

А. В. Лобанов*, **О. В. Кузнецов****

Участие органов внутренних дел Российского государства в охране здоровья населения

Российское государство постоянно сталкивалось с различными угрозами политического, экономического и социального характера. К социальным угрозам следует отнести не только постоянные выступления низов общества, но и одинаково опасные как для аристократии, так и для плебса массовые заболевания, нередко приобретавшие характер катастрофических эпидемий — чуму, холеру, сифилис. Эти болезни на протяжении веков наносили огромный урон населению европейских стран и России. Только с начала XVIII в. Российское государство начало проявлять серьёзную озабоченность недостаточным уровнем медицинского обеспечения и здоровья населения. В основе этой заботы лежали сугубо прагматические мотивы: постоянные войны и связанные с ними потребности комплектования вооружённых сил, развитие экономики и всевозрастающая нужда в рабочих руках, освоение новых земель и фискальные интересы государства. Обширность территории Российского государства, неразвитость инфраструктуры, недостаточный уровень развития медицины, низкая культура, в том числе и гигиеническая, — эти факторы не позволяли решать проблемы обеспечения здоровья населения сугубо медицинскими мерами, а требовали участия всех элементов государственного аппарата.

В связи с этим целый комплекс задач изначально возлагался на формирующуюся на протяжении всего XVIII в. регулярную полицию. Среди административных органов она выделялась полувоенной организацией и дисциплиной, присутствием во всех губерниях империи, причем как в городской, так и в сельской местности, наделением её служащих правом принуждать к безусловному исполнению властных предписаний. Все это делало полицейские органы незаменимым и эффективным инструментом реализации медицинской политики Российского государства. Вопросы обеспечения санитарного состояния населённых пунктов, предотвращения эпидемий и эпизоотий, борьба с распространением различного рода заболеваний становятся одним из направлений деятельности регулярных полицейских органов.

Наиболее наглядным примером участия полицейских органов в охране здоровья населения Российской империи является борьба с венерическими болезнями и основной причиной их распространения — проституцией.

Эта деятельность наиболее показательна с точки зрения формирования нормативной базы, практической деятельности полицейских подразделений, ее результативности. Накопленный исторический опыт вполне может быть использован при выработке государственной политики в области здравоохранения на современном этапе.

Уже в первом нормативно-правовом акте, регламентирующем деятельность государственных органов по обеспечению правопорядка, — Наказе от 6 апреля 1649 г. «О градском благочинии» — говорилось о необходимости предотвращения уличной преступности, в том числе воровства. В 1716 г. Петр I был вынужден запретить проституцию при полках и отказал в бесплатном лечении у солдат «французских болезней» (прежде всего, сифилиса). Указом 1719 г. таковых военнору-

* Заместитель начальника Саратовского юридического института МВД России по научной работе, кандидат юридических наук, доцент.

** Начальник организационно-научного и редакционно-издательского отдела Саратовского юридического института МВД России, кандидат исторических наук, доцент.

жащих лишали по увольнении льгот и чинов. В 1721 г. Петр учредил «прядельные дома» для «непотребного неистового женского пола» — подобие тюремных учреждений с обязательной трудовой повинностью. Кроме нравственного ущерба, проституция несла с собой широкое распространение неизлечимых или трудно поддающихся лечению заболеваний. При этом основной формой борьбы полицейских органов с распространением венерических заболеваний в данный период стали запретительные меры.

В августе 1750 г. именным указом Императрицы Елизаветы Петровны предписывалось «...от Полиции определенным командам таких непотребных жен и девок, и сводниц смотреть и пристойным образом разведывая оных, ловить и приводить в Главную Полицию, а затем оттуда с запискою присылать в Комиссию в Калининский дом»¹. Такое название получил первый в России венерологический диспансер. В 1762 г. Калининская больница была преобразована в лечебно-исправительное учреждение для девиц легкого поведения. По итогам обсуждения в Сенате срочных мер по предупреждению распространения сифилиса 20 марта 1763 г. Екатерина II подписала указ «О скорейшем излечении в госпиталях воинских чинов, одержимых венерической болезнью и о ссылке обличающихся в непотребстве женщин по их излечению от болезни в Нерчинск». При этом закон предписывал осуществлять их лечение бесплатно с использованием казенных медикаментов и штатных докторов военных госпиталей. Следующим своим указом от 4 мая 1765 г. императрица уточняла, что содержание «непотребных девок» до их ссылки возлагалось на полицейские управления. В 1800 г. Павел I приказал ссылать проституток из Москвы и Санкт-Петербурга в Иркутск и обязал публичных женщин носить желтые платья, «дабы отличаться от других дам».

Эти меры, по мнению законодателя, должны были сдерживать рост проституции и распространение венерических заболеваний. Однако практиковавшаяся ссылка проституток на окраины империи и попытки их трудоустройства не дали ожидаемых результатов. Рост заболеваемости продолжался вплоть до конца века.

Острота проблемы распространения различного рода заболеваний, в том числе и венерических, заставила правительство кардинально пересмотреть подходы к ее разрешению. От политики прямых запретов и репрессий наметился переход к бюрократической регламентации процессов и социальных явлений, ведущих к распространению различного рода заболеваний. Одним из инструментов государства для решения данного вопроса стало созданное в 1802 г. Министерство внутренних дел. Термин «внутренние дела» в то время имел иное, гораздо более широкое значение, чем в современный период. В частности, под ними понимались практически все вопросы организации внутренней жизни государства и общества, в том числе и вопросы здравоохранения. В Манифесте от 28 июля 1810 г. «О разделении государственных дел на особые управления с означением предметов, каждому управлению принадлежащих» к ведению «предохранительной полиции» относились «дела медицинские и карантинные». Для реализации этих функций в структуре министерства полиции в 1811 г. в качестве самостоятельных элементов были образованы медицинский совет при министре и медицинский департамент. К ведению последнего были отнесены вопросы санитарного надзора, организация мер по предотвращению эпидемий и эпизоотий, снабжение лекарствами, инструментами и «другими медицинскими потребностями, с принадлежащими к тому людьми и заведениями».

¹ Полиция России. Документы и материалы. 1718–1917 / А. Я. Малыгин, Р. С. Мулукаев, Б. В. Чернышев, А. В. Лобанов. Саратов, 2002. С. 83.

В условиях быстрого распространения сифилиса в 1843–1844 гг. в Петербурге и Москве впервые были приняты меры, регулирующие проституцию, а не запрещающие ее. Устанавливался полицейский надзор за проституцией, который строился по трем основным моделям. К первой модели относились города, где функционировали врачебно-полицейские комитеты (Санкт-Петербург); ко второй – города, где надзором занимались городские санитарные комитеты или другие учреждения, действующие самостоятельно, не входя в штат полиции (Минск, Бобруйск, Кронштадт, Пермь); к третьей – города, где надзор фактически находился в руках исполнительной полиции.

Первый особый врачебно-полицейский комитет был образован в 1843 г. при медицинском департаменте Министерства внутренних дел в г. Санкт-Петербурге. А в 1856 г. подобные комитеты были образованы во всех крупных городах империи. Председателями комитетов были обер-полицеймейстеры в столичных городах и полицмейстеры в губернских. Штат комитетов и их состав на местах были примерно одинаковыми.

Врачебно-полицейские комитеты представляли собой отдельный орган полиции, занимающийся надзором за проституцией. Общая полиция лишь исполняла постановления комитета. Врачебно-полицейский комитет был совещательным коллегиальным органом. Он должен был осуществлять борьбу с «любоэрастными» болезнями и преследовать женщин, занимавшихся «непотребством». Были разработаны специальные «Правила для содержательниц домов терпимости» и «Правила для публичных женщин», по которым все лица женского пола, промышлявшие продажной любовью, были поставлены на учет или, как указывалось в документах, превратились в «поднадзорных». В 1843 г. под надзором Санкт-Петербургского врачебно-полицейского комитета находилось до 400 проституток, а уже в 1852 г. их было 1075, из которых в домах терпимости – 884, одиночек – 191, домов терпимости было 152¹. Всем зарегистрированным проституткам был выдан знаменитый «желтый билет» – бланк вместо паспорта.

Основную массу девиц было решено сосредоточить в «домах терпимости». Открывать их могли лишь женщины в возрасте от 35 до 60 лет. В обязанность хозяйкам вменялся контроль за чистотой помещений, организация медицинского освидетельствования проституток, ведение документации. Строго регламентировались правила поведения обитательниц публичного дома. Девицам предписывалось более двух «вместе на улице не появляться, причем одеты они должны были быть скромно». При нахождении вне «заведения» им предписывалось «употреблять в возможно меньших количествах белила и румяна, равно пахучие помады, масла и духи». Женщинам легкого поведения запрещалось посещать центральные улицы и площади.

Четко определялся порядок расположения публичных домов. Они не могли находиться ближе 150 метров от церквей и учебных заведений, окна должны быть всегда закрыты занавесями, в зале для танцев и в комнатах девиц строго запрещалось вешать портреты членов царской фамилии. Раз в неделю проститутки в обязательном порядке повергались врачебному освидетельствованию, при этом у каждой из них был индивидуальный набор гинекологических инструментов. Дважды в неделю девицы обязаны были посещать бани. В 70–80-х годах члены врачебно-полицейского комитета даже сделали попытку установить обязатель-

¹ См.: *Лысенко В. В., Сальников В. П., Сизиков М. И., Филиппова С. В.* Нравственно-правовые проблемы деятельности полиции дореволюционной России. СПб., 1996. С. 68.

ный медицинский осмотр посетителей публичных домов, рассчитывая тем самым приостановить рост венерических болезней.

В 1868 г. по Высочайше утвержденному мнению Государственного Совета было принято новое Положение о врачебно-полицейском комитете. Целью деятельности последнего было «принятие мер к ослаблению сифилитических болезней, происходящих от непотребства»¹.

Согласно Положению медико-полицейскому освидетельствованию подлежали все без исключения проститутки и оно осуществлялось врачами комитета.

Весь штат врачебно-полицейского комитета г. Санкт-Петербурга был разделен на две части — медицинскую и полицейскую. В состав медицинской части входили: инспектор, 8 участковых врачей и 3 акушерки. Во главе полицейской части комитета находился распорядитель, в ведении которого было 20 смотрителей или полицейских агентов².

Участковые врачи были обязаны освидетельствовать состояние здоровья проституток, которые являлись для осмотра в смотровые отделения.

Смотрители или полицейские агенты имели свои участки, где осуществляли надзор за женщинами «свободной нравственности», дающими основание подозревать их в проституции. В случае обнаружения несомненных улик их приглашали явиться в комитет для осуществления медицинского надзора. Кроме того, каждый смотритель на своем участке наблюдал за своевременной явкой проституток на осмотры, а также за выполнением содержательницами домов терпимости всех врачебно-полицейских правил. В обязанности смотрителей входило несение дежурства на главных улицах города.

Инициатива по регистрации женщин, занимавшихся проституцией, в Саратовской губернии принадлежала петровскому уездному полицейскому управлению. Исходя из его опыта, «ввиду необходимости тщательного наблюдения за проституцией в видах охранения народного здравия» распоряжением начальника Саратовской губернии от 16 сентября 1871 г. местным полицейским органам предписывалось провести регистрацию всех женщин, занимающихся проституцией³.

Вопросы установления надзора за женщинами и освобождения от него, открытия новых домов терпимости и другие решались на общем заседании врачебно-полицейского комитета под председательством градоначальника, проходившем раз в неделю. Например, к 1 января 1884 г. в Саратове было 30 домов терпимости. Однако в течение этого года по постановлению комитета за нарушение различных правил был закрыт 21 из них. После устранения недостатков 19 открылись вновь. Медико-полицейскому осмотру регулярно подвергалось 207 проституток, из которых 41 была отстранена от промысла. В том же 1884 г. врачебно-полицейским комитетом г. Саратова выявлено 62 ранее не зарегистрированные проститутки. По результатам медико-полицейского осмотра 31 из них направлялась на лечение. Для этой цели в городской земской больнице две койки были постоянно закреплены за врачебно-полицейским комитетом. Всего за 1884 г. комитетом было проведено 553 медико-полицейских осмотра. Причем его штат состоял лишь из 10 человек: председателя-полицмейстера, помощника врачебного инспектора, двух городских и четырех военных врачей, а также двух офицеров военного гарнизона⁴.

¹ Государственный архив Саратовской области (далее — ГАСО). Ф. 59. Оп. 1. Д. 64. Л. 26 об.

² См.: *Лысенко В. В., Сальников В. П., Сизиков М. И., Филиппова С. В.* Указ. соч. С. 72.

³ См.: Сборник циркуляров начальника Саратовской губернии за 1871, 1872, 1873 гг. Саратов, 1874. С. 110–111.

⁴ ГАСО. Ф. 59. Оп. 1. Д. 64. Л. 26 об, 27 об.

Для установления за женщинами санитарного надзора при врачебно-полицейских комитетах в городах Российской империи привлекались по вольному найму еще и специальные смотрители, и агенты. Из-за невысокого жалования и тяжелой службы эти должности замещались, главным образом, представителями низших сословий¹.

За каждым агентом закреплялся один из районов города, где он должен был наблюдать за домами терпимости на предмет соблюдения ими правил комитета. Кроме того, агент следил за своевременной явкой на медицинский осмотр проституток-одиночек и женщин, подозреваемых в проституции.

Агенты занимались регистрацией проституток при их медицинских осмотрах. В вечернее время они несли дежурство на улицах и у подъездов увеселительных заведений. Заподозрив женщину в проституции, агент должен был установить за ней наблюдение. Собрав достаточное количество фактов, он направлял их в комитет. Если члены комитета находили предоставленные агентом факты убедительными, отдавалось распоряжение тайно пригласить женщину на медицинский осмотр. Если факты не подтверждались, то наблюдение за женщиной продолжалось.

Как правило, женщины, приглашенные для медицинского осмотра, в основном являлись на него без принуждения. В тех случаях, когда женщина отказывалась явиться для медицинского осмотра, о ней докладывалось на заседании врачебно-полицейского комитета, где вторично рассматривались сведения, представленные смотрителем и дающие основание для установления за женщиной врачебно-полицейского надзора. Если эти сведения не вызывали сомнения у членов комитета в том, что женщина занимается проституцией, то за ней устанавливался надзор журнальным постановлением, после чего она доставлялась для медицинского осмотра через полицейский участок.

Если женщина после решения врачебно-полицейского комитета о привлечении ее в качестве проститутки не являлась на осмотры, то она могла быть привлечена к административной ответственности мировым судьей на основании ст. 44 Устава о наказаниях. К такой же ответственности привлекались и те женщины, которые уже состояли под надзором, но не являлись на медицинские осмотры.

В административной практике этого времени сложилась следующая ситуация. Многие мировые судьи смотрели на такие правонарушения женщин снисходительно и назначали небольшие денежные штрафы вместо полагавшегося по закону тюремного заключения. Это приводило к тому, что женщины продолжали избегать медицинских осмотров. Основной причиной такого поведения была боязнь оказаться в больнице и тем самым потерять заработок.

Инструкция врачебно-полицейского комитета предусматривала порядок и основание исключения женщин из числа «публичных». Такими основаниями могли быть: болезнь, не дававшая возможность заниматься проституцией, возраст; замужество; перемена места жительства (в этом случае комитет выдавал женщине пропуск для следования, а паспорт отсылался в городскую или земскую полицию тех городов или уездов, куда она следует); поступление в богадельни или в другие благотворительные заведения; требование родителей и ближайших родственников и опекунов. В последнем случае родственники или опекуны давали подписку, что будут заботиться о нравственности вверенных им женщин.

Полученные сведения рассматривались на заседании врачебно-полицейского комитета, и если заслуживали доверия, женщина освобождалась от медико-полицейского надзора.

¹ См.: Лысенко В. В., Сальников В. П., Сизиков М. И., Филиппова С. В. Указ. соч. С. 75–77.

Важный шаг на пути регулирования проституции был сделан в 1901 г. Тогда по предложению медицинского совета при министре внутренних дел и медицинского департамента возрастная планка для занятия проституцией была повышена с 16 лет до 21 года. На деле же большинство «публичных» женщин, даже живших при официальных домах терпимости, были гораздо младше — в возрасте от 11 до 19 лет. В целом к этому времени количество зарегистрированных публичных домов в городах России превысило 2 400, проституток в домах терпимости — 15 000, а одиночек — 20 000. Примерно каждая третья из проституток по данным врачебно-полицейских комитетов болела или ранее лечилась от венерических заболеваний. Впрочем, вряд ли официальные сведения были полными. В 1903 г. медицинский департамент МВД поручил врачебно-полицейским комитетам настойчиво разыскивать и привлекать к суду тайных проституток, сутенеров и содержателей притонов, надзирать за легальными борделями и девицами, организовывать их врачебный осмотр и лечение.

Однако, несмотря на многочисленные мероприятия по искоренению проституции и связанных с нею венерических заболеваний, полностью решить эту проблему государству не удалось. Одних полицейских мер было явно недостаточно. Во-первых, эти явления имели глубокие социальные корни — нищета, неграмотность, безработица населения неизбежно толкали женщин на занятие проституцией. Во-вторых, эффективность предпринимаемых полицией мероприятий существенно снижали низкий уровень развития медицины и отсутствие необходимых медицинских препаратов.

Другим важным направлением деятельности полиции в деле охраны здоровья населения был систематический надзор за санитарным состоянием населенных пунктов Российской империи, предотвращения эпидемий и эпизоотий, участие в ликвидации их последствий.

Уже в первом нормативном акте, посвященном задачам, стоящим перед Санкт-Петербургским генерал-полицмейстером Александром Девьером, указывалось, что он должен «...в надсмотрении иметь чистоту улиц и переулков, рынков, рядов и мостов; и каждому жителю дать указ, дабы все перед своим двором имели чистоту, и сор чистили..., а также протоки и каналы сором не засыпали под жестоким штрафом»¹. В главе X Регламента Главного Магистрата «О полицейских делах» к ведению полиции было отнесено «предостережение всех приключившихся болезней, производство чистоты по улицам и в домах...»². 7 августа 1797 г. было принято Положение «О земской полиции и о сельских начальствах: голове, старшинах, десятских», которое предписывало полиции «предостерегать о благочинии гражданском, о предосторожности от прилипчивых болезней».

Целый комплекс нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность полиции по поддержанию населенных пунктов в надлежащем санитарном состоянии и предотвращению эпидемий, был принят в XIX в.: «Общие правила об устройстве городов» 1816 г., «Инструкция городовым Санкт-Петербургской полиции» 1866 г., «Инструкция околоточным надзирателям г. Санкт-Петербурга» 1867 г., «Инструкция полицейским урядникам» 1878 г. В последней наиболее четко определялись задачи полицейских чинов: «Ввиду охранения народного здоровья полицейские урядники наблюдают в селениях:

а) за чистотой улиц от нечистот, содержанием в исправности каналов для осушения, надлежащим ограждением колодцев, отнюдь не дозволяя чем-либо засори-

¹ Полиция России ... С. 63.

² Там же. С. 94.

вать колодцы, реки и источники, или портить воду в местах, где берут её для питья мочением льна и конопля, отводом нечистот или фабричных стоков и бросанием вредных веществ;

б) за продажей на сельских рынках и базарах испорченных или чем-либо помеченных съестных припасов и напитков, ядовитых или сильнодействующих веществ, платья и вещей после больных и умерших от заразной или прилипчивой болезни, когда они не были надлежащим образом очищены, если о сем известно»¹.

Такое внимание государства к данной проблеме было не случайно. Населенные пункты Российской империи в санитарном отношении представляли собой печальное зрелище. Наглядным примером может служить ставший центром крупной губернии город Саратов. По воспоминаниям современников, в XIX в. в городе было много оврагов, по которым протекали ручьи, грунтовые воды подходили близко к поверхности, и грязь стояла непролазная. Митрофаньевская площадь (нынешний центр города) в начале столетия считалась загородным местом и представляла собой топкое болото, куда ходили охотиться на уток. Грязь на улицах была бичом и лошадей, и пешеходов. Для борьбы с «грязевым бедствием» на улицах стали устраивать деревянные тротуары, огражденные низенькими заборчиками. Между тротуарами и проезжей частью вырывались канавы, земля из которых выбрасывалась на середину улицы. Это мало помогало, так как образовывалось такое месиво весной и осенью, что лошади с трудом вытягивали из грязи даже легкие экипажи, а пешеходы, переходя улицы, нередко оставляли там свои завязнувшие сапоги.

Улицы и площади г. Саратова летом зарастали травой. Одна из улиц не случайно называлась Крапивной. В 1824 г. властям потребовалось целых два месяца, чтобы хоть как-то привести город в порядок к предполагаемому приезду императора Александра I. Весь личный состав полиции (100 человек) и городские чиновники были мобилизованы на проведение санитарных мероприятий. Они заставляли домовладельцев ремонтировать дома и дороги, ворота, убирать нечистоты, наводить порядок на городских рынках. Попытки навести элементарный санитарный порядок в городе продолжались на протяжении всего XIX в. В губернии была образована специальная санитарная комиссия, которой распоряжением губернатора от 28 апреля 1871 г. были переданы в качестве административного аппарата уездные исправники, городские полицмейстеры и приставы². Однако даже такие жесткие меры не дали ожидаемых результатов.

Исходя из неблагоприятного санитарного состояния не только Саратова, но и всех городов Поволжья (Астрахани, Царицына, Камышина), главной опасностью для региона традиционно были эпидемии холеры и чумы. Противостоять им могли лишь усиленные врачебно-полицейские меры. Однако в Саратове медицинская помощь была очень слабой, а для бедняков и просто недоступна. В 1806 г. в городе открывается первая больница — Александровская. Вначале здесь было всего десять бесплатных мест для мужчин и пять — для женщин, остальные пациенты платили по 5 руб. в месяц. В 1814 г. в Саратове на 15 тысяч жителей приходилось всего 7 врачей, а в громадной по территории и населению губернии — лишь 11. Некоторые уезды и совсем не имели врачей, например Хвалынский. Поэтому даже в губернском центре врачи могли лишь констатировать эпидемии, реальной же помощи заболевшим они оказать были не в состоянии. Поэтому главными методами борьбы с эпидемиями становились административно-полицейские — выставление карантинных кордонов, изоляция больных, своевременные похороны умерших.

¹ Полиция России ... С. 203.

² См.: Сборник циркуляров начальника Саратовской губернии за 1871, 1872, 1873 гг. С. 55–56.

Как правило, эпидемии холеры и чумы начинались в Астрахани, и заболевание быстро распространялось. Разносчиками заразы чаще всего становились волжские бурлаки. Слабой попыткой ограничить возможность возникновения эпидемий была организация на благотворительной основе небольших лечебниц для бурлаков. В 1808 г. на средства частных лиц в Саратове была открыта больница для «рабочих на судах, проходящих по Волге, и за болезнями на берег ссаживаемых». Эти заведения не могли кардинально повлиять на ситуацию, ежегодно на Волге погибало от различных болезней до семи тысяч бурлаков. Н. Г. Чернышевский писал о своих наблюдениях в Саратове: «Случись бурлаку захворать на судне, стащат его на берег... он там и лежит, покуда придет полиция, заберет его».

Самыми крупными эпидемиями, потрясшими Поволжье в XIX в., стали эпидемия чумы в 1807 г. и эпидемии холеры в 1830 и 1848 гг. Эпидемия чумы 1807–1808 гг. могла бы приобрести катастрофический характер, если бы не своевременные, решительные действия местных властей и полиции. На основании распоряжения от 31 марта 1808 г. императора Александра I полицейские органы губернии были заняты в создании «кардонной цепи» вокруг Саратова для борьбы с эпидемией. Город был «заперт и огражден ... цепью из людей, взятых из воинских команд». Для выезжающих из города учреждался очистительный карантин у Московской заставы. На помощь полиции было привлечено 18 человек из купцов и мещан и 10 человек из дворян¹. В результате принятых мер общее количество погибших от болезни в Саратове составило всего 5 человек — несравненно меньше, чем в других городах Поволжья.

В июле 1830 г. эпидемия холеры начала распространяться с ужасающей быстротой, так как «несколько тысяч бурлаков, выпущенных из Астрахани, разнесли холеру по Саратовской и другим лежащим по Волге губерниям». Смертность увеличивалась с каждым днем. Ежедневно умирало по 200–300 человек. Было объявлено своего рода чрезвычайное положение: все полицейские канцелярии в городе работали с раннего утра до полночи, многие служащие ночевали на рабочем месте, принимая и отправляя экстренные депеши с эстафетами и нарочными. Администрация Саратовской губернии установила вниз по Волге до Царицына observationные и карантинные заставы для окуливания всех судов и подвод, следовавших из Астрахани, во главе которых стояли саратовские полицейские чины. В условиях нехватки врачей, медикаментов борьба с эпидемией полностью ложилась на плечи администрации и полицейских чиновников. Поэтому часто она велась «дедовскими способами». Для профилактики болезни предписывалось «пускать кровь», пить вино с перцем, отвары мяты, ромашки, бузины, мазаться дегтем, окуливаться хлебным уксусом. Под руководством полиции на улицах день и ночь жгли навоз, полагая, что «дым от него уничтожает заразу». Лавки в городе были закрыты, торговля приостановлена, въезд в Саратов подвод с продовольствием был запрещен. Похоронные команды собирали трупы, складывали их вповалку на телеги и везли к местам захоронения. Полицейские строго контролировали соблюдение карантинных мер. Однако, несмотря на принятые меры, из населения 49-тысячного Саратова во время эпидемии погибло 7 тысяч человек. Бедствие носило столь масштабный характер, что в Саратов «для личного освидетельствования ситуации» прибыл министр внутренних дел А. А. Закревский. Всего, как свидетельствуют документы, — эпидемии холеры с 1830 по 1891 г. были в Саратове 11 раз и унесли десятки тысяч жизней.

Эти трагические события заставили руководство полиции уделять повышенное внимание строгому соблюдению санитарных норм. В соответствии с россий-

¹ См.: Саратовские губернские ведомости. 1843. 14 авг.

ским законодательством к ведению полиции были отнесены вопросы обеспечения качества продуктов питания, реализуемых на городских рынках. В 1876 г. участвовавшие случаи заболевания горожан после употребления в пищу свиного мяса заставили губернатора возложить на полицейские органы задачу — установить «строгое наблюдение за трактирами, харчевнями, общественными, фабричными, заводскими столовыми на предмет использования ими свиного мяса»¹. В 1891 г. саратовским полицмейстером и его подчиненными были предприняты меры по наведению должного порядка в мясной торговле. Волостные и уездные власти выдавали оптовым продавцам привозных продуктов свидетельства о благополучии в санитарном отношении мест их происхождения. Однако часто выдавалось одно свидетельство на всю продаваемую партию, и розничные покупатели не имели возможности получить свидетельство на приобретенный товар. Этим ловко пользовались саратовские мясники, наладившие убой скота у себя на дому без ветеринарно-полицейского осмотра, клеймения и получения свидетельств сельских властей. Врачебное отделение губернского правления поручило саратовскому полицмейстеру «вменить подведомственным чинам полиции в непременную обязанность» заставить торговцев снабжать все без исключения мясные туши, реализуемые на саратовских рынках, соответствующими документами, что и было сделано².

Октябрьская революция 1917 г. существенным образом изменила роль и место органов охраны правопорядка в жизни государства. Это выразилось в существенном сужении их компетенции и передаче значительного количества функций другим ведомствам. В частности, образованный еще в 1811 г. медицинский департамент МВД России со всеми структурными подразделениями был передан из ведения Народного комиссариата внутренних дел Наркомату здравоохранения. Тем не менее за органами внутренних дел сохранился ряд функций по обеспечению охраны здоровья населения. Так, в одном из самых первых документов, регламентирующих деятельность советской милиции — «Инструкции о несении патрульно-постовой службы» от 24 июля 1918 г., дружиннику революционной охраны предписывалось «принимать меры к доставлению в больницы, амбулатории, медицинские пункты, аптеки и тому подобные места внезапно заболевших на улице»³. Меры призваны были предотвращать весьма вероятные в условиях Гражданской войны и иностранной военной интервенции опасные эпидемии. Милиционерам в сельской местности предписывалось «в случае замеченного заболевания однородной болезни многих людей, а тем более частой смертности ... доносить о том районному начальнику и ближайшему санитарному пункту».

Принципиально новый этап участия органов внутренних дел в охране здоровья граждан советской республики начался в период новой экономической политики. Возрождение рыночных отношений, появление различного рода увеселительных заведений, широкого слоя новой «советской» буржуазии-нэпманов в условиях низкого уровня жизни основной части населения страны, а также общее падение моральных устоев привели к резкому росту проституции и связанных с ней заболеваний. Только в Саратове в этот период был зафиксирован более чем 50-процентный рост различного рода венерических болезней. Это не могло не вызвать обеспокоенности властей. Опыт дореволюционного прошлого был отброшен, и на смену

¹ Сборники циркуляров начальника Саратовской губернии за 1875—1876 гг. Саратов, 1878. С. 10—13.

² ГАСО. Ф. 59. Оп. 1. Д. 120. Л. 14—15.

³ Милиция России. Документы и материалы. 1917—1999. Т. 1. 1917—1934 / А. Я. Малыгин, Р. С. Мулукаев, Б. В. Чернышев, А. В. Афанасьев, А. В. Лобанов. Саратов, 2001. С. 29.

попыткам регулирования и контроля за проституцией вновь возвращается практика административных запретов и репрессий. Так, под давлением НКВД РСФСР в новом советском Уголовном кодексе 1922 г. вводится наказание за сутенерство, содержание притонов и вовлечение в проституцию в виде лишения свободы сроком до 3-х лет с конфискацией имущества. Характерно, что, проявляя озабоченность наличием проституции и её медицинскими последствиями, власти достаточно лояльно относились к самим проституткам. Они считались «жертвами жизненных обстоятельств» и нуждающимися в перевоспитании. В Инструкции НКВД РСФСР по борьбе с проституцией от 21 января 1924 г. отмечалось, что «женщина, занимающаяся проституцией, вступила на этот путь в силу неудачно сложившихся материальных или бытовых условий», поэтому «всякий работник милиции, сталкиваясь с ней во время исполнения служебных обязанностей, должен соблюдать все правила вежливого обращения»¹. При этом органам милиции предписывалось участвовать в организации медицинского обследования проститутток в целях выявления венерических заболеваний. Больные подлежали учету со стороны милиции с обязательным посещением лечебных учреждений. За период с января по июнь 1924 г. было выявлено и отправлено на лечение только в Саратове 124 женщины².

С окончанием НЭПа меняется отношение к проституткам — теперь их признают «асоциальными элементами, вредящими (иногда сознательно) рабочему классу». Отсутствие регулярного медицинского контроля, частая смена половых партнеров делала проститутток опасными в социальном отношении. Проститутток отныне принудительно отправляют на трудовое перевоспитание, для чего создаются специальные исправительные колонии и лечебные профилактории, сочетающие в себе труд с необходимым лечением. В 1937 г. все эти учреждения переходят от Наркомата юстиции в систему Главного управления лагерей НКВД СССР. Предпринятые кардинальные меры привели к значительному снижению количества больных венерическими болезнями. На рубеже 30–40-х гг. XX в. СССР был провозглашен единственной страной в мире, в которой проституция окончательно ликвидирована. Следовательно, и уголовных наказаний за нее теперь не предполагалось. Однако вопросы борьбы с инфекционными заболеваниями, передающимися половым путем, от этого не стали менее значимыми. Основную роль в решении этой проблемы стали играть органы здравоохранения, а за милицией сохранилось лишь право привлекать к уголовной ответственности лиц, злобно уклоняющихся от лечения венерических заболеваний.

Обрушившийся на разоренную страну летом 1921 г. страшный голод оказал дестабилизирующее воздействие на все стороны общественной жизни, способствовал ускоренному проявлению таких негативных социальных факторов, как рост числа тяжелых заболеваний, возникновение эпидемий, резкое сокращение продолжительности жизни. В 1922 г. число голодающих достигло 21 млн человек, т. е. каждый пятый житель РСФСР находился на грани голодной смерти³. В Нижнем Поволжье голод охватил большинство населения. На 1 июля 1922 г. в Саратовской губернии голодали 68,2 % жителей, в Царицынской — 73,5 %⁴. На почве голода произошло резкое увеличение заболеваемости и смертности среди населения. Только в Покровском уезде Саратовской губернии в сутки от голода и различных

¹ Милиция России. Документы и материалы (1917–1934). Т. 1. С. 175.

² ГАСО. Ф. 456. Оп. 1. Д. 510. Л. 83.

³ См.: Поляков Ю. А. 1921 г.: Победа над голодом. М., 1975. С. 19–20, 22.

⁴ См.: Итоги борьбы с голодом в 1921–1922 гг. : сборник статей и отчетов. М., 1922. С. 460.

заболеваний умирало от 15 до 20 человек¹. С негативными последствиями голода не справлялись органы народного здравоохранения и милиции. По мнению ЦК помощи голодающим, на почве голода «развились до крайних размеров детское нищенство, преступность, уличная торговля, проституция...»². Обстановка в стране осложнялась наличием значительного числа беженцев и переселенцев. По данным Саратовской губернской ЧК ежедневно в город прибывало до 200 беженцев из Уральской, Самарской, Астраханской губерний и других. На 15 февраля в Саратове пребывало уже свыше 15 000 переселенцев. Большинство из них были в стесненном материальном положении, в крайне истощенном состоянии, что способствовало распространению в их среде тяжелых заболеваний³.

Таким образом, в первые месяцы НЭПа к вопросам заведования делами беженцев, осуществления перевозок переселенцев, следующих в порядке государственного переселения, и т. д. добавилась проблема перемещения населения из голодающих в более благополучные в санитарно-эпидемиологическом плане районы страны. В июне 1921 г., раньше чем другие государственные органы, Центральное управление по эвакуации населения Народного комиссариата внутренних дел РСФСР и его местные учреждения приступили к разрешению проблемы голода. Постановлением Президиума ВЦИК от 28 июня 1921 г. «О планомерном выселении из голодающих губерний»⁴ вся работа по выселению была возложена на Центроэвак НКВД РСФСР⁵. Для борьбы с распространением массовых заболеваний, возникавших на почве голода, в структуре управления был выделен специальный отдел формирования и санитарного обслуживания перемещаемых контингентов. Он брал на себя организацию санитарных учреждений и специальных пунктов, через которые осуществлялась систематическая работа по предотвращению заболеваний. Первый опыт его работы показал необходимость создания единого органа, охватывающего и объединяющего все виды обслуживания перевозимых контингентов (эвакуация, предоставление жилища, питания и медицинского и санитарного обслуживания). Распределение указанных функций между различными ведомствами неизбежно влекло за собой «волокиту и полное прекращение всякой работы».

Так как посадки и высадки «эвакуационного контингента» производились во всяком не предусмотренном заранее месте, возникла необходимость создания отдельных баз, дающих возможность в любой момент осуществить санитарную обработку, медицинское обслуживание прибывающего контингента независимо от сил и средств местных органов власти. Соответствующие предложения были представлены на рассмотрение НКВД и приказом от 20 декабря 1921 г. утверждены⁶. Согласно приказу «... в двухнедельный срок ликвидировать все существующие ныне губернские, уездные управления по эвакуации населения с подведомственными им учреждениями, взамен коих организовать базисные и линейные пункты и эвакуационные столы при Административных отделах отделов управления губисполкомов». В приказе определялась и новая структура эвакуационного аппарата: во главе стояло Центральное Управление по эвакуации населения — единый обслуживающий территорию РСФСР

¹ Центр документации новейшей истории администрации Саратовской области (далее — ЦДНИСО). Ф. 27. Оп. 2. Д. 51. Л. 27.

² Итоги борьбы с голодом ... С. 32.

³ ЦДНИСО. Ф. 22. Оп. 2. Д. 815. Л. 11.

⁴ См.: Власть Советов. 1922. № 1–2. С. 46.

⁵ ГА РФ. Ф. 393. Оп. 10. Д. 62. Л. 255–256.

⁶ ГАСО. Ф. 456. Оп. 1. Д. 685. Л. 1.

и союзных республик орган. Центральному Управлению были подчинены базисные и линейные пункты, организуемые на определенных наиболее крупных узлах железных дорог и водных путей. Базисные и линейные пункты должны были обслуживать перевозимые контингенты в жилищном, санитарном, справочно-информационном отношении, снабжать всеми видами довольствия, иметь в своем составе: приемник, баню, прачечную, амбулаторию с изолятором, дезинфекционный отряд, столовую с кухней, склад, обоз и канцелярию.

Ввиду того, что на территории РСФСР и союзных республик имелась лишь 21 база, за каждой из них для обслуживания перевозимого контингента закреплялось несколько губерний. В зависимости от эвакуационного значения той или иной базы и линейного пункта они разбивались на 4 разряда, каждому из которых определялся штат: базе I разряда устанавливался штат в 120 человек; II разряда — в 80 человек; III разряда — 60 человек; IV разряда — 49 человек. Результатом централизованной деятельности НКВД по эвакуации и санитарно-эпидемиологическому обслуживанию населения голодающих губерний стало отсутствие в данных регионах массовых заболеваний.

Вопросы санитарного состояния путей сообщения в эти годы находились в непосредственном ведении органов внутренних дел республики. Декретом ВЦИК от 10 июня 1920 г. «О рабоче-крестьянской милиции» (п. 47 «д») к ведению специализированной железнодорожной милиции был отнесен «надзор за санитарным состоянием путей, зданий и поездов»¹. В развитие этого документа 21 июня того же года приказом начальника железнодорожной милиции Саратовского района Рязано-Уральской железной дороги вменялось строго наблюдать за медико-санитарным состоянием проходившего через станции «контингента»².

В 60-х годах XX в. одной из сложнейших проблем, стоящих перед советским обществом в целом и отечественной медициной в частности, стала задача лечения алкоголизма, приобретавшего характер массового заболевания. Президиум Верховного Совета РСФСР 8 апреля 1967 г. принял Указ «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании злостных пьяниц (алкоголиков)»³. Согласно данному документу «злостными пьяницами (алкоголиками)» признавались лица, систематически злоупотреблявшие спиртными напитками, уклонявшиеся от добровольного лечения или продолжавшие пьянствовать после лечения, нарушавшие трудовую дисциплину, общественный порядок и правила «социалистического общежития». По мнению законодателя, такие лица подлежали направлению в лечебно-трудовые профилактории для принудительного лечения и трудового перевоспитания. При этом срок перевоспитания мог быть установлен от одного года до двух лет. Вопрос о направлении в профилакторий решался районным или городским народным судом. При этом решение суда приводилось в исполнение органами охраны общественного порядка. Кроме того, на милицию возлагалась подготовка материалов, подлежащих рассмотрению в суде, а также привод в судебные органы и на медицинское обследование лиц, в отношении которых возбуждалось ходатайство о принудительном лечении и трудовом перевоспитании. Основная тяжесть работы по реализации данного Указа легла на плечи службы участковых инспекторов милиции, в обязанность которых входило выявление злостных пьяниц и алкоголиков, проведение с ними профилактической работы, а в случае необходимости — оформление материалов для направления их на принудительное лечение.

¹ Милиция России. Документы и материалы. Т. 1. С. 96.

² ГАСО. Ф. 456. Оп. 1. Д. 318. Л. 10.

³ Ведомости Верховного Совета РСФСР. 1967. № 15. Ст. 333.

В целях повышения эффективности борьбы с пьянством и алкоголизмом в структуре органов внутренних дел приказом министра № 275 от 22 июля 1970 г. были образованы медицинские вытрезвители. Они организовывались при МВД автономных республик, УВД краёв, областей, городских и районных органов внутренних дел. За методическое руководство работой по оказанию медицинской помощи лицам, помещенным в вытрезвители, а также контроль за их санитарным состоянием и обучение личного состава приемам медицинской помощи отвечали медицинские службы органов внутренних дел. Руководство медицинскими вытрезвителями и контроль за их деятельностью осуществляли органы внутренних дел, при которых они создавались.

В 1972 г. к лечебно-трудовым профилакториям для принудительного лечения алкоголиков добавились аналогичные учреждения для наркоманов. В этих учреждениях совместно работали представители трех различных ведомств — Министерства здравоохранения СССР, Министерства внутренних дел СССР и Государственного комитета СССР по народному образованию. Порядок направления больных в эти профилактории, режим их работы и содержания были аналогичны ЛТП для алкоголиков. В лечебно-трудовые профилактории направлялись лишь лица, уклонявшиеся от лечения. Основная же масса лиц, страдавших наркоманией, лечилась амбулаторно. Так, в 1987 г. проходили добровольное лечение 77 % наркоманов, лишь незначительная часть уклонявшихся от лечения была направлена в лечебно-трудовые профилактории. Срок принудительного лечения составлял от одного года до двух лет, он определялся судом с учетом заключения специальной медицинской комиссии. Решая этот вопрос, суд учитывал также степень моральной деградации личности. Если гражданин уклонялся от процедур, предусмотренных законом, органы милиции применяли к нему меры принуждения. Рассмотрение вопроса о направлении в профилакторий проводилось в присутствии лица, в отношении которого было возбуждено ходатайство, а при необходимости — и представителей общественных организаций или государственных органов, возбудивших ходатайство. Постановление суда приводилось в исполнение органами внутренних дел и обжалованию не подлежало. Только прокурор мог опротестовать его в порядке надзора. Режим содержания в профилактории определялся специальной инструкцией МВД СССР. Лица, направленные в профилакторий на принудительное лечение по постановлению суда, не считались судимыми. Там они трудились и за выполненную работу получали заработную плату. Из зарплаты и пенсии удерживались определенные суммы на питание, одежду, обувь, медикаменты. Оставшаяся сумма с согласия направленного в профилакторий перечислялась семье или вносилась на его лицевой счет. Срок нахождения в лечебно-трудовом профилактории лиц, уклоняющихся от лечения, мог быть продлен не более чем на один год по представлению администрации профилактория, основанному на медицинском заключении. Этот вопрос решался районным (городским) народным судом. За гражданами, находящимися в лечебно-трудовых профилакториях, сохранялось право на жилую площадь.

Таким образом, вопросы охраны здоровья населения России традиционно занимали важное место среди основных направлений деятельности правоохранительных органов. При этом на различных этапах исторического развития государства менялась степень и формы участия полиции и милиции в решении этих проблем. Анализ исторического материала позволяет отметить последовательное чередование методов административно-запретительного и регулирующего воздействия на неблагоприятные в санитарно-эпидемиологическом и медицинском отношении явления.