

9484
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

А. Т. ТАТАРИНОВ

**Сельскохозяйственный травматизм
у рабочих совхозов Жлобинского района,
его лечение и профилактика**

(1959—июнь 1963 гг.)

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



гор. Жлобин, БССР.

**ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

А. Т. ТАТАРИНОВ

**Сельскохозяйственный травматизм
у рабочих совхозов Жлобинского района,
его лечение и профилактика**

(1959—июнь 1963 гг.)

**А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

гор. Жлобин, БССР.

Из Жлобинской центральной районной больницы Гомельской области (главный врач В. Н. Крюков).

Научный руководитель — заведующий кафедрой госпитальной хирургии Минского медицинского института доцент И. М. Стельмашенок.

Официальные оппоненты:

1. Доктор медицинских наук, профессор И. Б. Олешкевич.
2. Кандидат медицинских наук А. А. Долганова.

Защита диссертации состоится в Ученом Совете Витебского медицинского института «22» *август* 1965 г.

Автореферат разослан «21» *декабрь* 1964 г.

XXII съезд КПСС положил начало новому этапу общественного прогресса, этапу борьбы за построение коммунизма. В принятой съездом Программе определены конкретные пути строительства коммунистического общества в нашей стране.

Первостепенное место в Программе занимают вопросы дальнейшего повышения материального благосостояния и культуры народа. Удовлетворение растущих материальных и культурных потребностей советского народа требует быстрого подъема промышленности и всех отраслей сельского хозяйства, снабжающего население продовольствием, а промышленность сырьем.

Повышение благосостояния советского народа неразрывно связано с охраной здоровья трудящихся. Партия и правительство уделяют огромное внимание развитию здравоохранения. Ярким проявлением этого явилось постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР (1960 г.) «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР».

Основная задача советской медицины — профилактика заболеваний, оздоровление условий труда и быта.

Большое значение в охране здоровья сельских тружеников имеет предупреждение травматизма при выполнении сельскохозяйственных работ. Уменьшение и в дальнейшем ликвидация травматизма сбережет здоровье и приведет к повышению производительности труда за счет устранения потери дней трудоспособности.

Учитывая значительный удельный вес сельскохозяйственного травматизма среди других видов травм (15—30 проц.), по данным ряда авторов: Э. Н. Огнева (1953 г.) — 24 проц., Г. С. Юмашев (1954 г.) — 35 проц., М. И. Сороко (1954 г.) — 14,1 проц., Г. Н. Лукьянов (1955 г.) — 10—30 проц. и наличия ряда нерешенных вопросов по профилактике травматизма и лечению пострадавших, мы решили изучить травматизм у рабочих совхозов Жлобинского района. Работ, относящихся к изучению травматизма в совхозах, очень мало, а в совхозах Белорусской ССР данный вопрос не изучался.

Организация труда в совхозах приближается к промышленным пред-

приятиям. Роль совхозов в коммунистическом строительстве высока, материально-техническая база их расширяется, о чем ясно сказано в отчетном докладе на XXII съезде КПСС.

Для разрешения нами поставлены следующие вопросы:

1. Изучить причины травматизма у рабочих совхозов.
2. Изучить характер травм и их последствия.
3. Определить мероприятия по устранению причин, порождающих травматизм.

4. Осветить вопросы оказания первой помощи и лечения с учетом характера и локализации травм.

5. На основании полученных данных выработать рекомендации для медработников и руководителей совхозов.

За изучаемый период (1959 — июнь 1963 гг.) нами зарегистрировано 708 случаев травм с временной потерей трудоспособности, которые и легли в основу работы. Данная диссертация представляет собой рукопись в 162 страницы машинописи, иллюстрированную 37 таблицами и диаграммами и пятью фотоснимками. Особо в приложении (на 110 стр.) приводится краткая характеристика всех 708 случаев травм.

КРАТКИЙ ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Начало изучения сельскохозяйственного травматизма в России следует отнести к 80—90 годам прошлого столетия. Развитие капитализма в России, внедрение машин в сельское хозяйство привели к значительному росту травм, особенно в южных районах страны, где применение сельскохозяйственных машин шло более быстрыми темпами. В это время и начинают появляться работы более прогрессивных врачей, преимущественно земских, направленные на защиту труда сельскохозяйственных рабочих (А. И. Войцеховский, Н. И. Тезяков, А. А. Алов, Н. Н. Лебедев, К. Г. Славский, Л. Б. Бертенсон и др.). Основную причину травматизма авторы усматривали в распространении сельскохозяйственных машин, отсутствии предохранительных приспособлений во время работы на машинах. Третья часть травм падала на детей до 15 лет. Очень высок процент тяжелых травм (26,6 проц. по Н. И. Тезякову), сопровождающихся отрывами конечностей и часто заканчивающихся смертью.

В Белоруссии первые работы, посвященные данному вопросу, были опубликованы в 1911 и 1913 гг. (В. Г. Станкевич). Основная причина травм по автору — работа на молотилках, соломорезках, косилках.

К особенностям работ дореволюционного периода следует отнести то, что травматизм изучался только по данным стационара и в местах наибольшего скопления рабочих, при обработке помещичьих земель. Учет амбулаторных травм не проводился. Изучение травматизма среди мелких крестьянских хозяйств также не проводилось. Все это в значи-

тельной степени снижало качество исследований, не давало должного представления о распространенности и характере травматизма. Хотя вопросы травматизма и обсуждались на Пироговских съездах врачей, но дальше обсуждения дело не шло и никакие мероприятия по снижению травматизма не принимались.

После Октябрьской революции, особенно в период коллективизации сельского хозяйства, появляется ряд работ, посвященных изучению травматизма (М. Абрамович — 1927 г., Н. Н. Болярекий — 1927 г., В. Н. Сазонтов — 1929 г., А. Г. Сосновский — 1931 г., И. Г. Голькин — 1931 г.). Время публикации этих работ совпадает с периодом, когда коллективизация еще только начиналась. Изучение травматизма представляло значительные трудности. В. И. Сазонтов предложил анкетный способ учета травм. Изучению начали подвергаться травмы не только в стационарах, но и в амбулаториях. Авторы, как и раньше, связывают рост травматизма с ростом техники. В. В. Гориневская (1932 г.) считает такое утверждение крупной ошибкой. Надо противопоставлять, говорит она, строй капиталистическому строй социалистический, где проводятся широкие государственные мероприятия, направленные на борьбу с травматизмом.

Более широко вопросы борьбы с сельскохозяйственным травматизмом начали изучаться после завершения коллективизации сельского хозяйства (А. В. Рудченко, А. М. Дыхно, И. С. Бабчин, Б. Э. Линберг, М. И. Бирюков и др.). Работы их посвящены профилактике травматизма в колхозах, совхозах, МТС. Уделяется много внимания оказанию первой медицинской помощи и дальнейшему лечению пострадавших. Предложена организация санитарных постов из активистов Красного Креста.

Наибольшая активность в изучении травматизма отмечается после Великой Отечественной войны и особенно в последнее время (Н. Н. Приоров, А. М. Дворкин, Л. З. Хейфец, Л. И. Шулутко, В. С. Воронченко, Р. М. Минина, А. З. Мамсиков, А. Н. Титов, С. А. Андреев и др.). Эти авторы высказались за организацию учета всех видов сельскохозяйственных травм, изучение причин и их устранение во всех отраслях сельского хозяйства, организацию оказания первой помощи и поэтапного лечения пострадавших.

ОБЩИЕ ДАННЫЕ ИЗУЧЕНИЯ ТРАВМАТИЗМА У РАБОЧИХ СОВХОЗОВ

Изучение травматизма производилось в пяти совхозах района, которые по занимаемой ими посевной площади являются не крупными хозяйствами. Особенностью их является то, что значительное количество земель составляют осушенные болота, торфяники. Среднее количество рабочих в совхозах составляет 5,268 человек. Медицинская помощь ра-

бочим оказывается тремя участковыми больницами и девятью фельдшерско-акушерскими пунктами.

Наряду с разработкой литературного вопроса, работа по изучению травматизма начата с организации санитарных постов, подготовки медицинских кадров по оказанию первой помощи и лечению пострадавших.

Особое внимание уделено организации правильного и повсеместного учета травм. Для этого нами выработана карточка учета, с которой были ознакомлены все медицинские работники. Данная карточка заполнялась во всех медицинских учреждениях, куда впервые обращался пострадавший, а затем передавалась в районную больницу для дальнейшего изучения и обобщения.

Работа проводилась в тесном контакте с руководителями совхозов, рабочими комитетами. В процессе изучения наиболее частые причины травм обсуждались на заседаниях рабочих комитетов, исполкомах сельских Советов и районного Совета депутатов трудящихся. Причины травматизма устранялись немедленно. Уделялось определенное внимание технике безопасности. Принимались меры к тому, чтобы ни один рабочий не допускался к производственным процессам без прохождения подготовки. В работе приведены травмы с потерей дней трудоспособности.

За последние 1,5 года изучаемого периода отмечается значительное снижение травм. В 1959 году показатель частоты на 100 работающих был равен 3,5, а в 1962 г. составил 2,5 и в 1963—1,05. Общий показатель частоты за изученный период равен 2,8, что несколько ниже данных других авторов: А. М. Дыхно — 3,76 (1958 г.), Н. И. Елецкий — 7,6 (1961 г.).

Снижение травматизма наблюдается у рабочих всех специальностей, но более заметно у растениеводов и животноводов. Так, у растениеводов показатель частоты в 1959 г. равен 2,1 на 100 рабочих, в 1962 г. 1,5, а в 1963 г. — 0,9. У животноводов соответственно 4,1, 3,4, 1,4. По отдельным специальностям показатель частоты выглядит так: трактористы — 4,3, комбайнеры — 2,6, рабочие мастерских — 6,4, шофера — 5,5, животноводы — 3,5, растениеводы — 2,0, строители — 6,4, прочие — 3,7. А. З. Мамсиков, изучая травматизм в совхозе «Переможець», приводит следующие данные частоты травматизма: механикаторы — 2,6, рабочие мастерских — 14,0, строители — 12,5, животноводы — 7,2, полеводы — 8,0.

Распределение пострадавших по полу следующее: мужчины — 463 (65,4 проц.), женщины — 245 (34,6 проц.). Показатель частоты среди мужчин — 3,9, среди женщин — 2,0. Подобное соотношение мужчин и женщин приводят и другие авторы (К. Р. Яценко, И. Б. Олешкевич, И. Ф. Исаев, Н. Н. Приоров). Наибольшее количество травм приходилось на возраст от 20 до 50 лет (75,9 проц.).

Большое значение в возникновении травматизма имеет рабочий

стаж. Наши данные говорят за то, что травматизм чаще возникает у лиц, имеющих небольшой рабочий стаж. На высокий травматизм у лиц со стажем до 3 лет указывают и другие авторы (Н. Н. Приоров — 60 проц., К. Ф. Болотов — 62,3 проц.). По нашим данным, на рабочих со стажем до трех лет приходилось 42 проц., до 5 лет — 22,5 проц., в дальнейшем количество травм снижалось.

Рассматривая рост травматизма в различное время рабочего дня, можно убедиться, что утомление имеет важное значение; если в начале рабочего дня количество травм невелико, то к концу его отмечается резкий подъем. Так, на первый час работы приходилось 6,4 проц. всех травм, от часа до трех количество травм резко увеличивается и составляет 22,0 проц., а от 3 до 5 часов — 26 проц., после пяти часов — 45,6 проц. Особо высокий подъем травматизма отмечается к концу рабочего дня, притом среди всех групп рабочих.

На травматизм в сельском хозяйстве оказывает влияние также сезонность, поскольку в определенные времена года приходится работать с большей нагрузкой, напряжением сил, со значительной затратой энергии. Наиболее интенсивным периодом следует считать третий квартал года, когда проводятся уборочные работы. Наши данные выглядят так: на первый квартал падает 24,5 проц. травм, второй — 25,5, третий — 29,0 проц., четвертый — 20,9 проц. Другие авторы отмечают более значительный рост травматизма в третьем квартале (К. Асинов — 59,1 проц., М. И. Сороко — 44,0 проц., В. С. Воронченко — 53,2 проц.).

Если же рассматривать травматизм среди рабочих, выполняющих определенные работы, то вышеуказанные соотношения несколько нарушаются. Каждой группе рабочих характерна своя сезонность. Так, у рабочих мастерских больше травм в I и IV кварталах, у строителей — одинаковый показатель в течение года.

ПРИЧИНЫ ТРАВМАТИЗМА

Изучение и выявление причин, порождающих травматизм, имеет огромное значение. Зная причины, можно направить усилия для их устранения. Изучению материальных факторов, способствующих росту травматизма, большое внимание уделялось на всех этапах изучения травматизма. Если в дореволюционный период считали, что основной причиной травматизма в сельском хозяйстве являлась машина, то после Октябрьской социалистической революции, когда улучшению условий труда уделялось огромное внимание, машинный травматизм резко уменьшился. Снижению машинного травматизма способствовала подготовка квалифицированных кадров. Однако и в настоящее время травматизм от применения машин составляет еще значительный процент, о чем говорят данные ря-

да авторов: В. С. Воронченко (1954 г.)—33,1 проц., К. Р. Яценко (1954 г.) —24,6 проц., М. И. Сороко (1955 г.) — 34,0 проц. По нашим данным — 18,3 проц.

Нами рассмотрены отдельно материальные причины травматизма и отдельно организационно-технические причины. Последним в начале изучения травматизма авторами уделялось очень мало внимания.

Материальные причины возникновения травм, по данным наших наблюдений, выглядят следующим образом: сельскохозяйственные машины явились причиной в 18,3 проц. всех травм, сельскохозяйственные орудия и ручные инструменты —16,7 проц., транспортировка сельскохозяйственных грузов —падение с воза, автомашин. прицепов — 30,4 проц., уход за животными —12,6 проц., заготовка и транспортировка строительных материалов, возведение строительных объектов—8,7 проц., прочие причины —13,3 проц.

Более полные данные о материальных причинах травматизма получены среди рабочих отдельных специальностей. Подобное рассмотрение вопроса дает нам возможность направить главные усилия на ликвидацию причин, явившихся основными у лиц, выполняющих определенные рабочие процессы.

У механизаторов наших совхозов сельхозмашины и их ремонт явились причиной в 48,7 проц. всех травм, обслуживание машин во время полевых работ, посадка и высадка на ходу составили 21,1 проц., исправление неисправностей на ходу—8,1 проц. Таким образом, при работе с техникой среди механизаторов получено 77,9 травм, а на другие причины падает 22,1 проц. травм. Это объясняется тем, что данная категория рабочих имеет непосредственную и постоянную связь с техникой.

У растениеводов основной материальной причиной является транспортировка сельскохозяйственных продуктов—падение с воза, автомашин—38,2 проц.; на втором месте стоят травмы при пользовании ручными орудиями производства—21,6 проц.; далее уход за животными — 7,7 проц.; участие в ремонтных работах, обслуживание машин в поле — 6,7 проц.; перевозка строительных материалов—4,4 проц., заготовка кормов, их транспортировка —3,4 проц., прочие причины—18,0 проц.

Наибольшее количество травм у животноводов получено при уходе за животными, в результате ушиба копытами, рогами, падения с лошадей—3,8 проц. всех травм, при заготовке кормов и их транспортировке — 29,0 проц., повреждения ручными орудиями производства — 9,0 проц., подвесные дороги и другие механизмы явились причиной травм в 5 проц. случаев, прочие причины — 19,0 проц.

У строителей повреждения ручными орудиями производства при заготовке и обработке стройматериалов составили 42,1 проц., при работе на деревообрабатывающих станках — 15,8 проц., заготовке и транспортировке строительных материалов —21,0 проц., падение с высоты при

возведении строительных объектов — 13,7 проц., прочие причины — 7,4 проц.

К группе прочих отнесены лица, временно принимающие участие в работе, не имеющие специальности (учащиеся, студенты, обслуживающий персонал). Указанные лица выполняли разнообразные работы или помогали специалистам. Среди них причиной травм были: сельскохозяйственные машины, их обслуживание и ремонт—24,5 проц., транспортировка сельскохозяйственных грузов —24,5 проц., значительно меньше травм получено при заготовке и перевозке строительных материалов — 12,4 проц., уходе за животными —8,8 проц., от ручных орудий производства —8,8 проц., прочие причины составили 21,0 проц.

Очень важным является выявление организационно-технических причин травматизма. Какую бы работу ни выполнял рабочий совхоза или специалист сельского хозяйства, с каким бы орудием производства ни имел дело, он должен соблюдать правила, указанные в инструкциях по эксплуатации сельскохозяйственной техники, сельскохозяйственного инвентаря. Руководители совхозов обязаны бороться за строгое выполнение их, за правильную организацию труда и отдыха, за устранение технических недостатков.

Организационно-технические причины травматизма разделяются так: несоблюдение техники безопасности —31,0 проц., неосторожность в работе и нарушение личной профилактики —23,2 проц., несогласованность в работе —8,75 проц., неисправность механизмов — 8,5 проц., плохая организация труда —7,8 проц., отсутствие защитных приспособлений—6,35 проц., отсутствие инструктажа —4,5 проц., неправильные приемы при ремонте —4,5 проц., прочие причины —5,4 проц. Ряд авторов также указывает на высокий процент травматизма по причине нарушения техники безопасности (Л.И. Шулутко —41 проц., Г. В. Цой — 42,2 проц., Э. Г. Орштейн —36,7 проц., М. Ф. Мазурик— 52,6 проц., Д. И. Метелкин —50 проц., Ф. А. Савостеев —60,7 проц., Н. А. Титов —23,2 проц.). Большой процент травматизма падает на неосторожность в работе и нарушение личной профилактики (23,2 проц.). Данная причина по своему родству близка к указанной выше. Многие авторы рассматривают их вместе.

Изучая данный вопрос, мы установили, что у всех рабочих, какую бы они работу ни выполняли, основной причиной является нарушение правил техники безопасности. Так, у комбайнеров на данную причину приходится 61,15 проц., трактористов — 46,1 проц., шоферов — 41,1 проц., рабочих мастерских —32,2 проц., животноводов — 31,4 проц., строителей —30,5 проц., растениеводов —28,0 проц., у рабочих, отнесенных к группе прочих, — 12,1 проц.,

Из приведенных цифр наших исследований и показаний других авторов следует, что основные усилия нужно направить на улучшение техники безопасности, ее неуклонное выполнение.

ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ, ИХ ЛОКАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

В конце прошлого столетия и начале текущего сельскохозяйственный травматизм рассматривался как наиболее тяжёлый, так как значительная часть травм приходилась на сложные переломы и ампутации; по Н. И. Тезякову, соответственно 21,4 проц. и 5,2 проц., по его же данным, 38,3 проц. потерпевших произведены более или менее крупные операции.

В настоящее время, когда основные причины травматизма ликвидированы, усовершенствованы конструкции сельскохозяйственных машин, травмы в сельском хозяйстве стали более легкими.

По нашим данным, основную массу травм составили ранения (42,7 проц.), затем ушибы (38,7 проц.), переломы и ампутации (11,2 проц.), вывихи (1,3 проц.), ожоги (4,3 проц.), повреждения глаз (1,8 проц.). Таким образом, на раны и ушибы всех локализаций (включая повреждения глаз) приходится 83,2 проц. всех повреждений. Подобные данные о характере повреждений приводят и другие авторы в разные годы исследований (в процентах).

Автор	Год	Раны	Ушибы, раст.-жен.	Переломы	Вывихи	Ожоги	Поврежден. глаз	Прочие
М. Абрамович	1927	53,1	20,1	16,9	2,0	1,3	—	6,6
В. Н. Сазонтов	1929	60,2	6,0	30,4	3,4	—	—	—
П. И. Загайнов	1954	53,0	21,0	14,0	—	6,0	4,0	2,0
Т. И. Анохина	1955	35,4	28,6	24,0	—	8,8	0,6	0,6
И. Ф. Исаев	1959	35,0	50,7	4,7	0,8	4,8	2,5	1,5
Л. И. Аксенова	1959	57,0	36,0	3,2	0,5	0,6	0,5	—

По локализации наибольшее количество травм приходилось на верхние конечности (46,8 проц.), из них на кисть — 35,8 проц. Нижние конечности по частоте повреждений заняли второе место (29,1 проц.), причем чаще повреждалась стопа (13,5 проц.). Повреждение головы и шеи составило 9,5 проц., грудной клетки — 11,2 проц., живота — 0,4 проц., таза — 1,2 проц., глаз — 1,8 проц. Из всех полученных ран на кисть падает 60,3 проц., на стопу — 17,8 проц., голову и шею — 10,6 проц. Ушибам чаще всего подвергалась грудная клетка —

21,1 проц., голень и голеностопный сустав — 21,5 проц. Наибольшее количество переломов падает на грудную клетку, кисть и предплечье. Ожогам чаще всего подвергались кисти (48,0 проц.). Большинство повреждений у рабочих отдельных специальностей приходится также на верхние конечности, преимущественно на кисть. У механизаторов на кисть приходится 55,3 проц. всех травм, полученных ими, у строителей — 54,7 проц., растениеводов — 24,0 проц., животноводов — 30,6 проц., подсобных рабочих — 36,8 проц. На втором месте по частоте повреждений стоят нижние конечности, и чаще всего повреждаются стопа и голень.

Благоприятный исход при травмах зависит от быстрой и правильно оказанной первой помощи. Наибольшее количество больных получило первую помощь в первые 30 минут — 68,5 проц., в последующие 30 минут — 15,7 проц., от 1 до 3 часов — 13,4 проц., позже трех часов оказана помощь в 2,4 проц. случаев. Случаев оказания первой помощи позже 6 часов не было. Первая помощь оказана врачами в 36,5 проц., средними медицинскими работниками — 38,9 проц., самопомощь и взаимопомощь и работниками санитарных постов — 24,6 проц.

В зависимости от характера повреждений и их локализации, дальнейшее лечение проводилось в разных медицинских учреждениях, начиная с фельдшерского пункта и кончая районной больницей. На фельдшерском пункте закончило лечение 15,1 проц. всех пострадавших, на врачебном участке — 27,0 проц., в районной поликлинике — 49,3 проц., районной больнице — 8,6 проц. На фельдшерских пунктах лечились больные с мелкими ранами, кожными ссадинами, незначительными ушибами, либо не требовавшими освобождения от работы, либо с освобождением 1 — 3 дня. Больные с более тяжелыми повреждениями лечились на последующих этапах. Приведенные данные говорят, что 91,4 проц. всех пострадавших закончили лечение в условиях амбулатории и только 8,6 проц. требовали стационарного лечения. Это еще раз подтверждает, что травматизм в сельском хозяйстве в настоящее время является в огромном большинстве случаев не тяжелым. В связи с этим необходимо укреплять сельскую амбулаторную помощь, проводить соответствующую подготовку средних медицинских работников и врачей по оказанию помощи, а также правильному и своевременному лечению пострадавших.

В стационаре находились больные с тяжелыми переломами, ушибами, ожогами, требовавшими квалифицированной врачебной помощи.

Всеми нашими больными затрачено на лечение 10.551 день, что в среднем составляет 14,9 дня на одного пострадавшего. Среди механизаторов средняя потеря трудоспособности — 18,4 дня, растениеводов — 14,8, животноводов — 10,4, строителей — 16,1. Наибольшее количество потери дней трудоспособности на одного потерпевшего приходилось на механизаторов, наименьшее — на животноводов. Л. И. Зай-

енко (1959 г.) приводит следующие средние цифры потери трудоспособности: полевая работа — 22,1, работа на ферме — 14,2, строительство — 15,7 дня.

На лечившихся в условиях амбулатории падает 8.734 дня потери трудоспособности (82,7 проц.), в среднем на одного — 13,5 дня. В стационаре находился на лечении 61 человек, ими потеряно 1.817 дней (17,3 проц.), что составляет 29,8 дня на одного пострадавшего.

Значительные цифровые колебания имеются среди отдельных групп рабочих (табл. 1) как при лечении в амбулатории, так и в стационаре.

Таблица 1

Рабочие группы	Амбулатория			Стационар		
	К-во случаев	Потеря дней трудос.	На 1 рабочего	К-во случаев	Потеря дней трудос.	На 1 рабочего
Механизаторы	116	1930	16,6	7	335	47,8
Растениеводы	266	3489	13,1	30	911	30,3
Животноводы	125	1278	10,2	12	156	13,0
Строители	87	1288	14,8	8	243	30,3
Прочие	53	749	14,1	4	172	43,0
Всего:	647	8734	13,5	61	1817	29,8

В связи с характером повреждений потеря трудоспособности разная. Наименьшая потеря дней трудоспособности отмечена при ранениях (10,3 дня), наибольшее количество — при переломах (41 день). С учетом локализации — меньше всего затрачено дней на лечение при ранениях головы и лица — 7,7 дня, а при ушибе головы — 22 дня, так как ушибы часто сопровождались сотрясением головного мозга. При ранениях верхних конечностей — 11,4 дня, нижних конечностей — 9,1 дня, ожогов — 12,7 дня, повреждений глаз — 6—8 дней. Больше всего затрачено дней на лечение переломов нижних конечностей — 61 день в среднем.

Восстановление полной трудоспособности, по нашим данным, составило 98,5 проц. В результате тяжелых травм не смогли вернуться на прежнюю работу 10 человек (1,4 проц.). Семь человек из них получили третью группу инвалидности, три человека — вторую. Смертельный исход был в одном случае (0,1 проц.). По данным Г. М. Ройко (1957 г.), полное выздоровление составило 92,4 проц., частичная потеря трудоспособности — 5,6 проц., полная потеря — 1,6 проц., летальность — 0,4.

По данным М. Ф. Мазурка, соответственно: 93,1 проц., 5,2 проц., 1,2 проц., 0,5 проц.,

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОЧИМ СОВХОЗОВ

От четкой организации работы в лечебных учреждениях, оказывающих помощь травматологическим больным, зависят благоприятные исходы заболеваний. Первым, наиболее важным, вопросом является организация правильной и своевременной первой помощи на местах работы. Однако, специфика работы в сельском хозяйстве, работа небольшими группами и в одиночку на значительном расстоянии от центра не позволяет оказывать быструю первую помощь работниками фельдшерско-акушерских пунктов. Фельдшерско-акушерские пункты, имея только двух медицинских работников, обслуживают большей частью несколько населенных пунктов. Поэтому в помощь работникам здравоохранения начали создаваться временные пункты здравоохранения из активистов Красного Креста — санитарные посты.

Основными этапами обслуживания травмированных являются: санитарный пост, фельдшерско-акушерский пункт, врачебный участок, районная поликлиника и больница с ее хирургическим отделением. Последняя является центром оказания травматологической помощи.

Основная задача санитарных постов — своевременное и правильное оказание первой медицинской помощи с элементарным соблюдением правил асептики, регистрация всех случаев травм. На санитарные посты возлагается также наблюдение за выполнением санитарных правил на рабочих местах и распространение санитарных знаний.

Следующим этапом является фельдшерско-акушерский пункт, где проводится более квалифицированная медицинская помощь, лечение сложных повреждений, продолжающееся до трех дней. Фельдшерский пункт, обслуживающий отделение совхоза, контролирует работу санитарных постов, держит постоянный контакт с управляющим отделением, председателем рабочего комитета или профсоюзной группой отделения, где рассматриваются наиболее частые причины травматизма. Работники фельдшерско-акушерского пункта на обслуживаемой ими территории проводят санитарно-просветительную работу.

На фельдшерско-акушерском пункте предусмотрена так называемая «малая перевязочная», предназначенная для оказания помощи травматическим больным. В ней имеется стерильный перевязочный материал, инструментарий и антисептические средства (настойка йода, раствор фурациллина, перекись водорода, мазь Вишневского). Стерилизация перевязочного материала для фельдшерских пунктов производится не реже двух раз в неделю в участковой больнице, которой подчинен данный фельдшерский пункт. В обязательный набор инструментария

входят: пинцеты анатомические и хирургические, кровоостанавливающие зажимы, скальпель, ножницы прямые и изогнутые, металлические скобки, иглодержатель, иглы для швов. Шелк и кетгут применяются в ампулах фабричной заготовки.

Объем работы на фельдшерском пункте — первичная обработка мелких несложных ран: туалет, освобождение раны от загрязнения, удаление мелких инородных тел, обработка окружности раны спиртом или 5—10-проц. настойкой йода, наложение асептической повязки. При локализации ран в местах, опасных в смысле кровотечения, производится иссечение краев ран с последующим наложением металлических скобок или швов (при условии раннего поступления пострадавшего). Для обезболивания применяется 0,5-проц. раствор новокаина в ампулах. В рану вводится пенициллин от 100 до 300 тысяч единиц одновременно, обязательно вводится профилактическая доза противостолбнячной сыворотки. При переломах на фельдшерском пункте производится временная транспортная иммобилизация, чаще всего при помощи проволочных шин, с соблюдением соответствующих правил. Здесь, как и в других лечебных учреждениях, производится регистрация каждого случая травмы. Если пострадавший направляется в другое лечебное учреждение, тогда в направлении отмечается, какая помощь была оказана на данном фельдшерском пункте.

Более квалифицированная медицинская помощь оказывается на врачебном участке, с его участковой больницей и амбулаторией. Сельский врачебный участок является своего рода медсанчастью совхоза. Здесь производится и оказание первой помощи, и лечение пострадавших.

В участковой больнице или амбулатории имеются перевязочные кабинеты с соответствующим инструментарием и перевязочным материалом. Обязательный набор инструментария на врачебном участке такой же, как и на фельдшерско-акушерском пункте, но в значительно большем количестве. Здесь должен быть гипс для наложения повязок при несложных переломах. Стерильный стол на врачебном участке готовится ежедневно.

Объем оказываемой помощи участковыми больницами следующий: первичная обработка ран с наложением и без наложения швов, в зависимости от степени загрязнения раны и времени поступления пострадавшего. Производится контроль и лечение больных, поступивших из фельдшерских пунктов, лечение лёгких ожогов ограниченной локализации, лёгких ушибов и несложных переломов (без смещения костных отломков).

Врачебный участок проводит широкую санитарно-просветительную работу, осуществляет руководство и контроль за работой фельдшерско-акушерских пунктов и санитарных постов.

Более квалифицированная помощь оказывается в районной поликлинике, являющейся основным звеном оказания помощи травматологическим больным; большая часть больных заканчивает лечение в данном лечебном учреждении. Больные сюда поступают с фельдшерских пунктов или врачебных участков, где не только оказана первая помощь, но и начато лечение. Поликлиника оказывает специализированную врачебную помощь. На базе поликлиники должен быть травматологический пункт, возглавляемый травматологом. При отсутствии травматолога один из хирургов райбольницы обязан пройти специализацию по травматологии.

В хирургическом кабинете поликлиники разворачивается «малая операционная» для оказания помощи травмированным, с выполнением всех правил, предусмотренных для операционной хирургического отделения.

В поликлинике производится обработка ран, удаление инородных тел оперативным путем, наложение швов, вправление вывихов, репозиция костных отломков при переломах костей под местной анестезией, а также и под общим наркозом. Здесь производится и лечение переломов, не требующих специальных методов лечения (вытяжение, остеосинтез).

Центральная районная больница с поликлиникой и ее хирургическая служба — центр оказания помощи при травмах. Она является штабом, направляющим деятельность всех медицинских учреждений района по оказанию первой помощи и лечению пострадавших. Все травмы здесь суммируются в соответствии с поступившими карточками на каждого пострадавшего.

Районная больница, ее хирургическое отделение оказывают квалифицированную помощь травматологическим больным. В условиях стационара производится лечение наиболее тяжелых случаев травм (тяжелые комбинированные повреждения, разрывы внутренних органов, переломы, обширные ожоги).

Наиболее распространенный способ лечения бедра в нашей районной больнице — функциональное скелетное вытяжение с проведением спицы за мышечки бедра (перелом бедра) и за пяточную кость (перелом голени). Для вытяжения пользуемся балканскими рамами и шинами Бедера. При переломах бедра у детей до 5—6-летнего возраста применяется плечевое вытяжение.

К оперативным способам лечения прибегаем значительно реже: в случаях больших костных отломков, при подозрении на интерпозицию мягких тканей. Лечение ожогов производится закрытым способом.

Раны обрабатываются по всем правилам асептики и антисептики, очищаются от инородных тел, иссекаются их края, с последующим наложением швов и введением пенициллина.

В неясных тяжелых случаях больные консультируются областным травматологом. При необходимости такие больные госпитализируются в областное травматологическое отделение.

Районная больница призвана не только оказывать помощь пострадавшим, но и вести профилактическую работу, а также повышать квалификацию медицинских работников всех лечебных учреждений района.

С целью профилактики нагноительных процессов при мелких травмах нами применялся спиртовой раствор анилиновых красок, предложенный академиком Белорусской АН А. Я. Прокопчуком, куда входят: метиленовая синька, бриллиантовая зелень по 2,0, риванол 0,25, винный спирт 100,0. Указанный раствор является хорошим дезинфицирующим и дегидрогационным средством. Рана быстро покрывается коркой, защищающей от проникновения микроорганизмов.

Значение борьбы с мелким сельскохозяйственным травматизмом велико: своевременно оказанная помощь предотвращает потери дней трудоспособности и гнойничковые заболевания.

Важное значение для оказания своевременной помощи и лечения пострадавших имеет вопрос эвакуации. Транспортировать пострадавших в лечебное учреждение транспортом районной больницы не всегда возможно, ввиду недостаточного его количества. Решением райисполкома обязанность транспортировать возложена на руководителей совхозов. Во время интенсивных полевых работ выделялась автомашинна для доставки пострадавших в лечебное учреждение. Эта «дежурная» машина, выполняя обычную работу, не уходит в дальний рейс, чтобы в случае необходимости можно было использовать как санитарную. Такая организация доставки больных вполне себя оправдала.

После оказания первой помощи пострадавшему, он может быть доставлен в одно из лечебных учреждений района, в зависимости от тяжести повреждения. Познательность эвакуации необязательна; это значит, что больной из фельдшерского пункта может быть сразу направлен в районную больницу, минуя врачебный участок.

Важным фактором является соблюдение преемственности в лечении. Если больной попал в какое-либо медицинское учреждение, а затем направляется в последующее, то в направлении указывают проведенные мероприятия вместе с заполненной карточкой учета травматизма.

Возвращаясь к организации оказания первой помощи, нужно отметить, что по своей подготовке и занятости основной работой санитарные посты не всегда в состоянии выполнить все возложенные на них обязанности, нередко члены их выбывают при переездах на другие участки работы. По нашему мнению, следовало бы в каждом отделении совхоза иметь для оказания первой помощи медицинскую сестру, прошедшую подготовку на 6—8-месячных курсах, организуемых при райбольницах на общественных началах.

Наряду с лечебной работой, медицинские работники фельдшерских пунктов, врачебных участков и районной больницы проводят широкую профилактическую работу по предупреждению травматизма. Ими проводится учет травм, выясняются их причины. Наиболее частые причины травматизма обсуждаются на заседаниях рабочих комитетов, где намечаются конкретные меры по их устранению. На данные заседания привлекаются ответственные лица по технике безопасности со всех участков работы. Принятые решения доводятся до сведения всех рабочих данного совхоза, а причины устраняются.

Обучение рабочих безопасным методам труда проводится два раза в год — весной и осенью. Занятия проводят ответственные за технику безопасности, с активным участием в них медицинских работников. Здесь же проводятся беседы, читаются лекции на медицинские темы — оказание первой помощи при травмах. Для обмена опытом работы приглашаются рабочие, имеющие большой рабочий стаж.

Вся техника, находящаяся в ремонте, после его окончания тщательно проверяется инженерно-техническим персоналом и допускается к дальнейшей эксплуатации только в исправном состоянии.

Значительное место в профилактике травматизма отводится выездам хирургов непосредственно в совхозы (не реже двух раз в месяц). Во время выезда врач вместе с председателем рабочего комитета или другими руководящими лицами совхоза проверяют организацию работы на разных участках, вопросы техники безопасности, санитарное состояние рабочих мест. Одновременно уделяется большое внимание комплектованию санитарных постов, пополнению аптек необходимыми медикаментами.

Вопросы борьбы с сельскохозяйственным травматизмом являются неотъемлемой заботой местных Советов депутатов трудящихся. Не менее одного раза в год данному вопросу посвящается сессия районного Совета депутатов трудящихся. Очень важным мероприятием является совместное обсуждение вопроса травматизма и техники безопасности на заседаниях рабочих комитетов совхозов и районного комитета профсоюза медицинских работников, где вскрываются недостатки в организации работы и принимаются совместные мероприятия, направленные на устранение причин, ведущих к травматизму.

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Травматизм чаще встречается у мужчин (65,4 проц.), реже у женщин (34,6 проц.).
2. Наибольшее количество травм приходится на возраст от 20 до 50 лет.
3. На рабочих со стажем до 5 лет падает 64 проц. всех травм.
4. На рост травматизма в значительной степени влияет физическая

и умственная усталость. Травмы, полученные во второй половине дня, составили 71,6 проц.

5. По временам года отмечалось небольшое повышение количества травм во втором и третьем кварталах (54,5 проц.).

6. Наиболее частые причины травматизма: при транспортировке грузов падение с воя и автомашины (30,4 проц.), сельхозмашины (18,3 проц.), далее идут сельскохозяйственные орудия (16,7 проц.).

По профессиям: у механизаторов главной материальной причиной являлись сельхозмашины (48,7 проц.), у рабочих растениеводства — транспортировка сельхозпродуктов (38,2 проц.), у животноводов — уход за животными, заготовка кормов и их транспортировка (67,0 проц.), у строителей — ручные орудия производства (42,1 проц.).

7. Главными организационно-техническими причинами травматизма являлись: несоблюдение техники безопасности (31,0 проц.), неосторожность в работе и несоблюдение личной профилактики (23,2 проц.).

8. По характеру повреждений преобладали раны (42,7 проц.), затем идут ушибы (38,7 проц.). На переломы приходится 11,2 проц.

9. По локализации наибольшее количество травм приходится на конечности — 75,9 проц., из них на верхние — 46,8 проц., нижние — 29,1 проц. Из общего количества травм верхних конечностей на кисть падает 35,8 проц.

10. Первая помощь пострадавшим была оказана в течение первого часа после травмы (84,2 проц.). Случаев оказания первой помощи позже 6 часов не было.

11. Первая помощь оказана: врачами — 36,5 проц., средними медицинскими работниками — 38,9 проц., самопомощь, взаимопомощь и работниками санитарных постов — 24,6 проц.

12. Основная масса пострадавших (91,4 проц.) требовала лишь амбулаторного лечения. Половина больных (49,3 проц.) закончила лечение в условиях райполиклиники. Приведенные цифры указывают на преобладание легкого травматизма.

13. Потеря трудоспособности всеми 708 пострадавшими составила 19.551 день. На одного пострадавшего приходилось в среднем 14,9 дня.

Наибольшее количество потери дней трудоспособности у механизаторов (18,4), наименьшее — у животноводов (10,4).

14. Потеря дней трудоспособности на одного лечившегося амбулаторно составила 13,5 дня, в стационаре — 29,8 дня. Наибольшее количество дней падало на лечение переломов — 41,2 на одного пострадавшего.

15. Временная потеря трудоспособности составила 98,5 проц., полная потеря трудоспособности — 0,4 проц., частичная потеря трудоспособности — 1 проц., летальность — 0,1 проц.

16. Для успешной борьбы с травматизмом необходимо создание в каждом совхозе группы по технике безопасности, куда должны войти инженерно-

технические работники, медицинский работник и председатель профсоюзной организации.

Основной задачей такой группы должна быть широкая организаторская работа по обучению рабочих безопасным методам труда, учет и разбор всех случаев травм, устранение причин, ведущих к травматизму.

Руководство группой осуществляет исполком райсовета депутатов трудящихся через инспектора по технике безопасности.

Работа группы и инспектора по технике безопасности должна проводиться совместно с медицинским работником райбольницы, районным хирургом. Активное участие в ней должны принимать работники санитарно-эпидемиологического отдела райбольницы. Каждый случай травм ставить на обсуждение группы по технике безопасности, рабочих комитетов. Результаты обсуждения доводятся до рабочих всех совхозов района.

17. Необходимо активнее проводить санитарно-просветительную работу, используя для этого печать, радио, культпросветучреждения.

18. Институтом травматологии и ортопедии организовать широкий выпуск фильмов.

19. Конструкторским организациям предусмотреть выпуск тракторов и других сельхозмашин с благоустроенными кабинами и вентиляционными установками в них. Выпускать тракторы с наличием механических приспособлений для управления прицепными орудиями.

20. Необходимо больше внимания уделять безопасным методам труда при пользовании ручными орудиями производства.

21. Система организации оказания первой помощи и лечения (санитарный пост, фельдшерский пункт, врачебный участок, райбольница) себя оправдывает. Необходимо расширить участковые больницы до 35 — 50 коек с организацией в них хирургических отделений.

22. Для оказания первой помощи пострадавшим, наряду с имеющимися санитарными постами, необходимо проводить подготовку медицинских сестер с 6—8-месячным обучением. Курсы создавать при райбольницах на общественных началах. Подготовка медсестер вести из числа лиц, направленных совхозами. Медсестры включаются в штат совхоза.

23. Ввиду того, что преобладающее количество травм является легкими, на каждом этапе необходимо создавать перевязочные с наличием соответствующего инструментария не только для оказания первой помощи, но и лечения пострадавших.

24. Повседневная совместная работа медицинских работников, дирекции совхоза и профсоюзной организации — залог успеха в борьбе с травматизмом.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ:

1. ТАТАРИНОВ А. Т. «Сельскохозяйственный травматизм в совхозах Жлобинского района». Тезисы докладов, предназначенные на обсуждение 1-й Республиканской конференции практических врачей 1962 г., май, гор. Минск.
2. ТАТАРИНОВ А. Т. «О сельскохозяйственном травматизме» («Здравоохранение Белоруссии», 1962 г., 11).
3. ТАТАРИНОВ А. Т. «Профилактика и лечение сельскохозяйственных травм у рабочих совхозов Жлобинского района» («Здравоохранение Белоруссии», 1964 г., 3).

