

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.04.013

## КОНЦЕПЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОЛИЦИИ: ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ

Затравкин С.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

### Ключевые слова:

история медицины, медицинская полиция.

### Аннотация

В лекции рассматриваются вопросы возникновения концепции медицинской полиции и ее практической реализации в странах Европы и России в XVIII-первой половине XIX веков. Представлен комплекс медико-полицейских мер, разработанный и реализованный во второй половине XVIII-первой половине XIX веков, который включал пять главных направлений деятельности органов государственной власти, каждое из которых представляло собой новое слово в истории, причем не только медицины, но и государственного управления. Приведены главные результаты, достигнутые в результате реализации концепции медицинской полиции.

## THE CONCEPT OF THE MEDICAL POLICE: ORIGIN AND PRACTICAL IMPLEMENTATION

Zatravkin S.N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

### Keywords:

history of medicine, medical police.

### Abstract

The lecture deals with the emergence of the medical police concept and its practical implementation in the countries of Europe and Russia in the 18th - first half of the 19th centuries. The lecture presents the complex of medical-police measures developed and implemented in the second half of the 18th - first half of the 19th centuries, which included five main directions of activity of state authorities, each of which represented a new word in history, not only medicine, but also state administration. The main results achieved as a result of the implementation of the concept of medical police are given.

Вторая половина XVIII-первая половина XIX веков – время одного из величайших переворотов в истории западной медицины. Именно в это время возникает и утверждается принципиально новое отношение государства к медицине. Сначала в Австрии, Пруссии, России, Франции, затем в Англии и США, профилактика заболеваний и восстановление здоровья впервые начинают рассматриваться не как личное дело отдельного человека, а как важнейшее средство обеспечения «внутренней безопасности государства».

Основных причин для столь радикального изменения взглядов на роль медицины и последо-

вавших вслед за ним масштабных преобразований, определивших формирование государственной медицины, было, по меньшей мере, две.

Первая и главная состояла в окончательном признании новых представлений о причинах возникновения эпидемий. Эпидемии во все времена считались едва ли ни самой страшной угрозой для «внутренней безопасности» любого государства. Они уносили десятки и сотни тысяч жизней, наносили колоссальный, порой непоправимый, экономический ущерб, вызывали животный ужас, порождавший социальную нестабильность.

Однако до тех пор, пока причинами эпидемий

считались «таинственные изменения скрытых качеств воздуха» и наличие большой группы людей «с неуравновешенностью внутренних качеств их организмов», эпидемии рассматривались как неотвратимые бедствия, а государственное вмешательство в борьбу с ними было минимальным. Оно ограничивалось лишь противодействием распространению уже возникших эпидемий главным образом с помощью карантинных мер: сколь невероятно жестоких, столь же и мало эффективных.

В конце XVII-первой половине XVIII вв. под влиянием идей и работ знаменитого английского врача и мыслителя Т. Сиденгама причинами возникновения эпидемий начинают считаться эпидемические конституции. Эпидемической конституцией Т. Сиденгам называл совокупность факторов окружающей среды, возникающую время от времени на определенной территории, которая посредством «порчи» воздуха формировала предрасположение к болезням у всех без исключения людей, находящихся на данной территории. Иными словами, возникновение эпидемий оказалось непосредственно связанным с «пространственно-временными узлами» реальных обстоятельств физической среды обитания людей.

Уже первые исследования эпидемических конституций, выполненные на рубеже XVII-XVIII веков, позволили выявить неизвестные, прежде устойчивые, связи между возникновением массовой заболеваемости и местными условиями жизни, питания, расселения людей, их социальным положением и профессиональной деятельностью, господствующими обычаями и традициями, особенностями почвы, топографии, природно-климатическими явлениями. Результаты этих исследований произвели ошеломляющее впечатление и позволили сделать два поистине судьбоносных вывода.

Первый: причины эпидемий принципиально изучаемы и предотвратимы. Второй: исследования эпидемических конституций должны обрести общегосударственный масштаб, а разработанные на их основе предупредительные меры могут обеспечить желаемый результат лишь в случае их неукоснительного исполнения всем населением, что становилось возможным только при условии активного вмешательства государства.

Окончательное осознание врачами этих важнейших положений последовало в начале второй половины XVIII века и встретило активную под-

держку со стороны ведущих политиков, экономистов и правоведов, проводивших в жизнь идеологию камерализма и меркантилизма; идеологию, основанную на убеждении, что только государство является той единственной силой, которая способна обеспечить нравственное, физическое, экономическое благополучие общества и каждого человека. Сильные общественно-политические позиции камералистов и уже начатая ими к этому времени как теоретическая, так и практическая разработка проблем «искусства государственного управления» послужили второй важнейшей причиной возникновения принципиально нового отношения государства к медицине.

Отдельно заметим, что в рассматриваемый период вся совокупность знаний о государственном управлении носила название «полицейской науки». Ее предметная область была столь же широка, как и сфера управленческой деятельности государства, поэтому неудивительно, что возникшая в середине XVIII века на стыке интересов политиков, экономистов, правоведов и врачей новая отрасль государственного управления получила название «медицинской полиции».

Впервые термин «медицинская полиция» был использован немецкими и австрийскими правоведами – И. фон Юсти (1756) и И. Зонненфельсом (1765) и врачами – В. Рау (1764) и И.П. Франком (1766). Наибольший вклад в пропаганду термина и становление самой концепции медицинской полиции внес выдающийся австрийский врач и организатор медицинского дела И.П. Франк, опубликовавший в период с 1779 по 1827 гг. свою знаменитую многотомную «Систему совершенной медицинской полиции». В XIX веке наряду с термином «медицинская полиция» для обозначения возникшей отрасли государственного управления начнут использоваться и другие термины – «общественная медицина», «социальная медицина», «государственная медицина». И хотя вплоть до 70-х гг. XIX века все они будут употребляться в одинаковом значении, большинство врачей и государственных деятелей будут настаивать на том, что именно «медицинская полиция» наиболее точно отражает суть осуществлявшихся нововведений.

Согласно замыслу основоположников медицинской полиции – новая отрасль государственного управления представляла собой научно обоснованный и законодательно закрепленный комплекс мер непрерывного вмешательства государства в жизнь

и поведение индивидуумов с целью «охраны и восстановления их здоровья» в интересах общей, государственной безопасности. Особо подчеркнем, что медицинская полиция не являлась ни учреждением, ни службой, ни научной дисциплиной, а представляла собой именно комплекс мер по охране здоровья, осуществлявшийся государством в целях собственной безопасности.

Комплекс медико-полицейских мер, разработанный и реализованный во второй половине XVIII-первой половине XIX вв., включал пять главных направлений деятельности органов государственной власти, каждое из которых представляло собой новое слово в истории, причем не только медицины, но и государственного управления.

**Первое из них состояло во введении прямого государственного администрирования деятельности врачей.**

Ко времени возникновения концепции медицинской полиции врачебные сообщества европейских стран представляли собой независимые закрытые корпорации, самостоятельно определявшие свой кадровый состав; объем, перечень, характер и стоимость оказывавшихся ими медицинских услуг. Государства практически не вмешивались в их деятельность, а все известные попытки подобных вмешательств оборачивались лишь безрезультатными конфликтами.

Разработанная в середине XVIII столетия концепция медицинской полиции полностью исключала возможность сохранения описанного выше порядка взаимоотношений между государством и врачебными корпорациями. Изучение эпидемических конституций и осуществление практических мер предупреждения болезней требовало, во-первых, активного участия в этой работе максимально возможного числа врачей, а во-вторых, жесткого администрирования их деятельности.

Для достижения этой цели в Австрии, Франции, Пруссии и России уже во второй половине XVIII века (а в Англии и США – в XIX) были созданы особые высшие государственные врачебно-санитарные инстанции, которые получили значительные административные и финансовые ресурсы для привлечения (а в случае необходимости и принуждения) врачей к участию в исследовательской, лечебно-диагностической и профилактической работе, проводившейся этими инстанциями. Привлечение врачей осуществлялось путем убеждения, введения и замещения специальных государствен-

ных врачебных должностей, прямой денежной оплаты их услуг.

Меры принуждения зависели от конкретных обстоятельств и могли предусматривать даже лишение врача права на практику на данной территории.

К числу первоочередных задач этих структур относилось осуществление постоянного сбора данных о заболеваемости на всей территории своих государств, выявление связи заболеваемости с особенностями физической и социальной среды обитания людей, разработка на основе этих материалов научно-обоснованных рекомендаций, доведение их до сведения практикующих врачей и осуществление постоянного надзора за их неукоснительным соблюдением. По меткому выражению М. Фуко эти структуры были призваны стать «местом централизации науки, регистрирующей и решающей инстанцией для всех областей медицины, ... официальным органом коллективного сознания патологических феноменов, которое разворачивается ... в пространстве нации». Руководство этими структурами осуществляли люди из ближайшего окружения королевских особ.

В России роль такой инстанции была первоначально призвана сыграть Медицинская коллегия, образованная в 1764 году в результате реорганизации Медицинской канцелярии. Однако, *de facto*, Медицинская коллегия смогла стать «регистрирующей и решающей инстанцией для всех областей медицины» лишь в конце 90-х гг. XVIII века после назначения на должность главного управляющего выдающегося государственного деятеля Алексея Ивановича Васильева и создания по его инициативе территориальных органов управления – врачебных управ.

Организация врачебных управ позволила наладить конструктивное взаимодействие между центральным аппаратом и врачами в губерниях, что в свою очередь сыграло решающую роль в превращении Медицинской коллегии из номинального в реальный высший орган управления медико-санитарным делом страны. В начале XIX столетия после присоединения Медицинской коллегии к Министерству внутренних дел и перераспределения ее функций между медицинскими департаментами трех министерств (военного, военно-морского и внутренних дел) высшей государственной «врачебно-ученой, врачебно-полицейской и врачебно-судебной» инстанцией стал Медицинский совет Министерства внутренних дел.

**Вторым направлением стала разработка совместными усилиями врачей и правоведов специального врачебно-санитарного законодательства.**

Уже первый опыт работы высших государственных врачебно-санитарных инстанций показал, что действовавших общих законов недостаточно для эффективного решения проблем предупреждения болезней и охраны здоровья, а существовавшие отдельные медико-санитарные нормативные акты не соответствовали уровню развития медицинской науки.

В 60-х гг. XVIII в. началась активная разработка новой системы юридических норм, регламентирующих «санитарную жизнь государства». Были разработаны новые и усовершенствованы действовавшие законы против фальсификации съестных припасов и торговли испорченными продуктами; об охране чистоты воздуха и источников водоснабжения, об обороте ядовитых веществ, о порядке погребения мертвых тел, о благоустройстве городов.

В XIX веке к их числу добавились законы, регулировавшие санитарные аспекты строительного дела в целом и строительства школьных зданий, а также законы для фабрик, заводов и других промышленных предприятий как в отношении охраны труда рабочих, так и в отношении предупреждения загрязнения воздуха, почвы, рек и других водоемов. Особое внимание было уделено законам, на которых основывались мероприятия против распространения эпидемических и заразных болезней (оспопрививание, дезинфекция, изоляция больных, эвакуация здоровых, карантинное законодательство).

В XVIII веке наибольших результатов в сфере разработки врачебно-санитарного законодательства удалось достичь в Австрии, где был подготовлен и в 1770 году высочайше утвержден «Санитарный норматив» – первый специальный свод врачебно-санитарных правил и установлений, обязательный для исполнения на всей территории империи. В России подобный «норматив» был составлен лишь в 1832 году и составил значительную часть 13 тома «Свода законов Российской империи».

**Третье направление состояло в борьбе с шарлатанами и создании государственных систем подготовки медицинских кадров.** Вплоть до XVIII столетия дипломированных врачей, обладавших правом на самостоятельную практику, едва хватало для обеспечения медицинской помощью

городских жителей. Причем, поскольку врачебные услуги стоили сравнительно дорого, пользовались ими главным образом лишь состоятельные горожане. Как следствие, и в городах, и особенно за их пределами, действовало множество знахарей, повитух, цирюльников, активно предлагавших свои услуги всем нуждавшимся в медицинской помощи и готовых за небольшое вознаграждение «пустить кровь», принять роды, изготовить настои и отвары, провести хирургическую операцию и т.д. Их деятельность не поощрялась, но сколько-нибудь реальной борьбы с этим явлением не велось. Врачебные корпорации не видели в деятельности шарлатанов серьезной угрозы для своих заработков. Что же касается государства, то оно не вмешивалось в складывавшуюся ситуацию в силу того, что рассматривало проблему получения медицинской помощи личным делом каждого отдельного человека (исключение составляли лишь армейские соединения, принимавшие участие в боевых действиях).

Исследования, проведенные в первой половине XVIII века в рамках изучения эпидемических конституций, показали, что вред здоровью тысяч людей, постоянно наносившийся шарлатанами, был сопоставим с последствиями крупной эпидемии.

Основными средствами борьбы с шарлатанами и знахарями, развернувшейся уже во второй половине XVIII столетия, стали, во-первых, полицейские меры по активному выявлению и преследованию лиц без медицинского образования, занимавшихся медицинской практикой. А во-вторых, целенаправленная работа по увеличению количества квалифицированных медицинских работников и повышению уровня их практической подготовки.

Осуществлявшиеся прежде от времени до времени разовые акции по созданию фельдшерских и повивальных школ при больницах и госпиталях сменяются систематической повседневной деятельностью органов государственной власти по организации подобных учебных заведений. Начинается создание государственных медико-хирургических институтов и академий для подготовки хирургов, имеющих равные права с дипломированными врачами. Для преподавания в этих академиях приглашаются университетские профессора, разрабатываются специальные учебные программы. Во второй половине XVIII века наиболее крупные медико-хирургические академии были открыты в Вене (1784), Берлине (1795), Амстердаме (1768), С.-Петербурге (1783, 1798) и Москве (1798).

Одновременно проводятся масштабные реформы университетского медицинского образования, предусматривавшие секуляризацию университетов, отказ от следования канонической университетской традиции и переориентацию медицинских факультетов на выпуск специалистов, подготовленных для практической лечебной работы. В Австрии эти преобразования были осуществлены в 50-80-х гг. XVIII века благодаря прямому вмешательству государства в деятельность университетов. Во Франции – путем ликвидации медицинских факультетов университетов, признанных оплотом средневековой корпоративной медицины, и создания в 90-х гг. XVIII века учебных медицинских заведений нового типа, так называемых школ здоровья (Париж, Страсбург, Монпелье). В России переориентация медицинских факультетов на подготовку специалистов с правом на самостоятельную практику началась в 10-20-х гг. XIX века. Тогда же при университетах (в Дерпте, Вильно, Москве, Казани и Харькове) были созданы и начали функционировать особые медицинские институты, специально предназначенные для подготовки за казенный счет врачей «в службу».

**Четвертым направлением деятельности органов государственной власти европейских стран в сфере внедрения концепции медицинской полиции стало формирование государственной системы помощи нуждающимся и социально незащищенным группам населения** (детям-сиротам, престарелым и инвалидам, малообеспеченным семьям, нищим и др.). Актуальность решения этой задачи определялась тем, что результаты исследований эпидемических конституций показали, что именно в этих группах населения наблюдались максимальные показатели заболеваемости и смертности, и что эпицентрами возникавших эпидемий чаще всего становились места массового скопления нищих.

Если еще в первой половине XVIII века действия государств в отношении социально незащищенных групп населения основывались на наказании, угрозах и применении силы, а призрением занималась, главным образом, церковь, то во второй половине столетия забота о нищих, престарелых и инвалидах была юридически признана неременной обязанностью государства. Началась реконструкция старых и строительство новых богаделен, приютов, работных, инвалидных, воспитательных и сиротских домов. Развернулась масштабная больничная реформа, предусматривавшая значительное

расширение больничной сети за счет строительства новых больниц и передачи в управление органов государственной власти церковных больниц и приютов.

**Пятое направление** заключалось в осуществление конкретных санитарных мер, направленных на обеспечение здоровых условий жизни, питания и трудовой деятельности.

Ко времени возникновения концепции медицинской полиции по всей Европе, и в особенности в крупных столичных городах, подавляющее большинство общественных зданий и частных домовладений было переполнено разлагающимися нечистотами. По улицам постоянно текли зловонные потоки отходов человеческой жизнедеятельности, вперемешку с отбросами скотобоен, трупами домашних животных и недоношенных младенцев. Содержимое городских свалок и тысяч выгребных ям просачивалось в землю, заражая питьевую воду в колодцах и реках, а воздух буквально дымился от «гнилых испарений». Темные, узкие, неровные улицы в сочетании с отсутствием тротуаров и правил дорожного движения служили постоянным источником травматизма, а в тот период любая рваная рана, перелом или сильный ушиб зачастую становились причиной тяжелой инвалидности или смерти.

Моющих средств для уборки помещений или целей личной гигиены не существовало. Нижнее и постельное белье являлось исключительной редкостью, а верхнюю одежду не меняли неделями. Запахи немытого тела, пота, гнилых зубов; обилие насекомых (блох, вшей) считались нормальными явлениями. Питание было однообразным, низкокалорийным, а главное чрезвычайно скудным. Периодически в различных регионах возникали вспышки голода, за которыми неминуемо следовали страшные эпидемии. Условия работы на мануфактурах и фабриках мало отличались от каторжных. Рабочее время не нормировалось и чаще всего составляло от 15 до 18 часов в день. При этом значительную часть рабочей силы составляли женщины и дети. Процветали проституция, в том числе детская, алкоголизм, преднамеренное и непреднамеренное детоубийство.

Во второй половине XVIII века начинается систематическая целенаправленная работа по исправлению описанного положения дел посредством широкого внедрения мер как личной (индивидуальной) гигиены, так и общественной профилактики.

Внедрение мер личной гигиены состояло в разветвлении пропаганды среди населения элементарных медицинских знаний и практических гигиенических рекомендаций в отношении правильного питания, поведения, режима труда и отдыха, личной жизни, ухода за детьми, опрятности и содержания в чистоте собственного тела и жилища, пребывания «в чистом и свободном воздухе и умеренной теплоте». Особое внимание уделялось разъяснению смертельной опасности тесных физических (в том числе и сексуальных) контактов с незнакомыми людьми.

Использовались все существовавшие инструменты влияния на массовое и индивидуальное сознание. Огромными тиражами издавались научно-популярные пособия и наставления, плакаты, открытки, детские назидательные книги, которые бесплатно распространялись среди населения. Плакаты вывешивали для всеобщего ознакомления в местах наибольшего скопления людей. Университетские профессора и наиболее авторитетные врачи выступали с публичными популярными лекциями, которые широко рекламировались в газетах. Была задействована и церковь: по воскресным и праздничным дням проводились специальные мессы, на которых зачитывались правила личной гигиены. Эти правила адаптировались для каждого прихода и напоминали молитвы, «чтобы даже самые невежественные лица и дети смогли бы их повторить». В России на рубеже XVIII-XIX веков было даже специально организовано преподавание медицинских дисциплин в духовных академиях и семинариях.

Началось массовое производство зубного порошка, мыла; получили распространение носовые платки, ночные рубашки, столовые приборы. В Европе после почти трехвекового перерыва начали вновь открываться общественные бани. Был изобретен и получил широкое признание ватерклозет со смывом клапанного типа и водяным затвором, препятствовавшим поступлению запаха из выгребной ямы обратно в помещение. Чистая одежда, отсутствие неприятных запахов и насекомых превращаются в самые модные веяния времени, и постепенно формируется общественное мнение о том, что «цивилизованный человек» – это, прежде всего, человек «вполне чистый и опрятный».

В сфере общественной профилактики основные усилия органов государственной власти были сосредоточены главным образом на санитарной

очистке и благоустройстве городов, решении проблем обеспечения населения продовольствием и проведении конкретных противозидемических мероприятий.

В городах развернулась активная работа по освещению улиц, строительству тротуаров и каменных мостовых, дождевой канализации. Введен контроль за чистотой внутренних дворов. Началась борьба с обычаем выбрасывать на улицы нечистоты, выливать из окон ночные горшки, привычкой испражняться в любом месте, где к тому возникла естественная потребность. Были организованы общественные туалеты. Введено за правило мытье улиц с помощью пожарных шлангов.

Для очистки воздуха законодательно был решен вопрос о выводе за пределы городов скотобоен, свалок и всех без исключения предприятий, «отравлявших воздух». Невзирая на жесточайшее общественное противодействие, создавались так называемые городские коридоры проветривания. Для этого сносились целые кварталы домов, закладывались прямые широкие проспекты, организовывались городские площади. После открытия в конце XVIII века кислорода и явления фотосинтеза растений, наряду с площадями и проспектами началась закладка парков, скверов, бульваров. Например, Париж, прежде чем превратиться во второй половине XIX века в прославленный «Город света», в 50-60-х гг. был практически полностью разрушен и отстроен заново.

Наибольшие трудности возникли с ликвидацией выгребных ям. Их массовая замена ватерклозетами, связанными с помощью сточных труб с подземной дождевой канализацией, не дала сколько-нибудь удовлетворительных результатов. Во-первых, из-за незнания особенностей прокладки и устройства канализационных труб стоки постоянно забивались, во-вторых, при повышении уровня воды в городских реках фекалии попросту выливались на улицы и размывали фундаменты строений, в-третьих, произошло чудовищное загрязнение рек, продолжавших служить основным источником питьевого водоснабжения.

Страшные эпидемии холеры начала 30-х и второй половины 50-х гг. XIX века в сочетании с печально знаменитым «Лондонским зловонием» 1858 года заставили искать решение в строительстве отдельной канализационной системы, оказавшейся не только невероятно дорогим, но и чрезвычайно сложным в инженерно-техническом плане сооруже-

нием. Однако, как только первое такое сооружение стоимостью в несколько десятков миллионов фунтов стерлингов, обеспечившее полное отведение всех нечистот Лондона в Северное море и навсегда очистившее лондонский воздух от омерзительного зловония, было введено в эксплуатацию, примеру столицы Британской империи последовали Париж, Мюнхен, Цюрих, Берлин, Бостон, Чикаго и ряд других городов, способных осуществить подобные капиталовложения.

Опыт практической реализации перечисленных выше мер уже в начале второй половины XIX столетия показал, что наибольшее позитивное влияние на состояние здоровья населения оказали общественно-гигиенические мероприятия. Они смогли существенно улучшить санитарные условия жизни значительных масс населения независимо от уровня понимания населением задач гигиены, а также многочисленных злоупотреблений должностных лиц и прямых нарушений санитарного законодательства.

Решение проблем обеспечения населения продовольствием также началось во второй половине XVIII века и поначалу преследовало лишь цели увеличения количественного прироста продуктовой базы. Этого удалось достичь главным образом за счет введения в рацион питания новых продуктов: картофеля, кукурузы, шпината, зеленого горошка, риса. Одновременно последовали специальные правительственные решения, и началось строительство складов для хранения стратегических запасов продуктов и в первую очередь зерна на случай наступления неурожая. Были разработаны и начали внедряться технологии длительного хранения и консервирования, а также массового производства суррогатных пищевых продуктов.

В начале XIX века органы государственной власти и научное сообщество приступили и к решению проблем качества питания. Был постепенно обеспечен переход от режима питания, основанного на зерновых, к рациону, где протеины и жиры обеспечивались главным образом животной пищей (мясом, молочными продуктами). Этот переход потребовал огромных усилий, связанных с развитием селекционной работы, ветеринарии, технологий хранения и транспортировки мяса и молока. Параллельно были разработаны и внедрены медико-полицейские меры по экспертизе и контролю качества продуктов, развернулась борьба с фальсификатами.

Важнейшей особенностью противоэпидеми-

ческой работы во второй половине XVIII-XIX вв. стало существенное ограничение использования карантинных мер, вступивших в прямое противоречие с интересами торгово-промышленного капитала. В этот период карантины устанавливались лишь в исключительных случаях, уступив место практике раннего выявления эпидемических заболеваний, изоляции больных и дезинфекции. Началось активное внедрение специальных средств борьбы с отдельными эпидемическими заболеваниями. Для предупреждения и борьбы с эпидемиями натуральной оспы широко использовались вариоляция и вакцинация. Для предупреждения распространения сифилиса стали активно применяться такие медико-полицейские меры, как регистрация проституток, учреждение домов терпимости и постоянный врачебно-санитарный контроль за состоянием их здоровья.

Практическая реализация всего описанного выше комплекса государственных мер по внедрению концепции медицинской полиции, определившая постепенное формирование в течение второй половины XVIII-первой половины XIX вв. феномена государственной медицины, привела к 4 важнейшим последствиям, оказавшим прямое влияние на становление и развитие не только медицины и здравоохранения, но и всей современной западной цивилизации.

Первое, и хронологически наиболее раннее последствие, состояло в том, что городские больницы, приюты, воспитательные и работные дома, подконтрольные государству специальные учебные заведения оказались прекрасными дисциплинарными институтами, а санитарно-гигиенические нормы и правила – чрезвычайно эффективным инструментом государственного управления, способным играть весьма существенную роль в поддержании устойчивости политической системы и действующей вертикали власти. Политики и высшие государственные чиновники смогли оценить важность этого аспекта медико-полицейских мер уже на рубеже XVIII-XIX веков, что в дальнейшем послужило главным мотивом для поистине астрономических капиталовложений, которые потребовались для внедрения концепции медицинской полиции в полном объеме.

Вторым важнейшим последствием внедрения концепции медицинской полиции стали подлинно революционные преобразования в медицине как сфере научной деятельности. Поскольку все без ис-

ключения медико-полицейские меры разрабатывались и осуществлялись при активном участии врачей, медицина постепенно обрела принципиально новый предмет изучения. Уже с конца XVIII века, выражаясь словами М. Фуко, медицина перестает быть исключительно медициной человеческого организма. Она становится, в том числе, «медициной воздуха, воды, почвы», «медициной распада и брожения», «медициной условий жизни и среды обитания». В первой половине XIX века этот раздел медицины, изучавший «условия жизни и среду обитания», выявлявший механизмы их влияния на здоровье человека и разрабатывавший научно-обоснованные рекомендации по устранению или ослаблению «вредоносных факторов», окончательно выделился в самостоятельную научно-практическую медицинскую дисциплину – гигиену, которая уже в последней четверти XIX столетия распадется на множество отдельных медицинских наук профилактического профиля – социальную, коммунальную, промышленную гигиену, гигиену питания, медицинскую статистику и географию, эпидемиологию.

Третьим последствием внедрения концепции медицинской полиции стало безвозвратное завершение так называемого «золотого века» врачебного сословия. Врачебные корпорации лишились прежней гегемонии на владение медицинским знанием.

Врачи утратили прежнюю независимость, превратились в должностных лиц, а их профессиональная деятельность оказалась органично интегрированной в работу государственной машины. Врачебная профессия из элитарной стала постепенно превращаться в массовую. Взамен врачи получили лишь известное покровительство со стороны органов государственной власти и невиданные прежде полномочия «контроля и принуждения».

Наконец, четвертым, и, пожалуй, самым существенным, последствием внедрения концепции медицинской полиции стало значительное снижение заболеваемости и смертности. Например, в Англии, Германии, Франции после организации канализационных систем, перепланировки и благоустройства городов, разработки проблем водоснабжения и питания заболеваемость снизилась более чем в 5 раз, а смертность уменьшилась почти вдвое. Особо подчеркнем, что эти результаты были достигнуты в до-бактериальную эру.

В России, не сумевшей по чисто финансовым мотивам решить проблему создания городских канализационных систем, эти показатели оказались несколько скромнее, но и здесь удалось добиться заметного снижения и заболеваемости, и смертности.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

*Затравкин Сергей Наркизович* – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)  
ORCID: 0000-0002-2930-1873

## AUTHOR

*Sergey Zatravkin* – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)  
ORCID: 0000-0002-2930-1873