

у больных этой группы. Так, дисбактериоз у них выявлялся существенно чаще (80%), чем у обследованных без пиелонефрита (32,6%), и характеризовался в основном нарушениями со стороны аэробной микрофлоры. Достоверно чаще в процесс дисбактериоза вовлекалось семейство кишечных бактерий (70% против 22%); чаще обнаруживались кишечные палочки, замедленно ферментирующие лактозу (60% и 11%), пролиферация грамположительных и грамотрицательных кокков (50% и 18%) и гемолизирующих кокков (50% и 11%).

Достоверной разницы в частоте и характере дисбактериозов у лиц, перенесших среднетяжелую и тяжелую формы ГЛПС, не выявлено.

Таким образом, при изучении микрофлоры толстой кишки почти у всех больных ГЛПС (92%) перед выпиской из стационара был диагностирован дисбактериоз. Восстановление микробного пейзажа происходит длительно, и к 2 годам после перенесенного заболевания дисбактериозы сохраняются в основном у лиц со сформировавшимся хроническим пиелонефритом.

УДК 616.382—003.4—053.2—089.8

**Р. М. Мухаметзянов, В. Д. Никифоров,  
О. Н. Иванов (Лениногорск, ТССР). Киста большого сальника у ребенка**

Диагностика кист сальника представляет значительные трудности. Обнаруживают их случайно на операционном столе или при секции. Возможность развития тяжелых осложнений при данной патологии диктует активную хирургическую тактику независимо от возраста ребенка.

В доступной нам литературе мы не нашли описания такого наблюдения, когда бы киста большого сальника была опущена в мошонку,

поэтому приводим клинический пример из нашей практики, который представляет определенный интерес.

М., 1 год 2 мес, поступил в детское хирургическое отделение 19.06.1990 г., на плановое оперативное лечение по поводу грыжевого выпячивания больших размеров в правой пахово-мошоночной области. Болен с 6-месячного возраста.

20.06.1990 г. были произведены грыжесечение справа по Ру-Краснобаеву, лапаротомия, иссечение кисты большого сальника. При вскрытии грыжевого мешка была обнаружена киста больших размеров, что потребовало ревизии брюшной полости.

Срединным разрезом выполнена лапаротомия. Выделена многокамерная киста из 3 отделов размерами 10×8, 9×12, 9×6 см с тонкой прозрачной стенкой, заполненная бесцветной жидкостью. Она была соединена единственным основанием (тяжем шириной 6 см с большим сальником поперечной ободочной кишки). Данный участок сальника перевязали по частям и иссекли.

Патологистологический диагноз: в препарate жировая ткань со множеством сосудов, причем артерии и вены расположены рядом, в их просвете имеются эритроциты. В жировой ткани полость без содержимого. Ее стена состоит из рыхлых соединительнотканых волокон, расположенных контактирующими с периферией кисты, местами видны кровоизлияния с четкими контурами эритроцитов.

Диагноз: гладкостенная киста с участками периферических кровоизлияний.

Послеоперационное течение было гладким. Выписан домой на 14-е сутки. Осмотрен через 3 месяца — здоров.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 637.51:614.8

### ПРИЧИНЫ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ТРАВМ В МЯСНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

*И. А. Нушибаев, Т. Л. Нушибаева*

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.—проф. Л. Г. Горчаков)  
Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института*

Один из главных путей интенсификации производства и переработки мяса — повышение производительности труда на основе снижения уровня заболеваемости и производственного травматизма работников мясокомбинатов.

Нами был изучен производственый травматизм у работников 16 мясокомбинатов Саратовской области по данным отчетов и актам расследования несчастных случаев на производстве формы Н-1. В 19181—1989 гг. произошло 668 несчастных случаев, связанных с работой на предприятиях.

В табл. 1 приведены основные показатели по производственному травматизму в изучаемых подразделениях.

Как видно из табл. 1, уровень производственного травматизма и тяжесть повреждений не имеют тенденций к снижению. Вопрос о причинах травматизма относится к числу первостепенных, в значительной степени определяет организационные формы его профилактики и их целенаправленность. Все многообразие причин производственного травматизма можно объединить в четыре группы: технические, санитарно-гигиенические, организационные и личные.

Таблица 1

## Показатели производственного травматизма у работающих

Показатели	Годы								
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Случаи на 100 работающих	1,2	1,2	0,9	0,9	1,3	1,4	1,3	1,8	1,3
Дни нетрудоспособности на 100 работающих	15,8	16,2	17,6	20,5	23,2	24,1	24,3	34,7	35,0
Средняя длительность одного случая (дни)	13,6	13,5	20,5	24,1	17,2	17,2	18,5	19,1	26,7

Таблица 2

## Взаимодействие причин и факторов при возникновении травматизма

Причины	Факторы					
	механическая сила	сила тяжести	электрический ток	термический	химический	всего
Организационные	33,7	3,7	1,0	1,6	1,1	41,1
Личные	31,6	7,9	—	1,0	0,5	41,0
Санитарно-гигиенические	2,6	5,8	—	—	—	8,4
Технические	8,9	0,6	—	—	—	9,5
Всего	76,8	18,0	1,0	2,6	1,6	100,0

В табл. 2 приведены данные о причинах травматизма во взаимодействии с травмирующими факторами.

Механическая сила становилась травмирующей чаще всего при организационных недостатках производства и личных причинах. Сила тяжести выступала травмирующим агентом в большем числе случаев при санитарно-гигиенических нарушениях и личных причинах. Ведущими из организационной группы причин были нарушения работающими правил техники безопасности (37,4% от числа всех причин травматизма в отрасли). Среди личных причин превалировала неосторожность работников (37,9%). Неудовлетворительное содержание территории предприятия явилось основной санитарно-гигиенической причиной несчастных случаев (4,7). В группе технических причин главными были конструктивные недостатки и неисправности оборудования и транспортных средств.

Как известно, безопасность той или иной работы зависит от предмета и условий труда, его средств, человека. Элемент системы труда, влияющий на формирование опасных и аварийных травмоопасных ситуаций, называют фактором травмирования. Основными травмирующими факторами в мясной промышленности являются механическая сила и сила тяжести.

Структура механической силы как повреждающего агента следующая (в %): ножи — 31,6, технологическое обо-

рудование — 10,5, транспортные средства — 7,4, инструменты — 5,3, механизмы — 5,8, подъемные устройства — 3,1, мясные туши — 7,4, инородные тела — 1,6, животные — 2,5, стекло — 1,6.

Таким образом, основным травмирующим агентом в отрасли являются остро отточенные ножи, которые применяются при основных технологических операциях: при съемке шкур, обвалке и жиловке мяса. Сила тяжести как повреждающий агент была представлена падением людей (16,4%) и предметов на них (1,6%).

При анализе обстоятельств, при которых произошли производственные травмы, было установлено, что в цехах основного производства они имели место в 58,9% случаев, во вспомогательных цехах в — 23,2%, на территории предприятия — в 10,5%, на транспорте 7,4%.

При погрузочно-разгрузочных работах было зафиксировано 17,9% случаев травм. Обслуживание основных технологических операций, наладка, ремонт, мойка оборудования приводили к производственным травмам в 52,7% случаев, передвижение по цехам, территории предприятий, на транспорте — в 14,7%.

Обобщение данных литературы и собственный опыт изучения производственного травматизма в ряде отраслей промышленности позволяют выделить в качестве ведущих три основные группы мероприятий по профилактике

несчастных случаев: организационные, санитарно-гигиенические, медицинские.

Организационные мероприятия предусматривают постоянный контроль за безопасностью выполнения работ, пропаганду правил охраны труда, систематическую санитарно-просветительную работу. Самой перспективной организационной формой борьбы с производственным травматизмом является создание единых для всех мясокомбинатов инженерно-врачебных бригад по оздоровлению условий труда и снижению травматизма.

Санитарно-гигиенические мероприятия профилактики должны быть направлены на создание оптимальных гигиенических и эстетических условий труда — температурно-влажностного режима, освещения, вентиляции, на безусловное соблюдение правил и норм промышленной санитарии.

Большая роль в системе мер профилактики травматизма отводится медицинским работникам. Их основными задачами являются тщательный учет всесторонний анализ причинно-факторных связей при травматизме, целепо-

направленная борьба с санитарно-гигиеническими нарушениями на производстве, организация санитарных постов на предприятиях и обучение работающих методике оказания само- и взаимопомощи при повреждениях.

В борьбе с производственным травматизмом на предприятиях мясной промышленности имеются огромные резервы. В 49,4% случаев травмы возникают в результате санитарно-гигиенических и личных причин, а они управляются со стороны медицинских работников.

Поступила 19.06.90.

## THE REASONS OCCUPATIONAL TRAUMA-TA IN MEAT INDUSTRY

I. A. Nushtaev, T. L. Nushtaeva

### Summary

The investigation of occupational traumatism for 1981—1989 is performed at the meat industry plants of the Saratov region. The main reasons of traumatism and principal traumatizing agents are revealed. The circumstances of the origin of occupational traumata are considered. The following prophylactic measures are presented: organizational, sanitary-and-hygienic, medical.

## УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ ЗА 1991 год

### Социальная гигиена и организация здравоохранения

**Бардина Г. А.** (Казань). Перспективы развития охраны материнства и детства в ТССР. 4, 241.

**Залиятдинова А. Р.** (г. Набережные Челны, ТССР). Опыт организации детской офтальмологической службы в г. Набережные Челны. 2, 151.

**Низамов И. Г., Прокопьев В. П.** (Казань). Заболеваемость с временной утратой трудоспособности врачей ТССР. 4, 311.

**Нуштаев И. А., Нуштаева Т. Л.** (Саратов). Причины производственных травм в мясной промышленности. 6, 471.

### Терапия

**Арлеевский И. П.** (Казань). Синдром преждевременного возбуждения желудочков. 6, 428.

**Батраков С. Н.** (Чебоксары). Эндоскопическая лазеротерапия и биоаминный статус структур слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки больных язвенной болезнью. 4, 252.

**Бессельцев С. С., Абдулкадыров К. М.** (Ленинград). Ультразвуковое сканирование в диагностике поражений паренхиматозных органов и экстрамедуллярных очагов кроветворения у больных острым нелимфобластным лейкозом. 1, 10.

**Бессельцев С. С., Абдулкадыров К. М., Шилова Е. Р.** (Ленинград). Методы профилактики осложнений терапии антилимфоцитарным глобулином у больных гипопластической анемией. 3, 172.

**Бурнашева Р. Х., Чугунова М. И., Храмов В. В., Фассахов Р. С.** (Казань). Микрофлора

воздуха как этиологический фактор в развитии респираторных аллергозов. 4, 248.

**Валимухаметова Д. А., Копылов А. Н., Сергеев В. А.** (Казань). О необходимости коррекции микроциркуляции у больных острой пневмонией и хроническим бронхитом. 1, 18.

**Валимухаметова Д. А., Копылов А. Н., Хамитов Р. Ф.** (Казань). Качественная характеристика кривой «поток-объем» у больных острой пневмонией. 2, 81.

**Валимухаметова Д. А., Хамитов Р. Ф., Копылов А. Н.** (Казань). Возможности анализа функции внешнего дыхания на новом отечественном пневмотахографе ПТГ-3-01. 5, 394.

**Веретеников С. В., Трусов В. В., Дмитриев А. А., Сускова В. С.** (Ижевск). Иммунологические аспекты длительнотекущего инсулиновизируемого сахарного диабета. 1, 30.

**Ворожцов С. И., Садиков С. А., Ковтунова М.-Е., Паньков В. Н., Ситников С. А.** (Киров). Классификация тяжести течения гемофилии А, активности и глубины поражения опорно-двигательного аппарата по биохимическим критериям. 5, 338.

**Галляев А. С., Ослопов В. Н.** (Казань). Возможности допплерэхокардиографии при заболеваниях сердца. 1, 62.

**Глушко Л. В.** (Ивано-Франковск). Антагонисты кальция и атерогенез. 3, 186.

**Ена Я. М., Дидковская Л. А., Зарицкая В. Н.** (Киев). Внутрисосудистое микросвертывание крови при гипертонической болезни. 1, 73.

**Зайде Г. А., Шардаков В. И., Конанева Т. Г., Садовникова С. Ю., Кузнецова Н. Н., Колева**