

2. Энд. зоб данной местности характеризуется явлениями гипертиреоза, кретинизм по моим наблюдениям встречается в пределах от 0,1 до 0,4%. Преобладающей формой зоба является диффузная (89,3%), узловые зобы встречаются в 7,7% и смешанные в 3%. Наиболее пораженным является возраст от 13 до 30 лет. Средний процент поражения населения восточной части района равняется 15,2%, процент поражения мужчин достигает 5,4%, а женщин 22,2%. Увеличение щит. железы среди школьного возраста встречается в 42,4%.

3. Необходимо обратить внимание на состояние здоровья детского и школьного возрастов, как наиболее верного показателя вредных влияний местности.

4. Перед органами здравоохранения и медработниками Татарии необходимо поставить задачу всестороннего изучения энд. зоба и его распространения в пределах края, выяснения роли эндогенных и экзогенных факторов, а среди последних, особенно, влияния питьевых вод и социально-бытовых условий.

Из сектора гигиены труда (зав. сектором проф. С. М. Шварц) Института социальная и гигиены (дир. проф. Ф. Г. Мухамедьяров).

## Заболеемость застрахованных на промышленных предприятиях г. Казани.

М. А. Нимцовицкая.

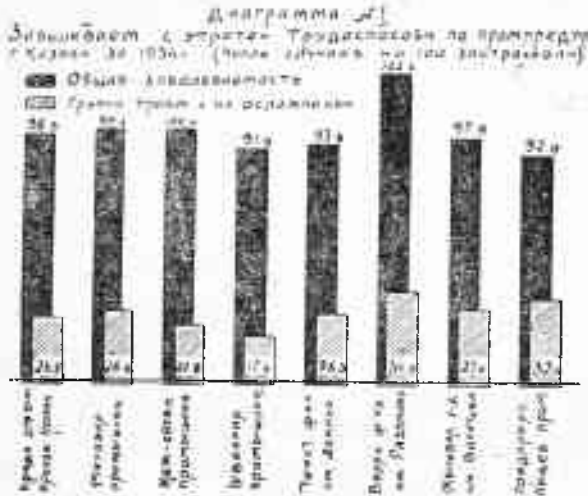
В нашей работе, опубликованной в 1933 г. в „Казанском медицинском журнале“, дан анализ заболеваемости с утратой трудоспособности по основным промпредприятиям Казани за 1931 и 1932 гг. В настоящей работе мы попытаемся дать краткий обзор заболеваемости за 1933 и 1934 гг. для 25 производств г. Казани, с общим числом застрахованных около 30.000.

При сравнении данных заболеваемости за 1929—1934 гг. мы частично пользуемся материалом страховкассы, которая включает в общую заболеваемость отпуска по санаторно-курортному лечению, поэтому и мы вынуждены были включить санаторно-курортные отпуска в общую заболеваемость. Необходимо однако указать, что включение санаторно-курортных отпусков в общую заболеваемость может привести к неправильным выводам как при сравнении заболеваемости по отдельным промпредприятиям, так и в пределах одного и того же предприятия по годам, ибо санаторные места распределяются неравномерно. Как и в предшествующей работе, мы рассматриваем производственные травмы вместе с непроизводственными, ибо отдельные случаи травм недостаточно расследуются и в группу бытовых травм попадает много производственных; кроме того, мы к этой группе присоединяем гнойные заболевания подкожной клетчатки, которые в большинстве своем являются осложнением травм.

В 1933 г. средние показатели нетрудоспособности для основных промпредприятий Казани—96,2 случая и 952 дня на 100 застрах. 1933 г. дал, по сравнению с 1932 г., снижение заболеваемости на 10 процентов; по сравнению с 1929—1931 гг. снижение резко выражено, по ряду промпредприятий оно доходит до 45—50 проц.

Средние показатели заболеваемости с утратой трудоспособности в 1934 г.—98,9 случая и 1028 дней на 100 застрах; без санаторно-курорт-

вых отпусков показатели ниже—97,9 сл. и 1002 дня. По сравнению с 1929—31 гг. отмечается резкое снижение заболеваемости, а по сравнению с 1933 г. имеется небольшое нарастание. Это нарастание по сравнению с прошлым годом обусловлено, как мы увидим дальше, не ухудшением условий труда или санитарно-гигиенической обстановки на производстве, а другими причинами.



Перейдем к анализу заболеваемости по отдельным отраслям промышленности. На диаграмме 1 представлены средние показатели заболеваемости и травматизма за 1934 г.<sup>1)</sup> для застрахов. основных промпредприятий Казани, отдельно по отраслям промышленности и некоторым крупным производствам.

*Меховая промышленность* (число застрахованных около 6.000) дала в 1934 г. 99,2 сл. и 1037 дней нетрудосп. на 100 застр. По сравнению с предыдущими годами отмечено резкое снижение заболеваемости и травматизма с утратой трудоспособности (см. диаграмму 2). Число случаев по сравнению с 1931 г. снизилось на 30 проц.; снижение дней нетрудосп. менее выражено—около 15%. Особо резкое снижение заболеваемости и травматизма отмечено на основных меховых фабриках № 1—2 и № 3, где происходит обработка и окраска меха; снижение объясняется тем, что эти фабрики реконструированы, коренным образом изменился в сторону усовершенствования технологический процесс обработки меха, улучшились санитарно-гигиенические условия, уделено должное внимание медицинскому обслуживанию рабочих на производстве. На меховой ф-ке № 3 снижение производственного травматизма резко выражено, чем на меховой № 1—2, это частично объясняется тем обстоятельством, что на меховой ф-ке № 1—2 сохранилось большое количество дисковых ножей, которые еще и теперь дают высокий травматизм. На фабриках отмечены сравнительно высокие показатели заболеваний кожи,

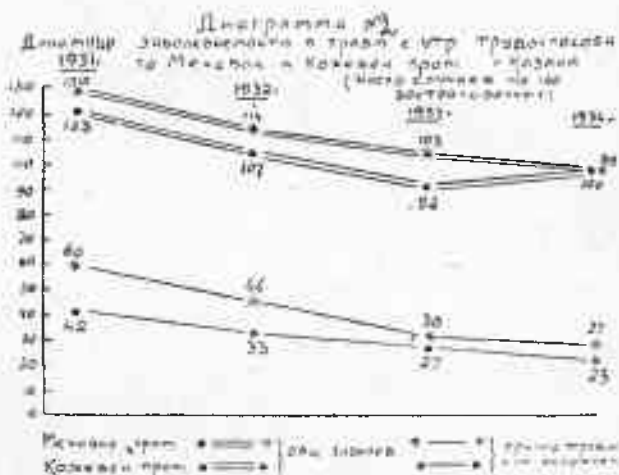
<sup>1)</sup> За недостатком места диагр. за 1933 г. опущены.

и в частности, профдерматиты. При анализе материала по цехам обращает на себя внимание высокая заболеваемость рабочих сырейного цеха (за счет высокого травматизма скобовщиков) и красильного (грипп и малярия).

Обращает на себя внимание резкое снижение группы травм и их осложнений на меховой ф-ке № 5, что объясняется рационализаторскими и оздоровительными мероприятиями.

Таблица 1.  
Динамика травматизма по меховой ф-ке № 5. (Число случаев на 100 застр.).

Годы	1932	1933	1934
Группа травм и их осложнений . . . . .	40,0	26,7	18,9
В т. ч. абсцессы и флегмоны . . . . .	25,1	14,6	7,5



Кожевенно-обувная промышленность г. Казани (среднее число застрах. за год около 5000) дала в 1933 г. резкое снижение заболеваемости и травматизма по сравнению с 1931 г. (см. диаграмму 2) и в особенности по сравнению с 1929 г. В 1934 г. отмечено, по сравнению с 1933 г., небольшое нарастание заболеваемости. Это нарастание обусловлено не ухудшением условий труда, а наличием эпидемии гриппа весной 1934 г. и увеличением числа маляриков. Так, в 1933 г. в кож.-обувной промышленности зарегистрировано гриппа 11 случ., малярии 11,3 сл., а в 1934 г. гриппа 20,2 сл., малярии 17,7 сл. на 100 застрахованных.

При анализе заболеваемости по отдельным предприятиям обращает на себя внимание резкое снижение заболеваемости и травматизма на кож. заводе № 1, после того как этот завод был расширен и переустроен, ряд машин на нем усовершенствован и ручной труд частично механизирован. Кроме того, большое значение имело удовлетворительное снабжение рабочих зольного цеха спецодеждой. На таблице 2 приведена динамика заболеваемости с утратой трудоспособности по кожзаводу № 1 за 1929—1934 гг. (показатели на 100 застр.).

Годы	Число		Годы	Число	
	случ.	дни нетр.		случ.	дни нетр.
1929 . . . . .	254	2316	1932 . . . . .	121	1229
1930 . . . . .	173	1652	1933 . . . . .	102,2	1047
1931 . . . . .	135	1364	1934 . . . . .	101,8	1032

\* Заболеваемость по сравнению с 1929 г. снизилась в 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> раза.

На кожзаводе и обувной ф-ке „Спартак“ тоже наблюдается значительное снижение заболеваемости и травматизма, которое объясняется рационализацией и механизацией ряда производственных процессов, улучшением санитарно-гигиенической обстановки на производстве и хорошей работой ЗП. При анализе по цехам наиболее высокая заболеваемость отмечена в зольном цеху (за счет травматизма, гнойных заболеваний подкожной клетчатки и грипа).

*Швейная промышленность* г. Казани (около 6500 застрах.) дала в 1933 и в 1934 гг. заболеваемость с утратой трудоспособности ниже средней, выведенной для основных производств г. Казани (см. диаграмму 1). Снижение отмечено по группе травм и их осложнений, нарастание дали, как и на всех остальных промпредприятиях г. Казани, малярия и грипп.

Считаем необходимым привести показатели (число случаев на 100 застрах.) гнойных заболеваний подкожной клетчатки по отдельным пошивочным ф-кам.

	Пош. № 1	Пош. № 2	Пош. № 3	Пош. № 4	Пош. № 5	Пош. № 6
Абсцессы и панариции	8,1	9,2	12,4	5,7	11,0	8,5

Наиболее высокие показатели отмечены на тех ф-ках, где хуже было поставлено дело оказания первой помощи—пошивочные № 3 и 5. Материал травматизма по пошивочной ф-ке № 5 лишний раз подтверждает правильность объединения производственных и „бытовых“ травм. Для сравнения приводим данные по пошивочным ф-кам № 5 и 6.

	Группа травм и осложнений		В том числе травмы			
			производ.		бытовые	
	случаи	дни	сл.	дн.	сл.	дн.
Пошивочная № 5 . . .	20,6	173	2,8	25	6,8	55
„ № 6 . . .	17,3	161	5,5	57	3,2	34

Из таблицы видно, что так называемых „бытовых травм“ на пошивочной ф-ке № 5, вследствие плохого расследования случаев, зарегистрировано в 2 раза больше, чем производственных.

*Текстильная ф-ка им. Ленина* (около 2500—3000 застрах.) в 1934 г. дает заболеваемость ниже средней (см. диагр. 1), то же отмечается и в 1933 г. По сравнению с 1929 г. имеется резкое снижение заболеваемости и травматизма. В 1929 г. зарегистрировано 159 сл. и 1542 дня нетруд., в 1934 г.—93,8 сл. и 980 дн. на 100 застрах. (вместе с курортами).

*Валеная ф-ка им. Разумова* (застрах. около 1800 чел.) дала в 1934 г. высокую заболеваемость—122 сл. и 1120 дн. нетруд. на 100 раб. По сравнению с 1933 г. отмечается значительное нарастание за счет

гриппа и малярии (см. диагр. 3). По гриппу валеная ф-ка стоит на первом месте среди всех промпредприятий г. Казани. Это объясняется тем, что кроме увеличения гриппозных заболеваний во время весенней эпидемии, на ф-ке отмечен рост гриппа в ноябре-декабре 1934 г. Другое производство Казани, кроме ф-ки пишущих машин, вспышки гриппа в декабре не дали. Кроме неблагоприятных санитарно-гигиенических условий, особенно в стирально-насадочном цеху, увеличению гриппа частично способствовала и большая текучесть рабочих. В стирально-насадочном цеху, который дал особо высокую заболеваемость гриппом, до сих пор не закончено оборудование вентиляционной установки, вследствие чего там в зимний период были очень неблагоприятные метеорологические условия. Особенно неблагоприятны были метеорологические условия в насадке: при  $t^{\circ}$  рабочего помещения в  $25-26^{\circ}\text{C}$  и почти 100% влажности, через приточную вентиляционную установку подавался почти неподогретый воздух, так что в отдельные дни декабря  $t^{\circ}$  подаваемого воздуха была около  $0^{\circ}$ , большинство же рабочих насадочного цеха, даже в зимнее время, раздело по пояс; все эти факторы, безусловно, способствовали увеличению числа простудных заболеваний и гриппа.

По группе травм и их осложнений валеная ф-ка занимает видное место (см. диагр. 1). Особенно много на ф-ке гнойных заболеваний подкожной клетчатки. Причины, обуславливающие высокие показатели заболеваний кожи и гнойной подкожной клетчатки, следующие: частые уколы проволокой от кардоленты, с последующей инфекцией мелких ранений, не только в шерсточесальном, но и в основальном и стирально-насадочном цехах, осадны рук у рабочих некоторых деталей профессий основального и стирально-насадочного цехов, мацерация кожи постоянно увлажненных рук и разъедающее действие серной кислоты у стирщиков и насадчиков. Высокая заболеваемость стирально-насадочного цеха в значительной степени обусловлена повышенными показателями по группе травм и их осложнений—64,7 сл. и 594 дня, по ф-ке в целом 34,3 сл. и 333 дня. Валеная ф-ка „Кр. текстильщик“ (Кукмор) дает более низкую заболеваемость и травматизм, чем ф-ка им. Разумова<sup>1)</sup>.

Мыловаренный и свечной завод им. Вахитова—в 1934 г. зарегистрировано 97,9 сл., 1095 дн. нетруд. на 100 застрах. По сравнению с 1929 г. отмечено резкое снижение заболеваемости (на 40%), а по сравнению с 1933 г.—незначительное нарастание (на 4%). При сравнении заболеваемости по отдельным группам за 1933 и 1934 г. отмечается рост малярии и небольшое нарастание по группе травм и их осложнений.

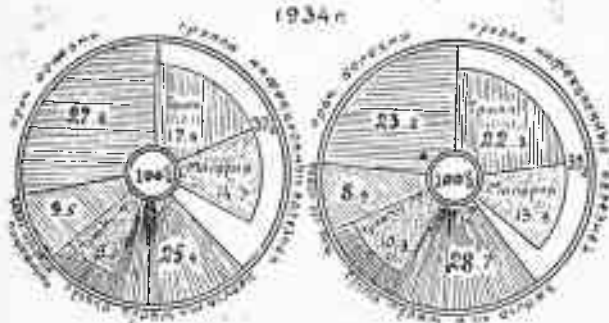
Нужно отметить низкую заболеваемость гриппом на заводе им. Вахитова—в 1934 г. она ниже средней, выведенной для всех производств г. Казани; не исключена возможность, что невысокая заболеваемость гриппом на зав. им. Вахитова объясняется тем, что в октябре 1933 г. там была выраженная вспышка гриппа. Наиболее высокую заболеваемость дали свечной и механический цеха за счет группы травм. В свечном цехе много гнойных заболеваний подкожной клетчатки.

Таковы данные заболеваемости по отдельным промпредприятиям. К сожалению, мы не располагаем для сравнения материалом заболеваемости по аналогичным промпредприятиям СССР, ибо они еще не опубликованы.

<sup>1)</sup> См. нашу работу „Заболеваемость и травматизм с утр. труд. по валеной ф-ке им. Разумова за 1933 г.“.

После краткого анализа материалов заболеваемости по отдельным предприятиям остановимся на некоторых группах заболеваемости. На диаграмме 3 приведено распределение заболеваемости по отдельным группам (экстенсивные показатели) средние для всех промпредприятий г. Казани, и по валовой ф-ке им. Разумова, которая дает отклонения от средней. Из диаграммы видно, какое большое место занимает в общей заболеваемости группа травм и их осложнений, грипп, малярия и заболевания органов пищеварения, на которые приходится 72% всех заболеваний.

Диаграмма №3  
Распределение отдельных групп заболеваний  
с утратой трудоспособности  
(Экстенсивные показатели)



Как мы упоминали выше, группа травм и их осложнений дала выраженное снижение почти на всех промпредприятиях Казани, за исключением валовой ф-ки им. Разумова, кожзавода и обувной ф-ки „Динамо“ и мыловаренного з-да им. Вахитова. Нужно отметить, что на некоторых производствах, в связи с сокращением техники по безопасности, не уделяется достаточного внимания делу борьбы с травматизмом.

На грипп в 1934 г. приходится около половины всей группы инфекционных заболеваний. Вспышка гриппа началась в последних числах февраля, максимум заболеваний грипом приходится на март месяц. На валовой ф-ке им. Разумова, на ф-ке пищ. машин отмечена еще и осенне-зимняя вспышка гриппа, в ноябре-декабре, за счет недостаточной подготовки к зиме и неблагоприятных метеорологических условий в некоторых цехах этих производств. Продолжительность случая гриппа от 5,3 до 7,1 дн., средняя—6,2.

Малярия часто являлась причиной утраты трудоспособности в 1934 г., экстенсивные показатели для промпредприятий г. Казани—14,7%, на некоторых производствах Кировского района (Заречье) экстенсивный показатель—20%.

На табл. 5 представлена заболеваемость малярией по районам. Средняя по малярии для всех промпредприятий г. Казани—14,4 сл. и 103 дн., по Бауманскому району—12 сл. и 91 д., по Сталинскому—12 сл. и 84 д., по Кировскому—19,6 сл. и 144 дня на 100 застрах. Большой рост малярии отмечен уже в мае, максимум заболеваний приходится на сентябрь.

Средняя продолжительность утраты трудосп. по малярии—7,1 дня. Нужно отметить, что до конца сентября лечение маляриков на здрав-

Таблица 5.  
Заболееваемость малярией с утратой трудоспособности за 1933—1934 гг.

Название производств и районов	Число слу- чаев на 100 застр.		Название производств и районов	Число слу- чаев на 100 застр.	
	1933 г.	1934 г.		1933 г.	1934 г.
Кировский			Вал. ф-ка им. Разумова		
Кожзавод № 1 . . . . .	13.0	16.1	Мыл. зав. им. Вахитова	5.5	16.9
Кожзавод „Динамо“ . . . . .	10.9	23.6	Лиз. зав. „Кр. восток“	6.4	11.2
Текстильная ф-ка . . . . .	11.2	16.9	Кондит. ф-ка „Светоч“	4.4	11.0
Сукодная ф-ка . . . . .	14.4	20.2	Зав. подсобн. предпр.	5.6	8.7
Пошивочная ф-ка № 4 . . . . .	10.6	17.3		5.3	15.3
Пошивочная ф-ка № 5 . . . . .	10.6	13.6	Бауманский		
Пошивочная ф-ка № 6 . . . . .	11.6	29.1	Кожзав. и обув. ф-ка		
Раскройная ф-ка . . . . .	8.7	27.0	„Спартак“ . . . . .	10.3	13.5
Зав. „Серп и молот“ . . . . .	9.1	15.7	Меховая № 4 . . . . .	8.2	15.8
Зав. обозных деталей . . . . .	12.3	24.7	Меховая № 5 . . . . .	4.5	15.2
Сталинский			Пошивочная № 1 . . . . .	2.3	16.3
Меховая ф-ка № 1 и 2 . . . . .	8.1	11.4	Пошивочная № 2 . . . . .	3.7	8.6
Меховая ф-ка № 3 . . . . .	9.0	13.0	Пошивочная № 3 . . . . .	3.3	10.5
			Ф-ка пиш. машин. . . . .	7.7	11.9
			Татполиграф . . . . .	4.6	8.7

пунктах и малярийных пунктах было оставлено неудовлетворительно; вследствие неправильного распределения хирина, без учета числа маляриков и района, где расположено производство, на многих премопредприятиях хирина не хватало („Динамо“, пошивочная № 6, завод обозных деталей и т. п.), в то время как на других был излишек его.

В 1934 г. отмечено резкое снижение острых желудочно-кишечных заболеваний по сравнению с 1933 г.; это, безусловно, нужно отнести за счет улучшения работы общественных столовых и санитарно-пищевого надзора.

При анализе профессиональной заболеваемости прежде всего необходимо отметить резкое снижение сибирской язвы, благодаря профилактическим мероприятиям, гл. обр. асכולизации. На меховых фабриках встречается профессиональная урсоловая астма. Остальные профзаболевания приходится гл. обр. на долю профессиональных поражений кожи. Много профдерматитов встречается на меховых ф-ках, особенно в красильном цеху. Профессиональные заболевания кожи имеются на ваденой ф-ке им. Разумова и кожевенных заводах. Кстати нужно отметить, что на кожзаводах почти совершенно исчезли профессиональные хронические язвы.

В заключение считаем необходимым фиксировать внимание врачей здравпунктов и поликлиник на так называемых „длительно и часто болеющих“. В эту группу по нашим наблюдениям попадают<sup>1)</sup>: 1) случаи, неправильно диагностированные, требующие уточнения диагностики (с диагнозами грипп, хроническая малярия, миезит, люмбаго и т. д.); 2) лица с обострением хронических заболеваний (язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, холециститы, обострение туберкулеза легких, аллерги-

<sup>1)</sup> Наблюдения за часто и длительно болеющими проводились нами в фак. терапевт. клинике (дир. профессор З. И. Маякин).

ческие бронхиты и бронхиальная астма, сердечно-сосудистые болезни, особенно с так называемым кардио-пульмональным синдромом и т. д.); 3) болезни со стойкой утратой трудоспособности и 4) случаи частой утраты трудоспособности лиц, не соответствующих по своему психо физическому состоянию требованию профессии.

Неправильный подход врачей поликлиник к больному тоже иногда является причиной длительного освобождения от работы лиц, могущих без ущерба для здоровья выполнять свои обязанности. Нередко, наоборот, отмечается преждевременная выписка больных на работу, которая влечет за собой повторную выданку больничного листа, и в итоге мы имеем не снижение заболеваемости, а повышение ее. Например, больная Муж., 32 лет, работница пищевой фабрики, предъявляла для оплаты сразу два листа нетрудоспособности: первый с диагнозом грипп с 7 по 8 марта, при первом посещении выписана на работу с 9 марта, и продолжил отпуск 4-го октября; второй ей выдан в той же поликлинике, но другим кабинетом диагнос — фолликулярная ангина с 10 по 16 марта.

Нам хотелось бы остановиться еще на одном вопросе — на необходимости повысить ответственность лечащего врача и врача ЗП за больного. Приведем несколько примеров, где вследствие неправильной организации лечебной помощи, отсутствия учета часто и длительно болеющих на ЗП, должной связи врача здравпункта с поликлиникой и стационаром, незнакомства принимающих врачей с условиями труда обслуживаемых рабочих, а нередко и недостаточно внимательного отношения врача — страдает интерес больного и производства. Приведем несколько примеров.

Больная О., работница швейной фабрики им. Разумова, колдочник стирального цеха, освобождалась с ЗП по IВ по 18/III — диагноз грипп, с 30/V по 12/VI малярия, с 28/VI по 30/VI инфлуенца (?) и после пользования очередным отпуском, с 9/VIII по 11/VIII малярия, с 29/VIII по 31/X малярия, с 26/IX по 29/IX носовое кровотечение и малярия, с 10/XI по 13/XI малярия, с 20/XI по 24/XI гриппозное состояние (?) № 37.5, с 27/XII по 31/XII — тропическая малярия.

Несмотря на то, что больной лечился все время в своей районной поликлинике, ни врач ЗП, ни врач-акушер ни разу не послали его в стационар, хотя диагноз в двух случаях был сомнительный. Большое количество больничных листов с преждевременной выпиской на работу указывает на то, что больному не был даже проведен систематический курс лечения малярии.

Больной Факр., 40 лет, кузнец, освобождался с ЗП по 30/II — диагноз острый гастрит, с 4/II по 9/II малярия, с 31/III по 21/V острый колит, ахилия, с 29/VI по 5/VII острый понос, с 27/VII по 1/VIII острый гастроэнтерит, с 21/VIII по 21/IX анемия, с 26/IX по 2/X гастрит, с 29/X по 7/XII энтерит, декомпенсированный миокардит, отеки лица, 7/XII exitus.

Комментария излишни. Приходится только удивляться, что ни врач ЗП, ни врач районной поликлиники не заинтересовались своим больным, не выяснили, что это за острый понос и анемия, и давали больному очень кратковременные отпуска, госпитализировав его только перед смертью.

Больная Аф. в течение 3 месяцев шесть раз освобождалась от работы, из них четыре раза с диагнозом грипп, два раза с диагнозом малярия. При стационарном обследовании у больной оказался далеко зашедший туберкулез легких и амилоид внутренних органов. Этот случай и ряд аналогичных заставляют особенно осторожно относиться к диагнозу грипп, которым, к сожалению, часто злоупотребляют. Необходимо шире использовать специалистов-туберкулезников для обследования лиц с субфебрильной температурой, повторно получающих освобождение с диагнозом грипп, малярия, ангина.

Поверхностный осмотр больных в амбулаториях и недостаточное использование специалистов для консультации часто приводит к ошибочным диагнозам и, следовательно, к неправильному лечению.

Больная Гр., 20 лет, работница по асфальтированию, в течение полутора месяцев пользовалась листком нетрудоспособности с диагнозом миеозит, холецистит. Ходила от одного врача к другому, не получая облегчения, потом была направлена в терапевтическую клинику для обследования. Уже при первом исследовании больной в стационаре диагностирован туберкулезный спондилит. Мы уверены, что при более внимательном отношении к длительно болеющим



диагноз мог бы быть поставлен и в амбулаторной обстановке при консультации с хирургом или невропатологом.

Среди больных, бывших под нашим наблюдением в клинике, не было ни одного симулянта, но мы можем отметить с десятков случаев, где можно говорить об аггравации, вернее — в некоторых случаях это был „уход в болезнь“ вследствие того, что больные не справлялись со своей профессией. Так, больной С., рабочий меховой № 4, в течение полутора лет переменял на фабрике 8 профессий (нормировщик, учетчик, инструктор, скорняк и т. д.), после перевода в сортировщики вынужден был уйти с работы, ибо выработывал очень мало. Вполне понятно, почему он так часто прибегал к получению больничных листов.

Больная Бик, 18 лет, монтер Казгрэса, поступила в клинику с диагнозом грипп аппендицит (?) 16 дней лежала дома, объективно — nihil, t° нормальная. 2 месяца тому назад лежала в Вахигонской больнице, по словам больной, по поводу перелома руки. На наш запрос было сообщено, что больная выписалась с диагнозом истерия и никакого перелома не было. После подробного исследования больной выяснилось, что больная брится высоты (голова кружится), не может влезать на столбы, что она должна делать по своей профессии. Заключение психиатра — примитивная реакция; кроме этого тут, очевидно, можно предположить „уход в болезнь“, так как б-ная не справлялась со своей профессией.

### *Выводы:*

1. Застрахованные основных промпредприятий г. Казани дали в 1933 и 1934 гг. выраженное снижение заболеваемости с утратой трудоспособности по сравнению с 1929—1932 гг. На ряде промпредприятий в 1934 г. отмечено небольшое нарастание заболеваемости по сравнению с 1933 г., обусловленное повышенной заболеваемостью грипом (эпидемическая вспышка в марте 1934 г.) и малярией.

2. Почти на всех производствах г. Казани отмечено снижение показателей по группе травм и их осложнений, за исключением валеной фабрики им. Разумова и мыловаренного завода им. Вахитова. Гнойные заболевания подкожной клетчатки, которые в большинстве своем являются осложнением травм, занимают видное место в общей массе случаев утраты трудоспособности, в особенности на валеной фабрике им. Разумова, обувной фабрике „Динамо“ и конфетной ф-ке „Светоч“.

3. Желудочно-кишечные заболевания дали значительное снижение по сравнению с прошлым годом, что объясняется улучшением постановки дела общественного питания и санитарно-пищевого надзора.

4. Так как основная масса случаев нетрудоспособности (70—75%) приходится на грипп, малярию, группу травм и их осложнений и заболевания органов пищеварения, то особое внимание необходимо уделить проведению в жизнь мероприятий, направленных к снижению этих заболеваний.

5. Анализ материала заболеваемости показывает, что, несмотря на новые установки в работе ЗП, большинство врачей ЗП уделяет мало внимания обслуживанию часто и длительно болеющих (консультация, направление в стационар, диспансерное наблюдение за выписавшимся из стационара) и часто травмирующими, не изучают причин травматизма; до сих пор нет должной связи поликлиник со стационаром.

6. Здравпунктам необходимо уделять больше внимания учету заболеваемости и травматизма, наладить учет часто болеющих и часто травмирующихся; улучшить обслуживание часто и длительно болеющих, подвергать их систематическому осмотру, в случае необходимости организовывать консультации со специалистами и направлять для обследования и лечения в стационары.

7. В связи с сокращением в 1934 году на некоторых промпредприятиях техников по безопасности на ряде производств ухудшилось дело борьбы с травматизмом. Врачи здравпунктов должны заняться изучением случаев травматизма, причины которых не ясны, и вместе с администрацией цеха, завкомом и пром.-сан. врачом наметить пути к снижению травматизма. Нужно наладить связь с хирургом районной поликлиники и организовать правильное оказание первой помощи травматикам на здравпункте.

8. Учитывая, что врачи здравпункта поздно или совсем не извещаются о случаях остро-заразных заболеваний, вследствие чего профилактические мероприятия принимаются с большим запозданием, обязать поликлиники и районных врачей немедленно о случаях остро-заразных заболеваний рабочих сообщать врачу здравпункта.

9. Врачи здравпункта должны следить за динамикой заболеваемости (декадной, месячной, квартальной) на производстве. В случаях значительного повышения заболеваемости или травматизма в том или ином цеху, или на производстве в целом, врачи здравпункта обязаны немедленно сигнализировать об этом пром.-сан. врачу, завкому, дирекции для принятия профилактических мер.

Из Невролог. отд. клиники (научный рук. проф. Е. К. Селп, зав. клиникой доц. Б. Е. Израель) Научно-исследовательского института гигиены труда и промсанитарии.

## О влиянии анилина (р-нитроанилина) на нервную систему. <sup>1)</sup>

А. Б. Резников.

Данная работа основана на материале клинического и поликлинического обследования рабочих ведущих цехов Химкомбината.

Основное производство завода—анилин, диметил-анилин, нитроанилин, р-нитроанилин и др.

С 1928 по 1933 г. через поликлинику Центрального ин-та профзаболеваний (ныне Ин-т гигиены труда и промсанитарии) прошло 1250 рабочих химической промышленности, из них 120 больных мужчин с острой анилиновой (р-нитроанилиновой) интоксикацией и 65 с хронической (40—через стационар, 25—поликлинически).

Возраст рабочих—от 17 до 45 лет, по профессии—аппаратчики, подсобные рабочие и др.

Больные с острой интоксикацией: стаж от 1 м-ца до 6 м.—54,  
от 6 мес. до 1 г.—24,  
от 1 года до 2 л.—18,  
от 2 лет и выше—24.

Как видно, максимальное количество случаев с острыми отравлениями падает на сравнительно неопытных, мало стажированных молодых рабочих.

Хроническая интоксикация диагностирована у лиц с большим стажем от 2 до 7 лет и больше.

<sup>1)</sup> Печатается в сокращенном виде.