

а в дальнейшем и в пыли. Остальные дачи санатория не имели террас и пристроек. Грызуны в помещениях отсутствовали, дератизация проводилась регулярно, заболевания ГЛПС не регистрировались.

III. В 1964 г. заболело ГЛПС 39 человек в доме отдыха на южной окраине Новиковского леса: 23 отдыхающих, 8 сотрудников и 8 лиц, проживающих на территории дома отдыха; кроме того, заболели 2 человека, живущих рядом с домом отдыха, и 3 рыболова, ловивших рыбу и ночевавших на берегу р. Уфы близ дома отдыха. Заболевания начались в июле и продолжались до декабря. В летний период заражались в основном лица, ночевавшие во временных постройках или в лесу (садоводы, рыболовы). 43% заболеваний зарегистрировано в декабре 1964 г. Заболевшие ГЛПС жили в деревянных дачах, легко доступных для грызунов.

Необыкновенно дождливая осень 1964 г. способствовала повышенной подвижности грызунов и их проникновению в постройки. Заражения в большинстве случаев произошли в домах и дачах. Механизм заражения, вероятнее всего, воздушно-пылевой.

Наши эпидемиологические наблюдения дают основание считать, что заражения происходят главным образом воздушно-пылевым путем при нахождении или работе в помещениях, реже в природных стациях очага, где имеются грызуны — носители вируса ГЛПС. Заражаются неиммунные лица, которым при выполнении домашних и производственных работ или при отдыхе (особенно ночлеге) приходится дышать воздухом, содержащим пыль с частицами выделений грызунов. Часто заражения происходят при сне или отдыхе на земле, в стогах, палатках, шалашах, неблагоустроенных домах; при работах, связанных с фуражом, зерном, корнеплодами, а также при разборке старых домов, ремонтных, дорожных работах, при уборке помещений и на усадьбах.

При равных условиях труда и быта, существующих в пионерских лагерях, лесных школах, санаториях или домах отдыха, риск заражения ГЛПС примерно одинаков для всех возрастных групп членов этих коллективов и обусловлен только наличием или отсутствием контакта данного индивидуума или коллектива с источником инфекции (в домах или природных стациях); частота заражения лиц мужского и женского пола также не обнаруживает существенной разницы: первые составляют 54,2%, вторые — 45,8%. Характерны групповые заболевания. Большой процент заболевших падает на детей до 14 лет — 48,8, тогда как среди горожан случаи заболевания ГЛПС среди детей редки — 4,0%.

Случаи ГЛПС в оздоровительных учреждениях равномерно распределялись на протяжении года, однако в сентябре (начало учебного года) и в декабре наблюдались подъемы заболеваемости (соответственно 16,7 и 35,4% всех случаев).

В оздоровительных учреждениях сезон заболеваемости обуславливается только наличием грызунов-вирусоносителей на территории и в корпусах и временем поступления отдельных групп учащихся или отдыхающих.

Основой профилактики ГЛПС является дератизация на территории природных очагов и личная профилактика, направленная на защиту от попадания инфицированной вирусом ГЛПС пыли в верхние дыхательные пути и на слизистые. Крайне важно санитарное и техническое благоустройство мест работы, отдыха и ночлега и широкое проведение санитарно-разъяснительной работы.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ПРИНЦИП В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РАБОЧИМ СОВХОЗОВ

Н. Я. Копыт

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф. Ю. П. Ли-
сицын) 2-го Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова*

Техническое перевооружение сельского хозяйства, намеченное решениями XXIII съезда Коммунистической партии Советского Союза, постепенное превращение сельскохозяйственного труда в разновидность промышленного, рост культурно-технического уровня тружеников сельскохозяйственного производства требуют дифференцированного подхода к организации медико-санитарной помощи отдельным группам сельскохозяйственных рабочих. В связи с этим совершенствование и поиск новых форм и методов медицинской помощи труженикам сельского хозяйства, в частности рабочим совхозов, является крайне актуальной задачей. На необходимость дальнейшего совершенствования форм и повышения качества медицинской помощи сельскому населению указывается также в Постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 5 июля 1968 г.

№ 517 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране». Особое значение приобретают вопросы здоровья и организации медицинской помощи труженикам села в связи с новым уставом сельхозартели.

Одной из новых форм медицинского обслуживания сельского населения является организация работы участковых больниц в совхозах по типу открытых медико-санитарных частей. Впервые медико-санитарные части при крупных совхозах на базе участковых больниц были созданы в Тульской области. Опыт Тульской области обсуждался на межобластном совещании в мае 1965 г., был одобрен коллегией Министерства здравоохранения РСФСР и рекомендован другим областям и автономным республикам. В настоящее время в стране функционирует свыше 100 совхозных медсанчастей: в Тульской, Одесской, Ленинградской, Оренбургской, Кемеровской, Владимирской областях, Алтайском и Красноярском краях, Башкирской, Грузинской республиках и т. д.

Однако, несмотря на известное распространение этого опыта, в вопросах организации и работы совхозных медсанчастей имеется много неясного и спорного. Не все организаторы сельского здравоохранения четко представляют себе, в какой степени производственный принцип медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий приемлем по отношению к труженикам полей, что представляет собой цеховой участок в условиях сельскохозяйственного производства, какие преимущества имеет медсанчасть по сравнению с участковой больницей, в какой мере организация медсанчастей в совхозах сочетается с общей системой сельского здравоохранения.

Чтобы ответить на эти вопросы, мы подробно рассмотрели и обобщили семилетний опыт работы органов и учреждений здравоохранения Тульской области по организации медико-санитарной помощи рабочим совхозов по производственному принципу.

Внедрение производственного принципа в Тульской области, как было отмечено выше, шло по линии создания в крупных совхозах медико-санитарных частей открытого типа на базе сельских участковых больниц: в порядке опыта в конце 1960 г. было создано пять медсанчастей, в 1963 г. — еще пять, а в 1967 г. в области насчитывалось уже около 30 совхозных медсанчастей. Все медико-санитарные части были созданы в основном на базе 50-коечных участковых больниц, расположенных, как правило, на центральных усадьбах крупных совхозов. Границы хозяйств полностью вписывались в границы врачебного участка, средний радиус обслуживания составлял 20 км. В среднем на одну медсанчасть в 1965 г. приходилось 1—3 хозяйства (совхозы и колхозы), около 7000 населения, в том числе 1087 работников совхозов. Обеспеченность медсанчастей врачебными кадрами (3,5 врача на 1 медсанчасть) было выше обеспеченности остальных участковых больниц, что явилось в данном случае одним из главных условий перехода на дифференцированное обслуживание рабочих совхозов по производственному принципу.

В основу работы совхозных медсанчастей Тульской области был положен цеховой принцип медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий применительно к специфическим особенностям сельскохозяйственного производства. Ввиду отдаленности сельскохозяйственных участков и многоотраслевого характера совхозов цеховые участки в них были созданы не по принципу однородности производства (что невозможно пока сделать в условиях сельской местности), а по территориальному принципу на базе одного или нескольких отделений совхоза в зависимости от радиуса обслуживания, характера расселения и общей численности населения на участке. В среднем на одного цехового (отделенческого) врача приходилось от 300 до 700 рабочих совхозов. Кроме того, цеховой врач обслуживал членов семей рабочих (всего на участке — от 1600 до 2700 чел.). Таким образом, у цехового врача при наличии определенного цехового участка с производственными «цехами» (фермы, ремонтные мастерские и т. д.) сохраняется и территориальный участок. Цеховой врач является организатором всей лечебно-профилактической работы на своем участке. Он работает в стационаре, амбулатории, по помощи на дому и проводит все лечебно-оздоровительные мероприятия непосредственно в прикрепленных к нему отделениях, куда он выезжает по графику не реже одного раза в неделю. Сочетание производственного и территориального принципа является положительным моментом, так как позволяет врачам детальнее узнавать производственные и бытовые условия рабочих и их семей.

Учитывая специфический характер работы цехового врача в условиях сельскохозяйственного производства (необходимость глубокого знания технологии основных сельскохозяйственных процессов, специфики условий труда и быта рабочих), ряд авторов (Э. Р. Агаев, А. И. Сачков) считает целесообразным иметь в штате участковых больниц (медсанчастей) должности цеховых терапевтов.

Опыт Тульской области показывает, что функции цехового врача при наличии в штате медсанчасти 2 и более терапевтов выполняет, как правило, врач-терапевт. В тех случаях, когда в медсанчасти работает всего не более 3 врачей, в том числе один терапевт, функции цеховых терапевтов по совместительству выполняют врачи других специальностей (акушер-гинеколог, педиатр, хирург).

В разработанном облздравотделом и утвержденном Тульским облисполкомом положении о медико-санитарной части совхоза было сформулировано понятие о производственном принципе организации медико-санитарной помощи и в развитие положения о сельской участковой больнице даны основные направления деятельности сельского цехового участка: изучение и плановое снижение заболеваемости и травматизма сельскохозяйственных рабочих; изучение состояния здоровья и факторов производственной

среды и условий быта, влияющих на него; санитарно-гигиенический контроль за характером производства и за соблюдением требований физиологии и гигиены труда.

В Тульской области имеется также некоторый опыт внедрения производственного принципа без создания медсанчастей. Так, при поликлиниках центральных районных больниц (Богородицкой, Одоевской, Чернской) в 1965 г. были выделены из числа терапевтов цеховые врачи для обслуживания созданных цеховых участков в пригородных совхозах. Свою работу цеховые врачи строят по описанному выше производственно-территориальному принципу.

Семилетний опыт организации медико-санитарной помощи рабочим совхозов по производственному принципу показывает, что при данной форме достигается тесная взаимосвязь, взаимопонимание и деловой контакт медицинских работников с администрацией, партийной и профсоюзной организациями совхоза, повышается ответственность руководителей совхозов за здоровье рабочих. Годовой комплексный план лечебно-оздоровительных мероприятий, который утверждается директором совхоза, рабочим комсомолом и начальником медсанчасти, является составной частью производственного задания совхоза. Директора совхозов стали больше уделять внимания укреплению материальной базы лечебно-профилактических учреждений (строительству и ремонту больниц, медицинских пунктов, аптек) и созданию нормальных жилищно-бытовых условий для медицинских работников, оказывать помощь в обеспечении лечебных учреждений топливом, стройматериалами, продуктами питания и т. д. Производственный принцип обслуживания способствует более глубокому анализу заболеваемости с временной утратой трудоспособности и разработке конкретных мероприятий по ее снижению.

В обслуживаемых по производственно-территориальному принципу совхозах были внедрены в практику и апробированы годовые комплексные планы лечебно-оздоровительных мероприятий и паспорта отделенческих участков — документы, которые в значительной степени направляют и делают более конкретной деятельность цехового врача; проведен комплекс мер по учету и анализу заболеваемости с временной утратой трудоспособности (персональная карта).

Организация дифференцированного обслуживания рабочих совхозов способствовала широкому внедрению диспансерного метода и повышению эффективности диспансеризации. В совхозах, обслуживаемых по производственному принципу, улучшились организация и проведение медицинских осмотров, расширился контингент осмотренных сельскохозяйственных рабочих. Если удельный вес осмотренных в 1965 г. по совхозам, обслуживаемым медсанчастями, составил 55%, то по остальным сельским лечебно-профилактическим учреждениям — всего 42% общего количества рабочих совхозов и колхозников. Процент охвата диспансерным наблюдением больных ревматизмом возрос по пяти совхозным медсанчастям с 49,6 в 1961 г. до 82,7 в 1965 г., больных гипертонической болезнью — с 36,2 до 73,1, язвенной болезнью — с 61,9 до 93,0, среднеобластные же показатели для рабочих совхозов и колхозников были ниже и составляли соответственно 42,3 и 62,9; 36,1 и 40,1; 60,6 и 67,9.

Постоянный контакт с администрацией и общественными организациями совхозов позволяет цеховым врачам успешно решать вопросы трудоустройства, улучшения бытовых условий, выделения в первую очередь путевок в санаторий больным, состоящим под диспансерным наблюдением.

Важным показателем эффективности диспансеризации является уменьшение обострений и снижение дней нетрудоспособности по болезни. Так, частота обострений (в расчете на 100 диспансеризуемых) по пяти совхозам, обслуживаемым медсанчастями по производственному принципу, в 1965 г. по сравнению с 1961 г. уменьшилась: при язвенной болезни — с 65,8 до 29,2 случая, при гипертонической болезни — с 57,2 до 17,5, при ревматизме — с 22,5 до 13,6. Потери рабочего времени по временной нетрудоспособности соответственно также уменьшились: при язвенной болезни — с 1831,3 до 647,1 дня, при гипертонической болезни — с 1017,2 до 241,4 дня, при ревматизме — почти в два раза.

Внедрение производственного принципа организации медицинской помощи рабочим совхозов изменило и характер деятельности фельдшерско-акушерских пунктов, в частности за счет увеличения числа систематических выездов цеховых врачей в отделения совхозов снизился уровень самостоятельной лечебной помощи фельдшеров (с 35% в 1963 г. до 23,7% в 1965 г.).

Важнейшим критерием деятельности медицинских учреждений и эффективности проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий среди рабочих совхозов является уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Показатели заболеваемости рабочих пяти совхозов, обслуживаемых по производственному принципу, имеют тенденцию к снижению. Это снижение в 1965 г. по сравнению с 1960 г. составило 16,7% в случаях (с 42,0 до 35,0) и 11,3% в днях нетрудоспособности (с 517,8 до 465,8). По другим совхозам области снижения нет, отмечается даже некоторое возрастание показателей: с 36,7 до 41,5 в случаях и с 395,0 до 536,8 в днях нетрудоспособности на 100 работающих. Характерна и динамика показателей заболеваемости за 1960—1965 гг.: в 1961 г. наблюдался рост по сравнению с 1960 г. и более высокий уровень заболеваемости по пяти совхозам в сравнении со среднеобластными показателями, что свидетельствует о лучшей выявляемости и лечении заболеваний в этот период в связи с более четкой постановкой организации медицинской помощи рабочим этих совхозов. В последующие годы намечается тенденция к снижению заболеваемости по пяти совхозам, и в 1962—1965 гг. уровень ее был ниже среднеобластных

показателей для рабочих совхозов. Разность показателей по всем и по пяти совхозам за 1962, 1963 и 1965 гг., а также по пяти совхозам за 1960 и 1965 гг. статистически достоверна с вероятностью более 95% ($t = 2,5-3,4$).

Снижение уровня заболеваемости по пяти совхозам происходит в основном за счет таких хронических заболеваний, как гипертоническая и язвенная болезнь, туберкулез органов дыхания, ревматические заболевания и болезни сердца. По другим же совхозам области отмечается некоторый рост этих заболеваний. На протяжении 6 лет по пяти совхозам отмечается также более низкий уровень заболеваемости простудными заболеваниями, гнойничковыми болезнями кожи и острыми желудочно-кишечными заболеваниями по сравнению со среднеобластными показателями для рабочих совхозов.

С целью более конкретного установления зависимости заболеваемости с временной утратой трудоспособности от форм организации медицинской помощи рабочим совхозов нами было проведено выборочное изучение заболеваемости по двум группам однотипных совхозов с относительно одинаковой доступностью и уровнем медицинской помощи, но разными организационными формами. Заболеваемость в этих совхозах изучалась за 1963—1965 гг. по специально составленным персональным картам, заполненным на кадровых рабочих (около 3000 чел.), проработавших в совхозе не менее 3 лет. «Индекс здоровья» (т. е. контингент лиц, не терявших трудоспособность) в совхозах «Восход» и «Гамовский», которые обслуживались медсанчастями по производственному принципу, был выше (65,4%), чем в совхозах «Воловский» и им. Мичурина, которые обслуживались участковой больницей («индекс здоровья» здесь составил 51,3). Соответственно в совхозах «Воловский» и им. Мичурина удельный вес рабочих, терявших трудоспособность, особенно 2—3 раза и более, был выше, чем в совхозах «Восход» и «Гамовский». Интенсивные показатели заболеваемости в случаях и днях нетрудоспособности также более благоприятны в группе совхозов, обслуживаемых по производственному принципу.

Такая закономерность по этим двум группам совхозов выявляется также при анализе заболеваемости по отдельным группам болезней, что свидетельствует о более высокой эффективности лечебно-оздоровительных мероприятий в совхозах, обслуживаемых по производственно-территориальному принципу.

Таким образом, опыт работы органов и учреждений здравоохранения Тульской области по организации медико-санитарной помощи рабочим совхозов показывает, что внедрение в деятельность сельских медицинских учреждений производственного принципа дало возможность медицинским работникам более глубоко изучать состояние здоровья рабочих, условия их труда и быта, а также полнее проводить лечебно-оздоровительные мероприятия по укреплению здоровья и снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Создание медико-санитарных частей на базе участковых больниц способствовало на данном этапе более активному внедрению производственного принципа.

Дальнейшее совершенствование организационных форм медико-санитарной помощи труженикам села, по нашему мнению, должно развиваться по линии расширения и внедрения в практику сельских лечебно-профилактических учреждений производственного принципа обслуживания — основы активной профилактики и проведения всего комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий.

Однако было бы неправильным связывать дальнейшее внедрение производственного принципа только с организацией медсанчастей. В перспективе, когда наметилась тенденция к укрупнению сельских участковых больниц, которые будут обслуживать несколько хозяйств, целесообразно использовать опыт производственно-территориального обслуживания рабочих совхозов в организации цеховой участковой на базе мощных межсовхозно-колхозных участковых больниц, не создавая медсанчастей. Необходимо также изучить возможность организации цеховой участковой в условиях самостоятельных врачебных амбулаторий, которые должны развертываться на месте малоперспективных сельских участковых больниц.

Важнейшим условием для перехода к дифференцированному обслуживанию по производственному принципу является укомплектованность сельских лечебно-профилактических учреждений врачебными кадрами.

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЛХОЗНИКОВ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

И. Г. Низамов

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— доц. Я. И. Тарнопольский) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и Бавлинская центральная районная больница (главврач — И. Г. Низамов)

До настоящего времени вопрос о заболеваемости с временной утратой трудоспособности у работников колхозного производства не получил должного отражения в литературе. Имеются только отдельные работы, посвященные этой проблеме (М. М. Чумак, 1961; М. Ф. Мазурик, 1961; Т. П. Дубовская, 1956, 1959, 1964, и др.).