

Министерство здравоохранения РСФСР

Московский медицинский  
отоларингологический институт

*На правах рукописи*

В. В. ЖИЛИНА

**ВНЕШНИЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ  
ОТЛОРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
В ГОРОДАХ РСФСР**

(на примере городов  
Москвы и некоторых других городов)

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

МОСКВА  
1985

1671

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

МОСКОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

*На правах рукописи*

В. В. ЖИЛИНА

# ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДАХ РСФСР

(по материалам Москвы и некоторых других городов)

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

МОСКВА  
1955

480366  
Жилина В.  
Основные  
этапы развития  
1955

чест-  
но в  
стоя-

кого  
э ра-  
тель-  
ряда  
защиты  
э тре-

ением  
у что  
м го-  
х ме-  
ностей  
/казы-  
торая  
ез от-  
осква,  
еской,  
кает к  
с пер-  
щии и

ти со-  
омато-  
ий пе-

изация  
ции из-  
од Ве-  
3 г.

02-303.

3

Из кафедры терапевтической стоматологии (зав.— проф. Е. Е. ПЛАТОНОВ) Московского медицинского стоматологического института (директор — доц. Г. П. БЕЛЕЦКИЙ).

Защита диссертации состоится 29. XII 1955 г.  
в 16 часов на заседании совета Московского медицинского стоматологического института (Москва, Каляевская, 18).

Автореферат разослан 29. XI



486366

29. XI / 1955

Отечественные специальные работы, освещающие развитие отечественной стоматологии и стоматологической помощи населению в разные исторические периоды побуждают нас предпринять настоящее исследование.

В опубликованных до революции работах А. Н. Левинского история отечественного зубопротезирования искажена. Отдельные работы М. О. Коварского по истории стоматологии носят описательный характер и не содержат анализа материала. Работы ряда советских авторов, посвященные отдельным вопросам организации стоматологической помощи населению в разные годы, также требуют анализа и обобщения.

В настоящей работе мы занимались более подробно изучением развития стоматологической помощи в г. Москве, потому что более глубокое изучение вопросов здравоохранения в одном городе, области или крае представляет собой один из важных методов установления некоторых частных и общих закономерностей развития здравоохранения на разных этапах. В. И. Ленин указывал: «...отдельное не существует иначе, как в той связи, которая ведет к общему. Общее существует лишь в отдельном, через отдельное. Всякое отдельное есть (так или иначе) общее»<sup>1</sup>. Москва, столица нашей социалистической Родины, центр политической, культурной, научной и общественной жизни страны, привлекает к себе внимание миллионов трудящихся всего мира. Москва с первых дней советской власти играет ведущую роль в организации и строительстве советского здравоохранения.

Ввиду обширности темы, в диссертации по возможности сокращена характеристика досоветского периода развития стоматологической помощи для того, чтобы осветить полнее советский период.

Для характеристики советского периода принята периодизация его, данная в «Кратком курсе истории ВКП(б)». В диссертации изложено также состояние стоматологической помощи в период Великой Отечественной войны и в послевоенный период до 1953 г.

<sup>1</sup> В. И. Ленин. «К вопросу о диалектике». Соч. Изд. 3, том 13, стр. 302—303.

Советское здравоохранение включает лечебно-профилактическое и санитарное обслуживание населения, подготовку медицинских кадров и научно-исследовательскую работу в области медицины. Поэтому, занимаясь в настоящей работе изучением состояния стоматологической помощи в различные исторические периоды, мы сделали попытку осветить развитие и деятельность сети медицинских учреждений, организацию подготовки кадров специалистов по стоматологии, а также и основные направления в развитии стоматологической науки.

При выполнении диссертации нами были использованы литературные источники XVIII—XX веков, своды законов Российской империи, официальные материалы, издававшиеся Советским Правительством и Министерствами здравоохранения, архивные документы Московского областного исторического архива и Центрального Государственного Архива Октябрьской Революции, отчетные материалы Научно-методического бюро санитарной статистики РСФСР и Мосгорздраводела, конъюнктурные обзоры состояния стоматологической помощи в г. Москве, отчеты некоторых московских лечебных учреждений.

Диссертация написана на 277 листах, иллюстрирована фотографиями документов, диаграммами и таблицами.

\* \* \*

Возникновение медицины относится к первобытно-общинному периоду. Как показывают археологические находки, наряду с другими видами хирургической помощи, в то время имела и элементарная зубо-врачебная помощь в виде удаления зубов.

В период феодализма среди ремесленников, проживавших в 15 столетии в городах Московского государства, упоминаются «зубовотокни» — представители медицины того времени, основной профессией которых было зубо-лечение (Н. Д. Чечулин). В народной медицине зубо-лечение занимало заметное место, и в рукописных книгах по медицине излагались мероприятия и средства «для лечения зубной боли».

Зубные врачи-иностранцы появились в России в 18 столетии. Лечили они, главным образом, царскую семью и высшую знать. Зубные врачи или дантисты, как их стали называть в 19 столетии, обучали в своих кабинетах учеников «зубо-лечению искусству». Учениками дантистов были преимущественно иностранцы, живущие в России, поэтому в первой половине 19-го столетия русские дантисты составляли незначительное меньшинство.

В Москве в 1850 г. числилось 23 дантиста, из них лишь 4 русских, в Петербурге в 1880 г. из 42 дантистов было 6 русских.

В период капитализма зубо-врачебная помощь попрежнему находилась в частных руках, хотя количество специалистов, особенно в крупных городах, в конце 19-го и начале 20-го столетий быстро увеличивалось. Правящие классы, которым были чужды интересы трудящихся, ничего не предпринимали для организации государственной зубо-врачебной помощи населению. Благотворительные организации пытались открывать для бедных бесплатные зубо-врачебные амбулатории, но существование этих амбулаторий было кратковременным. В Москве регулярной была лишь работа 4-х детских специальных амбулаторий с приемом по зубным болезням, существовавших на средства Общества охраны народного здоровья. В период 1-й империалистической войны в Москве, Петрограде, Воронеже, Смоленске и ряде других городов были открыты на средства Союза Городов бесплатные амбулатории для обслуживания солдат и офицеров.

Подготовка кадров специалистов по зубо-лечению до Октябрьской революции находилась в частных руках. В 80-х годах прошлого столетия были открыты частные зубо-врачебные школы в Петербурге, Варшаве, Москве, Одессе, а позднее и в ряде других городов. Эти школы нередко выпускали специалистов низкой квалификации, так как учредители школ в первую очередь заботились о доходах, а не о знаниях выпускников.

До начала 20-го столетия сохранялась подготовка дантистов путем ученичества в частных зубо-врачебных кабинетах. Многолетняя борьба зубных врачей и одонтологов за высшее медицинское образование для специалистов по зубо-лечению не дала результатов. Отсутствие государственных учебных заведений для подготовки зубных врачей тормозило также и развитие отечественной стоматологии. Тем не менее, в дореволюционный период, с большим или меньшим успехом, изучались и развивались почти все разделы стоматологии. Работы Г. И. Вильга, А. А. Вырубова и А. Б. Изачика по анатомии зубов и челюстно-лицевой области, работы А. И. Абрикосова по патологической анатомии полости рта, работы Н. И. Знаменского о клиновидных дефектах и альвеолярной пиоррее, А. К. Лимберга о профилактике кариеза, М. М. Чемоданова о лечении пульпита и периодонтита и ряд других работ сохранили свое значение и до настоящего времени. Большое внимание уделяли русские хирурги Н. И. Пирогов, А. И. Овер, Р. Ф. Грубе и др. пластическим операциям в челюстно-лицевой области. Например, в первой половине 19-го столетия Россия заняла второе место в мире по числу произведенных операций ринопластики (Ю. К. Шимановский). Значительное количество работ было посвящено хирургическому лечению заболеваний челюстей (Ю. Газенбегер, В. Хандриков, В. Ратимов, Н. А. Геркен и др.). Наиболее отсталым разделом стоматологии было протезирование,

которое и в научном и в техническом отношении во многом зависело от Запада.

Зубные врачи и одонтологи организовывали в крупных городах зубоврачебные общества. Наиболее деятельным из них было Московское Одонтологическое общество. В 1906 г. был создан Российский зубоврачебный союз, правление которого полностью состояло из московских специалистов. В дореволюционный период в России были созваны 6 одонтологических съездов и 5 делегатских съездов, организованных Российским зубоврачебным союзом. Работа обществ и съездов способствовала распространению научных знаний среди зубных врачей, а также объединению их в борьбе за свои права.

Социалистический строй создал условия для невиданного расцвета всех отраслей народного хозяйства, культуры и науки. На новом фундаменте возникло и строилось здание социалистического здравоохранения.

Созданием государственного зубоврачевания в стране руководила зубоврачебная подсекция Наркомздрава, образованная в июле 1918 г. Зубоврачебная подсекция подготовила и провела национализацию частных зубоврачебных учреждений и кабинетов. Полученное в результате реквизиции зубоврачебное оборудование передавалось вновь создаваемым государственным зубоврачебным учреждениям. К концу 1918 г. в Москве было уже открыто 10 зубоврачебных отделений при поликлиниках в разных районах города, в которых работали 25 зубных врачей. Сеть государственных лечебных и, в том числе, зубоврачебных учреждений в последующие годы быстро увеличивалась, несмотря на огромные трудности, которые переживала молодая республика, отражавшая атаки внешней и внутренней контрреволюции.

Зубоврачебная секция Наркомздрава подготовила реформу зубоврачебного образования, необходимость которой была признана еще до революции зубоврачебной общественностью. Частные зубоврачебные школы в 1918 г. были закрыты, при медицинских факультетах университетов были созданы одонтологические кафедры и изучение одонтологии стало обязательным для студентов медицинских факультетов.

Переход к новой экономической политике изменил систему финансирования лечебных учреждений, которые были переведены с общегосударственного бюджета на местный. В результате этого перевода сеть государственных лечебных учреждений в РСФСР значительно сократилась, так, например, сеть зубоврачебных учреждений уменьшилась в течение 1922 года в городах на 30%, в сельской местности на 69%. Но в то же время возникло большое количество зубоврачебных учреждений при заводах, государственных учреждениях, учебных заведениях, работающих в большин-

стве своем на хозрасчете или на началах частных соглашений администрации предприятий с зубным врачом. Постепенное укрепление местного бюджета дало возможность в 1923 г. вновь увеличить количество государственных лечебных учреждений. С этого времени рост сети лечебных учреждений был постоянным до начала Великой Отечественной войны.

При переходе на мирную работу по восстановлению народного хозяйства зубоврачебная секция Наркомздрава под руководством П. Г. Дауге разработала систему профилактических мероприятий, направленных к оздоровлению полости рта трудящихся. 9 июня 1922 г. Наркомздрав утвердил инструкцию по проведению плановой санации полости рта. Официально вопрос ставился вначале только о школьниках, но фактически это была программа, на основании которой следовало перестроить работу в целом. Новая система требовала замены случайной зубоврачебной помощи детям планомерной и систематической борьбы с кариесом, путем профилактических осмотров полости рта для выявления и лечения начальных стадий развития кариозного процесса.

Большую роль в развитии государственной зубоврачебной помощи по пути профилактики сыграли Всероссийские одонтологические съезды (1923, 1925 и 1928 гг.), на которые съезжались по 2 тысячи и больше зубных врачей и стоматологов. На съездах, помимо научных докладов, обсуждались вопросы, посвященные плановой санации полости рта школьников и других групп населения. Обмен опытом между представителями разных городов и областей делал более понятным массе практических работников глубокий смысл перестройки стоматологической помощи на новых, плановых началах.

К концу первой пятилетки (1932 г.) в крупных городах республики (в Москве, Ленинграде, П.-Новгороде, Воронеже и др.) было санировано 40—60% организованного детского населения. Продолжались поиски новых наиболее целесообразных форм проведения плановой санации школьников, например, создавались передвижные зубоврачебные кабинеты, работающие непосредственно в школе, в детском саду или детском доме. Рост сети стоматологических учреждений и повышение квалификации зубных врачей создали условия для совершенствования методики плановой санации полости рта подрастающего поколения. Так появилось новое требование — лечить не только постоянные, но и молочные зубы у детей. Этот метод санации полости рта получил название «Советская система санации».

Начиная с 20-х годов, большое внимание уделялось организации зубоврачебной помощи рабочим. Сеть стоматологических учреждений в промышленных районах быстро увеличивалась. Так, например, в Московском промышленном районе количество первичных

больших за три года (с 1924 по 1927 г.) увеличилось на 99,4%. В амбулаториях были открыты вечерние приемы, с учетом окончания смен на фабриках и заводах: открывались новые зубо-врачебные кабинеты при поликлиниках и здравпунктах предприятий, создавались передвижные зубо-врачебные кабинеты при крупных цехах. Количество здравпунктов, и в том числе имеющих зубо-врачебные кабинеты, во вторую и третью пятилетки стало быстро увеличиваться. Зубные врачи и стоматологи принимали активное участие в изучении профессиональных болезней рабочих. В Москве, Ленинграде, Одессе и ряде других городов были проведены обследования состояния полости рта у рабочих разных производств, особое внимание уделялось работающим в химической промышленности. Обследователи установили большую распространенность заболеваний зубов и слизистой оболочки полости рта у рабочих типографий, на некоторых кондитерских и химических фабриках и заводах, главным образом там, где техника безопасности была организована недостаточно хорошо. Для защиты зубов, слизистой оболочки полости рта и органов дыхания рабочих стоматологами были предложены различные профилактические мероприятия.

На ряде предприятий республики проводилась плановая санация полости рта рабочих и служащих, в первую очередь, у работающих во вредных цехах и у фабрично-заводской молодежи. В результате этой работы в Москве в 30-х годах количество рабочих, имеющих здоровую полость рта, несколько увеличилось по сравнению с 1924—1925 гг. Однако наладить повсеместно плановую санацию полости рта рабочих и служащих не удалось, например, в 1932 г. было профилактически осмотрено и санировано только 5% общего числа промышленных рабочих РСФСР.

В годы предвоенных пятилеток сеть стоматологических учреждений быстро увеличивалась. Так, в РСФСР за 12 лет (с 1923 по 1935 г.) количество зубо-врачебных учреждений увеличилось в 4 раза, количество врачей в 5,5 раза, количество зубопротезных лабораторий в 4,6 раза. В течение 1935 г. в СССР было санировано около 6 млн. взрослых и 2-х миллионов детей. В Москве в 1938 г. было санировано более 550 тыс. населения, что составляло 115 человек на 1 000 человек населения. В результате плановой санации, обращаемость за стоматологической помощью в Москве снизилась со 123,3 человека в 1926 г. до 109,2 чел. в 1937 г. на 1 000 человек населения.

Научные работники ГИСО, Ленинградского, Одесского и других научно-исследовательских учреждений уделяли много внимания улучшению стоматологической помощи населению. Они возглавляли бригады врачей, проводивших обследования полости рта рабочих вредных производств; изучали опыт санации школьников и других организованных контингентов населения, внедряли в прак-

тику наиболее целесообразные формы организации плановой санации полости рта. Уделялось внимание и организации стоматологической помощи в различных типах стоматологических лечебных учреждений (крупные амбулатории, диспансеры, здравпункты и т. д.). Неоднократно проводилось определение нормы нагрузки врача в этих учреждениях, что помогало определить нормы нагрузки врача, выявить недостатки в организации приема больных. Проверялась также и эффективность проведенного лечения и, в частности, пломбирования. Таким образом, научные учреждения оказывали реальную помощь органам здравоохранения. Важным достижением советской стоматологии во вторую пятилетку было решение проблемы замены благородных металлов, употребляемых в зубопротезировании, нержавеющей сталью (Д. Н. Цитрин и др.). Замена золота сталью позволяла сэкономить до 1,5 тонны золота в год и давала возможность полнее удовлетворить потребность трудящихся в протезировании.

Зубо-врачебное оборудование и материалы в царской России почти полностью ввозились из-за границы. В 1918—1920 гг. государственные зубо-врачебные амбулатории снабжались в основном за счет реквизированных или купленных у частных практикующих врачей инструментов и материалов. В 20-х годах в стране начали работать предприятия, выпускающие некоторые предметы зубо-врачебного оборудования: зубо-врачебные кресла, бормашины, мелкий инструментальный и зубо-врачебные материалы. Количество зубо-врачебного оборудования и материалов год от года увеличивалось. Однако в снабжении государственных зубо-врачебных учреждений имелись и имеются перебои; инструменты и материалы не всегда удовлетворяют врачей по качеству и ассортименту, а это затрудняет работу лечебных учреждений и снижает качество стоматологической помощи населению.

Как отмечалось выше, подготовка специалистов по зубо-врачебанию была передана в 1918 г. медицинским факультетам университетов. Желающие специализироваться по стоматологии должны были после окончания медицинского факультета в течение года проходить дополнительную практику при одонтологических кафедрах. Однако наладить стажирование выпускников при одонтологических кафедрах не удалось, так как кафедры не были укомплектованы квалифицированными кадрами. Поэтому выпускники направлялись для специализации главным образом в Государственный институт зубо-врачевания (ГИЗ), а позднее и в Ленинградский научно-практический стоматологический институт. Такая система подготовки кадров обеспечивала выпуск квалифицированных врачей, но количество их было совершенно недостаточным: 25—50 человек в год.

В 20-х годах растущая сеть государственных стоматологических учреждений укомплектовывалась за счет резерва безработных врачей, поэтому острого недостатка в кадрах не ощущалось. Быстрый темп развития социалистической промышленности и коллективизация сельского хозяйства в первые же годы пятилеток поставили перед здравоохранением задачу значительно увеличить сеть лечебных учреждений в городе и деревне, в том числе улучшить и стоматологическую помощь населению. Расширяющаяся сеть стоматологических учреждений стала испытывать острый недостаток в кадрах. Чтобы обеспечить в возможно короткие сроки подготовку специалистов по зубопротезированию, были вновь открыты в 1932 г. зубопротезные школы. Для обеспечения лечебных учреждений квалифицированными и руководящими кадрами, в 1935 г. были открыты стоматологические институты с 4-летним сроком обучения и курсы переквалификации зубных врачей в стоматологов, которые существовали до 1939 г., т. е. до вынужденного закрытия стоматологических институтов. Общее количество стоматологов и зубных врачей быстро увеличивалось: в 1938 г. было выпущено в СССР 1 232 человека, в 1939 г. — 2 469 человек, в 1940 г. — 4 396 человек. В системе Наркомздрава СССР на первое января 1940 г. числилось 15 197 стоматологов и зубных врачей, а в Москве в 1940 г. работало 525 стоматологов и 1 185 зубных врачей.

\* \* \*

В послереволюционный период успешно развивалась и стоматологическая наука. Центрами развития ее были научно-исследовательские институты, созданные в Москве, Ленинграде и ряде других городов, одонтологические кафедры медицинских институтов, а позднее и стоматологические институты.

Распространению научных знаний среди зубных врачей способствовали журналы «Ортопедия и стоматология», издававшийся в Москве, и «Одونتология», издававшийся в Харькове.

Первый период развития советской стоматологии (до 1929 г.) характеризуется собиранием материала, созданием методик исследований, изучением ряда частных вопросов клиники и лечения стоматологических заболеваний. Быстрый рост молодой стоматологической науки хорошо иллюстрируется тем, что на I-м Одонтологическом съезде (1923 г.) доклады содержали, главным образом, обзор литературы по разбираемому вопросу, а собственные исследования были незначительными, а на 3-м съезде (1928 г.) было уже большое количество докладов, отражавших серьезную исследовательскую работу.

Для второго периода развития советской стоматологии (1930—1940 гг.) характерны обобщение и дальнейшее развитие ранее

создание представлений о патогенезе заболеваний, проверка методов лечения и профилактики стоматологических заболеваний.

Следует отметить работу сотрудников кафедры стоматологии Военно-медицинской академии, возглавляемой Д. А. Энтиным, которые создали физико-химическую теорию происхождения кариеса. Большая работа по изучению физиологии и патологии твердых тканей зуба проводилась на кафедре стоматологии I МАИИ, руководимой И. Г. Лукомским, где разрабатывалась трофическая теория возникновения кариеса (Г. А. Васильев, И. А. Бегельман и др.). Ряд работ был посвящен изучению химического состава твердых тканей зуба в норме, при кариесе, при амфодонтозе, авитаминозах, хронической кишечной интоксикации, при различных нарушениях желез внутренней секреции и иннервации (Л. В. Полежаева, И. Г. Серебряникова, Л. И. Каушапский и др.). Значительное развитие получили в 30-х годах вопросы обезболивания твердых тканей зуба.

Большие успехи были достигнуты в изучении патологии периодонта. Была введена новая классификация, основанная на общепатологической характеристике и анатомических особенностях процесса. Были предложены новые методы лечения патологии периодонта. Наиболее простым и эффективным оказался метод А. А. Анисенко, (который применил фосфат-цемент для пломбирования корневых каналов и при наличии показаний вводил цемент за верхушку зуба в очаг хронического воспаления).

Плодотворным было изучение ротового сепсиса. Советские ученые опровергли американскую концепцию ротового сепсиса, на основании которой каждый зуб, лишенный пульпы, рассматривался как обязательный источник хронической инфекции и потому подлежал удалению. Экспериментальные работы П. Н. Карташева и Д. А. Энтина, не пользовавшихся методикой школы А. Д. Сперанского, явились теоретической базой нервно-трофической концепции ротового сепсиса. Сотрудники ГИСО (Г. А. Васильев, М. М. Пристелков, А. С. Рабинович и др.), руководимые проф. И. Г. Лукомским, выдвинули токсогенную теорию ротового сепсиса.

На основании клинических наблюдений, патологоанатомических исследований сосудов и нервов околозубных тканей и данных эксперимента был создан ряд теорий этиологии и патогенеза амфодонтоза (А. И. Евдокимов, П. П. Львов, И. Е. Платонов).

Хирургическая стоматология изучала большой круг вопросов по хирургии зубов и восстановительной хирургии лица и челюстей. В связи с дискуссией о показаниях к удалению зуба профессором А. А. Лимбергем с сотрудниками было проведено большое количество наблюдений за течением воспалительного процесса в челюстно-лицевой области и общим состоянием организма больного при различных стадиях воспалительного процесса и различной тактике

хирурга. Необходимость удаления зуба при острой одонтогенной инфекции была признана большинством советских стоматологов. Изучались также причины наиболее частых осложнений после удаления зуба.

Большое количество работ было посвящено одонтогенному остеомиелиту челюстей (К. К. Алкалаев, С. М. Вайсблат, Г. А. Васильев и др.). Продолжалось изучение военной травмы челюстно-лицевой области и последствий огнестрельных ранений, а также вопросов восстановительной хирургии лица (А. Э. Рауэр, А. А. Лимберг, Д. А. Этинн).

Одна из основных задач ортопедической стоматологии — разработка научно-медицинской базы зубопротезирования была за это время в общих чертах решена. Были изучены анатомо-функциональные связи между отдельными частями жевательного аппарата (А. Я. Катц), показания и противопоказания к протезированию, состояние и функция желудочно-кишечного тракта при отсутствии различного количества зубов и при использовании протезами (Б. П. Бынин). Работами большой государственной важности явились исследования, связанные с заменой золота и других дорогостоящих металлов нержавеющей сталью (Д. П. Цитрин, С. С. Асс, С. С. Швелов).

Работы этого периода дают основание говорить о переходе ортопедической стоматологии на пути физиологического обоснования ортопедической терапии.

В годы Великой Отечественной войны органы советского здравоохранения основное внимание уделяли лечению раненых воинов. Напряженно работали также стоматологи и зубные врачи, которым было получено оказание квалифицированной медицинской помощи челюстно-лицевым раненым.

В Великую Отечественную войну впервые была применена созданная на основе опыта предшествующих военных операций система этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению. Переложная хирургическая помощь челюстно-лицевым раненым оказывалась на Д.М.П.; специализированная стоматологическая помощь в ХППГ для раненых в голову, где, как правило, работали челюстно-лицевая группа ОРМУ. В госпиталях ГБА имелись челюстно-лицевые отделения, а во фронтовом районе специализированные челюстные госпитали. Челюстно-лицевые раненые, для лечения которых требовались длительное время и сложные пластические операции, эвакуировались в тыловые специализированные госпитали, находившиеся в ведении Наркомздрава СССР и ВЦСПС. Большинство стоматологических стационаров учебных и научно-исследовательских институтов и стоматологические отделения хирургических клиник и больниц были превращены в специализированные челюстно-лицевые госпитали. Между лечебными учреж-

дениями фронта и тыла установилась тесная связь, что обеспечивало быструю информацию фронтовых стоматологов о новых условиях в лечении челюстно-лицевых раненых.

В Великую Отечественную войну широкое применение получило комплексное лечение ран: дополнение хирургических методов лечения физиотерапией, механотерапией, применением биостимуляторов. Большую роль в предупреждении и лечении раневой инфекции сыграли сульфамидные препараты, а затем пенициллин и другие антибиотики. Были успешно применены и новые методы лечения, например: одночелюстная фиксация отломков при переломах нижней челюсти, направляющие первичные и вторичные пластиночные швы на рану. Пластические операции, в том числе и сложные с пересадкой хряща, кости, жира были значительно приближены к времени рубцевания раны. Был разработан ряд новых оригинальных пластических операций (М. Ф. Хитров, А. А. Лимберг и др.).

Благодаря советской военно-медицинской системе оказания специализированной помощи раненым в челюстно-лицевую область было возвращено в строй 85,1% и излечено 98,2% раненых этой группы.

В первые годы войны сеть гражданских стоматологических учреждений в Республике уменьшилась почти наполовину, в том числе сеть зубопротезных отделений на 60%. С четвертого квартала 1943 г. число стоматологических учреждений вновь начало увеличиваться и к 1/1 1945 г. достигло в городах 92% довоенного уровня. Стоматологическая помощь населению в годы войны снизилась не только количественно, но и качественно. Большинство стоматологических учреждений оказывали лишь неотложную помощь. Сократилась санационная работа среди школьников и других организованных контингентов населения. Объем работы зубопротезных учреждений сократился почти втрое. Хорошо была организована стоматологическая помощь лишь рабочим оборонной промышленности, на тех предприятиях, где имелись медикосанитарные части и здравпункты.

Задачи стоматологической помощи в послевоенный период состояли в том, чтобы восстановить и расширить сеть стоматологических учреждений, увеличить число врачей, повысить их квалификацию и улучшить качество лечебной помощи населению. Не менее важной задачей было долечивание инвалидов Отечественной войны, имеющих челюстно-лицевые повреждения.

В помощь местным отделам здравоохранения Министерством Здравоохранения СССР и РСФСР были изданы приказы, содержащие конкретные указания по улучшению стоматологической помощи населению. Для улучшения руководства стоматологическими учреждениями во главе их были поставлены врачи-стоматологи,



при местных отделах здравоохранения были выделены главные стоматологи из числа наиболее квалифицированных специалистов. Был упорядочен учет работы врача, предложены качественные показатели, характеризующие работу врача.

Сеть стоматологических учреждений в послевоенные годы непрерывно увеличивается. К концу 1945 г. в РСФСР количество стоматологических учреждений и работающих в них врачей достигло уровня 1940 года. В городах РСФСР в послевоенный период с 1946 по 1953 г. количество стоматологических учреждений увеличилось на 32,2%, а количество посещений их на 38,6%. Только за последние 4 года (с 1949 по 1953 г.) количество штатных должностей стоматологов и зубных врачей увеличилось в городах РСФСР на 22,2%. В некоторых городах и в том числе в Москве и Ленинграде увеличение штатных должностей было еще большим. С каждым годом увеличивается объем профилактической работы среди населения, повышается эффективность работы врача. Как видно из материалов Киевского района г. Москвы, в 1953 г. врач в течение рабочего дня выполняет 12,4 законченных лечебных процедур (пломбирование или удаление зуба, операции, лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта), а в 1926/1927 г. только 8,6 законченных лечебных процедур. Если в 1926/1927 г. более половины общего количества лечебных процедур (55%) составляло удаление зубов и только 39,2% пломбирование, то в 1953 г. удаление зубов составляет 31,3% лечебных процедур, а пломбирование 53,5%. Значительно увеличилось внимание к лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта. Несколько увеличился объем работы зубопротезных поликлиник и отделений, хотя темпы восстановления и развития этого вида стоматологической помощи и не могут быть признаны удовлетворительными. Так, в городах РСФСР в 1953 г. было изготовлено в 2,3 раза больше протезов, чем в 1946 г. и на 27% больше, чем в довоенном 1940 г. Количество протезов, изготовленных в 1953 г. в Москве, было лишь на 7,5% больше, чем в 1940 г.

Несмотря на некоторое улучшение работы стоматологических поликлиник и отделений, в их работе и в настоящее время имеется ряд серьезных недостатков. Так, например, в г. Москве, несмотря на ежегодное увеличение штатных должностей врачей-стоматологов, количество посещений на 1 врача в день не уменьшается, а в некоторых районах даже увеличивается.

Перегрузка врачей приводит к поспешности в работе, снижает ее качество. Недостаточное внимание уделяется качеству пломбирования. Сравнение данных 1936 и 1953 г.г. показывает более высокий % неудовлетворительных пломб в послевоенный период. Предусмотренный Министерством Здравоохранения СССР срок сохранения пломбы — 2 года — дезориентирует врачей, ослабляет

борьбу за высокое качество стоматологической помощи. Отсутствие целесообразных отчетных форм делает невозможным анализ качества стоматологической помощи по городу или району в целом. Профилактической работе в Москве в послевоенный период все еще уделяется недостаточное внимание. Так, профилактические осмотры полости рта в 1952 г. были проведены лишь у 39,2% школьников города. В большинстве школ плановая санация полости рта заканчивается в 4-ом классе, в то время как количество кариозных зубов у детей с возрастом продолжает быстро увеличиваться. Профилактические осмотры с перерывом в год и более не обеспечивают выявления начальных стадий развития кариозного процесса, поэтому количество осложнений со стороны пульпы и периодонта увеличивается с каждым годом.

Другие группы населения, подлежащие плановой санации, также санятся далеко не полностью. Так, например, в 1952 г. в Москве было профилактически осмотрено только 59% беременных.

Мало внимания плановой профилактической работе уделяют стоматологические кабинеты МСЧ и здравпунктов, в работе которых профилактика должна стоять на первом месте. Недостатки в организации плановой санации являются причиной недостаточной ее эффективности, и поэтому количество нуждающихся в лечении не имеет тенденции к снижению. Мало внимания уделяется выявлению ранней стадии развития амфодонтоза и лечению этого заболевания.

Для улучшения качества стоматологической помощи городскому населению, по нашему мнению, необходимы следующие мероприятия:

1) Дальнейшее увеличение штатных должностей стоматологов в поликлиниках с тем, чтобы обеспечить прикрепление к 1 врачу не более 2 500—3 000 человек населения, как это предусмотрено нормативами Министерства здравоохранения СССР.

2. Повышение квалификации специалистов путем направления на курсы усовершенствования большого количества стоматологов и зубных врачей.

3. Значительное улучшение качества стоматологического оборудования и материалов, в первую очередь, качества пломбировочных материалов.

4) Введение принципа участковости в работу стоматологических учреждений, так как такая организация работы, повышая ответственность врачей за свой участок, обеспечивает больший процент санированных среди больных, обратившихся за помощью.

5) Необходимо уделять больше внимания плановой профилактической работе, как наиболее рациональной форме борьбы со стоматологическими заболеваниями среди населения.

6) Введение диспансеризации для всех больных амфодонтозом и некоторыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

7. Обеспечение здравпунктов подсобным медицинским персоналом и увеличение контроля за работой врачей здравпунктов. Целесообразно практиковать периодическую замену врачей, работающих на здравпункте, врачами поликлиники.

8) Следует также разработать единые формы учета работы стоматологических отделений для того, чтобы можно было анализировать проведенную в них работу. При определении качества стоматологической помощи населению признать наиболее ценными следующие качественные показатели: а) плановая санация полости рта прикрепленного населения, б) постоянное уменьшение количества удаленных зубов и увеличение количества пломбированных зубов, в) длительность сохранения наложенной пломбы, г) количество диспансеризованных больных амфодонтозом и уменьшение количества удаленных зубов у этой группы больных, д) применение анестезии при всех болезненных манипуляциях в полости рта (лечение и удаление зубов, пренарирование зуба под коронку), е) отсутствие осложнений после удаления зуба, ж) ранняя диагностика и раннее вмешательство при островоспалительных процессах в челюстно-лицевой области, з) изготовление съемных и несъемных протезов в строгом соответствии с клиническими показаниями.

9. Признавая важную роль областных стоматологов, а для крупных городов — районных стоматологов, необходимо не только определить объем и задачи их работы, но и выделить время для выполнения этой работы.

10. Предоставить больше возможности для издания монографий по стоматологии, методических указаний по лечению отдельных заболеваний, а также печатания работ в журнале «Стоматология» и в других медицинских журналах.

11. Необходимо увеличить внимание научных учреждений страны к вопросам организации стоматологической помощи, чтобы совместными усилиями научных и практических работников поднять на новую высоту качество стоматологической помощи населению.