения сифилиса на селе.

Наш опыт изучения распространения сифилиса в бакирской деревне базировался на данных 6-месячного обследования (3 месяца летом 1928 года и 3 месяца в 1929 г.) горно-лесного района Тамьяно-Катайского кантона Башпреспублики, а именно: Тунгатаровской, Катайской и Кагинской волостей.

Тунгатаровская волость расположена в отрогах Южного Урала, в стороне от водных и железнодорожных путей. Ближайшая железнодорожная станция Миасс в 55 км., до кантонального города Белорецка 140 км. Хотя эта местность принадлежит к горно-лесному району, но лесов здесь мало, жители занимаются земледелием и разработкой естественных богатств края, как-то: добыча золота, талька, хрома, а также отхожими промыслами в ближайшие города: Златоуст, Миасс, Белорецк. Всего жителей 10.070 человек, из них 5.841 башкир и 4.229 русских. Русское население сосредоточено в 2-х больших селах: Вознесенском и Поляковском, где, в особенности в последнем, сосредоточена вся торговля волости. Башкирское население живет в 24-х селениях, в одном из них на расстоянии 12 верст от базы отряда располагался В. П. К.

Катайская волость расположена в 22—60 км. от Белорецка. Узкоколейка, проходящая от Белорецка до Инзера и Тукана, проходит приблизительно посредине волости, но население все же редко пользуется этим видом сообщения и ездит на лошадях,—почти исключительно верхом, так как вся волость представляет собой горную местность, покрытую лесами, и населенные пункты обычно соединяются между собой лишь тропами. Населения 9.720 человек, из них: башкир 6.818 ч. и русских 2.902 ч. Главное занятие жителей-башкир—обслуживание привлегающих заводов: Белорецкого, Инзерского, Тукана, выражающееся в рубке леса, обжигании дерева, возке руды и угля. Земледелием башкиры не занимаются. В виде опыта с 1928 года организованы 3 огородные артели. Летом все население (кроме сторожей) выезжает в кочевки (коши), причем коши одной деревни не всегда расположены в одном месте, а разбросаны в 2—3—4 местах на расстоянии нескольких верст друг от друга. За лето вся деревня перекочевывает с места на место обычно 2 раза.

Село Узян (прежде—завод), Кагинской волости расположено в горах в 50 км. от Белорецка. В гражданскую войну—место военных действий Урала. Население русское, 5.601 ч.

*Грамотность.* Тунгатаровская волость: грамотных башкир—мужчин 60%, женщин 27%, русских—мужчин 58%, женщин 40%. Катайская волость: грамотных 27%, малограмотных 10%. С. Узян, Кагинской волости: грамотных 35%.

*Медпомощь.* На всю Тунгатаровскую волость 2 лечебных пункта: один фельдшерский, другой врачебный, в обоих ротные фельдшера. Один из пунктов, расположенный в дер. Ильчегулове, помещается в бывшей бане. В селе Тунгатарове начата постройка больницы. На пункте в селе Воз-

Таблица № 2.

*Распространение сифилиса по стадиям:*

	Lues II recens	Lues II recidiva	Lues II lat.	Всего Lues II	Lues III gummosa	Lues III lat.	Всего Lues III	Lues cong.
Башкир . . .	1	48	54	103	11	8	19	18
Русских . . .	6	30	37	73	11	17	28	2
	7	78	91	176	22	25	47	20

Таблица № 3.

*Распространение сифилиса по возрасту.*

	Lues II recens		Lues II recidiva		Lues II lat.		Lues III gum.		Lues III lat.		Lues cong.		Итого
	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	
1—5	1	1	12	11	5	9	—	—	—	—	17	2	58
5—15	—	1	6	5	18	8	1	—	—	—	1	—	40
15—20	—	1	10	2	5	3	4	1	—	1	—	—	27
20—40	—	2	15	6	19	14	5	1	5	8	—	—	75
40—60	—	1	5	6	7	3	1	9	3	8	—	—	43
	1	6	48	30	54	37	11	11	8	17	18	2	243

Больных в возрасте от 15 до 20 лет обнаружено 11,1%; от 20 до 40 лет—30,8% и старше 40 лет—17,3%.

Таким образом, все эти цифры (большой % заболеваемости в раннем возрасте) указывают на внеполовой характер распространения сифилиса в обследованном районе.

Таблица № 4.

*Распространение сифилиса по полу.*

	Lues II recens		Lues II recid.		Lues II lat.		Lues III gum.		Lues III lat.		Lues congen.		Итого		Всего
	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	Башк.	Русск.	
Мужчин .	1	3	19	13	28	15	4	6	4	9	8	2	64	48	112
Женщин .	—	3	29	17	26	22	7	5	4	8	10	—	76	55	131

Таблица распространения сифилиса по полу показывает, что из общего количества больных башкир (140 чел.) 45,7% падает на мужчин и 54,3% на женщин. Мужчин башкир во вторичном периоде 73%, во вторичном заразном—29,9%. Женщин-башкирок во вторичном периоде—72,3%, во вторичном заразном 35,5%.

Из общего количества больных русских (103 чел.) 46% падает на мужчин и 54% на женщин. Во вторичном периоде русских мужчин—65%, во вторичном заразном периоде—33%.

Русских женщин во вторичном периоде—76%, во вторичном заразном периоде—36%.

По характеру заражения преобладает бытовой тип распространения сифилиса как среди русского, так и, особенно, среди башкирского населения. В то время, как половой сифилис среди башкир составляет 17%, среди русских—33%,—внеполовой сифилис среди башкир—55%, среди русских—40%; степень распространения бытового сифилиса, по данным обследования, зависит от состояния культурного уровня деревни. Очень важен источник инфекции у лиц, заразившихся половым путем. В то время как большинство мужчин заразилось от проституток и случайных связей, заражение женщин произошло исключительно вследствие внесения инфекции мужем.

Недостаточность медпомощи, отдаленность селений от венпунктов ведет к тому, что лечение зачастую совсем не проводится, либо проводится неаккуратно. Относительно аккуратно лечились 2, неаккуратно—30 (8 башкир и 22 русских) и совсем не лечились 201 чел. (132 башкира и 79 русских). О характере своей болезни большинство не знает.

В задачи отряда входила не только обследовательская, но и лечебная работа. Всего было 2345 посещений, первичных 932, повторных—1413. Лечилось больных сифилисом—125 человек.

*Выводы:* 1. В некоторых районах Башкирской республики мы обнаружили большое распространение свежих форм сифилиса (процент больных в некоторых пораженных районах колебался от 7 до 29%). Из общего количества больных—процент вторичных форм—72%. Средний процент поражения сифилисом 2,6, несколько ниже данных обследования крестьянского населения по Р.С.Ф.С.Р.

2. Большой радиус медучастков выдвигает необходимость посылки венотрядов в наиболее пораженные районы для ликвидации свежих очагов.

3. Бытовой характер сифилиса до сих пор преобладает как среди башкирского, так и среди русского деревенского населения.

4. Новый быт деревни—организация колхозов и совхозов выдвигает задачу усиления борьбы с сифилисом на селе, так как ослабление темпа противовенерической борьбы при данных условиях может, благодаря наличию свежих форм сифилиса, создать опасность распространения сифилиса в обобщественном секторе.

5. Основной задачей ближайшего периода является: 1) широкое вовлечение всей участковой сети в борьбу с венболезнями; 2) достаточное обеспечение медучастков Novosalvarsan'ом; 3) обеспечение коечной помощью заразных форм; 4) усиление учета заболеваемости и контроля за правильным лечением; 5) дальнейшая разработка статистического материала в национальном разрезе.