

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА НА ЗАВОДЕ

Ассистент А. М. ДЕМЕЦКИЙ

Из кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии
Витебского медицинского института (заведующий курсом —
доцент В. Х. Митрошенко)

На Витебском станкостроительном заводе им. С. М. Кирова производственный травматизм в период с 1949 по 1952 год занимал по численности второе, а с 1953 по 1956 год — четвертое место.

Количество травм и число дней нетрудоспособности на 100 рабочих по годам показано в таблице.

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
Случаев на 100 рабочих . . .	10,8	10,1	12,5	11,5	4,7	7,7	5,8	5,6
Дней нетрудоспособности на 100 рабочих	100,3	102,8	104,1	128,8	54,8	86,4	65,7	48

Повреждения встречались преимущественно у токарей (48,5 процента) и слесарей (32,2 процента), имеющих рабочий стаж до одного года; первые составляют 12,1 процента общего количества рабочих завода, вторые — 8,2 процента. По частоте производственных травм наиболее неблагоприятными являются вторая и третья смены.

Отмечается некоторая закономерность в распределении производственного травматизма по декадам месяца (в процентах): в первую декаду — 34,6, во вторую — 25,4, в третью — 40,0. Увеличение количества травм в третьей декаде происходило из-за нарастания темпов производ-

ства к концу месяца; поспешность снижала внимание рабочих и контроль со стороны мастеров и начальников цехов. В первой половине года производственный травматизм в 1,5 раза выше, чем во второй. Это объясняется тем, что в первом полугодии на самостоятельную работу переводятся ученики, не имеющие достаточных профессиональных навыков.

Наиболее частой локализацией травм являются верхние (53,7 процента) и нижние (24,8 процента) конечности. Из повреждений верхних конечностей 94,8 процента приходилось на кисти и пальцы, правая кисть почти в два раза повреждается чаще, чем левая. Среди повреждений нижних конечностей чаще всего встречались травмы (в процентах): стоп — 59,3, пальцев стоп — 25,4, голеней — 15,3. Травмы верхних конечностей преобладают у токарей, повреждения нижних конечностей — у слесарей. У первых это связано с неправильными и опасными приемами работы, у вторых — с захлапленностью рабочего места.

Характер повреждений (в процентах): раны составляют 45,4, ушибы — 22,2, инородные тела 15,1, ожоги — 14,2, отрывы и отсечения — 1,2, травмы смешанного характера — 0,9, растяжения — 1,0. Раны и инородные тела преобладают у токарей, ушибы — у слесарей, ожоги — у заливщиков и кузнецов.

При рассмотрении производственного травматизма среди различных цехов завода оказалось, что наиболее неблагоприятными являются (в расчете на 100 рабочих): литейный, третий механический, второй сборочный, кузнечно-заготовительный и транспортный цехи; в них выполняются наиболее трудоемкие процессы, менее используется комплексная механизация и малы производственные площади. Коэффициент частоты производственных травм в этих цехах наибольший у слесарей-сборщиков, обрубщиков, кузнецов, заливщиков и грузчиков, т. е. среди тех профессий, труд которых мало механизирован и где защитные приспособления неэффективны.

За 8 лет большинство повреждений дали (в процентах): переносимые вручную грузы — 17,8, отлетающие осколки металла и камня — 16,9, станки по обработке металлов — 14,2, ручные инструменты — 10,4.

Основными организационно-техническими причинами травм являлись (в процентах): недостаточный инструктаж и, как следствие этого, неправильные и опасные приемы — 30,1, отсутствие удобных защитных очков или непользование ими — 13,3, загроможденность проходов, проездов, подсобных и подъемных площадок — 12,8, несоответствие или неисправность ручных инструментов — 10,2, отсутствие или неисправность защитных приспособлений — 9,6, неисправность механического оборудования — 7,3, отсутствие навыков при работе с инструментами и механизированным оборудованием — 6,7, несоответствие или отсутствие спецодежды — 4,1, прочие причины — 5,9.

В конце 1952 года по предложению медицинских работников здравпункта было проведено первое совместное совещание медицинских работников с дирекцией, партийной, профсоюзной организациями и активом рабочих завода о путях снижения производственного травматизма. На совещании было принято решение:

организовать методический кабинет для групп рабочих, не имеющих достаточных профессиональных навыков, проводить с ними двухмесячные семинары по повышению квалификации, знакомить их с правилами по технике безопасности, с основными вопросами промышленной санитарии и гигиены рабочего места;

расширить производственные площади механических, сборочных, литейного и кузнечно-заготовительного цехов путем вынесения за пределы

цеха кладовых готовых деталей и ликвидации перегородок, делящих цеха на отдельные участки;

создать поточный метод производства в механических и сборочных цехах. Установить подъемные механизмы и устранить загроможденность; заменить маломеханизированные станки модернизированными, с защитными ограждениями;

разработать и внедрить новые защитные приспособления для заточного отделения инструментального цеха, механических и сборочных цехов;

заменить неисправный инструментарий доброкачественным, возложить ответственность за качество инструментария на мастера смены;

увеличить освещенность цехов, усилить надзор со стороны мастеров за выполнением работ во вторую и третью смены;

организовать при здравпункте травматологический пункт;

подготовить медицинских работников здравпункта по основам травматологии, обязать их изучать элементы технологии производства;

в каждом цехе произвести выборы сануполномоченных и подготовить группы помощи из пяти рабочих по борьбе с производственным травматизмом, ознакомить их с вопросами охраны труда, техники безопасности и промсанитарии, обучить элементам оказания первой травматологической помощи;

прикрепить к каждому цеху среднего медицинского работника, в наиболее крупном корпусе завода — механосборочном открыть сестринский медпункт;

образовать общезаводскую комиссию по борьбе с производственным травматизмом в составе: общественного инспектора по охране труда (от заводского профсоюзного комитета), врача здравпункта (хирурга), инженера по технике безопасности и двух рабочих;

обязать общезаводскую комиссию по борьбе с производственным травматизмом систематически контролировать выполнение намечаемых мероприятий, расследовать каждый случай травмы, выявлять причины производственного травматизма и намечать пути его предупреждения; один раз в квартал комиссия отчитывается о своей работе на заседании завкома.

Многие пункты этого решения были включены затем в коллективные договоры 1953 и последующих годов, как составная часть комплексного плана оздоровительных мероприятий по снижению заболеваемости и травматизма.

Учет всех травм мы производим, используя предложенную нами «Сигнальную карту пострадавшего» (см. рисунок), она облегчает статистическую разработку, помогает выявлять наиболее часто повреждаемые участки тела и установить причины травм. Подпись мастера на сигнальной карте повышает его ответственность за санитарно-техническое состояние участка, за повышение квалификации и регулярное инструктирование рабочих.

Средний медицинский персонал здравпункта с помощью цеховых комитетов Общества Красного Креста, сануполномоченных и групп помощи по борьбе с производственным травматизмом проводит значительную работу по организации рабочего места, устранению захламленности и загроможденности, проводит беседы в цехах на медицинские темы, обучает рабочих по комплексу ГСО, производит обработку микротравм и оказывает травматологическую и другую медицинскую помощь в цехах, принимает участие в производственных совещаниях у начальников цехов. Особенно хорошие результаты получены средними медицинскими работниками, сануполномоченными и группами помощи по борьбе с про-

изводственным травматизмом — в литейном и первом механическом цехах, где количество травм за последнее время резко снизилось.

С 1953 по 1956 год здравпунктом завода подготовлено по комплексу ГСО 950 рабочих, сануполномоченных — 72, создано 15 санитарных постов, обучена сандружина. Совместно с инженером по технике безопасности разработано инструктивное пособие по технике безопасности и

Дата травмы _____ _____ час _____ мин.	Поступление в медп. _____ _____ час _____ мин.																					
сигнальная карта пострадавшего																						
Кол. дней нетрудосп.																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 70%;">Фамилия, и. о.</td><td style="width: 10%; text-align: center;">Ж.</td><td style="width: 20%; text-align: center;">М.</td></tr><tr><td>Год рождения</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>Цех</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>Профессия</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>Стаж</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>Диагноз</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>Причина травмы</td><td colspan="2"></td></tr></table>		Фамилия, и. о.	Ж.	М.	Год рождения			Цех			Профессия			Стаж			Диагноз			Причина травмы		
Фамилия, и. о.	Ж.	М.																				
Год рождения																						
Цех																						
Профессия																						
Стаж																						
Диагноз																						
Причина травмы																						
Подпись мастера _____ Подпись медраб _____																						

оказанию первой медицинской помощи, применительно к условиям нашего предприятия. Внесено несколько предложений, направленных на снижение производственного травматизма и улучшение условий труда. Многие из них были приняты и выполнены (размещение станков и расположение механических цехов по родственным операциям, расширение производственных площадей сборочных и заготовительного цехов за счет уплотнения подсобных помещений и цеховых контор, оборудование раздевалок, умывальников с подачей горячей воды и фотария).

Медицинские работники здравпункта проводят санитарнопросветительную работу среди рабочих. В этом им помогают прикрепленные к предприятию врачи-дерматологи из областного кожно-венерологического диспансера, которые два раза в месяц посещают завод, обследуют цеха, читают лекции о мерах борьбы с гнойничковыми заболеваниями кожи, разрабатывают совместно с врачом здравпункта методику их профилактики. Горсанэпидстанция систематически осуществляет санитарный надзор за предприятием.

Общезаводская комиссия по борьбе с производственным травматизмом проводит свою работу в контакте с дирекцией завода, партийной и профсоюзной организацией. Совместно с главным инженером, начальниками цехов и мастерами комиссия ежемесячно проводит совещания по вопросам техники безопасности и промсанитарии. Следит за ходом выполнения мероприятий по снижению производственного травматизма.

Наряду с профилактикой травм здравпункт осуществляет и их лече-

ние. Имея хорошо оборудованный травматологический пункт (гнойную и чистую перевязочные, операционную и физиотерапевтический кабинет), мы не направляем рабочих в поликлиники, а лечим их на здравпункте. Это дает возможность одному врачу вести наблюдение за больным в течение всего периода лечения и добиваться сокращения сроков лечения. Наши данные показывают, что количество дней нетрудоспособности увеличивается, если больной лечился у нескольких врачей и в различных поликлиниках.

Большое число мелких травм (царапины, порезы, ссадины, уколы), а также небольшие ожоги, влекут за собой возникновение гнойничковых заболеваний кожи. Мы проводили обработку травм различными антисептическими средствами. Применялись: 2-х процентный спиртовой раствор йода, тройная краска, жидкость Новикова, пропись профессора А. Я. Прокопчука и предложенная нами антисептическая клеящая жидкость (0,02 фурацилина, 3,0 70° спирта, 100,0 коллодия). Результаты опубликованы в 1956 году в журнале «Здравоохранение Белоруссии», № 11.

Для лечения мелких ожоговых травм использовались: таннин, концентрированные растворы марганцовокислого калия и предложенная нами клеящая жидкость (см. выше). Процент нагноений составлял соответственно: 15,0, 16,2 4,5. Эпителизация при первых двух способах наступала на пятый-шестой день, при третьей — на второй-третий день.

Лечение микроожоговых ран под повязкой 1-процентной эмульсией синтомицина, а также мазью фурацилина (1 : 400,0), давало во многих случаях (21,2 процента) осложнения в виде нагноений; сроки заживления — 6—8 дней, что заставило нас полностью перейти на лечение микроожогов антисептической клеящей жидкостью.

Результатом проведенной нами работы за последние 4 года является снижение производственного травматизма почти в два раза. Так, на 100 рабочих было производственных травм за 1949—1952 годы — 11,2; число дней нетрудоспособности составляло — 100,8. В 1953—1956 годах соответственно — 5,9 и 63,9.
