

Уральский областной венинститут (Директор А. В. Бочаров.
Научный руководитель проф. С. Я. Голосовкер.)

Об изменениях кожи у льнопрядильщиц.

М. Б. Поташник.

По данным отчетов страхкассы за ряд лет заболеваемость кожи и подкожной клетчатки составляет значительный процент среди общего количества дней негрудоспособности у работниц льнопрядильной фабрики имени Ленина. Так, на 100 застрахованных мы имеем:

	Случ.	Дни
1930	13,4	116,2
1931	11,1	116,9
1932	5,3	60,1

По номенклатуре страхкассы в параграфе 5 включены все заболевания кожи и подкожной клетчатки, т. е. целый ряд воспалительных процессов, относящихся к области хирургических заболеваний. Нас означенное подразделение не удовлетворяет, ибо трудно выявить по ней действительную кожную заболеваемость. Так, дерматозы вовсе не учитываются. Несмотря на то, что здравпункт работает на фабрике в течение ряда лет и на территории фабрики находится венпункт, мы не могли получить со стороны этих учреждений каких-нибудь более подробных данных о кожной заболеваемости. Единственно, что удалось выяснить это то, что из числа болезней, входящих в данную группу, главную массу составляет фурункулез. Поэтому мы приступили к групповому осмотру работниц, наиболее ранимых по кожной заболеваемости, цехов сухого и мокрого прядения.

Работа в этих цехах проходит на ватерах, машинах непрерывного действия, у которых вытягивание, кручение и наматывание производится одновременно и непрерывно.

Существенными частями ватера является вытяжной аппарат, веретено и рогулька. Веретено снабжено блочками, приводимыми в движение шнурами. На веретено надевается катушка, а к верхнему концу его прикрепляется рогулька, снабженная на концах отверстиями-глазками.

Прядение льна бывает двух родов: сухое и мокрое. Последнее дает более тонкие номера пряжи и отличается от сухого тем, что пряжа, перед тем, как подвергается вытяжке, проходит через теплую или горячую воду или через контакт (продукт перегонки нефти). Процесс прядения состоит в следующем: поступающая, так называемая, ровница, которая из себя представляет полускрученную лентообразную массу, намотанную на катушку, ставится на шулярник ватера, откуда поступает в вытяжную аппарат, где она подвергается вытяжке, проходит сквозь глазок рогульки, скручивается веретеном и наматывается на катушку.

Основная работа ватерщиц состоит в быстром и правильном присучивании разорвавшейся нитки пряжи, не накладывая далеко один конец нити на другой. Для присучки разорвавшейся нити, работница левой рукой останавливает вращающееся веретено, делающее на сухих ватерах 2.400 оборотов в минуту, а на мокрых до 2.700. Для остановки веретена ватерщица сухого прядения проводит левую руку к соответствующему веретену, держа кисть в вертикальном положении, захватывает верхушку веретена наружным краем кисти, надавливая одновременно на вращающуюся рогульку, и останавливает таким образом веретено. Ватерщица же мокрого прядения проводит руку к соответствующему веретену в горизонтальном положении, всей ладонью нажимает на верхушку веретена, охватывает пальцами рогульку и останавливает, правой же рукой она находит на катушке конец оборвавшейся нити, заправляет и присучивает. На мокрых ватерах, где пряжа тонка и мокра, и во время разрыва конец оборвавшейся нити в'едаётся в пряжу катушки, ватерщица скребет по намотанной пряже ногтями первых трех пальцев и захватывает конец нити.

Таким образом, из описания процесса производства видно, что при мокром прядении мы можем встретиться со следующими агентами: раздражители механические (давление на кисть при останавливании веретена, удары веретена, травма ногтей при отыскивании конца нити) и термические (длительное действие теплой или горячей воды или контакта), а при сухом прядении—только механические.

Всего нами осмотрено 186 человек, из них ватерщиц мокрого цеха—110, ватерщиц сухого—76. Возраст осмотренных от 15—45 лет. По производственному стажу: до 1 года—20; от 1—3 л.—38; от 5—7—26; от 9—11—17; от 11—13—9; от 13—15—8; от 17—19—5; от 19—21—7 и выше 21—17.

Основные изменения кожи, отмеченные нами у ватерщиц мокрого цеха состоят в ороговелости рук, множественных трещинах и эрозиях, слущивании эпидермиса, изменений ногтей, асфиксии пальцев и пониженной чувствительности концевых фаланг.

Мозолистые образования составляют наиболее частое явление и, в зависимости от производственного стажа, выражены в большей или меньшей степени. Развитие ороговелостей идет медленно. У начинающих работниц мы отмечаем некоторое очаговое уплотнение кожи левой ладони, которое, под влиянием длительного воздействия вредностей механического характера, переходит у старых работниц в массивные мозолистые образования. Последние обнаружены у 60% осмотренных, расположены на левой ладони и носят гнездный характер. Мозолистые образования на внутренней стороне ладони в области тенара представляют собой резко ограниченный утолщенный участок кожи, твердый наощупь, овальной или круглой формы, величиной от грецкого ореха до пятикопеечной медной монеты, выступающее от $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ см. над окружающей поверхностью. Нормальные кожные борозды на нем совершенно незаметны. Такого же характера образование имеется и на противоположной наружной стороне этой-же ладони в области гипотенара. Третье мозолистое образование продолговатой формы, размером 2—3 см., расположено в середине ладони, в средней трети ее. Небольшие уплотнения кожи имеются у основания 2-го пястнофалангового сочленения и на основной фаланге 2-го пальца

У 10% работниц в центре мозолистых образований наблюдаются глубокие трещины и эрозии, чрезвычайно болезненные и мешающие работе. Кроме того, на концах пальцев обеих ладоней имеются мелкие и поверхностные трещины, куда внедряются частицы грязи и пыли.

У 30% осммотренных отмечается поражение ногтей, преимущественно первых 3-х пальцев правой руки. Ногти потеряли свой нормальный блеск, становятся матового цвета, укорочены, концевые фаланги резко выступают над поверхностью ногтя, свободный край которого истончен и зазубрен. У 13% из обследованных работниц кожа пальцев обеих ладоней имеет фиолетово-красный оттенок, влажна и холодна наощупь, чувствительность концевых фаланг понижена.

Из других изменений кожи у ватерщиц мокрого цеха нами отмечены 5 случаев экземы и 7—фурункулеза.

Экзематозный процесс локализовался на кистях рук, в межпальцевых складках и на сгибах в области суставов пальцев и состоял из пузырьков, величиной в чечевицу, шелушения и мокнутья. Означенное явилось результатом длительного воздействия воды и контакта, ибо, при переводе работниц на другие виды работы, эти изменения быстро прошли. Фурункулез развился вследствие внедрения вторичной инфекции на местах трещин и ссадин и локализовался преимущественно на верхних конечностях.

Изменения кожи у ватерщиц сухого прядения состоят также в ороговелости, трещинах и изменении ногтей. У 65% осммотренных—на левой ладони по наружному краю расположено мозолистое образование, которое тянется в виде сплошной полосы от лучезапястного сустава до пястно-фалангового сустава пятого пальца. На всем своем протяжении образование покрыто многочисленными поверхностными и глубокими трещинами. Вся кожа обеих ладоней рук уплотнена, шероховата и испещрена резко выступающими кожными бороздами. Поражение ногтей на правой руке отмечено у 20% осммотренных и состоит из тех же изменений, которые наблюдались у ватерщиц мокрого цеха. Что касается кожных заболеваний, то мы здесь видели 3 случая фурункулеза верхних и нижних конечностей и 2 случая гидроаденита левой подмышечной впадины с выраженным лимфаденитом.

На основании наших наблюдений мы приходим к следующим выводам:

1) Наиболее частыми профессиональными изменениями, вернее отличиями кожи у ватерщиц, являются ороговелости и трещины. Эти явления не мешают их трудоспособности, но служат входными воротами для стафилококковой и стрептококковой инфекции. Этим объясняется наличие фурункулеза, гидроаденитов и лимфаденитов. Снижение же процента фурункулеза в 1932 году вдвое по сравнению с 1931 годом является результатом работы здравпунктов и налаженной им ранней обрабатываемости работниц с различными порезами и трещинами.

2) Изменение ногтей — является характерными профессиональными приметами ватерщиц и ведет к ранимости ногтевых фаланг и панарициям.

3) Асфиксия пальцев наблюдается у ватерщиц мокрого цеха в 15% вследствие работы в воде разной температуры. Она исчезает после временного перерыва в работе.

4) Экзематозные явления, отмеченные у ватерщиц мокрого цеха, являются результатом постоянного раздражения рук горячей или теплой водой.

5) Наличие фурункулеза объясняется внедрением инфекции через трещины и порезы.

Для предупреждения изменений кожи у льнопрядильщиц целесообразно изменить станки таким образом, чтобы они механически останавливались. Это уничтожит ошпаренность и ранимость рук. Для улучшения санитарно-гигиенических условий следует снабдить цеха мылом, умывальниками и полотенцами, организовать душ, улучшить вентиляцию.

Работа здрав. и венпунктов должна быть углублена, следует уделить больше внимания общим санитарно-гигиеническим условиям производства и вести учет кожной заболеваемости с более точной диагностикой их. На венпункте вести учет таким образом, чтобы кожная заболеваемость по фабрике им. Ленина была специально выделена, кроме того, при осмотре больных, следует обратить особое внимание на изучение проф-дерматозов.

Из О. Р. Л. Клиники К. М. И.—директор проф. А. М. Пучковский.

Остеомиелиты верхней челюсти¹⁾

Ассистент клиники д-р И. С. Френкель.

Остеомиелиты преимущественно развиваются в длинных трубчатых костях, в коротких же и плоских костях наблюдаются редко. Особенно редко встречаются остеомиелиты верхней челюсти. Cadenat и Cola говорят, что остеомиелиты верхней челюсти в статистических таблицах занимают последний ряд. Trendel на 1279 случаев остеомиелита нашел только 4 случая остеомиелита верхней челюсти, т. е. 0,3%. Panzel отмечает 7 случаев остеомиелита верхней челюсти на 15 тысяч больных. Maуer до 1901 года собрал в литературе 10 случаев, Francois в 1914 году собрал 32 случая, а Terracol в 1926 году приводит в своей работе уже 50 случаев остеомиелита верхней челюсти.

В виду относительной редкости остеомиелитов верхней челюсти я позволю себе привести здесь наблюдавшиеся нами за последнее два года три случая.

Случай 1. Больной К., рабочий, 40 лет, явился в о.-р.-л. клинику с жалобами на беспокоившее его истечение гноя из левой щеки. Месяцев 6—7 тому назад заболел левый верхний первый моляр, а затем боль ощущалась во всех верхних зубах и сразу же опухла левая щека, а через день-два отекали веки. Глаз был закрыт. Самочувствие скверное. Температура все время была очень высокая—39°—40°. Применялось только тепло. Через несколько дней опухоль щеки немного уменьшилась и самочувствие улучшилось. Через 3 недели ему удалили несколько зубов. Опухоль щеки все же совсем не исчезла, а вскоре появилось сперва одно, а потом и второе отверстие на щеке, из которых выделяется все время гной. В момент прибытия в клинику у больного на левой щеке имеются две фистулы—одна под наружным углом левого глаза, а вторая несколько ниже в области скуловой дуги.

¹⁾ Доклад зачитан в заседании Киевской Ото-рино-ларингологической секции 23/II-1932.