



МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІГОВА (70 – 90-і роки ХІХ ст.)

У статті аналізується діяльність гласних Чернігівської міської думи в напрямку організації медичного обслуговування населення.

Ключові слова: гласні, дума, управа, лікар, фельдшер, медичне обслуговування населення.

Виборні інституції Чернігова, що функціонували на засадах міських положень 1870 і 1892 рр., вирішували не лише різноманітні проблеми господарсько-побутового характеру, але й переймалися питаннями соціальної сфери. З-поміж них – організація медичного обслуговування населення.

У дореформену епоху (маємо на увазі до ліберальних реформ 60 – 70-х років ХІХ ст.) еліта тогочасного суспільства не мала клопоту з медичним забезпеченням, звісно, на рівні тодішньої науки. Вона користувалася послугами фахівців, зазвичай іноземних, могла дозволити собі пройти курс лікування за кордоном, зрештою, матеріальний статус і спосіб життя виступали тими чинниками, котрі уможлилювали проводити елементарну профілактику різноманітних захворювань, не допускаючи їх виникнення.

Значно складніше було отримати медичну допомогу простому населенню, особливо жителям периферії. Традиційно вони лікувалися народними методами, які передавалися з покоління в покоління. У разі потреби зверталися до знахарів, котрі зналися на лікарських травах і замовляннях. Скажімо, якщо скаржилися на головний біль, знахар давав нюхати спирт, одеколон, сіль, м'яту; захворювання шлунково-кишкового тракту – пропонував пити декокт (відвар із лікарських трав); серцево-судинних – пускав кров шляхом надрізування вен. До речі, останній спосіб був досить популярним. Вважалося, що таким чином випускали “погану кров”, після чого організм очищався, хвороба припинялася. Окрім лікарів, займалися цим ще й цирульники. На вивісках цирулень зазначалось “і кров пускаємо”¹.

Домашні методи лікування виявлялися дієвими при нескладних захворюваннях, коли ж йшлося про ускладнення чи проблеми інфекційного характеру, що могли спричинити епідемію, то вони були безсилі. Лікуванням, як, зрештою, будь-якою іншою справою, повинні займатися фахівці. До такої думки урядовці прийшли ще в 30-х роках ХVІІІ ст., коли, згідно з розпорядженням Сенату від 1737 р., у 56 великих містах Російської імперії запровадили посади міських лікарів. Їхніми прямими обов'язками стали профілактика і боротьба з інфекційними хворобами, надання медичної допомоги населенню, проведення судово-медичної експертизи. Варто звернути увагу, що уряд лише ініціював ідею призначення міських лікарів, тобто виступив своєрідним генератором справи, але фінансова сторона повністю покладалася на плечі виборного управління. Саме останнє мало забезпечувати лікарів житлом і своєчасно виплачувати заробіток (у середньому по 12 руб. на місяць). Відтак у 1737 р. міські лікарі з'явилися в Чернігові, Ніжині, Прилуках, Стародубі, з 1775 р. – в інших населених пунктах Чернігівської губернії².

Із 1785 р. у Чернігові відкрився стаціонарний заклад для надання медичної

© Шара Любов Миколаївна – доцент кафедри історії слов'ян Інституту історії, етнології та правознавства імені О.М. Лазаревського ЧНПУ імені Т.Г. Шевченка.

допомоги військовим, інвалідам, безпритульним та арештантам. Інші верстви суспільства мусили викликати лікаря додому, хоча зробити це було досить складно. Річ у тім, що міські лікарі, формально працюючи як штатні спеціалісти, реально виконували свої обов'язки лише 2-3 дні на тиждень. Протягом решти днів вони надавали допомогу жителям повіту, тобто працювали в системі роз'їзної медицини (були на виїздах). Така система виявилася недосконалою, навіть самі лікарі називали її "грою у хованки", оскільки хворим було важко їх знайти³.

Поліпшилася ситуація лише після того, як у Чернігівській губернії започаткували земське самоврядування, передавши до його компетенції медичне обслуговування населення. З листопада 1865 р. Чернігівська земська управа взяла під свій контроль богоугодні заклади, підпорядковані в дореформений час Приказу громадської опіки, та повітові лікарні. Найрезультативнішою діяльністю земств виявилася у напрямку трансформування роз'їзної медичної практики. Провідні лікарі-земці ініціювали організацію лікарських округів із фельдшерськими пунктами та амбулаторний прийом хворих. Територія губернії була поділена на дільниці, в центрі яких відкрили лікарні з амбулаторіями, інфекційними відділеннями та кількома фельдшерськими пунктами. Зазвичай лікарська дільниця розраховувалася на 10 тис. осіб, радіусом обслуговування до 17 верст (верста дорівнює 1,0668 км). Протягом 15 років (1865 – 1880 рр.) на теренах Чернігівської губернії зорганізували 46 дільниць, у кожному повітовому містечку діяло по одній лікарні⁴. Станом на 1895 р., працювали 83 лікарські дільниці, охоплюючи 545 кв. верст, де мешкали 26710 чел.⁵

Після реформування виборного управління Чернігова, яке згідно з Положенням 1870 р. теж отримало можливість вирішувати проблеми медичного обслуговування населення, місто орендувало в повітовій земській лікарні певну кількість ліжок для чернігівців (медичний заклад підпорядковувався Чернігівській повітській управі). У середньому на утримання одного хворого асигнувалося по 25 коп. за добу. Зазвичай першочергово гроші виділялись на лікування незаможних жителів, військовослужбовців, пожежників. Обслуговування бідних міщан покривалося коштом міщанських управ (міщани, як окремий соціальний стан, формували касу взаємодопомоги на випадок екстрених потреб, скажімо неврожаю; розпоряджалася грошима обрана управа). Матеріально забезпечені жителі отримували медичну допомогу за власний рахунок і, як правило, надавали перевагу домашньому лікуванню. Загальні витрати Чернігівської земської лікарні зростали з року в рік. Так, упродовж тридцяти років вони збільшилися майже у 5 разів. Якщо в 1866 р. сягали 26213 руб., через десять років – 55933 руб., 1886 р. – 66016 руб., 1896 р. – 120 тис. руб.⁶ Таке швидке зростання зумовлене різноманітними факторами. Першочерговим, на нашу думку, було розширення спектра медичних послуг, використання нових методів лікування, зокрема вакцинації, активізації профілактичних заходів, збільшення кількості пацієнтів, передусім у роки російсько-турецьких воєн, поширення епідемії.

Збільшення витрат лікарні змусило земців шукати нові шляхи надходжень або способи розширення існуючих джерел доходів. Зокрема, у 1895 р. на засіданні земського зібрання було вирішено змінити плату за лікування, підвищивши з 25 коп. до 40 коп. за добу. Таку суму передбачалося брати упродовж наступних двох років, вона не мала поширюватися на психічно хворих. Земці наголосили, що навіть 40 коп. за добу не відповідає реальним потребам лікарні. Перебування пацієнта обходиться майже вдвічі дорожче⁷. Звісно, вони мали рацію. Утім, коли мова заходила про зростання міських витрат на об'єкти загальногубернського користування, гласні Чернігівської думи досить емоційно реагували на такі речі. З одного боку, це нові видатки, з іншого – звучала думка, що послугами земських чи державних закладів або установ користуються жителі всієї губернії, то чому ж міська громада повинна витрачати власні кошти. Подібні твердження щодо повітової лікарні лунали вже в 70-х роках, відразу ж після реформування виборного управління Чернігова. Гласні були переконані, що, відкривши міську лікарню або

хоча б прийомний покій, можна самим контролювати витрати на лікування, бути впевненими у правильності їх використання. Тому в 1876 р. дума ініціювала організацію прийомного покою для надання діагностично-консультаційних послуг. Було знайдено відповідне приміщення (дерев'яний будиночок на чотири кімнати, де містилося помешкання лікаря і проводився прийом хворих), придбано обладнання, медичні препарати, запрошено на роботу лікаря та фельдшера.

Робочий день лікаря тривав 4 години, упродовж яких він безкоштовно допомагав малозабезпеченим чернігівцям. Заможні користувалися його послугами лише на платній основі. Як свідчать статистичні дані, лікар не залишався без роботи. Так, у 1878 р. медичну допомогу отримали 2251 чол., 1879 р. – 3800, 1880 р. – 4413, 1889 р. – 4600, 1890 р. – 5922 особи. Серед останніх за соціальним складом нараховувалося 64,3% – міщан, 26% – селян і козаків, 4,6% – дворян, 4% – солдат, 1,1% – духовенства⁸. У 1897 р. прийомний покій відвідали 8824 хворих⁹.

Попри це, варто вказати, що на думку столичного чиновника – сенатора О. Половцова, прийомний покій Чернігова не відповідав потребам населення, не витримував порівняння щодо надання кваліфікованої медичної допомоги зі стаціонарними лікарнями¹⁰. Звісно, все це правильно, місто повинне мати власну лікарню, але, враховуючи ті умови, в які урядовці поставили виборні управління, позбавивши їх можливості автономно розпоряджатися місцевим бюджетом, змушивши першочергово фінансувати загальнодержавні потреби, натомість соціальну сферу – за залишковим принципом, організація прийомного покою все ж заслуговує на увагу. На його потреби, у тому числі оплату роботи лікаря і фельдшера, витрачалося з міського бюджету в середньому по 1630 руб. Окрім того, близько 360 руб. виділялося на купівлю медичних препаратів для малозабезпечених жителів Чернігова¹¹.

Органи самоврядування також утримували штатного міського лікаря, асигнуючи щорічно на оплату його роботи близько 200 руб. Звичайно, такої суми було не достатньо для утримання родини, тим паче, що навіть повітове місто Новгород-Сіверський виділяло значно більше – 800 руб.¹² Із метою стимулювання нелегкої лікарської практики у 1890 р. Міністерство внутрішніх справ ухвалило рішення про державні дотації на збільшення оплати праці медиків. Отож чернігівський лікар отримував, крім грошей з місцевого бюджету, ще 160 руб. державної допомоги¹³. Поступово дотації, як, власне, й платня, зросли. Скажімо, у 1897 р. остання сягала 1200 руб.¹⁴

Найбільше зусиль для поліпшення медичного обслуговування населення виборне управління Чернігова докладало під час поширення інфекційних захворювань. Зазначимо, що епідемії були звичним явищем і, часто повторюючись, забирали тисячі життів. Незважаючи на те, що Чернігів останньої третини XIX ст. був порівняно невеликим містом, у ньому не зафіксовано високого рівня міграційних процесів, транзитних потоків, поза тим механізм розповсюдження інфекційних захворювань характеризувався помітною активністю. У 1872 – 1873 рр. лютувала холера, 1879 р. – чума, 1887 – 1888 рр. – дизентерія, дифтерія, 1892 – 1893 рр. – знову холера, 1897 р. – черевний тиф. Жителі хворіли на малярію, лихоманку, кір, різноманітні венеричні інфекції, щоправда, в менших масштабах¹⁵.

Найпоширенішими були захворювання, пов'язані з травним трактом, хвороби дихальних шляхів, кров'яні і зовнішніх покривів. Боротися з ними було складно в силу кількох факторів. По-перше, спостерігався низький рівень санітарних умов, якісних характеристик продуктів харчування і питної води. Як відомо, в організмі людини є різноманітні хвороботворні бактерії, проте, при відповідних умовах особистої гігієни, санітарії помешкання, місця роботи, тобто мікроареалу проживання і харчування, збудники інфекцій не активізуються. Зі стану пасивного очікування їх виводить передусім погіршення життєвого рівня. Недаремно науковці називають частину вищевказаних захворювань “соціальними хворобами”. Такої ж думки дотримувалися й в позаминому столітті. Так, у 1879 р. у кількох чернігівських родинах зафіксували прояви висипного тифу. Управа відразу ж ство-

рила санітарну комісію на чолі з лікарем Д. Лавриненком, поставивши перед нею завдання ознайомитися з санітарно-гігієнічним станом будинків хворих та умовами їхнього життя. В результаті роботи (оглянули 15 дворів), комісія дійшла висновку, що основною причиною поширення інфекційного захворювання у сім'ях М. Лейкіна, Є. Татарова та інших мешканців П'ятницької вулиці були важкі матеріальні умови. Саме вони не дозволяли підтримувати належну санітарію, нормально харчуватися, здійснювати своєчасне медичне обстеження. На думку членів комісії, механізм поширення інфекційних збудників значною мірою корелюється з рівнем життя людини¹⁶.

Другим фактором, що ускладнював боротьбу з епідеміями, була відсталість периферійної медицини, відсутність елементарних лікарських препаратів, хоча вже знали природу основних хвороботворних збудників і проти них винайшли антидоти. Так, у 1796 р. Е. Дженнер відкрив вакцину проти віспи. Він помітив, що доярки, котрі перехворіли коров'ячою віспою, не хворіли на людську. Взявши ці спостереження за основу, лікар винайшов вакцину (вакцина з латинського слова "вакка" – корова), що перемогла хворобу¹⁷. У 1882 – 1883 рр. Р. Кох дослідив бацилу туберкульозу та холерний вібріон, 1888 р. М. Гамалея запропонував використовувати для захисту від холери мертві бацили¹⁸, 1886 р. І. Мечніков заснував в Одесі бактеріологічну станцію, що спеціалізувалася на виготовленні вакцин проти сказу, винайденої Л. Пастером¹⁹, 1892 р. В. Хавкін (учень І. Мечнікова) відкрив вакцину проти холери²⁰, того ж 1892 р. німці Леффлер, Берінг і француз Ру виготовили сироватку проти дифтериту²¹. Як бачимо, епідеміологічна медицина не тушцювала на місці, розвивалася, але лікарські новинки використовувалися в основному в столичних або промислових центрах, до яких, на жаль, не належав Чернігів. І третій чинник, через який інфекційні захворювання набирали масштабного характеру, – забобонність населення. Ще не стався переворот у свідомості людей, вони свято вірили у вищі сили, зверталися за допомогою до них, а не до лікарів.

Гласні Чернігівської думи абсолютно справедливо вважали, що надійними способами попередження епідемій є профілактична робота та імунізація населення. Попереджувальна санітарно-гігієнічна діяльність передбачала розробку і розповсюдження управою обов'язкових правил щодо профілактики захворювань. Зазвичай, у них йшлося про дотримання елементарних правил особистої гігієни, чистоти в помешканнях, санітарних норм у процесі виробництва і реалізації харчових продуктів, вживання чистої води, своєчасне проведення вакцинації тощо. Виконання даних вимог не складало труднощів для матеріально забезпечених родин. Ті ж чернігівці, котрі не мали можливості купувати якісні харчі або чисту воду, могли скористатися безкоштовною ідальнею або чайною (відкривалися за міський кошт)²². Проблема постачання якісної води вирішилася з появою міського водогону. При перших спалахах інфекційних захворювань видавалося розпорядження про безкоштовне забезпечення бідних сімей водогінною водою²³. Таким способом не лише намагалися перешкодити розповсюдженню хвороботворних збудників, а й переконати населення у якісних перевагах води з водогону, відучити їх від споживання води зі Стрижня.

Обов'язкові розпорядження видавалися щодо обережного поводження із домашніми собаками і котами як потенційними переносниками вірусної інфекції сказу. Механізм передачі досить простий – домашніх тварин могли покусати заражені дикі тварини, а ті – власних господарів або інших людей. Тому, щоб не допустити захворювання на сказ, перетворення його в чергову епідемію, господарям наказувалося утримувати собак на ланцюгу. Якщо за ним помітили незвичайну поведінку – негайно повідомити ветеринара. Вживали заходи щодо безпритульних собак, як правило, їх знищували. Управа купувала отруйні препарати, найняті робітники розкидали їх по вулицях чи у місцях найбільшого скупчення собак, потім вивозили трупи. Даний метод боротьби виявлявся не зовсім ефективним, оскільки часто отруйні речовини поїдали свійські тварини. Проте на той момент саме таким способом намагалися попередити розповсюдження сказу²⁴.

Ключова позиція в процесі профілактичної роботи належала імунізації. Міська влада дбала про своєчасне її проведення, забезпечення лікарів цілющою сироваткою. Передусім активно застосовували вакцину проти віспи. Спочатку її замовляли у Санкт-Петербурзі, згодом з'явилася можливість отримувати сироватку у межах губернії, купуючи у віспяних телятниках. У 1882 р. лікарі-земці Ніжинського повіту успішно провели щеплення детритом. Для його виготовлення здоровим телятам вводили авірулентний варіант вірусу. Через 4-5 днів дозрілі віспинки, збудники хвороби, обробляли і прищеплювали людині, спричиняючи легку форму захворювання. Після одужання вироблявся імунітет – стійке неприйняття збудника віспи²⁵. У 1886 р. віспяний телятник відкрили у Чернігові, першим його завідувачем призначили лікаря П. Буштета, а з 1889 р. – жінку-лікаря М. Кранц, котра перебувала на цій посаді понад 40 років²⁶.

Для проведення щеплень дума запрошувала лікарів і фельдшерів, у разі загрози епідемії навчалися 1-2 добровольці. Вакцинація проводилась у спеціально відведених приміщеннях, зазвичай, пристосованих для подібної процедури. У середньому, на імунізацію населення асигнувалося по 400-500 руб. упродовж року²⁷. Обсяги фінансування варіювались у залежності від наповненості місцевого бюджету та кількості зроблених щеплень. Останній чинник мав вагоме значення, оскільки чернігівці ухилялися від імунізації. Як уже зазначалося, традиційна ментальність пересічних громадян штовхала їх до знахарів і народної медицини. За кваліфікованою допомогою зверталися лише у крайньому випадку, коли хвороба була на останній стадії і лікарське втручання не мало сенсу. З метою попередження такої ситуації, гласні вдавалися до примусового щеплення, передусім дітей. Причому робилося це досить серйозно. Склалися списки тих родин, котрі ухилялися від імунізації, і подавалися на розгляд мирового судді. Згідно зі ст. 29 Статуту про покарання мировими суддями, на порушників чекав вирок, ухвалювався вердикт про стягнення штрафу та обов'язкове щеплення. З іншого боку, органи самоврядування заохочували медичних працівників збільшувати кількість вакцинацій і ревакцинацій²⁸. Найбільшою подякою було отримання срібної медалі, заснованої ще Катериною II з нагоди успішного проведення варіоляції (до появи сироватки проти віспи використовували давньосхідний спосіб попередження хвороби – варіоляцію. У ніздрю здорової людини вводили висушений гній віспинок хворого, який одужав. Хвороба протікала, як правило, у легкій формі, в організмі формувалася захисна реакція на віспині збудники)²⁹.

Своєчасно проведені попереджувальні заходи дозволяли уникнути епідемій. Так, у червні 1896 р. в Чернігові було заплановане відкриття мощів святого Феодосія і, звісно ж, очікувався наплив богомольців із різних регіонів країни. Органи самоврядування взяли до уваги можливість занесення хвороботворних збудників через велике скупчення населення (губернатор також попередив про це думу, розпорядився вжити необхідних заходів для недопущення епідемій). Місто умовно розділили на кілька зон, у кожній з них сформували санітарні загони. Їхнім прямим обов'язком був контроль за санітарно-гігієнічним станом приватних садиб, закладів громадського користування. Санітарна комісія, міський лікар і фельдшери мали працювати в посиленому режимі. Управа розробила й подала на затвердження думи проект заходів, спрямованих на покращання санітарних умов у Чернігові. За рахунок міського бюджету відкрили їдальні та чайні, де богомольці за символічну платню мали змогу купити чаю чи порцію гарячої страви³⁰.

Якщо ж попереджувальна діяльність не ставала на заваді поширенню інфекційних захворювань, вони набували епідеміологічного характеру, тоді вживалися необхідні заходи для їх локалізації та приборкання. Місто умовно розділялося на кілька частин на чолі з санітарними попечителями, для допомоги яким призначалися помічники-добровольці. Їхнім обов'язком був контроль за певною частиною міської території, виконання розпоряджень управи, організація транспортування хворих, їх ізоляція, перевірка санітарно-гігієнічного стану приватних будинків, громадських закладів тощо.

Серед найнебезпечніших хвороб була холера. Зауважимо, що холера вперше потрапила до Росії в 1823 р. через Астрахань зі Сходу. На той час вона не спричинила епідемії, досить швидко припинилася. Повторно проявилася в 1830 р. і впродовж двох років її вогнища охопили майже всю країну, забравши 230 тис. осіб. Загалом, із 1823 по 1910 рр. на теренах Російської імперії було 44 холерні роки, тобто прості математичні підрахунки доводять, що в середньому епідемії повторювалися через рік³¹. Зокрема, у 1872 – 1873 рр. під час епідемії холери у Чернігові утворили 9 дільниць, відповідальними за які призначили попечителів-лікарів І. Демидовича, Д. Лавриненка, І. Лагоду, П. Щиткова та інших. Кожному з них допомагали по 5 добровольців, котрі щоденно обходили будинки у своїй частині міста, дізнавалися про самопочуття мешканців, контролювали санітарно-гігієнічний стан, забезпечували прибирання території населеного пункту. Про все, що відбувалося, добровольці повідомляли попечителів, а ті в свою чергу звітувалися перед управою³².

Інфікованих людей ізолювали у спеціальні приміщення, які орендували, або до інфекційного відділення земської лікарні. Лікування в останній оплачувалося з міського бюджету, в середньому по 15 руб. за місяць. Для транспортування хворих наймали візників, робота яких також фінансувалася органами самоврядування. Єдиний нюанс: якщо інфікований був із заможної родини, то половину суми покривали родичі. Організовувалися нічні чергування гужового транспорту, зазвичай з 21 год. вечора до 7 год. ранку. У такий час послуги візників коштували дорожче, близько 2 руб., оскільки праця вночі та перевезення носія збудника інфекції – суттєвий фактор ризику для здоров'я³³.

Лікували хворих медики, найняті виборним управлінням. Так, у 1872 р. запросили на роботу трьох вільно практикуючих лікарів, яким допомагали фельдшери³⁴. Медичні препарати продавали у двох приватних аптеках Чернігова. Згідно з домовленістю між власниками аптек і органами самоврядування, ліки реалізовували за зниженими на 25% цінами. Скажімо, під час холерного 1872 – 1873 року пан П. Задервальд торгував препаратами, здешевленими на 20%. Жителі, котрі не мали грошей на лікування, могли отримати ліки безкоштовно, але виключно за рецептами, виписаними на бланках управи³⁵. Звісно, що остання потім розраховувалася із власниками аптек. Враховуючи періодичність епідемій, гласні неодноразово зверталися до губернської адміністрації з проханням допомогти отримати дозвіл на відкриття громадської аптеки, однак чиновники не погоджувалися. Своїми відмовами вони апелювали до закону про умови організації аптек (травень 1873 р.), згідно з яким останню дозволялося відкривати у губернському місті, де мешкало не менше 10 тис. осіб і обслуговувалося 15 тис. рецептів упродовж року. З огляду на те, що в Чернігові вже функціонували дві аптеки, попит узгоджувався з пропозицією, третя вважалася зайвою³⁶.

Ізоляція інфікованих та їх лікування спрямовувалися на локалізацію епідемій. Іншим не менш важливим кроком було обмеження контактів із потенційними носіями інфекції, цебто особами, котрі спілкувалися з хворим до моменту його ізоляції. Вони могли стати бактероносіями, оскільки у їхньому організмі збудник захворювання перебував на інкубаційній стадії. За такими людьми встановлювався суворий контроль. У разі наявності в родині дітей до 15 років, управа опікувалася переселенням їх із сімей бактероносіїв в окремі приміщення (міські або орендовані), до родичів чи сусідів. З муніципального бюджету компенсувалися витрати на харчування і проживання в чужих родинах³⁷.

У будинку хворого проводилася ретельна дезінфекція. Беручи до уваги специфіку епідеміології захворювання, ступінь стійкості збудника у зовнішньому середовищі, купувалися карболова кислота (3-5% розчин знищував патогенні мікроби), хлорне і гашене вапно (знешкоджувалися мікробні клітини, рідкі субстрати, мокротиння), залізний купорос і деревне вугілля. Безпосередньо дезінфекційні роботи передбачали кілька заходів. По-перше, в будинку обов'язково знімали верхній шар глиняної підлоги – долівки – і спалювали. Саме в ньому містилися різноманітні нечистоти й бруд, що створювали сприятливе середови-

ще для розмноження хвороботворних мікробів. По-друге, приміщення обробляли 5% розчином хлорного вапна. Це дозволяло знезаразити стелю, стіни, підлогу³⁸. І, по-третє, будинок герметизували на кілька днів (цілком зачинялися вікна, двері, димохід) й наповнювала хлорним газом. Одяг і власні речі хворого знищували, виборне управління відшкодовувало малозабезпеченим сім'ям завдані збитки. З часом така стаття витрат відпала: речі знезаражували у дезінфекційній камері губернської в'язниці, потім Чернігівська дума об'єднала свої фінансові зусилля із повітовим земством і збудували власну дезінфекційну камеру. В неї закладали одяг хворого, обробляючи спеціальним розчином, і повертали власнику³⁹.

Боротьба з епідеміями була досить виснажливою у фінансовому плані. Не маючи змоги простежити динаміку бюджетних асигнувань по роках, наведемо такі цифри: у 1892 р. для приборкання холери дума виділила 8 тис. руб., наступного року асигнували ще 10 тис. руб., у 1897 р., коли спалахнула епідемія черевного тифу, витрати становили понад 4 тис. руб.⁴⁰ Часто для збільшення асигнувань на медицину управа залучала добровільні пожертви, гроші міщанської управи, коробочного збору з представників єврейської національності. Так, у 1885 р. гласний П. Цвет дав 10 тис. руб. на лікування хворих із малозабезпечених родин. Управа використала їх не як одноразове цільове призначення, а поклала до громадського банку. Щорічно отримували по 400 руб. із відсотків, які асигнували земській лікарні за оренду лікарняних ліжок для бідних. Медична допомога євреям оплачувалася за рахунок відрахувань з коробочного збору – 547 руб. на рік. Робилися одноразові цільові збори, у тому ж таки 1885 р. гласні звернулися до міщанської управи і єврейської громади з проханням допомоги заплатити за лікування у земській лікарні. Було зібрано 493 руб. (320 руб. виділила міщанська управа, 173 руб. – єврейська громада), виборне управління асигнувало 720 руб.⁴¹ Видатки значно зростали у разі, коли органи самоврядування залучали матеріальні й моральні зусилля на боротьбу з однією епідемією, вдавалося її приборкати, але раптом фіксували появу іншої інфекційної хвороби. Ні сил, ні грошей на попереджувальні заходи вже не вистачало, все починалося наново, хоча, варто віддати належне гласним, вони не опускали рук.

Таким чином, завдяки старанням земського і міського самоврядування було започатковано принцип системної організації медичного обслуговування населення. Виборне управління Чернігова, враховуючи фінансові можливості, оплачувало роботу міського лікаря, фельдшерів, лікування бідних чернігівців у земській лікарні, проводило профілактичну роботу, націлену на попередження різноманітних епідеміологічних захворювань, що в сукупності позитивно позначалося на рівні здорового мікроклімату в соціумі губернського міста.

1. Федосюк О. Что непонятно у классиков, или Энциклопедия русского быта XIX в. – М., 1998. – С. 260.
2. Мирский М. Медицина России XVI – XIX вв. – М., 1996. – С. 301.
3. Змеев Л. Чтения по врачебной истории. – СПб., 1896. – С. 62.
4. Груша А., Дуля М. З історії медицини Чернігівщини. – Чернігів, 1999. – С. 16, 17.
5. Организация уездной земской медицины Черниговской губернии в 1897 г. – Чернигов, 1897. – С. 2.
6. Журнал заседания Черниговского губернского земского собрания за 1895 г. – Чернигов, 1896. – С. 52.
7. Там само. – С. 53.
8. Улезко Н. Отчет Черниговской городской лечебницы за 1890 г. – Чернигов, 1892. – С. 1, 2.
9. Чертов А. Городская медицина в Европейской России. – М., 1903. – С. 255.
10. ДАЧО. – Ф. 127. – Оп. 1. – Спр. 14460. – Арк. 410.
11. Там само. – Арк. 541.
12. Там само. – Оп. 32 в. – Спр. 123. – Арк. 25.
13. Там само. – Оп. 33 в. – Спр. 244. – Арк. 8.
14. Чертов А. Указ. соч. – С. 255.
15. Тридцатилетие деятельности Черниговского городского общественного управления: 1870 – 1900 гг. – Чернигов, 1901. – 1245 с.

16. ДАЧО. – Ф. 127. – Оп. 23. – Спр. 1487. – Арк. 242 – 251.
17. Грибанов Е. Медицина в необычном. – М., 1964. – С. 114.
18. Леванов Ю. Победившие холеру // Биология в школе. – 1995. – № 3. – С. 18 – 19.
19. Велінський Ю. Лікарська справа України // Людина і світ. – 1995. – № 1 – 2. – С. 35.
20. Грибанов Е. Указ. соч. – С. 116.
21. Галайба В. Дифтериту сказали „ні” ще в минулому столітті // Вечірній Київ. – 1996. – 23 вересня. – С. 5.
22. Свод постановлений Черниговской городской думы. 1883 – 1887 гг. – Чернигов, 1896. – С. 103, 106.
23. Там само. – С. 179.
24. ДАЧО. – Ф. 127. – Оп. 189 а. – Спр. 175. – Арк. 2.
25. Там само. – Оп. 8 в. – Спр. 38. – Арк. 10, 27.
26. Груша А., Дуля М. Назв. праця. – С. 28.
27. ДАЧО. – Ф. 127. – Оп. 189 а. – Спр. 219. – Арк. 13.
28. Там само. – Оп. 7 в. – Спр. 11. – Арк. 60.
29. Крылов А. Екатерина Великая подает пример // Наука и жизнь. – 1995. – № 9. – С. 116.
30. Тридцатилетие деятельности... – С. 546.
31. История медицины СССР. – М., 1964. – С. 433.
32. ДАЧО. – Ф. 127. – Оп. 3. – Спр. 14412. – Арк. 1.
33. Там само. – Оп. 189 а. – Спр. 219. – Арк. 43, 60.
34. Тридцатилетие деятельности... – С. 45.
35. ДАЧО. – Ф. 127. – Оп. 7 в. – Спр. 226. – Арк. 42.
36. Земский сборник Черниговской губернии. – 1873. – № 11. – С. 1 – 6.
37. ДАЧО. – Ф. 469. – Оп. 1. – Спр. 40. – Арк. 34 – 35.
38. Там само. – Арк. 36.
39. Тридцатилетие деятельности... – С. 46.
40. Чертов А. Указ. соч. – С. 256.
41. Свод постановлений... – С. 214.

В статье анализируется деятельность гласных Черниговской городской думы в плане организации медицинского обслуживания населения.

Ключевые слова: гласные, дума, управа, врач, фельдшер, медицинское обслуживание населения.

The article analyses the activities of town councilors of Chernihiv town дума in direction of medical service organization.

Key words: town councilors, дума, uprava, doctor, medical assistant, medical service of inhabitants.

