

ного питания на полях почти не было, создавалось много неблагоприятных моментов: колхозники гораздо больше времени тратили на приготовление пищи, а некоторые уходили с поля в село на обед, что влекло за собой массу простоев в работе. За последние два года общественное питание у нас получило массовое распространение, благодаря чему производительность труда стала выше: колхознику не за чем теперь ездить домой, так как обед он получает в поле, а кроме этого, имея больше времени для отдыха (после обеденного перерыва) он вырабатывает нормы более высокие, чем раньше.

Отсюда вытекает *важнейшая задача* врача, работающего на селе: он должен принимать активное участие в организации общественного питания, он должен наладить это дело и суметь выйти из всякого трудного положения, каковы бы ни были препятствия или недостатки. Всю эту сложную работу один медперсонал выполнить не в состоянии, если он будет стоять в стороне от общественности своего села или колхоза. Необходимо привлечь к этому делу внимание колхозного актива и общественных организаций села, близко подойти к самим массам и пробудить в них инициативу и активность в этом важном деле. И только при помощи этих организаций и общественности колхоза мы с успехом выполним директивы ЦК ВКП(б) об общественном питании и сможем внести свою долю в великое дело подъема сельского хозяйства и создания культурной колхозной жизни.

---

Из С.-К. Краевого научно-исследовательского института травматологии и переливания крови (дир. проф. Н. И. Напалков, Ростов-на-Дону).

### **О некоторых организационных вопросах построения травматологической сети в социалистическом сельском хозяйстве.**

**А. М. Дыхно.**

Посевная и уборочная кампании 1934 г. протекали в условиях, резко отличающихся от соответственных кампаний прошлых лет. Это различие определяется, во-первых, тем, что благодаря оперативному и конкретному руководству партии, несравненно возросла валовая продукция сельского хозяйства (на 18,9% по сравнению с 1932 г.), полностью сломлен кулацкий саботаж, значительно возросло благосостояние колхозников, многие из которых уже в 1933 г. превратились в зажиточных, 1933 г. был годом упорного овладения техникой сельскохозяйственного производства и т. д.

Громадную роль в организационно-хозяйственном укреплении колхозов сыграли политотделы. Задача выполнения в срок плана весеннего сева и дальнейших сельскохозяйственных работ и высокое качество проведения их, должна мобилизовать работников медико-санитарного дела на наиболее количественно полное и качественно высокое обслуживание колхозов и совхозов. Одной из важнейших задач этого рода является организация травматологической помощи в колхозах и совхозах, в частности в зерновых.

В задачу настоящей статьи не входят вопросы изучения сельскохозяйственного травматизма, его характеристики, качественных особенностей

и т. д.; этому посвящен ряд специальных работ (Лимберг, Эпштейн, Сосновский и др.).

Я позволю себе осветить организационные вопросы, предварительно указав только следующие основные моменты:

I. Сельскохозяйственный травматизм в социалистическом сельском хозяйстве, так же как и в других отраслях народного хозяйства СССР, из года в год падает, коэффициент частоты повреждений на 1000—равен по Лебедеву 40, по Сосновскому 37, совхозам б. С.-К. края за 1933 г.—39,5 (Макаренко), по моим данным по зерносовхозам в 1933 г.—29,1.

II. Понижается тяжесть повреждений, что видно хотя бы из того, что потеря трудоспособности на одну травму падает (напр. по б. Сев.-Кав. краю за I и II кварталы 1932 г. продолжительность утраты трудоспособности—14,5 дня, за 1933 г., в те же кварталы по данным изученного мною совхоза—11,93).

III. Основными причинами повреждений являются: недостаточная организация труда, невыполнение правил по технике и безопасности труда, недостаточное овладение техникой, невнимательная и небрежная работа. (Лимберг, Дыхно, Зикеев и др.).

1934 г. должен дать еще большее снижение травматизма и дальнейшее сокращение утраты трудоспособности (на одну травму).

Центральной задачей, которой должна удовлетворить организация травматологической помощи, является высокое качество обслуживания работников поля непосредственно в отделении, бригаде, у трактора и т. д.

Особого внимания заслуживает учет сельхоз. повреждений. Все формы учета, которые до сего времени существовали, страдают то мелкими, то более крупными дефектами (сложность и в то же самое время недостаточная полнота получаемых данных, нестрога форм „местнические тенденции“, существующие не только в масштабе целого края (области), но даже в одном и том же районе и на соседних пунктах медицинской помощи. Это создало возможность детальной разработки накопленного материала. Простой, доступный и в то же самое время достаточно полный учет, проводимый во всех республиках, краях и областях по общей единой схеме, должен быть обязательно введен уже в текущем году. Наиболее соответствующей целям учета является карта для регистрации сельхоз. травматизма, предложенная проф. Лимбергом, она охватывает все вопросы, которые важны для изучения сельхоз. повреждений. Для большей полноты картины я бы предложил в эту карту ввести небольшой дневник течения болезни. Правильное распределение вопросов карты и дневник не сделает ее очень громоздкой, но вместе с тем принесет большую пользу делу изучения и борьбы с травматизмом. Конечно, мало предложить карту, необходимо научить правильно ее заполнять, распределить так регистрацию, чтобы каждая карта была достаточно ценна для последующей ее разработки, это естественно, зависит от организационной структуры борьбы с травматизмом, которая так же, как и учет, в основном должна быть едина, конечно, с теми или иными отклонениями, зависящими от специфических местных условий.

Руководить работой по борьбе с травматизмом в крае (области, нац. респ.) должен край-облздрав НКЗ АССР. До периода полевых работ должны быть разработаны контрольные цифры обслуживания медицинской

и в частности травматологической помощью. Органы здравоохранения должны для этого точно знать не только общую потребность во врачах на периоды полевых работ, но должны знать детальный план развертывания и проведения их, спускаясь не только до районов, но и отдельных крупнейших сельхоз. предприятий (напр. совхоз, МТС).

Отсюда ясно, то важнейшее значение, которое приобретает тесная связь органов здравоохранения с Край-облЗУ, Зернотрестом, политуправлением. Для разработки этого конкретного плана, равно как для консультативной помощи, органы здравоохранения привлекают соответственные компетентные учреждения, а такими являются исследовательские институты травматологии, которые созданы в настоящее время почти в каждом крае, каждой области. Научно-исследовательские институты должны оказывать не только организационно-методическую помощь, а проводить и лечение, вести работу по подготовке кадров медработников для обслуживания сева и других важнейших сельхоз. кампаний.

Перехожу к следующему организационному звену, к районным здравоотделам. Необходимо отметить, что их роль в деле борьбы с травматизмом в предыдущие годы была крайне незначительна, это в основном объяснялось тем, что районные здравоотделы не вникали в задачи борьбы с травматизмом, не знали путей этой борьбы и вместо большой оперативной работы и конкретного руководства занимались крохоборчеством, идя на поводу у местных медработников, зачастую не сведущих в борьбе с травматизмом. Райздравоотделы, райинспектора в настоящем году на основе изучения и знания деталей и техники дела (Каганович), должны:

1. Наладить живую связь и конкретное руководство местными медработниками.
2. Повысить их ответственность за порученные участки.
3. Провести широкую подготовительную работу по своевременному и полному развертыванию сети.
4. Наладить бесперебойное снабжение ее инструментарием, перевязочными материалами и т. д.
5. Своевременно перебросить соответствующие кадры как для руководства, так и для осуществления практической работы.

Уже из этих положений видна важность детального изучения плана полевых работ, который разрабатывается низовыми хозяйственными организациями. Знать четкую картину борьбы за план в совхозах данного района, в участках работы МТС—обязанность каждого райздрава и только при этом можно рационально построить травматологическое обслуживание. Разработка сети должна проходить при непосредственной увязке с политотделами, которые своим опытом и знаниями могут выполнить эту задачу. Далее в крупных зерновых районах и даже при крупных совхозах и МТС должны на базах больниц быть организованы филиалы краевых и областных научно-исследовательских институтов, хотя бы с 2 отделениями: 1) лечебный и 2) профилактики и руководства.

Совершенно ясным является такое положение, что если материал будет разрабатываться тут же на месте, а не увозиться за сотни километров в крупные исследовательские центры, где накапливаясь в большом количестве, будет залеживаться, то от этого в значительной степени возрастет эффективность борьбы, быстро и ежедневно разрабатываемый ма-

териал даст возможность на ходу исправлять недочеты и конкретно, оперативно руководить.

Роль низовых лабораторий на фабриках и заводах, важность их организации и укрепления подчеркнута гг. Молотовым, Куйбышевым в их докладе на 17 съезде партии, такими низовыми лабораториями борьбы с травматизмом должны являться филиалы травматологических институтов. Естественно, эти филиалы должны быть соответствующим образом и оборудованы аппаратурой для вытяжений, инструментарием, бельем и т. д. К этому у нас имеются все условия и их в интересах дела нужно использовать. Укажу только на необходимость приближения к полю рентгеновских установок. На Всеукраинском съезде хирургов рабочих Х. Т. З., приветствуя съезд, выдвинул задачу продвижения рентгена в цех. Мне кажется, что эта задача должна быть выполнена. Современный травматолог не может работать без рентгена. В филиалах травматологических институтов, а также и в больницах совхозов и МТС должны быть развернуты рентген-установки, так много сделавшие для борьбы с травматизмом и лечения травматиков в индустриальных районах (уголь, металлургия—см. работы Афанасьева и др.). Как же должна быть построена сеть травматологической помощи в системе совхоза и колхоза? Выше указывалось, что эта сеть должна быть максимально приближена к бригаде, стану, трактористу. Для этого, мне кажется, возможным рекомендовать следующие формы построения.

Центральной травматологической базой должна являться местная больница и ее хирургическое отделение. Нужно помнить основное условие медицинского обслуживания у нас—дифференцированное обслуживание. На период интенсивных полевых работ больницы должны освободиться от всяких „хроников“ и прочих, чтобы полностью обслуживать ведущие сельхоз. профессии, если больница недостаточно мощная, необходимо ее расширить, для чего очень часто даже не нужно искать другое помещение, а нужно рационально использовать имеющиеся. Необходимо озаботиться в получении самых простейших аппаратов для лечения костных повреждений, часть из которых (напр. шины) можно приготовить на месте. Здесь врач больницы должен проявить свою инициативу и изобретательность. Особое место должна занять работа по соответствующему обеспечению асептики. Качество травматологического обслуживания в значительной степени зависит от постановки асептики, качества, произведенной операции и пр.

Перестроить свою работу должна и амбулатория, необходимо время приемов приспособить к потребностям работников поля, наиболее удобные времена являются ранние утренние часы (6—8) для обслуживания ночных смен и поздние вечерние (20—22) для дневных смен. В эти часы должны приниматься только рабочие поля, в другие—остальное население (старика, дети и т. д.).

В местах скопления рабочих, производственных базах, а таковыми являются отделения совхозов, бригада колхозов, должны быть организованы пункты здравоохранения. В их задачу входят не только оказание медицинской помощи при повреждениях, но весь комплекс медико-санитарных мероприятий, повышения обще-культурного состояния стана или жилищ, самих рабочих. В условиях сельского хозяйства эти пункты должны выполнять и низовую лечебную работу (напр. повторные перевязки).

т. к. переброска больных для мелких манипуляций в больницу не всегда является целесообразной, а зачастую и трудно осуществимой. Исходя из этого, пункты должны быть соответствующим образом оборудованы. Неприемлемо такое положение, когда пункт не имеет пинцета, ножниц, игл для кожных швов, стерильного материала, носилок и т. д.

В настоящее время необходимо решительно перейти от создания временных пунктов к постоянным, т. к. открытие и быстрое закрытие их, текучесть персонала и кустарное отношение к их организации не может не отразиться на их работе.

Хочется указать еще на одну форму развертывания стационарной сети — организации примитивных временных стационаров в отделениях совхозов. Эти стационары на 10—15 коек можно оборудовать в любой избе, что разгрузит больницы от целого ряда больных, которые с успехом могут лечиться в таких временных стационарах, разгрузят транспорт и проч. Конечно, не нужно создавать такие стационары в каждом отделении или стане, достаточно организовать их в крупнейших или в центральных, через которые проходят дороги в другие отделения. Опыт организации временных стационаров мы имеем в 1933 году, работая в составе бригады исследовательских институтов в Егорлыкском зерносовхозе по заданию Краевого отдела здравоохранения.

Естественно, описанные пункты здравоохранения должны иметь свои шупальцы на периферии, отделения совхозов и колхозов, т. е. в бригаде совхоза, в тракторном звене и т. д. Этими шупальцами должны являться санитарные посты из лучших, подготовленных в кружках РОКовцев. Санитарный пост должен иметь примитивную аптечку с перевязочными материалами, последние в виде индивидуальных пакетов различных размеров.

Элементы первой помощи должны знать все рабочие совхоза и МТС, все колхозники, не говоря уже о таких профессиях, как трактористы, каждый из которых должен иметь индивидуальный пакет. Для этого среди колхозников должен быть проведен цикл лекций по первой помощи, а трактористы и комбайнеры проходят таковую на курсах подготовки. Недооценивать само- и взаимопомощь нельзя, если таковую правильно поставить, она даст многое и для последующего лечения травматиков, достаточно привести опыт д-ра Соломонова („Красный Луч“ УССР), который им поделится в одном из заседаний последнего Всеукраинского съезда хирургов. Обучив правильному оказанию само- и взаимопомощи рабочих угольной промышленности д-р Соломонов добился резкого снижения повреждений спинного мозга, как осложнения при переломе позвоночного столба.

Для обслуживания травматологической помощи села нужны квалифицированные медицинские работники. В больницах совхоза и обслуживающих районы действия МТС в периоды полевых работ — необходимы врачи хирурги с травматологической подготовкой. Эту травматологическую доквалификацию и должны проводить травматологические институты, в них же могут быть организованы и курсы по повышению хирургической и травматологической квалификации и среднего звена медицинских работников.

Не менее важным, чем кадры, является и вопрос о транспорте и связи. В настоящий момент мы уже не можем мириться с разрывом отдельных

звеньев травматологической сети. Своевременно поставить вопрос о тсм, чтобы при больницах, обслуживающих крупный совхоз и район действия одной или нескольких МТС, был автомобиль скорой помощи. Кроме того, необходима телефонная связь между больницей и пунктом здравоохранения, равно как и между последним и постом здравоохранения, полевые телефоны являются наиболее удобными аппаратами для этой цели. Эта полевая телефонная связь дает возможность руководителю медобслуживания звать о всех происшедших несчастных случаях и своевременно принять те или иные меры, с другой стороны хозяйственник того или иного сельхоз. предприятия (директор совхоза, МТС и т. д.) смогут своевременно заполнить пробел рабочей силы, получившийся в результате несчастного случая, что ликвидирует простой сельхоз. машины (напр. трактора), и наконец, сигнализационный учет поможет вести борьбу с симулянтами и аггровантами, т. к. даст возможность профессиональной организации и рабочему контролю знать поврежденного и своевременно изучить причину травм.

Последнее, на чем я хотел остановиться, это на проф. отборе и проф. ориентации. Вопрос о введении профотбора и профориентации в практику работы медицинской сети села не является новым. Так, еще в 1930 г. Г. Шпильберг предлагал развернуть широкую профтехническую работу и организовать бюро по профотбору и ориентации колхозной молодежи. Конечно, в 1930 г. эти справедливые и дельные предложения не могли быть осуществлены. Не то в настоящее время, когда колхозный строй окреп и колхозник стал опорой партии в деревне, превратившись в центральную фигуру социалистического земледелия. Профотбору и профориентации должно быть отведено соответствующее место, нужно опыт этой работы в городе перенести на село, необходимо при укомплектовании курсов трактористов, комбайнеров и т. д. широко ввести профессиональный отбор, этим удастся еще больше уменьшить сельскохозяйственный травматизм. То же нужно сказать и о техническом инструктаже. Нельзя принимать на работу, даже на самую примитивную сельско-хозяйственную машину (кстати отмечу, что по данным Зикеева примитивные орудия сельскохозяйственного труда дают больший травматизм, чем самые сложные машины) без тщательного предварительного технического инструктажа с обращением внимания на технику безопасности.

Совхозы и колхозы в настоящем году должны обслуживаться хорошей, четко работающей сетью медицинской и в частности травматологической помощью. Это повысит производительность труда и еще больше двинет дело превращения колхозов в большевистские и колхозной жизни в зажиточную.

---