

2. Жбанков Д.Н. Земско-медицинский сборник. – М., 1890-1893. – Вып. 1-7 (по губерниям).
3. Жбанков Д.Н.Итоги земской медицины // Врач. -1894.-№ 18. – С 513-518; №19. –С.546-555.
4. Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. Русская земская медицина. - М.,1899. – 340 с.
5. РГАЛИ. Ф.199. Оп.1. Д.24. Л. 103

---

---

*Спасенников Б.А.<sup>1</sup>, Пертли Л.Ф.<sup>2</sup>*

**РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТЮРЕМНОЙ СИСТЕМЕ  
РОССИИ (КОНЕЦ XVIII-НАЧАЛО XX ВЕКА)**

1. ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко»
2. ФКУ «НИИ ФСИН России»

*Spasennikov B.A.<sup>1</sup> Pertli L.F.<sup>2</sup>*

**DEVELOPMENT MEDICAL CARE IN THE PRISON SYSTEM RUSSIA  
(END OF XVIII-EARLY XX CENTURE)**

1. The National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko
2. The Research Institute Federal Penitentiary Service Russia

**Спасенников Борис Аристархович** e-mail:

[borisspasennikov@yandex.ru](mailto:borisspasennikov@yandex.ru)

**Резюме.** В статье рассмотрен историко-медицинский аспект развития медицинской помощи осужденным в России. Первое упоминание о лечении больных преступников обнаружено в 1775 г. В 1788 г. принято Положение о тюрьмах, в котором использован опыт тюремных систем европейских государств. С 1819 г. организация медицинской помощи населению была в компетенции Министерства внутренних дел. Это создало условия для организации медицинской помощи в тюремной системе. Правовые основы медицинской помощи

заклученным были приняты в 1831 г. В 1879 г. в Главном тюремном управлении появилась должность инспектора по медицинской части. Он координировал оказание медицинской помощи заклученным и разрабатывал санитарно-гигиенические мероприятия. Первичное звено отечественной пенитенциарной системы составляли органы управления отдельных мест заклучения. В соответствии с законом от 15 июня 1887 г. к ним были отнесены врачи и фельдшеры. Лечение больных заклученных осуществлялось за счет государства. В исследуемый период отсутствовала единообразная медицинская статистика заболеваемости. Показано, что особое внимание уделялось инфекционным заболеваниям. Патологии неинфекционной природы уделялось меньшее внимание.

**Ключевые слова:** история медицины, история права, пенитенциарная система, осужденные, медицинская помощь.

**Abstract.** The article deals with the development of prison health care in Russia. The first mention of the treatment of patients with criminals found in 1775. In 1788 adopted the Regulations of the prisons. The document draws on the experience of prison systems of European countries. Since 1819 medical care organization was the responsibility of the Ministry of Internal Affairs. It created the conditions for the organization of medical care in the prison system. Legal medical care based on the conclusions were adopted in 1831. In 1879, in the main prison management appeared as an inspector for the medical unit. He coordinated the provision of health care to prisoners and developed hygienic measures. The primary link in the national prison system were separate prison authorities. In accordance with the Law of 15 June 1887 the authorities organized medical care convicted. Treatment of patients with prisoners was carried out by the state. In the analyzed period there was no uniform medical morbidity statistics. It is shown that special attention was paid to infectious diseases. Pathology of infectious nature has been given less attention.

**Keywords:** history of medicine, history of law, penitentiary system, prisoners, medical care.

Первые официальные упоминания о «лечении больных преступников» датируются 7 ноября 1775 года, когда было издано Учреждение для управления губерний Российской империи [2].

В первые годы царствования Екатерины II, при ее непосредственном участии, был подготовлен проект Положения о тюрьмах 1788 г., в котором был использован опыт организации тюремных систем передовых европейских государств. Особое внимание в проекте уделялось устройству тюремных больниц «с койками, с тремя сменами белья на них, с больничными халатами и колпаками, ночными столиками при койках и колокольчиками при них для вызова врачебного персонала» [12], однако реализация проекта Положения о тюрьмах, не была обеспечена ни в финансовом, ни в организационном плане. Продолжив начатые Петром I реформы тюремной системы страны, Екатерина II учредила во всех губерниях Приказы общественного призрения, остроги, тюрьмы и каторги с вечной ссылкой «злодеев». Одновременно были приняты попытки организации финансирования содержания заключенных за счет казны. В 1778 г. своим указом Екатерина II определила количество «кормовых» для здоровых и больных колодников и разрешила лечить последних за счет казны с 1796 г. [10, с. 29].

С 1819 г. организация медицинской помощи гражданскому населению находилось в ведении Министерства внутренних дел, в составе которого образован медицинский совет и медицинский департамент. Управление организации медицинской помощи на уровне губерний производилось врачебным отделением губернского правления, состоящем в ведении губернского врачебного инспектора, подчиненного губернатору. При этом в соответствии с вторым томом, частью первой статьи 625 Свода Законов издания 1857 г. лечение больных арестантов, особенно в тех местах, где не было больниц при острогах, входило в попечение непосредственно губернатора. На врачебное отделение возложены лечебная, судебно-медицинская и санитарная обязанности. При его органах в уездах состояли уездные врачи (по одному на уезд), уездные фельдшера, в городах – городские врачи [3].

Организационно-правовые основы медицинской помощи заключенным были заложены в Инструкции смотрителю губернского тюремного замка 1831 г. [8, с. 20-21], в которой самая большая глава

IX (55 статей) посвящена вопросам медицинской помощи при исполнении уголовных наказаний. При этом статьи 172 и 173 устанавливали, что условия содержания в тюремном лазарете и лечение должны соответствовать общим правилам в гражданских больницах. В соответствии со ст. 206 Инструкции ответственность за санитарно-гигиеническое состояние мест заключения была возложена на смотрителя, как «полного хозяина тюремного замка и блюстителя в оном внутреннего порядка» [9, с. 82]. Непосредственная организация лечебной и санитарно-профилактической работы в местах лишения свободы была возложена на врача, которому по медико-санитарной части подчинялись все служащие тюрьмы, а также медицинский персонал больницы и аптека (ст. 165).

В статье 180-195 Инструкции получили юридическое закрепление основные обязанности врача тюремного замка: врачебный осмотр вновь поступающих в тюремный замок арестантов; ежедневный обход тюремного замка для проверки санитарного состояния всех помещений и распоряжений по устранению выявленных недостатков; заведование тюремной больницей и аптекой; направление в больницу заболевших заключенных; лечение арестантов в тюремной больнице, их осмотр не менее 2 раз в день, ведение медицинской документации; ежедневное предоставление смотрителю сведений о больных арестантах; подача заявок на медикаменты, их учет и т.д. [3].

Нормы ст. 161-178 Инструкции содержали требования по организации лечения арестантов: работа тюремной больницы, состоящей из мужского и женского отделений; размещение «больных по роду болезней»; снабжение больницы «особым для больных платьем, бельем и медицинскими принадлежностями; обеспечение больных особой пищей по предписанию врача» и т.д. [9].

Реальное положение дел с медицинской помощью осужденным можно узнать из донесений тюремных ревизоров об осмотре мест заключения и сведений тюремных врачей, несколько раз в год доставляемых в Министерство внутренних дел для отчета. Например, на 1000 арестантов в 1850 г. приходилось примерно 77 больных. В этом же году через тюрьмы империи прошло около 980 тыс. арестантов, из которых умерли всего лишь 1 598 человек, что составляет 0,16 % [13, с. 18-19]. По мнению А.М. Фумм [14, с. 115], такого рода сведения, хотя и не давали полного основания

утверждать, что санитарное состояние русских тюрем в рассматриваемый период было вполне благополучным, в то же время не содержали в себе ничего ужасного, как отмечали некоторые исследователи, например, Дж. Кеннан [6].

Таким образом, можно сделать вывод, что первые попытки нормативно-правового регулирования медицинской помощи заключенным в России и организация его за счет государственной казны были сделаны в XVIII в., а в XIX в. нормированное медицинское обеспечение арестантов стало закрепленной обязанностью государства, что ранее не предусматривалось.

В 1879 г. в штат Главного тюремного управления (далее – ГТУ) была включена должность инспектора по медицинской части для заведования санитарной частью в местах заключения и разработки необходимых мероприятий по гигиене. В дальнейшем с расширением объема функций аппарата ГТУ и усложнением его задач организационная структура была усовершенствована, и с 1912 г. лечением арестантов занималась хозяйственная часть в числе прочих обязанностей [5, с. 59-60]. В ведении Главного тюремного управления по медико-санитарной части, помимо надзора и контроля за проведением данной работы в тюрьмах, находилась еще и организация медицинской помощи при этапировании заключенных.

Созданные законом от 31 марта 1890 г. губернские тюремные инспекции как среднее управленческое звено между ГТУ и местами заключения не содержали в штате ни инспекторов по медицинской части, ни врачей: чиновники второго (хозяйственного) делопроизводства разрабатывали табеля на лечение арестантов, а чиновники третьего (секретарского) делопроизводства вели учет инфекционных заболеваний в местах заключения.

Надзор за лечением больных, содержащихся под стражей, в соответствии со ст. 17 Устава врачебного издания 1905 г. был возложен на Губернские врачебные управления [11]. На них же лежала обязанность освидетельствования трудоспособности арестантов и больных ссыльных на основании Устава о содержащихся под стражей и Устава о ссыльных (ст. 27). В обязанности Губернского врачебного инспектора входило участие на правах директора в заседаниях губернского комитета Попечительного общества о тюрьмах (ст. 34).

Первичное звено отечественной тюремной системы составляли органы управления отдельных мест заключения. В соответствии с законом от 15 июня 1887 г. к ним были отнесены врачи и фельдшеры. Причем определение, в каких именно (кроме тюрем общего устройства) местах заключения должны быть введены должности врачей, принадлежало МВД по представлению начальника ГТУ. В исправительных арестантских отделениях врачебный персонал был введен в штаты отделений только законом от 17 марта 1903 г. [7], что, конечно, способствовало улучшению медицинской помощи содержащихся в них арестантов.

В связи с необходимостью установления повсеместно единообразного порядка замещения врачебных должностей при местах заключения ГТУ по соглашению с Медицинским Департаментом издало циркуляр от 7 января 1889 г. № 1 [28], в котором установило, что по всем вопросам относительно определения, перемещения или увольнения врачей и прочего медицинского персонала при исправительных арестантских отделениях, центральных каторжных и пересыльных тюрьмах, уголовных и следственных тюрьмах, а также при возбуждении ходатайств о назначении отдельных врачей в порядке, определенном ст. 92 Устава Врачебного при тюрьмах общего устройства, губернаторы на местах должны были предоставлять о врачах определенные сведения непосредственно в ГТУ.

Помимо «дипломов и других доказательств врачебной опытности, при назначении тюремных врачей места старших врачей тюремных больниц предоставлять только докторам медицины и преимущественно тем, кто занимал ранее должности городских и уездных врачей. Замещать должности фельдшеров только лицами, окончившими курсы в фельдшерских школах с нормальными программами преподавания или получившими свидетельство от врачебных отделений губернских правлений или Врачебных управ на основании циркуляра МВД от 10 февраля 1883 года № 207, допуская при неимении удовлетворяющих этим требованиям кандидатов только к исполнению фельдшерских обязанностей других, способных к этому лиц, но без присвоения им преимуществ государственной службы» [3].

По поводу найма врачей и фельдшеров в тюрьмы, где их не было в штате на постоянной основе, начальники тюрем или попечительные комитеты в индивидуальном порядке обращались в ГТУ

с ходатайством, например, фельдшера в Звенигородскую тюрьму [26]; врача в Тамбовскую тюрьму [23]; акушерку, приглашенную к роженице – следственной арестантке Омской тюрьмы [22] и т. д.

При этом архивные материалы свидетельствуют о сложностях при привлечении врачей (в Тверской и Вологодской губерниях, Семиреченской области [27]). Управление главного врачебного инспектора МВД циркуляром от 30 сентября 1910 г. № 1290 уведомило, что городские врачи могут не исполнять обязанности тюремных врачей, это является лишь актом их добровольного соглашения с Обществом попечительным о тюрьмах, причем они выполняют эту работу безвозмездно или получают вознаграждение от Общества. Врач, состоящий при тюрьме, получал жалованье в 200 руб. в год.

Основными направлениями медико-санитарной деятельности администрации мест заключения в исследуемый период были: организация работы больниц, врачебных околотков, а также аптеки; первичный медицинский осмотр всех вновь поступающих заключенных; периодический осмотр контингента (с 1911 г. – поголовный 4 раза в год); лечение больных арестантов; направление заболевших для получения специализированной помощи в городские, земские и уездные больницы; организация санитарного режима и санитарно-профилактическая работа; обеспечение лекарствами; борьба с эпидемическими заболеваниями в тюрьмах.

Лечение больных заключенных осуществлялось за счет государства. Для оказания им медицинской помощи врачи выписывали необходимые медикаменты из аптек военного ведомства за счет финансирования на лечение из расчета 3 копейки в день на больного, кроме сумм, отпускаемых на содержание арестанта. В тех местах заключения, где действовали комитеты Общества попечительного о тюрьмах, финансирование осуществляли они [3].

В условиях ограниченности казенных средств государство последовательно проводило политику сокращения расходов на содержание больных арестантов за счет уменьшения ассигнований и стремилось переложить бремя финансирования медицинской помощи заключенным на благотворительные средства тюремных комитетов.

Медицинскую помощь заключенным оказывали в тюремных больницах или околотках, а при их отсутствии или в тяжелых случаях в больницах Приказа общественного призрения, земских больницах или

госпиталях военного ведомства. Следует сказать, что больницы имелись не при всех тюрьмах. Открытие больниц при каждой крупной тюрьме стало одним из приоритетных направлений деятельности ГТУ при принятии плана строительства новых тюрем и переустройства существующих в 1911 г. В результате к 1914 г. собственные больницы с достаточным числом коек имелись при большинстве мест заключения.

При отсутствии больницы в тюрьме устраивали «околоток для арестантов, заболевающих легкими болезнями» [15]. Он «отличался от камер тем, что на нары постланы тюфяки и подушки, набитые соломой, но чехлов на них одна только смена и потому они моются только тогда, когда бывают свободные места, а так как больничный околоток постоянно наполнен, то и чехлы эти очень грязные» [17].

Кроме околотка, где лечились только легкие больные, лечение арестантов при необходимости могло производиться в больницах Приказа общественного призрения, земских больницах или госпиталях военного ведомства, которые получали на лечение заключенных денежные средства на общих основаниях с надбавкой еще 3 копейки на медикаменты. В этих больницах для арестантов отделялся особый коридор с несколькими палатами.

Следует отметить отсутствие в тот период единообразной медицинской статистики и отчетности. Имеются лишь отдельные отчеты по некоторым тюремным больницам, что затрудняет проведение анализа заболеваемости в местах лишения свободы.

Обеспечение лекарствами мест заключения не было централизованным. Тюремные больницы, земства, общества попечительные о тюрьмах сами заключали договоры о поставках лекарств, из расчета государственного финансирования на медикаменты по 3 коп. в сутки на заключенного, однако при запросе на кредиты с тюремным ведомством согласовывались суммы поставок и цены на медикаменты [19]. Например, в Санкт-Петербургскую, Читинскую, Нижнеудинскую и Нерчинскую тюрьмы медикаменты и аптекарские товары поставлялись Русским обществом торговли аптекарскими товарами [20]. Кроме того, медикаменты и разного рода медицинские предметы поставлялись в тюремные больницы и из Российского общества Красного Креста [21].

С развитием медицинской науки и техники появились аппаратура для диагностики и лечения различных заболеваний. Это не

могло не заинтересовать тюремное ведомство. Например, в начале XX века для Санкт-Петербургской тюремной больницы был приобретен физиотерапевтический аппарат за 250 руб. для лечения больных арестантов постоянным, фарадизационным и смешанным током [25]. Одновременно выписанный рентгенографический аппарат для Зерентуйского врачебного района Забайкальской области Главным тюремным управлением был признан роскошью и не оплачен за счет казны [24].

Таким образом, можно констатировать, что после тюремной реформы 1879 г. в Российской империи была упорядочена организация медицинской помощи лицам, находящимся в местах заключения: в ГТУ этим занимался инспектор для заведования санитарной частью и хозяйственной частью; в губернских тюремных инспекциях – чиновники хозяйственного и секретарского делопроизводства; непосредственно лечение больных арестантов в местах лишения свободы с 1887 г. проводили штатные врачи и фельдшеры.

Для карательной системы Российской империи характерным является значительное перемещение каторжных заключенных и ссыльных в отдаленные и малообжитые районы страны. Как показывают архивные документы, ГТУ беспокоило состояние здоровья и высокая смертность этой категории заключенных.

В целях принятия мер к сохранению здоровья пересыльных арестантов Главное тюремное управление издает циркуляры. Так, в соответствии с циркуляром от 11 июня 1885 г. «Об устройстве гражданских лазаретов на этапах главного ссыльного тракта Восточной Сибири» и циркуляром от 28 апреля 1887 г. «Об устройстве лазаретов и о лечении арестантов на баржах» при этапных зданиях и на баржах, перевозящих партии ссыльных по Волге, Каме и рекам Западной Сибири, были устроены лазареты [1, 7].

Особую озабоченность ГТУ вызывала высокая смертность еще одной категории заключенных – каторжан, направляемых на остров Сахалин из Одессы морским путем. В связи с этим ГТУ 6 ноября 1891 г. издает Правила о порядке распределения и отправления в места назначения из губерний Европейской России и Кавказского края осужденных в каторжные работы и добровольно следующих в ссылку семейств их [16], обязывающие губернские правления обследовать

состояние здоровья лиц, осужденных к каторжным работам, для определения, могут ли они «перенести морское плавание и не страдают ли заразными болезнями». Однако продолжительное пребывание в центральных тюрьмах и пароходных трюмах предрасполагало к заболеванию цингой и зачастую арестанты заболевали целыми партиями вскоре по прибытии на остров.

Еще одно направление деятельности ГТУ – борьба с эпидемическими заболеваниями в местах лишения свободы. Большую роль в развитии гигиены в местах заключения Российской империи сыграл профессор А.П. Доброславин, который с 1879 г. в течение 10 лет занимал должность руководителя санитарной части Главного тюремного управления.

Санитарное состояние помещений, предназначенных для содержания заключенных под стражей, постоянно служило предметом пристального внимания государства в лице ГТУ. И если фактическое положение в местах лишения свободы было далеко от совершенства в санитарном отношении, то руководящих документов: циркуляров, инструкций, наставлений, указаний и правил – разрабатывалось достаточное количество. В основном их издание было вызвано вспышками инфекционных заболеваний в различных местностях.

5 февраля 1879 г. МВД издает циркуляр № 20 О санитарных мерах в отношении казенных зданий и тюрем с Правилами для производства дезинфекции отхожих мест, помойных и мусорных ям, дворов, равно одежды и белья больных заразительными и прилипчивыми болезнями [18]. Циркуляр требовал содержания в надлежащей чистоте зданий, дворов и других тюремных помещений; тщательной очистки нечистот; содержания в исправности дворов, отхожих мест и мусорных ям, их дезинфекции; ежедневного проветривания помещений; кроме того – тщательного осмотра провизии, доставляемой арестантам, а также мест для ее приготовления и обеспечения заключенных чистой водой.

В связи с появившейся в государствах Европы эпидемией холеры и возможностью проникновения ее в Россию ГТУ были выработаны Указания и правила санитарных мероприятий и способов предупреждения эпидемий, разосланные при циркуляре от 22 августа 1884 г. № 18 вместе с Инструкцией для дезинфекции тюремных помещений, мягких постельных принадлежностей, белья, платья [9].

Указания и правила требовали при первых же признаках эпидемии в местах заключения или городах, где они находятся, немедленно уведомить телеграммой ГТУ для прекращения передвижения арестантов в пораженные местности и из них; прекращения свиданий и вывода арестантов на внешние работы; строгой изоляции заболевших арестантов в отдельном помещении, приспособленном в освобождаемых для этой цели мастерских, цейхгаузах, столовых, школах либо в устроенном временно среди тюремного огорода или двора барачном или палаточном помещении.

Указания подробно излагают правила дезинфекции постельных принадлежностей, белья, одежды; правила захоронения умерших от холеры; дезинфекции всех зданий тюремного учреждений по окончании холеры. Так же, циркуляр № 20, в целях предупреждения появления холеры указания требуют улучшить воздух тюремных камер, содержать в чистоте кухни, прачечные, бани, отхожие места и другие помещения, тщательно проветривать и очищать одежду прибывших арестантов и соблюдать чистоплотность между сидельцами.

Циркуляром от 14 апреля 1905 г. № 7 ГТУ распространило «Наставление о способах предупреждения и ограничения развития холерной эпидемии в местах заключения с подробными Правилами производства дезинфекции жилых помещений, белья, одежды, мягких постельных принадлежностей и извержений холерных больных» [29]. В Наставлении обращалось внимание на необходимость улучшения санитарного состояния и дезинфекцию всех помещений в местах заключения, в особенности кухонь, прачечных, бань, отхожих мест; улучшения воздуха тюремных камер и мастерских через проветривание; запрещение держать в камерах промокшее платье и обувь; недопущение загрязнения тюремных дворов отбросами; особое внимание уделено доброкачественности пищевых продуктов и воды; надлежащему приготовлению пищи и использованию для хранения воды закрытых сосудов с кранами; предусмотрен строгий врачебный осмотр арестантов в неблагополучных по холере местностях; для ознакомления со способами предохранения от заболеваний было рекомендовано вывешивать в камерах соответствующие указания.

Санитарные правила, указания и инструкции 1879, 1884 и 1905 гг. достаточно подробны, могут даже сегодня служить примером ведомственного нормотворчества. Особенностью циркуляров ГТУ по

санитарной части было то, что они в основном носили рекомендательный характер, в них отсутствовали однозначные категоричные предписания, поэтому они не всегда выполнялись на местах тюремной администрацией [4].

Начало XX в. в России характеризовалось накоплением большого числа устаревших, противоречивых правовых актов, регулировавших медицинскую помощь заключенным. Это создавало определенные трудности в практике отечественных пенитенциарных органов и учреждений, препятствовало дальнейшему развитию отечественной пенитенциарной медицины. Особое внимание в нормативных актах уделялось инфекционным заболеваниям. Патологии неинфекционной природы уделялось меньшее внимание.

Нормативные акты, регулирующие медицинскую помощь осужденным, основанные на принципах гуманизма, должны иметь обязательный, а не рекомендательный характер.

### **Литература**

1. XV лет деятельности Главного тюремного управления // Тюремный вестник. 1894. № 6. С. 309.
2. Благочестивейшия самодержавнейшия великия государыни имп. Екатерины Вторыя. учреждения для управления губерний Всероссийския империи. М., 1775. 215 с.
3. Давыдова Н.В., Пертли Л.Ф. Пенитенциарная медицина: история и люди: учебное пособие. М., 2011. 113 с.
4. Гернет М.Н. История царской тюрьмы. М., 1952. Т. 3. 421 с.
5. Детков М.Г. Тюрьмы, лагеря и колонии России. М., 1999. 448 с.
6. Кеннан Дж. Тюрьмы в России: Очерки. СПб., 1906. 104 с.
7. Полное собрание законов Российской Империи. Собр. 2-е. СПб., 1867. 841 с.
8. Рассказов Л.П., Упоров И.В. Тюремные инструкции в Российской империи. Краснодар, 1999. 57 с.
9. Систематический сборник узаконений и распоряжений по тюремной части / сост. В.Н. Коковцов и С.В. Рухлов. СПб., 1894. 186 с.
10. Тимофеев В.В., Тимофеев В.Г. Уголовно-исполнительная система России: цифры, факты и события: учеб. пособие. Чебоксары, 2008. 612 с.

11. Устав врачебный, изд. 1905 г. и по продл. 1912 и 1913 гг., и узаконения по врачебно-санитарной части, дополненный постатейными разъяснениями Сената и правительственных установлений, правилами и инструкциями. Составил Л.А. Колычев. Петроград // Журнал Министерства юстиции. 1915. № 10. Декабрь. С. 261-263.
  12. Филичкин А.А. История становления пенитенциарной медицины в России // Уголовно-исполнительное право: научный журнал. 2006. № 1. С. 71.
  13. Юферов В.Н. Материалы для тюремной статистики России. СПб., 1873. 262 с.
  14. Фумм А.М. Правовое регулирование исполнения уголовного наказания в виде лишения свободы в Российской империи: дис. ...канд. юрид. наук. М., 2004. 180 с.
  15. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 5. Д. 106. Л. 53.
  16. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 5. Д. 2122. Л. 20-21 с оборотом.
  17. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 5. Д. 758. Л. 26.
  18. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 6. Д. 182. Л. 3-11.
  19. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 6. Д. 2448. Л. 114.
  20. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 6. Д. 2448. Л. 170.
  21. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 6. Д. 2448. Л. 177.
  22. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 6. Д. 2448. Л. 210.
  23. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 6. Д. 2448. Л. 255.
  24. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 6. Д. 2448. Л. 69.
  25. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 6. Д. 2448. Л. 75.
  26. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 6. Д. 2448. Л. 79.
  27. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 6. Д. 3211. Л. 56, 61, 90.
  28. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 7. Д. 215. Л. 151 с оборотом.
  29. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 7. Д. 295. Л. 47-51 с оборотом.
-