

4. Я. И. РОЗЕНБЛИТ. БОРЬБА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УСЛОВИЯХ КОЛЛЕКТИВИЗИРОВАННОГО СЕЛА

Вопрос о правильной организации противотуберкулезной борьбы на селе приобретает особенное значение в настоящее время, когда мы имеем мощный социалистический сектор, представляющий к нам, с одной стороны повышенные требования, а с другой создающий на основе резкого улучшения условий труда и быта, исключительно благоприятные предпосылки для успешности борьбы с туберкулезом на селе.

В нашей области, где 80,75% населения сельское, где мы в 1932 г. насчитываем 2.300.000 сельского населения (всего по области 3.150.000), из коих свыше 85% уже коллективизировано, где сеть МТС и совхозов имеет до 90.000 кадровых рабочих—необходимо решительнее перейти к широкой практической оздоровительной и противотуберкулезной работе.

Необходимо отметить, что мы еще не располагаем достаточным материалом, который бы полностью и всесторонне осветил проблему туберкулеза на селе.

Однако, за последние годы нашей работы на селе мы накопили целый ряд весьма важных и ценных материалов.

Данные инфицированности и заболеваемости, полученные на многотысячном материале в порядке специальных экспедиций Харьковского и Одесского тубинститутов, данные сельской туберкулезной сети, существующей уже ряд лет, и, следовательно, имевшей возможность значительного охвата, констатируют большую распространенность туберкулеза на селе.

Положение, которое было выставлено Одесским тубинститутом еще в 1928 г. на основе специальных сельских исследований о давности туберкулезной пораженности села, теперь уже не встречает возражений и его можно считать признанным.

Так, по данным сельских обследований Харьковского института, на 10.000 населения приходится 570 туберкулезных больных, в том числе 37 открытых форм; по данным Одесского Института—520 туб. больных, в том числе 30 открытых форм. Захарьевский сельский диспансер Фрунзовского района определяет коэффициент туберкулеза в своем районе, в размере 513 на 10.000 населения.

Тесно связанное с неправильной точкой зрения относительно недавности проникновения туберкулеза на село, мнение о преимущественно тяжело протекающих формах сельского туберкулеза, нам кажется не соответствует действительности. Это неправильное мнение в большинстве своем, основано на субъективных впечатлениях, а не на обобщении и анализе значительных материалов. Последние ведут к совершенно иным выводам.

Таблица № 1. Сравнительные данные заболеваемости туберкулезом городского и сельского населения на 10.000 человек.

	т. б. к. всех ф.	Откр. ф.	Год
г. Харьков (по данным диспансеров) . .	331	31	1925
г. Одесса (по данным диспансеров) . . .	338	50	1929
Украинское село (по данным обследов. Одесского Тубинститута)	520	30	1928
Украинское село (по данным обследов. Харьковск. Тубинст.)	570	37	1927

Если сравнить данные о распространенности туберкулеза легких по стадиям среди городского и сельского населения (см. табл. № 2), то видим, что село по сравнению с городом дает определенное, не такое уж значительное превышение % II-й и III-й стадии. Следует при этом учесть, что в то время как данные для села берутся на основе поголовного, почти 100% обследования, таковые для города взяты по материалам туборганизаций, т. е. охвата, который далеко еще не является полным, а, следовательно, разница, повидимому, еще меньше.

Таблица № 2. Туберкулез легких среди сельского населения по степени распространения процесса

	I ст.	II ст.	III ст.
Украинское село (по данн. обследов. Харьковск. Тубинст.)	54.1	34.4	11.5
Украинское село (по данн. обследов. Одесск. Тубинст.)	53.4	31.9	14.7
Украинское село (по данн. обращаемости диспанс. Одесского Тубинститута) . .	31.6	18.0	50,1

Если же мы будем судить о туберкулезе на селе по материалам работы диспансера нашего Института, который обслуживает помимо определенного городского района и все негородское население, то получаем, что половина сельской клиентуры дает III-ю стадию туберкулеза легких. Объяснение этому очень простое: в наш диспансер поступает сельский материал, не в порядке широкого охвата, как это имеет место в отношении городского населения, а преимущественно с большими тяжелыми процессами, в надежде в большом центре найти квалифицированную помощь и излечение.

Таблица № 3

	I стад.	II стад.	III стад.
Харьков	72.9	20.3	6.8
Одесса	68.7	22.4	8.9
Украинск. село (по данным обследов. Харьковск. Института)	54.1	34.4	11.5
Украинск. село (по дан. обследов. Одес- ского Ин-та)	53.4	31.9	14.7
Украинск. село по материалам диспан- сера Ин-та	31.6	18.0	50.1

Такое положение, когда в специальные туберкулезные учреждения из села идут преимущественно тяжелые случаи, старые далеко зашедшие формы, имеет место, не только в отношении крупных городских центров, но даже в отношении сельских туберкулезных диспансеров. Данные разработки нашей опорной базы при Захарьевском диспансере, существующем уже свыше 6-ти лет, показывают, что чем ближе населенный пункт к диспансеру, тем охват лучше и распределение больных по тяжести процесса, соответствует тем данным, которые определены при специальных обследованиях поголовного характера: чем дальше — тем охват хуже и тем значительнее процент, падающий на далеко зашедшие случаи.

Таблица № 4. Охват туберкулезных среди сельского населения в зависимости от удаленности населенных пунктов по данным Захарьевского тубдиспансера за 1932 год

	Коэффициент. на 10.000 нас.	% III ст. среди б-ных т. б. к. легк.
Фрунзовск. район (средн. данные.) .	336	13.8
Захарьевский сельсовет (2—3 кил. от диспансера)	555	7
Козф. туб. б-ных Краснопольск. с/с. (8—10 кил. от диспансера)	380	11.4
Козф. туб. б-ных в Соше-Островс. с/с. (15—20 кил. от диспансера)	180	16.3

В целях выяснения характера течения сельского туберкулеза, мы попытались также изучить фактор продолжительности жизни. Если среди сельского населения преобладает тяжелое, быстрое течение, то, следовательно, и средняя продолжительность жизни

туберкулезного больного должна быть очень ограничена. Для проверки этого положения мы еще в 1930 г., отобрали из сельского материала нашего диспансера свыше 500 туберкулезных больных с несомненным туберкулезным диагнозом, которые были впервые зарегистрированы не позднее 1927 г., потеряли связь с диспансером и попытались путем запросов у соответствующих участковых врачей, выяснить судьбу этих больных.

Нами получено было 256 ответов, из коих мы отбрасываем 79 неразысканных, 17 с тбк костей и суставов и 5 без ясного ответа. Таким образом осталось 155 случаев, о которых мы узнали спустя не менее 3-х лет, после их первого появления в диспансер. Из них 50 случаев приходится на I и II ст. А и I ст. В, из коих умерло от тбк до конца 1930 г. только 3 человека, т. е. выживаемость превышает 90%. Не все участковые врачи давали подробные сведения о состоянии здоровья, но там где таковые имелись—определенно отмечалось, что указанные больные чувствуют себя вполне удовлетворительно, работоспособны и являются практически здоровыми. Мы, следовательно, в очень ограниченном проценте случаев имели дальнейшее развитие туб. процесса.

Еще больший интерес представляют данные относительно больных II ст. В и III ст. В и С, которые мы представляем в виде 2-х таблиц.

Таблица № 5. II-B—38 случаев

Впервые зарегистрированы	До 1925 г.	В 19 5 г.	1926 г.	1927 г.	Всего
	2	7	14	15	38
Из них умерло в 1925 г. .	—	—	—	—	—
" " " в 1926 г. .	—	—	1	—	1
" " " в 1927 г. .	—	—	—	—	—
" " " в 1928 г. .	1	—	2	—	3
" " " в 1929 г. .	—	1	—	2	3
живы в 1930 г.	1	6	11	13	31

Таблица № 6. III В и С—67 случаев

Всего зарегистрирован.	До 1925 г.	В 1925 г.	1926 г.	1927 г.	Всего
	2	17	21	27	67
Из них умерло в 1925 г. .	—	—	—	—	—
" " " в 1926 г. .	—	4	5	—	9
" " " в 1927 г. .	1	2	6	7	16
" " " в 1928 г. .	—	4	2	5	11
" " " в 1929 г. .	—	1	3	5	9
живы в 1930 г.	1	6	5	10	22

Спустя 3 года и больше выживание для III стадии В и С равно 32.8%, а для II стадии В—81.6%. Средняя продолжительность жизни для III ст.—2.2 года, а для II-й значительно выше. В действительности цифры эти значительно выше, ибо сельская клиентура обращается к нам большей частью уже как к последней инстанции, будучи в течение продолжительного времени под наблюдением участкового врача.

Мы попытаемся проанализировать также сельский материал, прошедший через стационары нашего Института за последние годы. При рассмотрении таких 150 историй болезни, мы отметили незначительный процент случаев с преобладанием экссудативного характера; в большинстве мы имели продуктивные и фиброкаверзные процессы.

Сельская клиентура нашего диспансера давала нам многочисленные примеры того, как туберкулезные больные со старыми кавернозными процессами, со смещением сердца являлись на прием в глубоком убеждении, что они только недавно заболели, как туберкулезные больные с активными явлениями, с повышением температуры сохраняли свою работоспособность очень долго, гораздо лучше чем жители города.

Таким образом, мы, констатируя давность туберкулезной эпидемии и значительную распространенность туберкулеза на селе, имеем достаточно оснований считать, что он, сохраняя пока еще целый ряд особенностей (как, например, преобладание кожного и костного туберкулеза, преимущественную пораженность женщины, некоторые особенности в течение легочного туберкулеза), все более приближаются по своему характеру к городскому и мы, следовательно, при построении наших планов, должны исходить из тех же установок, которые положены в основу противотуберкулезной работы в городе, с изменениями, вытекающими из особенностей условий труда и быта и структуры всего медикосанитарного дела. Завершающаяся коллективизация нашего села, которая коренным образом меняет его быт, вносит коллективное начало и организованность, вводит общественное питание, ясли, вовлекает женщину в производственную и общественную жизнь, резко повышает самосознание и культурный уровень крестьянства, которая внедряя механизацию и специализацию (усовершенствованное, культурное ведение хозяйства),—создает совершенно новые формы труда, является той базой, которая для всей медсанорганизации и, в частности, для нашей туберкулезной организации, открывает самые широкие возможности.

По мере того, как новый быт в течение ближайших лет будет укрепляться, новые формы труда совершенствоваться,—возможность для проведения необходимых оздоровительно-профилактических мероприятий, будет особенно расти. Если, следовательно, предпосылки ясны и безусловно благоприятны, то следует признать, что на сегодняшний день разрыв между горо-

дом и селом в отношении противотуберкулезной сети еще очень велик. Мы можем констатировать неуклонный рост и качественное улучшение нашей общей медикосанитарной сети в соцсекторе за последние годы, но на фоне этого роста резко отстает туберкулезная организация. Так, по нашей области резко увеличилось количество медучастков, выросло количество больничных коек, целый ряд участков дифференцировался, появилась новая мощная сеть учреждений Охматдета; туберкулезная же сеть осталась в зачаточном состоянии.

В то время как промышленные центры Одесской области насчитывают 15 мощных тубдиспансеров или туботделений единых диспансеров, имеющих возможность правильно наладить противотуберкулезную работу, то село с его 2.300.000 населения, имеет всего 6 сельских тубпунктов, из коих 3, т. е. 50% не функционируют за отсутствием врачей. Если мы даже значительно увеличим нашу сеть в соцсекторе на протяжении 2-й пятилетки, а это в основном упирается в отсутствие кадров, то и тогда мы еще будем далеки от того минимума, когда в каждом из 50 районов будет организована хотя бы одна туберкулезная ячейка.

Таким образом путь возможного расширения нашей сельской сети является явно недостаточным для обеспечения успеха в борьбе с туберкулезом через специальную противотуберкулезную сеть. Но если бы наши возможности в этом направлении были значительно шире, то и тогда было бы неправильным ориентироваться исключительно на сельский диспансер или тубпункт.

Нашу противотуберкулезную работу в соцсекторе необходимо проводить через ту медико-санитарную организацию, которая имеется на местах. Даже при наличии специальной туборганизации в том или ином районе, ее работа увенчается успехом лишь в случае тесной связи с участковой сетью района. Это доказано на опыте работы наших сельских тубдиспансеров. Вот почему противотуберкулезная работа должна проводиться через постоянную медико-санитарную организацию на местах, под руководством районного или межрайонного тубдиспансера, либо туботделения единого диспансера.

Медико-санитарная участковая сеть, работая в части противотуберкулезной борьбы, под руководством и с помощью тубдиспансеров или туботделений единых диспансеров, должна стать фактическими тубпостами в своих селениях. Чтобы сделать работу этих тубпостов в своих селениях практически реальной на них возлагается минимум задач, таких задач, которые в основном составляют так или иначе содержание работы медучастка, колхозного врача, но к осуществлению которых они под руководством туберкулезных учреждений подойдут более правильно и организованно.

Чем более дифференцирована сеть на местах, тем легче организация тубпоста. Обычно, там, где при больнице имеется

несколько врачей и более дифференцированный участок, легче выделить ответственного за работу тубпоста врача и, поэтому, с таких участков следует начинать. Таким путем кладется начало плановой организации противотуберкулезной работы. По мере роста и дифференциации участка, противотуберкулезная работа углубляется и обеспечивается выделением специалиста—заведующего туберкулезным отделением сельского единого диспансера.

В тесной связи с этим стоит вопрос кадров. Перед Мединститутом, а особенно перед Институтом усовершенствования врачей и Тубинститутом выдвигается ответственная задача подготовки кадров, как по линии специалистов-фтизиатров, так и широкой массы врачей, работающих в соцсекторе села, которые должны получить необходимый минимум званий по клинике, профилактике и организации борьбы с туберкулезом, чтобы выполнить возлагаемую на них задачу тубпостов. Не менее важным является вопрос о кадрах помощников врачей—сестер социальной помощи.

Если в городских центрах мы уже теперь можем говорить о значительном охвате, если в связи с поворотом лицом к производству, значительно меняется содержание работы сестры социальной помощи, до сих пор работавшей исключительно в направлении улучшения быта туберкулезного рабочего, то в условиях соцсектора села, где мы еще только стоим перед задачей правильного, более полного охвата и привлечения туб. больных, где в период меняющегося быта нашего села правильно поставленная работа сестры играет первостепенную роль—вопрос о кадрах сестер социальной помощи является весьма важным. Здесь необходимо пойти по пути создания сельских патронажных сестер, вербуя таковых из сельской женской молодежи.

Эти сестры, получив соответствующую квалификацию и подготовку в специальном учреждении, продолжая быть тесно связанными со своим селом, со своим колхозом, являясь одновременно членами этого коллектива и более за него, явятся активными помощниками врача на местах.

По этому пути подготовки „своих“ кадров должны пойти и, безусловно, пойдут по мере своего укрепления колхозы и в отношении врачебных кадров, создавая „своих“ врачей, подобно тому, как уже сейчас они готовят своих специалистов по различным хозяйственным отраслям: агрономы, специалисты по животноводству, птицеводству, садоводству и т. д.

Опыт нескольких случаев подготовки врачей из своей среды, который имел место в нашей области, себя вполне оправдал.

Создание такого мощного врачебного актива для противотуберкулезной работы в соцсекторе явится базой не только для усиления нашей практической работы, но и дальнейшего научного изучения и обоснования нашей противотуберкулезной работы.

Соответствующие научно-исследовательские учреждения, привлекая этих же товарищей в качестве сверхштатных или штатных научных работников к систематизированию и анализу тех огромных материалов, которые накапливаются на периферии, олучают возможность по своим заданиям и под своим руководством проводить дальнейшее изучение туберкулеза на селе. Этот путь, несомненно, правильнее обычно практикуемого еще до сих пор экспедиционного, дорогостоящего и лишенного самого важного качества — постоянного и длительного наблюдения за больными.

Очень остро стоит вопрос о госпитальных койках лечебного и изоляционного характера для туберкулезных больных в соцсекторе. Этот вопрос приобретает в условиях роста общения через общежития, общественное питание, бригадный способ работы, усиление общественной жизни коллективизированного села, — важное значение.

Если, примерно, на сегодняшний день у нас по части обеспечения туберкулезными койками в Одесской области в целом обстоит весьма неблагоприятно, ибо мы на 6092 лечебных койки имеем всего 200 туберкулезных коек в больницах, не дающих возможности удовлетворить потребности изоляции даже на 20%, то еще хуже в отношении села, ибо все это ничтожное количество туберкулезных коек находится в промышленных центрах, и мы в сельских больницах не имеем ни одной туб. койки. Конечно, определенный процент селян попадает на эти койки, но он мал в соответствии с потребностью.

Вместе с тем, мы имеем немало сельских больниц с 25—30—40 штатными койками, которые могут и должны выделить несколько туберкулезных коек.

Таким образом создан бы децентрализованный фонд туберкулезных коек на периферии, который вместе с центральными учреждениями, дал бы возможность значительно улучшить дело госпитализации и изоляции в соцсекторе.

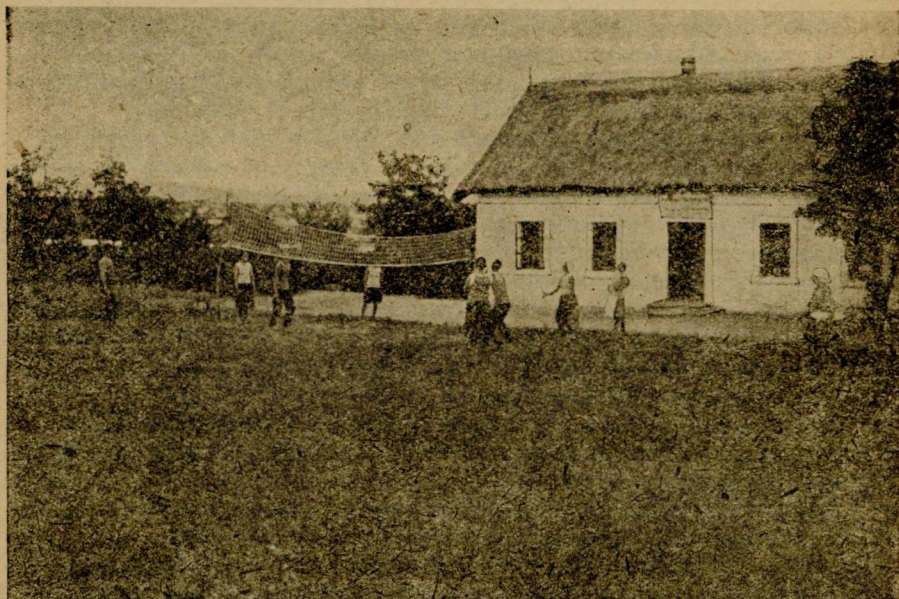
Ни один из имеющихся в нашей области сельских тубдиспансеров не имеет какого либо стационара при нем или несколько коек в больнице, что является совершенно неправильным и не дает возможности правильно поставить работу периферийного тубучреждения в части лечебно-диагностической. Это характерно не только для нашей области, но в большей или меньшей мере, для всей Украины.

Почти совершенно отсутствует на местах сеть лечебно-профилактического характера в виде санаториев, ночных санаторий, трудовых колоний и проч.

Так, по нашей области до 1932 г. таких учреждений в соцсекторе совершенно не было, в то время как все учреждения санаторного и полусанаторного типа расположены в промцентрах и в основном обслуживают только их. Вместе с тем, именно теперь, когда вместо распыленного, единоличного бедняцко-се-

редняцкого селянства мы имеем дело со сплоченными коллективами, когда выковывается актив селянской общественности в ячейках оздоровления труда и быта, который является нашим деятельным помощником во всей оздоровительной работе, — имеется реальная база и создаются реальные возможности для организации таких лечебно профилактических учреждений на местах.

Организация подобных учреждений на местах с тем, чтобы по возможности не отрывать трудового колхозника от производства, где одновременно с лечением больному будут прививаться санитарно-гигиенические навыки, где пропаганда нового здорового быта будет проводиться не только на словах, но и



Тубсанаторий производственной ком. им. Ленина — Николаевский район

на деле, имеет большое практическое и также политическое значение. Что это возможно при наличии инициативы, при умении мобилизовать общественность на местах, показывает опыт работы ряда периферийных пунктов в нашей области.

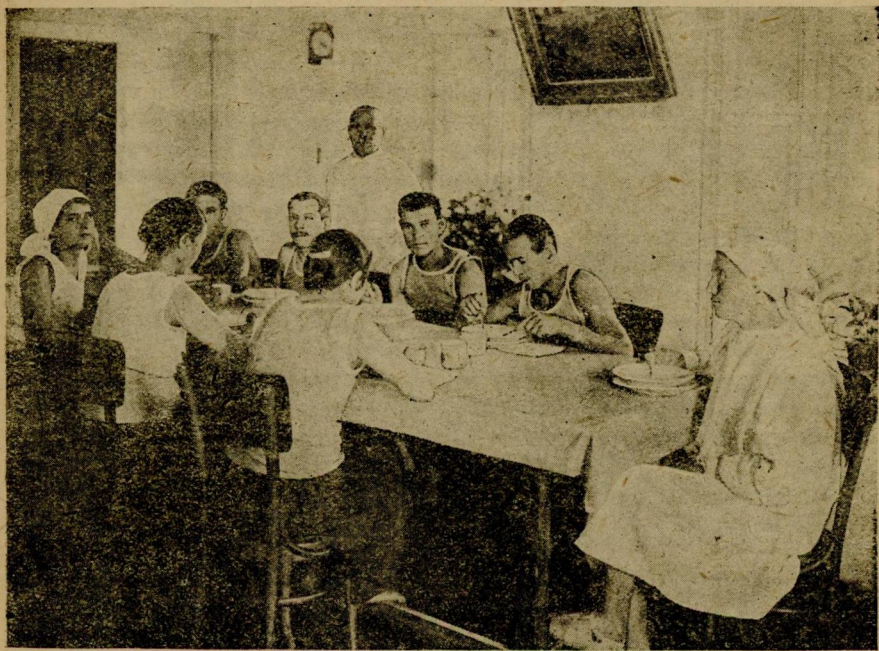
Так, при с.-х. коммуне им. Ленина Николаевского района организован и функционирует небольшой трудовой туберкулезный санаторий для членов коммуны. Под этот санаторий была приспособлена обыкновенная хата и в нем имеются мужское и женское отделение, столовая — она же клуб, примитивная душевая установка и комната для медицинского персонала.

Основной принцип санатория — лечение, привитие санитарно-гигиенических навыков, без отрыва от трудовых процессов. Все

больные попадающие, туда, заняты на садовых, полевых и проч. работах при санатории. Труд дозируется в зависимости от состояния здоровья. Кроме врача, который приезжает 1-2 раза в пятидневку, весь обслуживающий персонал состоит из членов коммуны.

Санаторий выпустил уже несколько групп больных, и дальнейшее его существование обеспечено благодаря подведению определенной хозяйственной базы под него.

Второй пример. В селе Захарьевке, Фрунзовского района летом этого года при тубдиспансере начал функционировать колхозный тубсанаторий, открытый благодаря инициативе мест-



Производственный тубсанаторий коммуны им. Ленина — Никол. район. Столовая.

ного врача и при активной поддержке общественности, в первую очередь организации Крестного Креста.

Этот небольшой санаторий на 15 человек также устроен в обычной, хорошей избе. Существовая на началах хозрасчета и обслуживая исключительно колхозное селянство большей частью на основе предоставления коек отдельным артелям, санаторий не в состоянии был удовлетворить всего спроса.

Не заставляя колхозника тратить время и деньги на далекие поездки в центральные санатории, при сравнительно низкой оплате койки и питания, качественно во всяком случае не усту-

пающем таковому в наших городских санаториях,—существование этого санатория себя безусловно оправдало.

Можно еще указать на Зиновьевскую туборганизацию, которая создала у себя базу для открытия трудовой колонии. В ближайшее время начнется набор больных, в основном селян, больных туберкулезом легких, частично потерявших свою трудоспособность, тбк костей и суставов, кожи. Одновременно с лечением будет проводиться трудовой режим и, в случае надобности, обучение новой квалификации.

Эти примеры организации вспомогательно-лечебно-оздоровительных учреждений на местах почти исключительно путем пра-



Производственный тубсанаторий коммуны им. Ленина — Николаевский район
„Больные на сенокосе“

вильного использования местной инициативы и местных ресурсов, показывают тот путь, по которому должно пойти дальнейшее развитие туб. сети.

Коллективизированное село, пред'являя к нам повышенные требования, открыло перед нами и огромные возможности, необходимо их только правильно использовать.

Надо отметить с удовлетворением, что мысль о создании ночных санаториев без отрыва от производственной работы на

селе встречается, при умелой постановке вопроса, живой отклик в хозяйственных и общественных организациях. Несколько месяцев тому назад, представленный план организации ночного санатория в Одесско-Николаевском зерносовхозе встретил живое сочувствие, и над реализацией этого дела работают теперь в указанном совхозе.

Особенности условий сельского труда—большая напряженность работы в летние месяцы—диктует необходимость организации ночных санаториев без отрыва от производства, особенно в летние месяцы. Отличие характера сельско-хозяйственной работы от работы в промышленных предприятиях—более легкая замена одной квалификации—другой, позволяет легче ставить вопрос о переводе с места работы на время пребывания туббольного в ночном санатории на участок ближе расположенный с последним, дабы сохранить пребывание в санаторном учреждении без отрыва от производства.

Эта же сезонная напряженность работы на селе позволяет тубучреждениям планировать постоянного типа санаторную помощь преимущественно в зимние месяцы, дабы отрыв от производства был бы менее ощутимым. Это, конечно, относится к хроническим легочным формам туберкулеза, отнюдь не являясь критерием для решения вопроса при острых поражениях либо острых вспышках туб. процесса.

Отдельно необходимо остановиться на борьбе с костным туберкулезом в соцсекторе села.

К сожалению, мы еще не имеем достаточных данных для окончательного суждения о распространенности костного туберкулеза.

Те данные, которыми мы располагаем, говорят о преимущественной пораженности села и о том, что по нашей области коэффициент костно-туберкулезных больных приблизительно равен 25 на 10.000 населения (институт в настоящее время проводит работу по количественному, качественному, топографическому и социальному учету распространенности костного туберкулеза на селе).

Если даже считать, что только 40% из них нуждается в нашем лечебном вмешательстве, то совершенно ясно, что мы не в состоянии пойти по пути создания в крупных центрах такого большого количества коек с незначительной оборачиваемостью. Необходимо здесь учесть всю политико-экономическую сторону дела в условиях коллективизированного села: не только колхозник более резко ставит вопрос о лечении костно-туберкулезных, не только совершенно иначе ставится вопрос о создании здоровой смены (а ведь костный туберкулез в основном поражает детей) и восстановлении трудоспособности костно-туберкулезных больных, но довольно остро стоит и вопрос об освобождении трудоспособной единицы, которой лишается коллектив, так как костно-туберкулезный больной требует постоянного за собой ухода и помощи.

И здесь коллективизированное село открыло также новые возможности, и здесь необходимы только проявление инициативы и умение организовать общественность на местах. Создание костно-туберкулезных стационарных примитивов для нужд одного или нескольких с.-х. коллективов, где были бы собраны все костно-туберкулезные больные этих коллективов, в значительной мере разрешает вопрос.

Существование такого коллектива с выделением ухаживающего персонала из состава членов этих артелей, привлечением местного врача и регулярными наездами специалиста обеспечивает правильное лечение и уход, освобождая одновременно трудоспособных от ухода за каждым костно-туберкулезным больным в отдельности.

В течение летнего времени, когда прибавляется весьма важный фактор солнцелечения, такие примитивы расширяются, принимая одновременно и больных туберкулезом кожи; на зиму они суживают круг своей работы, оставляя только тех, кому необходимо специальное лечение и уход, или совершенно сворачиваются.

Наконец, вопрос борьбы с детским туберкулезом, которому даже в городе, а тем паче на селе, до сего времени не уделялось должного внимания. Среди детства туберкулезом поражается главным образом, ранний возраст, характер течения наиболее неблагоприятный (милиарные и острые формы).

И если мы, на протяжении последних 10-ти лет имели значительное снижение смертности от туберкулеза то, проанализировав эти цифры в возрастном отношении, мы констатируем, что это резкое снижение очень мало или совсем не коснулось раннего детства.

Вряд ли это явление, наблюдаемое в городе, обстоит иначе на селе.

Наличие в соцсекторе села мощной охматдетской организации, значительное усиление учреждений ОЗДП и обще санитарной организации,—дают все предпосылки для успехов и в этой части при условии совместной, согласованной практической работы.

Как и в остальных звеньях своей работы, так и здесь туборганизация на базе коллективизированного села, на основе тех исключительных возможностей, которые создаются переустройством села, при самом тесном участии всей медико-санитарной организации соцсектора должна добиться и добьется решительных успехов.

ВЫВОДЫ

1. Проблема борьбы с туберкулезом в условиях коллективизированного села разрешается работой участковой медико-профилактической организации согласованно с межрайонными тубдиспансерами. Соответствующая квалификация участковых вра-

чей может быть обеспечена преподаванием туберкулеза и борьбы с ним на различных курсах в институтах по усовершенствованию.

2. Коллективизация сельского хозяйства дала все общественные формы, которые сделали возможным организацию специальных лечебных учреждений на местах (межколхозные, производственные и ночные санатории). Наша задача—развитие и укрепление местной инициативы в создании подобного типа учреждений.

3. При планировании борьбы с туберкулезом на местах и развертывании соответствующих учреждений, необходимо принимать во внимание сезонные особенности сельского труда.

Бригада: Е. Р. КРИЧЕВСКАЯ, Р. З. ЛЯЛИНА,
А. С. ЛЯПИС, В. А. СУКЕННИКОВ,
А. С. ФЕЛЬДБАУМ, С. И. ЦЕСАРСКАЯ.
Бригадир В. А. СУКЕННИКОВ

ОПЫТ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

Развернувшаяся работа противотуберкулезной организации на производстве не получила еще достаточно ясных форм и лишена, большей частью, плановости.

Участие диспансеров в обще-оздоровительной работе на предприятии и увеличение количества лечебных вмешательств по отношению к туберкулезным больным рабочим не конкретизировали еще всей стороны борьбы с туберкулезом на производстве.

Диспансерные материалы о заболеваемости, собираемые при распыленном обслуживании различными учреждениями рабочих одного и того же предприятия, при неосведомленности диспансеров о новых контингентах рабочей силы, при несовершенстве диспансерных записей и др. оказались недостаточными для построения планов оздоровления предприятий.

Понадобились более глубокий анализ фактической туберкулезной пораженности и построение оперативных планов на основе степени трудоспособности и производственной ценности туберкулезных рабочих, движения и состава рабочей силы и других условий для каждого отдельного предприятия.

Мы развернули нашу работу на ряде предприятий г. Одессы и Одесской области с общим количеством рабочей силы до 60.000 чел. по единому плану (см. материалы ин-та № 6 и 7 1931 г.), и поставили себе задачу определить производственную ценность различных групп состоящих на диспансерном учете рабочих этих предприятий, выявить персонально людей, невыходящих на работу по туберкулезу, частоту и причины невыхода, количество непрорабатываемых ими дней, и наметить наше поведение в направлении массовой профилактики, коллективного и персонального обслуживания.

Первые наши обобщения мы приводим в очерках т.т. Кричевской, Лялиной, Ляписа, Фельдбаума и Цесарской (см. также бюллетень института № 11-12 за 1932 г.). Мы остановились на форме обслуживания предприятий со стороны тубдиспансеров или туботделов единых диспансеров через специальные тубпосты в составе медсанцехов.

Наш опыт работы на производстве был положен в основу инструкции для тубпостов.

1. Е. Р. КРИЧЕВСКАЯ. ТУБЕРКУЛЕЗ СРЕДИ РАБОЧИХ ЗАВОДА им. ОКТЯБРЬСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ, ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА, БОРЬБА С НИМ И МЕРЫ К ПОДНЯТИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ЦЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ РАБОЧИХ

Вопрос о работе Фтизиатра на производстве в настоящее время сделался более или менее актуальным в жизни работников туб. учреждений. Об этом свидетельствует ряд статей на страницах журнала, в которых товарищи делятся своим первым опытом в этом направлении. Наш институт стал проводить эту работу с конца 1931 г., организуя на ряде фабрик и заводов в Одессе, так называемые туб. посты.

К работе на зав. им. Октябрьской Революции (один из крупных заводов по выделке сельскохозяйственных машин), мы приступили со 2-й половины марта 1932 г. Придавая большое значение плановости в деле борьбы с туберкулезом, мы нашу работу на производстве решили проводить по заранее составленному конкретному плану, для построения которого нам необходимо было иметь ряд опорных пунктов, играющих роли фундамента для плана.

Прежде всего нас интересовала степень пораженности предприятия туберкулезом, т. е. количество рабочих больных туберкулезом. Для получения этого первого опорного пункта мы пользовались следующей методикой. В виду того, что в Одессе нет производственного принципа обслуживания рабочих и служащих, а последние обслуживаются всеми диспансерами, по месту жительства—в отделении социальной гигиены нашего Института, был собран весь материал, характеризующий собой обращаемость по диспансерам за последние 2 года—1930 и 1931 по этому заводу. Этот статистический материал был переведен на контрольную карточку, употребляемого в нашем диспансере образца, и, таким образом мы составили всю диспансерную клиентуру по зав. им. Октябрьской Революции за 1930 и 1931 г. Оказалось, что в диспансеры г. Одессы в эти годы обратилось 856 человек с завода им. Октябрьской Революции, кто впервые, а кто перешел с прежних лет учета. Часть из этих больных посетила диспансер

только в 1930 г., часть в 1931 г., а другие и в 1930 и 1931 г.г. Надо при этом подчеркнуть, что эти 856 чел. характеризовали собой всех обратившихся в диспансеры рабочих со всеми диагнозами туберкулезного и нетуберкулезного характера.

Таблица № 1

Нетуберкулезные	145
недиагн.	381
Турбан I	182
В т. ч. о. ф.	7
Турбан II	59
В т. ч. о. ф.	21
Турбан III	31
В т. ч. о. ф.	26
Прогр. формы и тбк без стад.	103
Всего тбк орган. дыхания	375
В т. ч. о. ф.	54
Тбк друг. органов	5
Всего	856

При проверке диспансерной клиентуры с наличным составом рабочих, имеющих в то время на заводе—мы многих там не нашли. Вся имеющаяся у нас диспансерная клиентура, которая по диспансерным данным должна была отображать лицо завода разделилась на 3 группы: работающих, неработающих по ряду причин и неизвестных заводу, но по диспансерным сведениям там работающих. К последней группе больных мы направили на дом сестру—обследовательницу, которая выяснила, что часть больных никогда не работала на заводе, другие не проживали по указанному адресу и т. д. Так, из 856 чел. учета 1930 и 1931 г. на 1/V-1932 г. на работе осталось 510 чел. и неизвестных заводу было 29 чел.; при проверке на 1/IX-1932 г. из этой же клиентуры осталось на работе всего 432 чел.

Далее, нас интересовал тот экономический ущерб, который причиняет предприятию туберкулезный рабочий, т. е. количество человеко-дней, потерянных предприятием из-за перевода на соцстрах туберкулезного рабочего, а также его производительность по сравнению со здоровым.

Для этого, мы на имеющихся именных контрольных карточках, на обороте их записывали каждому больному из диспансерной клиентуры, выходящему на соцстрах, всю его нетрудоспособность за 1930 и 1931 г. с указанием количества дней временной нетрудоспособности, причины невыхода и суммы денег, которая стоила государству его болезнь. Наличие на зав. Октябрьской Революции страхового пункта с хорошо поставленной картотекой лицевого счета для каждого вышедшего на соцстрах—облегчило нам задачу зафиксирования временной нетрудоспособности за 1931 г. Временную нетрудоспособность за 1930 г. мы могли выявить, воспользуясь копиями больничных листов, полученных нами из Института труда. Таким образом, у нас по-

лучилась полная картотека по временной нетрудоспособности у диспансерной клиентуры зав. им. Октябрьской Революции по всем причинам, в том числе и по туберкулезу. Надо при этом отметить, что изучая материалы страхового пункта и Института труда, касающиеся вопросов временной нетрудоспособности, мы нашли больных (по этому заводу немного, по другим больше) невыходящих на работу по туберкулезу, но не имеющих среди больных диспансерной клиентуры. Изучая причины невыхода на работу рабочих зав. им. Октябрьской Революции, находящихся на учете диспансеров, мы получили следующие данные, на анализе которых мы подробно останавливаемся.

В 1930 г. из обратившихся в диспансер рабочих завода Октябрьской революции, временная нетрудоспособность отмечена у 507 чел., сделавших 1409 случ. с 12500 непроработанными днями, т. е. на каждый случай заболевания мы имели 8,8 дней, а на каждого человека 24,6 непроработанных дней по всем причинам. Если сравнить между собою количество дней невыхода на работу, проведенными всеми обратившимися в диспансер с завода за 1930 г. по пятнадцати основным причинам, то на первом месте по количеству дней мы имеем травматизм (3109 дней), на втором месте туберкулез (2814 дней), на третьем месте—грипп (1808 дн.), на четвертом месте лихорадочное состояние (1025 дн.) и т. д. При более подробном изучении мы увидим, что продолжительность невыхода на работу по травматизму, гриппу или лихорадочному состоянию,—причинам наиболее часто встречающимся на больничных листках, меньше чем по туберкулезу (в среднем рабочий по травматизму теряет в году 13 дней, по гриппу—8,6 дней, лихорадочному состоянию—7,1 дн., а по туберкулезу—33 дня). Следовательно туберкулез, как причина временной нетрудоспособности по своей продолжительности не совсем безразличен для завода, особенно если это касается квалифицированной рабочей силы. Такие данные получились в результате изучения временной нетрудоспособности всей диспансерной клиентуры зав. Октябрьской Революции за 1930 г. Если же мы даже остановимся на вопросе временной нетрудоспособности у больных с установленным туберкулезным диагнозом за этот же год и проанализируем его в том же направлении, что и диспансерную клиентуру, т. е. по всем причинам, в том числе и по туберкулезу, то получим следующие данные: 236 челов. с туберкулезными диагнозами не проработали по всем причинам 6929 дней, т. е. в среднем каждый рабочий больной туберкулезом в течении года не проработал по всем причинам 26,7 дней, почти столько же дней, что и отдельный рабочий из диспансерной клиентуры. Что же касается группы больных, выходящих на соцстрах по туберкулезу, а их среди рабочих зав. Октябрьской Революции было мало, всего 70 челов., то они в течении 1930 г. по всем причинам не проработали 3438 дн., т. е. каждый рабочий больной туберкулезом не работал в среднем в 1930 г. по всем причинам 49,1 дн. и по ту-

беркулезу 33 дня. Среди других причин мы остановились и здесь на гриппе и лихорадочном состоянии для выяснения какую роль играют эти 2 причины в нетрудоспособности туберкулезного рабочего. Оказалось, что грипп и лихорадочное состояние, как причины невыхода на работу туберкулезных рабочих, не имеют большого значения (по гриппу туберкулезный рабочий не работает в году 8,8 дн., а по лихорадочному состоянию 8,1 дн.). Если мы проанализируем в группе больных, выходящих на соцстрах по туберкулезу, продолжительность временной нетрудоспособности с точки зрения динамики туберкулезного процесса, то получим, что в среднем рабочий больной активным туберкулезом теряет в году от всех причин 94,3 дня, а от туберкулеза 67,8 дн., больной открытой формой туберкулеза от всех причин 83,3 дн., а от туберкулеза 17,8 дн., что же касается больного из категории туберкулезного массовика, то он по туберкулезу в среднем не прорабатывает всего 15,3 дн. Эти данные ясно иллюстрируют, что туберкулезные больные с активными процессами выходят на соцстрах на более продолжительное время, чем таковые с менее активными и распространенными процессами. Поэтому наше заключение о производственной ценности туберкулезного рабочего по временной нетрудоспособности, по продолжительности невыхода на работу, должно быть различным в отношении туберкулезного массовика и больного с распространенным процессом. Из 70 чел., выходящих на соцстрах по туберкулезу, 13 вышло исключительно по туберкулезу, не проработав в течение года 851 день, т. е. каждый из этой группы больных не работал в среднем 27,0 дн.

Считая изучение вопроса о нетрудоспособности нашей клиентуры по одному (1930 г.) недостаточным, мы проанализировали нетрудоспособность за следующий 1931 г. Результаты получились почти что аналогичные, несколько большие по сравнению с 1930 г.

Таковы данные по временной нетрудоспособности у диспансерной и туберкулезной клиентуры зав. Октябрьской Революции. Если же мы для ее оценки подойдем к ней с точки зрения временной нетрудоспособности, относящейся ко всем рабочим завода за 1930 или 1931 г., то увидим, что 5228 раб. зав. Окт. Револ., терявшие трудоспособность в 1930 г. не проработали за год 85314 дней, среди них 70 чел. по туберкулезу 2314 дней, а в 1931 г. из непроработанных по болезни всем заводом 111,328 дней на долю туберкулезных больных приходится 3413 дней.

Как видно среди общей нетрудоспособности—нетрудоспособность по туберкулезу ничтожная, однако взятая сама по себе, по продолжительности невыхода на работу и в связи с другими причинами, как острыми, так и хроническими, приобретает большое значение. Поэтому в общей сумме мероприятий партии и правительства в борьбе за повышение производительности труда,

противотуберкулезному плану на производстве принадлежит далеко не последнее место. На основании нашего изучения мы составили представление об общей нетрудоспособности (по числу людей, случаев и дней) для всех рабочих зав. им. Октябрь. Революц., для клиентуры диспансера, туберкулезных больных из клиентуры диспансера и могли высчитать годовые коэффициенты по всем заболеваниям и по туберкулезу. Сравнительное изучение годовых коэффициентов по туберкулезу на зав. Октябрь. Революции за ряд лет, начиная с 1928 г. со средней заболеваемостью туберкулезом с потерей трудоспособности по всей добывающей и обрабатывающей промышленности за 1929 г., даст нам право считать зав. им. Окт. Революции в отношении пораженности туберкулезом по сравнению с другими заводами сравнительно благополучным.

Таблица № 2. Годовые коэффициенты нетрудоспособности по заводу Октябрьской Революции

Годы	Временная нетрудоспособн. на 100 раб.		
	По всем заболеваниям	По туберкулезу	
1928	2689,1 дн.	94,6 дн	Средняя заболеваемость туберкулезом с потерей трудоспособности по всей добыв. и обработ. промышленности за 1929 г.— 103 дня
1929	2419,1 „	59,5 „	
1930	1621,2 „	45,4 „	
1931	1715,9 „	47,3 „	

Однако, переоценивать этот факт мы не должны. Мы на основе всего проделанного изучения, должны построить нашу работу на этом заводе так, чтобы добиться полной ликвидации нетрудоспособности туберкулезного рабочего.

На заводе им. Октябрь. Революции мы подошли к изучению производственной ценности туберкулезных больных только путем анализа временной нетрудоспособности; производительность же труда туберкулезного рабочего по сравнению со здоровым нам, по ряду причин проработать не удалось. Казалось, имея два опорных пункта, как-то пораженность и нетрудоспособность по заводу, можно было построить конкретный план борьбы с туберкулезом, что мы и сделали, но мы столкнулись с существующим на заводе движением рабочей силы, которое изменило лицо нашей клиентуры, следовательно, отразилось и на плане.

Для примера можно остановиться на состоянии и динамике рабочей силы, имевшей место на этом заводе в 1931 и 1932 г.г.

В 1931 г. для выполнения плана на зав. Октябрь. револ.

должно было быть 4339 рабочих. Текущность рабочей силы представлялась следующим образом:

Таблица № 3

Колич. раб. силы на 1/1 1931 г.	Принято за год	Уволено за год	Остал. на 1/1 1932 г.	Принято за 1-е полу- год. 1932 г.	Уволено за 1-е полу- год. 1932 г.
5056	3138	4091	4103	1054	1798

Какое количество из них полных годовых рабочих мы имели на зав. Окт. револ., мы сказать не можем. Что касается заводского стажа обратившихся в диспансеры рабочих, то из них полный 1930 г. проработали 462 ч., полный 1931 г.—223 ч., весь 1930 и 1931 г.—403 ч. Те рабочие, которые состоят на работе на 1/IX 1932 г. (432 чел.) по заводскому стажу распределяются следующим образом: 334 чел. проработали только 1931 г., т. е. наша оставшаяся клиентура представляет собой полностью годовых рабочих. Как было указано выше из числившихся за заводом 856 чел., обратившихся в диспансеры в 1930 и 1931 г. на 1/IX 1932 г., после вторично произведенной нами проверки, осталось всего 432 чел. Причины ухода с завода были самые разнообразные. Вследствии инвалидности и болезни ушло 20 чел., остальные оставили завод по ряду причин (переход на другую работу, отъезд, сокращение штатов, прогулы и т. д.).

Оставшиеся на заводе на 1/IX 1932 г. по диагнозам после проверки распределялись следующим образом:

Таблица № 4

Нетуберкулезн.	76
Недиагност.	128
Турбан I А.	66
" I В.	40
В т. ч. о. ф.	3
Турбан II А.	19
" II В.	12
В т. ч. о. ф.	10
Турбан III А.	2
" III В.	5
" III В ₁	2
В т. ч. о. ф.	7
Бронхоаденит.	80
Туберкулез др. орг.	2

Всего 432

Учет новых больных за 1932 г. сюда не вошел. Изучение вопроса о движении больных открытыми формами за по-

следние годы, ежегодный прирост новых открытых форм и распространенных процессов извне, у вновь поступающей на завод рабочей силы, выдвигают на зав. им. Октябр. револ., как необходимую задачу — пересмотр всех вновь поступающих на завод рабочих. Кто этот пересмотр должен делать? Этот пересмотр для завода им. Октябр. револ. должен делать медсанцех и единый диспансер. Принимая во внимание, что за первые 6 мес. 1932 г. на завод поступило 1054 новых рабочих, что при 144 рабочих днях составляет ежедневный приток рабочей силы в 8 ч., с такой нагрузкой мощный медсанцех этого завода легко сумеет справиться. Сомнительные случаи обязательно должны быть направлены в диспансер для осмотра, рентгеноскопии и исследования мокроты. Особенное внимание и медсанцех и диспансер должны обратить на организованно вступающих на завод подростков ФЗУ, взявши их под углубленное диспансерное наблюдение, принимая активное участие в выборе для них на заводе рабочего места. Этот обязательный пересмотр вновь поступающих рабочих врачами медсанцеха при помощи диспансера способствовать будет непоявлению на завод больных с развитым туберкулезом.

В чем должны были выразиться и выразились оздоровительные мероприятия по отношению к имеющейся на заводе диспансерной клиентуре. Наша работа по составленному плану состояла в следующем:

1) 76 чел., как нетуберкулезные, сняты с учета диспансера, следовательно, и диспансерной клиентуры и переданы для общеоздоровительного обслуживания в единый диспансер.

2) 128 чел., не имеющих еще диагноза и находящихся еще под наблюдением диспансеров (еще пока нет единого производственного учета), переданы одному Ленинскому диспансеру (находящемуся в районе завода) для получения соответствующего диагноза. При чем для этих недиагностированных рабочих, мы устанавливаем следующую очередность: 56 чел. из них, как часто болеющие должны быть осмотрены в первую очередь, тем более, что среди них имеются и выходящие на соцстрах по туберкулезу (из недиагностированных рабочих соцстрахом по туберкулезу пользовалось в 1930 г. — 7 чел., сделавших 7 случ. и давших 72 непроработанных дня, а в 1931 г. таких больных было 21 чел. с 24 сл. и 356 днями). Во вторую очередь должны быть пересмотрены все остальные рабочие, не имеющие еще диагноза.

Что касается туберкулезной клиентуры из диспансерной, то она для завода им. Октябр. революции, как мы видели сравнительно невелика. Мы имеем 188 больных с небольшими процессами (Турбан I и бронхоаденита — так называемого туберкулезного массивика и 40 чел. с более распространенными процессами Турб. I и Турб. III). Открытых форм из оставшихся на заводе — 20. На основании вышеуказанных показателей нетрудоспособности

за 1930 и 1931 г.г. видно, что экономический ущерб, наносимый заводу туберкулезной клиентурой по туберкулезу не является однородным, а потому и наше поведение в отношении конкретных мероприятий будет естественно иным для распространенного процесса, активного процесса, открытой формы и небольшого процесса.

Наши конкретные мероприятия по отношению к больным с активным процессом выразились в следующем:

Из 9-ти больных с Турб. III, имеющих на заводе из 1/IX-32 г. нуждались в перемене профессии 2 (один из них кузнец с общим рабочим стажем в 16 лет и с заводским стажем в 2 года, дал в 1931 г. по туберкулезу 86 дней невыхода на работу, а в 1932 г.—108 дней. Сейчас он работает браковщиком в тракторном цеху. К сожалению и этот перевод не дал желанных результатов в силу тяжести процесса, а потому ему предстоит перевод на временную нетрудоспособность; другой—литейщик в литейном цеху с склонностью к кровохарканью, давший в 1932 г. 78 дн. невыхода на работу по тбк, переведен в приемщики).

Принимая во внимание то количество мест, которое имеет районный диспансер для завода им. Октябрьск. революции с одной стороны, а с другой количество путевок, которое имеет завод для лечения своих рабочих, мы рассчитывали всех 5 чел. пропустить через санаторное лечение в ближайшие 2—3 месяца. Что касается больных с Турбан II, то из 12 субкомпенсированных форм 4 из них намечены для отправки в туб. санаторию, 3 сейчас находятся на лечении, а остальные больные в настоящее время в этом виде лечения не нуждаются. Из 19 больных с Турбан II А—4 пребывали в 1932 году в санатории общего типа, а 5 чел. пользовались диетстоловой. В задачу плановика входит не только изучение пораженности туберкулезом и связанной с этим потерей трудовой ценности рабочего, но и его бытовая обстановка, много обуславливающей и дополняющей.

Выявилось, что для большинства рабочих вышеуказанных категорий бытовая обстановка неудовлетворительна. Для исправления ее районному диспансеру придется поставить этот вопрос во всей широте перед страховым пунктом и социально-бытовым сектором завода для внесения туда ряда существенных коррективов.

Анализ нетрудоспособности туберкулезного массовика зав. Окт. революции показал, что: 1) четверть всех дней невыхода на работу по туберкулезу приходится на больных с небольшими процессами, во 2) с другой стороны на каждый невыход массовика по туберкулезу, рассмотренный сам по себе, падает значительно меньше дней, чем на больного с распространенным процессом, посему и наше поведение по отношению к этой категории больных будет заключаться в следующем.

Всю оздоровительную работу среди туберкулезного массовика мы должны построить так, дабы лечение проводилось, главным образом, без отрыва от работы.

40 чел. с Турб. I В по состоянию здоровья нуждалось в направлении в ночной санаторий. При существующих условиях, что ночной санаторий, функционируя в течении года, пропускает 8 смен больных и, что в каждую смену мы можем направить 6—7 рабочих этого завода, мы легко сумели удовлетворить всех нуждающихся в этом виде лечения. 33 чел. уже перебывало в ночном санатории, а остальные 7 чел. будут направлены до конца года. 60 чел. из категории туберкулезного массовика направлены были в дома отдыха.

При оказании той или иной помощи, мы обязательно принимали во внимание и производственную значимость для завода того или другого кандидата. Бытовая обстановка этих больных также не должна быть упущена из внимания врача диспансера, в этом направлении нами ничего сделано не было.

Помимо специфической работы мы включились и в общеоздоровительную работу, проводимую на заводе медсанцехом. Эту работу мы сгруппировали на заводе им. Октябр. революции вокруг следующих опорных пунктов:

1. Санминимум.
2. Общественное питание туб. больных.
3. Физкультура.
4. Рациональное использование дней отдыха и отпуска.

По первому пункту мы не упускали из виду всех эпидемиологических моментов, связанных с туберкулезом, как-то установка плевательниц по цехам, снабжение больных открытой формой туберкулеза карманными плевательницами, удаление и обезвреживание мокроты и т. д. Этот пункт пока является далеко невыполненным. Очередность и практика его выполнения согласованы с медсанцехом. В части общественного питания приняты меры к выделению отдельного стола для 40 больных. Далее районному диспансеру вместе с соц. бытовым сектором и страховым пунктом придется поработать над увеличением калорийности обеда для этих больных, доводя количество калорий до 1200—1400.

Что касается физкультурной работы, то врач диспансера должен содействовать проведению физкультурной зарядки среди туберкулезного массовика. На 1933 г. Институтом Физкультуры поставлена в план постройка физиотерапевтической площадки недалеко от завода, на берегу моря (санаторий на производстве) для 150 рабочих. Режим дня, который конечно, будет изменяться в зависимости от подбора больных, в общих чертах мыслится так: рабочий во время перерыва направляется на площадку, где в течении 10 мин. отдыхает, затем производит ту или иную физкультурную зарядку в зависимости от состояния здоровья 5—7 мин., затем обедает, снова отдыхает и затем направляется на

работу. Что же касается проведения физкультурной зарядки зимой, то она должна быть проводима во всех цехах, где это позволяют гигиенические условия. И в проведении этой физкультурной зарядки врач диспансера должен принимать самое активное участие, как и в агитации, так и в отборе.

И наконец, врач диспансера принимал участие в консультационной работе по вопросам рационального использования дней отдыха и отпуска, а также в отборе кандидатов из своей клиентуры для домов отдыха.

Перечень вышеуказанных мероприятий, намеченных и проводимых нами совместно с Ленинским диспансером не может разумеется претендовать на полноту и всесторонний охват, все же при проведении и этой части плана на зав. им. Октябр. револ., врач туберкулезник не должен забывать о целевой установке своей непосредственной там задачи—полной ликвидации нетрудоспособности туберкулезного рабочего; к ней мы подходим внесением ряда коррективов, как на производстве, так и в быту. Усиление санаторно-курортной помощи для нуждающихся в этом рабочих несколько отразится на количестве непроработанных дней, но этим способом мы пытаемся рационализировать дни по болезни и тем самым лучше сохранить производственную ценность туберкулезного рабочего на продолжительное время.

Из всей нашей работы вытекают следующие положения и задачи:

1. Борьба с туберкулезом на производстве должна быть включена в рамки конкретного плана, базирующегося на пораженности и нетрудоспособности;

2. Рост предприятия и связанное с ним движение рабочей силы диктует построение конкретного плана на относительно короткий промежуток времени;

3. Для более эффективной работы на производстве. более полного охвата всех туберкулезных больных необходим производственный принцип обслуживания рабочих;

4. Вся работу на заводе по линии туберкулеза должен проводить тубпост (врач тубдиспансера и сестра—обследовательница) в тесном контакте с медсанцехом;

5. Вышеизложенный производственный план, выработанный нами для завода им. Октябрьской Революции и согласованный с медсанцехом принят Ленинским Диспансером для окончательного его осуществления.

2. А. С. ФЕЛЬДБАУМ. ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ЦЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ РАБОЧИХ ЗАВОДА им. ПЕТРОВСКОГО В ХЕРСОНЕ И МЕРЫ К ЕЕ ПОВЫШЕНИЮ

Завод сельхозмашиностроения им. Петровского в Херсоне является почти совершенно новым заводом. В 1922 г. он представлял собой маленькое предприятие с полуразрушенными постройками и оборудованием, насчитывавшее всего 70 рабочих и 11 служащих, 1931 г. он состоит из целого ряда новых корпусов и насчитывает 5992 рабочих. Стоимость продукции завода выросла с 500.000 руб. в 1924 г. до 29.000.000 руб. в 1931 г.

Завод состоит из следующих цехов: литейного, кузнечно-механического, деревообделочного, сборочно-маллярного, ремонтно-инструментального, силового, экспериментального, токарно-механического, цеха капитального строительства и утильцеха. Строится еще хлопко-уборочный и заготовительный цеха.

При заводе имеется школа ФЗУ, в которой обучается на 1/1 1932 г. 790 рабочих подростков, входящих в состав упомянутых выше 5992 рабочих.

Количество рабочих за последние годы значительно возросло как это видно из следующей таблицы:

Таблица № 1. Движение рабочих на заводе им. Петровского в Херсоне.

Год	Число рабочих	Год	Число рабочих
1922	70	1927	1454
1923	114	1928	1966
1924	472	1929	2869
1925	578	1930	6092
1926	1179	1931	5992

Отмечается значительная сменяемость состава рабочих. Так, в 1930 г. поступило на завод новых рабочих 6632, выбыло 4717, а в 1931 г. поступило 2468, выбыло 5026.

Возрастной состав рабочих характеризуется наличием значительного числа молодежи до 23 лет.

В 1931 г. возраст до 23 лет дает 36% всех рабочих, не считая ФЗУ, а если считать и учеников ФЗУ, то молодежь до 23 лет составляла 43% всех рабочих. В 1932 г. молодые рабочие без учеников ФЗУ составляют 46% всех рабочих завода. Если прибавить и учеников ФЗУ, то в 1932 г. молодежь до 23 лет составляет 58% всего состава рабочих завода.

Женщины в 1931 г. составляют 19%, всех рабочих, в 1932 г. они достигают 24%. Работницы-женщины работают почти исключительно в 4 цехах: литейном, кузнечно-механическом, сборочно-маллярном и дерево-обделочном. На заводе преобладают рабочие с производственным стажем на зав. Петровского в 1—2 года.

Рабочие со стажем на заводе более 7 лет насчитываются единицами. Рабочих с большим общим производственным стажем имеется в 1932 г.—333 (11%) (см. табл. № 2)

Таблица № 2. Производственный стаж рабочих завода им Петровского на 1/1-1932 г.

С т а ж	Мужчины	Женщины	Всего
До 6-ти мес.	505	318	818
6 м.— 1 г.	720	244	964
1 г.— 2 г.	623	220	843
2 г.— 3 г.	99	74	173
3 г.— 5 л.	114	9	123
5 л.— 7 л.	87	—	87
7 л.—10 л.	18	—	18
10 л.—13 л.	4	—	4
13 л.—20 л.	4	—	4
20 л.—и выш.	1	—	1

Культурно-бытовое обслуживание рабочих из года в год улучшается. На заводе имеется столовая на 4500 пайков в три смены и диетстоловая на 90 пайков. В 1931 г. было куплено и использовано для рабочих 590 мест в домах отдыха и 59 санаторно-курортных мест. На 1932 г. приобретено 73 санаторно-курортных мест и 706 мест в домах отдыха.

Для детей рабочих завода имеются ясли на 50 детей, 25 мест в городских яслях на Военном Форштадте, два детских садика на 170 детей, 60 мест в летней пионерской колонии в Цюриппинском (бывш. Алешки), 30 мест (на год) в школьном ночном санатории, три детских площадки при школах ФЗС №№ 3, 4 и 7, два места в Лузановке и 6 мест в Скадовске. При отборе на эти места отдается предпочтение детям туберкулезных рабочих.

Медико-санитарное обслуживание завода осуществляется с 1931 г. медсанцехом. На заводе имеется промышленно-санитарный врач.

Общая заболеваемость рабочих завода характеризуется 58.325 рабочими днями, пропущенными в течение 1931 г. по больничным листам в 9.452 случаях, 4.700 рабочими выходившими на соцстрах.

Пропуски по болезням составляют 81,5% всех сделанных в 1931 г. пропусков. О пораженности рабочих завода туберкулезом можно составить себе представление на основании следующих данных: всего осмотрено рабочих завода в тубдиспансере в 1930 г.—368, из них было туберкулезных 290, из этих последних больных активными формами туберкулеза—131. В 1931 г. охват рабочих завода тубдиспансером усилился и мы насчитываем в 1932 г. больных с диагнозом тбк. 342 и с невыясненным диагнозом—105. Из 342 туб. больных—больных активными формами тбк 190.

По диагнозам туб. больные распределяются следующим образом:

Бронхоаденитов и плевритов	189	55,2%
Костного тбк	5	1,4%
Лимфаденитов	4	1,1%
Туберкулез легк — I А	39	11,4%
" " — II А	12	3,5%
" " — I В	40	11,7%
" " — II В	44	12,8%
" " — III В	9	2,6%

сего . . 342

Количество больных рабочих с открытыми формами тбк среди рабочих завода достигало в 1931 г.—41 т.-е. 0,7% всех рабочих. Из них умерло—3 и осталось 38. Из этих 38 имеет диагноз II А—3 больных, диагноз I В—5 больных, диагноз II В—23, диагноз III В—7. Сюда не входят 6 бациллярных туб. больных среди служащих. Наибольшее количество ВК + дали слесаря. Далее идут чернорабочие—9 и др. Из производственных цехов наибольшее количество ВК + дал ремонтно-инструментальный (8 ч. т.-е. 2,4% рабочих этого цеха), кузнечно-механический (5 чел. т.-е. 3,5% всех рабочих цеха), и литейный (4 чел. т. е. 0,7%). Из возрастных групп наибольшее количество ВК + дала у нас возрастная группа 23—39 (26 на 38). Среди бацилловыделителей имеется значительное количество молодых по стажу рабочих.

Изучение движения открытых форм тбк среди рабочих завода в течение 8 лет показывает, что коэффициент новых открытых форм на заводе с некоторым колебанием обнаруживает тенденцию к снижению (с 1,69% в 1924 г. до 0,23% в 1931 г.) и, что показатель смертности открытых форм тбк среди рабочих завода также снижается (с 0,21% в 1924 году до 0,08% в 1931 г. (см. табл. № 3).

Таблица № 3. Движение больных с открытыми формами туберкулеза среди рабочих завода им. Петровского.

Год	Число нов. откр. форм	% к числу рабочих	Число смерт. откр. форм	% к числу рабочих
1924	8	1,69	1	0,21
1925	5	0,86	—	—
1926	5	0,42	1	0,08
1927	3	0,20	—	—
1928	5	0,25	2	0,10
1929	6	0,21	5	0,17
1930	10	0,16	4	0,08
1931	14	0,23	5	0,08

Выживаемость больных с открытыми формами из среды рабочих зав. им. Петровского превышает выживаемость таких же больных из среды всего населения. В то время как процент вы-

живаемости к 1932 г. открытых форм, выявленных в 1925 и 1926 г.г. среди всего населения равен 33,9 (% числа выживших к числу выявленных), этот же процент для рабочих завода равен 50,0.

Для получения картины производственной ценности туб. больного рабочего завода мы изучили все случаи временной утраты трудоспособности среди туб. рабочих завода как по туберкулезу так и по другим болезням. Изучение велось по копиям материалов страхкассы, сличенным с материалами тубдиспансера. Мы получили следующие данные. Из среды 342 больных рабочих завода, находившихся под наблюдением тубдиспансера в 1931 г. и имеющих диагнозы тбк, теряло временно трудоспособность в течение 1931 г. 249 больных, т. е. 73% всех туб. больных. Эти 249 больных выходили на соцстрах как вследствие обострения тбк, как и вследствие других болезней. Наши выходившие на соцстрах 249 туб. больных рабочих составляют 5,3% всех 4.700 рабочих, выходивших в 1931 г. на соцстрах по всем болезням. Почти такой же процент составляют (5,6%) 342 туб. больных по отношению ко всем 5992 раб. завода. Далее, 249 туббольных теряли трудоспособность в 569 случаях по всем болезням, что составляет 6% всех случаев потери трудоспособности на заводе в течение 1931 г. Зато все потерянные туб. больными вследствие различных болезней 8511 дней составляют 14,6% всего количества потерянных заводом вследствие болезней дней — 58.325. Значит, туббольные не дорабатывали больше дней чем другие больные.

Из 249 выходивших на соцстрах туб. больных выходило на больничный листок вследствие тбк 161 рабочих, т. е. 64,6% туб. рабочих, 35,4% выходило на соцстрах вследствие других болезней. Из 569 случаев потери трудоспособности 264 случая, т. е. 46,4% падает на обострение тбк, а остальные, т. е. 55,6% обусловлены другими болезнями. Но количество дней непроработанных вследствие обострения тбк больше, чем по всем остальным болезням (6022 и 2489, 71—29%).

Если сравнить выходивших на соцстрах больных с ясно выраженными легочными формами тбк (113 человек) с одной стороны и больных с неясно выраженной локализацией процесса (132 сл. бронхоаденитов и плевритов) с другой, то увидим что как по всем болезням включая тбк, так и по тбк отдельно. легочные больные давали больше дней потери трудоспособности (4278), чем больные с бронхоаденитами и плевритами (3879), хотя число их было меньше. Эти же 113 легочных больных вследствие других болезней, не считая тбк, теряли меньше дней (721), чем 132 бронхоаденитика (173). Большинство случаев и дней потери трудоспособности, имевших место у всех наших туббольных независимо от форм заболеваний идет за счет туберкулеза. Так, 161 туббольных, вообще потерявших 7311 дней в 414 случаях, потеряли в 264 случаях обострения тбк 6022 дня, а в 150 случаях других заболеваний — 1289 дней. 88 туббольных вовсе не

имели пропусков вследствие тбк, а болели всего в течение 1200 дней различными другими болезнями в 155 случаях. 93 туббольных за весь год ни разу не выходили на соцстрах.

Из бацилловыделителей выходило на соцстрах в течение 1931 г. 36 больных, давших в 87 случаях потери 2176 рабочих дней. Из 36 бацилловыделителей 21 выходили на соцстрах в 31 случаях исключительно по поводу туберкулеза с потерей 1287 рабочих дней, 14 больных потеряли в 35 случаях 744 рабочих дня по поводу тбк и в 20 случаях 138 дней по поводу других болезней и наконец, 1 больной выходил за год 1 раз на соцстрах с потерей 7 дней только по поводу нетуберкулезного заболевания.

Среднее количество дней нетрудоспособности вследствие всех болезней, включая тбк, на каждого больного в течение года равно 8511:249, т. е. 34,2. На каждого выходившего на соцстрах больного приходится в среднем 2,3 случая потери трудоспособности, а на каждый такой случай падает 15 дней нетрудоспособности (8511:569). Эти данные интересно сравнить со средним количеством дней, пропущенных в течение года каждым из выходивших на соцстрах по всяким болезням (4700 раб.). Это среднее число равно 12,4 (58325:4700), а среднее число дней, пропущенных в каждом из 9452 случаев потери трудоспособности рабочими завода вследствие всех болезней равно 6,2.

Если рассмотреть отдельно выходивших на соцстрах больных с бронхоаденитами и плевритами, то увидим, что на каждого больного за год приходилось 29 дней нетрудоспособности, а на каждый случай 13 дней.

Выходившие на соцстрах легочные больные давали на каждого больного 38 дней нетрудоспособности, а на каждый отдельный случай в среднем 17 дней.

Среди бацилловыделителей, взятых отдельно, мы видим, что на каждого больного за год падает 60 дней нетрудоспособности и на каждый случай отдельно 25 дней.

Если обратиться к случаям потери трудоспособности вследствие тбк, независимо от формы заболевания, то увидим, что на каждого туб.больного за год падает 34 непрораб. дня, вследствие одного только тбк, а на каждый случай потери трудоспособности падает 23 дня.

Бронхоадениты и плевриты дают на каждого больного на год вследствие тбк 30 дней временной утраты трудоспособности, а на каждый случай 21 день. Легочные больные дают соответственно на каждого больного 54 дня (3557:651) и на каждый случай 23,5 дней (3557:151).

Бациллярные больные дают соответственно по поводу тбк 58 дней (2031:35) и 31 день потери трудоспособности (2031:66) на 1 сл.

Минимальное количество дней, пропущенных за год одним рабочим вследствие тбк = 1, максимальное = 201.

Подробное распределение случаев и дней временной потери трудоспособности при различных формах тбк на нашем заводе дается на таблице № 4, см. стр. 4.

Таблица № 4. Временная утрата трудоспособности тубрабочими завода им. Петровского вследствие ТБС и других болезней.

Больные по диагнозам	Число боль- ных	Нетрудоспособ- ность тбк рабочих, вследствие всех болезней			Не работало вслед- ствие туберкулеза			Из них не работа- ло также вслед- ствие других бо- лезней			Не работало только вследствие всяких болезней, но не вследствие тбк		
		Лица	Случ.	Дни	Лица	Случ.	Дни	Лица	Случ.	Дни	Лица	Случ.	Дни
Бронхоадениты и плевриты	189	132	299	3879	72	102	2147	42	77	747	60	120	985
Лимфаденит	4	3	14	285	3	9	249	2	5	36	—	—	—
Костный тбк	5	1	2	69	1	2	69	—	—	—	—	—	—
Туберкул. легк. I А	39	28	44	320	13	23	219	4	6	59	15	15	42
„ „ II А	12	7	29	803	6	18	193	5	9	103	1	2	7
„ „ I В	40	33	73	963	23	37	681	13	21	152	10	15	130
„ „ II В	44	36	88	1866	34	59	1667	14	26	163	2	3	36
„ „ III В С	9	9	20	826	9	14	797	4	6	29	—	—	—
Всего	342	249	569	8511	161	264	6022	84	150	1289	88	155	1200
Без диагноза	105	57	91	1114	—	—	—	—	—	—	57	91	1114
Больных др. болезн.	13	8	21	149	—	—	—	—	—	—	8	21	149
Здоровых	7	2	2	7	—	—	—	—	—	—	2	2	7

Анализ нетрудоспособности рабочих отдельных цехов заставляет нас обратить особое внимание на литейный цех (66 больных тбк из 249), потом кузнечно-механический (52), ремонтно-инструментальный (43), и сборочно-малярный (37), как на дающих наибольшее количество теряющих трудоспособность больных. Среди терявших трудоспособность преобладают туб. рабочие с небольшим производственным стажем на заводе в два года (95) и в 3 года (49).

Таблица № 5. Распределение выходявших на соцстрах тубрабочих по цехам

Сборочно-мал.	Литейный	Кузнеч. механ	Рем. инстр.	Эксперимент	Токар. механ.	Дерево обд.	Строит.	Силовой	Хоз. часть	ФЗУ
37	68	51	43	1	12	11	1	2	19	4

Таблица № 6. Распределение выходявших на соцстрах тубрабочих по стажу на заводе

До 1 года	1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет
8	23	96	49	27	11	9	26

Из 249 терявших трудоспособность туб. больных 93 теряло трудоспособность по одному разу в год (37%) а 156 (63%) выходило на соцстрах в течение года повторно. Причем часто болеющих были единицы. Из больных с открытыми формами тбк теряло трудоспособность повторно 51% из больных с активными закрытыми формами 68%, а из больных с неактивными формами тбк выходило на соцстрах 22%, причем эти последние болели всякими болезнями, кроме тбк (см. табл. № 7).

Таблица № 7. Повторность временной утраты трудоспособности среди туберкулезных рабочих зав. им. Петровского в 1931 г.

	Открытые формы			Активно-закрытые формы			Неактивные формы		
	Число больных	Боле л дней тбк	Боле л дней др. б.	Число больн	Боле л дней тбк	Боле л дней др. б.	Число больных	Боле л дней тбк	Боле л дней др. б.
Не выходили на соцстрах	5	—	—	12	—	—	76	—	—
Выходили по 1 разу	15	567	7	36	632	37	42	—	349
Выходили по 2 р. и больше	21	1527	138	102	3296	1226	33	—	732
Всего..	41	2094	145	150	3928	1263	151	—	1081

Из нетуберкулезных заболеваний, давших у наших больных потерю трудоспособности, приходится отметить почти только т. н. гриппы и острые лихорадочные заболевания. Эти диагнозы мы встречаем чаще всего у наших бронхоаденитиков и плевритиков и у некоторых больных с невыясненным диагнозом. Интересно, что травматизм давал лишь ничтожную цифру.

Большинство вышеуказанных выходявших на соцстрах туб. больных известно тубдиспансеру с прежних лет. Из 249 этих больных 133 находятся под наблюдением по 3—4 и даже 7—8 лет, и только 116 явилось впервые в 1931 г.

Дни пребывания на соцстрахе использовывались больным, главным образом, для амбулаторного лечения в тубдиспансере. В тяжелых случаях больные помещались в тубстационар. В 12 случаях больные были отправлены в санатории вне Херсона.

Инвалидность по туберкулезу в течение 1931 г. получили 11 рабочих туббольных завода им. Петровского, причем 8 из них продолжали свою работу на заводе и после получения инвалидности.

К материалам по изучению производственной ценности туб. рабочих следует отнести еще данные о результатах проверки наличия на заводе всех туб. рабочих, обращавшихся в 1931 г. в тубдиспансер, как рабочие зав. им. Петровского. Оказалось, что из осмотренных тубдиспансером в 1931 г. 467 рабочих на заводе осталось 187, а из 342 тубрабочих осталось 142. Из 342 туббольных ушли с завода по собственному желанию 114, по болезни 11, уволены за прогулы 25, перешли на др. предприятия 16, сокращен 1, пошло на выдвижение 4, умерло 3, нет сведений о 26 (во всяком случае их на заводе нет), осталось на заводе 142. Из оставшихся в живых 38 бацилловыделителей на заводе осталось 20, ушли с завода по собственному желанию 10, уволены по болезни 3, переведены в инвалиды и не работают 3, пошли на выдвижение 2. Из 105 больных с невыясненным диагнозом на заводе осталось 37.

Это обстоятельство—значительные изменения в составе туб. рабочих—ставит перед нами необходимость периодической проверки наличия наших больных на заводе.

Более подробное индивидуальное изучение производительности труда наших туббольных с опросом представителей различных цехов о наших легочных больных и с учетом диспансерных материалов показывает, что из 38 бацилловыделителей 22 человека выполняло свои задания. По нашим данным 5 из них совсем не выходили на соцстрах, 7 были на соцстрахе по несколько дней, 9 в среднем по 19 дней и только 17 болело по многу дней. Из этих последних 5 чел. очень ценны для производства даже при сокращенном рабочем времени: далее из 21 больных группы II В) без бацилловыделителей с работой вполне справлялось 15 человек. По нашим данным из 21 этих больных 5 совсем не были на соцстрахе, 9 больных теряли в среднем

по 28 дней, 7 теряло по 85 дней в течение года. Из 33 больных группы 1 В вполне ценны для производства — 29 человек. Из этих 33 больных 7 совсем не были на больничном листке, 20 были в среднем по 18 дней в году и только 6 были по 69 дней на соцстрахе.

Все это вместе с приведенными выше данными приводит к заключению, что производственная ценность большинства туб. больных рабочих такова, что в худшем случае она немного уступает ценности других рабочих. И, в подавляющем большинстве случаев определенная сумма коррективов на самом производстве и в быту может эту ценность повысить.

Мы разработали применительно к нашим условиям план работ по оздоровлению завода им. Петровского в отношении туберкулеза и по повышению производственной ценности туб. рабочих нашего завода. План этот в основном сводится к следующему:

1) Учреждение на заводе при медсанцехе туберкулезного поста в лице одного врача диспансера, регулярно посещающего завод.

2) Устройство при тубпосте отдельной картотеки с карточками на всех туб. больных завода.

3) Своевременное направление медсанцехом подозрительных по тбк больных в тубдиспансер.

4) Осмотр в тубдиспансере вновь поступающих на завод рабочих.

5) Осмотр в тубдиспансере производственных контактов и систематическое за ним наблюдение.

6) Установление диагноза у больных рабочих завода, посетивших диспансер и оставшихся без диагноза.

7) Периодическая проверка наличия на заводе туббольных, зарегистрированных, как рабочие завода.

8) Углубленная диспансеризация всех рабочих литейного и кузнечно-механического цехов, как дающих наибольшее количество рабочих, теряющих трудоспособность вследствие туберкулеза.

9) Диспансеризация всех учеников ФЗУ.

10) Использование дифференцированного рабочего дня для особо ценных на производстве тубрабочих.

11) Дальнейшее изучение ценности для производства туббольного рабочего путем систематического учета его выработки и заработка.

12) Изучение производственной ценности тех тубрабочих, которые использовали те или иные коррективы, в виде санатория, диетстоловой и т. д.

13) Учет работы туберкулезных больных ударников.

14) Возможное перераспределение больных с открытыми и активными формами по менее вредным цехам совместно с медсанцехом и рабочими организациями завода.

- 15) Перевод всех бацилловыделителей на дневную смену.
 - 16) Забронирование в нашем ночном тубсанатории 10 сквозных коек для туббольных завода с тем, чтобы за год через ночной санаторий было пропущено не менее 70 больных.
 - 17) Посылка 15 больных в санатории закрытого типа.
 - 18) Систематическое обследование на дому у 75 тубрабочих завода, страдающих активными формами тбк, и оздоровление 10 тубочагов с открытыми формами.
 - 19) Обследование на туберкулез всех детей ясель и детсадов завода им. Петровского.
 - 20) Обеспечение 150 детям рабочих мест в общих оздоровительных учреждениях, не считая детских площадок.
 - 21) Бронирование для тубрабочих мест в домах отдыха.
 - 22) Участие в проведении общих санитарно-гигиенических мероприятий и санпросветработы на заводе.
 - 23) Введение на заводе 3 раза в месяц часов приема диспансерным врачом для санитарно-гигиенической консультации.
- Значительная часть вышеуказанных мероприятий уже проведена и проводится. Систематическое наблюдение за движением туберкулеза на заводе, даст возможность через определенный отрезок времени судить об эффективности этих мероприятий.

3. Р. З. ЛЯЛИНА. ТУБЕРКУЛЕЗ НА ЗАВОДЕ ИМ. А. МАРТИ В Г. ОДЕССЕ, ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА, БОРЬБА С НИМ И МЕРЫ К ПОДНЯТИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ЦЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ РАБОЧИХ

Когда 4 года тому назад у нас в Союзе был запроектирован пятилетний план и рабочий класс стал его успешно претворять в жизнь на удивление Запада и Востока, органы здравоохранения не оказались достаточно подготовленными и не могли удовлетворить все растущей потребности в мед. обслуживании рабочих и крестьян. Конечно, долго это не могло продолжаться и, выполняя директивы партии, и пользуясь социалистическими методами работы—ударничеством и соцсоревнованием—медорганизации добились коренного перелома в своей работе и, повернувшись лицом к селу и к производству, начинают все полнее и глубже обслуживать рабочего и колхозника. В этой работе туб. организация занимает не последнее место, и фтизиатры принимают активное участие в общей работе медико-санитарной организации, как в стенах диспансера, так и среди масс и в первую очередь на производстве. И растет число заводов и фабрик куда идет туберкулезник для изучения туб. пораженности рабочих и плановой борьбы с тбк. Туботдел единого диспансера М.С.У. в свою очередь занялся такой работой и остановился на

судостроительном заводе им. А. Марти, рабочие которого обслуживаются в медицинском отношении вышеуказанным диспансером.

Перед нами стояла задача изучить распространение тбк среди рабочих завода, выявить в какой степени тбк вызывал нетрудоспособность рабочих, как это отражалось на производстве и на основе этих материалов, учитывая состав рабочей силы, вырабатывать и планомерно проводить коррективы к условиям труда и быта для повышения трудоспособности туберкулезного рабочего и тем самым для увеличения его производственной ценности.

Несколько слов о самом производстве.

Завод им. А. Марти, так называемый новый завод был построен в 1903 г. Русским Обществом Пароходства и Торговли и в то время количество рабочих на нем равнялось почти 2000 челов. (из них 25% было поденных рабочих). Отмечая резкое снижение рабочей силы в годы войны и разрухи, мы видим, что с восстановлением народного хозяйства начинается рост производства и, если в 1921 г. на заводе было 350 челов. рабочих, то в 1928 г. их уже 1557 чел., а в конце 1931 г.—6471 чел. Одновременно увеличивается и количество женщин, работающих на заводе—7.6% на 1/I 1932 г., хотя их участие в производстве по сравнению с другими заводами по обработке металла еще слабо. Увеличивается и % рабочих в возрасте до 23 лет,—в 1930 г. их было 27.9%, а на 1/I 1932 г. 36.6%. Это последнее обстоятельство должно особенно привлекать к себе наше внимание, т. к. всем известно, что этот возраст является менее устойчивым к тбк.

За последние годы проведен ряд мероприятий в целях оздоровления труда, а именно: усовершенствование вентиляции, искусственного освещения, удаления вредных газов. Проведена реконструкция кузнечного и электросварочного цехов. Намечено переустройство целого ряда других цехов.

Мед. помощь на производстве обеспечивается медсанцехом, а туберкулезные рабочие обслуживаются туботделом единого диспансера и недавно открытым туб. отделением филиала.

Как же обстоит дело с туб. пораженностью рабочих завода?

По материалам туб. диспансеров г. Одессы было выявлено, что в течение 1931 г. в тубдиспансеры обратилось 574 рабочих с зав. им. А. Марти, что составляет при среднем количестве рабочих в 1931 г.—5754 чел.—10% всего количества. В действительности % охвата несколько меньше, т. к. расчет надо делать не на среднее количество рабочих, а на фактическое количество рабочих, которые работали в 1931 г. на заводе. Если к количеству рабочих, которые числились на 1/I 1931 г., прибавить всех поступивших в течение 1931 г., то получим оборот рабочей силы в 11.079 человек. Делая расчет на это количество, получим, что % охвата туб. диспансерами рабочих зав. Марти в 1931 г. равнялся 5,19.

Из 574 чел., обратившихся в диспансеры, лишь у 327 был установлен туберкулезный процесс, а из них только у 78 человек был активный тбк. Как видим, количество тбк больных рабочих и, тем более, больных активным тбк невелико.

Мне могут возразить, что не все тбк больные обращаются в диспансеры. Верно. Но таких немного, т. к. каждый тбк больной заинтересован пойти в туб. отдел, без которого он не может получить санаторного лечения. С другой стороны, проверяя личные счета каждого рабочего отдельно, мы имели возможность выявить таких рабочих, которые никогда не были в диспансере, но выходили на соцстрах по туберкулезу. Таких больных мы брали на учет. Их было 15 человек. Таким образом, от нас ускользнули только такие больные, которые не обращались в диспансер, ни разу не выходили на соцстрах по тбк и не претендовали ни на какое санаторное лечение,—т. е. рабочие, которые, возможно, и были больны, но этого не знали и трудоспособность которых не была пониженной. Предполагаю, что таких немного.

Итак, из клиентуры диспансера в 574 ч. с диагнозом тбк было 327 рабочих, т. е. 56.96% всех обратившихся в диспансер рабочих с зав. им. А. Марти, а с активным тбк было лишь 78 раб., т. е. 13.59%. Из этих 78 чел. больных активным тбк—28 чел. ни разу не теряли трудоспособности в 1931 г., а из остальных 50 человек, 20 человек если и теряли трудоспособность, то не по тбк, и только 30 чел. больных активным тбк выходили на соцстрах по туберкулезу; они дали 47 случ. невыхода на работу, что составляет 1405 дней. Если же взять все количество туберкулезных больных, включая сюда и неактивные формы, то оказывается, что на заводе при среднем количестве рабочих в 5754 раб. и при фактическом количестве—в 11079 чел., в 1931 г. вышло на соцстрах по тбк 62 чел. Данные, которые не свидетельствуют о большой туб. пораженности. Если же мы возьмем не только 1931 г., а данные за 4 последних года, то получим следующие показатели: на 100 чел. среднегодового состава рабочих выпадает в среднем дней нетрудоспособности по тбк в 1928 г.—47.4 дн., в 1929 г.—62.9 дня, в 1930 г. 40.1 дня и в 1931 г.—39.7 дн., т. е. мы имеем за последние 2 года значительное снижение среднего количества дней нетрудоспособности по тбк. Правда, первое полугодие 1932 г. дает как будто большое повышение (42.9 дн. за полгода), но оно вызвано не увеличением тбк заболеваемости, а ростом санаторно-курортной помощи. Так, из 2564 непроработанных за счет тбк в первое полугодие 1932 г. дней, 1200 дней, т. е. почти 50% падают на санаторные койко-дни.

Мы говорили выше о туб. пораженности на заводе и о больных активными формами. Остановимся еще на больных открытыми формами, которым диспансеры уделяют максимум внимания.

Если взять материал за период времени с 1925 г. до 1/1-32 г., то оказывается, что за это время на заводе было выявлено 77 больных открытой формой тбк. Из них 21 чел. умерли в разные сроки, осталось в живых на 1/1 1932 г.—56 чел.

Мы проследили, что произошло с больными открытой формой в течение 1931 г. На 1/1 1931 г. было 43 чел., в течение года было выявлено еще новых 16 чел. с открытым тбк процессом, 3 умерло, 4 переведены в инвалиды, 3 уволились по болезни, 9 уволилось по разным причинам и 3 ушли на другую работу. Таким образом на заводе из 59 чел. с открытой формой тбк на 1/1 1932 г. осталось только 37 чел.. Но мы видим, что это уменьшение отнюдь не вызвано смертностью, которая является довольно низкой—3 чел. за год, но объясняется, если можно так выразиться, естественным отбором: тяжело больные либо совсем перестают работать, либо уходят с производства на более легкую работу.

Если проследить за движением больных открытой формой тбк, то можно отметить определенный рост, который объясняется тем, что смертность среди этих больных ниже выживаемости, в связи с чем ежегодно получается определенное накопление.

За удовлетворительную выживаемость больных открытыми формами говорит и то обстоятельство, что из 37 чел., которые живы и по настоящий момент, у 6-ти чел. палочки были обнаружены 5 лет тому назад, у 4-х человек—7 лет тому назад и у 2-х человек—11 лет тому назад, т. е. 30% всех больных открытой формой тбк имеют не менее 5-ти лет открытый процесс и продолжают работать.

Что касается трудоспособности больных открытой формой тбк, то из 59 чел., бывших на заводе в 1931 г. теряло трудоспособность по всем причинам лишь 36 чел. они дали 80 случ. невыхода на работу, что составляет 1537.5 непроработанных дней. При чем из этих 36 чел. только 23 чел. больных открытой формой тбк выходили на соцстрах по тбк и дали 38 случаев невыхода на работу, т. е. 1176 непроработанных дней.

Все вышеизложенное дает нам право говорить о сравнительно благоприятном течении тбк процесса у рабочих завода и, конечно, не туберкулезно больные рабочие срывают промфинплан завода. В этом мы еще более наглядно убедимся, если сравним временную нетрудоспособность, вызванную тбк, с нетрудоспособностью, вызванную другими причинами. Так, в 1931 г. по тбк теряло трудоспособность на заводе 62 чел., они дали 88 случ. невыхода на работу, что составляет 2250 дней, а по всем причинам на заводе теряло трудоспособность 5010 чел., было 9219 случаев невыхода на работу—69058 непроработанных дней.

Если мы будем сравнивать временную нетрудоспособность по тбк с нетрудоспособностью не всех болевших рабочих, а только той группы рабочих, которая обращалась в диспансер и теряла трудоспособность по разным причинам, то и тогда мы

получим, что даже среди диспансерной клиентуры по тбк пропущено меньше рабочих дней, чем по другим причинам. Так по тбк теряло трудоспособность 62 чел., непроработавшие 2250 дн., а из клиентуры диспансера по всем причинам, кроме тбк, выходило на соцстрах 327 чел. и пропустили они 7008 рабочих дней.

Среди не тбк причин временной потери трудоспособности самое заметное место занимает так часто диагностируемый грипп. И оказывается, что из состоящих на учете в диспансере и выходивших на соцстрах 350 рабочих, 172 челов., т. е. почти 50% теряло трудоспособность по гриппу и они не работали 1783 дня.

Мне могут возразить, что часто грипп маскирует туберкулезное заболевание. Конечно, такие случаи возможны, но они единичны. Это подтверждает и анализ материалов страхкасы: в среднем больной гриппом не выходит на работу 10 дней (у наших больных 1783 дня на 172 чел.), ну а всякий знает, что средняя продолжительность временной нетрудоспособности тбк больного исчисляется не днями, а неделями и даже месяцами. По нашим данным средняя продолжительность временной нетрудоспособности больного активной формой тбк = 46,8 дня, а для больных открытой формой тбк она еще больше — 51,1 дн.

Итак, если среди гриппозных и было несколько человек больных тбк, то их слишком мало, чтобы изменить общую картину.

Дальше, если мы захотим сравнить временную нетрудоспособность по тбк с нетрудоспособностью, вызванной не тбк причинами, не у клиентуры диспансера, а только у группы больных с установленным тбк процессом, то и тут получим, что по тбк 62 чел. не проработало 2250 дней, а по всем другим причинам кроме тбк, из той же группы рабочих 211 человек не проработало 5439 дней.

При анализе каждой причины потери трудоспособности у тбк больных в отдельности, получаем, что по гриппу теряло трудоспособность — 69 челов. — не проработано 1454 дня, по травме — 49 чел. не проработали 1166 дней, по заболеваниям дыхательных путей 21 чел. пропустили 661 день, по болезни кожи и подкожной клетчатки 21 чел. не выходили на работу 367 дн., по лихорадочному состоянию 30 чел. не работало 323 дня и по остальным причинам 73 чел. не работало 1468 дн.

Таким образом, если тбк, как причина временной нетрудоспособности, и дает наибольшее количество дней невыхода на работу у туберкулезных больных, все же в общей сложности эти другие причины вместе взятые дают больше непроработанных дней, нежели тбк.

Мы познакомились с туб. пораженностью на заводе, судьбой больных открытыми формами, выявили значение тбк, как причины временной нетрудоспособности, теперь заглянем в цеха и посмотрим не отражается ли работа в том либо ином цеху на трудоспособности тбк больных. Нет ли зависимости между цехом и туб. пораженностью?

Рассматривая материал в цеховом разрезе, мы видим, что из зарегистрированных в диспансере рабочих, больше всего людей выходило на соцстрах по разным причинам из котельного цеха—61 ч. (что объясняется не повышенной пораженностью, но наибольшим количеством рабочих в данном цеху—1225 чел.). Далее узнаем, что в этом цеху собралось наибольшее количество рабочих, больных открытой формой тбк—13 чел. и активной формой тбк—16 чел., и все же из этих 61 чел., которые теряли трудоспособность по разным причинам, только 2 рабочих по 1 разу выходили на соцстрах по тбк (128 дн.). Не менее благополучно обстоит дело и в других цехах, как в инструментальном, деревообделочном, электросварочном, механическом и т. д., где количество непроработанных по тбк дней выражается малыми величинами. И только в слесарном цеху из 6-ти чел. больных активным тбк процессом, все 6 выходили на соцстрах по тбк. Обстоятельство это привлекает наше особое внимание к этой группе рабочих.

Итак, в самых различных цехах, где мы находим самые разнообразные условия работы, мы не можем установить связи между этими условиями и понижением трудоспособности у тбк рабочих.

Знакомясь с вопросами туберкулеза на заводе им. А. Марти, мы получаем довольно утешительные данные: активных форм немного, выживаемость хорошая, смертность небольшая, показатели временной нетрудоспособности по тбк дают снижение—словом, все как будто спокойно. Может быть и не нужно бороться с туберкулезом? Ответ мы получим, если подойдем к вопросу с другой стороны. Если на заводе тбк не имеет угрожающего характера и за год дает лишь около 2500 дней нетрудоспособности, то 10 таких заводов за год дадут около 25 тысяч непроработанных по тбк дней. Оценивая в среднем однодневную продукцию рабочего в 30—40 руб., мы получаем, что из за тбк государство теряет на 10-ти таких заводах, как наш зав. имени А. Марти, около 1 мил. рубл. Ну, а у нас в Союзе немало таких заводов.

Значит если брать ставку не на отдельные единицы, а на массы, то можно убедиться, что тбк приносит государству большой ущерб.

С другой стороны имеется еще одно не менее важное обстоятельство, которое вредно отражается на производстве—это продолжительность пребывания тбк больного на соцстрахе. Вычисляя среднее количество дней нетрудоспособности по тбк на 1 чел., мы получили, что для больных активными формами тбк оно равняется 46,8 дням, а на 1 чел. из больных открытой формой тбк—51,1 дн. Это среднее количество непроработанных по тбк дней падающих на 1 чел., незначительно возрастает, если делать вычисление не только на дни невыхода на работу по тбк, а на общее количество дней, непроработанных, как по тбк, так и по

другим причинам. Так на 1 чел. из группы больных активной формой тбк, среднее количество непроработанных по всем причинам дней—55.4 дн., а на 1 чел. из больных открытой формой тбк—59.8 дн.

Правда, среди тбк рабочих имеются и такие, которые по тбк давали 80—100 и даже больше непроработанных дней, но такие случаи единичны.

Как же использовывались эти дни нетрудоспособности с лечебной целью. Часть больных направлялась в санатории, большинство же получало лечение в туб. диспансерах. Тут же хочу отметить, что вопрос о санаторном лечении разрешался не совсем правильно в том отношении, что бывали случаи, когда больные попадали в санатории не во время потери трудоспособности, а во время пребывания на работе после соцстраха.

Коснувшись вопроса о продолжительности пребывания на соцстрахе тбк больного по тбк, хочу сказать несколько слов о повторности потери трудоспособности. Если бывают случаи, когда один и тот же рабочий в течение года по разным причинам теряет трудоспособность 5—8 и даже 10 раз, то в отношении тбк больного это не отмечается. Среди терявших по тбк трудоспособность рабочих не было ни одного, который бы выходил в течение года 5 раз на соцстрах. Всего три человека теряли трудоспособность по три раза, 3 чел. по 4 раза, 13 чел. лишь по два раза и 43 чел. только по 1 разу,

Выводы напрашиваются сами. Хотя туб. пораженность сравнительно небольшая, необходимо все же вмешательство для борьбы с тбк на заводе. Работа должна проводиться в двух направлениях—оздоровительные мероприятия в отношении тбк больных рабочих и профилактические в отношении здоровых.

Мы уже говорили, что из находящихся на учете диспансера 78 чел. рабочих, больных активной формой тбк, лишь 30 человек выходило на соцстрах по тбк. Из них на 1/1 1932 г. трое ушли с завода. Остаются 27 человек. Вот на них то мы должны в первую очередь обратить внимание. Среди этой группы больных есть такие, которые, не смотря на санаторное лечение, продолжают периодически терять трудоспособность. Необходимо в отношении таких больных поставить вопрос о переходе на временную или постоянную инвалидность. Из группы в 27 человек двое уже переведены в инвалиды, на ближайшее время нужно перевести еще одного.

Далее среди этих больных имеются некоторые, которым работа в цеху не по силам, но они прекрасно бы справились с более легкой работой. Переброска с одной работы на более легкую практикуется на заводе и целиком себя оправдала, не всегда только удается ее осуществить. Необходимо установить контакт с сектором кадров и вопрос будет разрешен в благоприятном смысле. Намечены к переводу 2 рабочих, из коих один работает в слесарном цеху, другой в деревообделочном. У обоих довольно

значительное поражение легких и тбк гортани. Вдыхание древесной пыли и копоти, травмируя пораженную гортань, вызывает обострение процесса, что влечет за собою потерю трудоспособности.

Следующим мероприятием является широкое санаторно-курортное лечение. Если взять данные за 1931 г. и за 9 истекших месяцев 1932 г., то увидим, что санаторное обслуживание рабочих увеличилось на 33% (123 чел. в 1931 г. против 163 чел. в 1932 г.). Эта разница особенно велика в отношении обслуживания туб.санаториями. Так, в 1931 г. завод имел 5 мест для туберкулезных, больных а в 1932 г.—26 мест да еще туб. отдел предоставил 15 санаторных мест рабочим завода. Итак, за 9 мес. 1932 г. было направлено в туб. санатории 41 чел., а к концу года их будет до 50 человек. Таким образом, мы сможем удовлетворить больных активным тбк, терявших трудоспособность по тбк и человек 25 (т. е. половину) из больных активным тбк процессом, не терявших трудоспособность для предупреждения утраты таковой. Для остальных рабочих, больных не активной формой тбк рекомендуется широко использовать дома отдыха, санатории общего типа и ночной санаторий.

Коснувшись ночного санатория, мы должны остановиться на печальном факте—на отсутствии по настоящее время ночного санатория, хотя нужда в нем очень велика. Уже не говорю о том, что ночной санаторий является одной из мер по оздоровлению тбк рабочего, наличие такого санатория позволяет проводить эту оздоровительную работу, не отрывая рабочих от производства.

Ближайшей задачей медсанцеха, страхпункта и туботдела, является—добиваться перед соответствующими организациями открытия ночного санатория.

Говоря о санаторном лечении, мы должны указать, что увеличение количества санаторных коек повлечет за собой увеличение количества дней невыхода на работу. Но этого увеличения коэффициента нечего бояться, т. к. оно приведет к уменьшению заболеваемости.

Теперь несколько слов об организации специального цеха для больных рабочих с пониженной трудоспособностью, так называемого утильцеха, какой уже имеется при заводе им. А. Марти в Николаеве. Выполняя посильную работу, находящиеся здесь рабочие являются вполне полноценными участниками производства. Предполагаю, что было бы весьма целесообразно организовать такой цех и при Одесском заводе им. А. Марти, направляя туда рабочих, ослабленных, как тбк процессом, так и другими хроническими заболеваниями.

Помимо вышеуказанных мероприятий, являющихся коррективом непосредственно к трудовым процессам, необходимо провести ряд мер в отношении улучшения быта туберкулезного больного рабочего. А здесь дело обстоит довольно неблагоприятно.

Лишь 25% всех обследованных (а мы обследовали всех больных открытой формой тбк, всех больных с закрытыми, но далеко зашедшими процессами, частично больных активными менее тяжелыми формами. Всего обследовано 95 чел.), итак, лишь 25% обследованных имеют норму жилплощади— $1\frac{1}{2}$ кв. саж. и выше на 1 человека, остальные ее не имеют, при чем 30% всех обследованных имеет меньше 1 кв. сажени на человека. 40% всех обследованных проживают в сырых помещениях. Больше половины больных открытой формой тбк не имеют отдельной кровати. Лишь 25% отмечают хорошее питание. Короче говоря, бытовые условия таковы, что нужно искать причину пониженной устойчивости к тбк не столько на производстве, сколько в быту. И, конечно, улучшение бытовых условий—вот одно из главных мероприятий в борьбе с тбк на производстве.

Прежде всего необходимо организовать правильное питание. Хотя при заводе имеется диетстоловая, она обслуживает лишь больных желудочно-кишечными и почечными заболеваниями. Необходимо добиться усиленного питания для всех больных активной формой тбк, т. е. 78 человек, а если на первых порах это будет затруднительно, то хотя бы для тех 27 человек больных активной формой тбк, которые теряли трудоспособность по тбк и 2) необходимо добиться отпуска молока больным II и III стадии тбк, т. е. 85 чел.

Расположение завода на берегу моря делает возможным устройство площадки санатория, где тбк больной рабочий, наряду с другими нуждающимся в этом, проводил бы рационально час обеденного перерыва в теплое время года, при следующем режиме: 15' отдыха, 10'—физкультурная зарядка, 20'—обед и 15' отдыха. Больной извлекает максимум пользы, а организация такой площадки требует минимальных затрат.

Для улучшения быта тбк рабочего необходимо улучшить его жилищные условия. В условиях переживаемого нами сейчас жилищного кризиса, мы в этом отношении можем сделать очень немного, но все же кое-чего можно добиться. Достаточно указать на то, что в Николаеве заводская страховая организация при участии туб. диспансера добилась перед горсоветом 2% отчисления с жилфонда для тбк больных рабочих завода им А. Марти. В г. Зиновьевске еще большие достижения. Если энергично взяться за это дело, привлеки к нему рабочую общественность, то и в Одессе можно было бы добиться успеха.

В отношении диспансерного обслуживания желательно более полно охватить тех тбк рабочих, которые у нас уже состоят на учете, и начать диспансеризацию тех тбк больных, которые еще у нас не были, привлекая к этой работе районных диспансеризаторов.

До сих пор, помимо лечебной помощи, больные получили в диспансере указания в отношении личной гигиены, советы профилактического характера; с больными проводилась работа са-

нитарно-просветительного характера, как в стенах диспансера, так и на дому через патронажных сестер; туб. отдел принимал активное участие в отборе больных для санаторного лечения, стремился как можно полнее охватить семью больных открытыми формами. Дети из очагов почти полностью были охвачены оздоровительной кампанией. Наконец, знакомясь с бытом больных, отчасти путем расспроса больных, но главным образом по материалам сестры—обследовательницы, мы старались по возможности улучшить их бытовые условия и кое-что в этом отношении было сделано. В настоящее время все больные открытыми формами тбк пользуются отдельной посудой, многие стали лучше вентилировать свое помещение; благодаря вмешательству сестры в некоторых домах удалось заставить домоуправления убрать муссор из под окон квартир тбк больных, там где это имело место. Больные открытой формой тбк и некоторые с активным закрытым процессом получают через туб. отдел молоко.

До сих пор мы говорили о мероприятиях, направленных на улучшение труда и быта тбк больного рабочего с целью поднять его производственную ценность,—теперь перейдем к мероприятиям, направленные к тому, чтобы защитить здорового от заболевания.

1. Прежде всего необходим самый тщательный медосмотр всякого вновь поступающего на завод рабочего. Правда, медосмотр на заводе уже введен в систему, но в нем еще недостаточно участие фтизиатра.

II. Необходимо взять под особое наблюдение молодых рабочих и провести через туб. отдел тех из них, которые часто или длительно болеют.

III. Необходимо пересмотреть из клиентуры диспансера всех рабочих без установленного диагноза—72 чел., вызывая в первую очередь таких, какие выходили на соцстрах по тбк—2 чел., во вторую очередь длительно или часто болевших—12 чел., затем всех остальных.

IV. Необходимо продиспансеризировать тех 62 чел., которые были выделены при проверке лицевых счетов в страхпункте, как длительно или часто болеющие гриппом, плевритом и лихорадочным состоянием.

V. Обследовать и держать под наблюдением туботдела контакты на производстве.

VI. Фтизиатру необходимо детально ознакомиться с производством, без чего он не сможет участвовать в разрешении ряда вопросов, как оздоровление труда, перевод с одной работы на другую и т. д.

Для проведения в жизнь всего вышеизложенного необходимо организовать туб. пост, входящий в состав медсанцеха, опирающийся на рабочую общественность и работающий в тесном контакте со страховым пунктом.

Работу надо проводить по плану, рассчитанному на небольшие промежутки времени, т. к. изменчивость состава рабочих на производстве и этим самым состава тбк больных, не позволяет пока строить годовых и полугодовых планов. Лучше всего проводить работу поквартально, проверяя каждые 3 месяца по материалам диспансера и страalkассы фактическую тубпораженность на заводе, судьбу больных активными и открытыми формами тбк, количество дней нетрудоспособности по тбк. Эти материалы с одной стороны будут давать нам картину распространения тбк среди рабочих завода, с другой стороны позволят судить об эффективности тех мероприятий, которые нами будут проведены.

Нужно надеяться, что в недалеком будущем туб. посты охватят все производства. Своей работой они оздоровят производственника, подымут его производственную ценность и, тем самым сэберегут государству миллионы рублей.

4. А. С. ЛЯПИС. ТУБЕРКУЛЕЗ НА ЗАВОДЕ А. МАРТИ В Г. НИКОЛАЕВЕ И БОРЬБА С НИМ

Николаевский завод им. А. Марти основан в 1895 г. как завод судостроительный. Отсутствие в начале достаточного количества работ по судостроению дало заводу уклон в сторону универсального машиностроения, что получило отражение в развитии отдельных цехов. В 1908 г. завод был объединен с Черноморским заводом и работал до 1918 г. до оккупации Николаева иностранцами. В период гражданской войны завод работал с большими перебоями и, только с 1920 г. со времени окончательного утверждения Советской власти, завод начинает восстанавливаться и входит в объединение ЮМТ'а. В 1930 г. завод переходит в ведение „Союзверфи“ и в настоящее время завод реорганизован в комбинат, состоящий: из судостроительного завода, металлургического завода, машиностроительного завода, завода им. „61“ (бывш. „Руссуд“) и ряда цехов, входящих непосредственно в подчинение комбината.

Завод занимает площадь в 122 гектара, на которых цеховые мастерские, подсобные сооружения, службы и проч. крытые помещения занимают около 20 гектаров.

Завод производит сооружения и полное оборудование судов-паровые машины, машинные части, тепловые и газовые двигатели, строит мосты, оборудование портов, оборудование рудников и проч. За последние 2 года завод построил крупнейшие нефтевозы мощностью в 10 000 тонн—„Эмбанефть“, „Союз горнорабочих“, „Союз металлистов“.

Если в 1918 г. и 1921 г. завод имеет незначительное количество рабочей силы, то начиная с 1925 г., завод быстро растет и из 7743 в 1925 г., количество рабочей силы доходит на

1/I-1931 г., до 14894 и на 1/I-1932 г. до 17439 чел. Вместе с общим ростом рабочих вовлекаются в производство и женщины и, если, на 1/I-1927 г. процент женщин в отношении производственных рабочих составляет 25, то на 1/I-1932 г.—19.65, а на 1/VII—1932 г.—20%.

Возрастной состав производственных рабочих

На 1/I-30 г.—	18 л.—0,3 %	от 18 до 23—1,4 %	от 23—98,35 %
На 1/I-31 г.—	" —0,35 %	" " " —25,2 %	" —74,5 %
На 1/I-32 г.—	" —0,3 %	" " " —20,45 %	" —79,3 %
На 1/VII-32—	" —0	" " " —26,2 %	" —73,8 %

На заводе отмечается за последние годы большая текучесть: за 1930 г. принято рабочих—7999, выбыло—5580. За 1931 г. принято—8338, выбыло—7048; за первую половину 1932 г. принято—4123, выбыло—3865.

Медицинская организация завода возглавляется медсанцехом с 4-мя медсанпунктами и 2-мя перевязочными филиалами. На заводе имеется 41 распределитель—столовая, 2 столовые—кухни, диетстоловая на 150 человек. Имеются ясли.

ФЗУ обслуживается организацией ОЗТ.

2. Рабочие зав. А. Марти по туберкулезу обслуживаются 3-мя туботделениями при единых диспансерах. Количество рабочих, состоящих на учете на 1/I-1930 г.—434 чел., из них:

	I-й стадии—38,7%		
	II-й " —29,6%		
	III-й " —15,2%	Компенсирован. формы—	44,2%
	Открытые формы—	17%	
На 1/I-31 г.—532	I-й стадии—36,4%		
	II-й " —34,9%		
	III-й " —17,5%	" " "	48,8%
	Открытые формы—	19,3%	
На 1/I-32 г.—748 ч.	I-й стадии—39%		
	II-й " —33,4%		
	III-й " —13,9%	" " "	50%
	Открытые формы—	17,4%	
На 1/VII-32 г.—824 ч	I-й стадии—40,5%		
	II-й " —34,5%	" " "	50%
	III-й " —13,6%		
	Открытые формы—	15,3%	

Кроме того диспансерами было осмотрено в 1930 г.—211 чел. в 1931 г.—242 чел., в 1932 г.—186 чел.

3. Движение туберкулезных больных по заводу им. А. Марти по диспансерным материалам.

	На 1/I 1930	На 1/I 1931	На 1/I 1932
Оставалось	434	532	748
Вновь взято на учет	179	300	154
Выбыло с завода	81	84	40
Оставалось на 1/I-1931 г.	532	1/I-32 г. 748	1/VII-32 г. 862

Из количества 862 — 38 человек сняты с учета, как нетуберкулезные, остается на 1/VII-1932 г.—824 чел.

4. Движение больных открытой формы на заводе:

	1/I-1930 г.	1/I-1931 г.	1/I-1932 г.
Оставалось	74	103	130
Вновь обнаружено	66	79	26
Убыло с завода	37	52	28
Оставалось на 1/I-1931 г.	103	На 1/I-32 г. 130	На 1/VII-32 г. 128

5. На каждые 100 работающих по отдельным цехам—открытых форм:

Литейные цеха	0,13
Мартен	0,24
М. Котельный	0,48
Ст. Эстампажный	0,56
Цистерностроител.	0,71
Корпусостроител.	0,86
Гл. Механич.	0,9
Эл.-ремонтн.	1,2
Транспортный	1,5
Модельный	1,56
Котельный	1,70
Центр. Иистр.	2,57

6. Из 128 открытых форм, оставшихся на 1/VII-1932 г., производственных рабочих осталось—70 человек, среди них: слесарей—21, токарей—6, свердловщиков—6, чернорабочих—6, разметчиков—5, электриков—5, котельщик—1, сборщиков—2, нагревальщик—1, эл. сварщик—1, шлифовщиков—2, шорников—1, столяров—1, кузнецов—1, молотобойцев—1, рубщиков—2, ковшевой—1, модельщиков—2, стерженщик—1, такелажных—2, крановщиков—2. Остальных 58 относятся к инженерно-техническому персоналу, кладовщикам, охране и служащим.

7. За 1930 г. отработано человеко-дней 2.425.018. Число дней неявок—1.128.754.

За 1931 г.—2.663,312, число дней неявок—1.314.253.

За первую половину 1932 г. отработано 1.408.297, число дней неявок—616.516.

8. Временная нетрудоспособность.

Количество дней и случаев потери трудоспособности по всем заболеваниям:

	Случаи	Дни
1930 г.	24151	232197
1931 г.	34589	330063
перв. пол. 1932 г.	15760	135933

По туберкулезу	Человек	Случаев	Дней
1930 г.	321	417	18197
1931 г.	442	669	22759
перв. пол. 1932 г.	254	3,1	8342

Отношение потери трудоспособности по туберкулезу к нетрудоспособности по всем заболеваниям в 1930 г.—7,8%, в 1931—6,9% и в 1932 г.—6,1%. Продолжительность каждого случая в 1930 г.—44 дня, в 1931 г.—34,9 в 1932 г.—33,4.

В 1930 г. продолжительность дней болезни на одного больного открытой формы—93,4, закрытой—40,3. В 1931 г. открытой—82,7, закрытой—36, в 1932 г. открытой формы—47, закрытой—23,4 (1932 г. первое полугодие).

Из общего количества дней нетрудоспособности по туберкулезу за 1930 год—18197, на первую половину года приходится—8,905, или 47,5%. Из количества дней нетрудоспособности по тбк за 1931 г.—22759, на первое полугодие приходится—11575, или 50,8%. За первую половину 1932 г.—8342.

Повторность заболеваний в 1930 году

1930 год		1931 год	
Закрытой	Открытой	Закрытой	Открытой
1 р. — 191	1 р. — 61	1 р. — 227	1 р. — 77
2 р. — 22	2 р. — 23	2 р. — 44	2 р. — 42
3 р. — 7	3 р. — 15	3 р. — 14	3 р. — 15
4 р. — 1		4 р. — 6	4 р. — 8
5 р. — 1		5 р. — 4	5 р. — 3
		6 р. — 2	

Из 321 чел., бывших на соцстрахе в 1930 г. по туберкулезу—женщин выходило 25 или 8%. В 1931 г. из 442 чел.—15,5% и в 1932 г. из 254 чел.—55 женщин или 21,5% при общем количестве женщин в 20⁰/₀ по отношению ко всем рабочим завода.

Из диспансерного актива за первую половину 1932 г. по всем видам нетрудоспособности находилось на соцстрахе 514 чел. из 902—57%, из них по тбк было нетрудоспособных 254 чел.—28,4% к общему диспансерному активу и 260 чел. было нетрудоспособных по др. болезням—28,6%. 514 чел., случаев 899, и дней 12897 по всем заболеваниям, а по туберкулезу 254 чел., 371 случ., 8342 дня.

Нетрудоспособность по туберкулезу.

В 1930 г. выходило на соцстрах по туберкулезу 46,9 больных закрытой формы по отношению ко всем закрытым формам быв-

шим на учете в 1930 г. и 70,7% больных открытой формой по отношению ко всем открытым формам бывшие на учете в 1930 г.

В 1931 г. выходило на соцстрах по туберкулезу 45,8 больных закрытых форм по отношению ко всем закрытым формам бывших на учете в 1931 г. и 79,7 открытой формы по отношению ко всем открытым формам бывшим на учете в 1931 г.

За первую половину 1932 г. выходило на соцстрах по туберкулезу—20,4 больных закрытой формой по отношению ко всем закрытым формам, бывшим на учете в первой половине 1932 г. и 65,4 открытой формой по отношению ко всем открытым формам, бывшим на учете в первой половине 1932 г.

Больные, состоящие на учете диспансеров за первую половину 1932 г. кроме туберкулеза болели следующими заболеваниями:

	Человек	Случаев	Дней
Грипп	133	180	1.143
Лихорадочное состояние	10	10	50
Болезни орган. дых.	59	69	708
Болезни кожи и подкожных клетч.	38	49	288
Травматизм	94	123	998
Прочие	93	103	1.368

Из всех причин на первом месте стоит грипп. Продолжительность каждого случая—6,3 дня. Общее количество случаев по отношению ко всему диспансерному активу—180 или 20%. В то же самое время за первые полгода гриппозных случаев по всему заводу было 4239, что на 18.231 застрахованных составляет 23%. Продолжительность всех случаев—28.791, что составляет на каждый случай—6,8 дня.

За 1930 г. перешло в инвалиды по туберкулезу 26 чел., в 1931 г.—18 чел., за первую половину 1932 г.—8 чел.

Смертность по зав. Марти по туберкулезу за 1930 г.—18 чел., из них тубдиспансеры были осведомлены о 17. В 1931 г. умерло—11, осведомленность о 10. В 1932 г. за первую половину умерло 15 чел., осведомленность о 15.

При большой текучести рабочей силы на зав. Марти мы констатируем небольшую текучесть в туберкулезном активе, объясняется это тем, что текучий элемент завода пользуется медицинской помощью на заводе и вне его, редко попадает под длительное наблюдение туб. отделений единых диспансеров.

Охват рабочих зав. Марти недостаточен.

Необходимо охватить максимальный процент рабочих, для чего взять под наблюдение: а) долго и часто болеющих гриппом, др. заболеваниями дыхательных органов и лихорадочным состоянием. б) Взять для просмотра некоторые группы профес-

сиональных заболеваний, дающих лихорадку (медно-котельный цех, ртуть). в) Принимать участие в профотборе. г) Выявить определенное количество из диспансеризуемых и взять на просмотр контакты открытых форм на производстве.

Коэффициент открытых форм на заводе колеблется между 19,3 и 15,3 по отношению ко всем больным, зарегистрированным диспансером. Абсолютное количество открытых форм по отдельным цехам незначительно, за исключением котельного цеха (11 случаев, 1,7 на 100 раб.) и центрально-инструментального цеха (2,5 на 100 раб.).

Грипп по выходу на соцстрах нашего туберкулезного актива дает незначительные цифры, ниже обще-заводских цифр выхода на соцстрах. Ввиду того, что диспансерный актив почти исключительно пользуется медпомощью в туботделениях, можно думать, что часть гриппа скрывается под диагнозом туберкулеза.

Необходимо констатировать, что нетрудоспособность по туберкулезу по отношению к общей нетрудоспособности по всем заболеваниям падает (7,8% в 1930 г., 6,9% в 1931 г. и 6% в 1932 г.). Нетрудоспособность падает ежегодно: в 1925 г. на 100 работающих 252,7, 1926 г. — 222, 1927 г. — 230, в 1928 г. — 163,8, в 1929 г. — 164,6, в 1930 г. — 133,7 и в 1931 г. — 122,6.

Все же продолжительность дней нетрудоспособности на одного больного чрезвычайно высока, как, напр.: на 99 открытых форм в 1930 г. общая нетрудоспособность — 9242, т. е. 93 дня на одного больного.

В 1931 г. на одного больного открытой формой — 82,7 дня (145 о. ф.). Необходимо долго и часто болеющих взять на учет для лучшего обслуживания с точки зрения предупреждения нетрудоспособности, а в случае заболевания и для рационализации дней нетрудоспособности.

Для уменьшения нетрудоспособности туберкулезных больных, для повышения производственной ценности, необходимо принять целый ряд мер оздоровительного характера, для чего в начале 1932 г. нами совместно с медсанцехом и страхпунктом, был разработан план. В основу этого плана мы положили заболеваемость, нетрудоспособность, инвалидность и смертность. Построение всего плана шло в направлениях массовой профилактики, коллективного и персонального обслуживания.

По плану все намечаемые мероприятия проводились в разрезе выполнения санминимума. Рабочими комиссиями совместно с медицинскими организациями завода был предложен целый ряд предложений оздоровительного характера, причем, при проверке за 6 месяцев оказалось 80% цехов обеспечено баками с кранами-фонтанчиками, в большинстве цехов установлены плевательницы, проведена побелка, остекление и исправление крыши, в некоторых цехах исправлены ворота, паровое отопление, усилено естественное и искусственное освещение, капитально отремонтированы пылесосы в шлифовальном отделении

центрально-инструментального цеха, произведена уборка завода, добавлены сорные ящики.

В 1932 г. были построены 4 новых столовых, 19 столовых отремонтированы, открыто 19 буфетов, 5 культурных кафе, построено 5 новых раздевалок, капитально отремонтирована душевая в строительном, эстампажном и чугунолитейном цехах, все же нужно отметить, что необходимо систематически повседневно улучшать санитарно-гигиенические условия цехов, особенное внимание необходимо обратить на цеха с относительно большим количеством бациллярных больных (котельный, электромонтажный и центрально-инструментальный); в этих цехах необходимо увеличить количество плевательниц, баков для питья воды и необходимо в столовых этих цехов выделить отдельные столы для бациллярных больных.

Второе мероприятие, направленное в сторону массовой профилактики—это физкультура над определенной группой больных компенсированными формами. К сожалению, в настоящее время не во всех цехах имеются инструкторы. В цехах же центрально-инструментальном, механическом, и доке, где имеются инструкторы, необходимо начать проводить физкультуру, установив за больными определенный надзор. По мере развития физкультуры в других цехах необходимо и там начать проводить ее.

Кроме мер общеоздоровительного характера нами был намечен ряд оздоровительных мероприятий, направленных в сторону индивидуального обслуживания и, исходя из потребности данного больного, те или иные мероприятия проводились в жизнь.

Рассматривая картотеку по зав. Марти нами был выявлен целый ряд больных с активными формами туберкулеза, которые по состоянию здоровья не могли справиться со своей работой и из намеченных к переводу на более легкие работы—30 чел., за полгода переведено 17 чел., преимущественно на должности приемщиков, кладовщиков и проч. Из оставшихся 70 производственных рабочих с открытой формой на 1/VII-32 г. нами намечено перевести 6 чел.

Для определенной группы больных, справляющихся со своей работой, но не могущих работать на ночных сменах, был предположен перевод на дневные смены и за первую половину года переведено 28 чел. из намеченных 44 чел.

На протяжении первой половины 1932 г. в местной санатории для отдельных лиц применялся дозированный труд. Проведено всего 11 чел. Одобряющие результаты, полученные нами, дают нам право дозированный труд поставить на одно из первых мест, как мероприятие, которое должно повысить трудоспособность туберкулезного больного, причем, по согласованию с медсанцехом и страхпунктом, решено дозированный труд применять не только для туберкулезных больных, дабы имелась возможность составлять из таких больных определенные бригады по

однородным профессиям. Дозированный труд необходимо применять не только на больных находящихся в санатории, но и на больных, временно потерявших трудоспособность, находящихся под наблюдением туб. диспансеров.

Для отдельных больных, которых нельзя было перевести на дозированный труд по своей профессии был применен труд в утильцехе, где больные работали не по специальности (16 чел.).

При диетстоловой выделен отдельный стол с усиленным питанием для туберкулезных больных открытой формой; часть средств оплачивает страховая касса и незначительную часть больной. Принимая во внимание, что на заводе имеется довольно большое количество открытых форм, каковые в стол усиленного питания не попадают, в настоящее время поднят вопрос об открытии отдельно столовой для больных с открытой формой.

Для предупреждения увеличения потери трудоспособности, для предупреждения преждевременной инвалидации был составлен план сан.-курортной помощи, причем для более тяжелых форм предполагалась посылка в санатории и курорты, для компенсированной формы посылка в диетстоловую и дома отдыха.

На 1/I-32 г. открытых форм было 130, по состоянию здоровья 10 чел. должны были выбыть с завода (инвалидность) и из оставшихся 120—22 чел., вследствие трудоспособности за последние 2 года, вследствие состояния здоровья,—могли быть направлены в санаторию и на курорты в последнюю очередь. А, вследствие нестойкости трудоспособности, вследствие продолжительности дней заболевания было предположено 98 чел. направить в санатории и курорты. За первые полгода прошло через местный санаторий 48 чел., 24 были посланы на иногородние курорты, всего 72 чел.

По проверке на 1/VII оставшихся—из 128 выбыли из завода (инвалидность и смерть)—8 чел., 16 чел. клинически здоровы и в течение 2-х лет стойко трудоспособны; остается 104 чел., из которых 64 была оказана помощь. До конца года через местный и иногородние санатории имеется возможность пропустить 42 чел.; таким образом будет пропущено 114 чел. или 69% всех открытых форм бывших и будущих на заводе до 1/I-33 г. (предполагается за год новых 45 открытых форм, 15 должно уйти по разным причинам, 10 по состоянию здоровья—остается 150).

На 1/I-32 г. больных субкомпенсированной формой было 135 чел., из которых 56 по состоянию здоровья должны быть направлены в ночной санаторий, на курорты и в диетстоловую. За 9 месяцев, вследствие того, что были зарегистрированы новые больные и часть больных ушла из завода, было пропущено на курорты 28 чел., в ночной санаторий 81, направлено в диетстоловую 11. До конца года предположено 6 чел. отправить на

курорты, 30 ч. пропустить через ночной санаторий, таким образом будет оказана помощь 156 чел. ($135 + 80 - 15 = 200$) или 78%.

С компенсированной формой было 381 чел., за год предположено взять 120 чел. на учет, 40 уйдут по разным причинам, останется 460 чел. Из оставшихся на 1/1-32 г. больных было предположено направить в ночн. санаторий 32 чел., в диетстоловую 26 чел., и 25% больных, т. е. 95 направить в дома отдыха, За 9 мес. прошло через ночной санаторий 38 чел., направлено в диетстоловую 35, в Очаковский и Николаевский дома отдыха направлено 186 чел. до конца года нуждается и предположено пропустить через ночной санаторий 26 чел., через дом отдыха 30, всего 315, что составит 70%.

Нужно отметить, что если для закрытых форм по линии санаторно-курортной и домов отдыха цифра 70 достаточна, то для больных с открытой формой 69%, при выходе на соцстрах 80% больных открытой формой считается недостаточным.

По линии бытовой почти ничего не сделано. В течение первого полугодия было произведено 2 обследования на дому специально рабочими бригадами, при чем выявлено, что 13 больных открытой формой живут в скверных жилищных условиях, 34 имеют общую постель, 26 пользуются общей посудой.

Мы считаем факт обследования больных рабочей бригадой чрезвычайно важным, так как благодаря рабочим организациям можно сдвинуть с мертвой точки вопрос о бытовых условиях, и в настоящее время имеется договоренность с заводоуправлением о том, что из 30% квартир предназначенных для рабочих зав. Марти, 2% по указанию страхкасы будут распределены между туберкулезными больными завода.

Кроме того, по линии соц. бытового сектора райкома будет оказана помощь лицам, нуждающимся в улучшении быта.

По линии ФЗУ бронируется 10% коек в ночном санатории, летом на средства райкома была организована колония для молодежи на 300 душ. Ученики ФЗУ систематически направляются в туботделения для дачи заключения и наблюдения.