

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 изо 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. Татаринев (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 времен 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.

В структуре производственного травматизма за 9 лет ушибы и растяжения составили 45,5%, раны — 31,2%, ожоги — 9,7%, переломы — 8,2%, сотрясения головного мозга — 2,4% и другие повреждения — 3%. В динамике по годам отмечается увеличение ушибов и растяжений и уменьшение ранений.

Средняя длительность нетрудоспособности одного случая производственных травм в итоге за 9 лет составила 9,1 дня (средняя длительность нетрудоспособности одного случая производственной травмы — 11,8 дня).

92,3% больных с производственными травмами лечились амбулаторно и 7,7% — в стационаре.

Травмы головы и лица составили 19,1%, глаз — 2,1%, туловища — 9,9%, позвоночника — 0,6%, верхней конечности (без кисти) — 14,9%, кисти (без пальцев) — 15,6%, пальцев кисти — 7,6%, нижней конечности (без стопы) — 12,8%, стопы (без пальцев) — 10,7%, пальцев стопы — 6,7% от общего числа травм.

В 19,2% возникновение травм связано с употреблением алкоголя.

УДК 616.71—001.5—616—036.86

А. А. Беляков (Саранск). Инвалидность после переломов длинных трубчатых костей

За 1951—1963 гг. среди 330 инвалидов с последствиями диафизарных переломов длинных трубчатых костей мужчин было 262, женщин — 68. В возрасте от 16 до 19 лет было 4%, от 20 до 40 — 55,8%, от 41 до 60 — 40,2%. Рабочих было 64,5%, колхозников — 12,2%, служащих — 10,9%, учащихся — 0,9% и прочих — 11,5%.

Больных с переломами костей голени было 43,8%, бедра — 27%, предплечья — 18,5% и плеча — 10,6%.

Производственные травмы были в 45,4%, транспортные в 26,4%, уличные в 13,3%, сельскохозяйственные в 11,6% и бытовые в 3,3%.

У 251 (76%) больного были закрытые и у 79 (24%) открытые переломы. С момента травмы до установления инвалидности у 65,3% прошло менее 6 месяцев, у 34,7% — от 6 мес. до года.

По первичным диагнозам ВТЭК у 27% больных причиной инвалидности были неправильно сросшиеся переломы, у 21,5% — анкилозы и контрактуры, у 19,4% — замедленная консолидация, у 15,2% — «состояние после перелома», у 7,9% — ложные суставы, у 5,4% — остеомиелит, у 2,4% — периферические парезы и параличи и у 1,2% — трофические язвы после открытых переломов.

Первая группа инвалидности установлена у 1,5% (в большинстве случаев при двустороннем переломе бедра и плеча). Вторая — у 66,4% (в основном при ложных суставах, замедленной консолидации и переломах, требующих дальнейшего лечения), из них больные с последствиями переломов костей голени составили 44,3%, бедра — 29,2%, плеча — 10,5% и предплечья — 16,0%. Третью группу инвалидности (неправильно сросшиеся переломы, остеомиелиты, периферические парезы и параличи, трофические язвы) получили 32,1% больных. В этой группе больных с последствиями переломов костей голени было 45,3%, бедра — 19,8%, предплечья — 24,5% и плеча — 10,4%.

При повторных освидетельствованиях во ВТЭК из 5 инвалидов первой группы один переведен в третью и один признан трудоспособным, из 219 инвалидов второй группы 95 переведены в третью и 37 признаны трудоспособными, из 106 инвалидов третьей группы 19 признаны трудоспособными. У 32% инвалидность продолжалась до года, у 68% — от 2 до 5 лет и более. Наиболее кратковременная инвалидность была при последствиях перелома плеча, наиболее продолжительная — после переломов бедра голени и предплечья.

Из 89 инвалидов после переломов бедра, 145 инвалидов после переломов костей голени, 35 инвалидов после переломов плеча и 61 инвалида после переломов костей предплечья к прежней работе вернулись соответственно 23, 46, 14 и 14, получили ограничение в прежней работе 7, 9, 2 и 7, снизили квалификацию 8, 19, 7 и 7, перешли на равноценную работу 5, 13, 1 и 4, не работают 46, 58, 11 и 32.

Инвалидность, возникшая в результате тяжелой травмы, была в 41,5%. Сюда отнесены сочетанные переломы, переломы с обширным повреждением мягких тканей и др. В 10,6% при вынесении решения об инвалидности принимались во внимание имевшиеся ранее либо присоединившиеся соматические заболевания (сердечно-сосудистые, легочные и др.). У 47,9% инвалидность наступила в результате неполноценного и несвоевременного лечения.

63% обследованных нами больных получали консервативное лечение, 37% — оперативное.