

реакции. Появилось чейнстоксовское дыхание. Пульс 160, мерцательная аритмия. АД — 105/60 мм.

На 3-и сутки наступило полное расслабление всей мускулатуры (атония), сухожильные рефлексы исчезли. Патологические рефлексы Бабинского с двух сторон остались. В легких сухие и влажные хрипы.

18/VII в 3.00 при явлениях падения сердечно-сосудистой деятельности и остановки дыхания больной умер.

На секции найдены множественные точечные кровоизлияния во всех отделах мозга, отек его. Оболочки бледно-серые, уплотненные, отечные, борозды сглажены. Особенно множественные кровоизлияния — в левой половине полушария мозга. В глубине ткани височной доли очаг кровоизлияния округлой формы диаметром 1,8 см, окружающая ткань мозга кашицеобразной консистенции. Кровоизлияния под висцеральной плеврой, в эндокарде, в ткани легких.

УДК 616.411—089.87—612.015.31

Л. П. Коробкова (Куйбышев). Содержание меди, железа, сидерофилина в сыворотке крови после спленэктомии

Учитывая большую роль Си и Fe в процессах кровотообразования и окислительно-восстановительных реакциях в организме, мы изучали их обмен после спленэктомии.

Обнаружить нарушения в обмене Fe можно путем определения негемоглобинного Fe сыворотки крови. Мы пользовались для этого орто-фенантролиновым методом. За норму принимали колебания в пределах 78—119 мкг% у мужчин и 55,7 — 101,5 мкг% у женщин (Е. А. Гуляев, 1960). Нагрузка с восстановленным водородом Fe проведена по методу М. С. Дульцина (1948), сидерофилин определяли по методу Шаде в модификации М. М. Шерба, содержание Си в сыворотке крови — по методу Шмидта в модификации А. Г. Рахманкулова и И. А. Коптевой (1965).

Было обследовано 65 больных с хроническими заболеваниями печени: 54 с портальным циррозом печени, 2 — с билиарным, 9 — с прогрессирующим течением хронического гепатита. Спленэктомия с органоанастомозами произведена у 25 больных портальным циррозом печени. Кроме того, были обследованы 10 чел., у которых селезенка была удалена по поводу травмы; эти люди до несчастного случая были клинически здоровыми.

Полученные нами данные показали, что после спленэктомии при циррозе печени и по поводу травмы существенных нарушений в обмене Fe и Си не произошло. Это обусловлено компенсаторными возможностями организма. При сопутствующих заболеваниях и послеоперационных осложнениях возможно снижение содержания негемоглобинного Fe и повышение Си сыворотки крови, что следует учитывать при оценке показателей негемоглобинного железа, меди и сидерофилина.

УДК 616—001—613.6

С. Д. Лебедев (Йошкар-Ола). Производственный травматизм на Марийском целлюлозно-бумажном комбинате

Нами изучено 1545 производственных травм с временной утратой трудоспособности на Марийском целлюлозно-бумажном комбинате за 1956—1965 гг.

За 10 лет коэффициент частоты производственного травматизма уменьшился в 2,6 раза (4,5 на 1000 работающих в 1956 г. и 1,7—в 1965 г.).

Снижение производственного травматизма на комбинате началось с 1959 г., когда хирург-травматолог начал активно участвовать в расследовании причин несчастных случаев. Было обращено внимание администрации и общественных организаций комбината на важность профилактики производственного травматизма. Значительно способствовала снижению производственного травматизма на комбинате проводимая в течение семилетки реконструкция цехов.

Наибольшее количество несчастных случаев падало на лесотопливный цех (18,7%), целлюлозный завод (16,8%), транспортный цех (13,6%), бумажную фабрику № 1 (3,0%). Коэффициент частоты был самым высоким на Свияжском руднике по подземной добыче известкового камня, затем в складе готовой продукции, транспортном цехе, целлюлозном заводе, ремонтно-механическом, лесотопливном, ремонтно-строительном цехах.

За 10 лет на погрузочно-разгрузочных работах и при перемещениях тяжестей возникло 43,2% всех травм, из них 70,0% — при работе без применения механизации. На работы по ремонту и реконструкции машин, оборудования и сооружений приходится 19,1% травм, из них 28,1% — при пользовании различными механизмами. С эксплуатацией оборудования связано 16,9% травм. При передвижениях людей в процессе работы возникло 14,3% травм, из них 47,9% — внутри цехов (из-за скользкости плиточных полов, которые моют водой из шлангов или заливают ею, из-за неисправностей водоза-

порных устройств, полов, лестниц, трапов, из-за недостаточного наблюдения за перекрытиями канализации, из-за недочетов в организации и содержании рабочих мест, освещения и т. д.).

На прочие виды работ падает 6,5% травм. Частота несчастных случаев резко возрастает в лесотопливном цехе в зимние месяцы (ноябрь, январь, февраль, март), когда рабочие заняты на ручной выколке древесины из льда.

60% всех травм возникло в 1-ю смену (с 8 часов), 24% — во 2-ю и 16% — в 3-ю. В 1-ю смену (коэффициент частоты 3,6) проводятся основные ремонтные работы, увеличивается масштаб погрузочно-разгрузочных работ. Во 2-ю смену (коэффициент частоты 2,8) резко сокращается объем ремонтных и погрузочно-разгрузочных работ, но рабочие приходят на смену уставшими от домашних работ. В 3-ю смену (коэффициент частоты 2,0) почти отсутствуют ремонтные работы, а погрузочно-разгрузочные ведутся только профессиональными грузчиками.

Мужчины в 2—3 раза чаще подвергались травматизму, чем женщины (коэффициент частоты соответственно 4,1 и 1,6). Мужчины больше заняты на погрузочно-разгрузочных работах, перемещениях тяжестей и на ремонтных работах.

На комбинате трудятся рабочие 153 профессий. Нами проанализирован травматизм по 32 профессиям. Только на 3 профессии пришлось 49,6% всех травм: разнорабочие — 25,7%, грузчики — 12,5%, слесари — 11,4%.

При анализе производственного травматизма по организационно-техническим причинам нами использована классификация С. Я. Фрейдлина. На долю технических причин пришлось 11,2% всех травм (46,5% из них — из-за неисправностей оборудования, 37,2% — из-за несовершенства конструкций машин и оборудования).

Основными причинами травм на комбинате являются организационные — 78,7% всех травм, что подчеркивалось и другими авторами (Н. А. Куксенюк, 1956; А. В. Вавилов, 1963). По санитарно-гигиеническим причинам возникло 6% травм, по личным — 0,7%, по прочим — 3,4%.

УДК 616—001

А. И. Татаринов (Липецк). Непроизводственный травматизм у работающих на металлургическом заводе

Непроизводственный травматизм у рабочих Новолипецкого металлургического завода за 1957—1965 гг. составил 60,8% общего числа травм с временной утратой трудоспособности.

Наше исследование основано на изучении 4946 непроизводственных травм у работающих на заводе. В это число входят также 529 травм в пути следования на работу и с работы. Обстоятельства и причины травмы в пути принадлежат к одному из видов непроизводственного травматизма, чаще всего к уличному.

Удельный вес непроизводственного травматизма в структуре заболеваемости на заводе составил за 9 лет в среднем 4,1% по частоте случаев и 5,9% по дням нетрудоспособности, производственного травматизма соответственно 3,0 и 4,9%. Таким образом, удельный вес непроизводственного травматизма в структуре заболеваемости выше производственного, и борьба с ним является актуальной проблемой.

Непроизводственный травматизм за изучаемый период снизился в 2,6 раза по частоте и на 32,7% по дням нетрудоспособности (соответственно с 5,7 случая на 100 работающих до 2,2 случая и с 53,4 дня до 36,0 дня).

Нами установлена зависимость непроизводственного травматизма от пола и возраста. 83,6% травм приходится на мужчин и 16,4% на женщин. Коэффициент частоты на 100 работающих у мужчин равен 6,6 случая, у женщин — 2,4.

На возрастные группы до 25 лет приходится 34,8% всех травм, а на возраст до 35 лет — 75,5%.

Наиболее высока интенсивность непроизводственного травматизма у лиц молодого возраста.

Уровень травматизма среди рабочих значительно выше, чем среди инженерно-технического персонала и служащих.

Установлена определенная зависимость травматизма от времени года, месяцев, дней, недель и часов суток. На зимние месяцы приходится 21,6% всех травм, на весенние — 22,4, на летние — 29,7 и на осенние — 26,3%. Имеет значение повышение активности населения в теплое время года, а также работа на приусадебных участках, садах и огородах.

Интенсивность травматизма была наиболее высокой в июле, августе и сентябре (0,49; 0,51 и 0,52 на 100 работающих), наиболее низкой — в январе, феврале и апреле (соответственно 0,37; 0,35 и 0,33).

Наибольшее количество (51,6%) травм падает на последнюю четверть суток (с 18 до 24 часов). Травматизм в течение суток от 6 часов утра постепенно растет и достигает максимума в вечерние часы от 18 до 21 часа, затем снова отмечается снижение, и минимальное количество травм приходится на ночные и утренние часы.