

При поражении гладкой кожи препарат К-2 применяли следующим образом: очаги тушировали 2 раза в день в течение 5 дней подряд, при этом на поверхности очага образовывалась пленка. На 6-й день на пораженный участок накладывали на 24 ч под компресс 5% салициловую мазь, которую на 7-й день лечения соскабливали скальпелем. Затем очаг промывали водой и оставляли без местного лечения до следующего, 8-го дня, когда брали первый соскоб на контрольный анализ. У всех больных при первом же контроле результаты анализа на грибки оказались отрицательными. К этому дню лечения очаг выглядел уплотненным, без отчетливых очертаний и гиперемии. Люминесцентное свечение пушковых волос не обнаруживалось после снятия пленки уже на 7-й день лечения.

В последующем проводили обычное местное йодо-мазевое лечение по общепринятой схеме в течение 5—7 дней, после чего назначали второй контрольный анализ на грибок (14—15-й дни лечения). Двукратные отрицательные анализы при полном регрессе клинической картины заболевания являлись основанием для выписки больного из стационара и дальнейшей поликлинического наблюдения по месту жительства.

При поражении волосистой части головы волосы у больных сбрасывали каждые три дня, а пораженную кожу ежедневно утром тушировали препаратом К-2, во второй половине дня втирали 33% серную мазь. На следующий день утром кожу головы мыли теплой водой с мылом и щеткой, тщательно просушивали полотенцем. Такое лечение повторяли в течение 10 дней. По истечении этого срока очертания очагов становились нечеткими, и дальнейшее лечение осуществляли по схеме: утром после мытья головы кожу смазывали 3% раствором йода, днем втирали 33% серную мазь.

Одновременно все больные получали поливитамины, сироп шиповника и по показаниям — гризеофулин в дозах, рассчитанных на единицу массы тела.

Из 12 больных с поражением волосистой части головы люминесцентное свечение волос прекращалось в следующие сроки лечения: у 9 — через 12—18 дней, у 3 — через 21—24 дня.

При поражении гладкой кожи первый отрицательный результат был получен на 8-й день терапии у тех больных, которые получали препарат К-2, у леченных без него — только на 12—15-й день, при поражении волосистой части головы — соответственно на 16—18-й (у 9), 23—26-й день (у 3) и на 25—30-й день лечения.

Переносимость препарата К-2 у наблюдавшихся больных была хорошей.

Анализ отдаленных результатов лечения у 70 больных показал, что рецидив заболевания возник только у одного пациента с поражением гладкой кожи и вовлечением в процесс пушковых волос, однако после дополнительного курса обычной терапии он выздоровел.

Таким образом, препарат К-2 эффективен при лечении микроспории, особенно при локализации очагов на гладкой коже. Применение препарата не сопровождается побочными эффектами и позволяет сокращать сроки пребывания больных в стационаре в среднем на 4—6 дней.

удк 613.69

Т. П. Федорова, Г. В. Павлова, В. А. Зеленин (Устинов). Гигиеническая оценка условий труда при изготовлении изделий из пенополиуретанов

Мы изучили условия труда в производстве изделий из пенополиуретанов для автомобилестроения. Синтез полиуретанов происходит при взаимодействии изоцианатов с полиэфирами в присутствии стабилизаторов, катализаторов, эмульгаторов, вспенивателей, красителей и др. Из всех используемых соединений наиболее токсичными являются толуилендиизоцианат (ТДИ), дифенилметандиизоцианат (ДМИ) и амины триэтилendiамин, триэтаноламин.

Для выяснения степени загрязнения воздуха вредными веществами мы определяли концентрацию изоцианатов, хлористого и фтористого водорода, аммиака и формальдегида на стадии приготовления компонентов, у конвейера (на заливке пенокомпозиции в формы, на выемке изделий и смазке форм), на участке механической обработки и контроля готовых изделий.

В теплый период года было установлено, что ДМИ в воздухе рабочей зоны на участках интегральной и полужесткой пены обнаруживается на единичных рабочих местах у пусковых установок и на станции приготовления компонентов в концентрации $0,3—0,4 \text{ мг/м}^3$ при ПДК, равной $0,2 \text{ мг/м}^3$. Концентрация фтористого водорода превышала допустимую, особенно у вакуум-формовочных агрегатов, и составляла от $0,2$ до $6,0 \text{ мг/м}^3$ при ПДК, равной $0,5 \text{ мг/м}^3$. Содержание окиси углерода в 80 случаях из 116 было выше допустимого в 1,5—3 раза у пусковых установок на заливке пенокомпозиции в формы и у вакуум-формовочных агрегатов.

На участке полужесткой пены выявлены более высокие концентрации вредных веществ (окись углерода, аммиак, фтористый водород, ДМИ). Наличие ТДИ отмечалось в 50% случаев, на отдельных рабочих местах (на участке заливки пенокомпозиции в формы) концентрация ТДИ была высокой (от $0,25$ до $2,0 \text{ мг/м}^3$) при ПДК, равной $0,05 \text{ мг/м}^3$.

В зимний период года наблюдалось превышение концентрации вредных веществ (ТДИ, ДМИ, окись углерода, фтористый водород и др.) чаще и на большую величину, чем в летний период.

Микроклимат в цехах в теплый и холодный периоды года был относительно благоприятным. Периодически (при определенных параметрах микроклимата наружного воздуха) на некоторых постоянных рабочих местах (у конвейера на выемке и чистке форм) создавались неблагоприятные сочетания параметров микроклимата воздуха рабочей зоны: температура была равна $30—33^\circ$, подвижность воздуха — $0,05 \text{ м/с}$, относительная его влажность — $60—65\%$. В цехе, где используется ТДИ, имеются источники инфракрасного излучения с интенсивностью $125 \text{ КДж} \cdot \text{ч/м}^2$. В зимний период года относительная влажность в цехах

была низкой (15—35%). Наибольшее превышение уровня звукового давления было зарегистрировано на участке дробления отходов, на 10—21 дБА на среднегеометрической частоте.

Материалы по гигиенической оценке условий труда с рекомендациями были переданы администрации завода, некоторые из них внедрены на производстве. Например, автоматизация операции «заливка — продувка» смесительной головки позволила вывести рабочих из наиболее опасной зоны, где чаще обнаруживалось превышение допустимой концентрации. Монтаж искусственной приточно-вытяжной вентиляции в камерах temperирования обеспечил удаление вредных веществ и исключил возможность попадания их в воздух рабочей зоны.

При повторном исследовании было установлено, что концентрация ТДИ только в двух случаях из 25 превышала ПДК; содержание стирола, ДМИ, метилхлорида и формальдегида находилось в пределах допустимых концентраций. Более близкими к нормируемым величинам стали параметры микроклимата (температура и подвижность воздуха); относительная влажность воздуха в зимний период года продолжала оставаться низкой и колебалась от 12,6 до 26% на постоянных рабочих местах. Хотя нижние границы допустимых величин относительной влажности воздуха не регламентируются, низкая относительная влажность воздуха не может считаться благоприятным явлением в данной ситуации.

Тяжесть труда операторов оценивали по эргономическим и физиологическим показателям; напряженность труда — по степени утомления анализаторов при выполнении работы и состоянию сердечно-сосудистой системы с учетом производственных факторов (плотность сигналов, сменность, монотонность, эмоциональное напряжение и др.). Было установлено, что различные операции на конвейере и механической обработке значительно отличаются друг от друга по тяжести и характеру напряженности выполняемого труда.

Дано гигиеническое обоснование периодической сменяемости выполняемых операций в течение смены и недели с целью повышения работоспособности, сокращения времени контакта с химическими веществами и уменьшения в среднем тяжести труда.

При целенаправленной корректировке всех факторов производства можно уменьшить степень опасности влияния вредных веществ на организм работающих.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.379—008.64—084(470.41)

СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ТАТАРСКОЙ АССР

Ф. А. Тазетдинов, Э. Н. Хасанов

Кафедра эндокринологии (зав.— проф. В. В. Талантов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканский противозобный диспансер (главарь — Ф. А. Тазетдинов) МЗ ТАССР

Эндокринологическая служба республики за последние годы получила определенное развитие: в поликлиниках республики открыты 52 эндокринологических кабинета, выделены 56 штатных должностей врачей-эндокринологов. Число коек возросло до 250, из них 60 коек размещены в клинической больнице № 6 г. Казани, 40 — в Республиканской клинической больнице, 150 — в районах республики (Брежнев — 45 коек, Альметьевск — 20, Лениногорск — 30, Зеленодольск — 30, Бугульма — 10, Нурлат-Октябрьский — 15).

Диагностика начальных стадий сахарного диабета, повышение эффективности диспансеризации, профилактика осложнений данного заболевания — вот узловые проблемы, стоящие в центре внимания практической диабетологии. Сахарный диабет в структуре эндокринных заболеваний занимает ведущее место (по ТАССР составляет 66%), что определяет его медико-социальное значение. Сохраняется тенденция к росту частоты и распространенности сахарного диабета. Так, с 1981 по 1985 г. заболеваемость сахарным диабетом в республике возросла с 5,7 до 8,0 на 10 тыс. населения.

В городах республики число обнаруженных больных в 6,5 раза выше, чем в сельской местности. Показатели выявляемости больных сахарным диабетом зависят от укрупненности районных поликлиник врачами-эндокринологами. Там, где функционирует эндокринологическая служба (диспансер, кабинеты), число зарегистрированных больных значительно выше. Например, за последние 5 лет число больных, стоящих на диспансерном учете, увеличилось в Брежнев в 3 раза, Нижнекамске — в 2 раза, Казани, Зеленодольске, Лениногорске, Альметьевске — в 1,5 раза. Среди вновь выявленных больных большую часть составляют лица