

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

В.Г.Антропова

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ
РАБОЧИХ СВЕРДЛОВСКОГО ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ЗАВОДА В СВЯЗИ
С НЕКОТОРЫМИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ И
ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

I4756 - Гигиена и профессиональные заболевания

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Свердловск
1970

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

В.Г. Антропова

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ
РАБОЧИХ СВЕРДЛОВСКОГО ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ЗАВОДА В СВЯЗИ
С НЕКОТОРЫМИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ И
ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

14756 - Гигиена и профессиональные заболевания

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Свердловск
1970

Работа выполнена на кафедре социальной гигиены и органи-
зации здравоохранения
Свердловского Государственного медицинского института
/Ректор доктор медицинских наук В.Н.Климов/

Научный руководитель - доцент И.Г.Виноградов

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Д.К.Соколов
кандидат медицинских наук, доцент
А.П.Боярский

На внешний отзыв работа направлена в Уфимский
Государственный медицинский институт.

Автореферат разослан "15" *апреля* 1970 г.
Защита диссертации состоится "19" *мая* 1970 г.
на заседании медико-биологического Ученого Совета
Свердловского Государственного медицинского института.

Адрес: г.Свердловск, ул.Репина,3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке
Свердловского Государственного медицинского института.

Адрес: г.Свердловск, ул.Ермакова,7.

Ученый секретарь Совета

доцент

/А.П.Боярский/

Охрана здоровья промышленных рабочих является одной из важнейших задач Советского государства.

В директивах XXIII съезда КПСС большое внимание уделено созданию санитарно-гигиенических условий труда и снижению заболеваемости рабочих промышленных предприятий.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности обусловлена комплексом взаимосвязанных и взаимообусловленных причин, действие которых трудно разграничить.

В связи с этим исключительную роль приобретает комплексное углубленное изучение состояния здоровья промышленных рабочих, которое дает возможность выявить влияние на организм целого ряда факторов социальных и социально-гигиенических, решить вопросы оздоровления в социально-гигиеническом аспекте.

Актуальность комплексных социально-гигиенических исследований определяется тем, что еще недостаточно изучена роль факторов социально-бытовой среды в здоровье трудящихся, на важность которых указывали основоположники научного коммунизма К.Маркс, Ф.Энгельс, В.И.Ленин.

Изучению данной проблемы и была посвящена наша работа, построенная по типу конкретных социально-гигиенических исследований.

При выполнении данной работы были определены следующие задачи:

1. Изучить причины заболеваемости по данным временной нетрудоспособности и периодических медицинских осмотров в связи с производственными факторами, материальной обеспеченности работающих, факторами социально-бытовой среды и организации медико-санитарного обслуживания рабочих.

2. Рассмотреть некоторые вопросы методики углубленного

изучения заболеваемости рабочих в связи с комплексом социально-гигиенических факторов.

3. Разработать рекомендации по снижению заболеваемости в направлении оздоровления условий труда, быта и совершенствования системы медико-санитарного обслуживания рабочих завода.

В последние годы опубликованы работы Р.П.Анисимова, Я.Индальского, А.С.Козлова, И.П.Мокерова, В.Н.Некрасова, К.А.Отдельновой, в которых исследователи изучали состояние здоровья работающих как в связи с условиями труда, так и с условиями быта.

Однако в перечисленных исследованиях не выявлена сила воздействия комплекса факторов на уровень заболеваемости, не показан ведущий фактор.

В связи с этим, при выполнении настоящей работы, мы попытались ответить на вопрос какова сила воздействия комплекса факторов на уровень заболеваемости и какой фактор является решающим, а также уделили внимание отработке методики комплексного углубленного социально-гигиенического изучения состояния здоровья рабочих и служащих в связи с условиями их труда и быта.

Объектом нашего исследования послужил Свердловский инструментальный завод, который, в известной мере, представляет отраслевой профиль промышленности нашего города. Кроме того, начиная с 1963 года по 1966 год, на этом предприятии отмечался повышенный уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности по сравнению с рядом других предприятий машиностроительной промышленности города Свердловска.

Для изучения отобран постоянный контингент работающих со стажем более трех лет, численность которых на заводе составляет 1389 человек.

Для получения сведений о заболеваемости с временной утратой

трудоспособности были использованы данные учетно-статистических документов здравпункта завода. Все необходимые сведения выкопировывались на специально составленные карты, которые в дальнейшем подвергались обработке. Одновременно с выкопировкой данных о заболеваемости, изучался технологический процесс производства, профессионально-производственные условия, состав работающих.

Свердловский инструментальный завод специализируется на производстве большой номенклатуры зуборезного и протяжного инструмента. Выпускается более 30 тысяч типоразмеров инструмента высокой точности для 3,5 тысяч заказчиков в стране и за рубежом.

При изучении условий труда на предприятии было отмечено, что имеют место, особенно в основных цехах, неблагоприятные факторы санитарно-гигиенического характера, которые связаны с определенными производственными вредностями: наличием в воздухе производственных помещений паров масляных аэрозолей, абразивной пыли, превышающей у некоторых рабочих мест предельно-допустимую концентрацию в 4-6 раз, наличие шума от работы станков в пределах 90 дБ и местной вибрации с амплитудой колебания /0,08 - 0,25 мм/.

В последние годы уделяется большое внимание улучшению условий труда на заводе, ежегодно перевыполняется план денежных затрат на мероприятия по охране труда рабочих и промышленной санитарии.

Медицинское обслуживание рабочих и служащих завода осуществляется I городской больницей по территориально-цеховому принципу.

Мужчины на заводе составляют 55,1%, женщины - 44,9%.

В 1963-1966 годах преобладала возрастная группа 36-39 лет,

составляя 37,5%, второе место занимает возрастная группа 20-29 лет, составляя 26,3%. Возрастная группа старше 50 лет, от численности которой в составе рабочих зависит уровень заболеваемости, представляет относительно небольшое количество рабочих - 10,1%.

В профессиональном составе первое место 27,0% составляют служащие цехов и заводоуправления, прочие станочники составляют 23,5%. Третье место / 22,7%/ занимают шлифовщики, заточники, доводчики.

По стажу работы наибольший удельный вес имеют лица с профессионально-производственным стажем от 3 до 6 лет - 40,2%. На втором месте по численности стоит группа работающих со стажем более 15 лет - 25,8%.

Отмеченные особенности состава работающих и условий труда могли оказать определенное влияние на уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих и служащих завода.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В СВЯЗИ С НЕКОТОРЫМИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

За период с 1963 по 1966 год на каждые 100 работающих болело с временной утратой трудоспособности 80,0 человек, у них было 99,8 случая, продолжавшихся 789,0 дней, т.е. каждый болевший терял трудоспособность в среднем по 1,2 раза, притом, каждый раз в среднем на 7,8 дней. Относительное число неболевших за этот период составило 20,0 на 100 работающих.

На протяжении всего изучаемого периода заболеваемость женщин была выше по сравнению с мужчинами в среднем по числу случаев на 11,8%, по числу дней нетрудоспособности на 5,2%.

В различных возрастных группах соотношение показателей заболеваемости у мужчин и женщин выразилось в том, что лишь

в молодых возрастных группах до 30-летнего возраста заболеваемость женщин была ниже, по сравнению с мужчинами, как в случаях, так и в днях нетрудоспособности. В остальных возрастных группах показатели заболеваемости женщин были выше, чем у мужчин. Изменение соотношения показателей заболеваемости в возрастной группе 30-39 лет объясняется увеличением у женщин в этом возрасте семейных обязанностей. В целом показатели заболеваемости по числу случаев нетрудоспособности увеличиваются с возрастом, по числу дней нетрудоспособности отмечается нарастание уровня заболеваемости в возрастной группе 20-29 лет /795,0 дней нетрудоспособности против 425,0- в возрасте до 19 лет/, затем спад в возрастной группе 30-39 лет и снова повышение заболеваемости по мере увеличения возраста.

Наиболее высокая заболеваемость по стандартизованным показателям среди рабочих основных цехов /105,2 случая и 853,0 дня нетрудоспособности на 100 работающих/. Второе место занимают рабочие вспомогательных цехов /96,7 случая и 729,0 дней нетрудоспособности/. Наиболее низкие показатели заболеваемости отмечаются среди служащих заводоуправления /81,2 случая и 602,0 дня нетрудоспособности/.

Таблица I
 Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в различных профессиональных группах /на 100 работающих в каждой группе/

Профессиональные группы	Показатели нетрудоспособности		Стандартизованные показатели	
	Случаи	Дни	Случаи	Дни
Шлифовщики, заточники	118,1	870,5	116,8	897,4
Прочие станочники	100,5	822,4	104,2	827,8
Термисты, кузнецы	65,0	357,5	70,9	365,1
Вспомогательные	87,8	761,2	82,2	789,0
Служащие	87,1	841,0	81,8	739,9
В среднем по группам	105,2	841,0	-	-

По профессиональным группам /таблица I/ первое место по уровню заболеваемости занимают шлифовщики, заточники/116,8 случаев и 897,4 дня нетрудоспособности/. Самый низкий уровень заболеваемости отмечается среди термистов, кузнецов/ 70,9 случаев, 365,1 дней нетрудоспособности/ , что объясняется тщательным предварительным отбором по состоянию здоровья рабочих на эти профессии.

Увеличение заболеваемости с временной утратой трудоспособности связано также с увеличением производственно-профессионального стажа в возрастных группах 30-39 лет, 40-49 лет среди станочников.

Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности в зависимости от условий труда, а также данные паталогической пораженности работающих позволили установить зависимость уровня и структуры заболеваемости от особенностей профессионального труда.

Влияние материальной обеспеченности, социально- бытовых факторов на заболеваемость изучалось на контингенте рабочих основных цехов завода, численность которых составила 856 человек. Следует отметить, что отобранная группа, хотя и несколько отличается по возрастно-половому составу и по уровню заболеваемости с временной утратой трудоспособности от всей изучаемой группы, однако эти отличия статистически не существенны / $P > 0,05$ /.

Среди лиц обследуемой группы 80,0% состоит в браке, среди мужчин процент состоящих в браке равен 88,0%, среди женщин- 73,0%. Из числа лиц, состоящих в браке 85,4% имеют по 1-2 ребенка, 7,8% лиц имеет по 3 и более детей, 6,8% лиц не имеют детей и 5,7% в браке не состоят, но имеют по 1-2 ребенка.

Таблица 2

Заболееваемость с временной утратой трудоспособности
в зависимости от семейного положения
/стандартизованные показатели по возрасту и полу/

Семейное положение	Показатели временной нетрудоспособности		
	Больные лица	Случаев	Дни
Холостые	63,0 ± 4,3	76,5	665,0
Родители-одиночки	90,0 ± 4,2	125,6	962,0
Семейные без детей	71,5 ± 2,1	86,0	833,0
Малосемейные /1-2 ребенка/	75,0 ± 1,7	100,1	977,0
Многосемейные /3 ребенка и более/	78,0 ± 1,7	110,2	923,0
В среднем	76,5	96,4	794,1

Наиболее высокие стандартизованные показатели заболеваемости отмечаются среди родителей - одиночек /таблица 2/, даже по сравнению с группой лиц, имеющих по 3 и более детей, при разнице показателей по числу заболевших лиц $12,0 \pm 4,0$. Среди семейных показатели заболеваемости нарастают по мере увеличения числа детей в семье. Как показали результаты исследования фактор семейного положения в чисто биологическом смысле отрицательного влияния на уровень заболеваемости не оказывает, а действие его проявляется опосредованно через фактор домашней нагрузки и материальной обеспеченности. При увеличении числа детей нарастает домашняя нагрузка, снижается средний денежный доход на одного члена семьи, в связи с этим ухудшается здоровье.

При определении социально-экономического положения работающих взята наиболее постоянная часть доходов семьи /заработная плата всех членов семьи, пенсии, стипендии/.

Таблица 3

Заболееваемость с временной утратой трудоспособности
в зависимости от среднедушевого дохода
/на 100 работающих в каждой группе/

Среднедушевой доход в руб.	Показатели нетрудоспособности			Стандартизованные показатели		
	Больные лица	Слу- чай	Дни	Больные лица	Слу- чай	Дни
До 40	86,0	117,0	815,0	85,0	326,0	2352,0
41-70	76,0	98,9	780,0	76,7	292,0	2371,0
71 и более	74,0	85,0	810,0	75,5	249,5	1860,0
В среднем по группе	76,5	96,4	794,1	-	-	-

Использование других доходов по труду и общественных фон-
дов потребления рабочими и служащими мы не учитывали. Группиро-
вочные признаки денежного дохода на одного члена семьи в месяц
/до 40 руб., 41-70 руб., 71 и более/ нами использованы из мето-
дики института социальной гигиены и организации здравоохране-
ния с историей медицины им. Н.А. Семашко.

Более половины /55,0%/ работающих имеют средний денежный
доход на одного члена семьи от 41 до 70 рублей, 32,6% лиц
имеет доход более 71 рубля и 12,4% до 40 руб.

Материальная обеспеченность оказывает определенное влия-
ние на состояние здоровья работающих/таблица 3/. Наиболее
высокая заболеваемость по стандартизованным показателям отме-
чается среди лиц, с уровнем подшевого дохода до 40 рублей в
месяц /85,0 больных и 326,0 случаев на 100 работающих/, а с
повышением материальной обеспеченности заболеваемость с вре-
менной утратой трудоспособности снижается и среди лиц с уров-
нем подшевого дохода более 71 рубля составляет 75,5 больных
и 249,5 случаев на 100 работающих в данной группе.

На Свердловском инструментальном заводе уделяется большое внимание улучшению жилищных условий рабочих и служащих.

Так, 67,8% семей работающих обеспечены отдельными благоустроенными квартирами, 21,7% семей живет в частных домах, 5,8% семей занимает комнаты в общих квартирах и 4,7% лиц живет в общежитиях. Причем, в 58,0% семей на одного человека приходится от 4 до 9 кв.м жилой площади, в 26,8% - более 9 кв.м на одного человека и в 15,2% - менее 4 кв.м на человека.

В связи с характером жилищных условий отмечаются некоторые особенности в заболеваемости рабочих. Наиболее высокие стандартизованные показатели заболеваемости на 100 работающих отмечаются среди лиц, проживающих в общих квартирах /94,0 больных и 160,0 случаев на 100 работающих/ по сравнению с лицами, проживающими в отдельных благоустроенных квартирах /77,0 больных и 100 случаев на 100 работающих/.

Наиболее высокая заболеваемость отмечается среди лиц, в семьях которых приходится менее 4 кв.м жилой площади на одного человека /85,0 больных лиц и 165,0 случаев нетрудоспособности/, а с ростом обеспеченности жилой площадью заболеваемость снижается и среди лиц, в семьях которых приходится более 9 кв. м жилой площади на одного человека - составляет 69,0 больных лиц и 100,5 случаев нетрудоспособности на 100 работающих.

Наиболее высокая заболеваемость, в связи с временем, затраченным на дорогу до места работы и обратно, отмечается среди лиц, тративших на дорогу более 60 мин /79,9 больных лиц и 104,0 случаев на 100 работающих/ и с уменьшением времени, затраченного на дорогу заболеваемость снижается, так среди лиц, тративших на дорогу менее 30 мин. заболеваемость составляет 69,7 больных лиц и 94,0 случаев на 100 работающих.

Таблица 4

Заболееваемость с временной утратой трудоспособности
среди употребляющих и не употребляющих алкоголь .
/на 100 работающих в каждой группе/

Отношение к алкоголю	Показатели нетрудоспособности			Стандартизованные показатели		
	Больные лица	Случаи	Дни	Больные лица	Случаи	Дни
Употребляющие	75,6	72,0	763,0	98,0 \pm 0,54	347,0	2940,0
Не употребляющие	86,6	119,5	910,0	77,5 \pm 3,0	233,0	2585,0
В среднем по группе	76,5	94,6	794,1	-	-	-

Сравнение состояния здоровья лиц, употребляющих и не употребляющих алкоголь /таблица 4/, показало, что среди употребляющих спиртные напитки показатель заболеваемости выше /98,0 больных и 347,0 случаев на 100 работающих /по сравнению с меньшими /77,5 больных лиц и 233,0 случая на 100 работающих/.

Регулярный характер питания отмечался у 29,5% рабочих и служащих. Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается среди лиц, питающихся нерегулярно /78,0 больных лиц и 97,2 случая на 100 работающих /по сравнению с лицами, питающимися регулярно /75,0 больных лиц и 82,8 случаев на 100 работающих в этой группе/.

Рассмотрев влияние некоторых социально-гигиенических факторов производственного и непроизводственного характера на заболеваемость с временной утратой трудоспособности, мы выяснили, что каждый из перечисленных факторов, оказывая определенное влияние на уровень и структуру заболеваемости, взаимодействует с другими факторами.

Организм человека находится под постоянным воздействием

целого комплекса факторов и выделить в жизни изолированное действие только одного не представляется возможным.

Возникает необходимость изучения одновременного воздействия целого комплекса факторов на организм рабочего. Поэтому, исходя из задач исследования, мы попытались ответить на вопрос: какова сила воздействия комплекса факторов и методом направленного отбора выявить степень воздействия каждого из социально-гигиенических факторов, принятых нами для изучения.

Как показали результаты исследования, первое место по силе воздействия занимает профессиональные факторы, затем следуют факторы социально-бытовой среды.

Проведенная оценка достоверности различия показателей заболеваемости между факторами не выявила существенных различий.

Результат воздействия комплекса факторов не равносителен сумме действия перечисленных факторов, так как действие отдельных факторов на здоровье проявляется опосредованно.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОСНОВНЫМ ГРУППАМ И ФОРМАМ БОЛЕЗНЕЙ

В структуре заболеваемости первое место среди всех болезней занимает грипп и острые инфекции верхних дыхательных путей, по которым было потеряно 41,8% всех случаев и 22,6% всех дней нетрудоспособности.

По числу случаев нетрудоспособности уровень заболеваемости женщин выше на 22,0%, по числу дней нетрудоспособности на 45,0%.

Заболеваемость гриппом и острыми инфекциями верхних дыхательных путей чаще наблюдается у лиц молодого возраста, с увеличением возраста заболеваемость этими болезнями снижа-

ется.

Отмечается существенная разница по числу лиц, переболевших гриппом $/35,3 \pm 2,8$; $P < 0,001$ / между рабочими основных цехов завода и работниками заводоуправления. Отмечена также существенная разница по числу заболевших $/38,6 \pm 3,1$; $P < 0,001$ / между лицами, пользующимися городским транспортом и не пользующимися.

Определенную роль в распространении гриппа и острых инфекций верхних дыхательных путей играют жилищные условия.

Так выявлена существенная разница по числу заболевших $/20,5 \pm 6,6$; $P < 0,015$ / между лицами, в семьях которых приходится менее 4 кв.м на человека жилой площади и лицами, в семьях которых приходится более 9 кв.м. Отмечена существенная разница между лицами, проживающими в отдельных коммунальных квартирах и общих квартирах $/27,5 \pm 5,5$; $P < 0,001$ /.

Имеет значение отношение лиц к алкоголю. Отмечается существенная разница $/20,6 \pm 7,2$; $P < 0,05$ / по числу заболевших между лицами, потребляющими и не потребляющими алкоголь.

Травмы всех видов занимает в структуре заболеваемости второе место и составляют 6,9 случаев и 12,4% дней нетрудоспособности. Из них на долю производственного травматизма по числу случаев приходится 3,5%, по числу дней нетрудоспособности - 5,6%.

Причины производственного травматизма носят в основном производственный характер, наибольший удельный вес в которых составляют причины организационного характера $/70,4\%$, значительно меньшая доля травм падает на причины технического порядка $/20,2\%$ и санитарно-гигиенического характера $/2,0\%$.

Из причин непроизводственного характера следует отметить зависимость производственного травматизма от характера семейной обстановки, о чем свидетельствует коэффициент соответствия равный 3,7. Отмечается зависимость производственного травматизма от величины домашней нагрузки, о чем свидетельствует коэффициент ассоциации равный $+ 0,7 /$.

Имеются статистические достоверные различия $/4,7 \pm 2,2$
 $P < 0,05$ /по числу лиц, получивших травмы между группой лиц, потребляющих и не потребляющих алкоголь.

Болезни органов пищеварения занимают в структуре заболеваемости третье место и составляют 5,7% случаев и 8,4% дней нетрудоспособности. Наиболее частыми среди них были болезни печени, желчных путей /43,2%/ и хронического гастрита /22,0%/.

С возрастом заболеваемость болезнями органов пищеварения увеличивается, однако, самая высокая заболеваемость отмечается в возрасте 40-49 лет. Среди женщин преобладают болезни печени и желчных путей, среди мужчин - язвенные болезни и гастриты. Эта группа заболеваний чаще отмечается у шлифовщиков и заточников, среди лиц, потребляющих алкоголь. Фактор материальной обеспеченности в данной группе больных имеет противоречивый характер, так выделена прямая зависимость между уровнем материальной обеспеченности и числом лиц, страдающих болезнями печени и желчных путей и обратная зависимость между числом лиц, страдающих хроническими гастритами.

Болезни органов кровообращения занимают в структуре заболеваемости четвертое место и составляют 3,8% всех случаев заболеваний и 6,5% дней нетрудоспособности.

Почти половина всех заболеваний в этой группе приходится

на гипертоническую болезнь. С возрастом заболеваемость гипертонической болезнью нарастает.

Утрата трудоспособности по гипертонической болезни в днях нетрудоспособности среди женщин превышает подобный показатель у мужчин почти в 2,5 раза. Вместе с тем, на уровень заболеваемости гипертонической болезнью оказывает влияние профессиональный фактор, так, разность по числу заболевших среди инженерно-технических работников и рабочих составляет $3,9 \pm 1,8$ $P < 0,05$.

Из факторов непроизводственного характера имеет значение наличие в анамнезе сильных, психоэмоциональных переживаний. Разница по числу заболевших гипертонической болезнью среди лиц, отмечающих в анамнезе психоэмоциональные переживания и не отмечающих составляет $4,3 \pm 2,1$; $P < 0,05$. Выявлена также прямая зависимость между числом заболевших гипертонической болезнью и частотой потребления алкоголя, курения, а также количеством времени, затраченного на дорогу до места работы и обратно. Положительное влияние умеренной физической нагрузки проявилось в разнице по числу заболевших гипертонической болезнью между лицами, занимающимися утренней физической зарядкой и не занимающимися $7,4 \pm 3,2$; $P < 0,05$ /.

Болезни кожи и подкожной клетчатки занимают пятое место в структуре заболеваемости.

Указанные группы заболеваний составляют более половины всех дней нетрудоспособности / 57,4 %/.

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ

I. Всестороннее изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих промышленных предприятий

возможно лишь при проведении комплексных исследований, где наряду с изучением условий труда большее значение придается условиям быта изучаемого контингента.

Несмотря на важность этого вопроса должное внимание ему в литературе не уделено.

2. В примененной нами методике исследования выявление степени влияния как отдельных, так и всего комплекса социально-гигиенических факторов на заболеваемость с временной утратой трудоспособности проводилось с помощью метода направленного отбора.

3. Условия труда в основных цехах Свердловского инструментального завода в период с 1963 по 1966 год характеризовалась наличием некоторых неблагоприятных производственных факторов, связанных с особенностями технологического процесса и с недостаточно полным проведением санитарно-технических мероприятий.

4. В условиях быта среди рабочих и служащих завода не отмечено существенных отличий, а также не выявилось сочетания только неблагоприятных или только благоприятных социально-бытовых факторов у одних и тех же лиц.

5. Из числа работающих на заводе мужчины составляют 55,1%, женщины - 44,9%. В возрастном составе как среди мужчин, так и среди женщин преобладает возрастная группа 30-39 лет. По стажу работы на данном предприятии наибольший процент /40,2/ составляют рабочие со стажем от 3 до 6 лет.

6. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих и служащих завода обусловлена рядом социально-гигиенических факторов производственного и непроизводственного характера, а также возрастным-половым фактором.

Заболеваемость рабочих и служащих различных возрастных

групп не одинакова. По числу случаев нетрудоспособности наблюдается постепенное повышение заболеваемости в связи с возрастом. По числу дней нетрудоспособности отмечается их нарастание в возрастной группе 20—29 лет /795 дней нетрудоспособности против 425,0 в возрасте до 19 лет/, в возрастной группе 30—39 лет снижение, а в группе 40 лет и старше вновь повышение.

На протяжении всего изучаемого периода заболеваемость женщин была выше по сравнению с мужчинами в среднем по числу случаев заболеваемости на 11,8%, по числу дней нетрудоспособности на 5,2%.

Наиболее высокая заболеваемость на 100 работающих отмечается среди рабочих основных цехов /105,5 случаев и 853,0 дней нетрудоспособности/. Самые низкие показатели заболеваемости отмечены в группе служащих и ИТР /81,2 случая и 602,0 дня нетрудоспособности.

По профессиональным группам первое место по заболеваемости на 100 работающих занимают шлифовщики и заточники /116,8 случаев и 897,4 дня нетрудоспособности/. Самый низкий уровень заболеваемости среди рабочих "горячих" профессий, кузнечного отделения и термического отделения /70,0 случая и 365,1 дня нетрудоспособности.

Действие всех социально-гигиенических факторов проявляется на здоровье работающих только в комплексе и не равно сумме влияний этих факторов, взятых в отдельности, так как каждый из них действует опосредованно через другие факторы.

7. Уровень каждой из отдельных форм и групп заболеваний, наиболее распространенных среди рабочих и служащих завода обусловлен рядом определенных социально-гигиенических факторов.

Практические предложения, вытекающие из нашей работы, включающие в себя санитарно-технические мероприятия, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические и организационно-массовые мероприятия, включены в комплексный план оздоровительных мероприятий завода. Методические указания по шифровке больничных листов кроме медицинского учреждения, обслуживающего инструментальный завод, применяются в других лечебно-профилактических учреждениях города и области, обслуживающих рабочих промышленных предприятий.

СПИСОК РАБОТ

ОПУБЛИКОВАННЫХ В ПЕЧАТИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Шифровка больничных листов.

Методические указания для врачей и фельдшеров Свердловской области при составлении отчета о заболеваемости с временной утратой трудоспособности по форме З-1.

Свердловск, 1967.

2. Общая характеристика заболеваемости с временной утратой трудоспособности некоторых цехов инструментального завода за 1963-1965 гг.

Материалы XXX-годовой научной сессии Свердловского медицинского института.

Свердловск, 1968, с. 165-166.

3. Опыт изучения контингентов лиц, не имевших заболеваний с временной утратой трудоспособности. Советское здравоохранение, 1968, 9, с. 18-21.

4. Опыт изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности по контингенту болевших лиц. Здравоохранение Российской Федерации, 1968, 10, с. 8-10.

5.Связь заболеваемости с временной утратой трудоспособности с частотой употребления алкоголя. Сб.Вопросы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. Пермь, 1968, т.87, вып.5, с.233-235.

6.К вопросу о влиянии социально-гигиенических факторов на заболеваемость с временной утратой трудоспособности.Здравоохранение Российской Федерации, 1969, 9, с.25-28.

7.Заболеваемость с временной утратой трудоспособности работающих и их семейное положение. Материалы 32 и 33-ей годичных научных сессий. Свердловск, 1970, с.422-423.

Материалы диссертации доложены:

1.Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в связи с некоторыми социально-бытовыми факторами. Доложена на XXXI-годовой научной сессии Свердловского Государственного медицинского института, 1968.

2.Производственный травматизм в связи с некоторыми социально-гигиеническими факторами. Доложено на XXXII-годовой научной сессии Свердловского Государственного медицинского института, 1969.

3.Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в связи с комплексом социально-гигиенических факторов.Доложено на заседании кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения II-го Московского Государственного медицинского института.

НС 15130 ПОДПИСАНО К ПЕЧАТИ 24/III 1970 г. ФОРМАТ 60x84 1/16
ОБЪЕМ 1,25 ПЕЧ.Л. ТИРАЖ 200 ЗАКАЗ 542

ЦЕН М 4 ОБЪЕДИНЕНИЯ "ПОЛИГРАФИСТ",
СВЕРДЛОВСК, УНИВЕРСИТЕТСКАЯ Ш.Л. 9