

что страховое учреждение как бы страхует себя у застрахованного и платит ему страховую премию в размере 8  $\frac{1}{3}$ ‰.

Весь этот порядок и вся эта установка нам, конечно, чужды. Наши страховые учреждения далеки от того, чтобы страховать себя от риска заплатить в будущем повышенную пенсию. Риск остается на страховом учреждении. Одноглазому дают немного—именно то, что соответствует его трудоспособности в данный момент. Но когда он теряет второй глаз, страховое учреждение учитывает, что слепота существенным образом зависит от потери первого глаза. И если эта потеря первого глаза связана с трудовым увечьем, то инвалидность, в случае последующей слепоты, должна считаться травматической.

### Путь травматиков ОМКУЗ(а<sup>1</sup>).

Проф. М. О. Фридланда и д-ра Г. М. Новикова.

Задачей настоящей работы являлось проследить этапы того пути, который проделывают травматик казанского завода ОМКУЗ, начиная от рабочего станка, и проверить обстановку и хирургическую подготовленность учреждений, оказывающих травматiku лечебную помощь.

Получивши то или иное повреждение,—в огромном большинстве случаев резаную рану пальцев или кисти,—рабочий, в зависимости от тяжести повреждения и субъективных ощущений, поступает различно. Иногда он, не отходя от станка, обматывает поврежденную часть тела первой, попавшейся ему под руку, тряпкой. Так часто поступают рабочие при поверхностных порезах, в особенности ударники, не желающие прерывать свою работу „по пустякам“. Нередко подобными „пустяками“ оказываются в глазах ударников и более серьезные ранения. Совершенно очевидно, что подобное отношение к травме приводит в ряде случаев к излишним воспалительным осложнениям. Общее количество таких, нигде не регистрируемых, травматиков в некоторых цехах не так уж мало. Так, например, обследуя работающих на мокрой скобе и на колодах (в сырейшем цеху), мы могли констатировать в разные дни от 70% до 100% подобного рода травматиков, работающих с перевязанными пальцами. Производительность труда этих рабочих, конечно, уменьшается. Точной регистрации падения выработки в данном случае не существует. Из разговоров с самими рабочими и мастером пеха выясняется, что продукция, при наличии поврежденных пальцев, понижается у рабочего со 150 шкурок в день, составляющих среднюю норму дневной выработки, до 135 и даже до 100 шкурок, т. е. на 10%—33%. Этот фактор, при учете продукции завода, упускается из виду. А между тем он может быть причиной неправильных выводов у администрации, что особенно вредными пальцами на работе, конечно увеличивают абсолютную выработку на каждого рабочего получается снижение цифр

с той, которая имела бы место, если бы травматизированный ударник совсем не участвовал в работе. Отмечая данное явление, как один из моментов, характеризующих высоко сознательное отношение рабочих к своему производству, мы все же полагаем, что не следует поощрять небрежного отношения рабочих к своим травматическим повреждениям, из каких бы хороших побуждений это ни исходило: всякая рана должна быть проконтролирована на медпункте и правильно лечебно обработана. Лишь таким образом дается гарантия от последующих осложнений, грозящих выведением работника из строя на продолжительные сроки, что в конечном итоге невыгодно ни производству, ни рабочему.

В других случаях травматизированный рабочий прибегает к помощи своего товарища и цеховой аптечки. Последняя весьма плохо оборудована и содержится в грязном виде. Перевязка производится антисанитарно, так что едва ли многим лучше, чем описанная выше примитивная самопомощь пострадавшего.

Наконец, большинство рабочих, получив ранения, идут прямо на пункт здравоохранения (пункт первой помощи). Последний расположен близко от пехов, не более 2—4 минут ходьбы. Но это, пожалуй, его единственное достоинство. Помещение пункта здравоохранения прижато к какому-то не то складу, не то конторе, откуда несетя постоянный крик и шум приходящих. Помещение пункта занимает всего две маленьких, низких и полутемных комнаты. Их размеры: высота 2,11 метра, площадь одной комнаты 3,54×3,6 м., другой комнаты 4,25×2,8 м. Телефонной связи с цехами нет. Повсюду следы грязи и пыли. Санитарка, которая прикреплена была сюда временно, теперь сокращена, так как по мнению администрации это—роскошь для переживаемого времени. Заводоуправление дает уборщицу всего лишь на три часа в сутки, хотя пункт работает все 24 часа.

Пунктом заведует врач, недавно окончивший мединститут, специальной хирургической подготовки не имеет. Лечебной функции не несет, да и не имеет для этого времени, так как всецело занят обширной медицинско-статистической отчетностью, работой в междуведомственной комиссии по обследованию санитарного состояния завода, многочисленными заседаниями и собраниями и различными хлопотами в Горздраве и НКЗ. Вся лечебная работа лежит на фельдшерском персонале (4<sup>3</sup>/<sub>4</sub> единицы), несущем по сменам кругло-суточное дежурство. По квалификации—это медсестры краткосрочных курсов. Фельдшерицы, за исключением одной, не знакомы с самыми элементарными правилами оказания первой помощи. Одному из нас удалось убедиться в этом лично, принявши с завода двух больных с сильным кровотечением из кисти: у обоих жгут был наложен на предплечье.

Оборудование пункта убогое и гармонирует с общим видом помещения. Хирургический инвентарь состоит из пинцетов, ножниц и скальпеля, изношенных до черноты. Имеется барабан, но перевязочный материал не стерилизуется. А если из поликлиники изредка привезут одну баночку стерильных марлевых шариков, то их достают оттуда нестерильными, подчас даже невымытыми, руками. Инструменты не кипятятся, так как нет ни стерилизатора, ни даже примуса. Достаточно, сказать, что на все оборудование пункта здравоохранения, включая оборудование хирур-

120 рублей, на хозрасходы—35 рублей. Что касается медикаментов и перевязочных материалов, то на это по бюджету полагается 100 руб. ежемесячно. Однако фактически эта норма нередко урезывается до 50 руб. В результате, пункт испытывает недостаток даже в таких важных препаратах, как иод, спирт и принужден соблюдать экономию в перевязочных материалах, нередко в ущерб качеству повязки.

Указанная обстановка определяет собою и качество „первой помощи“, которую получает рабочий на пункте. Отсюда травматик идет на дальнейшее лечение в Ново-Татарскую участковую амбулаторию или в Вахитовскую поликлинику; значительно реже—в центральные поликлиники города.

Ново-Татарская амбулатория расположена в удовлетворительном помещении, но оборудована скверно. Находится в полном подчинении Вахитовской поликлиники, как в финансовом, так и в „идейном“ отношении, имея громкое название „филиал единого диспансера Забулачного района“. Взаимоотношения филиала и „единого диспансера“ лучше всего характеризуются выдержками из речей работников амбулатории на недавнем рабочем собрании, где говорилось примерно следующее: „Руководители „единого диспансера“ приходят навещать своих подчиненных раз в год и то случайно, повидимому просто заблудившись. Когда же „подчиненные“ приходят к своему „шефу“ с просьбой отпустить денег на бумагу, медикаменты, керосин и пр., то даже бухгалтер поликлиники считает себя вправе гнать их в шею“.

Врачи хирургической подготовки не имеют совершенно и принимают по всем специальностям. Как правило, перевязки делаются нестерильным материалом. Если же иногда стерильный материал бывает и им пользуются для первого слоя повязки, то фельдшерицы достают марлю из барабана нестерильными пинцетами, либо попросту рукою. Имеется на всякий случай шелк и серфины, но применяются редко. Какого-либо определенного принципа для обработки и лечения ран нет. Всякая свежая рана стереотипно смазывается иодом, кладется спиртовой компресс. Дальше—перевязки с борной, ихтиоловой или цинковой мазью, смотря по тому, что имеется в данное время в наличии. Перевязки назначаются через 1—2—3 дня. Местные ванны не практикуются. Широко в употреблении старые, грязные бинты. Медикаментов нехватает. Стерилизатор имеется, но, очевидно, за ненадобностью, запрятан в дальнем углу шкафа. Фельдшерицы считают достаточным обтирание пинцета спиртом. После всего этого курьезно было выслушать жалобу на то, что больные с ОМКУЗ'а очень долго ходят на лечение с пальцами: „почему-то“ очень медленно идет заживление. Действительно, некоторые больные с резанными ранениями пальцев лечатся в Ново-Татарской амбулатории по 1—1½ месяца.

Вахитовская поликлиника имеет два хирургических кабинета. Они обслуживаются хирургами с клиническим стажем, за исключением одного врача, который такого стажа не имеет. Кабинеты содержатся грязно. Отапливаются стоящей тут же дымящей железной печкой. Самая хирургическая помощь оказывается правильно. Рана по окружности очищается спиртом или иод-бензином, смазывается иодной настойкой и покрывается спиртовой повязкой из стерильного материала с соблюдением всех остальных правил асептики. В последующем перевязки делаются мазевые: бор-

ная, ихтиоловая и пр., в зависимости от индивидуальных показаний. Широко практикуются местные ванны, преимущественно содовые и марганцевые. перевязки производятся, по большей части, через день. Ощущается острый недостаток в бинтах: их выдается всего по 4 штуки на каждые 60 человек. Это вынуждает пользоваться отработанными, грязными бинтами. При наличии показаний рану зашивают шелком или серфидами. Соблюдается жесткая экономия спирта, который отпускается в явно недостаточном количестве. В остальных отношениях хирургические кабинеты снабжаются удовлетворительно.

Поликлиники города оборудованы, сравнительно, хорошо и здесь, в большинстве случаев, основная установка при лечении травматиков правильная. Однако сюда рабочие ОМКУЗ'а попадают редко. Большинство их лечится в Забулачьи <sup>1)</sup>. Что же касается помещения травматиков в стационар, то через центральную поликлинику и поликлинику № 2 рабочие ОМКУЗ'а не принимаются или принимаются с большим трудом, так как у клиник Медицинского (Центральная поликлиника) и Клинического института (Поликлиника № 2) нет для этого забронированных мест. В указанном отношении положение рабочих „Спартак“ значительно лучше, так как Клинический институт шефирует завод „Спартак“, и его рабочие принимаются Поликлиникой № 2 без очереди.

По излечении рабочего поликлиническим или стационарным учреждением он возвращается на производство. Пункт здравоохранения получает конечные сведения о судьбе травматика через выплатную кассу завода на основании представляемых туда больничных листов. Но регистрация не точна: сличение статистических данных пункта здравоохранения и выплатного пункта обнаруживает разницу в цифрах; кроме того, часто не имеется точных анатомических указаний относительно локализации и клинической характеристики ранения; не всегда имеются ответы на отдельные пункты регистрационной карточки.

Подводя итоги обследованию, приходится констатировать следующее.

1. Администрация завода ОМКУЗ далека от мысли, что пункт здравоохранения является тоже цехом предприятия, требующим к себе серьезного внимания и материального содействия.

2. Татнаркомздрав также далек от конкретизации той мысли, что пункт здравоохранения—одно из важнейших звеньев в системе приближения медицинской помощи к рабочему: врачи пункта здравоохранения и некоторых периферических поликлиник не только хирургически не подготовлены, но вообще мало квалифицированы; фельдшерский персонал незнаком с элементарными правилами оказания первой помощи; правила асептики при наложении повязок не соблюдаются; обеспеченные медикаментами недостаточные.

3. „Дешевая“ медицинская помощь травматикам—одна из главных причин повышенной потери трудодней травматиками на ОМКУЗ'е и, надо полагать, также на других промышленных предприятиях.

Для устранения перечисленных дефектов необходимо:

1. Организовать санитарное содержание и правильное пользование цеховыми аптечками, снабдив их индивидуальными пакетами стерильного перевязочного материала.

<sup>1)</sup> Пригород, где находится обследованный завод.

2. Обучить нескольких рабочих каждой смены элементарно-грамотному производству повязок, как одному из видов неотложной первой помощи.

3. Отвести для пункта здравоохранения специальное помещение, связав его внутренним телефоном со всеми цехами и оборудовав в хозяйственном, медицинском и хирургическом отношениях всем необходимым. Особое внимание обратить на снабжение стерильным перевязочным материалом.

4. Прикрепить пункт здравоохранения к специальному травматологическому учреждению, возложив на последний задачи:

а) провести краткосрочные курсы для повышения хирургической квалификации врачебного и среднего медперсонала пунктов здравоохранения и периферических поликлиник города,

б) ввести определенную схему лечебной обработки травматиков, обратив особое внимание на повреждение ручных пальцев и кисти,

в) иметь систематическое наблюдение за деятельностью пунктов здравоохранения по линии борьбы за снижение травматизма и его осложнений на предприятиях.

5. Установить контакт и преемственность в обработке более тяжелых травматиков ОМКУЗ'а (и других промышленных предприятий) с периферическими поликлиниками и со стационаром Центрального травматологического учреждения.

## Санитарный профиль детских учреждений.

Д-ра Войдиновой С. М. (Казань).

Врачу ОЗД, непосредственно работающему в массовых детских учреждениях, много времени и внимания приходится уделять санитарно-гигиеническому надзору за помещениями. Врач ОЗД часто одновременно обслуживает детучреждения различного типа: дошкольные, школьные, закрытые детдома, сезонные площадки, лагеря.

В одном детучреждении врач сталкивается с разными объектами: школа, общежитие, столовая, производство.

В процессе школьно-санитарной работы врача ОЗД при таком богатстве и разнообразии санитарных объектов, естественно, возникает ряд затруднений методического характера, которые прогрессивно растут параллельно и в связи с реконструкцией школы в политехническую фабрично-заводскую семилетку с непрерывным годом работы, с новыми методами и формами работы. Прежде всего, врачу ОЗД невозможно ограничиться для всех объектов школьно-санитарного надзора, для всех помещений и зданий унифицированной санитарной карточкой здания, единым санитарным „паспортом“ детских учреждений.

Требуется не только городской и колхозный вариант этого паспорта, но и типовые варианты: для детдомов, дошкольных учреждений, сезонных, что значительно усложняет самый процесс работы по санитарному обследованию детских учреждений и, главное, затрудняет учет, обра-