

# Важнейшие моменты санитарного состояния Волжско-Камского края в прошлом и настоящем<sup>1)</sup>.

И. К. Лукьянова

(бывш. Наркомздрава Чувашской АССР Республики).

Каждый социальный строй характеризуется определенной степенью состояния общей и санитарной культуры<sup>2)</sup>. Исторически развитие последней (здоровье населения и охрана его) шло неравномерно для различных территорий и групп населения в зависимости от политической и культурно-экономической конъюнктуры. Эти этапы санитарного состояния, которые переживало население Волжско-Камского края и фазы развития здесь организации здравоохранения в разные исторические периоды до сих пор слабо освещены в литературе.

На основании некоторых материалов можно думать, что таких периодов здесь было 3: 1) языческий (господство в медицине культа), 2) земский и, наконец, 3) советский.

Мы заранее ограничили свою работу, взяв в качестве симптомов для диагноза санитарного состояния края не исходные, непосредственные моменты (экономика, культура, быт, питание, жилищный вопрос, водоснабжение), а такие конечные показатели санитарного состояния, какими являются статистические данные (Р е с л е, К у р к и н, С ы с и н<sup>3)</sup>: 1) об естественном движении населения, 2) об его физическом развитии, 3) о дефицитности его (заболеваемость) и 4) о состоянии организации по охране народного здоровья.

Правда, нужно оговориться, что таких сведений в отношении Волжско-Камского края очень мало, задачу выяснить этот вопрос нельзя не считать труднейшей, и свой очерк мы считаем лишь вводным, не исчерпывающим и с той долей всего огромного содержания затронутой темы.

Прежде всего скажем несколько слов о территории Волжско-Камского края с социально-экономической и санитарной точек зрения<sup>4)</sup>. В настоящее время в состав края входят: Татарская и Чувашская республики, Марийская и Вотская авт. области, отчасти соседняя Башкир-

<sup>1)</sup> Доложено в Гигиенической Секции Общества Врачей при Казанском Университете и на конференции научных сотрудников кафедр общей и социальной гигиены Казанского Института для усовер. врачей и Казанского Института соц. гигиены.

<sup>2)</sup> С е м а ш к о, статьи в сб. „Соц. Гигиена“, особенно в 1 и 2, 1922—23, Москва.

<sup>3)</sup> Проф. А. Н. С ы с и н. Санитарное состояние России в прошлом и настоящем. Сб. „Соц. Гигиена“, вып. 1 и 2, 1922—23, Москва.

<sup>4)</sup> Лукьянов. К вопросу о санитарном состоянии Чув. АССР, Бюлл. НКЗ № 13/14, 1926.—М у х а м е д ь я р о в. Дело здравоохранения и перспективы его развития в Тат. Р., «Труд и Хозяйство» ТАССР, 1926, № 6—8.—К у р б а н г а л е е в. Санитар. состояние Тат. Р., «Гигиена и Эпидемиология», 1925.—Медицина в Башкирии, Уфа, 1923, и др.

ская республика (до революции Казанская губерния полностью и части губерний Симбирской, Вятской и Уфимской<sup>1)</sup>).

Природа и климат края типичны для всей средней полосы России. Рельеф—холмистая равнина, изрытая оврагами, являющаяся лесостепью (лесов в ЧР и ТР—до 35<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, в Марийской и Вотской—50<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всей площади).

Всего территория края занимает свыше 130 тысяч клм. с населением около 5 миллионов, из коего нацмены составляют свыше 60<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (Башкирская республика—140 тысяч клм., населения около 3 миллион.).

Край—исключительно земледельческий, хотя в ЧССР наблюдается резкое малоземелье. почва нуждается в хорошем удобрении, тогда как скотоводство находится в примитивном состоянии из-за некультурности и недостатка луговых угодий. Индустрии не было и нет. Вспомогательные промыслы—лесной и охотничий.

Бюджет крестьянина Волжско-Камского края ниже такового же среднего по РСФСР (350 руб. в год, а в ТССР и МАО—250 руб., в ЧССР—140 руб. и т. д.). Огромный <sup>0</sup>/<sub>0</sub> бедняцких хозяйств, неземлеустроенных (чересполосица), с примитивными формами землепользования (трехполка, соха). Ярким показателем экономической отсталости края служит размер расходов на душу населения в самой большой из нацреспублик—Татарской по местному бюджету: в 1924-25 г.—3 р. 60 к., в 1925 26 г.—4 р. 80 к. против средних цифр по РСФСР за те же годы—4 р. 76 к. и 6 р. 48 к.; в этом числе на здравоохранение падает по ТССР—40 к. и 58 к., а по РСФСР—65 к. и 90 коп. Культурный уровень очень низок: в то время, как грамотных по РСФСР насчитывается 31,9 на 100,—по ТР всего 25,3, причем среди русского населения—30,0, а среди татар—17,0. Из остальных нацтерриторий края наиболее высокий уровень грамотности дает Чувашская Р.—31,0 на 100, т. е. все же немного ниже средней по РСФСР.

В результате культурно-экономической отсталости развились плохие, очень тяжелые формы санитарно-гигиенических условий жизни, в особенности отразившиеся на жилище и питании. В отношении питания можно сказать, что оно для нацменовского населения края совсем научно не изучено, но во всяком случае не лучше того, о котором в свое время писал А. И. Шингарев в своей знаменитой „Вымирающей деревне“: хлеб и капуста, одним словом паек, который не подведешь ни под одну из существующих норм (Voit, Kubner и пр.). Этот вопрос ждет еще у нацмен своих исследователей. Лучше изучен вопрос с жилище (см. работы Сухарева, Мехоношина и целого ряда этнографов, как проф. Н. В. Никольского и др.). Для примера приведу характерные цифры: кубатура воздуха в избе у татар в среднем около 8 куб. м. вместо нормы в 30 куб. м. на взрослого и 20—на детей. Световая площадь (отношение площади окон к площади пола)—<sup>1</sup>/<sub>14</sub> вместо <sup>1</sup>/<sub>8</sub> (приводится по дисс. Сухарева).

Таким образом, как санитарная, так и бытовая обстановка у нацмен—тяжелая, антигигиеническая, а мирозерцание заражено суеверием и предрассудками (остаток недавнего язычества). Сильно развито знахар-

<sup>1)</sup> «Описание Тат. ССР», журналы: «Труд и Хозяйство». «Чувашское хозяйство», «Марийское хозяйство»; П о б е д о н о с ц е в, —«Волжско-Камский край» и др.

ство (помзы—б. жрецы), алкоголизм, табакокурение (даже женщины и дети). Употребление мыла—фравтовство, охрана детства и беременности—отсутствуют в силу непонимания и нужды, хотя любовь к детям и очень развита. Сельское водоснабжение в отчаянно негигиеническом состоянии (см. Лукьянов, „Источники водоснабжения Чув. ССР“<sup>1)</sup>). Вообще вся обстановка жителя-бытия нацмен была и остается более тяжелой и менее культурной, чем таковая же у русских. Естественно, что это отразилось на санитарном состоянии края самым отрицательным образом<sup>2)</sup>.

Если таково социально-экономическое и санитарное состояние края в настоящее время, то в первый период (доземский) оно было еще неизмеримо хуже, примитивнее. Эта эпоха характеризуется системой политического гнета, экономической и культурной отсталости края, в соответствии с чем стоял уровень и санитарной культуры. Картину санитарного состояния, которая могла существовать здесь при наличии архаических форм землепользования, когда источником существования являлись в значительной мере скотоводство, охота и рыбная ловля в их примитивных формах,—эту картину расшифровывают источники по истории и этнографии края<sup>3)</sup>.

Вся медицина, оказывается, вплоть до земского периода исчерпывалась здесь рощами киреметей и священнодействием жрецов-колдунов, а санкультура олицетворялась землянками и курными избами на дне оврагов и болот с диким укладом быта и предрассудками, не изжитыми в среде малых наций до сих пор. Естественно, что, чем более усложнялась жизнь, чем сильнее и острее становилась борьба за существование, тем все более народности края отставали от общего темпа культурного развития коренной России, тем все более становились они на путь вырождения. Правда, санитарное состояние населения и коренной России в то время было также тяжелым, хотя питание и быт были несравненно лучше, чем у туземцев Волги—Камы (см. Сыгина, а также источники по истории медицины<sup>4)</sup>).

По данным Ц. С. У.<sup>5)</sup> в XIX—XX столетиях динамика движения населения в Средневолжье (Казанская, Симбирская, Самарская и Уфимская губернии) сравнительно с таковой же по всему Поволжью и Центральной России<sup>6)</sup> представляется в следующем виде (в тысячах):

<sup>1)</sup> Гигиена и Эпидемиология, 1927, № 6.

<sup>2)</sup> См. Г. Комиссаров, Чуваши Каз. Заволжья, дисс. Каз., 1912; Д. П. Никольский, Башкиры, дисс., СПб., 1890 г., и др.

<sup>3)</sup> Tektander. Tfer persicum. Изв. Об. А. И. Э. при Каз. У-те, т. XXIII, в. 4.—Проф. Фирсов. Инородческое население прежн. Каз. царства в новой России. Казань, 1886.—Ташкин. Инородцы Приволжско-Приур. края, дисс., Казань, 1922.—Проф. Сбоев. Чуваши в быт. и пр. Москва, 1895.—Проф. Никольский. История Народностей Поволжья. Казань, 1919.—Коблов. Мифология Каз. татар. Дисс. П. О. А. И. Э., т. XXVI, 1905, и др.

<sup>4)</sup> Скороходов. Кр. очерк ист. русск. мед. 1926.—Рихтер. Ист. мед. в России. Описание путешествия Татищева.—Марзеев. Жилища и санитарный быт сельск. насел. Украины, 1927.

<sup>5)</sup> Статистич. сборник за 1913—17 г.г., в. I, Москва, 1922 г. и др.; „Россия“ под ред. В. П. Семенова-Тянь-Шанского; Энциклопед. словарь, изд. Брокгауза и Эфрона, т. 54, Россия.

<sup>6)</sup> Сюда входят 20 губерний Поволжья и Центральной России.

Территория	1851 г.	1858 г.	1897 г.	1917 г.	Коэфф. год. прироста в ‰
Казанская . . . . .	1347	1543	2191	2600	1,35‰
Симбирская . . . . .	1024	1141	1549	1872	1,26‰
Уфимская . . . . .	956	1125	2196	3050	3,32‰
Самарская . . . . .	1320	1530	2763	3351	2,33‰
Поволжье . . . . .	24476	28441	38833	45481	1,27‰

Выделение нацмен в отношении статистики прироста из общей массы населения в особую группу изменяет результаты в сторону для них менее благоприятную, чем вышеприведенные цифры. Ниже для сравнения приводится движение населения в Волжско-Камском крае по нацтерриториям в сравнении с таковым же Поволжья и Центральных губерний <sup>1)</sup>, <sup>2)</sup>.

Территория	1897 г.	1914 г.	Прирост в ‰	1920 г.	Прирост в ‰	‰ годового прироста
ТССР . . . . .	2409	3039	26‰	2896	20‰	0,87‰
БССР . . . . .	921	1206	31‰	1259	37‰	1,61‰ (вн. Башкирия)
ЧССР . . . . .	583	705	22‰	729	26‰	1,12‰
Мар. А. область . . . . .	313	368	12‰	345	11‰	0,48‰
Ульяновская губ. . . . .	1315	1648	26‰	1643	25‰	1,87‰
Поволжье . . . . .	35554	44294	24‰	42809	20‰	0,87‰

Таким образом стоит взять нацменовское население в модуле его большинства (принцип организации нацтерриторий), как годовой прирост делает значительные понижения и сравнивается с таковым же Поволжья.

Мало того, не надо забывать, что и здесь на повышение коэффициента прироста нацмен Средневожья безусловное влияние оказывало и оказывает до сих пор масса русского населения, достигающая 42,4‰ всех жителей.

О движении населения по национальностям более четкие и определенные данные имеются по б. Казанской губернии (в тысячах <sup>3)</sup>).

Г о д ы	Общее количест. населен.	Русских	Татар	Чувал	Примечания
1834 . . . . .	1010	492	308,6	300	8-я ревизия
1897 . . . . .	2191	934	744	513	Всер. перепись
1913 . . . . .	2829	1504,3	772,7	550	Св. Каз. Губ. Ст. К-та

Отсюда прирост за 79 лет составлял: 1) для всего населения—180‰ (ежегодный—2,3‰), 2) для русских—206‰ (ежегодный—2,6‰),

<sup>1)</sup> Данные взяты из Статистического Ежегодника за 1918—21 гг., изд. ЦСУ, Москва, 1924.

<sup>2)</sup> См. Победоносцев, Волжско-Камский Край, Каз., 1926 г.

<sup>3)</sup> См. Энц. словарь Брокгауза и Эфрона и „Россия“ Семенова-Тянь-Шанского.

3) для татар—150% (ежегодный—1,9%), 4) для чуваш—83% (ежегодный—1,05%<sup>1)</sup>).

В то же время население России дало следующие цифры (по А. Н. Сысину, Санитарное состояние России, сб. Соц. Гигиена №№ 1 и 2, 1922-23 г., Москва): в 1762 г.—13.000.000, в 1796 г.—36.000.000, в 1815 г.—45 000.000, в 1851 г.—67.000.000, в 1897 г.—129.000.000, в 1913 г.—170.000 000.

Здесь за 151 год, как видно, наблюдалось увеличение в 13 раз, а коэффициент годового прироста—8%. Правда, проф. А. Н. Сысин склонен половину этого прироста относить за счет присоединения к России новых областей. Но, даже и учитывая этот корректив, нельзя не видеть, что прирост русского населения как в общерусском масштабе, так и по Казанской губернии был значительно выше нацменьшего. Оценивая явление прироста населения, как в высокой степени показательный фактор санитарного состояния края, приходим, на основании анализа приведенных выше материалов, к выводу, что нации Средневожья находились в особо неблагоприятных культурно-экономических и санитарных условиях даже по сравнению с населением коренной России. Недаром же научными исследованиями установлен факт, что смертность и рождаемость в России нарастают по направлению с Запада на Восток, являющийся конгломератом отсталых народностей (см. цит. труды Сысина, а также Новосельского<sup>2)</sup>).

Причины быстрого увеличения населения в России, как и в Волжско-Камском крае, в конце XVIII и в XIX веке, выяснены и заключаются в том, что обе территории являлись странами натурального хозяйства, без развития промышленности, без хороших путей сообщения, с резким преобладанием сельского населения. Естественно, что обе территории давали прирост населения даже при самых антигигиенических условиях быта и труда населения.

Судя по обращаемости населения за медицинской помощью в земский период и по данным поголовных осмотров, можно констатировать, что среди нацмен восточных губерний отмечалась, главным образом, огромная заболеваемость социальными, бытовыми и эпидемическими болезнями, причем на первом месте здесь стоят: трахома, туберкулез, сифилис, чесотка, грипп, желудочно-кишечные и детские острые инфекции, в том числе оспа и летние детские поносы<sup>3)</sup>,<sup>4)</sup>).

Если в России, по данным проф. Сысина, только 25% всей массы заболеваний были связаны, главным образом, не с биологическими особенностями организма, а с социально-экономическими и бытовым укладом страны, то в Волжско-Камском крае последнего рода факторы вызвали до 40% и более всех заболеваний. Физическое развитие населе-

1) Высокий % прироста у татар и слишком малый у чуваш, как справедливо замечают историки края, до известной степени происходил за счет массового перехода чуваш в ислам и последующей татаризации их (см. дисс. проф. Н. В. Никольского, История распространения христианства среди чуваш, Казань, 1912 г.).

2) Естеств. движение населения России и Европы за годы войны, Ж. Общ. Врач, 1917, № 6—8; 1922, № 2.

3) См. Отчеты Гл. Вр. Инспектора за 1913 и 1914 г.г.

4) См. „Стат. материалы по сост. нар. здоровья и мед. помощи за 1913—23 г.г.“, изд. НКЗ РСФСР, 1926, Москва.

ния, как известно, лучше всего характеризуется материалами о способности призывных к несению военной службы по физическому состоянию их здоровья. По этим данным определено, что в общероссийском масштабе состояние физического здоровья населения за последние 50 лет ухудшилось, т. е. % годных призывников неуклонно падает. Так, в 1913 г. % забракованных выражался в следующих цифрах: 14,4% — негодны совсем, 15,8% — по физической невозможности, 7,2% отправлено в лече заведения на испытания, а в общем оказались негодными до 45% всех призывных (цит. по Сысину). Контингент непринятых по Буинскому уезду (см. Б. Н. Вишневский и М. Гагаев, Рост призывного населения Буинского уезда и его способность к населению военной службы, Антр. Ж., т. 13, в. 3—4, 1924) за 1915 г. составлял 57,6% всех призывных, способность же к несению военной службы отдельных наций края (татар, чуваш, русских) характеризуется след. цифрами: принято русских 48,2%, татар—41,9 и чуваш—40,6%, причем получивших отсрочку по физическому недоразвитию среди чуваш оказалось больше, чем среди представителей других народностей. Мордва, оказалось, стоит на почти одинаковом с русскими уровне. По Анучину средний рост новобранцев России вычислен в 164,1 см., а для чуваш—161,3, для татар—163,9 см. Вообще исследования целого ряда антропологов (Талько-Гринцевич, Благовидов<sup>1)</sup>, Сухарев<sup>2)</sup>, Федоров<sup>3)</sup>, Д. П. Никольский<sup>4)</sup>, М. Н. Никольский<sup>5)</sup>, Вишневский и др.) подтверждают, что не только рост, но и другие признаки характеризуют слабость физической организации всех нацмен Поволжья. Таким образом уже из этого беглого очерка естественного движения населения, заболеваемости его и физического развития можно видеть, что, действительно, живая сила населения Волжско-Камского края,—его здоровье находилось в дореволюционный период в состоянии истощения и ослабления именно на почве тяжелых условий жизни социально-экономического и санитарного характера.

Наш очерк санитарного состояния края был бы неполным, если бы мы не остановились на таком важном факторе его, как организация охраны народного здоровья.

Как уже сказано выше, в XV, XVI, XVII и XVIII столетиях научная медицина, хотя бы в форме лечебной, не обслуживала у нас широких слоев трудового населения (см. источники по истории медицины, а также <sup>6)</sup> и <sup>7)</sup>). Если так стоял вопрос об охране трудового населения в доземский период в русских центральных губерниях, то о территориях расселения нацмен можно просто сказать, что они оставались в этом отношении вне поля зрения и забот правительства. Именно на этом положении сходятся мнения двух представителей местного края, принадлежащих к совершенно противоположным политическим лагерям. Если А. Брода<sup>8)</sup> утверждал, что в Казанской губернии до земства медицинская по-

<sup>1)</sup> Материалы к иссл. здоровья инородцев в Симб. губ., Буин. у., дисс. СПб, 1886 г. <sup>2)</sup> Казанские татары, дисс. 1904, Казань. <sup>3)</sup> Материалы для антропологии инородцев Каз. г., дисс., Казань, 1905. <sup>4)</sup> О. с. <sup>5)</sup> Мат. к антропологии татар Каз. г., дисс., Казань, 1912.

<sup>6)</sup> Корженевский. Земская медицина в Тверской губ., 1901 г. Вып. 1, стр. 5.

<sup>7)</sup> Б. Веселовский. История земства, СПб, 1909, т. I.

<sup>8)</sup> А. Брода. К пятидесятилетию земских учреждений. Изд. Каз. Губ. Земства, 1914.

мощь населению почти не оказывалась, то Мухтаров<sup>1)</sup> вдвойне прав, говоря, что „большинству наимен была предоставлена полная свобода — болеть, вырождаться и вымирать“.

Земский период был медленным, но все же положительным стимулом в направлении проведения начал санитарной культуры в толщу сельского русского населения, главным образом в отношении индивидуальной лечебности и профилактики (см. „Рус. зем. медицина“ Е. Осипова, П. Попова и П. Куркина, изд. Пир. Общ., Москва, 1899). Целый ряд авторов свидетельствует о том, в какой тяжелой обстановке происходило развертывание лечебной сети и, особенно, зарождение санитарной организации в этот период. Этот извилистый, тернистый путь созидания неизвестных дотоле форм охраны народного здоровья не мог не иметь дефектов, неправильных уклонов и крупных ошибок. По Веселовскому<sup>2)</sup> в 70—90 г.г. повсюду господствовала система фельдшеризма, лечебницы (амбулатории) ютились в крестьянских избах и т. д., так как, по мнению земцев-дворян, крестьянство не привыкло, не любит хорошей обстановки, и ему-де ближе фельдшерская, чем врачебная помощь<sup>3)</sup>. С 90-х годов фельдшеризм сменяется раз'ездной врачебной помощью, которую проф. Капустин<sup>4)</sup> характеризовал, как „неумышленное шарлатанство“. Во многих губерниях лечебная помощь была платной, оспопрививатели (т. н. „оспенники“) комплектовались из крестьян и содержались на средства сельских обществ. По Жбанкову<sup>5)</sup> борьба с эпидемиями тогда велась эпизодически, а к 1898 г. более или менее планомерно лишь в 7 центральных губерниях. Идея губернских с'ездов, зародившись в 70-х годах, с великим трудом отвоевывала свое право на существование. Уездные врачебные советы к 1890 г. насчитывались лишь в 40% общего числа земств<sup>6)</sup>. Бывш. Казанская губерния, составляющая основное ядро края, не представляла исключения в историческом ходе развития земской медицины, а раз'ездная система здесь удержалась даже дольше, чем где-либо (до начала XX в.).

Вокруг вопросов лечебного дела и реализации идеи с'ездов, врачебных советов и санорганизации в пределах Поволжья уже с 70 г. закипела ожесточенная борьба между основанным проф. Петровым „Обществом врачей г. Казани“ и земствами Казанской и соседних губерний с переменным успехом для той или другой стороны. Насколько сильно было в то время дворянство, хотя уже обреченное на смерть рукой истории, видно из того, что после I Губернск. С'езда врачей Казанской губ. в 1875 г. и II—в 1882 г. эти с'езды под давлением земцев-консерваторов прекратились на долгий срок<sup>7)</sup>. Уездные врачебные советы начали приобретать некоторый авторитет лишь в начале 1900-х г.г. Зарождение санитарной организации в виде губ. сан. бюро относится лишь к 1913 г.,

<sup>1)</sup> Мухтаров. Здравоохранение в нац. республиках и областях, Труды Всесоюзн. С'езда врачей, 1925, Москва.

<sup>2)</sup> Веселовский. О. с.

<sup>3)</sup> Врачебно-санитарный листок Симб. губ., 1904, № 20.

<sup>4)</sup> Капустин. Основные вопросы земской медицины.

<sup>5)</sup> Жбанков. Об участии губ. земств в борьбе с эпидемиями, Врач, 1898, стр. 441.

<sup>6)</sup> Жбанков. Итоги земской медицины, Врач, 1894, № 18.

<sup>7)</sup> Газета „Земство“, 1881, № 5.

когда был назначен губ. сан. врач, ничем себя не проявивший. Уездных сан. бюро и санврачей не существовало здесь до самой революции. Дело санпросвещения не было организовано, велось спорадически, зависело от частной инициативы самих участковых врачей, саниздательства на языках нацмен не было, кроме нескольких переводных брошюр Пироговского Общества. Естественно, что при такой конъюнктуре не приходилось ждать особых успехов в деле охраны здоровья населения, в частности нацменовского, поскольку не было основных предпосылок для улучшения его санитарных и бытовых условий.

Судя по цифрам бюджета, рост земской медицинской организации в б. Казанской губ. значительно отставал от общероссийского стандарта. Земский бюджет в России за 41 г. возрос в 25 раз (2509%), причем годовой коэффициент роста его равнялся 62,7%, а в б. Казанской губ. за 43 г. бюджет увеличился лишь в 18 раз (1788%) с ежегодным нарастанием только в 42,6%<sup>1)</sup>.

Статика и динамика лечебного дела за время от возникновения земства (1870 г.) до 1913 г. отчасти характеризуется следующими цифрами: в 1870 г. по Казанской губ. насчитывалось: врачей—19, больниц—8, врачпунктов—3, а в 1913 г. имелось уже: врачей—62, больниц—69, фельдш. пунктов—75, фельдшеров—337, акушерок—28, больных кочных—21,982, амбулаторных—1,466,045 человек. По Брода (о. с.) рост шел главным образом по линии развития системы фельдшеризма и раз'ездной и в соответствии с экономической мощностью уездов.

Отмечая рост лечебного дела в земский период, нельзя не указать и на громаднейшие дефекты, которые не зависели от врачей, а вытекали из существа самой политики дворянско-буржуазного строя. Земщина обходилась в своей политике строительства лечебной сети нацменовское население, а в сфере своей плодотворной обследовательской деятельности не могла выявить действительной заболеваемости нацмен вглубь и вширь, т. к. успех изучения, диагностики, лечения и санпросвещения в огромной мере зависит от употребления медперсоналом языка обслуживаемого населения и знания его быта, чего совсем не было в те времена.

Большой рост обращаемости среди населения Волжско-Камского края не может служить решающим аргументом против высказанного положения, т. к. обращаемость—далеко не исчерпывающий критерий прогресса в деле охраны здоровья, особенно среди нацмен, что явствует особенно резко из общеизвестного факта—уродливого контраста между быстрым ростом лечебного дела и полным застоем в развитии элементов санкультуры среди нацмен, так как жизнь их с ее традиционным бытом предков, полуязыческим мировоззрением, прогрессирующим ростом социальных болезней, предрассудками и суевериями оставалось мало затронутой в основных глубинах своего содержания до самой Октябрьской революции.

Специфическая политика „обхода“ нацмен лечебной сетью может быть доказана статистикой. В Башкирии, напр., в дореволюционное время было лишь 22% лечебной сети среди татаро-башкир (составляющих 50% всего населения), в Татарии—всего 20% среди татар, кои составляют 51% всех жителей, в Чебоксарском уезде ЧССР из 7 лечебных заведений лишь 2 боль-

<sup>1)</sup> А. Брода. О. с.



ницы находились в массе расселения чуваш, конх в уезде до 85%, и т. д. (более подробно и основательно вопрос об охране здоровья нацмен освещен в прекрасном докладе Мухтарова, см. „Труды Всесоюзного Съезда Врачей“. НКЗ, Москва, 1926).

Таким образом основные моменты в санитарном состоянии Волжско-Камского края в дореволюционное время могут быть охарактеризованы следующими признаками: прогрессирующим снижением количественного прироста нацменовского населения, ослаблением его антропологического типа, низкой ступенью санитарной культуры, совершенно недостаточной охраной здоровья населения края даже по сравнению со средней арифметической величиной в общероссийском масштабе и в корне неправильной здравоохранительной политикой, обходившей малые народности.

Для характеристики санитарного состояния жизни нацмен Волги-Камы в послеоктябрьский период мы остановимся лишь на особо характерных моментах и признаках.

В силу объективных причин (разруха, война, голод, эпидемии, блокада, неблагоприятная международная обстановка, историческая бедность, отсталая техника и т. д.) СССР еще ненастолько окреп, чтобы полностью ликвидировать „ножницы“ между причинами физического ослабления нацмен и средствами их восстановления. Но революция уничтожила действие таких отрицательных факторов, как колонизация, несколько ослабила возможности хронического голодания и массового в годы эпидемий вымирания нацмен, усилила охрану их здоровья.

Действие этих мероприятий начинает понемногу сказываться уже и теперь в отношении некоторых показателей санитарного состояния: прироста населения и организации здравоохранения. Прирост у чуваш, по Лукьянову<sup>1)</sup>, в 1924 г. поднялся до 1,5%, в Башкирской АССР (татаро-башкир—42% всего населения) до 2,7% (см. Бюллетень НКЗ РСФСР, 1927, № 22) в то время, как средний прирост по всему Союзу (цит. по Сысину) равен 1,93%. Уже на 7-м году революции прирост нацменовского населения стал т. о. несколько выше довоенного (в 1914 г. у чуваш—1,1%, у татар—1,2%, средняя по России—1,7%). Наряду с повышением коэффициента рождаемости отмечается некоторое падение средних цифр смертности (что, несомненно, является благоприятным показателем). Напр., в то время, как до войны по всей России коэффициент смертности был 27,3 на 1000, после войны он упал: в 1923 г.—до 22,9 на 1000, в 1924 г.—до 23,46, в 1925 г.—до 25,86, в 1926 г.—до 21,25 смертей на 1000 (данные по Ц. С. У.).

Правда, в отношении нацмен Волги-Камы цифры смертности и в настоящее время еще достаточно велики (превышают таковые всех русских губерний), но все же меньше, чем в довоенное время, а именно, в 1923 г. в Вотской области—26,6, в Чувашской ССР—26,28 в Марийской АО—31,6 и в Коми—34,1<sup>2)</sup>. Только в двух республиках (Татарская и Башкирская) цифры смертности приближаются к РСФСР (24—22,5 на 1000), что объясняется, главным образом, тем, что русское население здесь составляет до 40% и выше и резко влияет на арифметическую среднюю в смысле ее снижения.

<sup>1)</sup> Охрана нар. здоровья в Чуваш. АССР, сб. „Чувашский край“, 1925.

<sup>2)</sup> Цит. по Сысину, Организация санитарн. дела, см. „Труды Всесоюзного Съезда Уч. Врачей“, Москва, 1926.

Но даже и в самой благополучной (как экономически наиболее богатой) по смертности Башкирской республике коэффициент смертности на протяжении последующих лет выше, чем в РСФСР: в 1924 г.—24,8 (по РСФСР—23,46), в 25 г.—26,1 (25,86), в 26 г.—22,1 (21,25<sup>1)</sup>). До сих пор в нацреспубликах детская смертность также выше, чем средняя по СССР (см. доклад Мухтарова „Труды Всесоюзного Съезда Врачей“).

В отношении физического состояния особю важен анализ возрастного и полового состава населения, а также антропометрических признаков (рост, вес тела, объем груди, мышечная сила и пр.). Основой суждения о физическом состоянии являются такие статистические показатели, как отношение трудоспособных групп ко всему населению, ‰ мужчин и женщин, скорость смены поколений, наличие уродств (слепота, глухота) и др. По ЧАССР, по данным переписи 1920 г. (см. „АЧССР в цифрах“, изд. Госплана, 1925, Чебоксары) в этом отношении имеются следующие цифры: из всего населения в 755,273 чел. работоспособных обоего пола (от 20 до 60 лет) насчитывалось 39,14‰, из них мужчин—36,13‰ и женщин—43,17‰ по отношению ко всему населению того и другого пола. В ТССР (см. „Труд и Хозяйство“, 1926, № 6—8) на 2,942,875 чел. населения в сельских местностях отношение мужчин к женщинам равно 100:109,4, мужчин работоспособного возраста (от 18 до 60 лет)—37,0‰, женщин (от 16 до 55 лет)—51,1‰. Та же перепись 1920 г. для России дает следующую картину: мужчин было всего 49,7‰, лиц работоспособных—44,8‰, из них мужского пола—43,9‰ и женского—44,5‰. Таким образом, если с этим вопросом обстоит неблагополучно в России, и на плечи 45‰ работоспособного населения падала обязанность содержать большую половину нетрудоспособного, то в Волжско-Камском крае дело обстоит еще хуже.

Материалы призывных комиссий также дают неутешительные результаты. Так, по Чувашской ССР, кроме приведенных выше материалов проф. Вишневецкого, обработаны и частью напечатаны данные призывных комиссий за 1924 и 1925 г.г. д-ров Евдокимова и Лукьянова<sup>2</sup>). Из них видно, что ряд антропометрических коэффициентов физического состояния у чуваш не только не улучшается, а имеет тенденцию к снижению. Так, ‰ забракованных призывных больше, чем в довоенное время (55‰), средняя роста меньше (161,2 см.). Впрочем это явление зависит и от других более общих причин, т. к. оно характерно и для русского населения СССР, хотя здесь регресс выражен менее резко, чем у нацмен.

Особю показательными в отношении состояния физического развития нацмен Волги-Камы являются данные обследования терармейцев, произведенного д-ром Певзнером<sup>3</sup>) (по материалу, любезно предоставленному мне д-ром Ф. Г. Мухамедьяровым) в Тат. Республике. Вот наиболее характерные средние цифры: рост у татар 162,2 — 164,1 см., у русских—165,4—166,3; вес у татар равен 52,3—59,9 кило, у русских—

<sup>1)</sup> Падение смертности после войны—явление общее для всех стран. Этот факт, конечно, также должен учитываться при оценке санитарной ситуации территории.

<sup>2)</sup> См. журн. „Чувашское хозяйство“, изд. ЦИК'а и СНК ЧАССР, Чебоксары, 1927 г., а также сб. „Чувашский край“, 1925 г.

<sup>3)</sup> Всего обследовано терармейцев-татар—985, русских—1117.

61,8—62,9; окружность груди у татар — 85,1 — 84,9 см., у русских — 86,4—88,7 см.; спирометрия у татар—2800—3250, у русских—3600—3850; индексе Pirquet у русских и татар TP в пределах 95—96, т. е. упитанность плохая.

Насколько ниже физическое развитие уроженцев и обитателей Волги-Камы, по сравнению с уроженцами других территорий, можно судить по следующим цифрам того же автора: терармейцы из Уралобласти в среднем имеют: рост—168,7 см., вес—66,1 кило, окр. груди—89,2 см., спирометрия—4200, индекс Pirquet—99. Причина значительной разницы в показателях ясна: очевидно, здесь играет роль не только раса (татары из TP и из Уралобласти одной расы, равно как и русские), но главным образом, как то подчеркивает и знаменитый антрополог Ивановский <sup>1)</sup>, социально-экономическое и культурное неравенство в течение веков.

Обращаясь затем к рассмотрению такого показателя санитарного состояния, как заболеваемость населения, можно констатировать, что заболеваемость, как общая соматическая, так в особенности инфекционными и социально-бытовыми болезнями, продолжает оставаться в нацреспубликах Поволжья на высоких цифрах (Статистич. материалы по состоянию народного здоровья и т. д. за 1913—1923 г.г., изд. НКЗ РСФСР) даже по сравнению с общерусскими средними данными, хотя в то же время имеют тенденцию из года в год к снижению.

Ярким показателем санитарного неблагополучия края и слабости работы санорганизаций является, напр., стабилизация за все 10 послереволюционных лет высоких цифр заболеваемости оспой, по которой местные нацреспублики занимают одно из первых мест в Союзе (в 1925 г. по ТССР—4,3 на 10,000, по БССР—3,7 и по РСФСР—1,3).

Не приводя дальнейших статистических данных, сошлемся на материалы, опубликованные д-ром Добрейцером <sup>2)</sup>, который относит нацреспублики Средневожья к группе имеющих самые высокие показатели в отношении острой инфекционной заболеваемости, как в до-, так и в послереволюционный период. Детальное рассмотрение цифр острой инфекционной заболеваемости по СССР (тифы, оспа, чесотка) как раз указывает, что и средняя по СССР топографически в настоящее время локализуется, как совсем потухший костер, именно, главным образом, в нацреспубликах.

Обследования и поголовные осмотры надменовского населения, нередко вопреки официальной текущей статистике заболеваемости, отмечают прогрессирующий рост таких бытовых болезней, как трахома (см. Чирковский, Каз. Медич. Журнал, 1925, Лукьянов, Трахома в Волжско-Камском крае, и др.).

Тбс и сифилис имеют также громадное распространение среди поволжских национальностей. Если судить по аналогии с другими нацтерриториями, то положение здесь едва-ли не хуже, чем относительно тра-

<sup>1)</sup> Ивановский. Дальнейшее исследование по вопросу об изменении физ признаков населения России под влиянием голодания, Наука на Украине, 1922, № 4, и др.

<sup>2)</sup> Инфекционная заболеваемость за 1925 г., Бюл. НКЗ РСФСР за 1926 г., № 11 и 12, а также Материалы по состоянию народного здоровья и т. д. за 1913—23 г.г.

хомы. „Тот не якут,—говорят про себя якуты,—кто не имеет чесотки, сифилиса, трахомы и глистов“.

Вот цифры поголовных обследований, произведенных за последние годы (цит. по Мухтарову): сифилис в Бурятии (Агинский аймак)—30,3% населения и 68,4% семей, в Якутии (на Колыме)—до 80%, в Вотской обл. (Дебеский район)—35%, в Чувашской ССР (Буртаский район)—3—4%<sup>1)</sup> всего населения и т. д.

Тбс: крымские татары—от 600 до 1500 больных на 10,000 жителей, у бурят смертность от чахотки в 6 раз выше, чем у русских, в Чувашской ССР—до 30% детей-чуваши школьного возраста золотушной конституции<sup>2)</sup>; в 1925 г. зарегистрировано тбс в Чув. ССР—171 на 10,000, в БССР—62,3, в ТССР—141<sup>3)</sup>, что значительно превышает среднюю по всему Союзу. Интересны цифры заболеваемости тбс по ТР за ряд лет: в 1913 г.—49,9‰, в 1924—124‰, в 1925—141‰, в 1926—159,9‰; из них легочного тбс было в 1924 г. 85,4‰, в 1925 г.—103‰ и в 1926 г.—110,3‰.

Характерны также цифры кожной заболеваемости—прямой и красноречивый показатель условий быта и степени санитарной культуры: парша в Киргизии—65%, чесотка в ТР (Мензелин. кант.)—20,69‰, среди чуваш по обращаемости—1 на 5—6 чел.

Сказанного достаточно, дабы видеть, что успехи наши в области оздоровления нацмен и поднятия санкультуры здесь весьма невелики. „Мы,—как говорит П. А. Семашко,—еще только начинаем работу на этом фронте“ (Труды Всесоюзного Съезда Врачей). Анализируя обращаемость населения нацтерриторий Волги-Камы за медицинской помощью, можно отметить, что она в среднем здесь, как и по всему Союзу, стала из года в год повышаться в связи со стабилизацией червонца, ростом бюджета, некоторым укреплением крестьянского хозяйства, улучшением и расширением лечебно-профилактической организации и т. д. Что это, действительно, было так, видно из цифр обращаемости 1926-27 г.г., которая по многим губерниям (особенно центральным) достигла (а в некоторых и превысила) довоенный уровень. Так, по 59 губ. РСФСР в 1925 г. обращаемость равнялась 673 на 1000 при посещаемости 1226, тогда как в 1913 г. обращаемость выражалась цифрой 604. Обращаемость в Волжско-Камском крае также возросла, хотя и в меньшей степени, в связи с ростом лечебной сети и некот. культурным сдвигом населения. Так, по Мухамедьярову в ТССР на 2,850 т. жителей за время с 1/X 1924 г. по 1/X 1925 г. всего зарегистрировано больных 1,837 т., из них нервичных 1,295 т., а остро-заразных—18,9% всех случаев в то время, как в б. Казанской губ. в 1913 г. обращаемость равнялась 1,565 т. на 2,827 т. жителей.

Количество лечебных учреждений и работников по охране народного здоровья во всех нацтерриториях Волжско-Камского края резко возросло по сравнению с довоенным временем. Так, в ТССР к 1927 г. число участковых больниц увеличилось до 66 против 47 в 1913 г., число врачучастков—до 95 вместо 47 участков в 1913 г.; в БССР число боль-

<sup>1)</sup> Обследование д-ра Никитина в 1924 г. Материалы Чув. НКЗ.

<sup>2)</sup> Материалы обследований д-ра Федоровой, хран. в ЧНКЗ.

<sup>3)</sup> По данным Тат. Стат. Управления и др. источникам.

ниц увеличилось на 15, врачучастков—на 30; в ЧССР число врачебных участков поднялось с 21 довоенного времени до 38 (32 больничных). Но что особенно знаменательно и важно, так это то, что политика центра, обходившая нацмен медпомощью, теперь выравнивается. Так, по БССР в районе расположения татар и башкир стало 47,7 врачучастков вместо 22,8 бывших в довоенное время, в Татарской ССР в месте жительства нацмен в 1927 г. имелось 36% участков против 18% довоенного времени <sup>1)</sup>. Аналогично положение и в других нацтерриториях, хотя в общем средняя обеспеченность нацменьшинств лечпомощью все еще продолжает оставаться ниже таковой по РСФСР. Так, в общем по всем нацреспубликам в 1925 г. необеспеченность врачебными участками волостей равнялась 38,3%, а больницами—61,5% всех волостей против аналогичных цифр всей РСФСР—21,3% и 42,3% <sup>2)</sup>. Нельзя не отметить при этом, что, наряду с ростом лечебной сети, качественное состояние ее (особенно вновь возникающих лечзаведений) остается очень тяжелым. Обследования, произведенные РКИ ТР в 3 кантонах, производят своими результатами прямо удручающее впечатление (см. газ. „Красная Татария“, 1928, 26/IV, № 96). Оказывается, большинство лечебных и сан-профилактических учреждений в сельских местностях помещается в совершенно непригодных помещениях (простые деревенские избы), осмотр больных производится на скамейках или ящиках из-под медикаментов, белья недостаточно, больные ходят в своих валенках или лаптях, в некоторых больницах больные снят в своей одежде, не раздеваясь, в виду недостатка в одеялах, ни в одной из обследованных больниц не имеется родильных комнат и детских коек, по всей ТССР не замещено 49 врачебных участковых должностей из 125, т. е. 1/3 часть, в 3 обследованных кантонах недостает 16 акушерок. Больницы лишены медикаментов иногда в течение 3—4 месяцев, мази изготовляются на масле, приносимом крестьянами, и т. д.. Причина ясна: РКИ находит ассигнование на дело здравоохранения крайне недостаточным, зарплату — низкой, отношение властей и населения к врачам и к делу здравоохранения недостаточно внимательным и активным. Аналогично, конечно, состояние лечсети и в других нацреспубликах Волги-Камы.

Но, если в развитии лечебной сети за послереволюционный период можно констатировать, несмотря на медленный темп качественного улучшения, все же некоторые успехи,—этого далеко нельзя сказать о санитарно-профилактической организации—детище Советской Власти. Правда, в количественном отношении и здесь бесспорный рост, как по всему Союзу, так и по местному краю, но этот рост пока что носит скорее декоративный характер. Фактически нормы, кои директированы законодательством (см. журн. Бюлл. НКЗ и „Гигиена и Эпидемиология“, а также „Труды X С'езда Эпидемических и Санврачей“) в отношении увеличения личного кадра санитарных организаций и соответственных сан-профилактических учреждений,—эти нормы на местах далеко не реализованы. Во всяком случае в пределах Волги-Камы между развитием лечебной и санитарной организаций имеется диспропорция в отрицательном для последней смысле. Как видно, краткий „медовый месяц“ идеа-

<sup>1)</sup> См. Мухамедьяров, о. с., и ст. М. Н. Донской в Бюлл. НКЗ РСФСР, 1927, № 22.

<sup>2)</sup> Мискинов. Состояние сельской сети и ее задачи, Труды Всесоюзного С'езда Врачей.

лизированного, теоретического подхода и самообольщения проходит, уступая место трезвому, будничному осознанию действительного положения вещей (см. статьи проф. Сысына, д-ров Мехоношина, Рудольфи и др. в ж. „Гигиена и Эпидемиология“ за 1927 и 28 г.). Не впадая в пессимизм, можно сказать, что речь идет даже не о „кризисе“ или „лизисе“ санитарной организации, а о самых обыкновенных болезнях роста младенческого периода, в котором санорганизация еще пребывает. Вот цифры и факты: в ТР — 5 хронически-вакантных мест кантонных санврачей, в Башк. республике из 8 мест не замещены 50%, в Чувашской — пустует всегда также 3—4. Кроме ТССР<sup>1)</sup>, в остальных территориях края нет квалифицированных учреждений по санитарии (сан-бактериологические институты, лаборатории), профилактических учреждений — единицы (в ЧССР — 3 диспансера, в БССР — 5, в Маробласти — 2 и т. д.), дезинфекционное дело в зачаточном и неупорядоченном состоянии (см. Курбангалеев, о. с.), правовое и материальное положение санврачей ниже и хуже лечебников (учитывая коммунальные услуги и пр.) (см. ст. Рудольфи в „Вест. Совр. Медицины“, апр., 1928 г.). Все это, а также недостаточная оценка важности санорганизации со стороны местных представителей власти, и является причиной того, что санорганизация не справляется со своими задачами.

Волжско-Камский край — этнически довольно пестрый и требует в области работы по охране здоровья населения особого специфического уклона и подхода. Как известно, лучшим проводником культуры является родной язык народа. В деле изучения здоровья населения, лечения, санпросвещения и санитаризации использование родного языка, конечно, также должно быть признано могучим фактором, без которого нельзя сколько-нибудь серьезно и скоро улучшить санитарное состояние быта, труда и жизни отдельных национальностей. Это обстоятельство диктует необходимость скорейшего создания кадра врачей и научных работников из среды нацмен, или лиц, знающих язык, быт и жизнь той или другой народности.

В настоящее время достижения в отношении создания кадра врачей у всех этнических групп Поволжья еще невелики. Так, в ТССР насчитывается врачей-татар всего 3—4 десятка на 500 слишком их общего количества, в БССР — 14 из 266 всех врачей, в ЧССР — 1/4 часть из 100 слишком врачей на всю республику. Что же касается областей Коми, Мари и вотяков, то у них этот вопрос стоит особенно остро, т. к. своих врачей насчитываются единицы...

В заключение этой краткой статьи нельзя не указать, что, как видно из сказанного, улучшение санитарного состояния края настоятельно требует со стороны Центра следующих конкретных мероприятий: 1) усиления тонуса индустриализации края для выравнивания местных бюджетов, отстающих от средней арифметической большинства губерний РСФСР, 2) более интенсивного и активного участия в деле поднятия местного национального крестьянского хозяйства (наделение земель, переселение, агрикультурные дотации) и 3) создания новых культурных и медико-санитарных высоко квалифицированных учреждений, каковых в нацтерриториях края, за исключением Тат. Р., нет совсем.

<sup>1)</sup> Лечебно-санитарная сеть Тат. ССР такова (без г. Казани): на 2,415,000 чел. населения имеется: больниц — 73, врачпунктов — 52, фельд. п. — 39, диспансеров — 11, консультаций — 19, домов охраны матмлада — 10, санврачей — 12 (по штату); радиус б-цы — до 40 верст, врачучастка — 18 в., на больничный участок падает 33,082 ч. населения, на диспансер — 228,637 чел.