

В других цехах мясокомбината заболеваний в данный период не зарегистрировано. Вспышка заболеваний совпала с массовым убоем кур, доставленных из разных мест. Семь больных находились на стационарном лечении в инфекционном отделении, куда были направлены с диагнозом грипп?, затянувшийся грипп, гриппозное состояние, лихорадочное состояние. В больницу они поступали на 5—6 день болезни и одна больная — на 8 день. Остальные 6 больных лечились амбулаторно под диагнозами гриппа, катара верхних дыхательных путей. Средняя продолжительность пребывания на больничном листе, включая и амбулаторных больных, составила в 14,5 дня (от 7 до 30 дней).

Заболевание начиналось остро ознобом, повышением температуры до 39—40°, головными болями, ломотой во всем теле и нарушением сна. Наблюдались умеренная жажда, сухость во рту, сильные поты, общая слабость. У некоторых больных отмечался малобеспокоящий их сухой кашель. Четверо больных жаловались на тошноту, у некоторых наблюдались легкая субиктеричность склер и инъектирование конъюнктив. Температура была умеренной, в одном случае имела постоянный характер. Длительность лихорадки колебалась от 6 до 14 дней и снижалась ускоренным лизисом. Тоны сердца были приглушены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, умеренно отставал от температуры. АД было нормальным. В крови наблюдалась тенденция к лейкопении, нейтрофилизу, относительной лимфопении. РОЭ ускорилась в пределах от 17 мм/час до 38 мм/час, в одном случае — до 55 мм/час. В легких у больных определялись симптомы очаговой пневмонии разной степени выраженности с крепитирующими хрипами, отчетливо выслушивающимися при глубоком вдохе или после покашливания, с различной локализацией процесса. У 2 больных рентгенологически определялось понижение прозрачности небольшого участка легочной ткани.

Язык утолщен. Стул со склонностью к запору. Печень умеренно увеличена, болезненна при пальпации. Селезенка пальпировалась в двух случаях. В моче патологии не отмечалось.

Лечение пенициллином в комбинации с норсульфазолом было малоэффективным (температура не снижалась).

Тифо-паратифозные заболевания у наших больных были исключены путем повторных отрицательных серологических реакций. Поскольку больные имели непосредственный контакт с птицами, которые поступили для убоя с различных мест, и учитывая особенности клинического течения заболеваний, у нас возникла мысль об орнитозе. Для подтверждения этой мысли в конце ноября 1959 г. (то есть 4 месяца спустя от начала заболеваний) нами была поставлена внутрикожная проба с орнитозным антигеном, предложенным И. И. Терских и присланным Институтом вирусологии из Москвы. Для этого было взято 6 переболевших (остальных не представлялось возможным найти), которым на одной руке внутрикожно, по типу реакции Бюрне, вводился орнитозный антиген, а на другой — контроль, также присланный Институтом вирусологии. У 4 больных через 8 часов на месте введения антигена появились довольно яркая краснота с багрово-синюшным оттенком, болезненность и инфильтрация размерами 2—2,5 см. На руке, где введен контрольный препарат, никаких изменений не наступило. Реакция держалась в течение 2—3 суток, а затем бесследно исчезла. Параллельно для исключения возможности неспецифической реакции на внутрикожное введение орнитозного антигена последний был введен двум неболевшим женщинам. У них никаких изменений на месте введения не наступило. Другие методы лабораторной диагностики использованы не были.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Билибин А. Ф. и Бунин К. В. Курс инфекционных болезней. — 2. Безденежных И. С. Сов. мед., 1959, 9. — 3. Он же. Орнитозы, 1959.

Поступила 4 июня 1960 г.

## РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ БОЛЬНИЦЫ И ФЕЛЬДШЕРСКИХ ПУНКТОВ В БОРЬБЕ С СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫМ ТРАВМАТИЗМОМ

*Н. К. Родосский*

Из Ципьинской участковой больницы (главврач — Н. Д. Семенов) Татарской АССР

Широко проводимые в нашей стране механизация и автоматизация сельскохозяйственных работ приближают труд механизаторов и колхозников к условиям труда на производственных предприятиях.

Однако сельскохозяйственный травматизм имеет свои особенности. Характер работы механизаторов изменяется в зависимости от сезона: 4—5 месяцев механизаторы работают в полевых условиях, а остальное время года — в мастерских РТС. Имеют значение отдаленность полевых станций от лечебных учреждений, обширность рабочей территории, сложность и разнообразие форм сельскохозяйственного произ-

водства. Для успешной борьбы с сельскохозяйственным травматизмом важны конкретность проводимых мероприятий, четкое распределение задач между отдельными организациями и исполнителями, а также своевременный действенный контроль за их выполнением.

Борьба с сельскохозяйственным травматизмом складывается из мероприятий по профилактике травматизма и мероприятий лечебного порядка.

Административно-организационные мероприятия по профилактике травматизма проводятся в таком широком масштабе, что одни медработники не в состоянии их осуществить. К этой работе необходимо привлечь всю сельскую общественность, партийные, советские, профсоюзные организации, медработников района, санврача, ответственных работников РТС, председателей колхозов и представителей СОКК и КП. Целесообразно создание при райисполкомах комиссии по борьбе с сельскохозяйственным травматизмом, регулярно отчитывающейся о своей работе перед райисполкомом и райкомом КПСС.

От своевременного и правильного оказания первой медпомощи во многих случаях зависит исход травмы. Поэтому для предупреждения осложнений при сельскохозяйственных травмах необходимо приближение медпомощи к механизаторам и колхозникам, работающим в полевых условиях. Следует разработать четкую систему лечебно-профилактических мероприятий, обеспечивающую возможность немедленной медицинской помощи или срочной доставки пострадавшего в лечебные учреждения, где возможен во всякое время суток полный объем медицинской помощи.

Первый этап оказания медицинской помощи — это санпосты. Ввиду рассредоточенности сложных сельхозмашин должны быть хорошо организованы самопомощь и взаимопомощь, для чего в зимнее время врачами и медработниками участков через кружки ГСО должны быть подготовлены санпосты, а в РТС и филиале проведены занятия по оказанию первой помощи со всеми механизаторами в период ремонтной кампании. Санпосты должны быть снабжены аптечками первой помощи и памятками, определяющими круг их обязанностей, а при каждом тракторе, комбайне и сложной молотилке должны быть бинт и йодная настойка.

Вторым этапом являются медпункты. Основная тяжесть борьбы с сельскохозяйственным травматизмом и оказание медпомощи при сельхозтравмах ложатся на медработников участка, которые лучше знают условия работы колхозников, жилищно-бытовые условия, недочеты в постановке техники безопасности и находятся в постоянном контакте с председателями колхозов и с бригадирами тракторных и полеводческих бригад. Поэтому в период полевых работ надо перестроить график работы медпунктов так, чтобы медработники, принимая колхозников на медпункте утром до выхода на работу и вечером после работы, в течение дня больше времени уделяли обслуживанию механизаторов и колхозников в поле, чаще посещали полеводческие и тракторные бригады и отдельные сельскохозяйственные машины, а о результатах делали пометки в тетрадях, имеющихся в тракторной и полеводческой бригадах и при сложных сельскохозяйственных машинах. При посещении тружеников полей в полевых условиях медработники должны оказывать медпомощь пострадавшим на месте, имея при себе всегда сумку первой помощи.

Для повышения знаний медработников участков по профилактике травматизма и оказанию медицинской помощи травматологическим больным в зимний период необходимо провести с ними семинар с подробным разбором имевшихся несчастных случаев и ошибок организационного, диагностического и лечебного порядка. Необходимо обязать медработников медпунктов в случае тяжелой травмы лично доставлять пострадавших в больницу.

Ввиду того, что большая часть сельскохозяйственных травм является легкой и лечение проводится чаще на медпунктах, следует обратить внимание на оснащение медпунктов необходимыми инструментарием, медикаментами, перевязочным материалом, шинами для транспортной иммобилизации, а также противостолбнячной сывороткой. Введение сыворотки обязательно даже при мелкой травме с нарушением целостности кожных покровов и ожогах II—III степени. Медработникам участков перед началом полевых работ необходимо вручить памятки с точными инструкциями по обслуживанию механизаторов и колхозников и профилактике травматизма.

Серьезную помощь в борьбе с сельскохозяйственным травматизмом оказывает анализ травматизма, который невозможен без точного учета как крупных, так и мелких травм.

Регистрацию травм медработники должны проводить по определенной форме, дающей возможность врачу-хирургу сделать полный анализ сельскохозяйственного травматизма.

Нами предложена следующая форма:

| № пп. | Фамилия, имя, отчество | Возраст | Должность | Дата травмы | Чем нанесена травма | Причина травмы | Диагноз, локализация | Какая оказана медпомощь | Дата оказания медпомощи | Примечание |
|-------|------------------------|---------|-----------|-------------|---------------------|----------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|------------|
|-------|------------------------|---------|-----------|-------------|---------------------|----------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|------------|

Работа механизаторов имеет свои особенности. Механизаторам приходится работать в самых разнообразных метеорологических условиях. Неблагоприятные метеорологические условия часто нарушают общее состояние организма. Поэтому в период ремонтной кампании врачами-специалистами района должно проводиться диспансерное исследование всех рабочих-механизаторов. Особое внимание следует обращать на остроту зрения трактористов и комбайнеров, так как некоторые аварии происходят из-за слабости зрения трактористов.

Благодаря диспансеризации рабочих выявленные больные могут быть оздоровлены и направлены на работу, соответствующую состоянию их здоровья.

Медработникам участка должен быть поручен осмотр всех временных рабочих, работающих непосредственно на сложных сельскохозяйственных машинах, для выявления лиц, которым работа на таких машинах противопоказана.

Медработники участков обязаны следить за точным выполнением правил по технике безопасности, чтобы не допускать к работе на машинах без прохождения инструктажа по технике безопасности, без медосмотра.

Инструктаж по технике безопасности должны проходить все рабочие, как штатные, так и сезонные, временные.

Анализ травматизма за предыдущие годы показал, что наибольший процент сельскохозяйственных травм наблюдался среди сезонных рабочих, которые часто перебрасывались с одной работы на другую. Это мешало проведению полноценного инструктажа по технике безопасности. Введение списка штатных и сезонных рабочих в каждой тракторной бригаде по выработанной форме, подписываемой председателем колхоза, бригадиром тракторной бригады и медработником, прекратило текущую сезонных рабочих и способствовало резкому снижению травматизма в нашем районе. Приводим форму списка:

### СПИСОК

#### штатных и сезонных рабочих и механизаторов тракторной бригады №..., обслуживающей колхоз . . . . .

| №№ пп. | Фамилия, имя, отчество | Возраст | Должность | Стаж работы | Прохождение инструктажа по технике безопасности | Заключение медицинского осмотра | Примечание |
|--------|------------------------|---------|-----------|-------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|------------|
|--------|------------------------|---------|-----------|-------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|------------|

Для контроля за работой медперсонала участков и наблюдения за жилищно-бытовыми условиями механизаторов, работающих в полевых условиях, и проведением в жизнь правил по технике безопасности необходимо разбить район на участки, к которым должны быть прикреплены определенные врачи.

Возглавляет работу по профилактике травматизма и организации травматологической помощи прикрепленный врач-хирург. Он должен знать условия работы различных специалистов РТС, механизаторов, требовать проведения в жизнь правил по технике безопасности и принимать участие в расследовании всех несчастных случаев, а также представлять директору РТС и председателю колхоза предложения, способствующие устранению причин, порождающих травматизм.

Все врачи и средние медработники должны систематически вести санитарно-просветительную работу по профилактике травматизма с подробным анализом причин травм.

Ряд пострадавших будет нуждаться в амбулаторном или стационарном лечении (третий тип лечения травматических больных).

Следует обратить внимание на то, чтобы травматологические больные поступали в учреждения возможно раньше, так как от этого зависит дальнейшее течение болезни и исход лечения. Необходимо, чтобы в амбулатории и больнице был врач, знакомый с травматологией, а оказание травматологической помощи должно быть круглосуточным. Больница должна иметь аппаратуру для лечения переломов конечностей.

Ввиду того, что в районных больницах имеется всего один врач-хирург, основы травматологии должны знать и врачи других специальностей. Поэтому на врача-хирурга возлагается обязанность знакомить всех врачей с оказанием первой помощи при различных видах травматизма. Долечивание травматологических больных амбулаторно следует проводить под руководством врача-хирурга, лечившего больного в стационаре.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Васютинский Н. А. Сов. мед., 1954, 10. — 2. Захаров В. А. Хирургия, 1954, 3. — 3. Кестодурян Г. Л. Сов. мед., 1954, 5. — 4. Лейзерович Р. Р. (составитель). Предупреждение сельскохозяйственного травматизма. Изд. Республ. Дома сан. просв. Минздрава ТАССР, 1953. — 5. Лилейко В. И. Сов. мед., 1954, 8. — 6. Мариенко Ф. С. Сов. мед., 1954, 9. — 7. Неупокоева Т. Л. Сов. мед.,

Поступила 27 мая 1959 г.

## О СНИЖЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У РАБОТНИЦ НА ЗАВОДЕ МАШИНОСТРОЕНИЯ

*Канд. мед. наук А. Я. Марков и асс. И. В. Добрынченко*

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— доц. А. Н. Егоров) Украинского института усовершенствования врачей

Широкое участие женщин в работе предприятий выдвигает вопрос об изучении воздействия профессионального труда на организм работницы и в частности на состояние половой сферы.

Мы поставили перед собой задачу изучить особенности гинекологической заболеваемости на заводе сельскохозяйственного машиностроения с тем, чтобы изыскать возможности и методы, позволяющие ее снизить. После разработки структуры гинекологической заболеваемости были изучены этиологические факторы, вопросы внешней среды, условия труда, производственных нагрузок и внепроизводственной (домашней) занятости женщин-работниц, результаты профосмотров, вопросы диспансеризации и оздоровления после профосмотров. Использованы отчетно-статистические данные лечебной и профилактической работы женской консультации МСЧ и заболеваемости с временной потерей трудоспособности по больничным листкам. Повторно вызывались и осматривались женщины из группы «часто и длительно болеющих». Проведена большая консультативная работа в помощь местным врачам-гинекологам в отношении диагностики, лечения и организационно-методических вопросов профилактики.

На изученном нами производстве цеховой принцип медицинского обслуживания является основным в работе МСЧ. Врачи-гинекологи ведут большую профилактическую работу в цехах в аспекте своей специальности: гигиена рабочего места, профосмотры, контроль за работой коммат личной гигиены женщин, диспансеризация, оздоровление заболевших, лекции и беседы. Заводская поликлиника имеет женскую консультацию с процедурным кабинетом и кабинетом для психопрофилактической подготовки к родам; расписание работы приспособлено к работе смен. Профилактическая работа ведется два раза в неделю по 3 часа двумя врачами-гинекологами. Медсестры осуществляют патронаж в цехах. Существующие нормативы обслуживания здесь выдержаны. Работа клиничко-диагностической лаборатории, рентгеновского и физиотерапевтического кабинетов повышает качество медицинской помощи и способствует снижению заболеваемости. Гигиенические комнаты для женщин, как известно, имеют огромное значение в профилактике гинекологической заболеваемости. Таких комнат на заводе функционировали три: две комнаты расположены в крупных цехах (литейном и механическом) и одна в поликлинике (в хорошо изолированном помещении). В 1958 г. открыты еще две комнаты личной гигиены в механосборочном и автоматном цехах. Такое расположение комнат вполне удовлетворяет потребности работниц этого завода, и они пользуются у них большой популярностью. Обслуживание комнат организовано в соответствии с существующей инструкцией.

Хотя для большинства профессий условия труда не влияют на здоровье работниц и на их производительность труда, не обостряют существующие гинекологические заболевания, но на изученном нами предприятии работа «земледела» в литейном цехе является тяжелой.

По данным отчетов МСЧ завода, как и, впрочем, по наблюдениям других консультаций, воспалительные заболевания женских половых органов составляют значительную часть из всех зарегистрированных гинекологических заболеваний. Анализируя причины, способствующие возникновению воспалительных процессов гениталий, следует отметить, что на первом месте как этиологический фактор стоят аборт (внебольничные, криминальные).

По нашим наблюдениям, в части случаев (около 16%) обострение воспалительного процесса у женщин возникало в результате неправильного трудоустройства (они поступали на работу без предварительного медосмотра).

В небольшом проценте наблюдений (около 3%) установлено воздействие производственных факторов (тяжелый физический труд и сотрясение тела).

Найденные после профосмотра «эрозии» шейки матки, новообразования в органах гениталий, а также необходимость диагностических исследований в стационаре временно вызвали некоторое увеличение общего показателя временной нетрудоспособности (по гинекологической заболеваемости) как результат широкого активного оздо-