

Легкая форма была у 30 (29,4%) детей, среднетяжелая — у 57 (55,8%), тяжелая — у 15 (14,8%). У 37 больных заболевание протекало по типу стафилококкового гастроэнтероколита, у 65 — энтероколита.

УДК 616—001

### А. А. Нижегородцева (Салават). Производственный травматизм на заводе технического стекла

Для получения данных по травматизму на предприятии нами были изучены журналы регистраций на здравпунктах, амбулаторные карты, истории болезней, акты о несчастных случаях за 1963—1966 гг.

Травмы с утратой трудоспособности составляют в среднем 4,9% (по годам соответственно 5,4; 5,5; 5,2; 3,2%), а без утраты трудоспособности — 95,1%.

Основные показатели травматизма (с потерей трудоспособности) представлены в табл. 1.

Таблица 1

#### Показатели травматизма на 100 работающих

Год	Частота	Тяжесть	Средняя длительность случая нетрудоспособности в днях
1963 . . . .	5,8	21,6	16,7
1964 . . . .	7,8	97,9	12,0
1965 . . . .	9,7	131,0	13,4
1966 . . . .	8,2	79,5	14,7
1967 . . . .	6,5	64,2	9,9

Возрастание частоты травм в 1964—1965 гг. объясняется тем, что в эти годы вводились и осваивались новые виды изделий. Освоение новых производственных мощностей связано с большим объемом пусконаладочных работ, а это потребовало вовлечения в сферу производства большого числа вновь принятых рабочих, в основном молодых, не имеющих достаточной квалификации и производственных навыков.

Наиболее часто возникают травмы у молодых рабочих (18—29 лет), со стажем работы до года (41%) и до 2 лет (19,3%); у рабочих со стажем 5 лет и более травмы наблюдаются реже (7,6%).

Как правило, преобладают резаные раны пальцев рук, что объясняется спецификой производства. Основным травмирующим фактором является стекло, по тем или иным причинам разрушающееся в руках рабочего. Поэтому резаные раны чаще всего встречаются у резчиков, отломщиков стекла (соответственно в 46,0 и 11,3%).

Наибольшее число травм отмечается в первую смену (45,6%), наименьшее — в третью (21,5%). При этом в первую смену максимум приходится на 3 и 4-й часы работы, во вторую и третью — на 1 и 8-й часы. Увеличение травматизма в начале работы во 2 и 3-й сменах можно объяснить тем, что мало кто из рабочих перед этими сменами отдыхает, а в конце — усилением утомления; в середине же смены рабочий втягивается в трудовой процесс.

Больше всего травм в понедельник и во вторник. Немалую роль в этом играют снижение внимания и понижение работоспособности после употребления алкогольных напитков в субботу и воскресенье.

В борьбе за снижение производственного травматизма наряду с работниками отдела охраны труда и техники безопасности принимают участие медработники. Травматолог совместно с инженерами по технике безопасности расследует все несчастные случаи. Ежедневно производится анализ всех случаев производственных травм, результаты рассматриваются в отделе техники безопасности и на заседании заводского комитета. Регулярно проводятся беседы и лекции по травматизму по цехам, индивидуальные беседы с рабочими.

Для более тесного контакта медицинских работников с администрацией цехов введены сигнальные талоны. Рабочий, направляющийся по поводу травмы в поликлинику (она удалена от завода на расстояние около 3 км), получает талон для предъявления врачу. Отрывная часть талона возвращается обратно в цех (мастеру, бригадиру, начальнику смены), откуда был направлен пострадавший.

На заводе необходимо провести следующие мероприятия.

1. Ввести обязательное предварительное обучение безопасным методам работы.
2. Устранить захламленность цехов.
3. Обеспечить механизацию процесса резки стекла.
4. Обучить каждого рабочего оказанию первой помощи.