

кожи стоп после мытья в душе, помещения прокладок из ваты между пальцами, регулярного применения подсушивающей фунгицидной присыпки, включающей — борной кислоты — 10%, салициловой кислоты — 3%, танина — 5 — 10%, цинка и талька — поровну.

Эффективно и туширование складок кожи 2% настойкой йода.

Эти препараты должны помещаться в специально устроенных ящичках в гардеробных и применяться всеми рабочими без клинических проявлений эпидермофитии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ариевич А. М., Степанищева З. Г., Умнова И. И., Лесун Л. Г., Егорова Е. В. Сов. мед., 1957, 7. — 2. Козин С. Л. Врач. дело, 1956, 8. — 3. Кожевников П. В. Вестн. венер. и дерм., 1957, 3. — 4. Кунин Л. Б. Вестн. венер. и дерм., 1957, 4. — Марьясис Е. Д., Сяно В. И., Фурман О. А. Тез. докл. на I Всеросс. конф. врачей дермато-венерологов, июнь 1957.

Поступила 7 мая 1959 г.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОЧИХ КАЗАНСКОГО ВАЛЯЛЬНО-ВОЙЛОЧНОГО КОМБИНАТА И КУКМОРСКОЙ ВАЛЯЛЬНО-ОБУВНОЙ ФАБРИКИ

Н. Н. Краснощекоев

Всесоюзный научно-исследовательский институт охраны труда (Казань)

Нашими исследованиями на Казанском валяльно-войлочном комбинате и Кукморской валяльно-обувной фабрике установлено, что в приготовительных цехах при обработке сильно загрязненной, предварительно не промытой шерсти создаются высокие концентрации пыли до 569 мг/м^3 с содержанием до 70% минеральных примесей, в которых определялось до 75% двуокиси кремния (анализы выполнялись ст. научн. сотрудником Б. П. Луговкиным, химиками Т. И. Миронской и Р. И. Исхаковой). Преобладающий размер пылевых частиц в подавляющем большинстве анализов определяется до 2 микрон и от 2 до 4 микрон.

При первичной обработке промытой в горячей воде шерсти концентрация пыли устанавливалась в допустимых по санитарным нормам пределах или с их незначительным превышением ($1,3\text{—}15,0 \text{ мг/м}^3$).

Бактериологические анализы показали большую бактериальную загрязненность воздуха, особенно при обработке загрязненной шерсти (от 120 000 до 300 800 микроорганизмов на поверхности 1 м^2).

Высокие концентрации мелкодисперсной пыли, содержащей значительное количество двуокиси кремния в минеральных примесях, нами установлены в чистильно-отделочных цехах при чистке головок обуви ($25,3\text{—}136,2 \text{ мг/м}^3$) с преимущественной степенью дисперсности микро-частиц до 2 микрон (29,4%) и от 2 до 4 микрон (34,3%), содержанием минеральных примесей до 30% и двуокиси кремния в них до 46,7%.

В шерсточесальных цехах при чистке несъемных барабанов машин содержание пыли в воздухе достигает $145,2 \text{ мг/м}^3$.

В валяльных цехах инструментальными измерениями определены у многих рабочих мест высокие температуры воздуха ($20,2\text{—}31,1^\circ \text{C}$ зимой и $26,5\text{—}43,5^\circ \text{C}$ летом) и значительное содержание влаги в нем ($35,5\text{—}99\%$ зимой и $28\text{—}74\%$ летом) при подвижности воздуха от 0,06 до 1 м/сек в зимний и летний периоды 1958 г.

Высокая температура воздуха отмечалась также в фильцовочных и основальных цехах, где у рабочих мест она достигала до $24,9\text{—}27^\circ \text{C}$ зимой и $26,1\text{—}29,7^\circ \text{C}$ летом.

На обоих обследованных нами валяльно-войлочных предприятиях Татарского экономического района (Казанский комбинат и Кукморская фабрика) еще широко применяется ручной труд. Особенно тяжелая работа, сопряженная с интенсивными и значительными мышечными затратами, выполняемая при неблагоприятных условиях воздушной среды, у следующих профессий: катальщиц в основальных цехах, чистильщиков несъемных барабанов шерсточесальных машин, чистильщиц головок обуви в чистильно-отделочных цехах, сьемщиц и раскатчиц войлока с универсально-свойлачивающих машин, стирщиц войлока, насадчиков на колодки, расколodчиков и сушильщиков в валяльных цехах.

Мы уделили внимание изучению заболеваемости среди ведущих профессий в основных цехах. По документам здравпунктов предприятий, заболеваемость изучалась за период с 1955 по 1958 год и непосредственно по больничным листам — за 1956 и 1957 гг.

При сопоставлении данных заболеваемости в показателях на 100 работающих отмечается, что уровень заболеваемости на Кукморской фабрике значительно ниже, чем на Казанском валяльно-войлочном комбинате как по количеству случаев, так и по числу дней нетрудоспособности.

Показатели случаев заболеваемости (на 100 работающих)

Предприятия	1955	1956	1957	1958
Казанский комбинат	100,77	100,9	144,3	141,2
Кукморская фабрика	60,3	60,7	90,2	81,2

Показатели дней заболеваемости (на 100 работающих)

Предприятия	1955	1956	1957	1958
Казанский комбинат	1131,1	1102,3	1482,0	1490,5
Кукморская фабрика	780,0	790,0	930,0	907,3

Объясняется это тем, что на Казанском комбинате почти все основные цеха располагаются в едином четырехэтажном корпусе, а цеха Кукморской фабрики размещены в отдельных зданиях или помещениях с одно-двухэтажной застройкой, что исключает влияние цехов с высокой температурой и повышенной влажностью воздуха на другие производственные помещения.

В 1956 г. по Казанскому валяльно-войлочному комбинату наиболее высокие цифры заболеваемости регистрировались в приготовительных цехах (125,9 случая на 100 работающих), а в 1957 г. в фетровом цехе (234 случая на 100 работающих), что в 2 с лишним раза превышало показатель заболеваемости по этому цеху в 1956 г. Повышение заболеваемости в 1957 г. наблюдалось по всем цехам, но наибольших показателей она достигла в цехах с большими контингентами работающих, где гриппозные заболевания получили широкое распространение (основальный цех — 151,3 случая на 100 работающих, фильцовочный — 167,7 случая на 100 работающих и т. д.).

Во всех без исключения цехах наибольшие показатели заболеваемости приходятся на грипп, катар верхних дыхательных путей, ангину, заболевания периферической нервной системы, сердечно-сосудистые болезни. В фильцовочных и основальных цехах высок уровень кожно-гнойничковых заболеваний, значительных цифр он достигает и в приготовительных цехах.

Среди профессий приготовительных и шерсточесальных цехов до 21,4% составляют кожно-гнойничковые заболевания и до 58,9% — катары дыхательных путей, грипп и ангина.

В фильцовочном цехе среди загибщиц кожные и гнойничковые заболевания достигают 30% от общей заболеваемости по этой профессии. У фильцовщиц наибольшее распространение за 1956 и 57 годы получили катары верхних дыхательных путей (26,7—36,8%), ангины (11,6—13%), гриппозные заболевания (4,6—13%).

В основальном цехе среди заростчиц наиболее часто регистрируются катары дыхательных путей (26,2%), у катальщиц катары дыхательных путей достигают 35%, а кожно-гнойничковые заболевания — 26,5—29,7%. Преимущественная локализация кожно-гнойничковых заболеваний — кисти рук и предплечья. Высокая заболеваемость катарами верхних дыхательных путей регистрировалась у пластовщиц и выправщиц (31,1 и 47,5% в 1957 г.). Заболеваемость ангиной среди выправщиц в 1956 г. достигала 30,7%.

В валяльных цехах среди молотовщиц, рабочих на насадке обуви, сушильщиков и расколodчиков преимущественно регистрируются катары дыхательных путей, ангины, невриты, радикулиты, бронхиты, ревматические и сердечно-сосудистые заболевания. Кожно-гнойничковые заболевания в 1956—57 гг. у молотовщиц регистрировались до 12,2%, у насадчиков обуви на колодки вручную — до 16%, у занятых на механической насадке — до 30%, у сушильщиков — до 10—50%, у расколodчиков — 25—45,3%.

В чистильно-отделочном цехе катары верхних дыхательных путей и ангины среди чистильщиц обуви достигают 53,7%, а у остальных профессий — до 57,1%.

В фетровом производстве Казанского комбината простудные заболевания среди настильщиц достигали 40,7%, у машинисток — 66,5%, у съемщиц и притирщиц — 58,2%, у загибщиц и фильцовщиц — 64%, катальщиц и подносиц — 53,2%. Кожные и гнойничковые заболевания в 1957 г. у настильщиц составляли 11,1%, у машинисток — 16,6%, съемщиц и притирщиц — 10%, загибщиц и фильцовщиц — 9,2%, катальщиц и учетчиц — 13%.

Таким образом, наивысшие показатели заболеваемости среди рабочих в основных цехах приходятся на грипп, катары верхних дыхательных путей, ангины, бронхиты, невриты, радикулиты и болезни сердечно-сосудистой системы.

В возникновении этих заболеваний неблагоприятные метеорологические условия и запыленность воздуха — важнейшие факторы внешней среды. Поэтому мероприятия по снижению заболеваемости должны быть направлены к созданию на рабочих местах нормального микроклимата и ликвидации запыленности воздуха. Большую роль играет также общее укрепление здоровья работающих путем систематических занятий физической культурой и спортом. Существенно важны раннее выявление тонзиллитов с последующим лечением или удалением миндалин, своевременное лечение кариозных зубов, удаление полипов и другие мероприятия санации носа и рта.

Распространение кожно-гнойничковых заболеваний в приготовительных цехах зависит от вида шерсти и степени загрязнения, что подтверждают бактериологические и пылевые анализы воздуха этих цехов.

Кожно-гнойничковым заболеваниям в валяльных цехах способствуют частые мелкие экскориации кожи рук у работающих, значительные потовыделения и понижение защитных сил организма вследствие высокой температуры воздуха и большого содержания в нем влаги.

Кожно-гнойничковые заболевания в основальном и фильцовочном цехах в большинстве случаев представляют собой осложненные микро-травмы, вызванные широким применением ручного труда, особо тяже-

лого для катализаторов в основальных цехах, и грубостью обрабатываемого полуфабриката. Преимущественно среди кожно-гнойничковых заболеваний регистрируются панариции и паронихии.

Решающими звеньями в предупреждении кожно-гнойничковых болезней должны быть механизация и автоматизация рабочих операций, исключая широкое применение ручного труда. Кроме того, для профилактики кожно-гнойничковых заболеваний существенно важны уменьшение запыленности воздуха в цехах, создание нормального микроклимата, обеспечение санитарно-бытовыми помещениями и повышение общей санитарной культуры производства.

При разработке заболеваемости по возрасту установлено, что в приготовительных цехах в 1956 и 57 гг. наибольшее число заболеваний перенесено лицами в возрасте старше 46 лет (44,6 и 32,2%). Обращает на себя внимание резкий подъем заболеваемости среди молодых работниц в возрасте от 17 до 25 лет (от 11,3% в 1956 г. до 23,5% в 1957 г.).

В шерсточесальных цехах в 1956 г. самый высокий показатель заболеваемости приходился на работающих в возрасте от 26 до 35 лет (30%), а в 1957 г. — на работниц от 17 до 25 лет (30,5%). Аналогичная картина распределения заболеваний по возрастам наблюдалась в фильцовочном, основальном, валяльном и чистильно-отделочном цехах, а именно: в фильцовочном цехе в 1956 г. на лиц от 26 до 35 лет приходилось 36,1%, в основальном цехе — 30,5%, в валяльном — 30,9%, чистильно-отделочном — 32,2%. В 1957 г. в этих же цехах самое большое количество заболеваний регистрировалось в возрасте от 17 до 25 лет, а не от 26 до 35 лет, как в 1956 г. За 1957 г. самые высокие показатели случаев заболеваемости среди работающих в возрасте от 17 до 25 лет были следующие: в фильцовочном цехе они составляли 51%, в основальном — 69,3%, в валяльном — 35,9%, в чистильно-отделочном — 36%. Таким образом, во всех цехах, исключая приготовительный, подавляющее число заболеваний регистрировалось в 1956 и 57 гг. среди работающих в возрасте от 17 до 25 лет и от 26 до 35 лет. Причем если в 1956 г. подавляющее количество заболеваний приходилось на возраст от 26 до 35 лет, то в 1957 г. на возраст от 17 до 25 лет. В приготовительном цехе заболеваемость среди работниц этого возраста (17—25 лет) в 1957 г. также возросла более, чем в 2 раза, по сравнению с 1956 г. (от 11,3% в 1956 г. до 23,5% в 1957 г.).

Вышеописанное распределение заболеваемости по возрастам отражает не только возрастной состав работающих, но и условия труда, приводящие к значительной заболеваемости лиц молодого и среднего возраста.

Процентное распределение общей заболеваемости по стажу работающих за 1956 и 1957 гг. наглядно показывает, что подавляющее число болезней зарегистрировано у лиц со стажем свыше 3 лет (от 65,8 до 85,4% по всем основным цехам).

Вероятно, что учащение числа случаев заболеваний у рабочих с большим стажем происходит вследствие неблагоприятных факторов производственной обстановки.

Для улучшения условий труда и охраны здоровья рабочих на Казанском валяльно-войлочном комбинате проводится реконструкция вентиляции. Внедрена новая технология изготовления основы, уменьшающая применение ручного труда. Механизируется чистка несъемных барабанов шерсточесальных машин. Устанавливаются приспособления для механизации погрузо-разгрузочных работ и транспортированная полуфабрикатов. Изучается вопрос о переходе комбината на обработку мытой шерсти.

Несомненно, что в результате этих мероприятий значительно снизится заболеваемость рабочих и повысится производительность их труда.

1. Горомосов М. С. Гиг. и сан., 1958, 7.—2. Койранский Б. Б. и Закс Р. А. Гиг. и сан., 1958, 2.—3. Койранский Б. Б. Гиг. труда и проф. заболеваний, 1957, 2.—4. Меллер М. С. и Штейнберг Г. Б. Гиг. и сан., 1956, 10.—5. Мазунина Г. Н. и Кончакова Ш. И. Гиг. труда и проф. заболеваний, 1959, 1.—6. Санитарные нормы проектирования промышленных предприятий, 1958.—7. Хоцянов Л. К. и Петров Г. И. Замечания по статье проф. Койранского Б. Б. и Закс Р. А. Гиг. и сан., 1958, 7.—8. Шахбазян Г. X. Гиг. и сан., 1956, 5.

Поступила 25 сентября 1959 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОПЫТ РАБОТЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПОЛИКЛИНИКИ г. ЗЕЛЕНОДОЛЬСКА за 1957—1960 гг.

О. М. Стрелкова, Р. Г. Порховников, П. И. Корнилова

Городская больница № 1 (главврач — Я. Г. Павлухин)
Зеленодольского горздравотдела

Проблема долголетия волнует умы ученых в течение веков. С каждым годом число долгожителей становится все больше, неуклонно возрастает количество лиц пожилого возраста, особенно в Советском Союзе. Невиданный подъем материального благосостояния и культурного уровня народа, достигнутые за годы Советской власти, обеспечили увеличение средней продолжительности жизни человека более чем в 2 раза, по сравнению с дореволюционным периодом.

Таким образом, во весь рост встает проблема организации медицинского обслуживания долгожителей и лиц пожилого возраста с учетом функциональных особенностей организма, предшествующей трудовой деятельности и т. д. Одной из форм медицинского обслуживания является создание при поликлиниках специальных гериатрических кабинетов для диспансерного наблюдения за лицами пожилого возраста и долгожителями.

Гериатрический кабинет при поликлинике Зеленодольской городской больницы № 1 был организован в сентябре 1957 г.

Литературные данные свидетельствуют, что старость — это естественный физиологический период жизни человека, характеризующийся равномерным ослаблением физиологических отпавлений организма, без качественных изменений этих функций. Последние же зависят, главным образом, от болезней старческого возраста, они — результат патологических изменений в организме, а не старости как таковой (М. А. Ерзин и И. П. Гарапина).

Целями настоящей работы является изучение данных, накопленных в гериатрическом кабинете за 3 года, и обобщение материалов по лечению и оздоровлению лиц, страдающих патологической и преждевременной старостью.

В доступной литературе данных об опыте работы гериатрических кабинетов мы не нашли.

Наш гериатрический кабинет проводит комплексное исследование и лечение больных. После подробного анамнеза и обычного физического исследования геронта делаются анализы крови и мочи, рентгенологически изучаются органы грудной клетки, собираются необходимые антропометрические данные. Кроме того, исследуется содержание холестерина и билирубина крови, в необходимых случаях кровь исследуется на содержание сахара натощак и протромбина. Всем больным измеряется АД и по показаниям производится электрокардиография. Определяется «медицинский» возраст. Исследуемые показатели изучаются в динамике.

Контингент больных распределяется по возрастным группам по установкам Института геронтологии и экспериментальной патологии АМН СССР.

При назначении лечения в гериатрическом кабинете нами учитывались следующие противопоказания: кахексия, активный туберкулез, тяжелые формы диабета, злокачественные новообразования, выраженное атеросклеротическое слабоумие и другие психические расстройства, острые расстройства мозгового кровообращения и грубые стойкие их последствия, сирингомиелия, спинная сухотка, органические заболевания сердца с нарушением кровообращения II—III ст. (По Лангу), инфаркты миокарда давности до 6 месяцев.

При этих противопоказаниях больные не назначались на лечение в гериатрический кабинет, а передавались под наблюдение в специализированные кабинеты уча-