Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1996, № 5

© В. А. КОРШУНОВ, 1996

УДК 614.2:656.21]:93(470)

В. А. Коршунов

МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИ СТРОИТЕЛЬСТВЕ АМУРСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ (1891—1913 ГГ.)

Хабаровский крайцентр ГСЭН

19 мая 1891 г. цесаревич Николай, возвращаясь из Японии, положил первый камень при закладке Уссурийской железной дороги. Этот день стал точкой отсчета, от которой ведет свое исчисление строительство железных дорог на Дальнем Востоке. Средняя численность рабочих западной части Амурской железной дороги во время строительного сезона составляла 14—15 тыс., из которых около 9 тыс. были заняты на земляных работах. С целью недопущения инфекционных заболеваний на линию постройки было обращено самое пристальное внимание на санитарное состояние пересадочного пункта Сретенск, где рабочие, прибывшие из России, покидали поезда и ждали посадки на баржи и пароходы. Принятые меры регулировали движение рабочих и переселенцев по Шилке и Амуру для избежания большого скопления людей в Сретенске. Решение этой задачи возлагалось на начальника работ западной части Амурской железной дороги инженера Е. Ю. Подруцкого. Задача была выполнена через подчиняющиеся начальнику органы — материальную и санитарную службу управления работ. В состав санитарной службы управления постройки железной дороги входил врачебный отдел, состоявший из старшего врача, письмоводителя-счетовода, двух старших и трех младших фельдшеров и одной переписчицы. Район постройки был разделен на 8 врачебных участков. На каждом имелась больница и 2—3 приемных покоя. Больницы находились на тех станциях, где размещались конторы строительных участков. Всего на линии постройки было 8 больниц (на 400 коек), 24 приемных покоя на 120 коек и 2 амбулаторных приемных покоя. В Чите находилась девятая больница на 25 коек для служащих управления работ и рабочих, поступающих с линии для специального лечения или серьезных хирургических операций.

На Рейновской и Часовинской ветвях дороги работало по одному санитарному вагону. В составе каждого врачебного участка имелись возглавлявший его врач, один старший фельдшер, одна акушерка или акушерка-фельдшерица и 3—5 младших фельдшеров (в зависимости от числа приемных покоев на участке). В необходимых случаях врачи строительного управления пользовались рентгеновским кабинетом при больнице местной общины Красного Креста (Чита). При каждом лечебном пункте имелась аптека, обеспеченная медикаментами, перевязочными средствами, и прочие медикаменты. Минеральные воды выписывались из Москвы от фирмы "Феррейн" отдельно для каждого врачебного участка по заявкам участковых врачей 2 раза в год. В экстренных случаях лекарства приобретались в Иркутске от фирмы "Эрманс".

Врачи объезжали участки не реже 2 раз в месяц, фельдшера свои околотки — не реже 1 раза в неделю, не считая экстренных вызовов.

Основные вопросы врачебно-санитарного дела рассматривались в совете управления работ. Если район постройки признавался угрожаемым по холере или чуме, образовывались особые санитарные комиссии: главная — в Чите, местные — на каждом участке. В главную комиссию под председательством начальника работ приглашались врачебный инспектор Забайкальской области и начальник жандармского полицейского управления дороги. В участковые комиссии под председательством начальников участков входили начальники дистанций, контролер работ, участковый и эпидемический врачи, представители общей и жандармской полиции.

На подрядчиков работ возлагалось выполнение санитарных правил, которые подробно и жестко регламентировали жилищную и продовольственную гигиену рабочих. Нарушение этих правил, помимо принудительного устранения последствий за счет подрядчика, могло вызвать признание контрагента неисправным по подряду. Принятый порядок обеспечения продовольствием рабочих вместе с образцово поставленной медицинской службой оказал, несомненно, благотворное влияние на общее санитарное благополучие на стройке.

Занос из сопредельных районов Китая чумной эпидемии на русскую территорию со скученным населением района постройки не только угрожал бы успешному ходу строительных работ, но и мог бы развиться в настоящее бедствие.

6 сентября 1910 г. в станице Ингашиной были зарегистрированы первые случаи заболевания холерой. Врачей там не было, поэтому в станицу срочно выехал врач седьмого участка Западно-Амурской железной дороги. При обследовании на месте было установлено, что 13 заболевших оставались в своих жилищах неизолированными. Прежде всего купили барак, куда и были переведены все больные. С 7 по 17 сентября заболели еще 5 человек. К приезду командированного областной администрацией военного эпидемического врача из 18 заболевших 7 выздоровели, 10 умерли и один остался в бараке. Барак был передан в ведение эпидемического врача.

25 октября эпидемия прекратилась, умер 31 человек из 56 заболевших. Таким образом, благодаря принятым мерам — изоляция больных, дезинфекция и частичное уничтожение вещей и жилищ — эпидемия не приняла широких масштабов.

Одновременно были приняты меры особо строгой обсервации к китайцам, прибывающим из-за границы. С осени 1910 г. начали действовать санитарно-исполнительные комиссии, которые в своей работе руководствовались Высочайше утвержденными правилами по борьбе с чумой. В ожидании эпидемии на Западно-Амурскую железную дорогу был приглашен санитарный врач всей линии постройки. Его обязанностью были санитарный осмотр линии при участии санитарно-исполнительных подкомиссий, выяснение степени готовности подрядчиков к приему рабочих и наблюдение за исполнением санитарных правил и обязательных постановлений.

На строительстве восточной части Амурской железной дороги было около 7,5 тыс. человек контрактных рабочих. В Хабаровске, на проходном пункте постройки, рабочие в день прибытия до врачебного освидетельствования мылись в бане, вещи их в это время дезинфицировались в параформалиновой камере. На медосмотре все прибывшие подвергались термометрии. Фельдшеры взвешивали каждого рабочего, измеряли его рост и объем груди. Затем врачи (4—5 человек) собирали ответы и заполняли карточки на каждого рабочего: анкетные данные, место прописки, рост, масса тела, возраст, материальное обеспечение, видимые глазом физические недостатки, объем груди, объем легких, мускульная сила. В карточку заносились самые подробные сведения о состоянии здоровья согласно данным объективного обследования. Особенно внимательно обследовали органы кровообращения, сосудистую системы, состояние органов слуха.

Заполнение карточек и прохождение медосмотра при приеме на работу были тем более необходимы, что среди рабочих, а иногда и части служащих находились лица, которые были хорошо осведомлены о правилах, дающих возможность "стать рентоискателем". Эти лица старались скрыть свои физические недостатки при поступлении на работу, а при первом легком травматическом повреждении предъявляли свои прежние увечья, вводя в заблуждение участковых врачей и получая незаслуженную материальную компенсацию.

В 1913 г. на третьем врачебном участке Восточно-Амурской железной дороги возник брюшной тиф. Первоначально бо-

лезнь появилась среди солдат местной охранной роты, а спустя некоторое время стала распространяться среди вольных рабочих. Основной ее причиной послужило употребление загрязненной воды из речки, протекающей вдоль всего расположения рабочих бараков. Немедленно были приняты различные общие и частные санитарные меры: общая термометрия, немедленная изоляция заболевших, частые дезинфекции и дезинсекции бараков. Вырыли новый колодец, увеличили число кипятильников в бараках. Приступили к противотифозным прививкам. От прививок рабочие отказывались из-за сильной реакции на их применение: повышение температуры тела, тошнота, головная боль. Чтобы заинтересовать рабочих в прививках, им предлагали даже плату за каждый так называемый реактивный день в размере 50 коп. Однако никакие убеждения со стороны врачей не действовали на рабочих — они были готовы стать жертвой брюшного тифа, чем подвергнуться вакцинации и потерять плату за 2—3 дня. На введение брюшнотифозной сыворотки солдатам охранной роты не последовало разрешения от военного ведомства.

На линии постройки Восточно-Амурской железной дороги действовало 8 участковых больниц на 309 коек и амбулатория в Хабаровске. Имелось 16 стационарных фельдшерских пунктов на 104 койки и 6 амбулаторных фельдшерских пунктов.

Во врачебном отделе строительства участка дороги было 12 врачей, в том числе 1 санитарный врач, 1 зубной врач, 1 фармацевт, 43 фельдшера, 7 студентов-медиков V курса, 2 акушерки-фельдшерицы, 7 акушеров. Уровень медицинской помощи на линии постройки был высок. Например, в больнице третьего участка, размещающейся на станции Облучье, доктор А. Г. Бук в 1913 г. сделал довольно редкую операцию влагалищного кесарева сечения при эклампсии, закончившуюся выздоровлением. По данным литературы, до 1913 г. в Российской империи было произведено всего 54 таких операций.

На линии постройки всякий рабочий за казенный счет мог получить специализированную медицинскую помощь (окулист, ЛОР-врач, психиатр) в Хабаровске или одном из городов, имеющих специализированные лечебные учреждения. В случае необходимости больным за казенный счет выписывали средства и медикаменты, отсутствующие в больницах.

Таким образом, можно сделать вывод, что лица, имеющие отношение к строительству Амурской железной дороги, были обеспечены медицинской помощью, причем рабочие — даже лучше, чем у себя на родине. Размеры затрат были такие, которые не могло себе позволить ни одно даже самое богатое земство в России. Организаторы строительства дороги исходили из принципа: дать лучшее из возможного. Заслуга врачей и фельдшеров, обслуживающих строительство, велика и объясняется их преданностью интересам народного здравия и честным выполнением принятых на себя тяжелых обязательств.

Поступила 22.11.95