

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

На правах рукописи

Гончар Владимир Владимирович

**История организации стоматологической помощи
на Дальнем Востоке России (конец XIX - XX вв.)**

07.00.10 – История науки и техники
(медицинские науки)

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, доцент
Ратманов Павел Эдуардович

Хабаровск – 2019

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ИСТОРИОГРАФИЯ И ИСТОЧНИКИ	11
1.1. Историография здравоохранения Дальнего Востока России.....	11
1.2. Историография отечественного зубоврачевания и стоматологии.....	20
1.3. Характеристика источников	30
ГЛАВА 2. ЗУБОВРАЧЕВАНИЕ В ПРИАМУРСКОМ ГЕНЕРАЛ- ГУБЕРНАТОРСТВЕ (1890 – 1917 гг.)	45
2.1. Зубоврачевание в системе оказания медицинской помощи Российской империи (конец XIX – начало XX вв.).....	45
2.2. Частная зубоврачебная практика на Дальнем Востоке.....	56
2.3. Развитие муниципального и ведомственного зубоврачевания в Дальневосточном регионе.....	67
ГЛАВА 3. ЗУБОВРАЧЕВАНИЕ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ РОССИИ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ (1918-1928 гг.)	76
3.1. Политика советской власти в сфере организации зубоврачебной помощи населению РСФСР (1920-е гг.).....	76
3.2. Зубоврачебная помощь на Дальнем Востоке в период Гражданской войны и иностранной интервенции (1918-1922 гг.)	89
3.3. Организация зубоврачебной помощи населению Дальнего Востока в середине 1920-х гг.....	94
3.4. Зубоврачебная помощь в Дальневосточном регионе в конце 1920-х гг. ...	108
ГЛАВА 4. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ РОССИИ В ГОДЫ ПЕРВЫХ СОВЕТСКИХ ПЯТИЛЕТОК И В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1929-1945 гг.).....	123
4.1. Организация стоматологической помощи в РСФСР: теория и практика (1930-е гг.).....	123
4.2. Особенности организации стоматологической помощи населению Дальнего Востока.....	136
4.3. Организация стоматологической помощи коренным жителям Дальнего Востока России.....	151

4.4. Стоматологическая помощь гражданскому населению Дальневосточного региона в период Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.)	157
ГЛАВА 5. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ РОССИИ В ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД (1946-1960 гг.).....	160
5.1. Государственные подходы к планированию и организации стоматологической помощи населению СССР (1950-е гг.).....	160
5.2. Региональные особенности организации стоматологической помощи на Дальнем Востоке в послевоенные годы.....	173
5.3. Развитие стоматологической помощи на Дальнем Востоке России в 1950-е гг.	183
ГЛАВА 6. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ РОССИИ В 1961-1991 гг.	194
6.1. Организация стоматологической помощи в СССР (1960-1980 гг.).....	194
6.2. Организация деятельности стоматологических лечебно-профилактических учреждений Дальневосточного региона в 1960-1980-е гг.	210
6.3. Материально-техническое, технологическое и кадровое состояние стоматологической ортопедической помощи	222
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	234
ВЫВОДЫ	244
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ	247
ПРИЛОЖЕНИЕ	304

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Стоматологическая помощь в нашей стране – это один из самых распространенных и востребованных населением видов медицинской помощи. Именно эти обстоятельства поддерживают научный и общественный интерес к проблемам организации деятельности отечественных стоматологических учреждений. На сегодняшний момент не решены все задачи по обеспечению доступной, своевременной и качественной стоматологической помощью различным группам населения, продолжается дискуссия о подходах к организации этого вида медицинской помощи [389; 390; 392].

Поиск путей реформирования стоматологической помощи предполагает изучение не только зарубежных аналогов, но и обращение к отечественному историческому опыту. В современных условиях оказался востребован опыт советской стоматологии по эффективному использованию имеющихся ресурсов, государственно-частному партнерству, по организации государственных программ профилактики, льготному зубному протезированию отдельных категорий граждан. Однако в историографии стоматологии крайне мало научных работ, посвященных этой проблеме. Это придает не только научно-теоретическую, но и практическую значимость изучения данной проблемы. На сегодняшний день история отечественной стоматологии представлена работами, описывающими преимущественно развитие университетского образования по специальности, академической, научной и технической базы стоматологической помощи. Вместе с тем, не исследовались цели, задачи и развитие организации оказания этого вида медицинской помощи, кадровое и материальное обеспечение, реальные процессы в повседневной стоматологической деятельности, а также не проводился анализ спорных и сложных вопросов организации стоматологической помощи.

Другой стороной проблемы является то, что ранее проведенные научные исследования по истории отечественной стоматологии не учитывали региональных особенностей нашей страны. Процессы деятельности

стоматологических служб всегда рассматривались глобально, в рамках специальности в целом, где результаты исследований основывались на опыте больших городов, а выводы экстраполировались на всю страну. В этой связи становление и развитие стоматологической службы Дальневосточного региона с его уникальными условиями (огромная территория, низкая плотность и неравномерность проживания населения, неразвитая сеть городов и дорог, экстремальные климатические условия, географическая отдаленность от центра России, особая экономическая ситуация) представляет большой интерес.

Всесторонний анализ истории региональной стоматологии позволит сформировать новые и более объективные представления о тенденциях развития отечественной службы стоматологической помощи, важнейших этапах ее становления и развития, достижениях и неудачах, что необходимо для понимания проблем отечественного здравоохранения в целом.

Цель исследования заключается в изучении организации стоматологической помощи населению Дальнего Востока России и определении результатов этой деятельности в конце XIX – XX вв. (до 1991 г.).

Задачи исследования:

- изучить особенности становления и развития зубоврачебной помощи на Дальнем Востоке в конце XIX в. – 1917 г.;
- определить основные формы организации зубоврачебной помощи населению Дальнего Востока в первые годы советской власти (1918-1928 гг.);
- охарактеризовать приоритетные направления в организации стоматологической помощи на Дальнем Востоке в годы первых советских пятилеток и в период Великой Отечественной войны (1929-1945 гг.);
- проанализировать развитие сети стоматологических учреждений и выявить организационные изменения в оказании стоматологической помощи на Дальнем Востоке в послевоенный период (1946-1960 гг.);
- провести комплексный анализ организации стоматологической помощи населению Дальнего Востока и оценить кадровое обеспечение стоматологических учреждений региона в 1961-1991 гг.

Объект исследования

Объектом исследования явилась организация стоматологической помощи на Дальнем Востоке России, включая инфраструктуру, материально-техническое обеспечение, кадровые ресурсы, количественные показатели деятельности стоматологических учреждений в конце XIX – XX вв.

Хронологические рамки исследования

Настоящее исследование охватывает период с 1890 по 1991 гг. Выбор нижней границы исторического периода обусловлен тем, что именно в 1890 г. в Приамурском генерал-губернаторстве было выдано первое разрешение специалисту на частную зубоврачебную практику. Верхней границей рассматриваемого в данной работе исторического периода является 1991 г., поскольку прекращение существования СССР как единого суверенного государства повлекло за собой изменение нормативно-правового регулирования в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

Территориальные рамки исследования охватывают современные границы Амурской, Сахалинской, Магаданской областей, Еврейской автономной области, Чукотского автономного округа, Камчатского, Приморского и Хабаровского краев. В силу географической близости и тесной исторической связи природно-географической области на востоке и юго-востоке озера Байкал (в настоящее время здесь располагается Забайкальский край, большая часть Бурятии и восточная часть Иркутской области) с Дальним Востоком России, данная территория также охвачена настоящим исследованием в период ее вхождения в Приамурское генерал-губернаторство (1884-1917 гг.), Дальневосточную республику (1920-1922 гг.), Дальневосточную область РСФСР (1922-1926 гг.), Дальневосточный край РСФСР (1926-1930 гг.). Принятие в качестве целостного объекта исследования перечисленных территорий обусловлено природно-географической спецификой, территориальной близостью, тесными экономическими, историческими и социокультурными связями, а также специфическими особенностями развития. В настоящее время Республика Саха (Якутия) входит в состав Дальневосточного федерального округа, однако до 1960-

х гг. она географически, территориально и исторически относилась к Восточной Сибири, в связи с этим Якутия вошла в рамки нашего исследования только с этого периода.

Методологическая основа исследования

Основными историческими методами нашего исследования являлись историко-генетический, сравнительно-исторический и проблемно-хронологический метод.

Научная новизна исследования

Данная работа является первым в отечественной историко-медицинской научной литературе обобщающим научным исследованием по изучению организации стоматологической помощи, развитию и практической деятельности стоматологических учреждений в конце XIX – XX вв. Впервые представлена целостная картина истории организации стоматологической помощи на Дальнем Востоке России в конце XIX – XX вв., подробно исследованы основные направления деятельности медицинских работников стоматологического профиля, структурные, количественные и качественные изменения стоматологических лечебно-профилактических учреждений региона, показаны особенности управления, кадрового обеспечения и материально-техническое состояние стоматологических организаций, проанализированы медико-социальные проблемы при организации, оказании и получении этого вида медицинской помощи.

В научный оборот впервые введены более 50 новых архивных источников, позволяющие более полно осветить историю медицины и здравоохранения Дальнего Востока России, организационные проблемы оказания стоматологической помощи в Дальневосточном регионе.

Практическая значимость исследования

Содержание, основные положения и выводы настоящего диссертационного исследования могут быть использованы в процессе разработки мероприятий по оптимизации организационных принципов деятельности стоматологических служб, повседневной работе медицинских организаций в современной России, а

также при подготовке и чтении лекционных курсов по отечественной истории, истории медицины и краеведению. Более того, материалы исследования могут быть востребованы в целях сохранения медико-исторического наследия и памяти, для патриотического воспитания студентов и медицинских работников.

Исследование имеет весомое значение для понимания настоящего и будущего стоматологической службы, позволит привести методологические основы социальной стоматологии применительно к сегодняшнему дню, требованиям современного права, возможностям экономики страны.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Низкий уровень социально-экономического развития, географические и территориальные особенности региона обусловили значительное отставание в организации зубоврачебной помощи на Дальнем Востоке России в конце XIX – начале XX вв., что характеризовалось работой частнопрактикующих зубных врачей только в крупных городах и отсутствием зубоврачебной помощи в сельской местности.

2. Основной формой организации зубоврачебной помощи на Дальнем Востоке до вхождения региона в состав РСФСР в конце 1922 г. была частная практика. В 1923-1928 гг. в регионе были внедрены принципы советского здравоохранения, финансирование зубоврачебной помощи осуществлялось преимущественно за счет средств бюджета и средств социального страхования, сохранялся значительный сегмент частной зубоврачебной практики.

3. В 1930-е гг. на Дальнем Востоке централизация управлением стоматологической помощи позволило более эффективно использовать имеющиеся финансовые, кадровые и материальные ресурсы, увеличить количество стоматологических посещений (преимущественно, среди рабочих и служащих), расширить спектр оказываемой стоматологической помощи и охватить стоматологической помощью население северных и отдаленных территории региона.

4. В послевоенный период благодаря увеличению финансирования здравоохранения на Дальнем Востоке была создана разветвленная сеть

стоматологических учреждений, были внедрены в практику программы плановой санации, профилактики и зубопротезирования. Это позволило перейти к общедоступной стоматологической помощи всему населению, увеличить объемы стоматологической помощи и диспансерного наблюдения.

5. В 1960-1980-е гг. деятельность стоматологических учреждений на Дальнем Востоке была направлена на использование преимуществ профилактического обслуживания, расширение видов и объемов стоматологической помощи, своевременность оказания медицинской помощи, широкое санитарное просвещение. Развитие инфраструктуры стоматологической службы Дальневосточного региона проходило медленнее, чем в центральных части страны, большую часть кадрового потенциала стоматологической учреждений региона составляли зубные врачи.

Апробация работы

Основные положения и выводы исследования были доложены автором на международных, всероссийских и регионарных научных конференциях, таких как «История стоматологии» (МГМСУ, Москва, 2012, 2013, 2014, 2015), «Зубоврачевание в России: история и современность» (МГМСУ, Москва, 2012), «Зубоврачевание в России: медицина и общество» (МГМСУ, Москва, 2013, 2014, 2015), «Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны» 1941-1945» (МГМСУ, Москва, 2013), «Актуальные вопросы медицины и здравоохранения» (ННИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко, Москва, 2014, 2015, 2018), «Детская стоматология» (ДВГМУ, Хабаровск, 2012, 2014, 2015, 2017, 2018), «История развития медицинской помощи в Хабаровском крае» (ИПКСЗ, Хабаровск, 2018), а также на III (XIII), XIV, XV Съезде Российского общества историков медицины (РОИМ), (Москва, 2016, 2017, 2018).

Личный вклад автора

Автор самостоятельно разработал программу и план исследования, провел аналитический обзор и анализ источников и литературы. Автор лично проводил работу в государственных и регионарных архивах, центральных и местных

библиотеках. Автор организовал и осуществил сбор первичного материала исследования, самостоятельно осуществил интерпретацию результатов, полученных в ходе исследования. Результаты проведенного исследования нашли свое отражение в научных публикациях автора.

Соответствие паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 07.00.10 – История науки и техники (медицинские науки). Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пунктам 1,3,4,5,7,8,10.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 52 работы, среди которых 1 монография, 19 научных статей в периодических изданиях, рекомендованных ВАК России, 21 публикация в сборниках трудов международных, всероссийских и регионарных научных конференций и симпозиумов.

Объем и структура исследования

Диссертация построена по проблемно-хронологическому принципу, что позволило проследить изучаемые процессы в их развитии и содержательном наполнении. Результаты исследования отражены во введении, шести главах, заключении, выводах, списке литературы и источников, приложении. Объем диссертации составляет 318 стр. (в т.ч. основного текста 239 стр.). Список использованной литературы и источников включает 713 наименований, в том числе 692 на русском, 21 на иностранных языках.

ГЛАВА 1. ИСТОРИОГРАФИЯ И ИСТОЧНИКИ

1.1. Историография здравоохранения Дальнего Востока России

Историю здравоохранения российского Дальнего Востока невозможно рассматривать в отрыве от истории медицины и здравоохранения России. Историографию отечественной медицины и здравоохранения мы изучили по исследованиям В.М. Рихтера, Д.М. Российского, М.П. Мультиановского, Л.Я. Скороходова [429; 567; 570; 593]. Значительный интерес представляют труды М.И. Барсукова, Б.Д. Петрова, Н.А. Виноградова, Ф.Р. Бородулина, А.Г. Сафонова, С.Я. Чикина, П.Е. Заблудовского [16; 17; 43; 67; 318; 319; 470; 580; 657]. Эти крупные работы имеют важное значение в методологическом плане, содержат ценный фактический материал, раскрывают основные направления развития здравоохранения и медицины России и СССР, акцентируют внимание на эволюции института здравоохранения в нашей стране, разъясняют принципы советского здравоохранения и их реализацию в масштабе всей страны. Вместе с тем, к сожалению, региональные особенности развития здравоохранения в России эти работы освещают незначительно. Крупномасштабные исследования историков медицины постсоветского периода: В.И. Покровского, М.Б. Мирского, А.М. Сточика, С.Н. Затравкина, М.В. Поддубного, И.В. Егорышевой, Е.В. Шерстневой, В.И. Бородулина, отличаются глубиной анализа фактического материала, комплексное видение проблем, стремление уйти от привычных деклараций, шаблонизированных представлений, но тема регионального здравоохранения не была в фокусе этих исследований [42; 305; 317; 423; 615].

При проведении данного исследования нами были изучены иностранные публикации по истории здравоохранения и медицины России и СССР. Эти вопросы затрагиваются в трудах о системе здравоохранения в Советской России периода Гражданской войны и в 1920-е – 1930-е гг. К таким публикациям можно отнести работы С. Соломон (S. Solomon), Д. Хатчинсона (J. Hutchinson), Н. Уайссмена (N. Weissman), А. Ньюсхолма (A. Newsholme) и Д. Кингсбери

(J. Kingsbury), К. Дэвиса (C. Davis) [695; 696; 701; 705; 711]. Феномен советской медицины обсуждается в работах М. Филда (M. Field), У. Гента (W. Gantt), А. Сигериста (H. Sigerist), Э. Бэкер (E. Becker), Ф. Бернштайна (F. Bernstein), К. Бёртона (C. Burton), Д. Хели (D. Healey) [693; 697–699; 708; 709]. В этих исследованиях анализируются вопросы финансирования здравоохранения в СССР, освещаются финансово-экономические проблемы здравоохранения Советского Союза, рассматриваются политические и социальные аспекты в оказании медицинской помощи населению страны.

История медицины и здравоохранения на Дальнем Востоке тесно связана с социально-экономическими преобразованиями в стране, развитием социалистических производственных отношений и производительных сил, а также общим прогрессом отечественной науки и культуры. Упорным трудом россияне сумели обжить суровые окраины азиатского континента, построить города, создать промышленность и сельское хозяйство. На открытые земли они принесли новый хозяйственный уклад, медицину и здравоохранение [220].

История здравоохранения Дальнего Востока России в дореволюционный период освещена в ряде научных работ. Состояние санитарного состояния Харбаровска проанализировано в исследовании Я.И. Добрусина [274]. Публикация Б.Н. Палкина по истории здравоохранения Дальнего Востока посвящена съездам врачей Приамурья в дореволюционный период и их роли в развитии общественной медицины дальневосточного региона [480]. В работе М.В. Тарулиса уделено внимание деятельности первых медицинских учреждений Приморья [620].

В последние годы заметно повышается интерес исследователей к теме регионального здравоохранения в Российской империи, а также меняются методологические подходы изучения данной проблемы, появляются новые источники, прослеживаются тенденции к новому их прочтению, даются качественно новые оценки ключевых исторических событий, явлений и процессов. Не остается без внимания исследователей и история здравоохранения Дальнего Востока. Так, очерк Г.П. Исаевой и Е.Б. Кривелевича дает новые

представления о становлении и развитии русской медицины в Приморье во второй половине XIX – начале XX в. [312]. В статьях Ю.С. Ланкиной [373; 374] содержатся новые важные сведения о состоянии инфраструктуры городов юга Дальнего Востока России в конце XIX – начале XX вв. Автор выделяет основные проблемы санитарного состояния исследуемых городов, тенденции усиления деятельности местного самоуправления в решении проблем повседневности, в т.ч. организации и оказании медицинской помощи, освещается общий потенциал городского здравоохранения. Работа О.А. Петровой [506] рассматривает формирование и развитие системы здравоохранения Дальнего Востока в контексте социально-экономического развития Приамурского края.

Большой исследовательский материал по региональной историографии был накоплен по организации здравоохранения Дальнего Востока периода Гражданской войны в России 1918-1922 гг. и в первые годы советской власти. К этой группе работ относятся публикации А.В. Исакова [316], И.С. Жданова [293; 294], Б.Н. Щупака [686] и Г.А. Власова [71]. Основное внимание в этих исследованиях уделяется количественным параметрам динамики здравоохранения. В статьях А.В. Исакова и Ю.К. Шомаса [313; 678] освещены вопросы реализации в регионе политики центральной власти в сфере здравоохранения в период советизации Дальнего Востока. Кандидатская диссертация Ю.К. Шомаса [679] посвящена влиянию ВКП(б) на развитие здравоохранения в первые годы советской власти, а также деятельность советских и общественных организаций по охране здоровья населения. Особое внимание в этих исследованиях уделено развитию и финансированию лечебной сети, расстановки кадров.

Вторая половина 1920-х, а затем и 1930-е гг. вошли в отечественную историю как время государственного проекта по форсированной индустриализации страны и коллективизации сельского хозяйства. Советская модернизация затронула все стороны жизни – начиная с промышленности и заканчивая социальной сферой, охраной здоровья населения, повседневной жизнью и бытом людей.

Новые приоритеты социального строительства существенным образом повлияли на организацию медицинской помощи населению страны. Между тем, 1930-е гг. воспринимаются сегодня как одно из значительных «белых пятен» в истории СССР, в т.ч. и в области истории медицины. По мнению историка медицины М.В. Поддубного «мы почти не имеем свидетельств современников, архивные материалы не полны, а в советских изданиях того времени действительность политизирована и – пусть не всегда намерено – искажена» [510]. Между тем, именно в конце 1930-х – начале 1940-х гг. формировалась советская модель оказания медицинской помощи населению самой большой в мире страны. Возможно именно поэтому, организация и оказание медицинской помощи в годы первых советских пятилеток до сих пор незначительно освещены в историографии Дальнего Востока. Тем не менее, некоторые количественные итоги развития здравоохранения на Дальнем Востоке в годы первых советских пятилеток подведены в научной статье Г.Я. Рыжаковой [579].

Вопросы истории здравоохранения на Дальнем Востоке затронуты в биографических работах о видных деятелях российского и советского здравоохранения, работавших на Дальнем Востоке в начале XX в. В исследовании М.Б. Мирского «М.И. Барсуков» (1978) и статье Г.А. Власова «Л.А. Короневский – видный организатор советского здравоохранения Дальневосточного края» [70] показана роль организаторов здравоохранения в становлении и развитии советской медицины Дальнего Востока России.

В 1970-е гг. появились работы по истории здравоохранения на Дальнем Востоке обобщающего характера, где исторические факты преподносились в рамках марксистско-ленинской методологии. Так, в монографии С.Я. Чикина «Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке» [658] излагается история здравоохранения Дальнего Востока России, приводятся статистические данные о развитии материально-технической базы здравоохранения, раскрывается специфика развития лечебно-профилактической помощи населению городов, рабочих поселков и в сельской местности. Особое внимание автор уделяет становлению специализированной, скорой медицинской помощи, развитию

санаторно-курортного дела. Значительное место уделено организации медицинской помощи детям, матерям, расширению санитарно-эпидемиологической службы. В то же время, в монографии А.В. Исакова «Развитие здравоохранения Дальнего Востока» [315] сделана попытка в систематизированном виде представить важнейшие вопросы истории здравоохранения на Дальнем Востоке. В данной работе автор использовал архивные документы, литературные источники, воспоминания участников описываемых событий, личные архивы ряда врачей. Это позволило довольно подробно изложить состояние здравоохранения Дальневосточного края в разные периоды социально-экономического развития. Кроме этого, автор уделил внимание деятелям здравоохранения и практическим врачам, сыгравшим заметную роль в развитии медицинского дела на Дальнем Востоке России.

В советской историографии считалось общепринятым, что здравоохранение в СССР – лучшее в мире и, именно, через призму успехов советской медицины в области охраны здоровья населения, происходили изучение и интерпретация этой темы. Современная действительность требует от историков медицины более объективного анализа, «не только раскрытия белых пятен, но и пересмотр прежних стереотипов» [424]. Поэтому, история отечественной медицины все более нуждается в объективной оценке, которую не следует искусственно драматизировать или приукрашивать.

В немногочисленных работах постсоветского периода, история здравоохранения Дальнего Востока России рассматриваются с новых методологических позиций. Исследователи предпринимают попытки нового прочтения архивных источников, поднимаются ранее табуированные вопросы. Так, в работах П.Э. Ратманова [548; 549] анализируется состояние медицинской помощи населению Дальнего Востока в начале XX века, рассматривается политика органов власти, действовавших в этом регионе в период Гражданской войны 1918-1922 гг., в области здравоохранения, также показана деятельность дальневосточных больничных и страховых касс. Прослежены процессы становления, развития и важные особенности оказания медицинской помощи

застрахованным в Дальневосточной республике (ДВР), выявлены специфические региональные черты системы оказания и оплаты медицинской помощи застрахованным на Дальнем Востоке в 1920-е гг. В указанных работах поднимаются проблемы организации зубоврачебной помощи застрахованным и членам их семей в рамках больничных и страховых касс.

Особый интерес представляют работы по истории здравоохранения отдельных краев и областей Дальнего Востока. А.В. Исакову принадлежит монография «Развитие здравоохранения Амурской области» [314], где освещено состояние здравоохранения области в дореволюционный и советский период. А.В. Исаков акцентирует внимание на медицинское обслуживание переселенцев, организации медицинской помощи населению в первые годы советской власти, особенностях организации врачебной помощи в годы первых советских пятилеток, показывает развитие в регионе специализированной помощи.

В брошюрах А.Г. Козлова «Из истории здравоохранения Колымы и Чукотки» [352; 353] предпринята попытка описать историю становления и организации здравоохранения в Магаданской области и Чукотском автономном округе. В основе этих работ были положены документальные материалы, непосредственно отразившие исторический процесс и запечатлевшие факты, и свершившиеся события. Более того, автор впервые акцентирует внимание на истории организации и деятельности санитарного отдела (управления) государственной треста по промышленному освоению региона «Дальстрой».

В 1995 г. вышла монография А.А. Мошенского и И.Л. Золотухина «Очерки истории здравоохранения Сахалинской области» [428]. В этой работе освещаются вопросы становления и развития медицины на Сахалине от середины XIX до конца XX вв. Авторы провели глубокий анализ советской модели здравоохранения на Сахалине в контексте социально-экономического развития региона. Развитию здравоохранения в Приморском крае за годы советской власти посвящены научные статьи П.А. Лухты, А.Л. Остапенко, М.Ю. Магарил, Г.Н. Шкурина [407; 409; 473].

В диссертационной работе Г.А. Власова «Очерки по истории здравоохранения Хабаровского края (1856-1869 гг.)» [72], автор дает общее представление о состоянии здравоохранения в Хабаровском крае, рассматривая развитие здравоохранения в хронологической последовательности. Между тем, исследователь мало уделяет внимание проблемным сторонам этого процесса, останавливается лишь на успешных начинаниях. Вопросы зубоврачебной помощи, развитие стоматологической службы края автор практически не поднимает.

Т.А. Князькина в диссертационной работе «Становление и развитие здравоохранения на Камчатке в период с 1917 по 1991 гг.» [342] предприняла попытку комплексно рассмотреть состояние здравоохранения на Камчатском полуострове в период 1917 по 1991 гг. В работе рассматриваются вопросы формирования системы здравоохранения на Камчатке, проанализированы направления развития сети медицинских учреждений, рассмотрены пути обеспечения медицинских учреждений медицинским персоналом, повышение их квалификации. Однако вопросы стоматологической помощи населению Камчатского полуострова не нашли отражение в данной работе.

Диссертационное исследование В.П. Николаева «История здравоохранения Якутии в XX веке» [452] посвящено изучению особенностей становления и развития здравоохранения Якутии на различных этапах социально-экономического и общественно-политического развития России. Автором проведен глубокий и всесторонний анализ деятельности органов управления здравоохранением в процессе развития системы охраны здоровья населения этого огромного региона, выявлены положительные тенденции и направления, а также негативные стороны и недостатки этого процесса. К сожалению, вопросы стоматологической помощи населению не входили в цели и задачи научного исследования В.П. Николаева.

Исследование П.Э. Ратманова «Вклад российских врачей в медицину Китая (XX век)» является первым комплексным изучением российской медицины в Китае [544]. Работа воссоздает целостную картину деятельности российской

медицины в Маньчжурии, Северном Китае и Шанхае. Особую ценность исследованию придает глубокое, всестороннее изучение деятельности русских врачей в медицинском обеспечении строительства и эксплуатации Китайской Восточной железной дороги (КВЖД), организации врачебно-санитарного дела. Проанализирована лечебная, научная, общественная и образовательная деятельность российских врачей в Китае в 20-40-е годы XX в., дана оценка вклада советских медиков в здравоохранение этой страны. Несомненный интерес вызывает исследование становления, организации и развития русского зубо врачевания, а также зубо врачебного образования в Харбине в первой половине прошлого века [545–547].

Вопросы организации медицинской помощи коренным и малочисленным народам Дальнего Востока России были затронуты многими советскими авторами. В работах Ф.Р. Богданова, Г.К. Бубниса, И.В. Венгровой, И.С. Гурвич, И.К. Кабакова, Б.Н. Щупака, С.Я. Чикина [36; 45; 58; 264; 324; 658; 659; 687] поднимаются вопросы медицинского обеспечения этой категории населения. Авторы останавливаются на особенностях медицинской помощи в дореволюционный период, уделяя особое внимание первым годам советской власти, дают количественные характеристики этого процесса, показывают роль РКП(б) (с 1925 г. ВКП(б)) в удовлетворении медико-санитарных нужд этой группы населения и итогах, по их мнению, успешного разрешения соответствующих вопросов. Однако из них никто не затрагивал проблемы обеспечения населения медицинскими кадрами, медицинским имуществом. Во всех исследованиях недостаточно освещены особенности практической деятельности системы медицинских учреждений в северных территориях. В немногочисленных публикациях по этой теме постсоветского периода анализируется деятельность и практические результаты научно-медицинских экспедиций, направленных на обследование аборигенов в 1920-е – 1940-е гг., поднимаются вопросы государственной политики в сфере здравоохранения в отношении коренных малочисленных народов Дальнего Востока после Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. [12; 13; 356].

К сожалению, вопросы народной медицины коренных малочисленных народов Дальнего Востока также мало изучены. Имеются единичные работы, посвященные её исследованию. К ним можно отнести труды Н.В. Кирилова, Л. Штернберга и Штейгмана [335–340; 681; 683]. В настоящее время интерес к этой теме возрастает. В очерках А.В. Гарковик, Э.В. Шевкунова, Е.Б. Кривелевича, Б.Д. Лишинского, В.В. Подмаскина, В.Н. Котельникова, Т.В. Мельникова, С.В. Гончаровой [100; 259; 417; 511; 668] изучается роль шаманов в медицинском обеспечении соплеменников, поднимаются вопросы медицинских знаний и их практического применения среди коренных жителей Дальнего Востока. Авторы говорят о том, что в соответствии со своим мировоззрением в течение тысячелетий аборигены юга Дальнего Востока создали стройную систему народной медицины. В ней сочетались лекарственные средства растительного, животного и минерального происхождения с культово-ритуальными действиями шаманов. Были разработаны некоторые санитарно-гигиенические навыки, способы укрепления здоровья и профилактики, главным образом, неинфекционных заболеваний. Имеются сведения о купировании болевых приступов при заболеваниях зубов и пародонта.

В монографии В.В. Подмаскина [512] с историко-этнографических позиций исследуется этнические особенности сохранения здоровья нанайцев, ульчей, удэгейцев, негидальцев, нивхов, орочей, ороков и русских с XIX в. до наших дней. На обширном фактическом материале автор рассматривает основные факторы сохранения здоровья, сосредотачивает внимание на культуре врачевания этих народов.

В начале XXI в. вопросы становления, развития и реального состояния здравоохранения Дальнего Востока России продолжают оставаться актуальными. В этот период появляется ряд публикаций и изданий, посвященных данной тематике, где произошел отказ от советской идеологии, появились возможности для более свободного творчества, изучение истории обогатилось методологическими новациями, значительно расширилось проблемное поле исследований. К таким работам можно отнести публикации В. Коршунова [359],

Т.А. Князькиной [341], в которых анализируется история медицинской службы на этапе ее зарождения, дается характеристика отрасли здравоохранения с учетом новых взглядов на этот процесс, а также с учетом сложившейся новой социально – экономической ситуации.

Таким образом, изучение истории медицины и здравоохранения Дальнего Востока России имеет давнюю традицию. Оно нашло отражение в довольно большом количестве эмпирического материала, воплотилось в работах разного формата. Однако имеющиеся публикации и работы не дают целостной картины развития здравоохранения на Дальнем Востоке, так как не охватывают все хронологические и территориальные рамки этого процесса. История медицины Дальнего Востока России в значительной степени продолжает базироваться на традиционной для советского периода методологии, продолжает оставаться описанием официально признанных врачебных практик, государственной системы оказания медицинской помощи, где центральное место занимает декларирование государственных документов, различных постановлений и указов в области охраны здоровья, динамики увеличения финансирования здравоохранения, роста числа коек в больницах, снижения смертности и увеличение продолжительности жизни. Медицина при этом рассматривается как наука аполитичная, «морально нейтральная», единственная цель которой заключается в излечении болезней и облегчении страданий людей.

1.2. Историография отечественного зубо врачевания и стоматологии

Историографический анализ вопросов становления, организации и развития зубо врачевания и стоматологии в нашей стране, как одного из направлений медицинской помощи, мы провели, используя научно-медицинскую литературу дореволюционной России, советского и постсоветского периода [215; 219]. Это позволило нам в хронологической последовательности проследить эволюцию организации этого вида медицинской помощи в нашей стране. Основное внимание историков медицины было приковано к процессам, которые

развернулись после революции 1917 г., а интерес исследователей был сосредоточен на преобразованиях, которые происходили в крупных городах и промышленных центрах. Именно здесь зарождались и эволюционировали различные формы и методы оказания этого вида медицинской помощи, осуществлялась деятельность зубоврачебной и стоматологической общественности и отдельных личностей, разворачивались дискуссии о реформах специальности, выдвигались идеи по совершенствованию этого вида медицинской помощи, осуществляли свою профилактическую, лечебную и диагностическую работу «образцово-показательные» стоматологические учреждения. Исторические исследования, авторы которых обращались к истории стоматологии, очень редко имели критическую направленность и в целом остаются в рамках позитивистской традиции, фокусируясь на восстановлении череды «фактов».

Другой стороной истории зубоврачевания и стоматологии в России является то, что она продолжает оставаться историей «о врачах и для врачей», «триумфального марша врачей по пути неуклонного прогресса» [11]. Такой взгляд не позволяет рассматривать, в полной мере, сложные и спорные вопросы самой профессии и специальности в целом, как следствие, мало уделяется внимания ее социальной роли. Между тем, в странах Западной Европы, Северной Америки подходы к изучению истории медицины стали меняться еще с 1970-х гг. С одной стороны, исследовалась социальная история, с другой – анализировалось отношение власти к медицине и здравоохранению [38; 427]. В центре внимания ученых оказались не знаменитые врачи, а социальные структуры, взаимоотношения врачей и пациентов, стал преобладать взгляд на медицину «снизу», со стороны пациентов. В настоящее время история медицины все больше обретает социальное и культурное измерение, сосредотачиваясь на роли медицины, её идеях, идеологиях и деятельности в повседневной жизни общества [10].

Анализ многочисленных трудов показывает, что история зубоврачевания в дореволюционной России не была обделена вниманием специалистов. В работах

разного формата В.М. Рихтера, Ф. Германа, А.П. Левицкого, М.О. Коварского, А.П. Синицина, А.И. Кудряшова, Н.И. Камаева, Я.А. Чистовича, А.И. Тарасова, А. Ковалева, В.А. Невского [207; 343; 344; 347–350; 378–384; 448; 567; 592; 660] содержится большой фактический материал о зубоврачебных познаниях и формах зубоврачебной помощи в древней Руси, в средние века, в эпоху, когда монополия зубоврачебной помощи находилась в руках представителей народной медицины, о зубных врачах-иностранцах, практиковавших в России в XVIII в., вплоть до появления первых отечественных медицинских школ и первых специалистов в области зубоврачевания. Более того, в этих работах имеются описания практического зубоврачевания в стране в конце XIX – начале XX вв., т.е. в период, когда зубоврачевание в России стало выделяться в особую специальность.

Особый интерес представляет публикация Р.Д. Новоселова «Развитие зубоврачевания в Санкт-Петербурге (1703-1917 гг.)», в которой описывается становление и развитие столичного зубоврачевания в России [453]. Автор делает вывод, что длительный путь развития зубоврачевания в Санкт-Петербурге, охватывающий период свыше 200 лет, оказал благотворное влияние на развитие этого направления медицины в России. Зубоврачевание в столице, а также и в России в целом, в конце Первой мировой войны прочно заняло свое место среди специальных разделов медицинских специальностей и вошло в качестве такового в высшую медицинскую школу нашей страны.

Краткий обзор провинциального зубоврачевания в Российской империи проведен в научных статьях М.А. Губина, В.П. Косолапова, Е.В. Кравчук, Г.В. Сыч, Н.Т. Мавляновой, А.П. Ким, Р.Н. Нигматова, Г.А. Акилова, В.А. Пешкова [461; 507; 609]. Серия журнальных статей Г.Н. Троянского, А.В. Белолапотковой, К.А. Пашкова посвящена организации зубоврачебной помощи в рамках земской медицины России [494; 495; 625].

В работе И. Зимина, Л. Орехова, Р. Мусаева «Из истории зубоврачевания, или Кто лечил зубы российским монархам» [306] с документальной точностью описана организация зубоврачебной помощи правящим элитам многих стран, уделяется особое внимание лечению и зубопротезированию российских монархов

и высшей знати, описаны дворцовые традиции «ювелирной» стоматологии, виды деятельности придворных врачей. Однако вопросам организации зубоврачебной помощи широким слоям населения уделено крайне мало внимания.

В начале XX в. зубоврачевание в России, остававшееся долгое время в сфере дорогостоящих услуг, которые оказывали в основном частнопрактикующие врачи, становится общественно значимым и повседневным видом медицинской помощи. Между тем, квалифицированная, своевременная зубоврачебная помощь продолжала оставаться недоступной для широких слоев населения. Государство не спешило взять на себя обязательства перед обществом по организации этой помощи. В связи с этим заслуживают внимания публикации военных медиков и зубных врачей по вопросам организации и оказания зубоврачебной помощи в Русской армии. К таким материалам можно отнести работы малого формата А.И. Кудряшова, Н.И. Камаева, А.И. Тарасова, С.А. Брунштейна, Н.М. Вильник, А.В. Грегори, А.Г. Стрелкова, В.Ф. Штейна [44; 66; 262; 327; 363; 364; 616; 619; 682]. В этих публикациях, авторы ставили вопросы по организации зубоврачебных кабинетов при лазаретах частей и соединений, о необходимости введения штатных должностей зубных врачей в полках и дивизиях, а также о развертывании зубоврачебных кабинетов в полевых условиях.

В первые годы советской власти зубоврачевание становится прерогативой государства, значимым инструментом социальной политики. В монографии П.Г. Дауге «Социальные основы советской стоматологии» [269] подробно изложена история зарождения общественных форм зубоврачебной помощи населению, вопросы реформы зубоврачебного образования в Российской империи, становление и деятельность зубоврачебной общественности России начиная с 1880-х гг. Кроме этого, в работе уделено большое внимание организационным мероприятиям и первым практическим шагам по созданию советской общественной стоматологической помощи, основанной на принципах советской медицины: бесплатности, квалифицированности, общедоступности, где здоровье общества в целом было главной задачей. Одно из главных мест в историческом разделе работы занимает констатация медицинских идей и

представлений, основанных на «диктатуре пролетариата», а также реформам зубоврачебного образования в РСФСР в первые годы советской власти, которые проводились при непосредственном участии автора.

Организация и совершенствование отечественного зубоврачевания и стоматологии отражена в публикациях многих советских авторов: И.Г. Лукомского (1937, 1947, 1949), И.Х. Пинского (1959), М.С. Каца (1957, 1963), В.И. Данюшевой (1964), А.И. Евдокимова (1947, 1967), Г.С. Куклина (1974), А.И. Рыбакова (1977), В.Р. Гольбрайха (1985) [212; 265; 279; 280; 331–334; 367; 401; 402; 404–406; 406; 508; 597]. Эти работы находятся в привычном русле советской историографии, где история стоматологии нашей страны преподносится исключительно в мажорных тонах, а вопросам решения теоретических и экспериментальных проблем специальности отводилось ведущее место. В указанных работах с одной стороны имела место лакировка, а с другой - замалчивание негативных факторов и сложных дилемм. Отечественная история стоматологии рассматривала исключительно положительные стороны своей деятельности (несомненно, имевшие место) и не всегда исследовала реальные процессы организации этого вида медицинской помощи в повседневной жизни людей, особенно в провинциальной России. Это привело к лаконичной фактографичности и простой иллюстративности. Взгляд на медицину и здравоохранение «сверху», со стороны государства, был доминирующим.

В советское время был проведен ряд научных исследований, посвященных отдельным аспектам истории отечественной стоматологии. К таким работам относятся исследования М.С. Каца, Д.А. Бассалык, И.И. Палкина, В.В. Жилиной [18; 296; 333; 481]. Крупномасштабное научное исследование было выполнено Г.Н. Троянским. В работе «Развитие ортопедической стоматологии за 50 лет Советской власти» (1970) автором на богатом историческом материале, изучены первые годы становления и основные этапы развития ортопедической стоматологии за период социалистического развития. В монографии «История советской стоматологии» (1983) Г.Н. Троянский представляет краткие исторические данные о зубоврачевании в дореволюционной России, приводит

сравнительную характеристику и оценку зубоврачебной помощи в Российской империи, анализирует организацию стоматологической помощи населению страны после социальных потрясений 1917 г. и последующих лет. Автор показывает формирование и особенности исторического развития научных проблем стоматологии на различных этапах развития здравоохранения в СССР. Значительное место отведено характеристике научной деятельности советских стоматологов и их исторической роли в создании и развитии новой специальной отрасли медицины – стоматологии. Ценность труда в том, что многие материалы о деятельности ученых стоматологов проанализированы, обобщены и опубликованы впервые. К недостаткам указанных работ можно отнести то, что в них значительное место отводится констатации нормативно-правовых и количественных параметров развития стоматологии. При этом отсутствует анализ доступности и качества этого вида медицинской помощи для населения страны. Региональные медицинские, равно как и социальные аспекты развития стоматологической помощи, остаются вне сферы исследовательских интересов авторов.

Анализируя работы советских историков стоматологии можно сделать вывод, что процесс развития отечественной стоматологии чаще рассматривается глобально, в рамках специальности в целом. При этом выдвигается гипотеза о том, что практика советской медицины, и стоматологии в частности, была едина и универсальна во всем СССР, а опыт столиц можно экстраполировать на всю страну.

Многочисленные журнальные публикации [55; 59; 210; 281; 325; 326; 375; 420; 468; 591; 594; 666; 692] по истории региональной стоматологии советского периода ставили своей целью показать имеющийся количественный потенциал стоматологической службы, сравнить его с дореволюционным периодом, показать успехи и преимущества государственной монополии на этот вид медицинской деятельности. В указанных работах приводятся многочисленные факты, отражающие особенности истории организации провинциальной стоматологии, но не дается их анализ. Более того, никто из авторов не проводил изучение

становления и организации провинциальной стоматологии в рамках социальной политики власти, и не изучал ее роль и место в системе местного здравоохранения.

В научных работах К.А. Пашкова [495–497] подробно описано становление и развитие зубо врачевания и стоматологии в России до наших дней. Автор уделяет внимание зубо врачеванию в Киевской Руси (IX-XIII вв.), Московском государстве (XV-XVII вв.), в России (XVIII-XIX вв.). К.А. Пашков акцентирует внимание на стоматологии прошлого века, подготовке специалистов стоматологического профиля, научных проблемах стоматологии XX в. Автором подытожены работы предшественников в области истории отечественной стоматологии, создана научно обоснованная периодизация ее развития, исследована нормативно правовая база организации этого вида медицинской помощи населению. Кроме того, исследователь проанализировал историю разработки ведущих научных и организационных проблем стоматологии прошлого века в рамках её основных структурных разделов и показал роль лидеров этих разделов – основателей ведущих научных центров и школ.

Особое место в историографии отечественной стоматологии принадлежит научным работам, монографиям и публикациям, посвященным основоположникам и организаторам данного вида медицинской помощи в нашей стране.

В работах М.О. Коварского, Р.Д. Новоселова, М.Д. Дубова, И.И. Палкина [276; 345; 346; 453; 481; 482] показана роль российских ученых-хирургов И.Ф. Буша, Н.И. Пирогова, П.П. Заблоцкого, Н.Ф. Склифосовского, М.С. Субботина, Р.Р. Вредена, а также врачей М.М. Чемоданова, Н.Н. Знаменского, А. Соболева, А. Кудряшова, Ф.А. Звержховского, Н.А. Астахова, А.К. Лимберга, Н.Ф. Федорова, И.А. Пашутина в развитии отечественного зубо врачевания, которые, по мнению авторов, своими трудами создали фундамент, на котором выросла научная российская, а затем и советская стоматология.

В монографии Л.Л. Липовецкой «П.Г. Дауге» [398] проведено исследование трудов П.Г. Дауге, литературных источников и архивных документов. Это позволило автору сделать попытку описать историю становления и развития стоматологической помощи в стране, осветить жизнь и деятельность одного из её основоположников, который был первым руководителем зубоврачебного дела в РСФСР, свыше 10 лет (1918-1929 гг.) возглавлявший зубоврачебную подсекцию Народного комиссариата здравоохранения РСФСР. Основные разделы данного труда посвящены описанию мероприятий в области организации государственной стоматологической помощи – проведению коренной перестройки зубоврачебной помощи в стране в 1918-1920 гг., реформе стоматологического образования, организации плановой стоматологической санации детей. Автор акцентирует внимание на усилиях П.Г. Дауге по закладке основ государственной зубоврачебной помощи населению, разработке основных организационных принципов и определения главного направления развития этой отрасли советского здравоохранения.

В научной работе Ю.А. Черкасова «Александр Иванович Евдокимов – основоположник отечественной стоматологии» [653] дана оценка вклада А.И. Евдокимова в создание и развитие отечественного здравоохранения и стоматологии, в подготовку педагогических кадров и кадров врачей-стоматологов. Исследователь определил и проанализировал основные направления научных изысканий ученого, показал его, как видного организатора здравоохранения и талантливого педагога. В данной работе предпринята попытка раскрыть вклад А.И. Евдокимова в формирование стоматологии как науки и практической отрасли медицины.

В целом, изучение истории отечественной стоматологии на сегодняшний день представлено работами, описывающими по преимуществу институциональную и технологическую историю. Однако история стоматологии не является только историей врачебных инноваций, но, как и история медицины в целом, объективно описывает самые разные аспекты общественной и индивидуальной жизни, культурный, социальный и эмоциональный опыт [34]. В

этой связи, более разнообразны исследования западных авторов: В. Герини (V. Guerini), Дж. Тэйлора (J. Taylor), А. Лифкина (A. Lufkin), М. Бремнера (M. Bremner), В. Хоффманн-Акстельма (W. Hoffmann-Axthelm), Дж. Вудфорда (J. Woodforde), М. Ринга (M. Ring), Дж. Винбранда (J. Wynbrandt), Дж. Хизона (J. Nyson), А. Пикарда (A. Picard), посвященные истории европейской и американской стоматологии [694; 700; 702–704; 706; 707; 710; 712; 713]. В этих работах, авторы уделяют большое внимание социальным и культурным контекстам постоянно меняющихся зубоврачевания и стоматологии.

В конце XX – начале XXI вв. появляется ряд публикаций и научных работ о путях реформирования стоматологической службы России в связи с кардинально изменившейся социально-экономической и политической ситуацией в стране. К ним можно отнести работы А.И. Вялкова, В.К. Леонтьева [84; 388; 391; 393; 394], В.Д. Вагнера [51; 52], В.Г. Бутовой [48], Э.Я. Вареса [56]. В них авторы проводят характерологический анализ стоматологической службы в России, обсуждают её дальнейшее развитие. Высказываются мнения о том, что значительное отставание советской стоматологии было связано с тем, что государство, при хроническом недостатке ресурсов, сконцентрировало усилия на решение только социальной обусловленности заболеваний, теоретических и экспериментальных вопросов специальности, и фактически не занималось решением реальных процессов медицинской помощи и лечебным процессом в рутинной практике, не обращало должного внимания на индивидуальные нужды человека.

В последнее время повышается интерес к отечественной истории, истории медицины и стоматологии, в частности. Ученые-историки постоянно обсуждают вопросы становления стоматологии и зубоврачевания в России, роль и вклад выдающихся деятелей науки в развитии научных направлений, вопросы народной медицины, исторические аспекты региональной стоматологии, интересные факты из истории специальности в нашей стране и за ее пределами. Некоторые материалы являются полноценными научными историческими исследованиями с опорой на установленные факты, однако большинство работ, посвященных

истории региональной стоматологии в России, имеют тезисный характер [213; 221; 222; 229; 235; 236; 238; 252; 256; 321; 637; 638; 641; 669].

Таким образом, анализ вопросов организации и оказания стоматологической помощи населению нашей страны показал, что эта проблема историографически разработана недостаточно и не являлась предметом специального комплексного изучения. Проведенные ранее исследования, вышедшие в свет книги, опубликованные статьи по проблемам организации стоматологической помощи в стране, в значительной степени базируются, как правило, на традиционной для советского периода методологии, где постановления Правительства, приказы Министерства здравоохранения должны были «автоматически» обеспечить равный доступ населения к минимальному объему и одинаковому по качеству этого вида медицинской помощи. Более того, история становления, развития и организации стоматологической службы отдельных регионов России не была выделена в качестве самостоятельного объекта изучения, не стала предметом обобщающего историко-медицинского и социально-гигиенического исследования, не изучен опыт предыдущих поколений по организации медико-санитарной и социальной помощи в стоматологии. Вне поля зрения исследователей остались вопросы организации медицинской помощи местными органами здравоохранения, частных и общественных инициатив по развертыванию сети зубоучреждений в провинциальной дореволюционной России. Становление, развитие, формирование материально-технической базы и кадровое обеспечение советской стоматологии в отдельных районах страны. Лишь в некоторых научных работах кратко затронуты отдельные аспекты этой проблемы, касающиеся количественных показателей деятельности, а важные вопросы динамики развития и эволюции стоматологической помощи населению провинциальной России, доступности и качества вообще не изучались. В связи с этим, заслуживает особого внимания рассмотрение фактического применения нормативных документов, регламентирующих деятельность зубоучреждений и стоматологических организаций на местах, исследование организации общедоступной стоматологической помощи и отдельных ее видов и

возникающих при этом медицинских и социальных проблем, а также доступность и качество этого вида медицинской помощи для различных слоев населения в повседневной жизни.

В связи с особенностями развития стоматологического образования в России XX в., в диссертационном исследовании под понятием «стоматологическая помощь», мы условно объединили оказание медицинской помощи как специалистами с высшим, так и средним медицинским образованием. Врач-стоматолог – специалист с высшим медицинским специальным образованием, занимающийся лечением (зубопротезированием) зубов, полости рта и челюстно-лицевой области. Зубной врач – специалист со средним медицинским специальным образованием, оказывающий лечебную помощь только при болезнях зубов (зубоврачебная помощь). Врач-протезист – зубной врач, оказывающий зубопротезную помощь. Зубной-техник – специалист со средним медицинским образованием, выполняющий зуботехнические работы. Понятие одонтологическая помощь подразумевает оказание медицинской помощи врачом с общим высшим медицинским образованием, прошедшим дополнительную специальную подготовку по одонтологии. Дантист – специалист в области зубоврачевания, прошедший только практическую подготовку на рабочем месте путем ученичества.

1.3. Характеристика источников

Источниками для работы послужили документы и материалы общероссийского и регионального происхождения. Приведенные нами источники представляют собой, главным образом, законодательные акты, справочно-статистические издания, информацию из периодической печати, а также материалы мемуарного характера.

Опубликованные нормативные акты формируют базис исследования. Нами изучено врачебно-санитарное законодательство Российской империи. Особое внимание было уделено законам и распоряжениям правительства, которые

регламентировали зубоврачебное образование, деятельность зубных врачей, дантистов и зубных техников, требования медицинского департамента Министерства внутренних дел (МВД) относительно порядка открытия и внутреннего устройства зубоврачебных кабинетов, а также порядок организации зубоврачебной помощи населению [376; 514; 585; 642]. Анализ этой информации показывает, что в дореволюционной России зубоврачебное образование, оказание квалифицированной зубоврачебной помощи базировалось на принципах частной инициативы.

Значительный интерес представляют материалы Высочайше утвержденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства (Комиссия Рейна), работавшей в 1912-1916 гг. [82; 622]. Несмотря на то, что этот источник общеизвестный, содержащаяся в нем информация о состоянии зубоврачебной помощи в Российской империи, а также планы по ее дальнейшему развитию, впервые введены в научный оборот. Комиссия пришла к выводу, что зубоврачебная помощь важна и крайне необходима для населения России. Путем различных подсчетов были определены минимальные нормы обеспеченности общественными зубными врачами население страны на ближайшее десятилетие. В рамках деятельности этой комиссии были подняты вопросы по подготовке, профессиональных правах и обязанностях зубных врачей.

Нормативными документами Наркомздрава РСФСР первых лет советской власти предусматривалось включение зубоврачевания в систему советского общественного здравоохранения [643]. Декларировалось, что зубоврачебная помощь является прерогативой государства и обеспечиваться ей будут трудящиеся, главным образом, рабочие и красноармейцы. Определялись конкретные пути ее становления и организации путем национализации, трудовой повинности, массовой мобилизации специалистов. Согласно нормативным актам 1922-1924 гг. подходы к организации государственной зубоврачебной помощи, условия и порядок ее получения существенно изменились. В практическую деятельность государственных зубоврачебных организаций должны были

внедряться идеи советской социальной стоматологии, была разрешена деятельность частнопрактикующих зубных врачей без использования наемного труда.

Массив справочной литературы позволил ознакомиться с нормативно-правовыми документами высших органов Советского государства и коммунистической партии по вопросам организации медицинской помощи в стране во второе десятилетие советской власти [299; 300; 304; 521; 654; 655]. Из него становится ясно, что в 1930-х гг. вновь менялись приоритеты в организации зубоврачебной помощи, были определены новые точки ее приложения, сформулирован главный тезис ее дальнейшего развития – стоматологическая помощь. Собрание постановлений Правительства СССР, позволило нам констатировать, что вопросам состояния и улучшения стоматологической помощи в 1960-1970 гг. было неоднократно уделено внимание высших органов власти страны, кроме этого нами выявлена нормативно-правовая основа существования частной стоматологической практики в СССР [583; 595; 596].

Сборники официальных документов по вопросам организации стоматологической службы страны, являются ценными и малоизвестными историческими источниками [275; 386; 584; 606]. Они содержат основные приказы Министерства здравоохранения (МЗ) СССР, регламентирующие деятельность и развитие стоматологической службы страны на протяжении всего советского периода. Содержащиеся в них многочисленные циркулярные и инструктивно-методические письма центральных органов здравоохранения, а также другие нормативные документы, определяли повседневную лечебную и хозяйственную деятельность стоматологических организаций страны: штатное расписание и качественные показатели деятельности медицинских учреждений, нормативы нагрузки, профессиональные права и обязанности специалистов. В этих документах прослеживаются тенденции постоянного совершенствования стоматологической помощи страны в соответствии с социально-экономическим и культурным развитием общества, потребностью населения. Декларировалось, что

в практику внедрялись новые организационные технологии, которые должны были повысить доступность и качество этого вида медицинской помощи.

В целом анализ нормативно-правовой базы показал, что стоматологическая помощь в нашей стране неоднократно подвергалась многочисленным организационным трансформациям и реформированию, постоянно менялись формы и методы предоставления этого вида медицинской помощи населению, менялись ее роль и место в общей системе здравоохранения, а также контроль властей над стоматологическим здоровьем общества.

Ядром блока справочной литературы дореволюционной России являются издания различных министерств, связанные с повседневной деятельностью зубных врачей страны. При исследовании данной темы, нами были изучены сведения о врачебном персонале, дантистах и зубных врачах представленные в доступных нам медицинских списках, издаваемых Медицинским департаментом МВД Российской империи [571–577; 602]. Количественные показатели зубоврачебной помощи, количество зубных врачей и дантистов в Сибири и на Дальнем Востоке нами было проанализировано по статистическим ежегодникам, издававшимся центральным статистическим комитетом МВД Российской империи [282; 283; 285–291].

Нами были отобраны и изучены справочно-статистические издания, в которых нашло отражение организация и развитие медицинской помощи дальневосточному населению. Сведения об общем состоянии социальной сферы Дальнего Востока, организации медицинской помощи населению Приамурского края, имеются в материалах Императорского Российского географического общества и Дальневосточной общеземской организации [476; 523; 640]. Всеподданнейшие отчеты генерал-губернаторов Приморской, Амурской и Забайкальской областей и приложения к ним – обзоры Приморской, Амурской и Забайкальской областей за 1890-1916 гг. – широко известные исторические источники. Мы проанализировали эти отчеты, особенно разделы «Народное здравие и призрение». Из них мы подчлкнули сведения о зубных врачах и дантистах практиковавших на Дальнем Востоке России [81; 457–459; 462–464].

Врачебно-санитарные отчеты о постройке Восточной части Амурской железной дороги, составленные старшим врачом постройки доктором медицины А.И. Блюмом, содержат сведения о стоматологической заболеваемости, информацию о деятельности зубного врача, который обслуживал строителей дороги, а также изучены источники финансирования [30–32].

Особую ценность представляют дореволюционные материалы адресно-справочного характера, которые дают представление о повседневной общественной, социальной и деловой жизни людей. Справочники содержат сведения о зубо врачебных лечебницах региона, их владельцах, а также о предоставляемых медицинских услугах [3; 6; 483; 536; 603; 604].

Особое место в исследовании принадлежат изучению «Памятных книжек» Амурской, Приморской и Забайкальским областей за 1900-1916 гг. «Памятные книжки» губерний и областей Российской империи – один из официальных справочников ежегодников, составляемый губернскими и областными статистическими комитетами. Максимально полные из них включают в себя адрес-календарь, административный справочник, статистический обзор и научно-краеведческий сборник. Особый интерес для наших исследований представляла информация о присутственных местах и должностных лицах, а также списки личного состава правительственных и общественных учреждений, медицинского состава гражданского врачебного управления и военных ведомств, врачей, занимавшихся частной врачебной практикой [483; 483–491].

Врачебно-санитарные обзоры санитарного бюро Владивостокской Городской управы за 1914-1915 гг., а также Врачебно-санитарная хроника г. Владивостока содержат сведения о деятельности Владивостокской городской больницы за 1913 г., 1915 г., а также о ее амбулатории, где была организована общественная зубо врачебная помощь населению Владивостока [74–80].

Особое внимание мы уделили отчетам Дальневосточного революционного комитета за 1922-1925 гг., в которых содержится анализ финансово-экономического и социального развития Дальнего Востока в первые годы Советской власти, а также материалам по здравоохранению, Дальневосточного

краевого исполкома за 1927-1928 гг. [270; 460; 623; 661; 662]. Официальные статистические справочники, издававшихся в 1920-е гг. на Дальнем Востоке, позволили нам оценить количественные характеристики государственной зубоврачебной службы региона [272; 610–612; 614].

Сведения о теории и практике зубоврачебной, одонтологической и стоматологической помощи в дореволюционной России и СССР изложены в энциклопедических словарях [40; 41; 454; 690]. В этих материалах отчетливо видна эволюция не только в теории общедоступной организации этого вида медицинской помощи, но и в организационных подходах и политике государства в отношении подготовки специалистов по стоматологии для практического здравоохранения. Заметна смена подхода к проблеме болезней зубов и утверждение социально-гигиенической и профилактической направленности в решении этого вопроса, что было прогрессивным направлением социальной стоматологии своего времени. Практика ежедневной чистки зубов вошла в культуру советских людей благодаря средствами государственной пропаганды, ежегодные обязательные врачебно-стоматологические осмотры позволяли воспитанникам детских садов, учащимся школ, беременным женщинам и призывникам в армию устранить явные стоматологические заболевания. Плановые контакты населения со стоматологом способствовали формированию привычки к регулярному уходу за полостью рта.

Нами были использованы официальные статистические сборники СССР и РСФСР. Материалы этих сборников дали нам представления о количественных характеристиках строительства государственной стоматологической помощи в масштабах всей страны и отдельных ее регионов [303; 431–444; 599; 600; 608; 613]. Анализируя статистические данные, мы пришли к выводу, что максимальные темпы увеличения количественного потенциала и качественных характеристик стоматологической помощи приходится на вторую половину 1930-х гг., а также конец 1960-х – 1970-е гг. – это периоды максимальных темпов экономического развития страны, однако заметна территориальная и географическая неравномерность этого процесса.

Анализ материалов периодической печати, а также материалов совещаний, съездов и конференций, позволяет подробно отследить перипетии развития тех или иных событий, проблем в практической стоматологии волновавших медицинскую общественность, почувствовать пульс времени.

Важным историческим источником является журнал «Зубоврачебный вестник» – первый русский одонтологический периодический печатный орган, который издавался в России с 1895 по 1917 гг. Журнал являлся своеобразным организационным центром, вокруг которого объединилось большое количество русских зубных врачей. В журнале печатались статьи по самым животрепещущим, на тот период времени, вопросам: организации зубоврачебной помощи в школах, в армии, о постановке зубоврачебного образования и зубоврачебного дела в России. «Зубоврачебный вестник» способствовал подготовке и организации одонтологических съездов, публиковал их официальные отчеты [477].

Периодические издания досоветского периода представлены газетами «Приамурские ведомости» – официальный орган канцелярии Приамурского генерал-губернатора (1894-1918), а также «Приамурская жизнь» – общественно-политическая и литературная газета (1909), «Приамурье» – внепартийная, политико-экономическая газета (1906), «Дальневосточные известия» (1917), «Наш край» (1919), издававшиеся в Хабаровске. Среди газет, издававшихся во Владивостоке – «Дальний Восток» (1892-1922), «Далекая окраина» (1907-1919), «Волна» (1908), «Восточный вестник» (1898-1904), «Газета для всех» (1922), «Утро» (1920), «Голос Приморья» (1917), «Вечерняя газета» (1921), Русская жизнь» (1922), «Вестник объявлений» (1919). Из Благовещенских изданий – «Амурское слово» (1919), «Амурская газета» (1895-1906). «Уссурийский край» (1907) – демократическая, внепартийная газета, издававшаяся в Никольск-Уссурийске. Значительный объем информации сосредоточен на страницах газет «Дальневосточный путь» (1921-1922) – общественно-литературной газете, органе Дальбюро ЦК РКП(б) и Дальревкома (г. Чита, г. Хабаровск), «Путь» (1922) – орган Приамурского областного комитета РКП(б) (г. Хабаровск), «Рабочий путь»

(1922) (г. Владивосток), «Рабочий путь» (1921) – орган Дальбюро ВЦСПС (г. Хабаровск) [29]. На страницах периодической печати содержится информация о частных и общественных зубо врачебных лечебницах, организации зубо врачебной помощи в рамках страховых касс, о проблемах получения медицинской помощи. Ценность информации заключается в том, что на страницах газет правдиво раскрыто реальное состояние лечебной работы, вскрыты недостатки, показан уровень жизни и быта населения.

Вопросы организации зубо врачебной помощи населению Дальнего Востока, порядок ее получения нами были выявлены в периодических изданиях и настольных календарях, предназначенных для широких слоев населения, издававшихся в Дальневосточном крае в 1920-1930 гг. [446; 447].

Газетные публикации и статьи, публицистического характера, посвященные истории, состоянию и развитию здравоохранения на Дальнем Востоке России в отдельные исторические промежутки времени также являются ценными историческими источниками [2; 4; 15; 50; 86; 301; 302; 323; 445; 455; 478; 515; 542; 601]. Авторы статей, опубликованных в первые годы советской власти, не боясь идеологических запретов, излагали свободно свои мысли, в них не только констатируются факты, но и подаются идеи относительно организации медицинской помощи, повышения ее доступности, усиления мер санитарно-просветительской деятельности. В статьях 1950-1960-х гг. дается краткая, но емкая характеристика общего состояния здравоохранения, акцентируется внимание на положительных моментах, но, к сожалению, развитие стоматологии Дальнего Востока осталось без должного внимания авторов [1; 7; 65; 649; 650].

Важным историческим источником в изучении общественно-политической, хозяйственной, социальной и культурной жизни края являются материалы совещаний и съездов, проводившихся на территории Дальнего Востока. К таким источникам, в первую очередь, необходимо отнести материалы и протоколы съездов врачей в Приамурском генерал-губернаторстве, проходивших в 1899, 1901 и 1913 гг. [537; 538; 630]. Вопросы оказания медицинской помощи населению изучались по материалам съездов «сведующих людей» Приамурского

края [635]. К сожалению, в повестку дня дальневосточной общественности вопросы организации зубоврачебной помощи не включались.

Ценными и содержательными являются материалы XI Пироговского съезда врачей, который проводился в Санкт-Петербурге (1910). На этом форуме обсуждались вопросы зубоврачебного образования в России, шла дискуссия о путях ее реформирования путем организации самостоятельных зубоврачебных институтов [636].

Вопросы организации зубоврачебной помощи населению страны, основные направления ее развития были на повестки дня одонтологических съездов, проходивших в 1923, 1925 и 1928 гг. [627; 631; 632]. Материалы этих съездов являются ценным источником информации по организации работы в масштабах всей страны по распространению среди народных масс, главным образом детей и подростков, санитарно-гигиенических знаний и мероприятий по предупреждению заболеваний твердых тканей зубов, систематической борьбы с уже возникшим и возникающим кариесом. Более того, в них продемонстрированы основные направления и пути развития социальной стоматологии, примеры новых организационных форм обслуживания населения, подводятся промежуточные итоги организации государственной одонтологической помощи.

Организация стоматологической помощи, состояние и меры по ее улучшению были в центре внимания Всесоюзных и Всероссийских съездов стоматологов, проходивших в 1962, 1965, 1968, 1975, 1976, 1981, 1987 гг. [414; 500; 586; 629; 633; 634; 673] Материалы этих съездов ранее не были широко использованы в отечественной историографии, однако являются ценными историческими источниками. Они содержат информацию о состоянии отечественной стоматологии не только как научной дисциплины, но и как общедоступного вида медицинской помощи в системе здравоохранения страны. На съездах обсуждалась деятельность стоматологических организаций, приводились примеры передового опыта, формулировались задачи на будущее. Особую ценность этим материалам придает тот факт, что разворачивавшиеся на съездах дискуссии между центральными органами здравоохранения и

стоматологической общественностью вскрывали недостатки в организации стоматологической помощи, отставание от намеченных темпов развития, нерешенные вопросы стоматологического обслуживания населения, звучала критика в адрес местных органов здравоохранения.

Опубликованные региональные источники были также широко использованы в нашей работе. В первую очередь, были выявлены и проанализированы нормативно-правовые акты высших государственных и партийных органов СССР, направленные на развитие социальной сферы Дальнего Востока [54]. Выяснено, что организация медицинской помощи, кадровые вопросы здравоохранения, социальная защищенность медицинских работников были в сфере внимания властных структур. Однако на местах это не всегда приводило к быстрым количественным и качественным изменениям в сфере здравоохранения.

В нашей работе также использованы материалы сборников по истории медицины и здравоохранения Дальнего Востока России. В этих сборниках отражены юбилейные даты, знаменательные исторические события медицинской жизни региона, дана информация о видных дальневосточных деятелях медицины и здравоохранения прошлого и настоящего [37; 425; 684].

Мемуарная краеведческая литература нами была использована для изучения повседневной жизни, быта, обычаев и нравов обывателей, их отношения к собственному здоровью и медицине [277; 430].

Неопубликованные ранее источники выявлялись нами в архивных фондах Российского государственного исторического архива Дальнего Востока (РГИА ДВ, г. Владивосток), Государственного архива Хабаровского края (ГАХК, г. Хабаровск), Государственного архива Приморского края (ГАПК, г. Владивосток) [540; 541].

В фонде Врачебного отделения Приморского областного правления (Ф.3) РГИА ДВ сосредоточена информация за 1860-1917 гг. Фонд содержит материалы по организации врачебной помощи населению, медицинские отчеты, сведения о медицинском персонале и лечебных учреждениях. Документы, содержащиеся в фонде, позволяют понять процесс становления и развития частных зубоврачебных

практик региона. В этом фонде, нами были выявлены и впервые введены в научный оборот материалы, которые показывают организационную и практическую деятельность дантистов и зубных врачей в Приамурском генерал-губернаторстве: прошения об открытии зубо врачебных лечебниц, резолюции врачебного инспектора, сведения об образовании специалистов, таксы на зубо врачебные и зубо протезные услуги, уставы лечебных учреждений, разрешения на частную врачебную практику, выданные иностранным дантистам, отчеты зубных врачей об оказании бесплатной зубо врачебной помощи студентам Восточного института, арестантам крепости Владивосток, документы и ходатайства, о возможности открытия на Дальнем Востоке зубо врачебной школы.

Фонд Медицинского инспектора Приморской области (Ф.89) РГИА ДВ содержит информацию по организации и оказанию медицинской помощи населению Дальнего Востока за 1879-1902 гг. В этом фонде также содержится информация о деятельности дантистов и зубных врачей на Дальнем Востоке. Нами были выявлены документы о контроле медицинского инспектора за деятельностью частнопрактикующих врачей: сведения о проверках, предписания по устранению замечаний, запросы в учебные заведения страны о подтверждении подлинности документов об образовании, разрешения врачебного инспектора на реализацию зубными врачами средств гигиены полости рта. Все выявленные документы позволяют нам утверждать, что в конце XIX – начале XX вв. местные власти осуществляли строгое администрирование деятельности частнопрактикующих специалистов.

Фонд Дальневосточного областного отдела здравоохранения народного комиссариата здравоохранения РСФСР (Ф.Р-939) ГАХК содержит информацию за 1922-1926 гг. Дела фонда содержат списки лечебных заведений Дальневосточного края, годовые отчеты лечебных заведений о состоянии сельского здравоохранения на Дальнем Востоке, доклады и отчеты губернских отделов здравоохранения, сведения о санитарном состоянии городов и сельской местности, сведения о медицинском обслуживании рабочих Уссурийской железной дороги и водного транспорта. Особое место занимают материалы по организации и оказанию

медицинской помощи рабочим, вовлеченным в социальное страхование. Нами были выявлены документы, отражающие сведения о зубоврачебной помощи в рамках больничных касс, отчеты по зубопротезированию рабочих железной дороги. Впервые введены в научный оборот материалы о деятельности Приморского, Камчатского, Амурского губернского отдела здравоохранения, Амурской, Владивостокской водной страховой кассы, отчеты Дорздрава по организации зубоврачебной помощи. Выявленные материалы отражают первые успехи и достижения Советской власти в организации общественной зубоврачебной помощи. Плановое задание, норма выработки, квартальный отчет становятся атрибутами государственного зубоврачевания. Документы, позволяют увидеть множество медицинских и социальных проблем, возникающих при организации и функционировании, фиксируются явные недостатки в материальном снабжении зубоврачебных кабинетов.

Основной массив информации нами был обнаружен в архивных документах фонда управления здравоохранением администрации Хабаровского края (министерства здравоохранения Хабаровского края) (Ф.Р-683) ГАХК, в котором собраны материалы с 1926 г. по настоящее время. В фонде нами были выявлены документы по планированию, организации и реальному состоянию стоматологической помощи на Дальнем Востоке за весь изучаемый нами период. Впервые введены в научный оборот документы по развитию стоматологической помощи в годы первых советских пятилеток, доклады о состоянии медицинского обслуживания коренных народов Дальнего Востока в конце 1920-х – начале 1930-е гг., отчет зубного врача Н.К. Тарасовой о работе в Корякском национальном округе на Камчатке в 1932-1934 гг., отчет о состоянии медицинской помощи населению Чукотки в 1920-1930 гг., подготовленные доктором А.А. Левандовским, годовые статистические отчеты окружных отделов здравоохранения ДВК за 1927-1933 гг., справки, о состоянии здравоохранения в крае за 1935-1937 гг., годовые статистические отчеты по службе здравоохранения ДВК за 1930-е гг., докладные записки краевого отдела здравоохранением о медицинской помощи населению края за 1940-е гг., доклад заведующего

крайзадравом И.А. Чельшева «Об очередных задачах органов здравоохранения Хабаровского края» за 1947 г., конъюнктурные обзоры о деятельности стоматологических лечебных учреждений за 1950-1960 гг., справка главного стоматолога края К. Власовой о состоянии стоматологической помощи населению края за 1961 г., приказы краевого отдела здравоохранения № 658 от 22 декабря 1961 г. «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению Хабаровского края», № 18 от 28 января 1980 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической-ортопедической помощи населению Хабаровского края», № 2 от 7 января 1981 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению Хабаровского края», № 109 от 16 апреля 1982 г. «О мерах по дальнейшему развитию и улучшению качества стоматологической помощи населению Хабаровского края». Очень важной в исследовательском плане характеристикой документов местных органов здравоохранения отражающих относительную объективность содержащейся в ней информации является то, что в них говорится о массе проблем, которые сопровождают организацию и деятельность стоматологических организаций: о неудовлетворительном состоянии лечебных учреждений, нехватке специалистов, сложностях в материальном и лекарственном обеспечении, неудовлетворительном выполнении задач по санации детей, больших очередях в поликлиниках, недовольстве населения качеством лечения.

Фонд Исполнительного комитета Хабаровского краевого Совета депутатов трудящихся (Ф.137) ГАХК нам был интересен в плане поиска документов, отражающих планируемые меры местных органов власти для организации стоматологической помощи в Хабаровском крае. Выявленные документы указывают на то, что в 1960-1980 гг. принимались решения по ликвидации допущенных отставаний в развитии стоматологической помощи края, планировалось открытие стоматологических поликлиник, укрепление материальной базы лечебных учреждений и ликвидация кадрового дефицита. Однако от принятия решений до их исполнения проходили десятилетия.

В ГАХК выявлены интересующие нас документы в фонде Хабаровского городского самоуправления (Ф. И-285), редакции Дальневосточной краевой энциклопедии (Ф. Р-537), Хабаровского краевого управления статистики (Ф. Р-719), Дальневосточного отдела Наркомпроса (Ф. Р-933), отдела здравоохранения администрации г. Хабаровска (Ф. 1659), исполнительных комитетов районных советов народных депутатов Хабаровского края (Ф. Р-1213, Ф. Р-1516, Ф. Р-1537, Ф. Р-1817).

В Государственном архиве Приморского края нами были исследованы фонды Отдела здравоохранения исполнительного комитета Приморского губернского совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (1922-1926) (Ф.Р-1164); Отдела здравоохранения исполнительного комитета Владивостокского окружного совета рабочих, крестьян, красноармейских депутатов (Окрздравотдел), содержащие информацию за 1926-1931 гг. (Ф. Р-503); Отдела здравоохранения исполнительного комитета Приморского областного совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (1933-1939) (Ф. Р-341); Отдела здравоохранения исполнительного комитета Приморского краевого совета депутатов трудящихся (с 1938 г.) (Ф. Р-268).

Особую ценность представляла информация о практической деятельности Отдела здравоохранения в первые годы Советской власти в Приморье по организации зубоврачебной помощи, организации зубопротезного производства и повседневной деятельности зуботехнической лаборатории Губздрава. Выявлены документы по медико-санитарной сети Дальневосточного края за годы первых советских пятилеток, количественная характеристика зубоврачебной помощи, сметы расходов и количественный состав учащихся зубоврачебной школы в г. Владивостоке, отчеты Владивостокского городского отдела здравоохранения о количественных показателях деятельности городской стоматологической поликлиники, состояние с кадровым обеспечением стоматологических организаций. Впервые введены в научный оборот материалы, характеризующие состояние стоматологической помощи в 1940-1950 гг., справки и доклады заведующего здравоохранением Приморского края о состоянии амбулаторно-

поликлинической помощи населению за 1961-1972 гг., конъюнктурные отчеты о состоянии стоматологической службы Приморского края за 1970-1980 гг.

Таким образом, изученные архивные материалы дают представление о роли стоматологической помощи в общей системе здравоохранения Дальневосточного региона, на их основании нам удалось изучить специфические особенности функционирования стоматологической помощи в городах и сельской местности, на Крайнем Севере, в условиях низкой плотности населения, организационно-хозяйственное состояние лечебных учреждений, особенности и эффективность реализации стоматологическими учреждениями поставленных перед ними задач, повседневная жизнь и коллективные настроения специалистов по стоматологии на Дальнем Востоке России.

ГЛАВА 2. ЗУБОВРАЧЕВАНИЕ В ПРИАМУРСКОМ ГЕНЕРАЛ- ГУБЕРНАТОРСТВЕ (1890 – 1917 гг.)

2.1. Зубоврачевание в системе оказания медицинской помощи Российской империи (конец XIX – начало XX вв.)

К концу XIX в. в России сформировалась сложная децентрализованная система медицинского обеспечения населения, при которой медицинские учреждения находились в ведении многочисленных министерств и ведомств, земских и городских самоуправлений, частных, благотворительных и общественных учреждений. Так, например, в ведении Министерства путей сообщения находилась врачебная помощь и санитарный надзор на железных дорогах в пределах полосы отчуждения, а также санитарный надзор на водных путях. Медицинский департамент Министерства внутренних дел руководил организацией оказания медицинской помощи сельским жителям в неземских губерниях, организацией борьбы с эпидемиями, судебно-медицинской деятельностью, вел учет медицинских кадров. При всем разнообразии существовавших в стране форм организации медико-санитарного дела, государственный характер медицины, особенно в неземских губерниях и областях, был отличительной чертой организации оказания медицинской помощи в России [317].

В конце XIX в. зубоврачевание стало считаться самостоятельной отраслью медицины, однако ее организация, как отдельного вида медицинской помощи, была вне поля зрения властных структур [225; 244]. В отличие от эпидемиологических инфекционных болезней, масштабность проявления и размах последствий которых не могли не привлекать внимание государственную власть, «повседневные» болезни зубов не пугали своей смертностью, загадочностью этиологии и патогенеза. Забота о здоровье зубов, их лечение было делом конкретных лиц, и государственные структуры предпочитали не вмешиваться в отношения «врач-пациент». Частная коммерческая практика с

прямым расчетом пациента с врачом была самой распространенной формой зубоврачебной помощи в России. Вплоть до 1917 г. зубоврачевание оставалось одной из наиболее бурно развивающихся отраслей медицинского бизнеса [369]. Оказание помощи населению с зубными болезнями осуществлялось также в порядке «личной инициативы» недипломированными специалистами – цирюльниками, банщиками, знатоками заговоров и травниками.

Параллельно с частной зубоврачебной практикой, в середине XIX в., рождается система оказания зубоврачебной помощи на благотворительных началах. Такая помощь в России была организована в крупных городах Императорским Человеколюбивым обществом, а также Российским обществом Красного Креста, и предназначалась для малоимущих слоев городских жителей. Однако широкого распространения этот вид организации зубоврачебной помощи не получил.

Проблемы организации зубоврачебной помощи, невозможность напрямую оплачивать услуги зубных врачей из-за высоких тарифов, привели к рождению страховой системы финансирования этого вида помощи. В России только после революции 1905 г. появились первые зачатки зубоврачебной помощи застрахованным, которая лишь в очень недостаточных объемах была организована при фабрично-заводских лечебных учреждениях, а в большинстве случаев оказывалась на договорных началах между больничными кассами и частнопрактикующими зубными врачами [269].

В начале XX в. в России возникают первые зачатки общественной системы зубоврачебной помощи. В основе ее зарождения были инициативы частных лиц, которые ставили перед властями вопросы финансирования программ зубоврачебной помощи различным социальным слоям населения. В результате этого были организованы первые школьные зубные кабинеты [269; 396]. В 1904 г. было разрешено местным органам власти занимать сверхштатные государственные должности зубными врачами, «где окажется в них действительная надобность» и «где мера сия не потребует никаких со стороны казны издержек» [642]. С этого времени городские, земские и ведомственные медицинские учреждения

получили возможность нанимать зубных врачей, причем их услуги оплачивать только за счет местных средств.

В Российской империи почти вся зубоврачебная помощь была сосредоточена в губернских и уездных городах. В 1897 г. в России насчитывалось 1139 специалистов в области зубоврачевания (141 зубной врач и 998 дантистов). К 1902 г. на 140 млн. чел. населения России было свыше 2200 специалистов по зубоврачеванию, т.е. 1 врач приходился на 60,0 тыс. чел. В последующие годы количество зубных врачей в России неуклонно увеличивалось. Согласно статистическим данным [283–291], количество специалистов в области зубоврачевания возросло с 4377 в 1905 г. (1552 зубных врача и 2825 дантистов) до 8168 в 1913 г. (5161 зубной врач и 3007 дантистов). Причем, только после 1909 г. количество дантистов значительно уменьшается. Невзирая на малочисленность зубных врачей, обращаемость по зубным болезням в 1909 г. составляла 5 % от общего числа амбулаторных пособий. «Российский медицинский список» 1914 г. включал 5800 зубных врачей [576]. Из оказанной населению зубоврачебной помощи на долю фельдшеров приходилось 69,4 %, на долю врачей – 5,8 %; на амбулаторию со смешанным приёмом врачей и фельдшеров – 21,3 %, на приём врачей – 1,2 %, на долю зубных врачей – лишь 2,3 % [267]¹.

В сельской местности зубоврачебных кабинетов практически не было [493]. В обществе, в котором была масса нерешенных социальных проблем, организация зубоврачебной помощи на селе была признана «роскошью» [496]. Тем более, что крестьянская повседневная жизнь, ее быт, обычаи и суеверия, а также отношение к своему здоровью и лечению не были направлены на сохранение здоровья и продление срока жизни [589]. Жизнь наемных работников в городах также не способствовала сохранению здоровья. Жестокая эксплуатация, бедность, плохие санитарно-гигиенические условия, а часто «беспорядочность» жизни, не позволяли ассоциировать здоровье как

¹ Атмосферу зубоврачебного приема изучаемого периода можно подчеркнуть из рассказа А.П. Чехова «Хирургия» (1884), М.А. Булгакова «Записки юного врача» (1926), воспоминаниям Е. Иванова, воспроизводящих общую обстановку, жаргон и детали быденного зубоврачевания начала XX в. [309].

единственный капитал в руках рабочих, дающий им средства к существованию [513].

Развитие зубоврачебной помощи в провинциальной России происходило неодинаково. Так, первое упоминание о частнопрактикующем зубном враче в Воронеже относится к 1856 г. [461]. Первые разрешения на зубоврачебную практику в г. Саратове были выданы в 1877 г. [499]. Согласно проведенной регистрации зубных врачей (дантистов) было определено, что в 1890-х гг. в Туркестанском генерал-губернаторстве работало 9 специалистов, которые обслуживали придворную знать бухарского эмира, хивинского хана в Петро-Александровске, где была дислоцирована крупная воинская часть России, и в Ташкенте [609].

Первые упоминания о зубных врачах в г. Барнаул относятся 1898 г., но уже в 1910 г., здесь имели частную практику 12 врачей, а в 1914 г. открывались первые ведомственные зубоврачебные кабинеты [357]. Появление зубоврачебных кабинетов в Челябинске относятся к 1904 г. К 1915 г. в городе было уже 11 зубных врачей [637]. В 1903 г. на всю Дагестанскую область, насчитывающую населения более 700 тыс. чел., не было ни одного дантиста, только в 1909 г. появился первый специалист по лечению зубов [85]. В 1908 г. в г. Царицын действовало всего 2 частных зубоврачебных приема [669]. К 1916 г. в г. Полтава активно работали четыре зубные лечебницы. Кроме лечебниц в городе функционировало 19 частных зубоврачебных кабинетов [33]. До 1917 г. на территории республики Удмуртия работали всего 8 зубных врачей [492].

Согласно общеимперской статистике, в зубоврачебной помощи нуждалось около 80 % населения страны [499]. Проведенные медицинские осмотры, выявляли затронутые костоедой (кариесом) зубы у более 81 % детей России [647]. Сообщения С. Олихова, В. Нешеля, Д. Локшина говорили о значительном распространении заболеваний полости рта и зубов у крестьян [399; 450; 467]. В изданной 1907 г., старшим врачом 5-го Флотского экипажа Н. А. Новиковым книге «Краткие заметки по болезням зубов и их извлечению» отмечалось, что

кариозное поражение зубов широко распространено среди населения, поэтому заслуживает названия «всемирной болезни» [652].

Зубные врачи стали обращать внимание различных социальных слоев общества, на регулярную, качественную гигиену полости рта. «Надо зубы чистить хорошенько, а не кое как», говорилось в популярной книге начала XX в. [513]. Между тем, сведения о мерах борьбы с разрушением зубов еще очень мало были распространены среди широких слоев населения, и на долю специалистов выпадал тяжелый труд: не только лечить, но и убеждать своих пациентов в необходимости ухода за зубами, заблаговременного их пломбирования. Однако удаление оставалось главной, доступной и эффективной лечебной манипуляцией при зубных болезнях.

Лечение зубов методом пломбирования было встречено населением с опаской, настороженностью и недоверием, многие обыватели избегали этих процедур, мотивируя тем, что лечение болезненно и мучительно, требует много времени и не всегда эффективное. Такую точку зрения поддерживали даже врачи общей практики. Общественное мнение российской глубинки конца XIX в. настороженно относилось к медицине и врачам в целом, поскольку медицина не оправдывала тех ожиданий, которые на нее возлагались. Это было обусловлено как низкими диагностическими возможностями, так и малой эффективностью применяемых методов лечения и лекарств. Лечебные манипуляции приносили физические и душевные страдания, многочисленны были ошибки врачей. У населения присутствовало подчас враждебно-ироническое чувство к представителям официальной медицины [60].

Зубные врачи стали убеждать, что болезненность при лечении зубов часто сильно преувеличена мнительными и слабохарактерными людьми. Благодаря различным усовершенствованиям, почти всегда удается при лечении зубов избегать боли. Неприятное же ощущение, которым действительно иногда сопровождается лечение, с их слов, следовало переносить, помня, что этим предохраняем себя от гораздо более мучительной боли и от неисправимого вреда для общего здоровья. Продолжительного лечение требовали только глубоко

испорченные зубы. В сознание обывателя стали вкладывать стойкие стереотипы, что лечение зубов куда быстрее и менее болезненно, а пломбирование всего прочнее, когда порча зубов не запускается. Между тем, многие люди стали ссылаться на бесперспективность лечения зубов, что зубы легче удалить. Раздавались вопросы: «А стоит ли заботиться о зубах, если исход всем известен, тем более что существуют искусственные зубы, к которым всегда можно прибегнуть?» [421]. Однако зубные врачи замечали, что не всегда искусственные зубы могут вполне заменить свои природные, в особенности в отношении пережевывания пищи.

Зубоврачебный труд в России основывался, главным образом, на форме ремесленного труда. Ограниченное медицинское образование, направленное исключительно на лечение болезней зубов, незнание прочих болезней, не позволяли зубным врачам быть на одной социальной лестнице с врачами общей практики. Более того, в высших медицинских учебных заведениях студентов-медиков воспитывали в традиции, что «врач не ремесленник, а подвижник, носитель в жизни света знания и гуманности» [639]. Между тем, в сферу деятельности специалиста в области зубоврачевания относится «не самая сложная» часть организма человека, тут не требуется особая гениальность и сверхъестественные знания, а скорее нужны аккуратность, добросовестность и внимательность. В сознании обывателей зубной врач был далек от представителей официальной медицины и с ней не ассоциировался, в народе его, подчас, подозревали в торгашестве и обмане [34], а как специалиста, воспринимали скорее иронически: «Вот и вывел он дочь в актрисы, а сынка – в зубные врачи». Зубоврачевание воспринималось в обществе как хорошо оплачиваемая профессия, но имеющая невысокий социальный статус, и сильно зависящая от наличия платежеспособной клиентуры.

Возрастающая социальная значимость организации и оказания доступной зубоврачебной помощи населению страны не оставалась без внимания медицинского сообщества. С конца XIX в. военными медиками и зубными

врачами стали подниматься вопросы по организации зубоврачебной помощи в Русской армии [320; 327; 363; 364; 477; 619].

Современники констатировали, что в большинстве случаев зубоврачебная помощь в армии оказывалась ротными фельдшерами и она сводилась к удалению пораженного зуба. Отмечалось, что «вопрос о лечении зубов в нашей армии по-прежнему остается еще открытым и если иногда разрешается, то разрешается подобно гордиеву узлу – экстракцией» [619].

В конце XIX – начале XX вв. зубоврачебную помощь в армии оказывали лишь при крупных госпиталях, отдельных лазаретах, некоторых приемных покоях и околотках. В этих кабинетах помощь оказывалась исключительно проходящим больным и также сводилась, как правило, к удалению пораженных зубов. Например, в медицинском отчете доктора В.Д. Сезеневского, который работал в лазарете Российского Общества Красного Креста (РОКК) в г. Хайлар (Китай), отмечалось, что при лечении зубов, а такие случаи составляли более 4,5 % от всех амбулаторных посещений «в большинстве случаев приходится делать экстракцию за невозможностью придерживаться консервативного метода лечения» [543]. Следует отметить, что в таких лазаретах работали врачи общего профиля или хирурги, которые не имели глубоких знаний и практических навыков по зубоврачеванию. Штатных зубных врачей и дантистов в армии не было [308].

Огромная нуждаемость Русской армии в зубоврачебной помощи не оставалась без внимания военных врачей. По предложению Главного Военно-медицинского управления в 1897–1899 гг. в Военно-медицинской академии были затронуты вопросы о «возможности включить теоретические и практические занятия по болезням зубов в число предметов преподаваемых врачам для усовершенствования в хирургии и медицинских науках вообще» [311]. Однако эти инициативы не были в полном объеме претворены в жизнь.

Одной из остро проявившихся проблем было оказание зубоврачебной помощи во время Русско-японской войны 1904–1905 гг. [217]. На отсутствие в действующей армии квалифицированной зубоврачебной помощи было обращено

внимание, как русскими одонтологами и зубными врачами, так и Российским Обществом Красного Креста (РОКК). Обращение зубных врачей в правительство с просьбой о развертывании бесплатных кабинетов в действующей армии, по всей видимости, так и осталось без ответа [496].

Однако «находясь на особом положении» по сравнению с учреждениями военного ведомства, «располагая свободными средствами», Красный Крест оказался способен финансировать открытие и работу ряда зубоучастков в действующей армии [479]. Оборудование одного зубоучастка, приобретение необходимого оборудования, требовало значительных материальных средств и составляло порядка 582 рублей [475].

На повестку дня II и IV Соединительных съездов железнодорожных врачей русских железных дорог, проходивших в 1899 и 1911 гг., ставились и обсуждались вопросы зубоучастковой помощи рабочим и служащим [295]. Вопросы организации зубоучастковой помощи железнодорожным рабочим, служащим и их семьям обсуждались зубоучастковой общественностью страны на II и III Всероссийских одонтологических съездах в 1899 и 1902 гг. [269; 477].

К началу Первой мировой войны во врачебно-санитарных частях железных дорог страны было организовано 150 зубоучастков, в которых трудилось порядка 100 зубных врачей, причем на оказание зубоучастковой помощи приходилось до 11 % всех амбулаторных посещений [295].

В рамках земской медицины в 1910-х гг. в ряде больниц зубоучастковая помощь оказывалась фельдшерами, специально изучавшими зубоучасткование. Первоначально с каждого больного взималась плата в размере 30 коп. Врачебный совет при МВД в 1911 г. признавал, что, придерживаясь системы равномерной помощи населению во всех отраслях медицинского дела, несправедливо облагать больных с патологией зубов платой, когда как оперативные пособия оказывались бесплатно, но с другой стороны наложение пломб, по желанию, из материала, выбранного пациентом (серебро, золото, платина) должно облагаться соответствующей платой. Более того,

дополнительная работа фельдшера по оказанию зубоврачебной помощи должна быть оплачена. В связи с этим было принято постановление, которое регламентировало взимание платы с пациента при оказании зубоврачебной помощи в рамках земской медицины. Постановление гласило, что все больные с зубными болезнями принимались в земских амбулаториях на общих основаниях. Установка пломбы из благородного металла оплачивалась по утвержденной таксе, прочий материал, равно, как и лечение зубов были бесплатными. Работа фельдшера, дополнительно занимающегося зубоврачеванием, оплачивалась местной губернской властью [646].

Особое место в истории дореволюционного здравоохранения России принадлежит Высочайше утвержденной Междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства (Комиссии Рейна), работавшей в 1912–1916 гг. Расчеты комиссии свидетельствовали, что 1 зубной врач на 8,0 тыс. городских жителей Европейской России «отнюдь не может считаться роскошью» и поэтому, число зубных врачей в городах должно быть порядка 2 590 человек. Что касается сельского населения этой части России, то здесь предлагалось соотношение 1 зубной врач на 40,0 тыс. населения. Это, по подсчетам комиссии, составило 3 100 зубных врачей, которые за год могли бы оказать, считая 310 рабочих дней и по 30 больных в день, помощь 22–28 млн. чел. в год, что составляло 18–22 % всего населения [622]. Таким образом, 5 600–5 700 зубных врачей было посчитано достаточным для оказания зубоврачебной помощи в Европейской России.

Для Азиатской части России предлагалось следующее: для городского населения Сибири – 125 зубных врачей, Средней Азии – 176; для сельского населения соответственно 192 и 228 чел. Таким образом, общее число зубных врачей должно было составлять 721 чел., а общая потребность в государственных зубных врачах составила бы не менее 6 300 чел. [82].

Срок введения предполагаемых норм должен был составить не менее 10 лет. В то же время, согласно официальным статистическим данным в 1912 г. в России числилось 4 113 зубных врачей и 3 125 дантистов, однако основная масса

этих специалистов являлась частнопрактикующими и осуществляла свою деятельность в крупных городах Европейской части России и Польши [288].

В начале 1910-х гг. внимание российских властей было приковано к социальному страхованию, как способу решения «рабочего вопроса». Принятие III Государственной Думой 23 июня 1912 г. Закона «Об обеспечении рабочих на случай болезни» было первым значительным шагом по введению медицинского страхования и организации медицинской помощи застрахованным в России. Данный закон не распространялся на всю территорию Российской империи и предъявлял определенные требования к предприятиям (не менее 20 работающих и применение машин) и охватывал только частные фабрично-заводские, горнозаводские, железнодорожные, судоходные и трамвайные предприятия [298]. В законе зубоврачебная помощь включалась в рамки страхового обеспечения, ибо «потери государства от отсутствия правильной бесплатной помощи против зубной боли громадны» [397].

В 1917 г. Временное Правительство в Петрограде разработало новое страховое законодательство. Реформа Временного Правительства была в т.ч. направлена на создание нового для России вида страховой организации – местной больничной кассы, призванной страховать работника независимо от того, на каком предприятии и в какой отрасли он занят [422].

Оказание зубоврачебной помощи в рамках социального страхования рабочих осуществлялось, главным образом, по договорам между больничными кассами и частнопрактикующими зубными врачами [268]. Кроме того, такая помощь была организована в амбулаториях только при крупных предприятиях в столичных и губернских городах, где был организован прием различных узких специалистов, в т.ч. по зубным болезням [39]. Было отмечено, что амбулаторная посещаемость кассовых лечебниц по зубным болезням достигала 12,5 %, причем задачей специалистов было не лечение отдельных зубов, а всей полости рта [63].

Что касается политики партии большевиков в области здравоохранения до 1917 г., то эта позиция была очень неясной и размытой, и сводилась к всеобщему социальному страхованию и его передачи в руки рабочего класса. Лидеры

ВКП(б) ставили вопрос гораздо шире – необходимость коренной социальной революции. Следует отметить, что до октябрьской революции ни в одном из партийных документов вопросы охраны здоровья народа не связывались с вопросом о необходимости введения в России государственного здравоохранения [449; 711]. Вместе с тем, необходимо понимать, что программа и требования большевиков были адресованы «буржуазному» обществу в капиталистических условиях. Проблема организации медицинской помощи и системы здравоохранения в целом встала перед большевиками только после прихода к власти в октябре 1917 г. [698].

Таким образом, в конце XIX – начале XX вв. в России зубоврачевание, которое долгое время оставалось в сфере дорогостоящих услуг, становится общественно значимым и доступным видом медицинской помощи. Несмотря на то, что в Российской империи частная зубоврачебная практика была самой распространенной формой оказания этого вида медицинской помощи, общественность ставила перед государством вопросы финансирования и организации бесплатной и общедоступной зубоврачебной помощи различным социальным слоям населения. В результате этого, в конце XIX в. в стране были сделаны первые шаги в сторону универсальной системы зубоврачебной помощи, однако позиция власти не предполагала организацию зубоврачебной помощи населению за государственный счет. Частная зубоврачебная практика не могла остановить все ухудшающееся положение с болезнями зубов и полости рта у значительной части населения, так как была полностью ориентирована на лечение, а не профилактику. Повседневная зубоврачебная деятельность не смогла развеять устоявшиеся убеждения и стереотипы людей о неотвратимости порчи и утрате зубов с возрастом, низкой эффективности консервативного лечения и неизбежной физической боли. К сожалению, страх и ужас перед зубоврачебными вмешательствами глубоко укоренился в сознании основной массы населения.

2.2. Частная зубоврачебная практика на Дальнем Востоке

В 1884 г. из Восточной части Восточно-Сибирского генерал-губернаторства была образована особая военно-административная единица Российской империи – Приамурское генерал-губернаторство. В его состав вошли Приморская, Амурская и Забайкальские области, а также остров Сахалин (рис. 1). В конце XIX – начале XX вв. в результате реализации переселенческой политики значительно увеличилось дальневосточное население России, которое в 1900 г. составляло порядка 430,0 тыс. чел., причем для Дальнего Востока был характерен более высокий процент урбанизации, чем в целом по стране. Высокие темпы естественного прироста населения сопровождались высокой смертностью, особенно в детском возрасте. Средняя продолжительность жизни дальневосточников едва достигала 36 лет [373].

На состоявшемся в 1903 г. IV Хабаровском съезде «сведующих людей» Приамурского края, было отмечено слабое социально-экономическое развитие региона, проблемы в оказании медицинской помощи населению и то, что «санитарное состояние городов не блестящее» [635]. С целью подъема гигиенических знаний медицинская общественность края планировала проведение занятий с населением об «элементарной гигиене».

Таблица 1

Амбулаторная заболеваемость полости рта и зубов по всей линии постройки
Восточной части Амурской железной дороги ²

№ п/п	Наименование	1912 год		1913 год		1914 год	
		Абс.	На 1000 чел.	Абс.	На 1000 чел.	Абс.	На 1000 чел.
1.	Болезни полости рта и зева	1044	23,3	1436	26,9	1746	30,6
2.	Болезни зубов	2047	45,7	2613	49,0	3529	61,9

² Составлено по Блюм А.И. Врачебно-санитарный обзор за 1914. – Хабаровск: Типография приамурского военного округа, 1915. – 135 с.



Рисунок 1. Карта Приморского генерал-губернаторства в конце 1905 г.

В городах концентрировались основные лечебные и санитарно-эпидемиологические учреждения. Недостаточное финансирование и недостаточное число штатных мест в учреждениях медицины вынуждали врачей заниматься частной практикой, однако для рядовых горожан она была малодоступна, т.к. плата за прием была слишком велика. Необходимо отметить, что с 1890-х гг. врачебная помощь в городах Дальнего Востока – Хабаровске, Владивостоке, Благовещенске была организована и финансировалась за счет взимавшегося с жителей городов больничного сбора, тем самым оказание медицинской помощи было возложено на городское самоуправление. Между тем, постоянное увеличение прироста населения сопровождалось хроническим недостатком медицинского персонала, а также медицинских учреждений.

Ввиду недостаточного медицинского обслуживания и бедности, горожане в основном занимались самолечением. Широко проявлялось свойственное, как населению страны в целом, так и дальневосточникам, предубеждение против официальной медицины [47]. В народном сознании врачи, были

представителями государства и ассоциировались со страданием и смертью, а вовсе не с улучшением самочувствия и избавлением от болезни [426].

Многие врачи, работавшие в Приамурском крае, среди основополагающих причин развития болезней выделяли топографический признак, который был характерен для древней миазматической теории общего объяснения патогенеза многих заболеваний. Так доктор А.И. Блюм писал, что «испарения болот непосредственным образом влияют на появление катаральных явлений слизистых оболочек ротовой полости и дыхательных путей, а отчасти и цинготных явлений» [630]. Прямым следствием наследия миазматической теории среди обывателей стало убеждение людей, что дальневосточный климат способствовал ухудшению санитарного состояния региона и являлся причиной многих заболеваний.

Негативное впечатление от климата сочеталось с общим ощущением пространственного отличия Дальнего Востока, с его огромными незаселенными территориями, от европейской части страны. Отдаленность региона от центра и условий цивилизации отрицательно влияли на настроение людей. Многие жители находились в депрессивном состоянии, что не способствовало повышению уровня их здоровья. Напротив, очень часто в таком состоянии люди менее внимательны к себе, более склонны к вредным привычкам [241].

По мере заселения и обустройства жизни на Дальнем Востоке России происходил постепенный подъем культурной, социальной и общественной жизни дальневосточных городов. Создавалась система общественного управления, благотворительности. Значительное число горожан вовлекалось в общественную жизнь региона. Досуг, зрелища, развлечения, общественные мероприятия и поручения, праздники, увеселительные и просветительные мероприятия становятся важным элементом повседневной жизни.

С конца XIX в. широкие слои населения крупных городов Дальнего Востока постепенно приобщались к европеизированным формам культурного отдыха характерным для людей с постоянными доходами: концертам, спектаклям, маскарадам, иллюзиям. Появлялась потребность в сохранении

зубов, сбережении имеющегося, восстановлении утраченного. Красивая улыбка становится элементом статусного положения человека, социально активной части населения «требовалось открывать рот и произносить речи» [329].

Зубоврачебную помощь населению дальневосточной окраины в виде экстракций зубов оказывал, в основном, немногочисленный фельдшерский состав, а также врачи других специальностей. Отмечалось, что «страдающими зубами в большинстве случаев приходилось делать экстракцию за невозможностью придерживаться консервативного метода лечения» [587]. А.П. Чехов, посетивший Николаевск-на-Амуре в 1890 г., писал «о каком-то японце, дергающем зубы не щипцами, а просто пальцами» [656].

Одно из первых наблюдений о распространенности кариеса зубов на Дальнем Востоке у пришлого населения принадлежит старшему врачу постройки Восточной части Амурской железной дороги доктору медицины А.И. Блему, составившему в ходе строительства ряд врачебно-санитарных отчетов. При рассмотрении амбулаторной заболеваемости на всей линии постройки Амурской железной дороги он отмечал, что «кариозный процесс зубов, почему-то процветающий всегда в районе «Амур» (полагаю, что климатические условия здесь повинны), проявляется очень резко у чернорабочих, да и у всех прочих, не щадя и детей». Более того, «...болезни зубов изобилуют в июне, июле и в зимние месяцы» [31].

Гипотеза, объясняющая кариес воздействием на эмаль кислой среды вследствие разложения пищи, а также микробов, была известна уже в начале XX в., но широкого распространения среди врачей тогда еще не получила. Поэтому болезни зубов на Дальнем Востоке врачи чаще объясняли необычным суровым климатом, а не плохим питанием населения и неудовлетворительной гигиеной полости рта.

В обзоре амбулаторной заболеваемости рабочих и служащих по всей линии постройки Восточной части Амурской железной дороги были зарегистрированы и обращения по поводу болезней полости рта и зева, а также болезней зубов. Так, в 1912–1914 гг. наблюдался устойчивый рост болезней зубов (таблица 1).

В отчетах Приморского переселенческого управления отмечалось, что у переселенцев, прибывающих в Приамурье, из группы местных болезней своим абсолютным количеством выделялись болезни зубные (полости рта). Более того, было отмечено, что гигиене полости рта не уделяется должного внимания, в отличие от рабочей массы японцев на Дальнем Востоке, среди которых была популярна забота о чистоте полости рта, о предохранении порчи зубов уходом за ними, чисткой порошком, щеткой и о наложении пломб при первых признаках порчи зубов костоедой [73].

Болезнями зубов была подвержена и правящая элита региона. Так, В.Ф. Духовская, жена Приамурского генерал-губернатора, отмечала: «одному полковнику я дала все восемьдесят лет, а ему оказывается только сорок пять» [277]. Можно предположить, что здесь прослеживается клиническая картина полной адентии, когда лицо вследствие функциональных нарушений и атрофии лицевого скелета приобретает облик старческого.

Изученные нами документы говорят о значительном распространении кариеса зубов среди пришлого взрослого и детского населения Приамурского края в начале XX в. Кроме того, отмечены случаи некариозных поражений зубов, аномалий и деформаций прикуса у детей, а также слабые гигиенические навыки и привычки населения относительно гигиены полости рта [213; 239; 251].

По имеющимся данным можно утверждать, что среди пришлого населения практически отсутствовала потребность в гигиене полости рта, отсутствовали знания о роли профилактики различных заболеваний, тем более зубов. Это можно объяснить как низким социальным статусом проживающего населения, бедностью, бытовой необустроенностью, плохими санитарно-гигиеническими условиями, низкой культурой и малограмотностью населения, а также отсутствием мотивации к сохранению общего здоровья.

Первые специалисты в области зубо врачевания появились в Приамурье в конце XIX в. Побудительным мотивом их появления, несомненно, являлась собственная частная инициатива. На Дальний Восток прибывали динамичные специалисты, уверенные в своих профессиональных способностях, которые не

боялись конкуренции в системе частной практики и брали на себя все технические и другие сложности в работе.

В Российском государственном историческом архиве Дальнего Востока (РГИА ДВ) были изучены документы, которые рассказывают о том, что в 1890 г. местными властями Приморской области, в виду отсутствия во Владивостоке специалистов, было выдано разрешение на частную врачебную практику американскому дантисту Айва, который не имел российского свидетельства об образовании и не знал русского языка. Документы свидетельствуют о том, что, он практиковал «с успехом» в течение нескольких месяцев на протяжении двух лет «и заслуживший доверие и одобрение Владивостокской публики» [562; 563].

Однако, в 1892 г. на очередное его прошение о продлении разрешения на частную практику, ему было отказано с мотивировкой, что в городе имеется дантист Константин Ильницкий. Принимая во внимание то, что во Владивостоке имелись иностранцы, то ему все же дали возможность в течение двух месяцев оказывать зубоврачебные услуги только иностранным подданным [563]. Таким образом, дантиста К. Ильницкого можно считать первым отечественным специалистом по зубоврачеванию на Дальнем Востоке России.

Согласно обзорам Амурской области, появление первого дантиста в этом регионе относится к 1897 г. [457]. Уже в следующем году регистрируется первый зубной врач [458]. Количество специалистов возрастало с каждым годом, и к 1911 г. согласно Амурскому областному статистическому комитету в Благовещенске числилось 9 зубных врачей [484].

В обзоре Приморской области упоминание о первом практикующем дантисте относится только к 1900 г. [462]. Согласно «Российскому медицинскому списку» за 1910 г. во Владивостоке осуществляли свою деятельность 10 зубных врачей, в Хабаровске – 3 врача [573]. «Российский медицинский список» за 1916 г. указывает, что в Хабаровске осуществляли свою деятельность 9 зубных врачей, во Владивостоке – 12, в Никольск-Уссурийске – 2. Кроме того, 3 зубных врача работали в сельской местности – 2 в п. Спасское, Иманского уезда; 1 в п. Новокиевка Уссурийского уезда [577].

В Памятной книжке Амурской области на 1914 г. отмечается, что в городе Благовещенск осуществляли прием зубные врачи: П.Л. Авраам (старший врач 10-й Сибирской стрелковой артиллерийской бригады), А.П. Казимилова и А.С. Самойлова [485]. В 1915 г. в Амурской области было зарегистрировано 10 зубных врачей [483]. В списках зубных врачей и дантистов Забайкальской области в 1910 г. числились 9 человек [3], в 1914 г. – более 18 [486].

Таблица 2

Количество зубных врачей и дантистов в Приморской области в 1914 г.³

№ п/п	Местонахождение	Количество зубных врачей	Количество дантистов
1.	г. Владивосток	11	3
2.	г. Никольск-Уссурийск	4	-
3.	г. Хабаровск	9	-
4.	Никольск-Уссурийский уезд	1	-
5.	Ольгинский уезд	-	-
6.	Иманский уезд	1	-
7.	Хабаровский уезд	-	-
8.	Уссурийское казачье войско	-	-
	Итого	24	3

Специалисты, прибывшие в Приамурский край, были выпускниками зубоврачебных школ центральной России, Украины и даже Польши. При выдаче разрешения на частную практику, местные власти запрашивали в учебных заведениях страны подлинность представляемых заявителями документов об образовании [551; 552; 557; 559; 560].

Среди дантистов и зубных врачей было немало евреев, благодаря зубоврачебному образованию сумевших выехать за «черту оседлости» [569]. Врачебный инспектор Приморской области, по требованию военного губернатора Приморской области, осуществлял особый контроль за их деятельностью, т.к. занятия посторонними делами, преимущественно торговыми, им запрещалось [556].

³ Составлено по Обзору Приморской области за 1914 год. Приложение к всеподданнейшему отчету, Б.д., б.г.

Свою частную практику специалисты открывали в крупных городах Дальнего Востока: Хабаровске, Владивостоке, Благовещенске, Чите, Никольск – Уссурийске. Зубные врачи осуществляли свою деятельность в частных домовладениях, съемных квартирах и даже в номерах гостиниц. Между тем, законодательство требовало, чтобы зуболечебный кабинет имел, по меньшей мере, 2 комнаты: одну для производства операций, другую для ожидающих очередь больных. Кроме специальных инструментов и принадлежностей, кабинет должен быть снабжен стерилизатором, необходимыми дезинфицирующими средствами, средствами для остановки кровотечения и для оказания помощи «впавшим» в обморочное состояние [642].

Впоследствии стали открываться зуболечебные кабинеты, зубные лечебницы и зуботехнические лаборатории, которые иногда именовались лабораториями искусственных зубов. Зубные лечебницы работали весь день, некоторые имели ночные дежурства, что говорит об организации неотложной зубной помощи при острой зубной боли, а также при других неотложных состояниях. Местные власти достаточно строго контролировали исполнение правил относительно порядка и внутреннего устройства зубо врачебных кабинетов [550].

Несомненно, лидером зубо врачебной помощи Приамурского края в этот период становится Владивосток. В начале века вольнопрактикующие зубные врачи стали открывать зубные лечебницы и зуботехнические мастерские, используя зубных врачей наемного труда. В периодической печати Владивостока, Хабаровска, Никольск-Уссурийска и других дальневосточных городов публиковались списки практикующих врачей, среди которых немало зубных врачей.

Оказание зубо врачебной помощи было ориентировано на предоставлении исключительно лечебных, а не профилактических процедур, и не в силах было развеять устоявшиеся убеждения и стереотипы людей о неизбежной порчи и утере зубов с возрастом. Несмотря на это в обществе появлялись привычки заблаговременного лечения и ухода за зубами, ведь становилось ясно, что

лечение глубоко испорченных зубов сомнительно, а удаленные уже не вернешь [240].

В конце XIX – начале XX вв. на Дальнем Востоке появились японские зубные врачи и дантисты. Одно из первых упоминаний – японский дантист С. Канаяма, который организовал свою практику в Хабаровске 1901 г. В 1906 г. началась зубоврачебная практика Ямамото, в последствие количество японских медиков только увеличивалось. В конце 1910-х гг. помимо частной практики японских зубных врачей Т. Козио, Л. Хамада [554], были открыты японские больницы по внутренним болезням для стационарных и проходящих больных [555]. В 1912 г. циркуляр военного губернатора Приморской области подчеркивал, что японские врачи, имевшие разрешение на врачебную деятельность, могли оказывать медицинские услуги только японскому населению [561].

Принято считать, что зубоврачебная помощь, оказываемая зубными врачами в частных кабинетах изучаемого периода, осуществлялась в местностях городского типа и была доступна исключительно городскому обеспеченному классу населения [261]. Действительно, гонорары хабаровских зубных врачей были «дорогие» [32], что вынуждало власти прибегать к их регулированию [561].

В 1908 г. во Владивостоке стоимость удаления зуба составляла 1 руб., удаление без боли с анестезией – 2 руб., пломба зуба цементная – 2 руб., серебряная – 2 руб. 50 коп., платиновая – 3 руб., фарфоровая и золотая – 5 рублей, искусственные зубы на каучуке – 3 руб., зуб на золотом штифте – 8 руб., удаление зуба под хлороформом, мостовидный протез (без неба) и коронки – по соглашению. Для характеристики стоимости рубля приведем пример, что в это же самое время цена пластинки для патефона во Владивостоке равнялась 2 руб. 20 коп., цена патефона – 50 руб.

Недостаток зубных врачей, высокая стоимость лечения у дипломированного специалиста, привели к тому, что в городах и селениях края была организована нелегальная медицинская помощь. По мнению зубоврачебной общественности, китайские, японские и корейские подданные, именуя себя

зубными врачами, стали заниматься врачебной практикой вне медицинского надзора причиняя населению «больше вреда, чем добра» и требовали от местной власти более жесткой борьбы с незаконной частной практикой [558].

Появление конкуренции среди врачей заставляло использовать различные рекламные ходы. В объявлениях об услугах зубных врачей того времени отмечалось, что «Цены всем доступные», «Учащимся скидка 50 %», «Плата по таксе, утвержденной врачебным отделением», «Для бедных пониженная плата», «Бедные с 8.00 до 9.00 утра – бесплатно», «Учеников и нижних чинов за половинную плату, а бедных, со свидетельством полиции – бесплатно». Обострение конкурентной борьбы на рынке зубоврачебных услуг заставляло предпринимателей привлекать в свои кабинеты не только хорошо обеспеченных горожан, но и другие слои общества, что с одной стороны, позволяло жителям получать хотя бы минимальный объем зубоврачебной помощи, а предпринимателю получить свою прибыль. С другой стороны, зубные врачи могли совершенствовать свои мануальные навыки. Между тем, общество высоко оценивало социальную ответственность врачей – предпринимателей, и, таким образом, население имело возможность получить необходимую помощь, пусть в минимальных, незначительных размерах.

В РГИА ДВ были обнаружены документы, которые указывают на то, что в начале XX в. зубными врачами Владивостока оказывалась бесплатная зубоврачебная помощь студентам Восточного института, а также арестантам крепости Владивосток [553]. Кроме того, хабаровские зубные врачи оказали спонсорскую помощь в организации амбулаторного обслуживания жителей города, которое стало функционировать с 1 сентября 1908 г. [209].

По мнению историка дальневосточного здравоохранения Г.А. Власова, на Дальнем Востоке до установления Советской власти, не проводилось никакой работы по повышению санитарной культуры населения. Не было даже попыток привлечения населения к участию в оздоровительных мероприятиях [72]. Однако, нами было выяснено, что в утвержденной на заседании Санитарно-исполнительной комиссии г. Владивосток инструкции школьно-санитарным

врачам, требовалось уделять внимание «школьным» болезням, в т.ч. по болезням зубов, носа, носоглотки и др. Кроме того, инструкция обязывала медицинских работников распространять в школах гигиенические знания, организуя беседы, лекции, выставки, предметом которых были личная гигиена, заразные болезни, санитария, вред от употребления спиртных напитков, курения табака и пр. [75].

Зубные врачи Приамурья проводили среди населения края санитарно-просветительскую работу, направленную на пропаганду знаний о гигиене полости рта, профилактику стоматологических заболеваний, знакомили жителей с правилами ухода за зубами. Так, нами была обнаружена информация, что в хабаровских аптеках можно было получить бесплатно брошюру «Зубы и уход за ними» дантиста М.И. Залевского [239].

Снабжение расходными материалами и инструментами зубных врачей и дантистов Дальнего Востока было организовано удовлетворительно. Несмотря на отдаленность от центров производства зубопротезных материалов и инструментов, специалисты не испытывали в них недостатка. Снабжающие организации поставляли по железной дороге и водным путем необходимое оборудование и медикаменты. В газетах публиковалась информация о наличии на складах зубного каучука, слепочных масс, парафинового воска, гуттаперчи.

Таким образом, в конце XIX – начале XX вв. в городах Приамурского генерал-губернаторства сложилась такая система организации медицинской помощи, которая отражала социально-экономический уклад дальневосточных городов. Для Дальнего Востока был характерен высокий процент урбанизации, чем в целом по стране, поэтому медицинская помощь оказывалась преимущественно в крупных городах, а сельская медицина практически отсутствовала. Вследствие отдаленности и слабого социально-экономического развития региона, финансирование, объемы и качество медицинской помощи на Дальнем Востоке сильно отставали от регионов центральной части России.

Можно утверждать, что зубопротезная помощь на Дальнем Востоке появилась значительно позже, чем в европейской части России. За двадцать пять лет, с момента ее документального подтверждения в 1890 г. до середины 1910-

х гг. частная коммерческая практика стала самой распространенной формой оказания зубоврачебной медицинской помощи в регионе, значительно увеличилось количество дипломированных специалистов, повысилась доступность этого вида медицинской помощи, но частная практика не была в состоянии решить многочисленные медико-социальные проблемы зубоврачевания.

В Приамурском крае, почти вся зубоврачебная помощь была сосредоточена в крупных городах, в то же время в сельской местности, тем более в отдаленных северных районах, зубоврачебных кабинетов создано не было. Несмотря на то, что зубные врачи обладали ограниченным медицинским образованием, в начале XX в. значительно повысился уровень диагностических и лечебных мероприятий на Дальнем Востоке, стал уходить в прошлое принцип «рви здоровые, авось до больного доберешься». Между тем, крепкие нервы, твердая рука и достаточный практический навык продолжали оставаться весомыми условиями успешной практики. Врачи стали внедрять в жизнь профессиональные мероприятия по профилактике болезней зубов, популяризировали среди населения правила гигиены полости рта. Зубной порошок, зубная паста, эликсир для полости рта становятся необходимыми предметами гигиены образованного человека. Практика показывала, что обеспечить врачей работой могут только люди со сравнительно здоровыми зубами, потому что выпавшие и удаленные зубы уже не вылечишь. Но, к сожалению, мероприятий по профилактике болезней зубов общекраевого масштаба не проводились. Протезирование оставалось сложным и дорогим, и не у многих потенциальных клиентов имелись на него финансовые средства.

2.3. Развитие муниципального и ведомственного зубоврачевания в Дальневосточном регионе

Одна из первых попыток оказания зубоврачебной помощи большим контингентам населения в России относится к периоду Русско-японской войны

1904-1905 гг. [651]. С началом войны в г. Харбин, который являлся центром КВЖД, хлынула масса торговцев и предпринимателей, а также различного рода дельцов и спекулянтов, стремившихся воспользоваться конъюнктурой, столь благоприятной для развития предприятий и личного обогащения [416]. К концу 1904 г. в Харбине работало уже 7 частных зубных врачей [604]. Зубоврачебная помощь солдатам и офицерам была организована при лазарете Елисаветинской Общины Красного Креста в г. Харбине (зубной врач Е.М. Марголина) [604].

В дальнейшем в г. Харбин был открыт еще один кабинет, главную роль в организации которого сыграла сестра милосердия волонтерка Менкевич, приехавшая в Маньчжурию со своими инструментами. С другой стороны, военно-медицинское ведомство оказало помощь в приобретении и доставке дополнительных инструментов. Этот кабинет функционировал с 1 ноября 1904 г. по 1 сентября 1905 г. За это время было принято свыше 5,5 тыс. чел.: офицеров, нижних чинов, служащих Красного Креста. Персоналом кабинета было произведено 2775 операций, наложено 1314 пломб. В отчете лейб-хирурга Е. Павлова отмечалось, что в Харбине «зубоврачевание разрослось до значительных размеров» [479].

В г. Мукдене (современный – г. Шеньян) также была открыта зубная амбулатория. Более того, один зубной врач оказывал помощь в районе линии фронта. Для этой цели был организован передвижной зубоврачебный кабинет. Зубной врач подвижного зубоврачебного кабинета осуществлял свою деятельность с 29 ноября 1904 г. по 10 октября 1905 г. За время разъездов в район действующей армии по КВЖД им было принято 864 чел., произведено 830 операций по удалению зубов, наложено 626 пломб [354].

Зубоврачебная помощь была организована и в тылу действующей армии. Так, при Ярославском лазарете в г. Чита с согласия командования ее организовал заведующий хозяйством С. Никитин, который имел звание зубного врача. В виду трудности совмещения обязанностей, С. Никитин оставил свою должность заведующего хозяйством, и, с разрешения военного начальства, 8 июля 1905 г. открыл в Чите зубоврачебный кабинет на средства РОКК. Об учреждении этого

кабинета было объявлено в приказах по гарнизону командованием войсками. С. Никитиным с 1 мая 1904 г. по 12 сентября 1905 г. было принято 1704 больных, которые сделали 2578 посещений. По составу больные подразделялись следующим образом: 65 офицеров, 1276 нижних чинов и 363 прочих больных. Врачом произведено 1042 экстракций, проведено 668 лечений и вставлено 587 пломб [330].

Русско-японская война 1904–1905 гг. придала сильный импульс по созданию профессиональной зубоврачебной помощи в Русской армии. Инициатива организации этого вида медицинской помощи принадлежала не власти и не военному командованию, а представителям общественности и самим зубными врачам. Правящая элита, ее бюрократический аппарат не всегда оперативно реагировали на общественные запросы, что требовало изыскания дополнительных финансовых средств их перераспределения, кроме того вставляли вопросы по закупке импортного оборудования, а также по подбору специалистов, которых в стране было недостаточно.

Поражение России в Русско-японской войне и Первая русская революция 1905 г. вынудили правительство пересмотреть свое отношение к «глухому углу империи», который в своем социально-экономическом развитии значительно отставал от территорий эксплуатации Китайской Восточной железной дороги (КВЖД). В 1909 г. был создан Комитет по заселению Дальнего Востока под председательством П.А. Столыпина, началось строительство Амурской железной дороги. Регион в результате роста общественного внимания, вызванного железнодорожным строительством, Русско-японской войной и массовой колонизацией, вышел из состояния длительного забвения, «стал серьезным фактором общественно-политической жизни России» [566]. Представители Хабаровского общественного самоуправления замечали, что «город Хабаровск растет и ширится чрезвычайно быстро» [103].

В начале XX в. Дальний Восток был одним из самых динамично развивающихся регионов России, что в немалой степени было обусловлено его географическим и военно-политическим положением. В то же время, высокие

темпы прироста населения, внутренняя и внешняя миграция населения, особенности заселения оказывали негативное влияние на количественные и качественные показатели медицинской помощи, так как организация медицинского обеспечения не могла удовлетворить все потребности населения в медицинской помощи и санитарно-гигиеническом обслуживании.

В связи с усилением роли лиц наемного труда в общественно-политической жизни страны, несовершенством всей социальной службы государства, в т.ч. системы оказания медицинской помощи работающим на производстве, невозможностью для рабочего класса напрямую оплачивать услуги врачей, требовался поиск новых форм организации социально-медицинской системы. В 1912 г. III Государственная дума приняла закон «О страховании рабочих на случай болезни», что было первым значительным шагом по введению медицинского страхования и организации медицинской помощи, однако на территорию Дальнего Востока этот закон не распространялся, а добровольные виды страхования (страховые товарищества, общества взаимного вспоможения и т.д.) в этом обширном регионе не были развиты. Законодательное обеспечение организации лечебной помощи рабочим на Дальнем Востоке в начале XX в. носило узко производственный характер. В результате на большинстве дальневосточных предприятий организация медицинской помощи рабочим целиком зависела от воли работодателя. Поскольку основная масса рабочих Дальнего Востока была сконцентрирована в крупных городах, то лечебная помощь рабочим финансировалась за счет больничного сбора [549].

Администрации крупных предприятий Дальнего Востока стали приглашать для обслуживания рабочих и членов их семей частных врачей с фиксированной оплатой работы за счет предприятия. В рамках этой деятельности определялся объем предоставляемых услуг – экстракция и лечение зубов. От такого сотрудничества выигрывали все стороны: администрация обеспечила рабочих зубоврачебной помощью при минимальных затратах, зубной врач получал уверенность в своих доходах в условиях конкуренции, рабочему гарантировался установленный объем медицинской помощи. Такая система оказания помощи

строилась исключительно по производственному принципу и не допускала обслуживания посторонних пациентов.

Насущная потребность в организации зубоврачебной помощи заставила учредить в 1912 г. на постройке восточной части Амурской железной дороги внештатную, вольнонаемную должность зубного врача. В связи с этим, в г. Хабаровск был открыт зубоврачебный прием, которым стали пользоваться рабочие и служащие, принимающие участие в строительстве, а также члены их семей. Численность рабочих, служащих и членов их семей достигала 57,0 тыс. чел. [31]. Только за 1913 г., кабинетом воспользовались 236 чел., сделавших 707 посещений. Расходы на содержание нештатного зубного врача составили 1450 руб., однако, по мнению старшего врача постройки А.И. Блюма содержать врача обходилось значительно дешевле, нежели оплачивать услуги частнопрактикующих хабаровских врачей. Более того, зубной врач был обязан за получаемое содержание всех причастных к линии постройке лиц, проводить зубопротезирование нуждающихся в искусственных протезах по установленной таксе за минимальное вознаграждение. Данный опыт по привлечению зубного врача к оказанию помощи строителям Амурской железной дороги был признан удачным из-за очевидной экономии государственных средств [31].

По имеющимся архивным данным установлено, что в штате Уссурийской железной дороги зубные врачи появились в 1913 г. [188]. Между тем, медицинское обслуживание железнодорожников оставалось недостаточным, в результате большинство работников вынуждены были лечиться у частнопрактикующих врачей и фельдшеров.

Согласно отчету Владивостокской городской больницы, в 1913 г. за амбулаторной помощью обратилось 37,2 тыс. чел. К амбулаторным операциям относились: удаление кариозных зубов, вскрытие небольших абсцессов, наложение швов, перевязка сосудов, неподвижные повязки и др. [76]. В 1914 г. в амбулатории больницы произведено 1 798 мелких операций, в т.ч.: 634 извлечений зубов, 357 вскрытий абсцессов, 434 наложений швов, наложено неподвижных повязок – 41 и др. [78].

Помимо амбулатории при городской больнице во Владивостоке функционировал ряд городских амбулаторий: в Рабочей, Матросской и Ново-Корейской слободах, а также на Первой речке. Так, амбулатория на Первой речке в 1914 г. приняла 20 690 больных, первичных – 8 684, из них по болезням полости рта – 509 чел. Каждый больной, приходящий на прием, осматривался врачом и получал соответствующее лечение. В случае необходимости врачом производились соответствующие манипуляции, например, экстракции, вскрытие небольших абсцессов, наложение швов [78].

Организация общественной зубоврачебной помощи в Приамурском крае была сопряжена с финансовыми трудностями и, подчас, с недопониманием ее врачами, имевшими высшее медицинское образование. На съездах врачей Приамурского генерал-губернаторства, проведенных в 1899, 1901 и 1913 гг. вопросы организации зубоврачебной помощи, профилактики болезней зубов не поднимались.

Вопрос организации отдельного амбулаторного приема зубным врачом впервые был обсужден на заседании Владивостокской городской управы только 24 октября 1914 г. Согласно протоколу заседания отмечалось, что необходимо было пригласить зубных врачей с вознаграждением по 50 руб. в месяц, ассигнованных на врачей-экстернов. Также в протоколе говорилось, что врач Владивостокской городской больницы В.В. Потеенко остался при особом мнении. Он считал, что денег, ассигнованных на врачей-экстернов трогать нельзя, зубному врачу же можно предложить работать пока безвозмездно, как начинали обычно все врачи-экстерны, а в смету будущего года внести особое ассигнование на амбулаторию по зубным болезням. В итоге, постановили следующее: при составлении сметы больницы на 1915 г. иметь в виду учреждение амбулаторного приема по зубным болезням, а зубному врачу предложить, если он пожелает, работать пока безвозмездно [77]. Тем не менее, к 1915 г. бесплатный прием по зубным болезням был организован, и ежедневно к зубному врачу обращалось более 12–15 чел. [80].

В рассматриваемый период на Дальнем Востоке зубоврачевание вступило в конкуренцию с терапией и хирургией за ограниченные ресурсы городского бюджета. Именно поэтому не все врачи Владивостокской городской больницы безоговорочно поддержали новый вид медицинской помощи. В 1916 г. больничные врачи, «не отрицая важности бесплатного приема по зубным болезням», оценили его как «второстепенную помощь». Более того, жители Владивостока нечасто обращались за зубоврачебной помощью по сравнению со спросом на услуги амбулаторного врача (60–150 посещений в день) [9]. В 1916 г. при Хабаровской городской больнице также стал осуществляться прием больных в зубоврачебном кабинете [491].

На Дальнем Востоке не было земств, и, соответственно, такой передовой формы организации медицинской помощи как земская медицина [523]. Организация и оказание медицинской помощи на селе было значительно хуже городского. Однако имеются данные, что в 1913 г. в сельской местности Амурской области работало 5 зубных врачей [293]. Наши исследования указывают на то, что общедоступной зубоврачебной помощи в сельской местности на Дальнем Востоке не создавалось. Зубные врачи в 1912–1916 гг. оказывали медицинскую помощь в порядке частной практики в промышленных и транспортных центрах, к которым можно было отнести уездные города Амурской области – Зея и Алексеевск; Забайкалья – Нерчинск, Троицкославск, Сретенск, Верхнеудинск, Баргузин. Только в Приморье зубные врачи работали в сельской местности, в частности в селах Спасское и Новокиевское.

Для оказания медицинской помощи переселенцам из Европейской части России был организован ряд переселенческих больниц и фельдшерских пунктов. При болезнях зубов (полости рта), которые были значительно распространены у переселенцев, оказывалась хирургическая помощь, так как пломбирование зубов в переселенческих больницах не практиковалось. Между тем, в некоторых районах уже были фельдшера, специально привлеченные к оказанию этого вида медицинской помощи [73].

Количество населения и зубных врачей в Приамурском генерал-губернаторстве
01.01.1914 г. ⁴

Наименование	Количество населения	Количество зубных врачей
Приморская область	Городское 211490	2
	В уезде 407698	-
Амурская область	Городское 75653	13
	В уезде 246141	-
Забайкальская область	Городское 141988	17
	В уезде 784769	-
Камчатская область	Городское 2800	-
	В уезде 36600	-
Всего	Городское 431931	56
	В уезде 1475205	-

Согласно отчету о деятельности амбулаторий всех врачебных и фельдшерских участков Приморского переселенческого района за 1914 г., было зарегистрировано 8 087 первично принятых больных с заболеваниями полости рта, из которых «ходовков» – 248 чел., переселенцев – 7 280 чел., рабочих – 156 чел., прочих – 403 чел. К достоинствам медицинской помощи переселенческих больниц было отнесено обилие хирургических операций, проводимых переселенческими врачами, вместе с тем, мелкие операции – экстракция зубов, вскрытия абсцессов без анестезии – были не учтены [73].

После Февральской революции 1917 г. Временное правительство приняло изменения к действующему закону «О страховании рабочих на случай болезни», в котором зубоврачебная помощь включалась в рамки страхового обеспечения, однако реализовать эти законодательные инициативы на Дальнем Востоке не представлялось возможным вследствие низкого социально-экономического развития региона [549].

Таким образом, идеями организации общедоступной всем слоям российского общества зубоврачебной помощи, путем создания зубоврачебных кабинетов в амбулаториях при городских больницах в 1910-х гг., были охвачены самые отдаленные территории страны. На этой волне перед местной властью

⁴ Составлено по: ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.12. Л.15, 26,45,47,49,50,52,56

Дальнего Востока встали вопросы организации общественной зубоврачебной помощи. Ее организация была сопряжена с финансовыми трудностями, а подчас с недопониманием ее важности представителями классической медицины.

Зубоврачевание вступило в конкуренцию с терапией и хирургией за ограниченные ресурсы местного здравоохранения, тем не менее, при муниципальных городских больницах Дальнего Востока России стал осуществляться прием больных в зубоврачебных кабинетах, где основными видами помощи было экстракция зубов и пломбирование кариозных полостей. Главную роль в этом сыграла не центральная власть, чья громоздкая бюрократическая машина постоянно опаздывала на вызовы времени и не врачи общей практики, которые видели в зубоврачевании конкурента при распределении финансовых средств, а местные власти, занимавшиеся организацией деятельности местного здравоохранения.

Оказание зубоврачебной помощи было организовано администрацией дальневосточных железных дорог в ведомственных кабинетах для работников транспорта и членов их семей. Несмотря на то, что четких норм обслуживания установлено не было, отсутствовали превентивные мероприятия, объем лечебных манипуляций был ограничен и не включал зубопротезирование, у населения появилась возможность получить лечебную помощь, а общественные формы оказания этого вида медицинской помощи постепенно стали элементами повседневной жизни дальневосточников.

ГЛАВА 3. ЗУБОВРАЧЕВАНИЕ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ РОССИИ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ (1918-1928 гг.)

3.1. Политика советской власти в сфере организации зубоврачебной помощи населению РСФСР (1920-е гг.)

События октября 1917 г. провели резкую черту в истории отечественного здравоохранения. Революционным изменениям подверглась и сфера зубоврачебной помощи населению страны. Запрет частной собственности на средства производства существенным образом отразился на организационных принципах зубоврачебной помощи в стране.

По инициативе В.И. Ленина в июне 1918 г. был созван первый Всероссийский съезд медико-санитарных отделов Советов рабочих и крестьянских депутатов, одним из вопросов которого было обсуждение необходимости создания Народного комиссариата здравоохранения (Наркомздрава, НКЗ). По докладам Н.А. Семашко и З.П. Соловьева съезд высказался за создание этого наркомата и утвердил основные положения об организации здравоохранения на местах под руководством медико-санитарных отделов Советов рабочих и крестьянских депутатов. 10 июля 1918 г. V Всероссийский съезд Советов утвердил основной закон Советского государства – Конституцию Российской Советской Федеративной Социалистической Республики (РСФСР). В числе ряда народных комиссариатов в ней был назван и Наркомздрав. 11 июля 1918 г. председатель Совета Народных Комиссаров (СНК) РСФСР В.И. Ленин подписал декрет об учреждении НКЗ. Первым народным комиссаром здравоохранения РСФСР был назначен Н.А. Семашко, его заместителем – З.П. Соловьев.

Главным реформатором организации зубоврачебной помощи стала особая подсекция Наркомздрава, возглавляемая зубным врачом П.Г. Дауге [398]. Ее задачей была выработка и проведение в жизнь всех мероприятий по реформе зубоврачебного дела республики на «социалистических основаниях» [265; 268]. Первые шаги советской власти в области организации

зубоврачебной помощи были направлены на национализацию частных кабинетов и трудовую мобилизацию зубных врачей с целью бесплатного оказания этого вида медицинской помощи рабочим и красноармейцам. Зубоврачебная подсекция начала свою работу в период «военного коммунизма», когда внешняя политика и внутренняя обстановка в стране были подчинены главной задаче – удержанию власти Советов и обеспечению нужд Красной армии.

Нормативными документами Наркомздрава, например, такими как «Постановление относительно использования частных зубоврачебных кабинетов в интересах трудящегося населения» (1918), «О трудовой повинности медицинского персонала» (1918), «Об учете зубоврачебных и зуботехнических принадлежностей и материалов» (1918), «О государственной организации зубоврачебной помощи в республике» (1918) определялись конкретные пути становления и организации государственной зубоврачебной помощи.

«Программа национализации» предполагала на изъятом материально-техническом потенциале организовать бесплатную для населения зубоврачебную и протезную помощь, обеспечить «правильное» распределение врачебных и технических сил между городом и деревней, а также способствовать полному уничтожению института частнопрактикующих зубных врачей и зубных техников в стране [626].

Решить эту задачу в масштабах всей страны одномоментно или в короткий срок не представлялось возможным, также как и обеспечить государственной службой всех врачей. Полной реквизиции подлежали помещения и имущество зубоврачебных школ, учреждения частной практики, владельцы которых сами не принимали участия в лечебной работе, технический зубоврачебный инвентарь, зубоврачебные кабинеты частной практики, на базе которых создавались государственные зубоврачебные лечебницы. Однако имущество частных лечебных учреждений, лабораторий и др., деятельность которых признавалась Наркомздравом полезной в интересах здоровья населения, могла быть освобождена от реквизиции и

конфискации в количестве, определяемом властью в каждом отдельном случае. Отмечались случаи, когда конфискованные инструменты и материалы бесцельно хранились и не поступали в распоряжение соответствующих отделов здравоохранения [643].

Национализация имущества происходила не повсеместно, крайне непоследовательно, выборочно, в обстановке недоверия со стороны зубных врачей и, зачастую, произвола властей. Как правило, владельцы кабинетов и клиник, а также наемные врачи оставались без средств к существованию. Значительная часть зубных врачей приняла решение эмигрировать из России.

Несмотря на возникшие медицинские и социальные проблемы при организации государственной зубоврачебной помощи, отсутствие необходимых финансовых средств, к концу 1921 г. на территории РСФСР была организована работа 1 881 государственной зубоврачебной амбулатории и зубных кабинетов с 2 034 зубными врачами. В сельской местности зубоврачебную помощь в виде экстракции и инцизий продолжал оказывать фельдшерский состав в сопутствующих при этом социальных условиях – в атмосфере невежества, грубости медицинских работников, запуганности и бесправия пациентов [35]⁵.

Введение Новой экономической политики (НЭП) в 1922 г. повлияло на деятельность всего здравоохранения республики [643]. Переход на местные средства довольно неблагоприятно, а местами губительно отразился на работе лечебных учреждений. Смена источников финансирования привела к катастрофическому финансовому положению зубоврачебных учреждений на местах. В этой связи локальные власти стали вводить плату за лечение с тем, чтобы обеспечить хотя бы минимальное медицинское обслуживание. Увеличение платности лечения повлекло неприятные последствия: население перестало посещать медицинские учреждения, усилилось недовольство властью.

В связи с происшедшим значительным сокращением сети лечебных учреждений на местах, при ограничении принципов общедоступности и

⁵ Атмосфера зубоврачебного приема в сельской больнице на фоне революционного преобразования страны описана в рассказе В. Шишкова «Зубодерка» (1923) [677].

бесплатности, свойственной земской медицине дореволюционного периода, советская власть стала предпринимать меры направленные в сторону соблюдения интересов лиц наемного труда. Так были разработаны мероприятия в рамках временно отвергнутого социального страхования по предоставлению дополнительных привилегий, в первую очередь, застрахованным, во вторую – прочим трудящимся и лицам, находящимся на социальном обеспечении государства и лишь в третью очередь – остальным слоям населения. Именно в период НЭПа ранее недостаточно последовательное проведение в жизнь принципов классовой медицины должно было уступить место строгому соблюдению этих принципов.

К задачам местных органов здравоохранения была причислена организация зубоврачебной службы, которая обеспечивала бы этим видом медицинской помощи застрахованных и членов их семей. В этот период социальное страхование стало распространяться на всех лиц наемного труда независимо от того, заняты ли они в государственном, общественном или частном предприятии. Работники сельского хозяйства правом социального страхования не обладали.

Лечебный фонд накопленных страховых средств должен был расходоваться исключительно на нужды лечения застрахованных и членов их семей, в т.ч. на организацию и предоставление зубоврачебной помощи. В этот период уточнялась политика власти в вопросе зубоврачебной помощи населению. Нормативными актами устанавливалось, что губернские и уездные зубоврачебные кабинеты должны были, в первую очередь, обслуживать застрахованных работников путем их массового прикрепления к определенным амбулаториям, расширяя сеть последних по мере потребности и материальной возможности. Особое внимание рекомендовалось обращать на вредные производства, способствующие развитию кариеса. При организации зубоврачебной помощи в городах и, особенно, промышленно-заводских населенных пунктах, следовало переносить центр тяжести на почву профилактики и заблаговременного пресечения развития кариеса, оказывая медицинскую помощь преимущественно застрахованным и детям школьного

возраста. В сельской местности было рекомендовано обращать внимание, главным образом, на подрастающее поколение и сельские кустарные промыслы [643].

В период НЭПа была реорганизована политика государства в области зубопротезной помощи. В силу ограниченности и дороговизны зуботехнических материалов органам здравоохранения на местах предлагалось организовывать на началах хозяйственного расчета зуботехнические лаборатории для всего населения. Размеры и виды бесплатной зубопротезной помощи были ограничены и стали определяться только медико-социальными показаниями. Все другие показания для бесплатного протезирования устанавливались врачебно-контрольной комиссией (ВКК) на местах. Законодательно подчеркивалось, что зуботехническая помощь организовывалась по преимуществу для лиц застрахованных (пролетариата, а также советской и партийной бюрократии). В тоже время должны быть соблюдены интересы военнослужащих. Более того, к вновь созданным амбулаториям должны прикрепляться организованные по предприятиям и учреждениям группы застрахованных и членов их семей, которые должны были обслуживаться в этих амбулаториях «обязательно в первую очередь» [643].

Система оказания бесплатной зубопротезной помощи застрахованным была значительно забюрократизирована, непонятна и сложна для понимания пациентов и, подчас, просто недоступна для населения. Она становилась предметом для многочисленной критики и явилась сюжетом для сатирических рассказов и фельетонов ⁶.

В период НЭПа были сделаны уступки власти в пользу частной инициативы, было разрешено занятие частной зубоврачебной практикой без использования наемного труда [643]. Медицинская помощь в этом случае

⁶ В рассказах М. Зощенко «Зубное дело», «Социальная грусть» (1927) [307] в иронической форме констатировалось, что бесплатное для пациента зубопротезирование оставалось делом сложным и хлопотным, и одного желания пациента провести себе зубное протезирование было совершенно недостаточно, для этого пациенту необходимо иметь не только медицинские показания, но и социальные. Автор акцентировал внимание на властных функциях медицины и идеологические подтексты дорогого зубопротезирования (из драгоценных металлов).

оказывалась за финансовые средства пациентов. С момента официального признания частной врачебной практики в 1922 г. она широко развернула свою деятельность и успешно конкурировала с государственными учреждениями. По подсчетам организатора советской стоматологии П.Г. Дауге в 1926 г. число государственных зубоучастков в РСФСР составляло 1957, а функционирующих частных кабинетов было более 2 тыс. [266]. В 1920-е гг., зубопротезирование в основном было сосредоточено в руках частнопрактикующих врачей. Тот же П.Г. Дауге отмечал, что протезное зубоучасткование «свило себе прочное гнездо в частных кабинетах» [269].

В процессы коммерческого зубопротезирования активно вовлекались зубные техники, которые констатировали, что у государства «грошовая зарплата, расценки занижены, а нормы повышены» [362]. По воспоминаниям зубного техника Н. Крулевецкого «все зубные техники подрабатывали частной практикой, последняя была источником пропитания, а на службе они работали не для заработка, а чтобы укрываться от налогов» [362].

Наркомздрав РСФСР в 1927 г. усилил работу по недопущению приема больных, нуждающихся в зубопротезировании зубными техниками нелегально, у себя на дому, и самостоятельной зубоучастковальной и зубопротезной деятельности в кабинете государственного зубного врача. Также усиливался надзор за частными зубоучастковальными кабинетами пользующимися услугами зубных техников. Несмотря на формальный запрет на любую клиническую работу зубного техника, недостаток специалистов привел к тому, что Наркомздрав посчитал возможным допустить квалифицированного зубного техника к вспомогательным манипуляциям во рту у пациента. Зубным техникам стало разрешаться снимать слепки, определять конструкцию протеза, вид прикуса, цвет зубов с примеркой и сдачей протеза пациенту, однако конечная ответственность возлагалась на зубного врача [654].

Со второй половины 1920-х гг. ужесточались меры, ограничивающие деятельность частнопрактикующих лиц с помощью налоговой политики, возникли трудности в приобретении оборудования и расходных материалов.

Предпринимаемые фискальные меры и ужесточение налогового бремени существенным образом повлияли на объемы и масштабы легального частного сектора в сфере здравоохранения. От ограничения частной деятельности руководство страны в конце 1920-х гг. перешло к ее ликвидации.

В этот период за зубными врачам советских амбулаторий был закреплен «социальный пакет» в виде отпуска по беременности и родам, отсрочки от службы в Красной армии, возможности повышать свои знания за государственный счет на курсах усовершенствования. Зубные врачи были включены во врачебную секцию Профессионального союза медицинского персонала (Медсантруд) [606]. Социальная значимость профессии зубного врача стала повышаться. Поскольку применение исключительно административно-дисциплинарных методов мотивации зубных врачей не дало ожидаемого результата, стали применяться также экономические и социально-психологические меры.

Несмотря на положительную динамику увеличения количества зубных врачей, состоящих на государственной службе к 1926 г., их числилось всего 3 166 чел. [268]. Государственные зубо врачебные учреждения вплоть до 1929 г. не испытывали недостатка в зубо врачебных кадрах [19]. Создавалось впечатление о достаточности врачей, и проводимая Наркомздравом доктрина «режима экономии» была направлена не столько в сторону подготовки новых медицинских кадров, сколько в сторону перераспределения излишков врачей, зарегистрированных на бирже труда. Упорное нежелание зубных врачей ехать работать в провинцию, в сельскую местность, считалось, по мнению власти, единственным тормозом для нормального развития сельского зубо врачевания.

Согласно статистическим данным в 1927 г. на государственной службе в РСФСР числилось 4 277 зубных врачей, из которых 692 работало в сельской местности [613]. По данным научного сотрудника Государственного института стоматологии и одонтологии (ГИСО) И. Озеряна, в 1928 г. зубо врачебные кадры были распределены следующим образом: 20 % обслуживали железнодорожную сеть, 15 % сельскую местность, 65 % промышленные города [466]. Однако

обеспеченность этими специалистами населения различных регионов страны было далеко неодинаковым. Если в целом по стране на 1 зубного врача приходилось свыше 33,0 тыс. чел. (планировалось в 1918 г. – 1 зубной врач на 10,0 тыс. городского населения), то в г. Ленинграде этот показатель составлял 1 врач на 3,3 тыс. населения, в Москве 1 врач приходился на 10,0 тыс. чел. В провинциальной России эти показатели были значительно ниже: в Западном и Центрально-черноземном районах, Уральской области, Сибирском крае – 1 врач на 50,0 тыс. чел.; в Вятском районе – 1 врач на 100,0 тыс. чел.

В сельской местности общая обеспеченность врачами составляла 1 врач на 125,0 тыс. чел. (планировалось в 1918 г. – 1 зубной врач на 38,0 тыс. населения). Наиболее неблагополучными районами являлись Сибирский край, где на 1 врача приходилось 200,0 тыс. чел. населения, и Средне-Волжский край, в котором количество населения на 1 зубного врача достигало 250,0 тыс. чел. Еще менее обеспеченной зубоврачебной помощью, являлось коренное население автономных республик, а также жители северных и северо-восточных окраин РСФСР.

В 1927 г. в государственные зубоврачебные амбулатории и кабинеты обратилось свыше 4 500,0 тыс. чел., которые совершили свыше 14 600,0 тыс. посещений. Из общего числа обратившихся 80 % составляли застрахованные и члены их семей, а в крупных промышленных городах этот показатель был выше на 10-15 % [496]. Основную массу обратившихся (57 %) составляли жители столичных городов и административных центров, 15 % посещений приходилось на жителей сельской местности, при том, что доля сельского населения РСФСР составляла 82,7 %.

В штате служащих железных дорог работало 20 % от всех зубных врачей республики. Служба на железной дороге привлекала врачей регулярной заработной платой и дополнительными социальными гарантиями. На железнодорожном транспорте в 1927 г. функционировало 447 зубоврачебных амбулаторий и кабинетов, причем обеспеченность креслами составляла 0,14 на 1 тыс. железнодорожного населения, что было значительно выше

общереспубликанских значений (0,03 на 1 тыс. чел.). Общее количество посещений работниками железнодорожного транспорта составило 3 300,0 тыс., что составляло порядка 23 % всех обращений за оказанием квалифицированной зубоврачебной помощью в РСФСР [613].

С целью повышения производительности труда зубного врача в государственных лечебных учреждениях разрабатывались и предлагались к внедрению новые формы организации лечебной работы, а именно широкое развитие дифференцированного приема по лечению, хирургии и зубопротезированию. Дифференциация труда, по мнению одного из организаторов советской стоматологии А.Г. Лебита, играла величайшую роль в отношении качественных показателей и научных достижений. Универсализм специалиста объявлялся пережитком [377]. Во врачебной работе было предложено внедрять в практику односеансовые методы лечения осложненного кариеса, избегать большого количества временных пломб, а увеличивать количество накладываемых постоянных пломб и экстракций. Предлагалось сразу удалять сильно разрушенные зубы, что позволяло больше времени уделять профилактической работе. Была заявлена необходимость подготовки специально обученных медицинских сестер, которые были бы способны освободить врача от множества мелких манипуляций.

В условиях низкого приоритета расходов на медицину в советских зубоврачебных амбулаториях стали применяться простые и «целесообразные» способы лечения, которые обеспечили бы наиболее эффективную помощь при наименьшей затрате средств и времени. Обслуживание больных в условиях повседневной работы в амбулаториях заставляло организаторов здравоохранения «искать более простые способы лечения, требующие наименьших затрат времени» [208]. Уже на I Всероссийском одонтологическом съезде (1923) идеологами социального зубоврачевания активно пропагандировался алюминий как «дешевый, общедоступный материал для обслуживания широких трудящихся масс», который мог бы являться альтернативой золоту. В советском зубоврачевании применение того или иного метода лечения стало диктоваться не

только медицинскими показаниями, но и возможностями его широкого, массового применения. Вопросы эстетики и косметики, а также индивидуальные пожелания пациента, отодвигались на второй план.

Для учета работы зубного врача в государственной амбулатории, для анализа и возможности проводить мониторинг результатов практической работы специалистов, а главное для установления планового задания врачу были разработаны нормы врачебной нагрузки. За этот показатель было решено принять условную единицу труда (УЕТ), при этом одна условная единица труда равнялась 10 минутам или времени, необходимого врачу для постановки одной пломбы при кариесе зубов. Этот показатель до сих пор (начало XXI в.) используется в отечественной стоматологии, хотя подходы и методы лечения за прошедшее время сильно изменились. Число наложенных профилактических пломб должно было стать, со слов идеологов советского зубо врачевания, показателем эффективности работы [23; 25; 27; 28; 61; 62; 101; 498].

Создание «зубо врачебного пролетариата» лояльного новой власти со своим общественным и политическим кругозором, искоренение частнособственнической морали зубных врачей, также являлось задачей государства [269]. Плановое задание, норма выработки, квартальный отчет становятся атрибутами государственного зубо врачевания.

Организация, развитие и «насаждение» населению государственного зубо врачевания позиционировалась Советской властью как одно из важнейших достижений советского здравоохранения, так как утверждалось, что до революции эта отрасль здравоохранения была наиболее «отсталой» [413], «влачила жалкое существование и не имела никаких перспектив в смысле своего развития» [691].

Реформаторами зубо врачевания стала проводиться политика, направленная на внедрение коммунальных профилактических мероприятий заболеваний зубов и полости рта [398]. Эти мероприятия должны были планироваться и проводиться под руководством врача-одонтолога – специалиста с высшим медицинским образованием. В 1921 г. обсуждался «Проект систематической

борьбы с костоедой зубов в РСФСР», в котором профилактика становилась первоочередной задачей в области организации зубоврачебной помощи населению. Утверждалось, что профилактика будет являться наиболее эффективным способом борьбы с распространенными заболеваниями зубов. Считалось, что своевременное лечение начальных форм кариеса зубов, которое необходимо проводить в детском возрасте, не только будет улучшать состояние здоровья детей, но и сокращать в будущем потребность в зубоврачебной помощи. В 1922 г. нормативными документами были закреплены положения о борьбе с костоедой (кариесом) зубов во всероссийском масштабе, и эта деятельность была признана серьезным государственным делом. Однако, на Всероссийском одонтологическом съезде в 1923 г. признавалось, что «идея плановой санации наталкивается на большую косность со стороны органов здравоохранения, а также со стороны самих врачей» [627]. Советское зубоврачевание оказалось не готово к организации общедоступной зубоврачебной помощи детям, отсутствовали специализированные зубоврачебные детские амбулатории и специально обученные специалисты [234; 248; 255].

Таким образом, можно констатировать, что резкие изменения государственной политики в сфере здравоохранения после 1917 г. затронули организационные принципы и практику оказания зубоврачебной помощи населению страны. Дореволюционная система частной практики с присущими ей либеральными элементами организации зубоврачебного труда, основанная на индивидуальных продажах медицинских услуг, конкуренции, зависимости лечебного процесса от финансового состояния пациентов, локалистического подхода к проблемам болезней зубов, необходимости рабочему классу напрямую оплачивать услуги зубных врачей были признаны несоответствующими нуждам и потребностям широких народных масс.

Основной идеей, которой были вооружены организаторы советского зубоврачевания, являлось создание общественно организованной системы зубоврачебной помощи с целью борьбы с заболеваниями зубов и полости рта как

массовым, всенародным явлением. Теоретическая разработка советских идей общедоступной зубоврачебной помощи включала организацию профилактики бытовых и профессиональных заболеваний полости рта, где главным действующим лицом должен был стать специалист новой формации – врач-одонтолог.

Это требовало изменения работы повседневной работы, введения дифференциации труда и повышения его эффективности, изыскания новых методов лечения, а самое главное, было задумано организовать работу врачебных кабинетов таким образом, чтобы перенести центр тяжести от лечебной деятельности к профилактической.

Реформы зубоврачебного образования 1920-х гг., которые предполагали, что зубные врачи, или одонтологи, будут формироваться из числа врачей, получивших общее медицинское образование путем специализации в одонтологических клиниках, в количественном отношении не оправдались. Основной контингент специалистов, пожелавших специализироваться в области одонтологии, составляли преимущественно бывшие зубные врачи, окончившие медицинский факультет. На протяжении всех 1920-х–1930-х гг. кадровая проблема в обеспечении зубоврачебной службы страны не теряла своей актуальности. По мнению И.Г. Лукомского, высказанному в 1945 г., «в области подготовки кадров мы и по сие время расплачиваемся за недалёковидное прожектерство 1920-х гг.: ликвидация зубоврачебных школ, отказ от организации стоматологических институтов» [403].

В связи с переходом к НЭПу в 1922 г. было разрешено осуществлять частную зубоврачебную практику. Услуги частных врачей привлекали состоятельную часть населения, обеспеченных представителей трудового класса, а также население с повышенными требованиями к косметической и эстетической части зубоврачебного лечения. Однако нормативные акты, регулирующие материально-правовые отношения в этой сфере, разработаны не были.

Включение зубоврачебной помощи в общую систему здравоохранения Советской России являлось политикой государства, направленной на выстраивание своей социальной опоры посредством предоставления социальных гарантий и преференций определенным категориям населения.

Различие ярких лозунгов об общедоступной, бесплатной для всего населения, квалифицированной медицинской помощи и практической реализации этих принципов отчетливо проявилось в организации и предоставлении такой зубоврачебной помощи, при которой были строго определены социальные группы и контингенты, имевшие право на государственную «общедоступную» зубоврачебную помощь.

Однако иметь законное право на получение медико-социальных услуг еще не означало их фактическое получение. В связи с нехваткой средств, принцип равного и полного социального обеспечения не мог быть осуществлен на практике и, как неизбежность, стал действовать избирательный принцип.

Доступное зубоврачевание, которое могло бы предоставить минимальный объем медицинской помощи всему населению страны, стало системой, инструментом для поддержки лояльности пролетариата советской власти, показной заботой о социально близкой к власти части населения. Избирательный принцип получения подобных благ усилил зависимость рабочих и служащих от власти. В обществе стало развиваться сильнейшее стремление иметь что-то недоступное другому, причем не просто купить за деньги, а получить в виде признания своей особой значимости, выделенности из общего ряда.

Оказание зубоврачебной помощи входило в общую социальную политику Советского государства, которая была с одной стороны эгалитарной, а с другой – активно стратифицирующей. Ключевыми получателями этой помощи были советская и партийная номенклатура, промышленные рабочие и дети, в то же время крестьяне оказались исключенными из получателей этих социальных благ. В отсутствие четких принципов распределения, доступа или каких-либо стандартов зубоврачебной помощи гарантировать её качество было невозможно.

Основные формы советской социальной модели оказания зубоврачебной помощи были заложены именно в первое десятилетие существования советской власти. Эта система включала в себя принудительную санацию полости рта, бесплатное для пациента лечение зубов, льготное зубное протезирование отдельных категорий населения, оказание платных государственных услуг по зубопротезированию. Указанные принципы продолжали действовать весь период советской власти.

3.2. Зубоврачебная помощь на Дальнем Востоке в период Гражданской войны и иностранной интервенции (1918-1922 гг.)

Социальные потрясения 1917 г., начавшаяся в 1918 г. Гражданская война и иностранная интервенция, образование буржуазно-демократической Дальневосточной республики (ДВР) существенным образом отразились на политической, экономической и социальной обстановке на Дальнем Востоке.

В отечественных исследованиях, проведенных как в советское, так и постсоветское время, был сделан вывод, что к концу 1922 г., т.е. ко времени полного окончания Гражданской войны и иностранной интервенции на Дальнем Востоке, медицинское обслуживание населения региона было неудовлетворительным [671; 679]. Отмечалось, что функционировало недостаточное количество лечебных учреждений, наблюдался дефицит медицинского персонала. Полуторамиллионное население, разбросанное на огромной территории, обслуживалось только 12 зубными врачами, состоящими на службе у местных органов власти. Сельское население вообще зубоврачебной помощи не получало [679].

Наши исследования региональной периодической печати позволяют утверждать, что в этот период в крупных городах Дальнего Востока России не прекращалась деятельность частнопрактикующих зубных врачей, а в амбулаториях городских больниц, оказывались услуги зубных врачей.

По мнению О.И. Шестак, медицинская помощь населению Дальнего Востока находилась в «зачаточном состоянии» и для 90 % населения региона медицинская помощь была недоступна [671]. Исследования В.Ю. Башкуева, У.В. Башкуевой, подтверждают, что социалистическая революция 1917 г. и последующая Гражданская война в России, усугубили проблемы здравоохранения Дальнего Востока [22].

Особенностью медицинского обслуживания населения региона в изучаемый нами период являлось то, что организационно можно было выделить всего пять центров организации медицинской помощи, которые были сосредоточены в основных городах Дальнего Востока: Владивосток, Хабаровск, Никольск-Уссурийск, Благовещенск и Чита. Остальные уездные города практически не имели значительного потенциала медицинских организаций и рассматривались в составе сельской (уездной) медицинской сети.

Еще одной особенностью Дальнего Востока России являлось то, что на огромной территории региона, особенно в сельской местности, в северных районах практически отсутствовали медицинские работники и медицинские учреждения. Современники отмечали, что на Дальнем Востоке «медицинская помощь в деревне находится в самом жалком состоянии» [297] и была «предоставлена на произвол судьбы» [503].

Это заставляло население обходиться без официальной медицины, заниматься самолечением и получать медицинскую помощь у адептов народной медицины. Представители советской власти в начале 1920-х гг. утверждали, что «знахарство процветает» [199] не только вследствие отсутствия медицинских работников, его низкой квалификации, отсутствия больниц, но и из-за «малокультурности населения» [198].

Доступность медицинской помощи даже для крестьян близлежащих к крупным городам деревень также была ограничена. Крестьяне указывали на высокую стоимость услуг местного фельдшера, а в городе также приходилось платить, да и имело место «грубое отношение» со стороны медиков [199].

Медицинские учреждения, которые бы обслуживали коренное население Крайнего Севера, в крае отсутствовали. Созданные и финансируемые разного рода предпринимателями фельдшерские пункты, которых насчитывалось по всему Крайнему Северу около десятка, обслуживали, в основном, работников ресурсодобывающих предприятий [132]. Коренное население, проживавшее в тундре, особенно кочевое, за медицинской помощью в эти фельдшерские пункты обращалось редко. По мнению А.А. Мошенского и И.Л. Золотухина на Сахалине фактически в медицинском обслуживании народов Севера принимал участие только шаман [428]. В Приморье и Приамурье в сферу деятельности шаманов также входило и медицинское обеспечение соплеменников [417; 511].

Учрежденная в апреле 1920 г. Дальневосточная республика пыталась создать на своей территории общественную систему здравоохранения из имевшихся медицинских учреждений. Имея своей целью создание единой, государственной системы здравоохранения, правительство ДВР стремилось взять под свое управление все медико-санитарные учреждения и заведения как гражданского, так и военного ведомства, общественных и частных организаций на всей территории республики. Декларировалось, что на всей территории ДВР будет введена общественная и бесплатная медицинская помощь во всех ее видах (амбулаторная, стационарная, зубоврачебная и др.) [20]. Однако, отсутствие единой эффективной структуры управления республикой, наличие конкурирующих властных центров (Временное правительство ДВР, Дальбюро РКП(б), Приморское правительство) и продолжавшиеся на территории ДВР военные действия не могли создать условия для реализации намеченных планов [22; 72].

В контексте социального развития региона необходимо отметить, что на Дальнем Востоке фактически не были внедрены в жизнь законодательные акты, принятые в 1917 г. Временным правительством, а также декреты советского руководства в области социального страхования. Во время Гражданской войны и иностранной интервенции на Дальнем Востоке не было единой политики по внедрению медицинской помощи застрахованным в регионе. В различных

губерниях органы власти использовали разнообразные законы исходя из своей политической позиции и социально-экономической ситуации на данной конкретной территории [549].

Социальное страхование рабочих в период Гражданской войны было организовано в 1921 г. только Читинской страховой кассой, а на основании закона ДВР от 10.01.1922 г. «О социальном страховании», к концу 1922 г. возник еще ряд страховых касс: Верхнеудинская, Хабаровская, Благовещенская, Черновская и Свободненская. Ряд созданных страховых касс организовали оказание лечебной помощи застрахованным, в т.ч. по зубным болезням, однако к окончанию 1922 г. общее количество застрахованных составляло всего 10,8 тыс. чел. [539].

Организация страховых касс, лечебной помощи и другие социальные привилегии рабочих были невозможны без позиции и непосредственном участии сильного и независимого профсоюза Дальнего Востока, который активно лоббировал привилегии лиц наемного труда в области медицинского обслуживания и социального обеспечения [549; 648].

В Приморской губернии страховые кассы собственных медицинских учреждений не создавали, но передавали дело оказания помощи застрахованным на договорных началах здравотделам [516]. Поэтому организация и непосредственное оказание зубоврачебной помощи застрахованным и членам их семей осуществлялось территориальной медициной, под контролем со стороны страховых профессиональных органов.

15 ноября 1922 г. самораспустившаяся Дальневосточная республика вошла в состав РСФСР в качестве Дальневосточной области, и были образованы губернии, переименованные из соответствующих областей ДВР: Забайкальская, Прибайкальская, Амурская, Приамурская и Камчатская (рис. 2).

К этому моменту зубоврачебная помощь на Уссурийской железной дороге оказывалась 4 стационарными зубоврачебными кабинетами и двумя передвижными зубоврачебными кабинетами, оборудованными в железнодорожных вагонах, курсирующие между наиболее населенными

пунктами дороги: Первая Речка, Никольск-Уссурийск, Муравьев-Амурский, Хабаровск, Облучье, Бочкарево [218]. Медицинская служба возглавлялась врачебно-санитарной службой, являвшейся частью руководства Уссурийской железной дороги.



Рисунок 2. Карта Дальневосточной республики в 1922 г.

Во многих районах Дальнего Востока оказание медицинской помощи оставалось на дореволюционном уровне, что означало уплату населением больничного сбора и получение амбулаторной и стационарной помощи в городских лечебных учреждениях. Финансирование медицинской помощи осуществлялось исключительно за счет собственных местных средств, прямые расчеты больных с врачами не прекращались. В городах процветала частная зубоврачебная практика.

Таким образом, к моменту полного воссоединения Дальнего Востока с РСФСР в конце 1922 г. оказание не только зубоврачебной, но и всей медицинской помощи населению региона было децентрализовано и имело разные источники финансирования, т.е. сохраняло дореволюционный уклад. С точки зрения идеологии советского здравоохранения считалось, что на Дальнем

Востоке «вся медицина растаскана на клочки» [503], т.к. единого централизованного руководства медицинской помощью населению региона создано не было. Это выражалось в том, что медицинская помощь в городах находилась в ведении муниципальных властей, которые содержали городские больницы и амбулатории.

Медицинская помощь застрахованным организовывалась непосредственно страховыми кассами, которые для этой цели имели собственные лечебные организации, сконцентрированные, главным образом, в Чите и Благовещенске. В этом случае зубоврачебная помощь оказывалась специалистами по найму или на договорной основе. В Приморской губернии страховые кассы собственных учреждений не создавали, но передавали дело оказания помощи застрахованным на договорных началах здравоотделам. В этом случае, зубоврачебный прием для лиц, вовлеченных в социальное страхование, был организован в городских амбулаториях. На железной дороге существовала своя ведомственная медицина, где была организована зубоврачебная помощь исключительно для работников дороги и членов их семей.

Значительная часть населения, которая была лишена возможности пользоваться бесплатной общественной или ведомственной зубоврачебной помощью, а также те, кто свое лечение оплачивал за счет личных средств, обращались к частнопрактикующим врачам, а также к лицам, не имевшим специального медицинского образования.

3.3. Организация зубоврачебной помощи населению Дальнего Востока в середине 1920-х гг.

Своеобразие Дальневосточного региона изучаемого периода, заключалось в его особой социально-политической и экономической жизни, отличной от других регионов страны. Это выражалось в более позднем установлении советской власти, существовании буржуазно-демократической Дальневосточной республики, что способствовало сохранению здесь большей политической

свободы, многообразия форм хозяйствования, предпринимательства, частной торговли, особой денежной системы, сильной позиции иностранного капитала и профессиональных союзов [87]. В годы Гражданской войны дальневосточное хозяйство не испытало, в полной мере, пресса «военного коммунизма», здесь не было проведено тотальной национализации и внедрение всеобщей трудовой повинности. Переход к советской власти осуществлялся постепенно и плавно без крайних радикальных мер в экономике и политике, в то время, когда новая экономическая политика в центре России показала первые положительные результаты [509].

Особенностью Дальнего Востока являлось и то, что почти половина всего населения городов (44,8 %) являлась самозанятым, т.е. имела самостоятельный источник средств существования. Городское население владело значительным количеством частной собственности. В социальном отношении дальневосточная деревня представляла собой более благополучную картину, чем деревня центральных регионов России, что выражалось в большем количестве крупных и средних хозяйств, меньшем количестве бедных и малоимущих, чем в европейской России [671].

Для осуществления властных функций в регионе был создан Дальневосточный революционный комитет (Дальревком), который был наделен особыми внеконституционными полномочиями и, на который была возложена задача по советизации Дальнего Востока. Законодательной базой для проведения социальных реформ становилось «смешанное законодательство», состоящее из декретов и законов РСФСР с корректированием под местные условия, вносимые Дальревкомом, собственно постановлений Дальревкома и законов ДВР, временно сохранявших свою юридическую силу [39]. Центральной властью было решено, что советизацию социального страхования на Дальнем Востоке необходимо произвести не отменой законов ДВР, а путем длительного приспособления Дальнего Востока к советским условиям. Однако основным идеологическим подходом к реализации советской социальной политики на

Дальнем Востоке в исследуемом нами периоде был определен классовый подход [385].

После присоединения ДВР к РСФСР социальное страхование сохранило прежние формы и содержание. В этот период вся медицинская помощь застрахованным находилась в руках страховых касс, которые рабочие воспринимали как социальный гарант в период нестабильной политической ситуации. Страховые кассы сами организовывали лечебную помощь застрахованным, в виду отсутствия у органов здравоохранения бывшей ДВР каких-либо сил и средств для обеспечения членов страховых касс лечебной помощью.

Только в Приморской губернии, где кассы возникли значительно позже и где у органов здравоохранения имелись более или менее значительные материальные и организационные возможности, медицинская помощь застрахованным была передана здравотделу на договорных началах [516].

Поставленный с первого момента создания на Дальнем Востоке советских органов здравоохранения вопрос о передачи всего дела медицинской помощи застрахованным на общесоветских основаниях [588] встретил возражение со стороны страховых и профсоюзных органов. В связи с этим, окончательная передача всего дела здравоохранения затянулась, и только к концу 1924 г., руководство делом медпомощи застрахованным перешло к отделу здравоохранения Дальревкома (Дальздраву), а отделение медпомощи застрахованным (ОМПЗ) в составе Дальздрава и Рабочего совещания при нем организовалось лишь в начале 1925 г. [194].

С другой стороны, существует мнение, что сохранение в течение длительного времени на Дальнем Востоке ведомственной медицины оправдывалось желанием Дальревкома, во-первых, не допустить к бесплатному медицинскому обслуживанию нетрудовые элементы. Для этой социальной группы предусматривались платные медицинские услуги. Во-вторых, это был своеобразный механизм конкуренции с частным предпринимательством за квалифицированную рабочую силу, поскольку последние, хотя и имели более высокие ставки заработной платы, но не были охвачены сетью страховых касс

[670]. В 1923–1924 гг. Дальздрав не имел собственных финансовых средств на организацию медицинской помощи и не смог сразу приступить к проведению в жизнь принципов советской медицины.

В связи с чрезвычайно ограниченными финансовыми средствами местных органов здравоохранения для организации территориальной медицинской помощи всему населению региона, новая власть пыталась использовать дореволюционный опыт, изыскивала различные дополнительные способы финансирования здравоохранения: больничный сбор с городских жителей, прямые платежи населения за зубоврачебную помощь и стационарное лечение в городах и уездах [98]. В условиях, когда только выстраивались государственные взаиморасчеты по финансированию общественного здравоохранения, в условиях социально-экономического кризиса, содержание лечебных учреждений было переложено на плечи населения. В связи с этим, доступность квалифицированной медицинской помощи для многих социальных слоев населения оказалась крайне ограничена. Органы местного здравоохранения констатировали, что огромная масса населения обращается за помощью к доморощенным медикам: колдунам, знахарям и шаманам [198].

После установления советской власти в Приморской губернии в ноябре 1922 г. была начата регистрация медицинского персонала, а в марте 1923 г. выдача свидетельств на право осуществления частной практики. По данным Приморского Губревкома, в Приморье было зарегистрировано 72 зубных врача [460]. Это позволило установить административный надзор за профессиональной деятельностью зубных врачей, а также, по мнению местных органов власти, проводить «более успешную борьбу со знахарством и самозванством» [197]. Выявленная зубоврачебная практика иностранцев была сначала полностью запрещена, однако для удовлетворения потребности в этом виде медицинской помощи японскому, китайскому и корейскому населению Приморской губернии, Губздрав разрешил врачам заниматься врачебной практикой, но только среди соотечественников [460].

В первые годы советской власти в период установления советской модели организации медицинской помощи в Дальневосточном регионе, деятельность шаманов здесь была признана мошеннической и незаконной [202]. Тем не менее, население Дальнего Востока, в особенности жители сельской местности, северных уездов и кочевое население, еще долго получали медицинскую помощь у адептов народной медицины.

В 1923 г. сложилась такая ситуация, при которой организовать общедоступную зубоврачебную помощь можно было только на средства лечебного фонда местных страховых касс, которые аккумулировали финансовые потоки социального страхования, поступающие от предприятий в виде страховых взносов. Сильные экономические и политические позиции страхователей и страховщиков, временная слабость местной власти привели к совместному управлению этими средствами в интересах застрахованных. Более того, действуя по указаниям из центра [643], местные органы здравоохранения в условиях дефицита бюджета сделали акцент на организацию и предоставление зубоврачебной и зуботехнической помощи трудовому (застрахованному) населению преимущественно перед всеми остальными. Так, в 1923 г. зубоврачебные кабинеты на Дальнем Востоке были организованы исключительно для лиц, вовлеченных в социальное страхование в городах Чита и Владивосток [18].

В последующем за счет наполнения местного бюджета постепенно улучшилось финансирование всего здравоохранения, что позволило организовывать и обеспечивать средствами территориальные лечебные учреждения. В 1925 г. единственный зубоврачебный кабинет на Камчатке содержался исключительно за счет отдела медпомощи застрахованным в г. Петропавловске [198]. С целью организации хотя бы минимальной зубоврачебной помощи незастрахованному населению Петропавловска, органы здравоохранения заключали соглашения с зубным врачом, на обслуживание населения города и окрестных сел [201].

Несмотря на декларирование того, что в городах, где не было лечебных учреждений Губздрава, специальные лечебные учреждения для застрахованных должны были обслуживать и незастрахованное население, на практике этого не происходило. Финансовые взаимозачеты между органами здравоохранения на местах и ОМПЗ носили почти исключительно теоретический характер, т.к. органы здравоохранения не имели средств для возмещения расходов по фактически оказанной помощи [206]. Это означало, что значительная часть населения была лишена возможности получить квалифицированную помощь в общественных лечебных заведениях.

Позиция власти в изучаемый нами период была направлена на централизацию управления здравоохранением. Однако на Дальнем Востоке в первые годы советской власти достичь полной централизации не удавалось. Дальздраву не удалось подчинить себе управление здравоохранением на железнодорожном и водном транспорте, и поэтому Дальздрав был вынужден пойти на временные уступки и согласиться на коллективное управление транспортным здравоохранением. Это привело к созданию советов при здравотделах с участием представительных органов от управления железными дорогами и водным транспортом, профсоюзов, страховых организаций, профсоюза транспортников, которые имели возможность оказывать существенное влияние на организацию медицинской помощи в целом на дороге и, конкретно, на местах в интересах рабочих этих предприятий.

К моменту установления советской власти на Дальнем Востоке и в Забайкалье зубоврачебная служба Забайкальской железной дороги (ЗабЖД) располагала всего 3 кабинетами на станциях: Верхнеудинск, Чита-1, Чита-город, что отмечалось как явно недостаточное, т.к. не обслуживался громадный район к востоку от Читы. На Уссурийской железной дороге (УссЖД) зубоврачебная помощь оказывалась 4 стационарными зубоврачебными кабинетами и двумя передвижными, оборудованными в железнодорожных вагонах.

В практическом здравоохранении УссЖД работали следующие зубные врачи: Даров Александр Николаевич (поступивший на службу 16.10.1913 г.),

Власова Антонина Дмитриевна (на службе с 11.01.1923 г.), Прусевич Владимир Николаевич (на службе с 1920 г.), Калоритто Мария Апостоловна (1921 г. поступления на службу), Синицина Анна Ивановна (на службе с 01.06.1920 г.) [190]. Таким образом, «костяк» медицинских работников УссЖД составляли опытные специалисты.

В 1924 г. предполагалось оборудовать и пустить еще один подвижной зубной кабинет, но несмотря на признанную жизненность таких кабинетов от них пришлось отказаться в связи с тем, что дорога перестала бесплатно предоставлять вагоны под зубоврачебные кабинеты [190]. Экономические интересы производства в данный период преобладали над медицинскими потребностями. Позднее, при проведении в жизнь указаний Наркомздрава по организации планомерного зубоврачевания на железной дороге организация стационарных кабинетов была признана предпочтительнее подвижных вагонов-кабинетов. Было отмечено, что подвижные кабинеты очень полезны как мера временная, до учреждения стационарных зубных кабинетов на каждом врачебном участке [621].

Уже к 1926 г. значительно возрос потенциал ведомственной зубоврачебной службы Забайкалья и Дальнего Востока. Забайкальский Дорздрав организовал работу 12 кабинетов на станциях: Верхнеудинск, Хилок, Чита, Шилка, Могоча, Ерофей Павлович, Сковородино, Оловянная [611]. Уссурийский Дорздрав располагал 9 кабинетами на 14 кресел, которые были расположены на крупных железнодорожных станциях. Увеличился штат зубных врачей с 11 чел. в 1925 г. до 14 чел. в 1926 г., принят на службу зубной техник [114]. Значительно возросло количество посещений, которое составило – 55,2 тыс., из них первичных – 15,3 тыс. Было наложено 8 768 пломб, проведено экстракций – 8 590, санировано – 11 331 человек. Также была разработана выездная система оказания зубоврачебной помощи в отдаленные участки для того, чтобы транспортники не отрывались от своей повседневной профессиональной деятельности на поездки в крупные центры.

4 января 1926 г. четыре губернии Дальневосточной области: Амурская, Забайкальская, Камчатская и Приморская образовали Дальневосточный край

(ДВК), численность населения края в этот период составляла 2 170,4 тыс. чел. К 1927 г. ДВК располагал 41 государственным зубо-врачебным кабинетом с 56 креслами, что составляло 0,03 на 1 тыс. чел. жителей. Это соответствовало средним значениям по РСФСР, однако было значительно ниже, чем в центральных районах страны [613].

Основной потенциал зубо-врачебной службы – 35 кабинетов с 50 креслами, был сконцентрирован в крупных городах – Владивостоке, Никольск-Уссурийске, Хабаровске, Благовещенске и Чите, где также находился основной врачебный потенциал. В сельской местности функционировало 6 зубных кабинетов, весомая доля которых располагалась во Владивостокском округе. В ряде сельских районов: Хабаровском, Читинском, Сретенском, Сахалинском, Камчатском, Амурском, квалифицированная зубо-врачебная помощь не оказывалась в виду отсутствия зубных кабинетов и специалистов, что соответствовало общей картине организации зубо-врачебной помощи в республике [250].

Значительный объем оказываемой зубо-врачебной помощи приходился на Владивосток [247]. В конце 1920-х гг. была организована квалифицированная зубо-врачебная помощь в ряде особо важных промышленных районах края – Сучане, Артеме, Кивди, Охе, Тетюхе [110; 126].

Классовый подход к предоставлению государственной зубо-врачебной помощи уже с первых лет Советской власти прослеживается отчетах Дальздрава. Так, число лиц, получивших зубо-врачебную помощь в 1924 г. в г. Владивостоке, составило свыше 24,4 тыс. чел., из которых 83,4 % составляли лица застрахованные. Между тем, в этот же период в сельской местности Приморья получили помощь всего 6,5 тыс. чел., из которых 48 % были застрахованными. В г. Благовещенске за этот же период всего 2,9 тыс. человек обратились за зубо-врачебной помощью, (в т.ч. 92 % застрахованные). В сельской местности Амурской губернии в этот период была оказана зубо-врачебная помощь всего 972 чел., (в т.ч. 65 % застрахованные) [99; 194]. В 1927 г. на лиц застрахованных и членов их семей приходилось 75 % всех посещений за зубо-врачебной помощью на Дальнем

Востоке [121], что было ниже на 15–20 % соответствующих показателей «столичных» городов [496].

Основная деятельность органов местного здравоохранения была направлена на укрепление службы медицинской помощи, прежде всего в городе, и лишь принятие попыток расширения лечебной сети в деревне. Таким образом, в 1920-х гг. квалифицированной зубоврачебной помощи в сельской местности создано не было. По мнению органов здравоохранения это было связано с отсутствием энергичных руководителей в уездах, недостаточным количеством медицинского персонала желающего работать на селе, тяжелыми условиями труда при скромном, недостаточном материальном вознаграждении [196].

Обещания и намерения власти улучшить социальную защищенность населения сельской местности остались только обещаниями и намерениями. Декларировалось то, что лечебная помощь крестьянству оказывается бесплатно во всех учреждениях органов здравоохранения и, если у себя, в деревне, крестьяне не могли получить медицинскую помощь, то они могли обращаться в уездные или губернские лечебные учреждения [446]. Однако значительные расстояния, отсутствие транспортной сети, огромные очереди в уездных больницах и, зачастую, их ведомственный характер, делали медицинскую помощь недоступной для сельского населения.

Организация зубопротезной помощи населению Дальневосточного региона не была приоритетной задачей местных органов здравоохранения. Имевшиеся в крае единичные зуботехнические лаборатории и мастерские содержались исключительно страховыми кассами, а бесплатное для пациентов зубопротезирование регулировалось различными ведомственными правилами, иногда, по мнению органов здравоохранения, «далеко не рациональными» [194].

В ряде районов Дальневосточного региона общественных зуботехнических мастерских не было создано, в связи с этим застрахованным, но по согласованию со страховыми органами, избирательно выдавались пособия для проведения зубопротезирования у частнопрактикующих врачей, однако не всегда в полном

объеме стоимости этого вида помощи. Кроме этого, лица имевшие льготы от государства по проведению зубопротезирования, направлялись для лечения в ведомственные и военные зуботехнические кабинеты. Население, которое не входило в группу избранных, могло провести зубопротезирование только у частнопрактикующих врачей, т.к. территориальных зуботехнических лабораторий, организованных местными органами здравоохранения в крае создано не было.

Несмотря на декларирование Наркомздравом РСФСР приоритетов в области внедрения в жизнь профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний зубов у детей «путем развития широкой сети школьных и детских зубоврачебных амбулаторий» [643] на Дальнем Востоке этого не происходило. Так, Забайкальский подотдел охраны здоровья детей и подростков в 1926 г. констатировал, что в Чите не было создано ни одного зубного детского кабинета, обследование полости рта в рамках программы профилактики не проводилось, потребность в лечении не была определена, поголовной санации полости рта у детей не было организовано [203].

В 1928 г. в Дальневосточном крае функционировали единичные школьно-профилактические зубные кабинеты в городах (по одному в г. Хабаровске и г. Чите, два в г. Владивостоке) с пятью врачами [121; 126]. Органами здравоохранения отмечалось, что вопрос о школьной зубной помощи в Приморской губернии не урегулирован [203].

Для решения ряда проблем по организации зубоврачебной помощи на Дальнем Востоке государственные структуры пошли на сотрудничество с частными лицами. Это проявлялось в том, что там, где отсутствовала государственная инфраструктура и кадры, местные органы власти заключали соглашения с врачами частной практики на оказание медицинской помощи населению региона. Так, в 1924–1926 гг. зубоврачебная помощь водникам Амурского речного транспорта была организована в Благовещенске у частнопрактикующего врача на договорных началах [191].

Сотрудничество между частным и государственным секторами здравоохранения было направлено на оказание только медицинских услуг и оплачивалось местной властью оплатой за фактически оказанную медицинскую помощь. Местные органы власти широко использовали ресурсы частной практики, особенно в сфере зубопротезирования. Например, в 1926 г. зубопротезная помощь для сельского населения Приморья была организована Владивостокским Окргдравом в Уссурийск-Никольске по договору с частным зубным техником [117].

Создание государственной системы социального зубо врачевания было невозможно без воспитания лояльных советской власти зубо врачебных кадров. В первые годы советизации Дальнего Востока, представители властных структур были озабочены тем, что только единичные медицинские работники были явно благожелательно настроены к Советскому строительству и задачам партии большевиков, а местные органы здравоохранения, зачастую оценивали деловую и профессиональную компетенцию специалиста по его отношению к господствующей власти – был ли проникнут врач «советским духом», в тоже время его политическая «бездеятельность» и религиозность являлись отрицательными моментами его деловой характеристики [201]. По мнению представителей советской власти, наиболее отсталыми и инертными в этом отношении были кадры «старых врачей», занятые частной практикой, что являлось одной из причин их политической пассивности. Идеино-политический уровень основной массы врачей города и деревни, по мнению большевиков, был еще далек от требований партии [199].

Частнопрактикующий зубной врач по своему социальному статусу являлся «деклассированным элементом», продолжал позиционироваться как мелкий собственник, поэтому не мог рассчитывать на государственную поддержку. Источник его существования становился непостоянным, доходы стали снижаться, усилился административный надзор. Социальное положение зубного врача-частника носило временный характер, поскольку политика была направлена на «размывание» «деклассированного элемента», для чего были созданы возможности

для изменения статуса врачей, а именно перехода на службу в государственное здравоохранение с предоставлением соответствующих льгот.

Постоянный рост заработной платы в государственном секторе и увеличение количества льгот государственным служащим, приводили к тому, что частные зубные врачи не выдерживали конкуренции с государством, сворачивали свою деятельность и переходили на госслужбу. Однако не все зубные врачи были готовы сотрудничать с новой властью. По мнению В.В. Романовой, после окончания Гражданской войны значительная часть еврейского населения, среди которых немало было практикующих врачей, перебралось в Харбин [569].

Таким образом, с самого начала советизации Дальнего Востока (конец 1922 г.) социальная политика местной власти в сфере здравоохранения строилась по классовому принципу – улучшение социальных условий одних (лиц наемного труда, членов их семей, которые являлись участниками страховых касс) за счет других («нетрудовых элементов»). При этом создавалась система социальных привилегий в отношении, в первую очередь, групп, обладающих властными полномочиями и тех, кто был особенно необходим партийно-советским органам в процессе социалистического строительства.

Переход Дальнего Востока на советскую систему социального страхования проходил довольно быстро, в течение двух лет, что было обусловлено не только желанием людей получить через страховые кассы дополнительные социальные гарантии, но и возможностью получения зубоврачебной помощи. Это было связано с низким уровнем развития здравоохранения и медицины в регионе. Деятельность органов местного здравоохранения была направлена на создание государственной системы территориального зубоврачевания за счет средств местного бюджета, оказание этого вида медицинской помощи членам страховых касс за счет средств лечебного фонда, а также осуществление контроля за работой частнопрактикующих зубных врачей.

Стратегическое значение транспорта, необходимость обеспечения его бесперебойной работы с одной стороны, а с другой – предоставление привилегий

и преференций для рабочих в обмен на их лояльность к новой власти, позволили сохранить самостоятельность железнодорожного и водного здравоохранения на Дальнем Востоке. Соответственно, средства социального страхования транспортников, дотации начальников дорог на медицинскую помощь использовались, исключительно, внутриведомственно. Это позволяло ускоренными темпами развивать зубоврачебную помощь для работников путей сообщения на Дальнем Востоке и членов их семей.

Классовый характер предоставления зубоврачебной помощи ярко проявился в организации этого вида медицинской помощи на транспорте Дальнего Востока. Более того, на транспорте предпринимались попытки осуществить основные принципы советской медицины: отсутствие необходимости прямых платежей для больного, общедоступность и квалифицированность. Это в целом было обеспечено за счет однородности состава транспортного населения, которое полностью было охвачено социальным страхованием и, например, получало медицинскую помощь в лечебных учреждениях ДорВодздрава преимущественно без прямых платежей медицинским работникам, однако вопросы финансирования зубопротезирования, так и оставались нерешенными.

Общедоступность медицинской помощи декларировалась за счет предоставления медицинской помощи всему транспортному населению, включая и членов семей, а также безработным членам союза транспортников и инвалидам. Квалифицированность помощи предлагалось достичь путем расширения предоставления видов медицинской помощи в т.ч. зубоврачебной, а также постепенной замене фельдшерских пунктов врачебными. Диспансерный уклон в работе заключался в профилактических осмотрах и превентивном лечении, а также в устранении бытовых и производственных вредностей.

Во второй половине 1920-х гг. была организована деятельность государственных зубопротезных мастерских, которые работали на принципах хозяйственного расчета, т.е. на принципе самоокупаемости без субсидий со стороны государства. Бесплатное зубопротезирование осуществлялось за счет

средств социального страхования, поэтому существовал жесткий социальный подход в выборе контингентов для получения этого вида медицинской помощи.

Недостаток государственной сети здравоохранения восполняли частнопрактикующие врачи, которые оказывали услуги как самозанятому населению, так и привлекались местными органами здравоохранения на договорной основе для оказания медицинской помощи там, где отсутствовали государственные лечебные учреждения или, где в них был явный недостаток. Несмотря на то, что идеологически частный сектор в здравоохранении рассматривался как враждебный целям социалистического общества, в период НЭПа были сделаны уступки власти в пользу частной практики. Это было следствием недостаточности существовавшей сети медицинских учреждений, и наличия, с другой стороны обеспеченных контингентов населения, которые были в состоянии оплачивать оказываемую им медицинскую помощь.

Вместе с тем, общий уровень жизни дальневосточников, возможности удовлетворения элементарных социальных потребностей, развивались крайне медленно и носили второстепенный характер по сравнению с политическим и экономическим развитием. По отношению к обществу это проявлялось в обосновании и всяческом подчеркивании значимости классового деления, путем вычленения приоритетных групп государственной социальной поддержки. Принимавшиеся как в центре, так и на местах нормативно-правовые документы ориентировали местные органы здравоохранения на первоочередное удовлетворение медико-санитарных потребностей промышленного пролетариата, а уже потом сельских жителей и остального населения страны, что противоречило принципам гуманизма и декларируемого Конституцией РСФСР равенства граждан.

Признавая большую распространенность кариеса зубов среди трудового народа и ограниченность сети государственных зубоучреждений, на Дальнем Востоке предпринимались меры по организации и внедрению в жизнь коммунальных программ борьбы с кариесом у детей и подростков, работников промышленных предприятий. Планировалось перенести центр тяжести борьбы с

болезнями зубов на почву профилактики и заблаговременного пресечения кариеса, путем прикрепления этих категорий населения к зубоврачебным амбулаториям и кабинетам. Однако школьных зубоврачебных кабинетов было создано незначительное количество.

В заботу местной власти вошла борьба с частнособственнической идеологией зубных врачей и создание «опролетариенных» специалистов, которые должны были стать активными проводниками в жизнь установок Наркомздрава.

3.4. Зубоврачебная помощь в Дальневосточном регионе в конце 1920-х гг.

Несмотря на заявления советской власти о приоритетах в социальной сфере и общее повышение финансирования здравоохранения Дальнего Востока [661], в процентном отношении выделение финансовых средств для здравоохранения стало снижаться уже в 1926 г. Так, например, в Приморской губернии, доля средств в местном бюджете на здравоохранение уменьшилась с 10,1 % в 1925 г. до 9,5 % в 1926 г. Выделяемые государством средства на медикаменты были недостаточными, полностью отсутствовали средства на капитальное строительство. Владивостокский окружной отдел здравоохранения в 1926 г. констатировал, что медицинское снабжение было ниже норм установленных Наркомздравом [206]. Снабжение лекарствами и медицинскими материалами ведомственной медицины, по мнению врачей было менее 50 % от реальной потребности [189].

Зубоврачебные кабинеты открывались в приспособленных помещениях, без наличия зубоврачебного оборудования и необходимых материалов. Руководители практического зубоврачевания отмечали постоянные недостатки в зубном инвентаре [99]. Заведующий фельдшерским пунктом острова Медный Командорского архипелага в 1927 г. сообщал, что на острове зубоврачебных инструментов всего три пары щипцов для верхней челюсти [124]. Приобретение

нового оборудования для государственных зубоврачебных кабинетов, особенно в центральных районах России, было признано затратным и, поэтому, оборудование и оснащение зачастую приобреталось на вторичном рынке [204].

В первые годы советской власти, общественное зубоврачевание Дальнего Востока не испытывало дефицита в специалистах, что было связано с невысокими темпами организации государственных зубоврачебных амбулаторий. Потребность в квалифицированных специалистах удовлетворялась местными зубными врачами. Ряд специалистов выражали желание сотрудничать с властью, они принимались на открывшиеся вакансии в городских и ведомственных лечебных учреждениях. Зубных врачей привлекали регулярная заработная плата и наличие социальных гарантии [206].

Тем не менее, многие врачи находящиеся на государственной службе, не были удовлетворены своим социально-экономическим положением и стали совмещать государственную службу с частной практикой, что, по мнению органов здравоохранения, создавало перегрузку, являющуюся одной из причин общественной пассивности [192]. Еще одной стороной деятельности медицинских работников государственных лечебных учреждений являлось то, что они вступали в устные договорные отношения с пациентами минуя своего работодателя. Иными словами, многие врачи, находящиеся на государственной службе, неудовлетворенные своим материальным положением, стали заниматься частной практикой в стенах государственных больниц и поликлиник.

Неофициальные платежи населения за оказание медицинской помощи в государственных лечебных учреждениях не прекращались. Крестьяне требовали от органов власти снять с должностей врачей и фельдшеров берущих взятки или заменить их на специалистов с общественным уклоном и преданных советской власти [199]. Местная исполнительная власть требовала от специалистов в государственных лечебных учреждениях «проникнуться духом советской медицины» [198].

Сведения о количестве зубных врачей, находившихся на государственной службе довольно противоречивы, что связано с разными методиками подсчета. В

одних случаях учитывались ведомственные кадры, в других нет. Так, в 1924 г. зубных врачей, состоявших на государственной службе в Дальневосточном крае насчитывалось всего 27 человек, в 1925 г. 54 чел., 1926 г. – 64 чел., 1927 г. – 98 чел., из которых 4 являлись врачами-одонтологами [122; 194; 611; 612; 614].

Однако примеров деятельности одонтологов и их новой роли в здравоохранении нами не найдены. Эти данные указывают на то, что в крае был накоплен и сохранен значительный кадровый потенциал зубных врачей (вопреки указаниям Наркомздрава по закрытию в РСФСР зубоврачебных школ) благодаря открытой в 1911 г. и продолжавшей работать до конца 1930-х гг. зубоврачебной школе в Харбине, дипломы которой признавались в Советской России [546].

С другой стороны, на Дальнем Востоке практически отсутствовали врач-одонтологи. Это шло в разрез с требованиями центра, направленным на сближение зубоврачевания с общей медицинской практикой и превращение одонтологии в равноправную и равноценную медицинскую дисциплину, где центральной фигурой этого процесса должен был быть специалист с высшим медицинским образованием – врач-одонтолог.

Реформа зубоврачебного образования в РСФСР предполагала проведение переподготовки всех «старорежимных» зубных врачей в создаваемых зубоврачебных институтах. Однако, направления сотрудников зубоврачебных кабинетов для усовершенствования на центральных базах из-за недостатка средств, носили «случайный характер» [83]. Так за период 1922–1924 гг. были командированы в Государственный институт зубоврачевания (ГИЗ) только 2 чел.: зубной врач Грунис и заведующий Владивостокской зубамбулаторией, зубной врач Бездетнов [197; 206].

Регистрация медицинского персонала выявила, что в Дальневосточном крае практически отсутствовали дипломированные зубные техники. Например, в Приморской губернии в 1923 г. имелось 2 зубных техника, окончивших соответствующие учебные заведения. Между тем, во Владивостоке имелось достаточное количество китайцев-техников, хотя и не имевших никаких дипломов, но работающих вполне удовлетворительно [199]. Из-за этого, органы

здравоохранения обратились в центр за разрешением на создание специальной комиссии для проверки знаний у зубных техников и выдачи соответствующего свидетельства [199].

Отсутствие на Дальнем Востоке специального учебного заведения по обучению зубных техников стало задерживать развитие зубопротезной помощи населению. В резолюции Второго краевого съезда Медсантруд в 1927 г. указывалось на закрепление ученичества в протезных мастерских и зуботехнических лабораториях края [83]. Несмотря на формальный запрет на любую клиническую работу зубные техники в РСФСР, в том числе, на Дальнем Востоке, особенно в сельской местности, были допущены к проведению клинического зубопротезирования.

Зубоврачебная помощь в государственных лечебных учреждениях оказывалась по обращаемости, в объем помощи входило лечение, пломбирование и чистка зубов, однако четких норм обслуживания населения установлено не было [198].

Возрастной состав пациентов, обращавшихся за зубоврачебной помощью на Дальнем Востоке выглядел следующим образом: 0–5 лет – 0,5 %, 5–10 лет – 17,0 %, 10–15 лет – 21,0 %, 15–20 лет – 19,0 %, 20–30 лет – 9,0 %, 30–40 лет – 17,5 %, 40–50 лет – 9,0 %, 50–60 лет – 6,0 %, 60 лет и старше – 1,0 % [200]. Таким образом, более половины всех обращений приходилось на возраст от 0 до 20 лет – 57,5 %, что можно пояснить как высокой распространенностью кариеса зубов в этой возрастной группе, так и необходимостью лечения с целью предупреждения осложнений кариеса и, соответственно, предотвращения потери зубов. На возрастную группу 20–50 лет приходилось 35,5 % обращений, что объясняется преобладанием в этом возрасте осложненных форм кариеса, а также проявлениями заболеваний пародонта и, как следствие, большей потребностью в хирургических методах лечения. В возрасте 50 лет и старше обратилось 7 %, что можно связать с преобладанием в этом возрасте адентии.

Повседневную зубоврачебную практику проиллюстрируем рядом примеров. Так, зубными врачами УссЖД в 1923 г. было принято 8 842

первичных больных, из которых 3 676 чел. являлись служащими дороги, 5 166 – членами их семей. Всего было сделано 32 686 посещений, закончено лечение 7 838 зубов. В качестве пломбировочных материалов были использованы фосфатный и силикатный цемент (35 %), амальгама (25 %), гуттаперча (39 %), фарфор (1 %). Удалено 4 167 зубов и проведено 326 мелких операций. Процедуры по снятию зубных отложений были проведены у 1 013 человек [188].

В 1926 г. в зубном кабинете Окрздрава Хабаровска было принято 1 449 пациентов, совершено 2 367 повторных посещений. Проведено 407 экстракций, поставлено 1 476 пломб, проведено 461 чистка зубов, 109 прижиганий слизистой, санировано 492 человека [115]. Таким образом, можно резюмировать, что основная деятельность специалистов была направлена на лечение зубов в начальной стадии заболевания.

Тем не менее, больше половины исходов лечения зубов на железной дороге заканчивалось потерей зуба, что было связано с одной стороны, по нашему мнению, с несовершенством методик лечения и запущенным состоянием зубов, с другой, внедрявшейся доктриной в практическое здравоохранение о нецелесообразности лечения глубоко разрушенных зубов, требующих длительного и дорогостоящего лечения.

В отдаленных северных районах квалифицированных специалистов не было. Как отмечал фельдшер группы островов Командорского архипелага, единственное лечение – это удаление больного зуба. При таком лечении больные предпочитали терпеть боль, но не лишаться зубов [124].

Объемы зубоврачебной помощи населению Дальнего Востока в 1920-х гг. постоянно росли. В 1927 г. за квалифицированной зубоврачебной помощью в Дальневосточном крае обратилось свыше 64,2 тыс. чел., из которых на сельских жителей приходилось только 8,9 тыс. чел. Всего количество посещений составило свыше 247,4 тыс. [121].

Основная доля государственной зубоврачебной помощи приходилась на мелкие зубные кабинеты, оборудованные в приспособленных помещениях с устаревшим оборудованием, порой самым примитивным. Государственные

зубоврачебные кабинеты испытывали перебои в снабжении, в них полностью отсутствовал средний вспомогательный персонал. В таких кабинетах рутинная лечебная работа велась по обращаемости, а в виду большого потока больных и огромных очередей без декларировавшегося властью профилактического уклона.

Все школы по линии УссЖД в 1924 г. были закреплены за зубными врачами и проведен осмотр полости рта. Всего было осмотрено 3 783 чел. или 40 % учащихся [193]. Однако плановой санации полости рта у детей организовано не было.

Первый школьный зубоврачебный кабинет в Хабаровске был создан только в 1926 г. Этот зубоврачебный кабинет был призван оказывать зубоврачебную помощь учащимся школ города. В штате кабинета состояли зубные врачи Зорина и Шергова. В первый год работы хабаровского школьного зубоврачебного кабинета было принято 1206 чел., что составляло 25 % учащихся школ города. Работа кабинета руководителями здравоохранения была признана «недостаточной», т.к. половина детей уклонились от лечения. Зубные врачи сетовали, что необходимо принять во внимание особые условия работы среди учащихся, особенно детей младшего возраста. Более того, проведение лечебных манипуляций требует умелого подхода и поэтому неизбежна потеря времени для создания благоприятного психологического настроения ребенка [115].

«Непопулярная» среди детей и их родителей санация полости рта в рассматриваемый период времени становилась обязательной при поступлении ребенка в школу и контролировалась медицинскими работниками с выдачей специальной справки.

Несмотря на постоянно увеличивающиеся количественные показатели обратившихся за зубоврачебной помощью данный вид помощи, например, в структуре железнодорожного здравоохранения Дальнего Востока составлял всего 6 % от всех амбулаторных посещений и охватывал не более 10 % общего числа населения дороги [200].

Новые задачи, условия работы и окружающая действительность вызывали у зубных врачей советских амбулаторий настороженность и опасения.

Специалисты в области зубоврачевания отмечали, что пациентами советских зубоврачебных кабинетов были люди «малокультурные», самые низкооплачиваемые слои рабочих и служащих. Эта категория пациентов требовала больше сил и средств для «основательной санитарной обработки», большинство из них скептически относились к разъяснению врачей о необходимости длительного лечения при отсутствии видимых проявлений болезни.

Зубные врачи были озабочены тем, что «властные указания сверху» о необходимости перевода борьбы из плоскости лечения в плоскость диспансеризации и профилактики при недостатке средств, отсутствии перед глазами готовых образцов, не будут исполнены, что может отразиться на их дальнейшей работе. На замечания властей о недостаточной работе в области санитарного просвещения населения медицинские работники замечали, что работа ведется, но пока мало результативна в связи с низким санитарно-бытовым и культурным уровнем, безграмотностью и примитивным укладом жизни населения, особенно сельского [205].

Несомненно, усилия зубных врачей по проведению индивидуальной и массовой просветительской работы не проходили даром. Большинство пациентов стало приходить именно за лечением, охотно контролировали свое здоровье и здоровье своей семьи, и даже нередко настаивали на лечении без медицинских показаний. Работники школьных зубных кабинетов в конце 1920-х гг. отмечали, что школьники идут на лечение охотнее, пропуски очередей стали реже, чувствуется большее доверие к зубному врачу, причем сами школьники стали пропагандировать среди сверстников необходимость лечения зубов [115].

В 1923–1925 гг., зубопротезирование в государственных территориальных лечебных учреждениях не проводилось в связи с отсутствием средств, так как организация зуботехнической помощи требовала, по мнению органов управления здравоохранением, «затрат больших средств» [191]. Зубопротезирование для застрахованного населения регулировалось различными

местными правилами, иногда, по мнению руководителей здравоохранения, «далеко не рациональными» [194].

Таблица 4

Сводный годовой статистический отчет по оказанию зубопротезной и зубопротезной помощи по Дальневосточному краю РСФСР за 1927 г. ⁷

Наименование округа	Число зубамбулаторий и кабинетов		Число кресел в них	Число зубопротезных лабораторий		Количество посещений			
	Всего	Из них школьн-проф.		Самост.	При зуб амбул.	Всего	Из них застрах.	Первичных, всего	Из них застрах.
Читинский округ	4	-	7	-	2	26056	20436	7747	6222
Окружной город	3	-	6	-	2	20120	16247	6134	4986
Прочие города	1	-	1	-	-	5936	4189	1613	1236
Сельская местность	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сретенский округ	3	-	3	-	-	3640	2210	1799	826
Окружной город	2	-	2	-	-	2758	1867	1312	603
Прочие города	1	-	1	-	-	882	343	487	225
Сельская местность	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Амурский округ	7	-	8	-	-	45616	32604	12837	10534
Окружной город	5	-	6	-	-	32026	25328	9433	8483
Прочие города	1	-	1	-	-	4244	3138	1311	976
Сельская местность	1	-	1	-	-	9346	4138	2093	1075
Хабаровский округ	3	1	4	-	-	35944	15341	10418	5135
Окружной город	2	1	3	-	-	28485	12720	6055	3956
Прочие города	1	-	1	-	-	4313	2352	1877	1014
Сельская местность	-	-	-	-	-	3146	269	2486	165
Владивостокский округ	23	2	33	1	3	129683	109308	28514	21922
Окружной город	14	2	23	1	-	96703	86827	18977	16652
Прочие города	4	-	5	-	2	18381	12779	5530	2722
Сельская местность	5	-	5	-	1	14599	9702	4007	2548
Зейский округ*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сахалинский округ*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Камчатский округ*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дальневосточный край	41	3	56	1	5	247436	186357	64298	47624
Окружной город	27	3	41	1	2	186589	149447	44894	37663
Прочие города	8	-	9	-	2	33756	22809	10818	6173
Сельская местность	6	-	6	-	1	27091	14109	8986	3788

* данные отсутствуют

⁷ Составлено по ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.22. Л. 8-9

Учитывая необходимость зубопротезной помощи и принимая во внимание материальную необеспеченность трудящихся путей сообщения, администрацией транспорта были предприняты шаги по предоставлению работникам дороги подобной помощи субсидированной за счет средств предприятия, а также регламентирована выдача пособий для зубопротезирования [191]. Для изготовления протезов зубов транспортникам требовалось освидетельствование врачебно-контрольной комиссии (ВКК) на наличие функциональных показаний, а затем вопрос о снабжении зубными протезами решался на совете Дорздрава, причем в первую очередь изготавливались протезы рабочим тяжелого физического труда, во вторую очередь – служащим, и в третью – членам семей [189].

Для организации зубопротезной помощи застрахованным в 1924 г. в г. Владивостоке была организована специальная зубопротезная лаборатория. К 1926 г. в штате лаборатории состояло 3 зубных врача-протезиста и 3 зубных техника. Зубопротезирование осуществлялось за счет средств лечебного фонда страховых касс, бесплатно (т.е. без прямых платежей со стороны пациентов) или по неполной стоимости.

По постановлению рабочего страхового совещания, получающие 30 руб. в месяц снабжались протезами бесплатно. Получавшим заработную плату свыше 30 руб. протезы выдались со скидкой от 20 до 75% в зависимости от числа иждивенцев. При зарплате свыше 100 руб. застрахованные оплачивали за свой счет полную стоимость протеза. Обращения членов семей застрахованных, иждивенцев удовлетворялись в зависимости от нагрузки зубоврачебной амбулатории и за полную плату со стороны пациентов.

Необходимость и очередность зубопротезирования устанавливалась ВКК, причем в первую очередь снабжались протезами участники страховых касс особенно с вредными для здоровья условиями труда и с недостатком 7 зубов, а при недостатке меньшего количества зубов – в случаях недостаточного питания. Во Владивостоке количество пациентов

получивших зубные протезы увеличилось с 687 в 1924 г. до 1187 в 1925 г. [206].

В уездах Приморской области зубопротезирование проводилось в Сучане, в Никольск-Уссурийской рабочей поликлинике и в Спасской рабочей амбулатории [206].

В виду постоянной нехватки финансовых средств у местных органов здравоохранения, государственная зуботехническая помощь в ДВК не везде была организована. Так, в 1928 г. территориальной зуботехнической лаборатории в г. Хабаровске не было [115]. Зуботехнические работы осуществлялись в ведомственных железнодорожной и военной лабораториях, производственные мощности которых были крайне ограничены. В рассматриваемый период в северных районах ДВК отсутствовали зубные техники, не было возможности изготавливать зубные протезы в ведомственных мастерских, поэтому зубопротезная помощь там не оказывалась. В 1927 г. этот вид медицинской помощи полностью отсутствовал и на о-ве Сахалин [123]. Это вызывало недовольство некоторой части населения и даже раздавались требования о направлении работников предприятий на материк для зубопротезирования [116].

В 1929 г. в крае функционировала 1 самостоятельная лаборатория в г. Владивостоке и 3 зубопротезных кабинета в округе, 3 зуботехнические лаборатории в г. Чите, 1 лаборатория в г. Благовещенске, 1 лаборатория в г. Сретенске, которые содержались исключительно страховыми кассами [122; 126; 447]. В связи с отсутствием в ряде мест государственных зуботехнических кабинетов, была продолжена практика выдачи застрахованным, по согласованию со страховыми органами, пособий для проведения зубопротезирования у частнопрактикующих врачей, однако не всегда в полном объеме стоимости лечения, при этом не оплачивалось протезирование с использованием благородных металлов.

Кроме того, лица имевшие льготы от государства по проведению зубопротезирования, продолжали направляться для лечения в ведомственные и военные зуботехнические кабинеты. Население, которое не входило в льготную

группу, могло провести зубопротезирование только у частнопрактикующих врачей, т.к. хозрасчетных лабораторий органов здравоохранения в Дальневосточном крае создано не было.

Так называемое «деклассированное» население, которое по официальной идеологии нельзя было отнести ни к пролетариату, ни к служащим, ни к крестьянству лечилось у частнопрактикующих врачей, т.к. доступ в государственные зубоврачебные кабинеты для них был закрыт, а оказание платных услуг для всего населения в этих учреждениях было признано нецелесообразным. Цены у частнопрактикующих врачей были значительно выше, чем в государственных зубных лабораториях. Так, приобретение протеза из 15 искусственных зубов у частного врача стоило 55 руб., а такой же протез мог быть изготовлен в лаборатории Дорздрава ЗабЖД всего за сумму 15 руб. [204].

С другой стороны, руководителями здравоохранения отмечалось, что чем выше материальное положение у работников профсоюза, тем меньше они получали бесплатной помощи, а больше получали услуг от частных врачебных кабинетов [19].

Привлекательность для пациентов частной зубоврачебной практики обеспечивалась более высоким, по мнению обывателей, качеством лечения, пломбами лучшего качества, возможностью проведения зубопротезирования благородными металлами, индивидуальным подходом к пациенту и ответственностью за отдаленные результаты лечения.

Многочисленные жалобы и обращения застрахованных лиц на организацию зубоврачебной помощи, заставляли отделы медпомощи застрахованным проводить совместные совещания с профсоюзными органами и органами здравоохранения. В протоколах этих совещаний акцентировалось, что главной жалобой населения была недоступность квалифицированной помощи [99; 199]. Обыватели замечали, что в государственных зубоврачебных амбулаториях постоянные очереди, обезболивания врачи не применяли, лечение болезненно, а установленные пломбы очень быстро выпадали [618].

Представители работников отмечали, что «массы стали требовательнее» и недовольны качеством оказываемых диагностических и лечебных мероприятий, а также требовали от органов здравоохранения устранить все замечания и улучшить качество организации медицинской помощи [204]. В средствах массовой информации появлялись статьи, где подчеркивалось низкое качество и недоступность зубоврачебной помощи застрахованным и членам их семей [2; 50].

В 1929 г. медицинские работники, обследовавшие нанайцев в низовьях р. Амур, в своих отчетах констатировали, что медицинскую помощь они могли получить в фельдшерских пунктах, врачебная помощь для них была недоступна, а стационарная, акушерская и другая специальная медицинская помощь была им совершенно неизвестна [128]. Даже в городах, где был сосредоточен основной потенциал дальневосточного здравоохранения, коренные жители не всегда могли получить медицинскую помощь в полном объеме [134]. Таким образом, в конце 1920-х гг. не только стал заметен, но и бросался в глаза разрыв в риторике власти о доступности медицинской помощи для всего населения и реальным положением дел.

Характеризуя состояние здравоохранения в Дальневосточном крае в конце 1920-х гг., местные государственные органы власти констатировали общую недостаточность сети учреждений здравоохранения, особенно в сельской местности. Вследствие этого, количественные и качественные показатели обеспеченности трудового населения медико-санитарным обслуживанием были значительно ниже, установленных норм Наркомздрава и фактически сложившихся в РСФСР [110]. Существовавшие лечебные учреждения были крайне перегружены, в больницах наблюдались отказы в оказании помощи, в амбулаториях были большие очереди при чрезмерной нагрузке врачей. Специальные виды помощи, имевшиеся в городах, оставались малодоступны для сельского населения. Зубоврачебная помощь, по мнению органов здравоохранения края, была явно недостаточной [127].

Таким образом, в первые годы советской власти на Дальнем Востоке, несмотря на скудные внутренние ресурсы, отсутствие помощи из центра, местным органам здравоохранения удалось расширить сеть общественных зубоврачебных кабинетов, привлечь на государственную службу зубных врачей, значительно увеличить объем оказываемой зубоврачебной помощи.

Это позволило общественному зубоврачеванию вступить в конкуренцию с частнопрактикующими врачами не с целью борьбы за пациентов и квалифицированных специалистов, а идеологического соревнования, чтобы завоевать доверие, «сердца и умы» населения. Главным конкурентным преимуществом государственного здравоохранения должны были стать доступность, своевременность, эффективность и квалифицированность зубоврачебной помощи, развертывание широкой профилактической и санитарно-просветительской работы среди детей и подростков, а также работников промышленных предприятий.

Зубоврачебная служба Дальнего Востока постоянно испытывала дефицит финансовых, материальных и медицинских ресурсов, а потребность в зубоврачебной помощи со стороны населения постоянно росла и стала превышать возможности местного здравоохранения. В связи с этим, население могло рассчитывать только на ограниченный объем и ограниченные виды зубоврачебной помощи.

Значительное количественное увеличение объемов государственной зубоврачебной помощи при недостатке финансирования, а также запрет на софинансирование населением услуг по зубоврачеванию в государственном секторе, стали приводить к «стандартизации» ремесленного характера труда зубного врача и значительному снижению себестоимости предоставляемых услуг. Местное здравоохранение не могло себе позволить дорогостоящие пломбирочные материалы, затратные технологии и не нуждалось в длительном, кропотливом, индивидуальном лечении. Постановка пломб на «массовом потоке» не предполагала использование драгоценных металлов, фарфора, взамен населению был предложен недорогой зубной цемент, а также удаление зубов. Врач был лишен

возможности выбора методик и технологий лечения, местные власти не стимулировали его к творческому подходу к своему ремеслу, он стал зависим от финансовой состоятельности государства.

С другой стороны, создание «фабрик по ремонту зубов» не предполагало существование и независимого пациента, индивидуального подхода к его проблемам, изучение индивидуальности и потребностей. Здесь отсутствовало право на «информированное согласие» и не было практически никаких альтернатив. Патерналистский подход к зубоветрованию на Дальнем Востоке России стал главенствующим, что соответствовало духу времени.

Идеалы и нормы государственной идеологии проникали внутрь дальневосточной жизни. Социальные идеи по пропаганде личной, домашней и общественной гигиене становились элементами нового быта, а врачи были назначены проводниками этих установок. Здоровые зубы, постановка профилактических пломб, заблаговременное лечение зубов, удаление больных зубов в зубном кабинете попадали в фокус регламентируемой государством заботы о здоровье человека. Санация и профилактика приняли на Дальнем Востоке характер утверждения нового типа культуры и ценностей, согласованных с идеалами социализма и реалиями нового быта. Личная гигиена полости рта, регулярное посещение врача, лечение больных зубов, зубопротезирование становились элементами идеологии повседневности.

Санация полости рта организованных детей и подростков декларировалась как достижение советской власти в области профилактики кариеса зубов у детей. Однако административные распоряжения центральных органов здравоохранения по заблаговременному предупреждению заболеваний зубов путем систематического надзора и методической плановой санации полости рта подрастающего поколения не привели к автоматическому развертыванию на Дальнем Востоке должной инфраструктуры и соответствующей работы в этом направлении.

Санация проводилась формально, и добиться полного охвата детей в 1920-х гг. не представлялось возможным. Для самих зубных врачей санация считалась

«неизбежным злом», вносившим нарушения в регулярный ход приема взрослых пациентов. Лечение детей требовало особого подхода и терпения, а применяемые организационные формы, лечебные манипуляции, используемая техника и отсутствие анестезии не позволяли врачам проводить манипуляции качественно и безболезненно, а скорее действовали раздражающе на подрастающее поколение. Обстановка зубоврачебного кабинета, действия врачей приводило детей в ужас, порой проведение манипуляций сопровождалось применением физической силы, запугиванием ребенка. Напуганные зубоврачебным лечением дети стали его избегать, а негативный стереотип лечения откладывался на всю жизнь.

Несмотря на постоянное увеличение из года в год числа санированных детей, проведение этих мероприятий к концу 1920-х гг. не стало повсеместным и систематическим. Тем не менее, санация стала обязательной процедурой, подчас принудительной. Из элемента заботы государства о здоровье детей санация превратилась в элемент государственного контроля и принуждения.

В конце 1920-х гг. зубопротезирование на Дальнем Востоке становится «массовым явлением». В арсенале специалистов стали использоваться разные технологии: изготовление одиночных коронок, мостовидных и съемных протезов. Значительный объем зубного протезирования, особенно из благородных металлов, осуществлялся врачами частной практики. Кроме того, услуги частных врачей привлекали состоятельную часть населения и обеспеченных представителей трудового класса индивидуальным подходом и более высоким уровнем медицинской помощи.

ГЛАВА 4. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ РОССИИ В ГОДЫ ПЕРВЫХ СОВЕТСКИХ ПЯТИЛЕТОК И В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1929-1945 гг.)

4.1. Организация стоматологической помощи в РСФСР: теория и практика (1930-е гг.)

Ускорение социально-экономического развития СССР в конце 1920-х – 1930-х гг. было связано с идеями и воплощением в жизнь форсированной индустриализации страны и коллективизации сельского хозяйства, культурной революцией в городе и деревне, развитием образования и науки, открытием многочисленных социальных «лифтов», а также с процессами гиперцентрализации управления, подмены партийными органами демократической власти Советов, неограниченной властью ВКП(б), преобладанием административных методов решения социально-экономических задач.

Наметившиеся кризисные явления в здравоохранении страны в конце 1920-х гг. требовали срочной коррекции с учетом так называемого «текущего момента». Мобилизационная модель развития страны предполагала минимизацию всех рыночных механизмов хозяйствования и переход на планово-централизованное развитие народного хозяйства. Советские и партийные лидеры потребовали от органов здравоохранения РСФСР более эффективного использования выделяемых средств и быстрого роста всей системы здравоохранения [322; 413].

В этой связи руководство Наркомздрава и лично Н.А. Семашко, который являлся сторонником равного доступа к медицинской помощи [423], в начале 1929 г. подготовили план развития здравоохранения, который можно оценить как реалистичный. Этот план предусматривал расширение подведомственной сети, государственную поддержку территориальной медицины, проведение «режима экономии» и «усиление социального накопления», перераспределение кадров из крупных городов на периферию, что было обусловлено прогнозом доступных

ресурсов на планируемый период. Оппоненты НКЗ, в лице председателя Центральной ревизионной комиссии М.Ф. Владимирского, критикуя позицию руководства здравоохранения за «уравнительный принцип», заимствованный из арсенала дореволюционной земской медицины посчитали, что это в корне противоречит проводимой партийной политике по индустриализации страны и вытекавшей из нее классового принципа построения советского здравоохранения. По их мнению, только быстрый рост системы здравоохранения, ориентированный на оказание помощи по месту работы, где приоритет будет отдаваться пациентам из тех социально-экономических групп, которые считались наиболее важными для политического руководства, является наиболее приемлемым. Более того, здравоохранению отводилась социально-экономическая роль в повышении производительности труда и росте «энергетических ресурсов» страны [413].

Прежнее руководство здравоохранения вынуждено было смириться с новой риторикой официальной медицинской печати, где уже в 1930 г. заявлялось, что «сегодня ни пролетариат, ни трудящееся крестьянство не довольны классовым лицом советской медицины» [8]. Точку в споре между двумя противоборствующими группами поставили партийные лидеры, которые поддержали сторонников второго, форсированного плана [696]. В результате Н.А. Семашко и его соратники, в том числе заведующий зубоврачебной секцией П. Дауге, были отстранены от руководства НКЗ РСФСР. Чтобы подчеркнуть разрыв в преемственности между старой и новой политикой здравоохранения, термины «зубоврачевание» и «одонтология» были заменены новым понятием – «стоматология».

Основные направления программы перестройки советской системы здравоохранения были изложены в постановлении ЦК ВКП(б) от 18 декабря 1929 г. «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» [520]. В этом документе подчеркивалась необходимость более решительно проводить в жизнь пролетарскую классовую линию в здравоохранении, провести «перелом советского здравоохранения», а также давались указания по перестройке здравоохранения в интересах производства [69].

В связи с этим был скорректирован план развития здравоохранения. Во-первых, были сделаны попытки переброски медицинских кадров и ресурсов в экономически и политически важные районы страны. Во-вторых, к концу 1930 г. было решено оказывать медицинскую помощь прямо на рабочем месте в учреждениях нового типа – здравпунктах. Третьим направлением новой политики стала формализация приоритетов среди социально-экономических групп и оптимизация системы здравоохранения. Наконец, несмотря на заявления партийных лидеров о недопустимости полного запрещения частной практики [263] были предприняты шаги по ликвидации частного медицинского сектора [613]. Таким образом, применение «участкового принципа» оказания медицинской помощи должно было быть отодвинуто на второй план, в то же время должен был возобладать «индустриальный принцип» строительства системы советского здравоохранения.

Второй вариант первого пятилетнего плана, который был подготовлен новым наркомом здравоохранения РСФСР М.Ф. Владимирским, учитывал недостатки предыдущего и новую конъюнктуру социального строительства. План представлял попытку обосновать систему здравоохранения не как отрасль «культурничества», а как необходимейшее звено общего хозяйственно-экономического строительства. По мнению его создателей, он должен был полностью уйти от «абстрактной» формы участково-территориального обслуживания населения, учитывать потребности широких масс индустриальных рабочих, социалистически реконструируемой деревни и дифференцированного медицинского обслуживания отдельных групп населения в соответствии с их ролью в социалистическом строительстве республики [17; 413].

Еще одной точкой приложения реформ было медицинское образование. Постановление СНК РСФСР от 19 июня 1930 г. «О реорганизации системы подготовки врачебных кадров» было направлено на ускоренное пополнение страны медицинскими кадрами, причем с законченной специальностью по основным направлениям медицины того времени. Устанавливались приоритеты

в отраслях здравоохранения: лечебно-профилактической, санитарно-профилактической и впервые акцентировалось внимание на новой для здравоохранения РСФСР самостоятельной медицинской дисциплине – «стоматологии» [689]. Данное постановление «исправляло допущенные ошибки», одонтологические кафедры должны были быть превращены в стоматологические отделения, и устанавливался срок обучения в медицинском вузе по специальности «стоматология» – 3,5 года. Стоматологическое отделение при лечебно-профилактическом факультете должно было стать основной базой подготовки квалифицированных специалистов, а специалисты должны были быть не «аристократией» от стоматологии, а многочисленными квалифицированными работниками. Стоматологи должны были прийти на смену, как планировалось, «отмирающему» поколению зубных врачей, воспринимая все функции последних при одновременном углублении и расширении этих функций на основе приобретенных ими в медицинском вузе общебиологических, общемедицинских, общественно-политических и специальных знаний. Таким образом, новые принципы обучения специалистов в области зубоврачевания приблизились к новым требованиям жизни и партийным директивам.

В части касающейся стоматологической помощи предполагалось экстенсивное увеличение в РСФСР количества зубоучастковых кресел в городах на 43%, а в сельской местности на 61%. При наличии таких мощностей, в среднем на одно кресло в городе должно было приходиться до 7,9 тыс. человек, а в сельской местности до 100,0 тыс. человек [119].

По намеченному плану была взята установка на усиление зубоучасткового обслуживания производственных рабочих, особенно выделялись из них группы рабочих вредных производств (химики, пищевики, металлисты). На транспорте планировалось увеличение лечебно-профилактических учреждений на поездах. Так, число подвижных зубоучастковых кабинетов к концу первой пятилетки должно быть доведено до 34, вместо 17 имевшихся.

На крупнейших предприятиях, а также на всех других, где имелись специфические условия, вызывающие заболевания полости рта, вводился в штат здравпункта предприятия зубной врач со следующими функциями: оказание первой помощи в острых и неотложных случаях, отбор кандидатов для санации полости рта, санитарно-гигиеническая работа в целях профилактики заболеваний зубов [598].

В течение первой пятилетки работа по санации полости рта организованного детского населения должна последовательно расширяться [260]. Стержневой задачей должна была стать систематическая санация полости рта организованных групп детей в возрасте от 7 до 15 лет, и одновременно санация групп рабочих, занятых на вредных производствах [413].

Несмотря на явный приоритет по развертыванию медицинских учреждений на производстве, территориальная сеть здравоохранения также продолжала развиваться. К концу первой пятилетки число сельских зубных врачей должно было быть доведено до 2294, что дало бы увеличение по сравнению с 1929–1930 гг. на 1536 чел., т.е. почти в 2 раза. При территориальном размещении этих специалистов планировалось обеспечить в первую очередь наиболее важные в экономическом отношении районы. В сельской местности с развитым совхозным и колхозным строительством предполагалось иметь по 2 зубных врача, во всех остальных районах – по 1 зубному врачу.

В автономных республиках РСФСР с преимущественным проживанием коренного населения прирост числа зубоврачебных кресел должен был составлять свыше 100 % ежегодно. При организации врачебного участка в административных центрах коренных и малочисленных народов Севера также предусматривалось развертывание квалифицированной зубоврачебной помощи.

Предполагалось, что расширение сети зубоврачебной помощи должно было идти рука об руку с рационализацией всей зубоврачебной работы. Для этого решались вопросы по нормированию труда, устанавливались нормы

нагрузки на зубных врачей в количестве 16 посещений в смену. В штат государственных зубоврачебных амбулаторий и кабинетов включался вспомогательный персонал – «зубсестры». Планировалось на 2,0 ставки зубного врача предусмотреть 1,0 ставку зубной медсестры.

В соответствии с целевыми установками данного плана была рассчитана потребность в зубоврачебных кадрах, которая составляла к концу первой пятилетки 9474 специалиста. В связи с катастрофической нехваткой квалифицированных специалистов по зубоврачеванию в РСФСР в 1932 г. вновь были открыты зубоврачебные школы с трехгодичным сроком обучения. Планировалась переподготовка и переквалификация около 2500 фельдшеров на зубных врачей, а также предлагалось замещение 2000 должностей зубных врачей в практическом здравоохранении за счет совместительства в городах, причем процент нагрузки совместительства в городах в среднем должен был составлять до 60–65 %.

Острая нехватка специалистов в области зубного протезирования спровоцировала в 1930 г. решение о немедленной переквалификации зубных техников в зубных протезистов [496], что привело к появлению в здравоохранении временного типа специалиста «протезист». Кроме того, фельдшерам разрешалось выполнять простейшие хирургические операции в полости рта, а именно вскрытие абсцессов, удаление зубов и их корней [654].

Все эти мероприятия должны были удвоить общее количество посещений по поводу оказания зубоврачебной помощи и довести эти значения к 1932–1933 гг. до 28,8 млн. посещений [413], а объем зубоврачебной помощи должен был быть не менее 10–20 % от всех амбулаторных посещений [568].

Конкретных количественных ориентиров по развитию зубопротезной помощи населению республики в этот период установлено не было. Декларировалось постепенное расширение контингентов получающих зубопротезирование бесплатно, и постепенное расширение показаний для бесплатного протезирования [654].

Однако было понятно, что организовать в ближайшие годы бесплатное зубопротезирование в таких размерах, которое стало бы доступным широчайшим

рабоче-крестьянским массам, не представлялось возможным. Это было связано с его дороговизной, недостаточной организацией отечественного производства необходимого оснащения, ограниченностью расходных материалов, отсутствием современного оборудования и недостаточным количеством специалистов-протезистов, а также квалифицированных зубных техников. Между тем, за первый пятилетний план предлагалось подготовить 440 зубных техников при «максимальной увязке с производством» [412].

Таким образом, государство ставило задачу обеспечить зубоврачебной помощью только рабочих ведущих производств и профессий в рамках имеющихся ограниченных ресурсов и руководствуясь социальной целесообразностью. Специальная стационарная медицинская помощь пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области в первые пятилетки не планировалась [568].

Согласно утвержденным нормативам амбулаторно-поликлинической помощи городскому населению, принятым во втором пятилетнем плане развития народного хозяйства конференцией Госплана СССР в 1932 г., количество посещений по зубоврачеванию должно было быть доведено концу второй пятилетки до 2,0 на одного жителя [568].

К началу второй пятилетки более 60 % всех зубных врачей стали обслуживать индустриальные центры и рабочие поселки. Так, в Западной области (современные Курская, Смоленская, Брянская и Орловская области) один зубной врач в индустриальных центрах обслуживал 4 500 чел. населения, а свыше 90 % всех посещений приходилось на городские зубоврачебные учреждения. Из общего числа специалистов только 7,6 % приходилось на врачей-одонтологов (стоматологов), которые находились, главным образом, в крупных рабочих центрах. Свыше 38 % должностей зубных врачей были не заняты. В Западной области продолжал оставаться острый дефицит квалифицированных специалистов [691].

Организаторы здравоохранения отмечали, что эффективность деятельности зубных врачей за первую пятилетку повысилась, несмотря на то, что они

продолжали выполнять вспомогательную работу среднего медицинского персонала, укомплектованность которым едва достигала 50 %. Планирование, рационализация и социалистическое соревнование дали положительные результаты. Это проявлялось в том, что стало повышаться количество больных принятых в рамках плановой санации.

Несмотря на общее снижение количества посещений на 6,5 %, количество первичных пациентов увеличилось на 10 %, количество установленных пломб на 25 %, а количество экстракций зубов на 90 %. Эти показатели находились в русле общего направления развития зубоврачебной службы и свидетельствовали, по мнению властей, о значительном росте эффективности и производительности зубоврачебного труда. С целью рационализации было внедрено следующее: выделен отдельно хирургический прием, введена система первичного осмотра пациента и направление его к соответствующему специалисту, введена конвейерная система и разделение труда при изготовлении зубных протезов, внедрена шефская работа по обслуживанию рабочих машинно-тракторных станций (МТС), колхозников [691].

Продолжавшийся дефицит зубоврачебных специалистов спровоцировал следующий этап реформ. На основании постановления СНК СССР от 8 сентября 1936 г. «О подготовке средних медицинских, зубоврачебных и фармацевтических кадров» устанавливалась следующая система подготовки зубоврачебных кадров: подготовка врачей-стоматологов с высшим зубоврачебным образованием осуществляется в самостоятельных стоматологических институтах с четырехгодичным сроком обучения. В 1935–1936 гг. в РСФСР были открыты сразу 10 стоматологических институтов. Подготовка кадров зубных врачей должна была производиться в зубоврачебных школах с трехгодичным сроком обучения. Более того, была узаконена подготовка дантистов, т.е. специалистов по зубоврачеванию, обучавшихся практическим навыкам при стоматологических отделениях больниц или зубоврачебных поликлиниках. Подготовка зубных техников для выполнения технических работ по зубопротезированию должна была проводиться в

зубопротезных техникумах с 2,5 годами обучения [304]. Заключительным этапом среднего и высшего медицинского образования была последипломная подготовка, как врачей-стоматологов, так и зубных врачей [708].

Приказом НКЗ СССР от 13 сентября 1937 г. «Об улучшении дела переквалификации зубных врачей во врачей-стоматологов» была упорядочена система такого перехода. Переобучение предусматривалось сроком два с половиной года, из которых – два года без отрыва от производства и последние полгода на базе стоматологических институтов и на кафедрах стоматологии в ряде медицинских институтов [304]. В 1940 г. в 11 стоматологических институтах СССР и 49 зубоврачебных школах обучалось 15 680 учащихся [664].

В 1938 г. были уточнены профессиональные права и обязанности специалистов по зубоврачеванию и врачей-стоматологов. Определялось, что врач-стоматолог имеет высшее специальное медицинское образование, которое присваивается также лицам, окончившим одонтологические факультеты, а также зубным врачам, переквалифицировавшимся на специальных курсах очным или заочным путем. К сфере деятельности врачей-стоматологов было отнесено оказание помощи при заболеваниях зубной и челюстно-лицевой области и прилегающих к ней областей [299].

Рост количественных показателей деятельности зубоврачебной службы страны привел к тому, что к концу второй пятилетки объем помощи по поводу заболеваний полости рта и зубов составлял 12 % от общего объема амбулаторно-поликлинических посещений при плановых показателях не менее 10–20 % [568]. Фактически число врачебных посещений стоматологического профиля в 1939 г. составило 0,92 на одного городского жителя, что было ниже утвержденных нормативов (план 2,0 на 1 жителя) [568].

В 1937 г. был принят третий пятилетний план хозяйственного развития СССР на 1938–1942 гг. Идеологическую базу плана составлял новый, ранее не использовавшийся Коммунистической партией, тезис «о завершении строительства социализма и постепенного перехода к коммунизму» [688]. Этот тезис лег в основу нового подхода в социальной сфере, в т.ч. в здравоохранении.

Реализация нового вектора социальной политики подразумевала углубленное развитие социальной инфраструктуры при законодательном оформлении механизмов социального контроля, основанного на классово-производственном принципе.

По подсчетам Центрального статистического управления Госплана СССР в 1940 г. общее число самостоятельных зубоврачебных учреждений в стране составляло 208, а зубоврачебных кабинетов 10 966, основная доля которых – 140 (67 %) и соответственно – 6 624 (60 %) приходилась на РСФСР. Показатели зубопротезных учреждений были следующие: число самостоятельных зубопротезных амбулаторий в СССР – 322, а зубопротезных кабинетов – 1 170, из них соответственно 200 (62 %) и 717 (61 %) приходились на РСФСР [605].

По данным государственной статистики в РСФСР количество зубоврачебных кабинетов в городах составляло 75 % и 25 % на селе, соответственно зубопротезных учреждений – 83 % приходилось на городские поселения и 17 % на сельскую местность [605].

На 1 января 1936 г. число зубных врачей и стоматологов всех ведомств и организаций СССР составляло 10 508 человек, основная доля которых (6 721 чел. или 64 %) приходилась на РСФСР. В штате железнодорожной медицины состояло 1 137 зубных врачей, что составляло 10,8 % всех специалистов по зубоврачеванию СССР [600]. На заседании Коллегии Наркомздрава СССР 10 июня 1940 г. было доложено, что общее количество стоматологов и зубных врачей в СССР на 1 января 1940 г. составляло 15 197 чел. [456]. В системе Наркомздрава СССР в 1941 г. работало 4 700 стоматологов, из которых 378 на селе [271].

К началу 1941 г. обеспеченность городского населения специалистами стоматологического профиля по СССР составляла 1 врач на 5 000 чел., в сельской местности 1 врач на 50 000 чел. В среднем по СССР 1 зубоврачебный работник приходился на 11 000 чел. населения. В большинстве случаев врач-стоматологи и зубные врачи занимали одни и те же должности в амбулаториях и поликлиниках, отличаясь лишь своей квалификацией. В практическом

здравоохранении РСФСР значительно преобладали зубные врачи, стоматологи в основном работали в городах [456].

К концу 1930-х гг. советские стоматологические кабинеты приобрели следующие основные черты: абсолютное большинство медицинских работников стало государственными служащими, а амбулатории и кабинеты находились в государственной собственности. Однако частная клиническая стоматологическая практика продолжала существовать, особенно в предоставлении услуг по зубопротезированию.

Более того, некоторые послабления государства в 1937 г., связанные с возможностью оказания бытовых услуг частными лицами (услуги по ремонту часов, пошиву обуви и др.), позволили ряду зубных врачей продолжать оказывать услуги по зубному протезированию, которые были признаны властью социально полезными. Формально предоставление медицинских услуг частным образом было незаконно, государство запретило населению получать услуги вне государственных рамок. В официальную систему ценностей вошел ударный труд на общее благо, общественная собственность [245].

Таким образом, с началом первой пятилетки курс страны в социальной сфере был направлен на нужды государственной экономики и подчинен вектору быстрого индустриального роста, где строгий медицинский контроль над обществом и телом человека являлся неотъемлемой частью государственной политики. Власть стала отрабатывать и внедрять в жизнь стратегию перехода исключительно к «директивному управлению», при котором распределение финансовых и материальных ресурсов между отраслями производственной и непромышленной сферы было подчинено партийным директивам, «силовому» административному воздействию. В системе здравоохранения политика экспериментов, либерализации и открытых дискуссий 1920-х гг. была окончательно прекращена. В отсутствие достаточных финансовых, кадровых и материальных ресурсов для общенациональных программ социального обеспечения и здравоохранения определялись новые социальные группы населения, которым социальные блага должны были предоставляться в первую

очередь. В этой связи медицинское обслуживание становилось весомым фактором стимулирования и повышения производительности труда, укрепления производственной дисциплины, закрепления людей на производстве.

В начале 1930 г. в стране начался новый виток реформы системы общественных зубоврачебных служб и их деятельности. Это было связано с тем, что организация этой медицинской помощи не могла адекватно удовлетворить количественные и качественные потребности населения, обострился кадровый дефицит. Прежние организационные подходы были не способны поддерживать перемены в экономике и социальной структуре советского общества, не являлись стимулом подъема производительности общественного труда и не влияли на рост национального дохода. Поводом для реформ стало отставание подготовки медицинских кадров от темпов индустриализации и коллективизации, вызванное обострением межведомственных противоречий на фоне недостаточного финансирования.

Модель зубоврачебной помощи в РСФСР вступила на путь организации стоматологической помощи, где врач-стоматолог, специалист с высшим специальным медицинским образованием, должен был стать главным действующим лицом. Однако было понятно, что в ближайшей перспективе решить кадровый вопрос в огромной стране не удастся, поэтому было решено использовать все имеющиеся ресурсы и возможности.

В связи с этим, конце 1930-х гг. законодательно сложилась трехуровневая система подготовки специалистов по оказанию стоматологической помощи: врачи-стоматологи с высшим зубоврачебным образованием, зубные врачи и зубные техники со средним медицинским образованием и дантисты, имеющие только практическую подготовку по зубоврачеванию. Такая структура сложилась не сразу, а поэтапно, на основе проб и ошибок, и отражала, скорее, вызовы времени, чем преднамеренную государственную политику в области организации стоматологической помощи населению СССР.

В итоге, несмотря на мировые тенденции к формированию высшего стоматологического образования с продолжительным сроком обучения 4–5 лет, в

РСФСР накануне Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. общедоступная стоматологическая помощь оказалось отброшенной назад, на уровень XIX в., когда доминировало среднее медицинское образование продолжительностью 2–3 года в зубоврачебных школах.

Количественные достижения в организации стоматологической помощи в годы первых советских пятилеток были безусловны, но выполнить все поставленные задачи не удалось. Не были решены кадровые проблемы, актуальными оставались вопросы доступности и качества оказания медицинской помощи, реализация профилактических программ.

Организация этого вида медицинской помощи оказалось на периферии советского государственного здравоохранения. Это было связано с одной стороны, большой, по мнению власти нерациональной затратностью этого вида медицинской помощи, с другой стороны, невысокой социальной и политической значимостью стоматологии по сравнению с другими проблемами, стоящими перед советским здравоохранением. В общественном сознании экстракция продолжала оставаться самым надежным и эффективным методом лечения больных зубов, тем более, что в тот период было распространено мнение: «отсутствие зубов не мешает жевать».

Оказание стоматологической помощи населению страны было организовано в соответствии с экономическими приоритетами и возможностями государства по выработанным единым, строго узаконенным и общеобязательным советским методам социальной и клинической стоматологии. Именно здесь проявлялась регламентирующая и контролирующая направленность государственной заботы о здоровье народа. Пятилетние планы стали определять все цифры в системе стоматологической помощи, вплоть до числа зубных кресел и количества лекарственных средств, необходимых государственным стоматологическим кабинетам.

4.2. Особенности организации стоматологической помощи населению Дальнего Востока

Взятый Коммунистической партией и Советским правительством курс на форсированную индустриализацию и коллективизацию требовал от местных властей новых подходов к распределению средств здравоохранения, планированию и организации государственной медицинской помощи. Однако при составлении первого пятилетнего плана экономического развития ДВК не были запланированы новые точки роста здравоохранения. К таким точкам роста должны были быть отнесены новые промышленные и сельскохозяйственные предприятия, сезонные производства, места компактного проживания национальных меньшинств, жителей Крайнего Севера.

Местные партийные органы, чувствуя новые посылы центральной власти, стали критиковать органы здравоохранения за преобладание тенденции равной доступности в обслуживании всего контингента трудового населения Дальневосточного края без тесной увязки развития здравоохранения с экономическими и производственными процессами. Вследствие такого положения, с точки зрения новой идеологии, отпускаемые на здравоохранения средства использовались неэффективно. Органам здравоохранения ДВК было предложено перестроить свою работу, приблизить здравоохранение к производственным нуждам [110].

Строгие указания партии и правительства о необходимости коренного «перелома советского здравоохранения» в период проведения государственного проекта по индустриализации страны требовали от исполнительной власти более жесткого соблюдения классового принципа в предоставлении медицинской помощи, в первую очередь рабочим и служащим важнейших промышленных объектов [520].

Согласно новым указаниям партии в начале 1930-х гг. в ДВК стали пересматриваться подходы к предоставлению медицинской помощи. Мобилизационный тип экономики предполагал переход на единую

«бюджетную» модель финансирования здравоохранения. В связи с этим, медицинская помощь застрахованным на Дальнем Востоке прекратила свое существование и функционировала в общем русле бюджетного финансирования [549].

Местной исполнительной властью было заявлено, что предоставление части больничных коек и других видов помощи нетрудовым слоям населения еще более увеличивает нагрузку на медико-санитарную сеть и повлечет за собой неизбежное ухудшение помощи трудящимся, вовлеченным в процессы индустриализации. С другой стороны, возникали идеи о возобновлении оказания преимущественно платной медицинской помощи нетрудовому населению. Однако опыт взимания платы за медпомощь с нетрудового населения в целом ряде мест РСФСР показал неэффективность этой меры по улучшению финансового положения здравоохранения. Наоборот, это вносило много осложнений в работу, поэтому от этого предложения решено было отказаться [125].

Таким образом, во исполнение распоряжений партийных и советских органов был практически закрыт доступ для получения медицинской помощи в общественных учреждениях здравоохранения всем лицам, которые не были задействованы в государственных хозяйственных проектах. Более того, в дальневосточной прессе не прекращали раздаваться требования о полном запрете частной практики и вовлечении всех медицинских работников в социалистическое строительство [301].

Одним из основных промышленных и военных центров Дальнего Востока должно было стать Приморье. В этой связи был разработан пятилетний план развития здравоохранения во Владивостокском округе на 1928–1933 гг. Так, по части зубоврачебной помощи планировался рост зубоврачебных кресел на 600 %. В сельской местности рост врачебных кадров должен был произойти на 250 %. Устанавливались основные показатели обеспеченности населения зубоврачебной помощью на 1 жителя в год к 1932–1933 гг.: зубоврачебных посещений в городе довести 0,6, (в СССР – 2,0) а в сельской местности до 0,03

[95; 97; 120]. Фактически, выполнить такие амбициозные планы не представлялось возможным. Рост «зубных приемов» был незначителен, например в 1932–1933 гг. он составлял 14,6 % в совокупности для городской и сельской лечебной сети [95].

В рамках установок партии и правительства о медицинском обслуживании наиболее важных категорий населения, активно вовлекаемых в процессы индустриализации, принимались решения о развитии медико-санитарных учреждений для населения национальных (этнических) групп, проживающих в южных районах Дальнего Востока. К таким группам населения были отнесены: украинцы, корейцы, китайцы, евреи, белорусы и молдаване. В связи с этим были подняты вопросы об особом медицинском обслуживании этой категории населения. Количество зубных кабинетов для этой категории населения должно было возрасти с 6 в 1929 г. до 45 в 1932 г. [127].

Местные органы здравоохранением отмечали, что рост ряда учреждений предназначенных именно для этой категории населения Дальнего Востока должен быть выше общего роста по краю. За годы первой пятилетки, в районах компактного проживания украинского населения обеспеченность зубоврачебной помощью значительно улучшилось с 130,0 тыс. чел. на один зубной кабинет в 1928 г. до 25,7 тыс. чел. в 1932 г. Корейское население было обеспечено зубоврачебной помощью к 1932 г. в количестве 23,4 тыс. чел. на один зубной кабинет. [112; 127]. В 1932 г. была организована зубоврачебная помощь в ряде мест проживания коренных жителей северных районов края.

Недостаток территориальной зубоврачебной помощи в сельской местности, частично восполнялся работой Российского Общества Красного Креста (РОКК). Так, в начале 1930-х гг. в Нижне-Амурской области была организована работа зуболечебницы РОКК [136]. Кроме того, в документах того времени подчеркивалось, что национальные меньшинства также могут пользоваться общей лечебно-профилактической сетью для всего населения и, в первую очередь, медицинскими учреждениями городов. В дальнейшем внимание органов здравоохранения к организации медицинской помощи по

национальному признаку значительно ослабело и не выделялось из общей сети системы здравоохранения.

В начале 1930-х гг. в связи с началом планомерных геологических исследований Северо-Востока России и началом промышленного освоения Колымы был образован государственный трест «Дальстрой» и его ведомственная медико-санитарная служба, неподконтрольная местным органам здравоохранения [352; 676]. Основной рабочей силой треста были заключенные, медико-санитарное обслуживание которых было недостаточным на протяжении всей деятельности ГУЛАГа [21; 617; 674]. «Дальстрой» организовал собственную зубоврачебную службу на территории своей хозяйственной деятельности.

К концу первой пятилетки в ДВК была организована деятельность 1 самостоятельной зубоврачебной амбулатории в г. Владивостоке и 47 зубных кабинетов в городах и промышленных центрах, из которых только 8 в сельской местности. Общее число кресел составляло 67 шт., из которых 9 были предназначены для сельских жителей. Общее число посещений составляло 204,2 тыс., причем доля посещения зубных врачей сельскими жителями равнялась 5,7 % [129].

На одно зубоврачебное кресло в городах Дальнего Востока к концу первой пятилетки приходилось 13,7 тыс. чел., а в сельской местности – 111,1 тыс. чел. Это было ниже установленных плановых норм по РСФСР, которые предполагали довести количество функционирующих зубоврачебных кабинетов до 7,9 тыс. чел. в городе и 100,0 тыс. чел. на селе [119]. Фактически, общее число посещений в ДВК составляло в 1932 г. не более 0,2 на одного человека в год [224; 242].

Новая оборонная доктрина СССР, связанная с возникновением угрозы войны с Японией на Дальнем Востоке, инициировала в 1932 г. модернизацию ДВК. Программа предполагала создание автономно функционирующей региональной экономики и значительную милитаризацию края. В ДВК было развернуто масштабное строительство и промышленное производство.

Основным условием осуществления реконструкции ДВК являлось резкое увеличение трудовых ресурсов [87].

Данная задача решалась путем переселения на Дальний Восток демобилизованных красноармейцев, мобилизации комсомольцев на стройки края, перемещения спецпереселенцев (раскулаченных крестьян, бывших заключенных ГУЛАГа). Ведущая роль при осуществлении миграционной политики принадлежала созданию сети исправительно-трудовых лагерей (ИТЛ), широко использовавших рабский труд заключенных, которые обеспечили, по мнению Е.Л. Люшилина и Л.Н. Долгова, 68 % прироста населения ДВК [408].

Планы на вторую пятилетку по развитию промышленности и сельского хозяйства Дальнего Востока требовали значительного роста числа лечебно-профилактических учреждений, широкого проведения оздоровительных мероприятий для населения, что способствовало бы повышению производительности труда, снижению заболеваемости и, в конечном итоге, влияло бы на увеличение внутреннего валового продукта. Эти обстоятельства требовали высоких темпов роста дальневосточного здравоохранения.

Постановлением Совнаркома (СНК) СССР в 1934 г. ДВК были выделены дополнительные средства на финансирование здравоохранения за счет резервного фонда СНК. Средства целевого назначения (4,5 млн. руб. на 1934–1935 гг., 7,6 млн. руб. на 1935–1936 гг., 15,1 млн. руб. на 1936–1937 гг.) предназначались для финансирования мероприятий, направленных на улучшение содержания лечебных учреждений, переподготовку кадров, на капитальное строительство в сфере здравоохранения [54]. Государственное финансирование было рассчитано на 1934–1937 гг., однако уже с 1937 г. оно вновь было полностью возложено на местный бюджет [671].

В 1935 г. сеть зубоврачебных кабинетов ДВК была представлена одной самостоятельной зубоврачебной лечебницей в г. Владивосток, функционировавшей с 1929 г., которую возглавлял К.К. Алкалаев. Он организовал при лечебнице челюстно-лицевое отделение на 10 коек и 66 зубных кабинетов, из которых 48 (73 %) находилось в городах и 18 (27 %) в сельской

местности. Общее число зубоврачебных посещений в ДВК составило 386,1 тыс., причем 92 % всех посещений приходилось на жителей городов. Всего было санировано 44,3 тыс. чел., из которых 20,1 тыс. приходилось на детей и подростков, проживающих в городских поселениях. В крае числилось 96 зубных врачей, из которых 17 работали в сельской местности [11; 13].

К середине 1930-х гг. в ДВК была организована работа 9 зубопротезных лабораторий, в 1935 г. в них было изготовлено 8736 протезов, из которых 4491 (51%) приходилось на рабочих [135]. Удовлетворить все потребности населения в зубопротезировании не удавалось. Несмотря на заявленную политику власти о постепенном расширении контингентов лиц, могущих иметь льготы на бесплатное зубное протезирование, услуги по государственному зубопротезированию оказывались населению в основном на платной основе за счет личных средств граждан.

В начале 1930-х гг. ДВК стал испытывать острый дефицит врачебных кадров. Так, в отчетах по медицинскому обслуживанию населения национальных меньшинств было отмечено, что фактически в 1932 г. для обслуживания этой категории населения требовалось врачей – 80 чел., медицинских сестер – 202 чел., акушерок – 146 чел., зубных врачей – 15 чел. [127]. В материалах дальневосточной энциклопедии по здравоохранению ДВК указывалось, что в 1932 г. зубных врачей в крае – 80 человек, дефицит – 30% [112].

Обострение политической ситуации в стране и в районе КВЖД в 1929 г. ограничило доступ специалистам из Первой и Второй харбинских зубоврачебных школ на территорию Советской России, и Дальний Восток лишился возможности пополнения зубоврачебными кадрами из этой школы. Насущная потребность в подготовке собственных зубоврачебных кадров привела к тому, что в 1932 г. во Владивостокском медицинском техникуме было открыто «зубное отделение», впоследствии оно было реорганизовано в зубоврачебную школу, которую возглавлял Ф.И. Каценельбоген. Первый набор был сделан из лиц со средним медицинским образованием, срок обучения составлял 1 год.

Таким образом, первый выпуск зубных врачей во Владивостоке был осуществлен в 1933 г. [564; 680].

Установка Наркомздрава на самостоятельное обеспечение средними медицинскими работниками территорий привела к тому, что в крае с начала 1935 г. планировалось развернуть при медицинских техникумах не менее двух отделений по подготовке зубных врачей. Одновременно предлагалось создать не менее двух одногодичных курсов по переквалификации фельдшеров в зубных врачей [133].

Однако превратить в жизнь все намеченные мероприятия по подготовке собственных зубных врачей на Дальнем Востоке не удалось. Имеющаяся зубоврачебная школа во Владивостоке в 1934 г. провела второй набор зубных врачей, а в 1936 г. – третий. С 1939 г. зубоврачебное отделение Владивостокского медицинского училища стало ежегодно проводить прием учащихся [96]. Практические занятия проводились на базе зубоврачебной лечебницы имени П.Г. Дауге [680]. Количество учащихся было ограничено 25–30 чел., обеспечить зубными врачами весь Дальний Восток не представлялось возможным.

Покрыть дефицит специалистов в ДВК предлагалось за счет 50 зубных врачей, которые должны были быть распределены в 1935 г. на Дальний Восток из центральных районов России [104; 137].

Территории были вынуждены находить и другие пути решения кадровых проблем. Так, в г. Магадан были организованы курсы по переобучению фельдшеров в зубных врачей путем ученичества на рабочем месте [352], органы здравоохранением принимали на должности зубных врачей зубных техников без специального образования, но обладавших необходимыми практическими навыками. Для работы на п-ве Камчатка, п-ве Чукотка, о-ве Сахалин было организовано приглашение специалистов из центральных районов РСФСР, с которыми заключались договоры на сроки от 3 до 5 лет с заманчивыми для специалистов условиями, особенно социально-бытовыми.

Но прибывавшие в эти регионы врачи зачастую попадали в условия полного игнорирования всех тех обещаний, которые им были даны при приглашении. Часто специалистов с семьями «временно» помещали в непригодные и даже непригодные для проживания помещения. Обещанное хорошее продовольственное и промышленное снабжение отсутствовало. Прибыв к месту работы, зубные врачи сталкивались с отсутствием оборудованных кабинетов, инструментов и материалов, что, по мнению современников, «вряд ли способствовало дополнительному притоку специалистов» [134].

Недостаток медицинских работников привел к тому, что районные органы здравоохранением вменяли прибывшим зубным врачам исполнять обязанности фельдшеров, санитарных врачей, а порой и руководителей районного здравоохранения.

Текущая медицинская кадров в крае была постоянной проблемой органов дальневосточного здравоохранения. С целью улучшения материально-бытового уровня медицинских работников на Дальнем Востоке, повышения их социального статуса, партия и правительство принимали соответствующие мероприятия. Так, врачи на промышленных предприятиях снабжались по нормам индустриальных рабочих. В 1935 г. на 20 % были повышены ставки заработной платы медицинским работникам ДВК и на 50 % – для работающих в районах Крайнего Севера СССР [518].

Слабое социальное развитие региона, тяжелые социально-бытовые условия жизни, недостаточная заработная плата, оторванность от образовательных и культурных центров не позволяли быстро наращивать потенциал специалистов.

Материально-техническое оснащение зубных кабинетов и зуботехнических лабораторий, а также снабжение инструментами и материалами было неудовлетворительным и крайне нерегулярным. Например, в отчете Нижне-Амурского Окргздрава за 1933 г. сообщалось, что получение материалов через аптечное управление «безнадежное», заявки на протяжении трех лет ни разу не удовлетворялись [136].

По свидетельству А. Гайдара, работавшего в 1932 г. корреспондентом хабаровской газеты «Тихоокеанская звезда» уровень организации и качество государственной медицинской помощи на Дальнем Востоке было невысоким [86].

Слабое материально-техническое состояние зубоврачебных кабинетов в стране привело к изданию Постановления СНК РСФСР от 17.02.1935 г. «О передаче специального оборудования зубоврачебных и рентгеновских кабинетов из неприкасаемых запасов», согласно которому ДВК выделялись во временное пользование зубоврачебное оборудование, инструменты и материалы в следующем количестве: бормашины – 4 шт., боры стальные – 3560 шт., щипцы зубные – 107 шт., зеркала зубные – 28 шт. [106].

Доступность зубоврачебной помощи для жителей сельской местности продолжала оставаться весьма ограниченной. Так, согласно сообщениям сахалинского Окргздрава крестьяне из отдаленных деревень, коренные жители Крайнего Севера не посещали городские зубные кабинеты из-за дальности расстояния, а также из-за отсутствия мотивации к лечению, ограничиваясь только купированием боли [116].

С другой стороны, Комитетом Севера было замечено, что при обращении в медицинские учреждения Хабаровска аборигенов, они не получали медицинской помощи в кратчайшие сроки, имелись многочисленные случаи отказов [134].

Многочисленные жалобы и обращения рабочих в партийные и советские органы по поводу зубопротезирования, привели к тому, что в 1935 г. были проведены мероприятия по перестройке дела протезирования зубов, вводилась сдельная оплата труда для специалистов. В результате этих мероприятий Хабаровский городской совет констатировал, что в деле зубного протезирования в городе был наведен порядок, и это ускорило изготовление протезов. Также была пересмотрена и удешевлена такса на работы [186].

Исследователь истории дальневосточного здравоохранения А.В. Исаков отмечал, что в конце 1930-х гг. уровень организации и качество медицинской помощи в Особой Краснознаменной Дальневосточной армии (ОКДВА) был

значительно выше, чем в гражданских лечебных учреждениях [315]. Между тем, вооруженный конфликт у озера Хасан в 1938 г. выявил многочисленные проблемы в оказании стоматологической помощи в армии, дислоцирующейся на Дальнем Востоке.

Проведенная М.Н. Ахутиным оценка оказания хирургической помощи на театре боевых действий показала, что в действующей армии и тыловых госпиталях на фоне общей образцово налаженной работы в качестве слабого места выделялась практически отсутствие квалифицированной стоматологической помощи при недостаточной осведомленности общих хирургов в вопросах челюстных травм. Оказание медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область было признано неудовлетворительным. В связи с этим были подняты вопросы о необходимости срочного направления в армейские госпитали врачей-хирургов и стоматологов хорошо знакомых с оказанием специальной помощи при ранениях и заболеваниях челюстно-лицевой области [9; 14].

В 1938 г. произошло административное разделение ДВК на Хабаровский и Приморский края. В состав первого вошли Хабаровская, Амурская, Нижнеамурская, Сахалинская области, Камчатская область с Чукотским и Корякским национальным округом и Еврейская автономная область, во второй – Приморская и Уссурийская области (Рис. 3). Численность населения этих краев в 1939 г. составляло 2 779,7 тыс. чел. Хабаровский край располагал 58 зубоврачебными кабинетами и 4 зубоврачебными лабораториями, причем 2 лаборатории работали на принципах хозрасчета. Эти показатели продолжали расти, и в 1940 г. в крае было уже 78 зубных кабинетов и 6 зуботехнических лабораторий. Возросло количество посещений с 192,8 тыс. в 1938 г. до 338,6 тыс. в 1940 г. (на 175%), среднее число посещений на одного жителя увеличилось до 0,5 (рост в 2,5 раза). Увеличилось количество санированных больных с 12,8 тыс. в 1938 г. до 43,5 тыс. в 1940 г. (на 340 %). Число лиц, получивших зубные протезы, составило в 1940 г. 14447 чел. [118; 131]. Возросло количество врачей-

стоматологов с 21 в 1938 г. до 25 в 1940 г. и зубных врачей соответственно с 60 в 1938 г. до 109 в 1940 г. [118; 131].

Согласно отчетам Крайздравотдела Приморского края в предвоенные годы наблюдалась положительная динамика роста объемов зубоврачебной помощи. Так, в 1938 г. общее количество зубных кабинетов в крае составляло 29 единиц, из которых 24 были организованы в городах и 5 в сельской местности. В 1940 г. этот показатель возрос до 46 зубных кабинетов, соответственно 36 кабинетов в городах и 10 в сельской местности. Возросло количество штатных должностей зубных врачей с 71 ед. в 1938 г. до 96 ед. в 1940 г. Увеличилось число посещений в 2 раза, как в городах с 196,6 тыс. в 1938 г. до 311,1 тыс. в 1940 г., так и в сельской местности соответственно с 12,1 тыс. до 22,9 тыс. [92].

В 1938 г. Хабаровский и Приморский края по-прежнему испытывали недостаток специалистов. Фактически в учреждениях здравоохранения Хабаровского края штатная укомплектованность стоматологами составляла – 35 %, а зубными врачами – 51 % [118; 134; 179].

Таблица 5

Сеть и деятельность зубоврачебной службы Дальневосточного края РСФСР
в 1933 году⁸

№	Показатели	Всего	В т.ч.	
			В городах	Сельская местность
1.	Самостоятельных зубамбулаторий	1	1	-
2.	Зубных кабинетов	47	39	8
3.	Общее число кресел	67	58	9
4.	Общее число посещений	204211	192419	11792
4.1	В т. числе рабочим (вкл. рабочих совхозов и МТС)	64924	60202	4722
5.	Всего санировано лиц	39417	39397	20
5.1	В т.ч. детей и подростков до 18 лет	11013	10933	80
6.	Зубопротезных лабораторий	8	8	0
7.	Изготовлено протезов	4557	4557	0
7.1	В т.ч. рабочим	1970	1970	0

⁸ Составлено по ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.101. Л.2

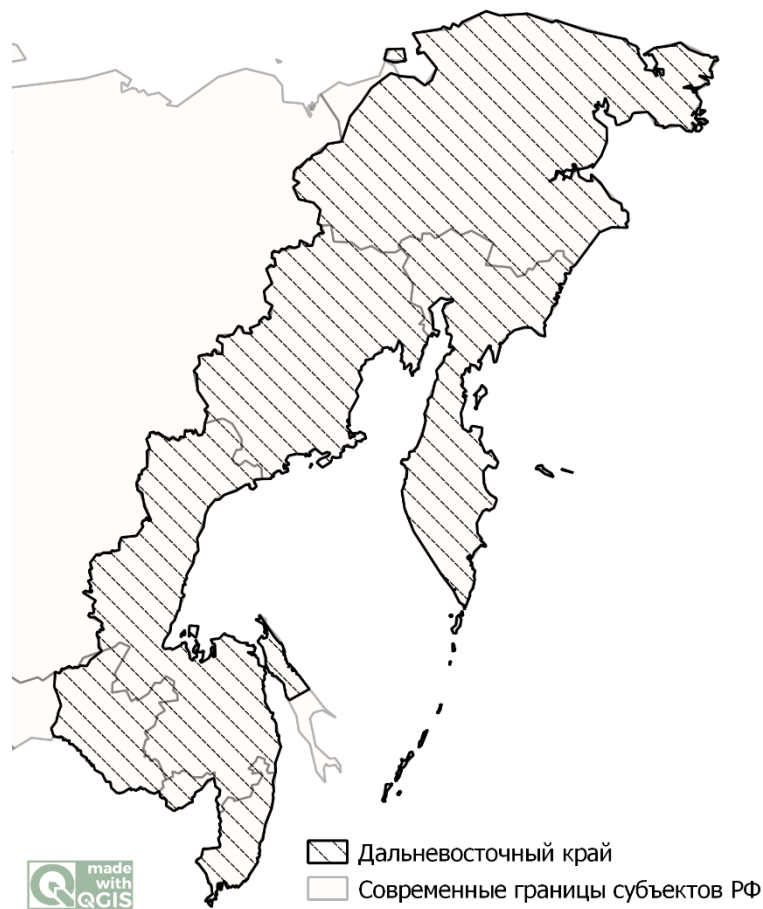


Рисунок 3. Карта Дальневосточного края РСФСР в начале 1938 г.

В Приморском крае также имелась потребность в зубных врачах [91]. Отсутствие зубных врачей в сельских районах Дальнего Востока, на предприятиях по лесозаготовке и добыче полезных ископаемых, привело к тому, что оказание зубоврачебной помощи возлагалось на фельдшеров [102]. Постановлением СНК СССР от 25 августа 1938 г. было решено обязать Наркомздрав СССР до конца 1938 г. направить в ДВК 100 зубных врачей. Кроме этого, Наркомздраву УССР также предлагалось направить на Дальний Восток 10 стоматологов (челюстных хирургов) [109].

К 1937 г. «Дальстроем» была организована работа 24 зубных кабинетов не только в подведомственных лечебных учреждениях, но и на приисках, обогатительных комбинатах и стройках. Так, в 1938 г. приехала на Колыму зубной врач, 23 летняя, М.М. Рубинштейн. Молодого специалиста направили на оловодобывающий рудник "Кинжал", а в октябре 1939 г. откомандировали

на обогатительную фабрику "Вакханка". Фабрика входила в состав рудника "Бутугычаг", основной рабочей силой, которого, как и других приисков Колымы, являлись заключенные [353]. Численность заключенных в лагерях «Дальстроя» к концу 1938 г. составляло 117,6 тыс. чел. [292]. Между тем, «экономия на работниках», экономия на социальной инфраструктуре существовала весь период деятельности этого государственного треста [21; 676].

Профессиональные вольнонаемные врачи и средний медицинский персонал неохотно шли в лагерную систему, связанную с колоссальными перегрузками, небольшой заработной платой, угрозами со стороны рецидивистов и риском заразиться инфекционными и венерическими болезнями. Зачастую, специалистами таких кабинетов были осужденные, отбывающие различные сроки в ИТЛ. При этом оказание медицинской помощи основной массе спецконтингента было ограничено и осуществлялось в обстановке грубости и унижения [665]. По воспоминаниям бывших узников ГУЛАГа «зубы они не лечили, а рвали, по-варварски» [362].

Таким образом, в годы первых советских пятилеток, заявленный партией курс на переформатирование здравоохранения в интересах производства получил свое развитие на Дальнем Востоке страны, а именно был осуществлен переход с рыночно-ориентированной на планово-централизованную модель здравоохранения. Организация и оказание стоматологической помощи было возложено на местную исполнительную власть и ведомственные хозяйственные структуры в рамках бюджетного финансирования.

Создание государственной монополии в системе стоматологической помощи, отказ от частной практики, позволило консолидировать имеющиеся финансовые, кадровые и материальные ресурсы и значительно увеличить количественный потенциал службы. Так, по нашим подсчетам, число лечебных учреждений, оказывающих стоматологическую помощь в Хабаровском крае в конце 1930-х гг., увеличилось в 2,0 раза, а число посещений к специалистам стоматологического профиля возросло на 140 % по сравнению с общим

количеством зубоврачебных учреждений и количеством посещений к зубным врачам в 1927 г. всего ДВК. Свыше 83 % всей посещений приходилось на городские зубоврачебные учреждения.

Однако население городов и промышленных центров было обеспечено этим видом медицинской помощи как лечебного, так и профилактического характера на 25 % от заявленного показателя, предусмотренного НКЗ к концу второй пятилетки, и на 54 % от фактически сложившихся показателей в центральной России. Наблюдалась диспропорция в количественном и качественном развитии городской и сельской медицинской сети. Зубопротезирование стало одним из самых привилегированных и недоступных методов лечения, «серьезный» социальный подход в выборе контингентов для зубного протезирования исключал многих из списка нуждающихся в зубопротезировании.

Установка центральных органов здравоохранения на самостоятельное обеспечение территорий зубными врачами для оказания общедоступной стоматологической помощи привела к лихорадочной попытке наращивания числа специалистов. По решению местных органов власти была организована зубоврачебная школа, проведена переквалификация фельдшеров в зубных врачей, разрешено обучение на рабочих местах. Слабые теоретические знания и практические навыки таких специалистов были обусловлены низкой материальной базой и крайне скудными средствами на обучение, отсутствием грамотных преподавателей, не высокой начальной общеобразовательной подготовкой обучающихся.

Местные органы власти приглашали специалистов из центральной России для работы на Крайнем Севере по срочным трудовым договорам. Мероприятия по государственному распределению специалистов с высшим образованием, направленные на равномерное, подчас принудительное распределение выпускников медицинских институтов не могли полностью решить кадровую проблему на Дальнем Востоке. Зубные врачи преобладали в практическом здравоохранении Дальнего Востока, тем не менее, с конца 1930-х гг.

специальную зубоврачебную помощь стали оказывать врачи новой формации – стоматологи.

Организация стоматологической помощи на Дальнем Востоке была сопряжена с рядом проблем. Во-первых, были проблемы свойственные для всей сельской местности РСФСР, а именно: кадровый дефицит и, соответственно, большой нагрузкой на врачей, приспособлением помещений для зубных кабинетов, слабой коммунальной инфраструктурой, нехваткой медицинской техники, устаревшим оборудованием, постоянными перебоями в снабжении, полным отсутствием среднего вспомогательного персонала, обслуживанием большого количества населенных пунктов, примитивной стерилизацией инструментов.

Во-вторых, имели место проблемы, связанные с особенностями Дальнего Востока России: огромные расстояния; низкая плотность населения; отсутствие транспортной доступности; сложные, подчас экстремальные условия жизни и труда; изолированность от внешнего мира; неблагоприятное санитарное состояние. Труд специалиста стоматологического профиля был связан с многочисленными затруднениями и нерешенным комплексом проблем. Это заключалось в том, что нарастали проблемы с обеспечением оборудованием и расходными материалами, а зубной врач не мог выполнять в полной мере возложенные на него функции без зубоврачебного кресла, бормашины, инструментария, пломбирочного и протезного материала.

Все это приводило к тому, что основная лечебная работа стоматологов и зубных врачей велась по оказанию неотложной помощи и «по обращаемости». Врачи были перегружены консервативной терапией и хирургической работой и были не в состоянии обеспечить в полном объеме заявленную государством профилактическую направленность своей деятельности. Организовать работу с соблюдением советской методологии, где должен был превалировать главного социальный принцип – профилактический уклон, не удавалось. Плановая санация полости рта не стала основным компонентом работы, а абстрактная форма «стоматологического оздоровления» оказалась главным критерием этого

вида медицинской помощи населению, которое стало восприниматься отдельными социальными слоями общества как забота об их здоровье.

4.3. Организация стоматологической помощи коренным жителям Дальнего Востока России

Рубеж 1920-х – 1930-х гг. считается началом нового периода советской национальной политики на Севере. С этого времени начинается активное проникновение советского влияния во все сферы экономической и культурной жизни коренных народов, активное их вовлечение в советское строительство, что выражалось в проведении коллективизации промысловых хозяйств, переводе кочевых и полукочевых народов на оседлость, укрупнении национальных сел, выполнении аборигенами рабочих повинностей. Преобразование образа жизни и видов хозяйственной деятельности аборигенов различных районов Дальнего Востока привели к структурным изменениям службы здравоохранения.

В отчетах медицинских экспедиций второй половины 1920-х гг., выявленным нами в ГАХК, имеются довольно противоречивые данные относительно заболеваний зубов у аборигенов. Так, в материалах врачебно-санитарного отряда Дальневосточного краевого отдела здравоохранения по обследованию гольдов Севера в 1929 г. отмечено, что всего осмотр полости рта проведен у 470 чел., выявлено 8 случаев болезней зубов [128].

Врач другого передвижного врачебного отряда замечал: «коренное население Сахалина, в ужасающем большинстве страдает тяжелыми заболеваниями челюсти, явившихся следствием запущенных зубных болезней» [116].

Существование врачебных отрядов в начале 1930-х гг. было признано нецелесообразным, и их стали заменять стационарными врачебными участками с развернутыми при них койками [132]. При создании врачебных участков в административных центрах проживания коренных и малочисленных народов

Севера советскими органами власти к концу первой пятилетки была запланирована и организация квалифицированной зубоврачебной помощи.

В концепции социальных основ советской стоматологии при организации работы зубного врача в «мелком», сельском зубоврачебном кабинете подразумевалось, что аборигены Крайнего Севера наравне с сельскими жителями являлись самым «неорганизованным» населением страны.

Профилактическая деятельность, по мнению организаторов советской стоматологии, могла быть эффективной исключительно среди рабочих. С этой точки зрения «неорганизованность» сельских жителей нарушала самые лучшие начинания и старания советского зубного врача по проведению плановой санационной работы. В связи с этим, в рамках такой доктрины считалось, что только коллективизация индивидуальных хозяйств жителей сел и деревень способна в корне изменить «неорганизованность» и уничтожить былую анархию в медицинском обслуживании этой части населения.

В период коллективизации текущими задачами зубных врачей в сельской местности было проведение элементарной профилактической работы, которая включала в себя пломбировку зубов с начинающимся кариесом, экстракцию, порой массовую, глубоко пораженных зубов и некротических корней, распространение санитарно-гигиенических правил по уходу за полостью рта при помощи бесед, листовок, плакатов. Организация зубопротезной помощи на селе в 1930-х гг. не планировалась.

В начале 1930-х гг. на Дальнем Востоке были созданы Чукотский, Корякский и Охотский (Эвенкийский) национальные округа [675]. При анализе архивных материалов ГАХК нами было выяснено, что до 1931 г. зубных кабинетов, специально организованных для коренных жителей национальных округов Дальневосточного края, создано не было. К завершению первой пятилетки краевыми органами здравоохранения было организовано 2 зубных кабинета для этой категории населения [132].

Основной массой специалистов, работавших на Крайнем Севере, были специалисты из центральных районов РСФСР, с которыми дальневосточные

органы здравоохранения заключали договоры на 2–3 года. Так, в 1932 г. для работы на Севере были дополнительно приглашены и, по словам представителя Крайздрава, «заброшены» в отдаленные округа и районы Дальнего Востока 31 врач и 17 фельдшеров, среди них и 2 зубных врача. Однако было понятно, что решить кадровую проблему без обучения местных жителей из числа представителей северных национальностей невозможно. В связи с этим была организована подготовка молодежи Крайнего Севера в высших и средних медицинских учебных заведениях Дальнего Востока [132].

В ГАХК нами были выявлены документы, которые иллюстрирую работу зубного врача Н.К. Тарасовой в Корякском национальном округе в 1932–1934 гг. [133]. Направление и финансирование деятельности специалиста в этот район было организовано Далькрайисполкомом. На месте было выяснено, что отдельное помещение для организации зубоврачебного кабинета отсутствовало. Фактически он был оборудован в одной комнате с амбулаторией, где осуществлялся общий прием больных, причем в кабинете протекал потолок, а отопление осуществлялось железной печкой. За период с 1 февраля 1933 г. по 1 августа 1934 г. врачом Н.К. Тарасовой было принято 3 404 человек, из них первичных – 1 220, повторных – 2 184 чел.

Однако коренные жители – коряки не спешили получать зубоврачебную помощь, особенно взрослое население. По мнению врача, это было связано и с тем, что местные жители продолжали с недоверием относиться к представителям официальной медицины. Из осмотренных 150 чел. коренного населения основную массу составляли ученики начальных школ [133]. То есть, основным объектом приложения усилий зубного врача по приобщению аборигенов к зубоврачебной помощи были дети.

В отчете о лечебной работе Н.К. Тарасовой было указано, что за полтора года деятельности, ее силами было поставлено 917 пломб, удалено 605 зубов, проведено 717 чисток, осмотрено 345 учеников, проведено 157 санаций, прочитано 14 лекций. Зубной врач отмечала, что санация полости рта школьников, а также беседы по профилактике проводились «по мере

возможности». На наш взгляд, такой небольшой объем зубоврачебной работы был связан с тем, что кроме имевшихся бытовых проблем, проблем с оборудованием и снабжением, зубной врач была загружена другой работой. Так, по совместительству, она выполняла обязанности фельдшера. Также Крайздрав поручил ей провести санитарно-гигиеническое обследование всех медицинских пунктов и школ национального округа, выяснить потребность в открытии новых медицинских учреждений, что было связано с переездами из поселка в поселок, а переезды из одного района в другой занимали массу времени – от 1 до 2 месяцев.

Дальний Восток во второй половине 1930-х гг. становится авангардом индустриализации и коллективизации страны, потоки бюджетного финансирования позволяли решить многие организационные проблемы в медицинском обслуживании населения, проживающих на Крайнем Севере Дальнего Востока, а оказание зубоврачебной помощи расширилось не только за счет территориального, но и ведомственного финансирования [237; 242].

Незначительная политическая и, тем более хозяйственная роль аборигенов в промышленном освоении Севера привела к тому, что риторика высшей власти, по вопросу организации специальной лечебной сети для коренных народов восточных и северных районов РСФСР стала прекращаться и перешла в плоскость организации общей районной (сельской) медицинской помощи. Социальные интересы коренных жителей были принесены в жертву целям форсированной индустриализации.

В архивных материалах второй половины 1930-х гг. мы не обнаружили документов, которые бы характеризовали динамику оказания зубоврачебной помощи традиционным этносам Дальнего Востока. Сводные годовые отчеты Крайздрава фиксировали зубоврачебное обслуживание населения исключительно как городское и сельское. Так, количество зубных кабинетов в сельской местности ДВК увеличилось с 8 в 1933 г. до 18 в 1935 г. (рост в 2,2 раза) [129; 135].

Сотрудники районной исполнительной власти на местах отмечали, что существующая зубоврачебная помощь далеко недостаточна. Так, по сообщениям

представителей исполнительной власти Ульчского района в 1935 г. было отмечено, что в отношении зубоврачебной помощи в районе почти ничего не было сделано, за исключением пос. Де-Кастри, где помощь оказывал ведомственный зубной врач [113].

В Хабаровском крае число должностей зубных врачей в 1940 г. составляла 107 чел, из которых 69 (64%) чел. работало в городах и 48 (36%) чел. в сельской местности [181]. На Чукотке в конце 1930-х гг. осуществляли деятельность 4 зубных врача.

В 1940 г. к одному из зубных врачей Анадыря было совершено 1 877 посещений, причем 1 241 посещение совершили представителями коренного населения [130]. Таким образом, квалифицированная зубоврачебная помощь на Крайнем Севере становилась все более доступной, практика получения аборигенами этого вида медицинской помощи у специалиста превращалась в обыденное явление повседневной жизни.

К началу 1940-х гг. руководители краевого здравоохранения констатировали, что имеющаяся стоматологическая помощь в районах Крайнего Севера Дальнего Востока оставалась недостаточной [145]. Тем не менее, в результате осуществленных мероприятий острота проблемы заметно уменьшилась. Местное коренное население наравне с пришлым имело возможность получить квалифицированную медицинскую помощь в самых отдаленных уголках Дальнего Востока.

Организация всей системы государственного здравоохранения на территориях Крайнего Севера сопровождалась многочисленными трудностями. Это было связано с низкой плотностью населения, слабой координацией действий с местными властями, проблемами с кадровым обеспечением, недостаточность финансирования. С одной стороны, местные бюджеты всегда были ограничены, с другой, зубные врачи упорно не желали работать в провинциальной глуши и быть надолго оторванными от городской среды. Организаторы советского здравоохранения осознавали, что открытые кабинеты «выносят на своих плечах самую большую тяжесть в области

зубоврачебной помощи населению при чрезвычайно неорганизованных условиях труда» [269].

Между тем, созданная система позволила местным жителям получать не только лечебно-профилактическую помощь, но и способствовала бытовым преобразованиям повседневной жизни, прививала современные санитарно-гигиенические стандарты. Местные органы власти уделяли внимание развитию здравоохранения в местах проживания коренных народов, сеть лечебных учреждений охватывала большинство населенных пунктов, что способствовало повышению доступности медицинской помощи для жителей отдаленных районов края.

Нельзя не отметить, что деятельность зубных врачей на Дальнем Востоке способствовала знакомству коренных народов с правилами гигиены, средствами и методами гигиенического ухода за полостью рта. Из-за недостатка зубных врачей и полного отсутствия стоматологов *de facto* значительную роль в обеспечении зубоврачебной помощи в виде экстракций зубов в отдаленных и северных районах Дальнего Востока продолжала принадлежать фельдшерам и другим медицинским работникам.

Индустриальное развитие региона в 1930-х гг. носила двойственный характер. С одной стороны, нельзя не признать многочисленные факты обогащения хозяйственных и культурных навыков коренного населения. С другой, многочисленны и негативные последствия этой политики. Форсированный переход коренных народов от традиционного уклада жизни, разрушал исторически сложившиеся формы хозяйствования, вызвал цепную реакцию негативных культурных, демографических и социальных изменений, которые в совокупности стали приводить к утрате культурных ценностей коренными народами и деградации традиционных этносов [233].

Таким образом, в 1930-х гг. происходило активное приобщение традиционных этносов Дальнего Востока к советской зубоврачебной помощи. С этой целью местными органами здравоохранения организовывались зубные кабинеты в местах компактного проживания аборигенов, так и создавались

условия для получения ими зубоврачебной помощи в территориальной и ведомственной лечебной сети. Несмотря на многочисленные экономические, социальные и медицинские проблемы при организации этого вида медицинской помощи, к началу 1940-х гг. лечение и удаление зубов у квалифицированного специалиста становится обыденным явлением повседневной жизни для этой категории населения.

4.4. Стоматологическая помощь гражданскому населению Дальневосточного региона в период Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.)

С первых дней Великой Отечественной войны (ВОВ), под лозунгом «Все для фронта, все для победы!», шла перестройка повседневной жизни дальневосточного населения.

В первые годы ВОВ численность специалистов в области стоматологии на Дальнем Востоке России значительно сократилось. Так, по данным Хабаровского краевого управления статистики, количество зубных врачей общественных стоматологических учреждений сократилось на 37,5 % (в городе на 33 %, в сельской местности на 42 %), однако в край прибыло 8 врачей-стоматологов, которые трудились в ведомственной системе [184]. По сообщениям Хабаровского Крайздрава укомплектованность медицинскими кадрами сети гражданских лечебных учреждений Хабаровского края сократилось на 40–50 % в результате их призыва в армию, перераспределение оставшегося врачебного и среднего медицинского персонала не смогло возместить недостающее количество специалистов, в результате чего сократилась специализированная медицинская помощь населению [140].

Рабочие и служащие Дальневосточной железной дороги в конце ВОВ обслуживались 11 зубными врачами, в то время когда по штату было 17,5 ставок [185]. В Амурской области на 1 зубного врача приходилось 40,0 тыс. населения, т.к. половина районов области не имела зубных врачей [156], что

соответствовало показателям середины 1920-х гг. В ряде сельских районов Хабаровского края: имени Лазо, Кур-Урмийском, Бикинском, Комсомольском, Хабаровском, во всех районных центрах Еврейской автономной области зубоврачебная помощь не оказывалось, по утверждению краевых властей, в виду отсутствия специалистов, а фактически деятельность зубных кабинетов была не предусмотрена бюджетами военного времени [142; 147].

Дефицит специалистов усугублялся тем, что в период ВОВ согласно приказу Государственного комитета по обороне и указаниям Наркомздрава РСФСР стоматологи и зубные врачи направлялись на санитарно-эпидемиологическую работу. Так, в 1942 г. из Молотовской зубоврачебной школы в Хабаровский край прибыло 12 зубных врачей, из них 8 были направлены на санитарную работу [138]. К обязательному совместительству были привлечены зубные врачи Дальневосточной железной дороги в качестве школьных врачей, врачей детских садов и яслей [185].

С целью бесперебойной работы стратегических военных предприятий, местная исполнительная власть сконцентрировала свои усилия на обеспечение стоматологической помощью рабочим оборонных предприятий в заводских поликлиниках и здравпунктах. Так, на заводе № 119, «Амурстали», «Нефтестрое» г. Комсомольска, заводах им. Горького, Когановича, Молотова, Орджоникидзе, Кирова г. Хабаровска функционировала стоматологическая служба. Помощь оказывалась зубными врачами, среди которых были М.П. Аникеева, М.Г. Симонова, П.И. Мичурова, Т.И. Посекан. Работа специалистов была направлена на оказание неотложной помощи при острой зубной боли, профилактику и лечение одонтогенных заболеваний челюстно-лицевой области, где экстракция была основным лечебным мероприятием [139].

Материально-техническое оснащение стоматологических учреждений находилось в неудовлетворительном состоянии, снабжение материалами и медикаментами, необходимыми для лечения и, особенно для зубного протезирования резко ухудшилось. Прекратились поставки воска, стальных

зубов, припоя, боров, наконечников к бормашинам, цемента для пломбирования, амальгамы, мелкого и машинного инструментария [142].

Докладные записки Крайздраотдела Хабаровского края в период ВОВ в местные партийные органы указывали на то, что состояние стоматологической помощи в городах оценивалось как неудовлетворительное, в сельских районах края, как крайне неудовлетворительное [142].

Таким образом, за годы Великой Отечественной войны объемы общедоступной лечебно-профилактической общественной стоматологической помощи, ее доступность и качество на Дальнем Востоке заметно снизились. Местные органы здравоохранения, в виду образовавшегося недостатка медицинских работников, привлекали стоматологов и зубных врачей для работы не по специальности, материально-техническое оснащение стоматологической помощи находилось в неудовлетворительном состоянии, а снабжение материалами и медикаментами, необходимыми для лечения и, особенно для зубопротезирования, было недостаточным. Приоритетным направлением ежедневной деятельности стоматологических кабинетов являлось оказание неотложной помощи и лечебный прием «по обращаемости», где вместо консервативного лечения осложненных форм кариеса практиковалось удаление больных зубов, при этом плановая санация не проводилась.

ГЛАВА 5. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ РОССИИ В ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД (1946-1960 гг.)

5.1. Государственные подходы к планированию и организации стоматологической помощи населению СССР (1950-е гг.)

В первые послевоенные годы МЗ СССР планировало проведение целого комплекса организационных мероприятий, направленных на повышение количественных и качественных показателей деятельности стоматологической службы страны. В приказе МЗ СССР от 3 июля 1946 г. № 417 были определены целевые показатели обеспеченности населения этим видом помощи, обозначены основные группы получателей стоматологической помощи: дети, рабочие, подростки промышленных предприятий, учащиеся ремесленных училищ, студенты, работники колхозов и совхозов.

Для оказания зубоврачебной помощи населению в отдаленных районах страны, где до сих пор отсутствовал этот вид медицинской помощи, планировалось организовать деятельность 100 подвижных зубоврачебных кабинетов. Также были разработаны мероприятия по совершенствованию стоматологической хирургической помощи больным со сложными заболеваниями челюстно-лицевой области.

В первые послевоенные годы на повестку дня органов здравоохранения встали вопросы по организации ортодонтической помощи детскому населению. Планировалось организовать этот вид стоматологической помощи детям и подросткам во всех столицах Союзных республик центрах и городах республиканского подчинения. Ортодонтическая помощь детям и подросткам должна была оказываться бесплатно, за счет средств бюджета. Предлагалось установить штатные должности врачей-ортодонтотв из расчета 1 должность на 100,0 тыс. городского населения, но не менее 1 должности в республиканском, краевом и областном центре [526] .

В конце 1940-х гг. МЗ СССР отказалось от идеи всеобщего бесплатного зубного протезирования трудящихся. Были окончательно определены формы

организации государственного зубопротезирования. Зубное протезирование населения должно было проводиться за счет личных средств граждан по установленным государством расценкам. Это должно было способствовать повышению доступности зубопротезирования для населения.

Были определены категории населения, которым зубопротезирование должно было осуществляться за счет бюджетных средств государства. К этой группе были отнесены инвалиды ВОВ, инвалиды труда, персональные пенсионеры и члены их семей, пенсионеры по старости [526]. Это решение позволило государству исключить из программы льготного зубопротезирования сельских жителей, т.к. до 1964 г. пенсионные книжки работникам колхозов и совхозов не выдавались. Финансирование бесплатного (льготного) зубного протезирования осуществлялось за счет средств местных органов здравоохранения, поэтому его объем и количество зависели от финансовой состоятельности регионов.

После окончания Великой Отечественной войны НКЗ СССР констатировал, что профиль врача-стоматолога полностью себя оправдал, но для практического здравоохранения необходимы были кадры зубных врачей со средним медицинским образованием [49; 403; 415; 419; 504; 645].

Не имея возможностей наращивать стоматологические кадры в стране в силу недостатка финансовых средств, потери ряда учебных заведений и клинических баз, нехватки профессорско-преподавательского состава, Минздрав СССР решал задачи по рациональному размещению и эффективному использованию имеющихся стоматологических кадров на местах, распределению специалистов, трудоустройству медицинских работников демобилизованных из армии, повышению качества стоматологического образования с учетом военного опыта [502]. В 1946 г. МЗ СССР обязывало руководителей медико-санитарных учреждений использовать врачей-стоматологов и зубных врачей строго по специальности [526].

Основной объем лечебной помощи по стоматологии в практическом здравоохранении во второй половине 1940-х гг. оказывался зубными врачами.

Немногочисленные врачи-стоматологи были сосредоточены в крупных городах, одна часть из которых обеспечивала хирургическую стоматологическую помощь в стационарах, другая – осуществляла амбулаторный прием и, по мнению местных органов здравоохранения, выполняла функции зубных врачей [142]. В практическом здравоохранении нередко стоматологи и зубные врачи выполняли одни и те же функциональные обязанности.

В первые послевоенные годы было актуализировано положение о правах и обязанностях зубного врача и зубного техника. Приказом МЗ СССР от 6 июня 1946 г. № 343 устанавливалось, что зубные врачи должны были в первую очередь готовиться для работы в учреждениях, в первую очередь, амбулаторного типа. Минздрав СССР запретил зубным техникам заниматься лечением зубов, клиническим зубопротезированием и занимать должности врача-протезиста.

С другой стороны, сразу после ВОВ недостаток зубных техников привел к тому, что центральными органами здравоохранения было разрешено вводить в штаты зубопротезных мастерских должности ученика зубного техника, что позволяло обучать профессии на рабочем месте [502; 644].

В целях повышения производительности труда, определения величины врачебной нагрузки, совершенствования методик учета и планирования в стоматологии, циркулярным письмом МЗ СССР в 1949 г. были установлены примерные нормативы количества посещений, установления пломб, удалений зубов, санаций на рабочий день стоматолога и зубного врача на лечебном, хирургическом и смешанном амбулаторном приеме. Впервые центральными органами здравоохранения была утверждена так называемая «трудовая единица» [372; 465]. В 1950 г. предпринимались попытки нормировать нагрузку врача-протезиста в производственных зубопротезных единицах [582]. Ведение «трудовой единицы» должно было стимулировать оказание врачами большего объема помощи пациенту за одно посещение.

В целях более полного удовлетворения населения в стоматологической помощи, ограничения частной практики в этой сфере МЗ СССР в 1949 г.

предложил МЗ Союзных республик организовывать в республиканских, краевых и областных центрах и крупных городах, наряду с существующей бюджетной сетью лечебных учреждений, хозрасчетные (платные) стоматологические поликлиники. Эти учреждения были предназначены для оказания лечебной и зубоврачебной помощи всем гражданам, независимо от места жительства и работы, за счет личных средств, а также по договорам по медицинскому обслуживанию коллективов учреждений и предприятий.

Размер оплаты за оказание медицинской помощи, лечение, удаление и протезирование зубов утверждался исполнительной властью на местах, но не должен был быть выше норм рекомендованных центральными органами здравоохранения [582]. По воспоминаниям В.Р. Гольбрайха в 1950-е гг. зубоврачебная, зубопротезная и ортодонтическая помощь в Сталинградской городской зубоврачебной поликлинике были исключительно платными [211].

С целью улучшения качества стоматологической помощи населению страны МЗ СССР в начале 1950-х гг. был определен ряд практических организационных мер. Во-первых, предлагалось всем лечебным учреждениям восстановить и впредь проводить плановую санацию полости рта наиболее уязвимым по заболеванию зубов категориям населения: детям, подросткам, учащимся, студентам, рабочим вредных производств, беременным женщинам. Во-вторых, в ежедневную практическую деятельность лечебных учреждений должна была внедряться методика местной флюоризации с целью предупреждения кариеса зубов у детей и подростков [418]. В-третьих, предлагалось организовать в больницах мощностью более 250 коек зубные кабинеты с целью санации полости рта пациентов с соматической патологией. И, наконец, планировалось обеспечить широкое применение в повседневной зубоврачебной работе рентгенологического исследования, физиотерапии, анестезии и пластмасс для зубопротезирования.

В начале 1950-х гг. была начата реорганизация стоматологического образования в стране [24]. Государство не могло восстановить разрушенные войной стоматологические институты, а также содержать все имеющиеся [366;

469; 472; 474]. В стране отсутствовали необходимое количество профессорско-преподавательского состава медико-биологического профиля для обеспечения подготовки медицинских работников, преподавателей специальных дисциплин, а также соответствующие клинические базы. В связи с этим были закрыты 9 из 11 стоматологических институтов в стране, а обучение специалистов по стоматологии с высшим медицинским образованием было передано стоматологическим факультетам при медицинских институтах. Таким образом, в рассматриваемый период государство фактически отказалось от идеи независимого высшего стоматологического образования, и обучение врачей-стоматологов было поручено медицинским вузам, возглавляемых врачами-лечебниками.

Это решение, по мнению А.И. Евдокимова имело как положительные, так и отрицательные стороны. К положительным сторонам этого процесса было отнесено то, что факультеты рассредоточивались по территории Советского Союза, что обеспечивало стоматологическими кадрами национальные республики, края и отдельные области. Отрицательные стороны проявились в том, что значительно снизилась научно-исследовательская работа по проблемам стоматологии в медицинских институтах, т.к. непрофильные кафедры стоматологией не занимались [278].

Приоритетом советской общественной системы 1950-х гг. являлись вопросы восстановления народного хозяйства, роста промышленного производства и увеличения валового национального дохода. Первостепенное решение этих задач вызвало отставание социальной инфраструктуры. Вместе с тем, сложившаяся критическая ситуация с заболеваемостью, дефицит медицинских кадров, оборудования и медикаментов, неупорядоченность лечебной сети, недостаточные мощности имеющихся лечебных учреждений, требовали немедленного реагирования. В стране наблюдался промышленный и демографический рост, а функционирующая система здравоохранения не могла удовлетворить все потребности населения. Более того, по мнению Г.М. Ивановой, процессы середины 1950-х гг. изменили «социальное лицо»

советского общества. Она породила новую социальную политику – «социалистическое государство благосостояния» [310].

В 1950-е гг. Минздрав СССР вел поиск оптимальной организационной структуры стоматологической службы страны. В это десятилетие была сформулирована новая теория по территориальному оказанию стоматологической помощи населению страны, что предполагало значительно повысить доступность для населения страны этого вида медицинской помощи [253].

Были разработаны и утверждены штатные нормативы медицинского персонала стоматологических клиник, отделений и кабинетов, структура этих лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Кроме того, было определено оптимальное количество коек в стационарах для стоматологических больных. Общее количество врачебных должностей по стоматологии в ЛПУ городов согласно приказу МЗ СССР от 29 октября 1954 г. № 217 стало определяться из расчета 3,5 должности на 10,0 тыс. населения, а из общего количества должностей 20 % должно было выделяться для оказания помощи детям. Для обслуживания сельского населения в штате сельских участковых и районных больниц устанавливались должности стоматолога и зубного техника. Эти мероприятия требовали значительно нарастить подготовку специалистов.

В связи с этим, приказом МЗ СССР № 90-м от 31 мая 1957 г. «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению» было рекомендовано министрам здравоохранения союзных республик увеличить подготовку врачей-стоматологов путем большего приема студентов в стоматологические институты и факультеты, а также путем открытия новых факультетов при медицинских институтах. В наименее обеспеченных кадрами зубных врачей республиках, краях и областях было решено организовать или расширить подготовку этих специалистов. Кроме этого, Минздравом СССР было поручено повысить качество подготовки зубных техников на местных базах.

В рамках этих мероприятий были открыты стоматологические факультеты при медицинских институтах в Воронеже, Омске, Ленинграде, Архангельске, Кемерово, Ставрополье и Чите. Для зубных врачей была

возобновлена, прерванная в конце 1930-х гг., система высшего заочного и вечернего стоматологического образования [26], на местах вновь открывались закрытые в конце 1940-х гг. зубоучебные отделения медицинских училищ [680].

Согласно официальным статистическим данным в 1950-е гг. количество стоматологов и зубных врачей в гражданских лечебных учреждениях СССР неуклонно возрастало [437; 438; 440]. Так, с 1950 г. по 1960 г. количество стоматологов увеличилось с 6,8 тыс. до 16,2 тыс. (рост 238 %), зубных врачей – с 17,7 тыс. до 30,1 тыс. (рост 170 %), зубных техников – с 6,7 тыс. до 13,9 тыс. (рост 207 %). Обеспеченность населения стоматологами и зубными врачами возрастала и составила в 1960 г. 1:4 600 (в 1940 г. – 1:8 400), а в городах приближалось к установленным в середине 1950-х гг. нормам – 1 врач на 2 800 чел. Это стало возможным вследствие проведения реформ в оказании медицинской помощи, демобилизации врачей из армии, расширения подготовки врачей-стоматологов путем увеличения приема в стоматологические институты и факультеты, открытия новых стоматологических факультетов, осуществления подготовки зубных врачей в республиках, краях и областях.

Политика центральных органов здравоохранения способствовала улучшению социальной защищенности врачей стоматологического профиля. Например, приказами МЗ СССР № 99-м от 1 июня 1954 г. и № 221-м от 28 сентября 1956 г., которые были согласованы с профсоюзами медработников, регламентировалась продолжительность рабочего времени для врачей-стоматологов и зубных врачей (5 час. 30 мин.), при этом дополнительно предоставлялись к отпуску 6 рабочих дней. Врачи-стоматологи, занятые производством хирургических операций в стационарных ЛПУ, должны были пользоваться дополнительным отпуском в 12 рабочих дней, как и другие врачи-хирурги в стационарных учреждениях.

Более того, врачи-стоматологи и зубные врачи, работающие в лечебно-профилактических учреждениях, расположенных на территории сельских и поселковых советов, имели право на бесплатную квартиру с отоплением и

освещением, а также на пенсию за выслугу лет при стаже медицинской работы в городах – 30 лет и в сельской местности – 25 лет [582]. Стоматологическая общественность также прилагала усилия к повышению престижа в обществе своей профессии [371].

К концу 1950-х гг. была выстроена новая структура стоматологических учреждений СССР. Так, в крупных административных центрах должна была функционировать центральная поликлиника со всеми лечебными и вспомогательными службами. В промышленных городах планировалась организация городских, а также детских стоматологических поликлиник.

Кроме того, предусматривалась организация стоматологических отделений при медико-санитарных частях промышленных предприятий, специализированных, детских и других больницах. В городах, являвшихся районными центрами, должна была быть открыта районная стоматологическая поликлиника или отделение.

Помимо этого, при городских больницах создавались стационарные стоматологические отделения на 10–15 коек. В сельских районах предлагалось организовывать стоматологические кабинеты и зубопротезные лаборатории в составе районных и участковых больниц [246].

В числе мероприятий по совершенствованию организации стоматологической помощи было создание при Минздравах СССР, РСФСР, УССР и БССР комитетов по стоматологии, которые принимали участие в планировании научно-исследовательских работ, разработке новых организационных мероприятий по совершенствованию организации этого вида медицинской помощи и обеспечению рациональной расстановки кадров. Были назначены главные нештатные стоматологи республик, краев, областей и городов республиканского подчинения.

Кроме того, на наиболее квалифицированные стоматологические учреждения – центральные поликлиники республиканского, областного и городского значения – были возложены методическое и организационное руководство работой периферийной сети. По замыслу инициаторов

нововведения центральная поликлиника должна была собирать, анализировать и сообщать вышестоящим органам здравоохранения статистические данные о работе местной стоматологической службы.

В конце 1950-х гг. стоматологическая общественность получила возможность обсуждать актуальные проблемы своей специальности, обращаться с предложениями и рекомендациями относительно организации стоматологической помощи в местные и центральные органы управления здравоохранением. Это также способствовало определению сферы компетентности каждого работника, оказывающего стоматологическую помощь, информировало специалистов о целях, задачах и методах деятельности стоматологических кабинетов, вовлекало работников в проведение в жизнь принятых решений.

В середине 1950-х гг. стало понятно, что без научно-технического развития отрасли стоматологического материаловедения, производства оборудования и мелкого инструментария невозможно двигаться вперед. С этой целью в стране были организованы и финансировались лаборатории стоматологического материаловедения и медицинских пластмасс.

Предпринимались меры по обеспечению здравоохранения в необходимом количестве и ассортименте высококачественным стоматологическим оборудованием и инструментарием. Было организовано производство новых моделей стоматологических кресел, бесшумных бормашинок, электрошлифмоторов, печей для литья металла. Представители производства сообщали, что качество выпускаемых цемента, боров, пульпоэкстракторов, наконечников и рукавов к бормашинам повышается [368].

В изучаемый нами период эффективность организации государственной стоматологической службы не подвергалась значительной критике со стороны общества, а МЗ СССР лишь отмечало отдельные недостатки своей работы. В резолюции 1-й Всероссийской конференции стоматологов и зубных врачей, состоявшейся в 1956 г., было отмечено, что многочисленные недочеты в организации и качестве стоматологической помощи слабо устраняются

местными органами здравоохранения вследствие недооценки ими значения стоматологической помощи для населения [331].

Тем не менее, к началу 1960-х гг. обращаемость населения СССР в амбулаторно-поликлинические учреждения за стоматологической помощью стала занимать второе место в общем числе обращений и вплотную приблизилось к 17% от всех обращений за медицинской помощью [53; 351; 386].

Достигнутые успехи были впечатляющими, но повседневная деятельность практической стоматологии в рассматриваемый период находила отражение в том числе и на страницах сатирического журнала «Крокодил»⁹. Все-таки, несмотря на все трудности первых послевоенных лет, пациенты отмечали, что чувство долга и профессионализм медицинских работников компенсировали многие недостатки [618].

Таким образом, реформы в практической стоматологии СССР рубежа 1940–1950 гг., производили поворот от индустриального типа оказания стоматологической помощи к территориально-участковому. Для этого создавались единые лечебно-профилактические стоматологические учреждения, отделения и кабинеты, пересматривался их профиль и дислокация, что позволило бы осуществлять единый принцип обслуживания пациента на основе сочетания амбулаторного и стационарного лечения. Практически это означало, что государство пыталось изыскать пути улучшения обеспечения медицинской помощью населения, прежде всего городов и промышленных центров за счет имевшегося потенциала мощностей, т.е. более эффективного и рационального их использования.

Новые подходы к планированию медицинской помощи в 1950-х гг. затронули как принципы планирования, так и принципы организации стоматологической помощи. Во-первых, стало очевидно, что темпы роста данной службы требовали установления промежуточного уровня руководства для поддержания и увеличения её эффективности. В связи с этим была проведена

⁹ В напечатанном в 1955 г. стихотворении С. Маршака «Зубная боль» поэт рассказывает о волоките бюрократической регистрации пациента, который пришел в поликлинику за получением помощи при острой зубной боли [410].

децентрализация полномочий на проведение администрирования. Работу стоматологических служб стали планировать, организовывать, направлять и контролировать не только центральные государственные органы здравоохранения (МЗ СССР и Союзных республик), но и отделы здравоохранением местных советов в областях, городах, районах.

Специального стоматологического управления не было создано, но во всех органах здравоохранения стоматология была представлена внештатными «главными стоматологами», которые выполняли функцию «каналов связи» от центра к периферии и наоборот, консультантов при органах власти, а также обеспечивали выполнение принятых решений. Более того, «главный стоматолог» осуществлял контроль зубоучастковых кабинетов с целью улучшения качества и увеличения объема стоматологической помощи. Данная практика существовала в течение всего советского периода развития отечественной стоматологии и перешла в практику современного периода.

Во-вторых, если первые пятилетние планы устанавливали количественные показатели роста сети ЛПУ, дифференцированные нормативы медицинского обслуживания отдельных групп населения, прежде всего рабочих ведущих отраслей промышленности, то в середине 1950-х гг. эти принципы были пересмотрены. На повестку дня встали вопросы соотношения между реальной потребностью населения, с одной стороны, и размерами сети ЛПУ, обеспеченностью кадрами и другими ресурсами здравоохранения, с другой. В связи с этим были определены основные параметры стоматологической помощи населению. Число врачебных посещений на одного жителя по стоматологии было установлено на уровне 1,6–1,7 в год, что было меньше, чем в период первых пятилеток (2,0). Число врачебных должностей стоматологов должно было составлять 3,5 на 10,0 тыс. городского населения. Нагрузка врача-стоматолога была определена в 4 624 посещения в год. Выполнение этих показателей, по мнению МЗ СССР, должно было позволить удовлетворить потребности населения.

В-третьих, понимая, что потребность населения в стоматологическом обслуживании намного больше, чем это позволяют имеющиеся в стране ресурсы, были определены первоочередные группы населения для проведения лечебно-профилактических мероприятий. Более того, была установлена очередность по виду предоставляемого лечения, а именно: в первую очередь лечение для облегчения боли, лечение зубов в процессе общего лечения больного. Во вторую очередь – лечение локализованных заболеваний, не имеющих влияния на общее состояние организма, лечение для исправления функциональных нарушений, таких как нарушение жевательной функции из-за потери зубов. В последнюю очередь – косметическое лечение. В условиях ограниченных ресурсов приоритет был отдан доступности стоматологической помощи в ущерб ее качеству.

В послевоенные годы Минздравом СССР были окончательно сформированы организационные принципы получения государственной зубопротезной помощи. Во главу угла стал принцип распределения этих благ в зависимости от трудового вклада, а не «по потребности». Модель предполагала, что все работающее население страны будет ее получать платно за счет собственных средств. Декларировалось, что государство будет обеспечивать этот вид медицинской помощи бесплатно только узкому социальному кругу людей, тем, кто не способен поддерживать себя посредством заработка или тем, чьи доходы были недостаточны. Созданная модель должна была поддерживать равный доступ населения страны к минимальному объему и качеству зубопротезной помощи. Данная система функционировала весь советский период и перешла в практику российской стоматологии.

И, наконец, создавались государственные хозрасчетные стоматологические поликлиники, где медицинская помощь оказывалась за счет средств граждан и предприятий. Создание хозрасчетных государственных стоматологических кабинетов было продиктовано не желанием государства «заработать» на платных медицинских услугах, а скорее стремлением повысить доступность качественной стоматологической медицинской помощи, в то же время ограничить в стране частную практику. В условиях территориального и производственного

принципов организации здравоохранения в СССР, создание ЛПУ, лишенных типичных недостатков, позволяло получить квалифицированную стоматологическую помощь многим категориям не только городского, но и сельского населения.

В конце 1950-х гг. в СССР вновь начались процессы самоорганизации профессионального стоматологического сообщества. Это дало возможность врачам-стоматологам обсуждать проблемы специальности, предлагать государству меры по рациональной организации и осуществлению лечебной и профилактической деятельности, по эффективному использованию вспомогательного персонала, постоянному профессиональному совершенствованию. А самое главное, стоматологическая общественность стала осознавать свою ответственность за состояние здоровья общества, определять потребности населения в стоматологической помощи, намечать пути её совершенствования. Роль врача-стоматолога перестала быть узкопрофессиональной, она превратилась в роль социальную. От позиции врача, от его поведенческих установок и реальных действий во многом стало зависеть качество оказания медицинской помощи и обеспечение функционирования систем здравоохранения.

Таким образом, в 1950-е гг. организация стоматологической помощи стала приобретать большую социальную направленность, что проявлялось в повышении доступности для населения этого вида медицинской помощи, в расширении её видов. Это выражалось в наращивании подготовки специалистов, организации стоматологических поликлиник по территориальному принципу, в организации двухсменного приема пациентов, в открытии пунктов неотложной стоматологической помощи с круглосуточным дежурством врачей, появлении дифференцированного приема для детского населения, организации ортодонтических кабинетов, создании крупных межрайонных зуботехнических лабораторий. Для работников промышленных предприятий был сохранен цеховой принцип получения стоматологической помощи. Населению была предложена возможность получать стоматологические услуги в хозрасчетных

стоматологических поликлиниках, при этом, не была запрещена деятельность частнопрактикующих врачей.

5.2. Региональные особенности организации стоматологической помощи на Дальнем Востоке в послевоенные годы

Социальная политика государства в первые послевоенные годы формировалась на условиях и на принципах, заложенных в годы индустриализации, что означало централизованное управление, распределительно-нормированную систему получения материальных благ, где приоритет отдавался определенным категориям населения. Система социального неравенства, сформированная в СССР в 1920-е – 1930-е гг., приобретала новые очертания и имела два аспекта: номинальный, сформулированный властными структурами на основе официальной идеологии и законодательными актами, и реальный – складывающийся в процессе закрепления социальных отношений.

Особенностью стратификационного конструкта советского общества выступало то, что государственная власть, формируя социальное пространство, исходила не из реальных характеристик последнего, а из своих представлений о нем, которые часто не совпадали с действительностью. Властями постоянно подчеркивался более высокий статус рабочего класса перед колхозным крестьянством и интеллигенцией в силу его «ведущей» роли в процессе перехода к коммунизму [672]. Вследствие этого, оказание медицинской помощи оставалось дифференцированным, а интересы рабочих ставились выше интересов крестьянства.

Функции местных органов здравоохранения во второй половине 1940-х – начале 1950-х гг. были ограничены. Реальными материально-техническими, кадровыми и финансовыми средствами они не располагали, а достижение поставленных целей и решений центра происходило с использованием развитой системы контроля центральной власти и персональной ответственности руководителей территорий на местах.

Послевоенный период на Дальнем Востоке характеризовался нехваткой врачебных кадров, снижением объемов лечебно-профилактической помощи и ее доступности. Так, в докладе «Об очередных задачах органов здравоохранения Хабаровского края» заведующего Краевым отделом здравоохранения И.А. Чельшева в 1947 г. говорилось, что стоматологическая и зубоветеринарная помощь в крае оказывается в недостаточном объеме. Анализируя положение дел с оказанием этого вида помощи, он констатировал, в крае не хватает стоматологов, зубных врачей и зубных техников, а также наблюдался острый дефицит стоматологических материалов [146].

Обеспеченность населения специалистами заметно снизилась по сравнению с предвоенными годами. В виду острой нехватки медицинских работников особенно на Крайнем Севере, Краевой отдел здравоохранения Хабаровского края предпринимал усилия по направлению в северные районы края специалистов, однако эта деятельность не всегда была эффективной. Так, в 1947 г. из 15 врачей, направленных на Чукотку морским путем через Владивосток, прибыло только 6 человек. Выяснилось, что часть осталась во Владивостоке, трое женщины-врача по пути вышли замуж и «часть устроилась в других местах» [156]. В условиях военного времени правительством были отменены все социальные льготы для дальневосточников и в вновь восстановлены после ВОВ в крайне урезанном виде. Это не могло не сказаться отрицательно на кадровом обеспечении северных территорий Дальнего Востока.

К тому же в первые послевоенные годы практика использования специалистов по стоматологии в качестве санитарных врачей была продолжена [89; 138; 143].

Жизнь рядового гражданина в этот период времени находилась в постоянной необходимости преодолевать трудности, вызванные последствиями войны, недостатком продуктов питания, одежды, бытовыми проблемами, все это сказывалось на том, что население не могло уделять достаточного внимания заботе о собственном здоровье.

Приоритетность государственных экономических интересов в сознании населения отодвигала на второй план ценностную установку на сохранение своего здоровья. Граждане делегировали власти заботу о своем физическом благополучии, однако ограниченная доступность и несвоевременность стоматологической помощи привели к тому, что конце 1940-х гг. врачами практического звена отмечалось, что полость рта у большинства населения Дальнего Востока находилась «в очень запущенном состоянии и требуется немедленное лечение» [152].

Однако послевоенный период характеризовался снижением объемов лечебно-профилактической помощи. Выяснено, что в 1946 г. плановое задание Нижнеамурской области Хабаровского края было определено в объеме – 15,0 тыс. зубокабинетных посещений. Задание было выполнено на 60 %. Это объяснялось нехваткой врачебных кадров [143].

В 1948 г. зубными врачами г. Комсомольска-на-Амуре было принято 21,0 тыс. чел., что на 12 % меньше, чем в предыдущем году [148]. Плановая санация полости рта проводилась лишь в крупных городах региона, но в незначительных объемах [142].

Повседневную деятельность стоматологической службы региона проиллюстрируем рядом примеров. Так, «образцовый», по мнению краевых органов здравоохранения, зубной кабинет городской поликлиники г. Биробиджана в 1948 г. был укомплектован 1 стоматологом и 3 зубными врачами. Кабинет оказывал лечебную помощь в две смены, со второй половины 1948 г. был организован специальный детский прием. За год было принято 1660 детей. Среднее количество посещений на одного врача в день составляло 18–20 чел., что превышало установленную норму на 45 %. Врач за смену осуществлял постановку 2–3 пломб при плановой норме 7 пломб, проводил 4–6 экстракций. Среднее количество санированных пациентов в месяц на одного врача приходилось по 35–37 чел. В кабинете проводилась плановая санация детей, призывников, однако профилактики кариеса зубов противокариозными препаратами не осуществлялось в виду отсутствия фтористого натрия. Помимо

ежедневной практической деятельности, каждый врач один раз в неделю должен был проводить санитарно-просветительскую и профилактическую работу на предприятиях, в школах и в детских садах с целью выявления особо нуждающихся в санации полости рта. В зубном кабинете имелось 2 зубоврачебных кресла, которые, по мнению врачей, нуждались в ремонте, а также не было в достаточном количестве мелкого инструментария, наконечников [182].

В Железнодорожном районе г. Хабаровска в амбулатории 2-й городской больницы в 1949 г. функционировал зубной кабинет, в котором работал зубной врач Башкевич, со стажем работы 19 лет. Кабинет обслуживал население района, а также к нему были прикреплены рабочие ряда промышленных предприятий, учащиеся трех средних школ, работники овощесовхоза и колхоза «Квантунская коммуна». Кабинет был оснащен ножной бормашиной и ежедневно его посещали 25–40 чел. при норме 13 посещений в смену [152].

В г. Советская Гавань в 1949 г. при городском медобъединении имелся зубоврачебный кабинет и зубопротезная лаборатория, находившаяся на хозрасчете, в котором работали зубной врач А.Н. Ащеулова и врач-протезист А.Н. Черных. За год обслуживалось 1,5 тыс. чел. «по обращаемости», специальный детский прием организован не был. В районе других кабинетов и лабораторий не было, в связи с этим, специалисты кабинета периодически направлялись в сельскую местность для оказания медицинской помощи [151].

Множество проблем с организацией медицинской помощи было в отдаленных северных территориях. Так, врачебная экспедиция в Корякском национальном округе в 1948 г. отмечала, что в зубном кабинете Олюторского района бормашина была неисправна, не было зубоврачебного кресла, в наличии был всего один зубной пинцет, зубной инструментарий был в неисправном состоянии, ржавый, медикаменты отсутствовали [149].

Материально-техническое состояние и обеспечение имеющихся зубоврачебных кабинетов и лаборатории было явно недостаточным. Так, в

течение нескольких лет Чукотский автономный округ просил центральные органы здравоохранением прислать им зубопротезную аппаратуру [140].

Недостаточное количество зубопротезных материалов привело к снижению объемов изготавливаемых протезов. Так, в зуботехническом кабинете Нижнеамурской области Хабаровского края работал только один зубной техник, который в 1946 г. изготовил в первом полугодии 96 протезов, а во втором – 28. Такое небольшое количество объяснялось отсутствием необходимого зубопротезного материала [143].

В штате зубопротезной лаборатории Комсомольского горздравотдела в 1948 г. было 2 зубных врача и 3 зубных техника. Лаборатория располагалась в жилом доме, помещение, площадью 58 кв. м. состояло из общего коридора, приемной-регистратуры, лечебного кабинета, гипсовочной, технической комнаты. Кабинета врача работал в две смены, с утра проводилось лечение зубов и экстракция, зачастую без применения местной анестезии. По мнению руководителей городского здравоохранения, использование анестезии было ограничено, во-первых, недостатком анестетиков, во-вторых, отказом больных от ее проведения, и, наконец, значительным количеством пародонтозов и разрушенных зубов с большой подвижностью, при которых применение обезболивания не показано [155]. Во второй половине дня проводилось зубопротезирование. Кабинет был оснащен ножной бормашиной, электрическим стерилизатором. По мнению врачей, хирургические инструменты для лечения и медикаменты, инструменты для зубопротезирования имелись в недостаточном количестве, особенно ощущалась нехватка в материалах и инструментах для протезирования. За год врачами кабинета было принято 1532 первичных пациента, получили протезы 726 чел. Изготовлено каучуковых протезов для 82 чел., стальных коронок – 1417 шт., стальных зубов – 1053 шт. Врачи констатировали, что нехватка материалов и инструментов для протезирования привела к уменьшению объемов выполняемых работ [148].

Из отдаленных областей больные направлялись для зубопротезирования в краевой центр, но они вынуждены были возвращаться обратно без

соответствующей помощи, т.к. даже г. Хабаровск не был обеспечен зубопротезными материалами [140].

Катастрофическое положение дел с обеспечением стоматологических кабинетов Дальнего Востока материалами вынуждало краевые органы здравоохранением обращаться в центр. Так, в 1946 г. Крайздравотдел Хабаровского края ходатайствовал перед Советом Министров РСФСР о дополнительном выделении краю стальных зубов 500,0 тыс. шт., припоя 10,0 кг., каучука 50,0 кг., зуботехнического цемента 500 фл., пластмассы АКР-7 – 500 фл. Фактически было выделено: стальных зубов 300,0 тыс. шт., припоя – 2 кг., цемента 500 порций, пластмассы – 150 фл. [142].

Крайздравотделом Хабаровского края зубные врачи и стоматологи на курсы усовершенствования и специализацию на центральные базы не направлялись по причине отсутствия для этого финансовых средств, а также отсутствия подмены специалистов и опасностью того, что население ряда регионов может остаться без какой-либо квалифицированной помощи [142].

Отсутствие в крае новой специальной литературы, по мнению врачей практического звена, не позволяло знакомиться с последними достижениями отечественной стоматологии. Однако с целью повышения своего практического опыта начинающие стоматологи имели возможность стажироваться у более опытных коллег, а нехватка зубных техников, вынуждала местные органы здравоохранением проводить подготовку этих специалистов путем ученичества на рабочих местах. Так, при Вяземской районной больнице в 1946 г. зубной техник обучал ученика [142].

В штате зубопротезной лаборатории Комсомольского горздравотдела в 1947 г. числилась ученица зубного техника [148].

Согласно архивным материалам, в 1947–1948 гг. по Хабаровскому краю числились 71 зубоврачебный кабинет, 6 зубопротезных лабораторий и 1 стоматологическая амбулатория со штатом 5,5 врачебных единиц, которая находилась на освобожденной территории Южного Сахалина [144]. Фактически работающих было 58 зубных кабинетов и 5 зубопротезных лабораторий [156].

В Приморском крае стоматологическая сеть имела в своем составе 1 стоматологическую поликлинику со стационаром на 9 коек в краевом центре и 54 зубоврачебных кабинета, причем в каждом из 31 района края имелся зубной кабинет, 12 зубопротезных лабораторий. В 20 районах Приморского края зубопротезной помощи организовано не было [90].

Ввиду острой нехватки этого вида медицинской помощи в г. Хабаровске, местная исполнительная власть принимала меры по открытию зубопротезных мастерских, закрытых в годы войны. Так, решением исполнительного комитета Хабаровского городского Совета депутатов трудящихся от 25 сентября 1947 г. была вновь открыта и стала финансироваться зубопротезная мастерская при поликлинике связи Центрального района г. Хабаровска [187].

В штате гражданских лечебных учреждений Хабаровского края в 1947 г. числились 6 стоматологов, 59 зубных врачей, 2 врача-протезиста, 17 зубных техников. Руководители краевым здравоохранением отмечали, что в крае квалифицированных врачей-стоматологов не было, т.к. имевшиеся были недостаточно подготовлены и вели только зубоврачебный прием, а оказание помощи в сложных клинических случаях проводилась стоматологами военного госпиталя и врачами хирургических клиник.

Местные органы здравоохранением Дальнего Востока сообщали краевым властям, что на местах создано катастрофическое положение с оказанием стоматологической помощи. Заведующий Крайздравотделом Хабаровского края обращался в Министерство здравоохранения РСФСР с целью помощи в обеспечении края, и в особенности его северных территорий, достаточным количеством зубных врачей и протезистов, снабжении их зубоврачебными и зубопротезными материалами. Был получен ответ, что в данный момент МЗ РСФСР ничем помочь не может. Тем не менее, по мнению краевых властей, зубоврачебная помощь должна была улучшаться, т.к. были приглашены демобилизованные из армии стоматологи и зубные врачи [145].

В конце 1945 г. после освобождения Южного Сахалина, был образован Южно-Сахалинский областной отдел здравоохранения, который в 1946 г., провел

обследование сети лечебных учреждений области, бывшей японской провинции – губернаторство Карафутто [428]. Было выяснено, что на освобожденной территории о-ва Сахалин имелась стоматологическая амбулатория и зубопротезная мастерская в г. Южно-Сахалинске (тогда еще г. Тойохара), а также 26 частных зубных кабинетов в ряде районов, владельцами которых были японские врачи. В 1946 г. была начата национализация частных лечебных учреждений, а также проведен учет всех японских медиков, в т.ч. зубных врачей. В ряде случаев было выдано разрешение на проведение частной практики японским врачам для обслуживания на Сахалине проживающего неработающего японского населения. Однако частная практика была быстро свернута в связи с закрытием частных лечебных учреждений их владельцами и репатриацией японцев [144]. Для оказания стоматологической помощи прибывающим переселенцам на Южный Сахалин была запланирована организация стоматологической поликлиники на базе имеющейся японской амбулатории в г. Южно-Сахалинске [663].

Основной потенциал зубоврачебной службы Дальнего Востока находился в крупных городах, где функционировали не только территориальные зубные кабинеты, но и кабинеты при здравпунктах или медсанчастях крупных промышленных предприятиях. Так, населению г. Комсомольска-на-Амуре в 1948 г. зубоврачебная помощь оказывалась 6 зубными врачами трех поликлиник и в городском зубопротезном кабинете хозрасчетного типа. Кроме того, на заводах № 199, № 126, № 364, № 409 имелись зубные кабинеты. В г. Биробиджан помимо зубного кабинета при городской поликлинике, функционировали кабинеты на швейной фабрике, заводе № 11. Установка МЗ СССР на улучшение стоматологической хирургической помощи привела к тому, что 16 декабря 1946 г. в отоларингологическом отделении Краевой больницы г. Хабаровска было выделено 5 коек для стоматологических больных [425]. Для оказания стоматологической помощи стационарным больным были организованы зубные кабинеты в Хабаровской клинической больнице №1, детской клинической больнице.

Несмотря на запрет МЗ СССР на клиническую деятельность зубных техников в отдаленных районах Дальнего Востока они все-таки оказывали медицинскую помощь. Так, в отчете Кур-Урмийского района в Крайздравотдел за 1949 г. отмечалось, что в районе нет стоматолога, и его функции выполняет зубной техник со стажем работы 1 год [156]. Медицинская экспедиция на п-ве Чукотка в 1949 г. отмечала, что в п. Лаврентия имелся зубоврачебный кабинет, прием вел зубной техник. Более того, в фельдшерском пункте п. Уэллен, фельдшер оказывал посильную зубоврачебную помощь, в основном экстракцию зубов [150].

К началу 1950 г. местные органы управления здравоохранением, следуя указаниям центральных органов стали налаживать профилактическую работу, главным образом в крупных промышленных центрах по санации полости рта организованным группам детей. Так, в 1949 г. в г. Хабаровск были осмотрены школьники и дети, посещающие детские сады в количестве 11,4 тыс. человек, проведена санация 5,2 (45 %) тыс. детей [153]. Однако обеспечить превентивным лечением все определенные государством группы населения не удавалось, а в виду отсутствия препаратов местная флюоризация зубов у детей и подростков не проводилась.

Несмотря на заметные результаты по организации медицинской помощи населению Дальнего Востока к началу 1950-х гг., реальное состояние дел, особенно в отдаленных районах было менее оптимистичное. Секретарь облисполкома Нижнеамурской области в 1951 г. докладывал в вышестоящие органы: «Несмотря на огромную помощь, систематически оказываемую партией и правительством Нижнеамурской области состояние жилищно-бытового хозяйства и существующая сеть социально-культурных учреждений не удовлетворяет многих, даже самых необходимых нужд населения» [57].

Обеспеченность стоматологической помощью жителей Приморья, по подсчетам органов здравоохранения края, в конце 1940-х гг. составляла 0,3 посещения на одного чел. в год при минимальной общесоюзной норме 1,6 посещения, в тоже время среднегодовая нагрузка у врачей достигла 5295

посещений, что на 60 % выше фактически сложившейся нагрузки врачей РСФСР [90].

Таким образом, тотальная централизация средств не позволяла их распределять по дальневосточным регионам с учетом реального состояния материальной базы здравоохранения, кадрового обеспечения. При этом средства выделялись, главным образом, крупным городам, где и был сосредоточен основной потенциал здравоохранения, работали лучшие специалисты.

Реальное состояние дел с оказанием стоматологической помощи на Дальнем Востоке страны в условиях централизованного финансирования заставляло местные органы власти постоянно обращаться в Москву с просьбой о выделении дополнительных финансовых средств и материальных ресурсов для обеспечения и поддержания минимального социального уровня медицинской помощи населению.

В первые послевоенные годы местные органы исполнительной власти вели поиск путей оптимизации работы стоматологических учреждений региона в условиях ограниченного финансирования со стороны государства и решали сложные проблемы по организации стоматологической помощи, по обеспечению повседневной деятельности имеющихся лечебных учреждений. Проводили мероприятия по повышению доступности этого вида медицинской помощи, которая в условиях военного времени, послевоенного восстановления народного хозяйства не была в приоритетах центральных органов здравоохранения.

В целях повышения доступности проводились мероприятия по организации стоматологической помощи работникам промышленных предприятий, стационарным больным, жителям сельской местности, а также по равномерному укомплектованию штатных должностей стоматологов и зубных врачей. Уделяя внимание обеспечению стоматологической помощью отдаленные северные территории, приглашались демобилизованные врачи из Советской армии.

В комплексе мер по повышению качества медицинской помощи была организована стационарная стоматологическая помощь, были восстановлены

мероприятия по плановой санации полости рта у детей и подростков. Однако не везде была обеспечена своевременность и систематичность санации. Врачебная нагрузка практических врачей значительно превышала фактически установленные нормы, что сказывалось на качестве и низких показателях объемов санации.

В силу финансовых, материальных и кадровых возможностей был обеспечен минимальный объем стоматологической помощи для жителей промышленных центров, в сельской местности этот вид медицинской помощи был явно недостаточным.

Более того, вспомогательные методы обследования и лечения, такие, как рентгенологическое исследование зубов, физиотерапевтическое лечение при заболеваниях челюстно-лицевой области, местное обезболивание, пластмассы и литые конструкции для зубопротезирования, а также технологии местной флюоризации зубов были недоступны основной массе населения.

5.3. Развитие стоматологической помощи на Дальнем Востоке России в 1950-е гг.

С начала 1950-х гг. по инициативе МЗ СССР происходила реорганизация стоматологической службы в стране. На повестку дня встали вопросы по обеспечению населения стоматологической помощью на территориальных и цеховых врачебных участках. Центральным звеном проводимых реформ становится создание многофункциональных стоматологических поликлиник в крупных промышленных городах, переформатирование деятельности стоматологических отделений и кабинетов в общих поликлиниках, зубоврачебных кабинетов в сельской местности, которые должны были работать под научно-методическим руководством главного внештатного стоматолога.

Образованный в 1938 г. Хабаровский край в 1947 г. изменил свои территориальные границы. Из его состава была выделена Сахалинская область, а в 1948 г. – Амурская область. В 1953 г. была образована и вышла из состава края Магаданская область, в 1956 г. – Камчатская область. Это сужало рамки

территориальной ответственности местных органов власти в социальной сфере и позволяло концентрировать ресурсы для решения проблем здравоохранения.

Советские историки дальневосточной медицины отмечали, что органы Хабаровского краевого здравоохранения при активной поддержке партийных, советских и общественных организации и населения быстро ликвидировали санитарные последствия ВОВ. Более того, Крайздрав настойчиво боролся за исполнения постановлений Совета Министров СССР, МЗ СССР, своевременно добивался принятия соответствующих управленческих решений исполкомом краевого Совета депутатов и, в связи с этим, здравоохранение в Хабаровском крае развивалось опережающими темпами [72; 315].

Исследования постсоветского периода также отмечали, что в 1950-х гг. на Дальнем Востоке в области здравоохранения удалось достичь заметных результатов [57].

Первая специализированная стоматологическая поликлиника в Хабаровском крае была открыта в г. Комсомольске-на-Амуре на основании решения исполнительного комитета Комсомольского-на-Амуре городского Совета от 20 марта 1952 г. № 100 [684]. Поликлиника была организована для оказания терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологической помощи, имелась зуботехническая лаборатория, рентгенологический кабинет, позднее был оборудован кабинет на 2 кресла для дифференцированного детского приема и организован передвижной зубной кабинет для работы в детских садах, школах и на предприятиях. В конце 1950-х гг. в поликлинике работали 3 стоматолога, 11 зубных врачей, 7 зубных техников. Заведовала поликлиникой зубной врач О.В. Канаева.

В 1956 г. при Хабаровской городской больнице № 2 было организовано крупное стоматологическое отделение для обслуживания жителей центра города с терапевтическим кабинетом на 6 кресел, хирургическим кабинетом на 2 кресла и ортопедическим кабинетом на 3 кресла. Отделение располагало рентгенологическим кабинетом, физиотерапевтическим кабинетом, процедурной

и стерилизационной комнатой. Заведовал отделением зубной врач И.И. Кенигфест.

В круг обязанностей сотрудников отделения входило оказание первой помощи всем больным, обратившимся с острой зубной болью, а также оказание стоматологической помощи сельским жителям. Для этого специалисты регулярно командировались в сельские районы [158].

Опыт организации крупных лечебных учреждений Хабаровским Крайздравом был признан успешным, т.к. значительно улучшал организацию лечебного приема: специалисты работали в 2 смены, был организован смотровой кабинет, налажено оказание помощи при острой боли, выделен специалист для лечения заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта, организовано зубопротезирование и зуботехническая лаборатория.

Помимо этого, в г. Хабаровск и г. Комсомольск-на-Амуре к концу 1950-х гг. функционировали 30 зубоврачебных кабинетов при поликлиниках и других медицинских учреждениях [226]. Несмотря на значительный потенциал городских стоматологических кабинетов, по наблюдению главного внештатного стоматолога края К.Д. Власовой [37], в этот период «не была налажена предварительная запись, что порождало постоянные очереди на прием, особенно в утренние часы» [158].

С целью обеспечения комфорта и повышенного качества медицинских услуг для партийной и государственной элиты Дальнего Востока России создавались закрытые больницы и поликлиники [672]. Повседневная деятельность таких ЛПУ имела свои отличительные признаки. Так, в начале 1950-х гг. поликлиника Крайпартактива Хабаровского края закрытого типа оказывала специализированную помощь, в т.ч. стоматологическую. Поликлиника не вела участковой работы, а обслуживала только работников краевого партактива. В лечебном учреждении было организовано два зубных кабинета, в одном из которых посменно работало два стоматолога В.И. Васильева и Е.К. Савенко, в другом врач-протезист И.С. Охримчук, два зубных техника. В среднем один врач в смену принимал 24 чел., прием был

смешанным, в смену осуществлялось 4-5 экстракций. Администрация поликлиники отмечала, что здесь внедрены новейшие методы лечения. Так, детям в возрасте до 12 лет с профилактической целью втиралась фтористая паста. Взрослым тоже применялась фтористая паста при дефектах эмали и обнаженных шейках зубов. При пломбировании каналов применялись новейшие пасты – фтористая, сульфамидная. Однокорневые зубы пломбировались серебряными штифтами. При заболеваниях слизистой оболочки, стоматитах применялись оксигенотерапия, новарсенол, хлористый цинк, пенициллинотерапия. В зуботехнической лаборатории изготавливались литые протезы. Зубоврачебные кабинеты, по мнению администрации поликлиники, были полностью оснащены инструментами. С каждым врачом работал средний медицинский работник со стажем свыше 10 лет [154].

В зависимости от представления правящей элиты о том, какие отрасли промышленности наиболее важны для государства, а какие имеют второстепенное значение, на территории Дальнего Востока ряд предприятий создавали свою собственную стоматологическую службу, доступ к которой посторонним был либо закрыт, либо ограничен. Так, ведомственный зубоврачебный кабинет поселка золотого прииска Курун-Урях в Нижнеамурской области Хабаровского края с общим количеством работающих в несколько тысяч человек был оборудован ножной бормашиной, байонетными щипцами, имелись пломбирочные материалы. Объем помощи был следующий: лечение кариеса, экстракция зубов и зубопротезирование на хозрасчетной основе. Медицинскую помощь с 1953 по 1960 гг. оказывала зубной врач З.А. Аксютина, на прииске работал зубной техник, который «варил» пластмассу, добавляя для цвета губную помаду [141].

На особом внимании местных органов здравоохранения Дальнего Востока была организация оказания детской стоматологической помощи. Несмотря на то, что конце 1950-х гг. в Хабаровском крае не было создано специализированных детских стоматологических поликлиник и отделений, в краевом центре были организованы 4, а в г. Комсомольск-на-Амуре 3 кабинета по оказанию

стоматологической помощи детям, в которых работало 11 врачей. Однако на одного специалиста, оказывающего помощь детям, по подсчетам главного стоматолога приходилось 6–7 тыс. чел. детского населения, вместо 2–2,5 тыс. чел. согласно общероссийским нормативам.

В г. Хабаровске была организована работа 2 передвижных стоматологических кабинетов для санации полости рта у детей в школах. Был выделен один день в стоматологическом отделении при 2-й городской больнице для проведения плановой санации полости рта у школьников. В результате, значительно повысились показатели количественного охвата детей плановой санацией, однако качественные показатели (процент «санированных от нуждающихся») не увеличивались. Так, если в 1959 г. в крае были осмотрены 37,2 тыс. человек, нуждалось в лечении 19,2 (51,6%) тыс. человек, а санировано от нуждающихся 12,1 (63%) тыс. человек, то в 1961 г. было осмотрено 59,6 тыс. человек, нуждалось 32,9 (55,2%) тыс., санировано – 16,7 (50,1%) тыс. человек. По мнению главного стоматолога края, это было связано с тем, что врачи лечение зубов у детей до конца не доводили [158].

Следуя указаниям Минздрава СССР, в 1957 г. в г. Хабаровск, а затем в 1959 г. в г. Комсомольск-на-Амуре, был организован ортодонтический прием на 0,5 ставки, (Минздравом СССР была рекомендована 1 должность на 100,0 тыс. городского населения). Специалисты по ортодонтии были направлены на стажировку на центральные базы страны [158].

К концу 1950-х гг. в Хабаровском крае было развернуто 55 коек по профилю «челюстно-лицевая хирургия». В краевом центре было организовано два стоматологических отделения. Одно при 2-й городской больнице на 20 коек, второе – при 1-й краевой клинической больнице на 25 коек. Кроме того, имелись 10 коек в Комсомольске-на-Амуре на базе 7-й городской больницы [157]. Эти нововведения находились в русле требований МЗ СССР по организации стационарной стоматологической помощи.

Острой проблемой оставалось кадровое обеспечение стоматологической службы. Так, городской отдел здравоохранения Комсомольска-на-Амуре в

1955 г. сообщал Крайздравотделу, что городу было необходимо 68 зубных врачей и стоматологов, а имелось всего лишь 29 чел. Не хватало специалистов и в сельской местности, особенно в районах Крайнего Севера [180].

Практика направления специалистов по распределению на Дальний Восток не могла полностью обеспечить край стоматологами, а собственной базы по подготовке зубных врачей создано не было. Имевшаяся в Приморском крае зубоврачебная школа с 1954 по 1961 гг. не финансировалась и была закрыта.

Для решения этой проблемы постановлением бюро Крайкома КПСС и Крайисполкома от 10 мая 1960 г. «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания населения Хабаровского края» Крайздравотделу было поручено организовать прием в Хабаровское медицинское училище 30 человек из числа сельской молодежи на организуемое зубоврачебное отделение за счет плана набора училища. Кроме того, Комсомольскому горисполкому необходимо было организовать в фельдшерском училище Комсомольска-на-Амуре отделение на 25–30 чел. для подготовки зубных врачей в счет плана набора училища [105].

В крупных городах края Хабаровске, Комсомольске, Советской Гавани, Николаевске-на-Амуре, Биробиджане усилиями местной исполнительной власти был возрождён потенциал зубопротезной службы. В краевом центре к началу 1960-х гг. имелись 8 зубопротезных кабинетов, в штате которых было 10 врачей протезистов и 24 зубных техника [185].

Тем не менее, в начале 1960-х гг. главный стоматолог Хабаровского края К. Власова, отмечала, что в крае имеющийся потенциал зубопротезной службы недостаточен, крупных зубопротезных отделений нет, многие районы Хабаровского края и Еврейской автономной области не имели зубопротезных кабинетов и, соответственно, врачей-протезистов, наблюдались перебои в снабжении материалами, а имеющаяся зубопротезная техника в ряде случаев простаивала.

Было также отмечено, что в штате протезного отделения г. Хабаровска имелось 2,5 ставки врача-протезиста, 8 зубных техников и 2 медицинских

сестры. В отделении отсутствовала быстротвердеющая пластмасса, драгоценные сплавы для зубопротезирования поступали не вовремя. В крае официально зарегистрированных частнопрактикующих специалистов как области зубопротезирования, так и в зубопротезировании зарегистрировано не было [157; 158].

К концу 1950-х гг. значительно улучшилось снабжение края стоматологическим оборудованием и материалами. Большинство кабинетов было оборудовано новыми зубопротезными креслами и электрическими бормашинами. Однако в полной мере заявки края не исполнялись. Так, в 1960 г. были получены бормашины в количестве 3 шт., при заявке 10 штук, зубопротезных кресел было заявлено 25 шт., получено 13 шт. В недостаточном количестве и плохого качества поступали наконечники, боры, нервоэкстракторы, каналонаполнители [158].

Общее число посещений у стоматологов и зубных врачей в крае неуклонно возрастало (с 655,8 тыс. в 1959 г. до 760,3 тыс. в 1961 г.). Среднее количество посещений на одного врача составляло 4320 в год, (при фактически сложившихся показателях по РСФСР 3155 посещений в год), а соотношение вылеченных зубов к удаленным приближалось к 2,0:1,0 [158]. Эти показатели находились в русле новых принципов планирования и параметров стоматологической помощи населению.

Привлечение общества к принятию управленческих решений в различных сферах повседневной жизни способствовало тому, что в 1954 г. возникает институт внештатного главного стоматолога для научного и методического руководства деятельностью службы, а также было организовано Научное общество стоматологов. Эти обязанности выполняла ассистент-стоматолог кафедры госпитальной хирургии Хабаровского медицинского института К.Д. Власова.

Деятельность общества того времени была направлена на повышение уровня общемедицинских и специальных знаний, повышение квалификации стоматологов и зубных врачей [257]. В повседневную практику входили

организация и проведение краевых, областных и городских совещаний зубных врачей и стоматологов по вопросам организации стоматологической помощи, а также другим актуальным вопросам специальности [257]. В 1961 г. в Хабаровске была проведена первая краевая конференция стоматологов и зубных врачей [157].

Таблица 6

Стоматологическая служба Приморского края в начале 1960-х гг.¹⁰

№	Наименование	Годы		
		1961	1962	1963
1.	Количество стоматологических поликлиник	1	1	1
2.	Число зубоучастковых кабинетов	128	141	141
2.1	в т.ч. в сельской местности	32	35	35
3.	Количество зубопротезных лабораторий	37	44	44
3.1	в т.ч. в сельской местности	8	8	8
4.	Число штатных должностей врачей-стоматологов	42,0	52,5	57,0
4.1	зубных врачей	187,5	201	256,5
5.	Занятых должностей врачей-стоматологов	43,5	46,0	47,0
5.1	зубных врачей	207,5	209,0	238,0
6.	Физических лиц врачей-стоматологов	38	40	55
6.1	зубных врачей	153	170	193
6.2	зубных техников	69	59	72
7.	Процент укомплектованности врачами-стоматологами	102,4	88,5	82,4
7.1	зубными врачами	110,7	103,9	92,9

¹⁰ Составлено по ГАПК.Ф.Р-268. О.7. Д.735. Л.2

Таким образом, начавшиеся в конце 1950-х гг. процессы либерализация общества, новые идеологические установки, «курс на демократизацию, восстановление ленинских норм партийной жизни, коллективное руководство и повышение народного благосостояния» способствовали развитию новой социальной политики в стране, основанной на принципе удовлетворения потребностей человека. Приоритеты социального развития общества стали выражаться лозунгом: «Все во имя человека, все для блага человека».

Вектор социального развития был направлен на ликвидацию различий в уровне жизни и потреблении различных групп населения, был взят курс на стирание социально-экономических диспропорций между регионами, городом и деревней. Это должно было осуществляться путем совершенствования планирования, распределения, нормирования, администрирования и контроля, где роль высшего партийно-государственного аппарата продолжала оставаться решающей. В связи с этим центральные управленческие органы были вынуждены пойти на ряд уступок по децентрализации управления социальной сферой, что дало возможность местным советам принимать решения по территориальному планированию, финансированию и управлению региональными социальными вопросами. Однако мероприятия, связанные с распределением государственных бюджетных средств, капитальное строительство в сфере здравоохранения проходили сложные бюрократические согласования в министерствах и ведомствах.

Исходя из идей широкой доступности стоматологической помощи, магистральным направлением деятельности местных органов здравоохранения стало наращивание количественного потенциала службы в сочетании с рационализацией и оптимизацией ее организационных форм. Воплощением в жизнь новых требований Минздрава СССР по вопросам организации стоматологической помощи стала организация местной исполнительной властью Дальнего Востока нового формата оказания населению этого вида медицинской помощи, а именно создание городских стоматологических поликлиник, как основного звена учреждений стоматологического профиля. Штатные должности

специалистов в них рассчитывались на основании количества прикрепленного к лечебному учреждению населения, также был введен дифференцированный детский прием, организована ортодонтическая помощь детям, увеличено количество коек для стационарного стоматологического лечения.

Децентрализация полномочий позволила местной власти региона решать вопросы по организации подготовки местных кадров для практического здравоохранения. Увеличение числа штатных должностей специалистов по стоматологии должно было компенсироваться не прибывающими из других регионов специалистами, а обученными на местных базах кадрами зубных врачей, подготовленных, в первую очередь, для оказания общедоступной лечебно-профилактической стоматологической помощи.

Однако в силу крайне малого количества на Дальнем Востоке стоматологов, должный контроль с их стороны за лечебной деятельностью зубных врачей был слабо организован, а попытки местных органов здравоохранения укомплектовать руководящий состав стоматологических учреждений врачами-стоматологами, а не зубными врачами были, по большей части, безуспешными.

Необходимо отметить, что на Дальнем Востоке не планировалось создание хозрасчетных (платных) стоматологических поликлиник, которые были лишены многих недостатков территориальных лечебных учреждений. Это можно объяснить факторами как объективного, так и субъективного характера. К первым относятся природно-климатические условия территории, система расселения и структура населения. Ко второй группе факторов необходимо отнести недостаточное социально-экономическое развитие региона, кадровый дефицит, невысокое состояние материально-технической базы и социальной инфраструктуры, низкая транспортная доступность и мобильность населения. Тем не менее, по нашему мнению, ЛПУ были бы востребованы в силу специфики экономического освоения региона, где была высока доля переселенцев, не сумевших устроиться по специальности и выпадавших из своей сферы труда, лиц, приехавших ненадолго за «длинным рублем», вахтовиков,

многочисленных сезонных рабочих, работников «кочующих» с производства на производство и не имевших постоянного жилья.

Местные органы власти стремились повысить доступность этого вида медицинской помощи для разных социальных категорий населения. Но в реальности, доступность стоматологической помощи на Дальнем Востоке характеризовалось глубоким расслоением, так как ведущим критерием доступности выступала категория «уровень жизни» или «уровень потребления». Уровень жизни определялся положением индивидов во властной иерархии, характером труда и родом занятий, доступом к общим благам и услугам, а также производственной спецификой.

Максимальной доступностью обладала краевая и городская номенклатура, обеспеченная не только бесплатной, но и улучшенного качества стоматологической помощью. Повышенной доступностью обладали служащие разного уровня квалификации, не обладавшие управленческой властью, высококвалифицированные профессионалы, специалисты с высшим образованием, чьи льготы на получение медицинской помощи носили отраслевой характер.

Отраслевая пирамида строилась на представлениях элиты о том, какие отрасли науки и промышленного производства наиболее важны для государства, а какие имеют второстепенное значение. Наиболее важные отрасли промышленности были обеспечены ведомственными лечебными учреждениями. Общей доступностью обладали городские рабочие, пониженной доступностью – сельская интеллигенция, сельскохозяйственные рабочие. Замыкали пирамиду – маргиналы, то есть люди, оказавшиеся в силу определенных обстоятельств вне пределов своих социальных групп. Дети составляли особую группу, доступность стоматологической помощи которой в большей мере зависело от места работы их родителей.

ГЛАВА 6. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ РОССИИ В 1961-1991 гг.

6.1. Организация стоматологической помощи в СССР (1960-1980 гг.)

Новая экономическая ситуация в стране, либерализация общества, подъем жизненного уровня населения, ослабление контроля над личной жизнью людей требовали от государства новых подходов в социальной сфере.

В начале 1960-х гг. вектор социального развития был направлен на создание универсального и равного доступа к общественным благам. Между тем, «потребительская революция» и рост жизненных стандартов способствовали трансформации стоматологической помощи в сознании людей от услуги исключительно медицинской к услуге медико-социальной, и даже бытовой. Значительное влияние на потребности в стоматологии стали оказывать европейские и американские стандарты жизни, растущий престиж образования и интеллектуального труда в стране, «внешняя репрезентация» личности, статусный имидж, самосохранительное поведение людей.

Однако, по словам министра здравоохранения РСФСР В.В. Трофимова, высказанным в 1967 г., «до 1960 г. стоматологическая помощь являлась одним из наиболее отстающих разделов внебольничной помощи» [624]. По его мнению, такое отставание было связано не только недостаточным количеством специальных стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов, зубопротезных мастерских, но и с недостатком кадров специалистов: стоматологов, зубных врачей и зубных техников. По мнению главного стоматолога СССР В.Ф. Рудько, в начале 1960-х гг. организация зуботехнического производства находилась на «первобытно-кустарном уровне» [578]. Пациенты, получившие зубные протезы говорили о том, что «больше носят зубы не во рту, а в кармане» [328].

Многочисленные приказы МЗ СССР 1950-х гг. в области организации стоматологической помощи не приводили к значительному улучшению

обстановки на местах. По мнению В.Ф. Рудько необходимо было «кончать с бесконечным переключением «ваток» и «турунд» – бессмысленной тратой сил и времени, столь нужных для расширения стоматологической помощи населению» [578].

В Постановлении Совета Министров СССР № 738 от 12 августа 1961 г. «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению» прозвучала критика в адрес МЗ СССР и Советов Министров Союзных республик в плане неудовлетворительной организации стоматологической помощи на местах, были намечены меры по коренному улучшению этого вида медицинской помощи в стране. Постановление и последовавший за ним приказ МЗ СССР № 386 от 2 сентября 1961 г. «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению» определили реновационные подходы к развитию этого вида медицинской помощи, разграничили полномочия и сферу ответственности центральных и местных органов исполнительной власти. Так, в компетенцию центральных органов власти стали входить увеличение и совершенствование подготовки врачей-стоматологов, их распределение, установление общесоюзных нормативов помощи, вопросы расширения производства и создания новых образцов оборудования и материалов, расширения научных исследований в этой сфере.

Местным органам власти предлагалось увеличивать объемы посещений и качество стоматологической помощи, внедрять в практику новые методы лечения, совершенствовать территориально-участковый принцип обслуживания населения, развивать общедоступные методы зубного протезирования, сокращать разрыв в оказании этого вида медицинской помощи между городом и деревней, осуществлять регулярное профессиональное совершенствование специалистов.

Одной из точек приложения новых тенденций в организации стоматологической помощи было окончательное решение кадрового вопроса в практическом здравоохранении. По словам министра здравоохранения СССР С.В. Курашова, высказанным в 1962 г., стоматологическому образованию в стране была дана «зеленая улица» [370].

По мнению стоматологической общественности, серьезным недостатком стоматологической службы страны являлась действующая система подготовки стоматологических кадров, а по мнению академика А.И. Евдокимова, высказанному еще в 1967 г., «наше население должно получать полноценную, разностороннюю и заслуженную им стоматологическую квалифицированную врачебную, а не зубоврачебную помощь» [278]. Однако позиция центральных органов здравоохранения состояла в том, что нельзя было сокращать подготовку зубных врачей без соответствующего параллельного решения всех вопросов, связанных с подготовки врачей-стоматологов [232].

Предпринимаемые усилия центральных властей привели к тому, что увеличилось количество специалистов по стоматологии в практическом здравоохранении РСФСР с 37,6 тыс. чел. в 1961 г. до 71,8 тыс. чел. в 1971 г., но суммарно, доля врачей с высшим медицинским образованием по специальности «стоматология» в лечебных учреждениях республики в 1975 г., среди всех специалистов, занимавшихся лечением зубов, не превышала 40 % [434; 435].

К концу 1980-х гг. обеспеченность врачами стоматологического профиля в СССР достигла своего пика и составляла 4,8 на 10,0 тыс. населения, а в РСФСР достигало 5,2 на 10,0 тыс., что не уступало мировым показателям. Однако в этих значениях доля зубных врачей со средним медицинским образованием составляла 30–40 % [436; 442; 607].

Другая проблема, которая требовала решения – это неравномерное распределение стоматологических кадров по территориям, решение вопросов укомплектования на местах штатных должностей стоматологов и зубных врачей, а также диспропорции в обеспеченности специалистами в городах и сельской местности [517; 590].

Централизованная система распределения выпускников вузов и средних специальных учебных заведений «пробуксовывала», врачи-стоматологи и зубные врачи, окончившие курс обучения, как правило, оседали в городах, а направляемые для работы в сельскую местность не всегда обеспечивались должными бытовыми и производственными условиями, что не способствовало

закреплению кадров на селе. В РСФСР из общего количества врачей-стоматологов и зубных врачей только 13,3 % в середине 1960-х гг. работали в сельской местности [411].

Такая неравномерность распределения кадров между городом и селом, между отдельными областями вызывало озабоченность Минздрава СССР, но ответственность за это перекладывали на руководителей органов здравоохранения на местах. По мнению МЗ РСФСР местные исполнительные власти не проявляли должной заинтересованности в закреплении кадров, в использовании их по прямому назначению, допускали переход врачей-стоматологов на работу по другой специальности, а также были нерешительны в организации подготовки специалистов на местных базах [411].

В середине 1960-х гг. в СССР становятся особо актуальными вопросы специализации и усовершенствования врачей-стоматологов, зубных врачей и зубных техников. Для этой цели должны были широко использоваться местные базы, а именно центральные стоматологические поликлиники. Однако фактически на местах не хватало сложного оборудования и инструментов, а применяемые технологии, такие как изготовление штампованных коронок, пластинчатых пластмассовых протезов, резорцин-формалиновый метод лечения осложненных форм кариеса, не требовали высокой квалификации и постоянного обучения врача.

Основным направлением в развитии сети стоматологических учреждений стала организация самостоятельных стоматологических поликлиник – главных центров оказания этого вида медицинской помощи. Теория о том, что стоматологи и зубные врачи должны были работать только в «тесной связке» под «одной крышей» с врачами амбулаторно-поликлинического звена потеряла свою актуальность.

По мнению представителя МЗ СССР А.Г. Сафонова, опасение, что врачи стоматологи, работая в самостоятельных учреждениях, изолируют себя от врачей других специальностей и не будут связывать заболевания зубов и полости рта с общей патологией организма, оказались напрасными [581]. Количество

стоматологических поликлиник в РСФСР возросло с 409 в 1969 г. до 521 (из них 67 детских) в 1974 г., однако во многих территориях, предусмотренного нормативными документами МЗ РСФСР, прироста не отмечалось [525].

Создание крупных детских стоматологических поликлиник, по мнению организатора советской стоматологии Т.Ф. Виноградовой, стало разрешать проблему максимального приближения к детям стоматологической помощи, дало возможность проводить высокоспециализированные методы диагностики и лечения. В детской поликлинике, школе, детском саду, детской клинической больнице, детском санатории, пионерском лагере «занял прочное положение и зарекомендовал себя как необходимый детям новый специалист – детский стоматолог» [68].

В начале 1960-х гг. господствующая в советском практическом зубопротезировании с 1930-х гг. теория «массового зубопротезирования» стала подвергаться критике. По мнению В.Ф. Рудько, в советском зубопротезировании «значительно недооценивался косметический фактор» [578]. Начальник главного управления лечебно-профилактической помощью МЗ РСФСР Н.И. Матвеев в 1965 г. отмечал: «настало время широкого внедрения в практику зубных протезов, которые исключали бы заметные металлические «пятна» во рту» [411]. В повседневные методы ортопедического стоматологического лечения страны должны были широко внедряться методики эстетического протезирования. Политика государства в области оказания зубоврачебной помощи разворачивалась от интересов группы (рабочих и служащих) к интересам большинства граждан [223; 227; 254].

С целью увеличения количества и повышения качества изготавливаемых протезов в начале 1960-х гг. центральные органы здравоохранением стали требовать от местных органов проводить мероприятия по организации крупных централизованных зуботехнических лабораторий, которые должны были укомплектовываться новым современным оборудованием и литейными установками. Более того, наличие мелких лабораторий, по мнению МЗ СССР, влекло не только низкое качество работ, т.к. там процветала «кустарщина», но и

низкую производительность труда зубных техников, бесконтрольность в работе и, в конечном итоге, использование государственного имущества в качестве базы для осуществления нелегальной частной практики.

Создание крупных центральных лабораторий, по мнению МЗ СССР, должно было поднять уровень качества зубного протезирования, облегчить условия труда зубных техников, сократить сроки изготовления протезов, снизить себестоимость изготавливаемой продукции. Эти меры оказались достаточно эффективными. Организаторы здравоохранения на местах отмечали, что открытие централизованных лабораторий и оснащение их современным оборудованием, значительно повышали качество изготавливаемых протезов, расширяли возможности изготовления более рациональных конструкций протезов [400]. В практическом здравоохранении вопрос об укрупнении и централизации зуботехнических лабораторий продолжал оставаться актуальным в течение всего советского периода.

В целом по РСФСР обеспеченность на 10 тыс. населения врачами-ортопедами возросла с 0,4 в 1969 г. до 0,6 в 1975 г., однако она все еще была ниже норматива – 1 на 10 тыс. населения, а в сельской местности этот показатель составлял всего 0,12. Тем не менее, количество лиц, получивших зубные протезы, за пять лет с 1969 по 1974 гг. увеличилось на 30 % [590]. Однако очереди на зубопротезирование существовали не только для лиц, имевших право на бесплатное обслуживание, но и пациентов, желавших провести зубное протезирование за счет личных средств, причем не только в областных и районных центрах страны, но и в «столичных городах» [351]. С целью повышения доступности ортопедической стоматологической помощи для тружеников сельского хозяйства на местах создавались выездные бригады, передвижные зубопротезные кабинеты.

Показатели обеспеченности стоматологической помощью сельского населения страны были значительно ниже таковых для городского населения в течение всего периода советской власти. Это объяснялось как слабой материально-технической базой и недостаточным кадровым обеспечением

сельского здравоохранения, так и научным мнением о том, что жители сельской местности менее подвержены кариесу зубов. Представитель МЗ РСФСР А.В. Сергеев в 1975 г. констатировал значительное отставание в развитии стоматологической помощи сельскому населению. По его наблюдениям свыше 17 % участковых больниц не имели стоматологических кабинетов, некоторые кабинеты не функционировали из-за отсутствия специалистов.

Следует отметить, что число посещений стоматолога или зубного врача на одного жителя в год в сельской местности увеличилось с 0,3 в 1963 г. до 0,5 в 1975 г., в тоже время в городах оставалась на прежнем уровне – 1,15 [411; 590]. По свидетельству публициста Ю. Буйда, даже в 1980-х гг. доступность зубопротезирования для сельских жителей оставалась ограниченной [46]. Особенно малодоступной она была в районах с низкой плотностью населения: в Нечерноземье, на Севере и на Дальнем Востоке [667].

Характерной чертой развития стоматологической помощи в рассматриваемый период было организация специализированной стационарной помощи. Так, количество стоматологических коек в РСФСР возросло с 3209 в 1969 г. до 3987 в 1974 г. Обеспеченность стоматологическими койками в 1974 г. составляла 0,4 на 10 тыс. населения [590].

Бесплатный принцип функционирования советского здравоохранения не исключал наличия сети государственных медицинских учреждений, оказывающих населению платные услуги. Сеть хозрасчетных стоматологических ЛПУ постоянно расширялась. Однако приоритетным направлением местных органов здравоохранения эта форма организации стоматологической помощи не стала. Так, на 1976–1980 гг. в РСФСР было запланировано открытие 10 хозрасчетных поликлиник, фактически только 6 было введено в эксплуатацию [533]. В номенклатуре платных государственных медицинских услуг преобладали услуги по зубопротезированию. По подсчетам Т.И. Корягиной зубное протезирование в 1985 г. составляло порядка 75 % всех суммарных расходов населения СССР на платное медицинское обслуживание [360; 361].

Государственная система платного стоматологического обслуживания имела недостатки, присущие всей государственной стоматологической помощи и отталкивала пациентов низким качеством услуг, необоснованным нарушением сроков выполнения работ, удаленностью от пациента, длительными сроками ожидания обслуживания [360]. Современники вспоминали: «Зубной техник на дому коронки ставил. Все классно делал – все вручную, можно сказать на табурете, а протезы у людей всю жизнь стояли» [273]. Исходя из этих источников можно сделать вывод, что наряду с всеобщей поддержкой населением государственного здравоохранения, граждане обращались и к частнопрактикующим зубным врачам и техникам, и у последних сформировалась своя клиентура.

Ошибки плановой экономики, нежелание некоторых специалистов покидать «столичные» и крупные города и направляться работать в провинцию, личные экономические интересы заставляли людей заниматься индивидуальной трудовой деятельностью, несмотря на идеологическое давление, отсутствие государственных социальных гарантий и проблем материально-технического обеспечения. Накануне принятия закона «Об индивидуальной трудовой деятельности» (1986), по подсчетам советских экономистов, свыше 3,5 тыс. физических лиц в СССР занимались частной медицинской практикой, причем врачебной и зубопротезной – 1122 чел., что составляло не более 1,5 % от общего количества специалистов в этой сфере [243]. По мнению российского публициста М. Козырева частное «зубное дело» в «совке» было прибыльным» [355].

Репрезентация советской стоматологии в 1960–1980-е гг. в отечественной литературе и кино, по мнению А. Богданова, было связано исключительно с зубной болью, очередями за получением медицинской помощи, загруженностью работой специалистов, недостатком оборудования и медикаментов. Более того, технический арсенал государственных стоматологических кабинетов, по мнению пациентов, представлял собой в основном устаревшее оборудование, бормашины с механическим приводом без систем охлаждения, неудобные кресла, слепящие

лампы. По воспоминаниям обывателей, лечение зубов проходило в основном без анестезии, поэтому превращалось в пытку, а возможность воспользоваться обезболиванием, как правило, были только благодаря «знакомству» [35].

Письма трудящихся и жалобы, адресованные местным органам власти, свидетельствовали не только о медленных темпах развития практической стоматологии на местах, но и недостатках в работе стоматологических отделений и кабинетов – об их плохом оснащении, низком качестве работ, больших очередях [505]. Специалисты признавали, что низкое качество зубопротезирования и зубопротезных материалов обуславливало необходимость повторного протезирования через 1–2 года лиц, ранее получивших зубные протезы [471]. По мнению министра здравоохранения СССР Е.И. Чазова, высказанному в постсоветское время, «до конца семидесятых годов у нас вообще не было стоматологии» [565].

В риторике власти второй половины 1970-х – начале 1980-х гг. подчеркивалось, что сеть стоматологических учреждений в стране постоянно расширялась, увеличивалось количество санированных и получивших зубные протезы лиц, повышалось качество лечения, изготавливаемых зубных протезов и активно внедрялись современные методы профилактики, диагностики и лечения в стоматологии [519; 531; 534; 535]. Однако по мнению академика РАМН В.К. Леонтьева, в этот период в стране наметилось отставание в области имплантологии, материаловедения, игнорировались проблемы анестезиологии в стоматологии, эстетики, профилактики, фторидов и многое другое, что привело в 1990 г. к отставанию отечественной стоматологии от мирового уровня на 20–30 лет [395].

В Постановлении Совета Министров СССР № 916 от 5 ноября 1976 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению», а также появившемуся вслед за ним приказе МЗ СССР № 1166 от 10 декабря 1976 г. декларировалось, что проблемы с оказанием стоматологической помощи населению будут окончательно решены. В этой связи, ведущее значение в комплексе организационных мероприятий

придавалось дальнейшему совершенствованию планирования стоматологической сети ЛПУ, значительному улучшению ее материально-технической базы, развитию специализированных видов стоматологической помощи (пародонтологии, ортодонтии, ортопедии, детской стоматологии).

Вновь было обращено внимание на решение кадровых проблем в оказании стоматологической помощи населению. Было запланировано довести прием студентов в высшие учебные заведения по специальности «стоматология» к 1980 г. до 7 535 чел. (РСФСР – 3,3 тыс.), обеспечить полное трудоустройство в государственных структурах по специальности всех врачей стоматологического профиля, заканчивающих высшие и средние учебные заведения путем введения на местах штатных нормативов должностей врачей стоматологического профиля. Это дало импульс, с одной стороны, к организации и открытию в стране дополнительных стоматологических факультетов. Так, в конце 1970-х гг. в РСФСР были открыты новые стоматологические факультеты в Новосибирске, Уфе, Красноярске, Тюмени, Хабаровске, Ижевске [496].

С другой стороны, не был прекращен прием учащихся в зубоврачебные отделения медицинских училищ. Таким образом, фактически, решение об унификации системы стоматологического образования в стране было перенесено на более поздний срок.

Профиль специалиста – зубного врача со средним медицинским образованием продолжал оставаться востребован в практическом здравоохранении, а фактическая реальность советских стоматологических кабинетов позволяла этому виду специалистов с успехом выполнять установки руководителей здравоохранения по проведению широкой санации полости рта у детей и подростков, а также по оказанию лечебной работы.

Новая повестка дня во второй половине 1980-х гг. способствовала переходу стоматологических кабинетов на медико-экономического рельсы. Внедрение в практическую деятельность лечебных учреждений приказа МЗ СССР № 50 от 25 января 1988 г. «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации

стоматологического приема» предусматривало оценивать деятельность стоматолога не по «посещениям», а по конкретным результатам работы. Это должно было сделать оценку деятельности специалистов более объективной и, в конечном итоге, способствовать развитию стоматологической службы, однако желаемые результаты так и не были получены в полном объеме [387].

Многочисленные проблемы и недостатки государственной системы здравоохранения способствовали развитию в СССР неподконтрольных государству и скрываемых от него социальных отношений в сфере распределения и потребления медицинских услуг. Иными словами, многие врачи, находящиеся на государственной службе, неудовлетворенные своим материальным положением, стали заниматься частной практикой в стенах государственных больниц и поликлиник. [249].

Те же причины сформировали в 1960–1980-е гг. прослойку врачей, состоящих на службе у государства, которые оказывали медицинскую помощь, как в стационаре, так и амбулаторно за дополнительное вознаграждение от пациентов [360]. В середине 1980-х гг., по оценкам Т.И. Корягиной, объем неофициальных медицинских услуг в СССР достигал 3 млрд. руб. в год. Это составляло третье место в теневом обороте всех услуг в СССР после бытовых и рекреационных [360; 361].

Политические изменения в СССР второй половины 1980-х гг. в том числе выразились в декларациях высшей власти о том, что государство будет способствовать развитию различных форм удовлетворения спроса населения на оказание услуг. В этой связи предлагалось вновь упорядочить индивидуально-трудовую деятельность, создать условия, при которых индивидуальный труд перестал быть источником «нетрудовых доходов», а интегрировался в социалистическую систему хозяйствования. Эти процессы должны были совмещаться с принципами социалистического хозяйствования, базирующихся на кооперативных началах или на договорной основе с социалистическим предприятием. На этой волне в крупных городах страны стало активно происходить создание альтернативной государственной стоматологической сети

за счет кооперативов и частных кабинетов. В 1988–1989 гг. из государственной лечебной сети г. Ленинграда уволились около 300 врачей-стоматологов, что было связано с желанием специалистов заняться частной врачебной практикой [387].

Однако государство не отказалось от монополии в сфере оказания медицинской помощи и не предполагало создание смешанной экономики, соединяющей в себе частную и общественную инициативу. Подтверждением тому являлась разработанная МЗ СССР в 1988 г. «Программа развития стоматологической помощи в СССР до 2000 г.», которая не предусматривала роста новых организационных форм оказания этого вида медицинской помощи: индивидуальной или кооперативной. По мнению профессора В.Д. Вагнера из-за перестроечных процессов эта программа «даже не начала реализовываться» [53].

Таким образом, политические процессы конца 1950-х – начала 1960-х гг. изменили социальную политику СССР. Во властных структурах и обществе возникло понимание, что здоровье является жизненно важным благом любого человека. Сохранение здоровья каждого жителя страны становилось одним из важных приоритетов государства, а достижения медицинского обеспечения ставили СССР на лидирующее место в мире по темпам роста и объемам оказываемых услуг. Обеспечению населения стоматологической помощью стало уделяться значительно больше внимания.

Установки центральных органов здравоохранения и сложившиеся организационные подходы советской стоматологии, направленные на всеобщую доступность стоматологической помощи, программы обязательной стоматологической диспансеризации стимулировали потребности в специалистах, расширение сети стоматологических ЛПУ, разработку мероприятий по рациональному использованию внутренних ресурсов.

Для решения этих вопросов государство сконцентрировало свои усилия, главным образом, на расширении подготовки стоматологических кадров, обучение которых осуществлялось как в высших, так и средних медицинских учебных заведениях, организации стоматологических поликлиник,

укрупнении лечебных учреждений, повышении производительности труда, экономии материальных средств и трудовых затрат, а также на изменение организационных форм оказания стоматологической помощи по «обращаемости» на диспансерные методы обследования и лечения организованных групп населения.

Однако односторонняя ориентация на административные методы управления, не в полной мере принимавшиеся во внимание экономические стороны деятельности стоматологических учреждений страны, уже в середине 1970-х гг. привели к отставанию темпов развития службы в стране. Особенно остро это проявилось в состоянии материально-технической базы, что отрицательно сказывалось на объемах и качестве стоматологической помощи.

Прогресс в развитии теоретических основ стоматологии, разработке новых материалов и методов оказания этого вида медицинской помощи в СССР не был в полной мере связан с производством и мало отражался на уровне и качестве стоматологической помощи в большинстве ЛПУ. Техническую политику в стоматологии страны реализовывали и контролировали не здравоохранение, не пациент, а промышленность, которая выпускала выгодные ей изделия в незначительном количестве, не заботясь об улучшении качества и увеличении ассортимента продукции, т.е. наблюдался явный диктат производителя.

Внедрение новых методов и технологий лечения и протезирования на местах «тормозилось» и «пробуксовывало», что трактовалось центральными органами здравоохранения как недостаточная работа местных стоматологических обществ, слабое руководство со стороны главных стоматологов, инерция местных органов власти.

Принцип социальной справедливости диктовал необходимость поднять уровень стоматологической помощи сельскому населению до уровня городского. В этой связи МЗ РСФСР в 1960-1980-х гг. создавало инфраструктуру этого вида медицинской помощи для сельских жителей, направляло в село медицинские кадры, расширяло круг функциональных обязанностей стоматологов, работающих в сельской местности, что должно было приблизить этот вид

стоматологической помощи к сельскому населению. Местные органы управления здравоохранением создавали передвижные «стоматологические бригады» для работы в селах. Однако эти формы оказания стоматологической помощи не могли в корне изменить ситуацию по повышению доступности этого вида медицинской помощи для сельских жителей страны.

Несмотря на идеологическое отторжение частной врачебной практики, культивирование в обществе нетерпимости, либо снисходительно-пренебрежительного отношения к ней, партийно-советское руководство допускало ее существование, а действующее законодательство регулировало эту сферу. Руководство страны признавало наличие недостатков и недоработок в организации стоматологических служб, ежедневной деятельности государственных стоматологических ЛПУ, а также невозможность полностью удовлетворить возрастающие потребности населения. Советский человек, чьи потребности в стоматологической помощи превышали возможности государства, был вынужден получать соответствующие услуги у представителей частной практики, и рассматривал этот вид деятельности как альтернативу государственной стоматологической помощи.

Активнее всего представители частной стоматологической практики осуществляли свою деятельность в столичных городах (Москва, Ленинград, столицы союзных республик). Здесь их услуги были более востребованы, здесь находился контингент наиболее обеспеченных групп населения. Именно здесь была и наибольшая поддержка со стороны региональных властных структур.

Даже в периоды самых сильных гонений на индивидуальную трудовую деятельность, труд стоматологов-частников находил некоторую поддержку у партийных, государственных и хозяйственных органов, которые пользовались их услугами. В СССР была значительная территориальная дифференциация в организации и потреблении «платных» медицинских услуг, как между регионами, так и между городом и селом.

Однако широким спросом у населения услуги частных стоматологических практик не пользовались, особого распространения этот вид легальной

деятельности не получил и серьезным конкурентом государственной стоматологической помощи не стал.

Советская власть контролировала проявления частной инициативы в здравоохранении, а население предпочитало обращаться в государственные ЛПУ. В большей степени такого рода услуги оказывались неофициально в стенах государственных ЛПУ, представляя, по сути, способ получить услуги вне очереди в рамках распределительной системы. Негибкость социалистической плановой системы хозяйствования, особенно в сфере потребления постоянно сдерживала развитие частной медицинской практики.

Период 1960–1980-х гг. характеризовался ростом количественных параметров деятельности стоматологической помощи, что являлось отражением общей государственной политики того времени в области экономического и социального развития общества, однако детская стоматология, ортопедическое лечение, ортодонтия, косметическая стоматология оказались менее всего адекватными потребностям населения. Стоматология не являлось у органов здравоохранения приоритетной медицинской помощью, была недооценена социальная значимость этого вида специальной медицинской помощи, как следствие этого, подходы к ее планированию и развитию осуществлялись на основе «остаточного» принципа без учета реальной потребности населения.

В конце 1980-х гг. стал наблюдаться кризис стоматологической службы страны, связанный с невозможностью работы в прежних административно-директивных условиях, шел поиск новых альтернативных путей развития специальности. Наиболее серьезные проблемы выявлялись в вопросах управления и организации службы, экономических подходах в практической стоматологии, возникновении альтернативной государственной стоматологической сети (кооперативы, частная деятельность), а также в материально-техническом обеспечении специальности.

В конце 1980-х гг. прежняя пассивно-созерцательная, допускающе-разрешительная позиция государственных органов по отношению к частной врачебной практике заменяется активно поощрительной политикой. На этой

волне стали создаваться стоматологические кооперативы на базе государственных структур, увеличилось количество частных стоматологических кабинетов, были сформированы хозрасчетные стоматологические кабинеты на предприятиях и организациях. Устоявшаяся традиция платного оказания стоматологической помощи населению в СССР стала приобретать новые черты и законные основания.

Государственная монополия на стоматологическую помощь выполняла задачи по усредненным методикам в максимально возможном объеме с целью восстановления только утраченной функции, а оценка эффективности этого вида медицинской помощи отражала только медицинский и биологический подходы и не учитывала всего многообразия жизни человека, её культурной, духовной, социальной, финансовой сторон. В погоне за количественными показателями стоматологическая помощь не была ориентирована на конечный результат – здоровье населения, по мнению профессора А.В. Алимского был «забыт человек» [5].

Население, хотя и было удовлетворено уровнем профессиональной работы врачей, тем не менее, предъявляло претензии к качеству стоматологического оборудования, пломбирочных и зубопротезных материалов, упоминая в жалобах острую нехватку инструментов и лекарственных препаратов, недостаток препаратов для местной анестезии, общий уровень сервиса государственных стоматологических кабинетов.

Попытки государства повысить качество стоматологической помощи были мало результативны, а тенденции построения стоматологической сети, ориентированной на узкую специализацию стоматологической помощи (терапию, ортопедию, хирургию и стоматологию детского возраста), стали разобщать лечение на ряд несвязанных между собой фаз, что приводило к безответственности специалистов за его конечный результат. Вместе с тем, бесплатность стоматологического лечения, его относительная доступность, социальная защищенность пациента, в большой мере компенсировали все указанные недостатки.

6.2. Организация деятельности стоматологических лечебно-профилактических учреждений Дальневосточного региона в 1960-1980-е гг.

К середине 1960-х гг. на Дальнем Востоке РСФСР был организован экономический район, который включал сложившиеся административно-территориальные образования региона – Приморский и Хабаровский край, Амурскую, Камчатскую, Магаданскую и Сахалинскую область РСФСР и Якутскую АССР (рис. 4). Далее вплоть до 1991 г. никаких значимых преобразований административно-территориального устройства в Дальневосточном регионе не происходило. Численность населения возросла с 4 901,0 тыс. чел. в 1961 г. до 8 044,7 тыс. чел. в 1990 г.



Рисунок 4. Карта Дальнего Востока РСФСР в 1960-е гг.

В начале 1970-х гг. местные органы управления здравоохранением краев и областей Дальнего Востока констатировали, что за последние годы была

проведена значительная работа по повышению качества стоматологической помощи и дальнейшему расширению сети стоматологических учреждений, их оснащению современной медицинской техникой, расширению подготовки стоматологических кадров. Так, во всех районах Приморского края, а это 14 сельских и 12 промышленных районов была организована стоматологическая помощь. В краевом центре функционировали две стоматологические поликлиники, стоматологическое отделение при краевой больнице, также были организованы поликлиники в городах Находке, Сучане, Арсеньеве, Спасске, Лесозаводске и Имане, однако в медицинских организациях отсутствовали рентген-установки, физиотерапевтическое оборудование [94].

В Хабаровском крае были организованы 2 городские стоматологические поликлиники, поэтому основной объем стоматологической помощи городским жителям оказывался стоматологическими отделениями и кабинетами, количество которых увеличилось с 95 в 1965 г. до 114 в 1974 г. [163; 165; 166].

Во Владивостоке 50 зубных врачей были заняты обслуживанием детей, что составляло 25 % от общего количества специалистов по стоматологии, также были выделены детские врачи во всех городах Приморья, однако общее количество врачей, оказывающих стоматологическую помощь детям, в крае составляло 15,7 %, что было ниже установленных МЗ СССР норм.

Несмотря на то, что основным направлением лечебной работы стоматологической службы являлось организация и проведение профилактической плановой санации полости рта у населения, прежде всего у организованных детей и подростков. В Приморском крае плановая санация детей осуществлялась только в краевом центре и крупных городах. В сельской местности санация осуществлялась периодически и для этих целей привлекались врачи городских поликлиник, передвижные стоматологические кабинеты. По подсчетам руководителей краевого здравоохранения Приморья, доля санированных детей составляла 38,8 % [88; 93; 94].

Для жителей сельской местности стоматологическая помощь была организована, как правило, в районных центрах и рабочих поселках. Не во всех

участковых больницах имелись стоматологические кабинеты. Так, в конце 1970-х гг. в подчинении Центральной районной больницы района им. Лазо Хабаровского края имелось 10 участковых больниц и, только в 7 из них была организована стоматологическая помощь.

Повседневная стоматологическая деятельность в сельской местности имела свои особенности. Так, в составе участковой больницы таежного поселка городского типа Мухен в начале 1970-х гг. была организована стоматологическая помощь. Начинаящий врач-стоматолог Л.П. Чмиль вела смешанный прием взрослых и детей, терапевтическое и хирургическое лечение зубов. Население врачебного участка составляло более 13,0 тыс. человек, т.к. кроме п. Мухен, за стоматологом были закреплены жители других близлежащих сел: Сидима, Золотой, Сукпай, Гвасюги, Среднехорский и др. Помимо приема пациентов «по обращаемости», один день в неделю был выделен для профилактических осмотров и санации полости рта у организованных детей. Кабинет был оборудован стоматологической установкой с механическим приводом (УС-30), аппаратом электроодонтодиагностики и диатермокоагулятором. Рентгенографию зубов можно было сделать на общем рентген-аппарате участковой больницы, однако, по мнению врача, снимки получались с большими искажениями и недостаточно четкими. В качестве пломбировочных материалов использовались цементы и пластмасса, для местной анестезии применялся новокаин. Аналогичное состояние организации стоматологической помощи были в Комсомольском, Вяземском районах и районе им. П. Осипенко Хабаровского края [167].

Значительная отдаленность поселений, а также неразвитая транспортная инфраструктура не позволяла сельским жителям проводить плановое лечение, поэтому помощь в основном оказывалась неотложная. Более того, не все пациенты могли попасть на лечение в тот же день из-за очередей и «перегрузки» врачей [164].

В 1970-е гг. значительно улучшилась стационарная стоматологическая помощь в Приморье, что было связано с открытием отделения челюстно-лицевой стоматологии на 60 коек в Больнице рыбаков краевого центра. По мнению органов здравоохранения в связи с этим «шире будут госпитализироваться больные с заболеваниями челюстно-лицевой системы, что скажется на прогнозе заболеваемости и меньшей потери трудоспособности» [94].

Практика организации ведомственной стоматологической службы была продолжена. Так, на Сахалине для рабочих рыбной промышленности были организованы медико-санитарные части с преимущественным обслуживанием плавсостава тралового флота. Медико-санитарные части комплектовались опытными стоматологами и были оснащены новейшей, импортной медицинской аппаратурой, оборудованием и инструментарием [663].

Архивные материалы местной исполнительной власти за 1970–1980 гг., посвященные вопросам экономического, социального и культурного развития коренных и малочисленных народов Дальнего Востока с одной стороны, указывают на количественное увеличение зубных кабинетов и количество специалистов оказывающих стоматологическую помощь в местах компактного проживания аборигенов [107], с другой стороны, на недостатки и упущения в стоматологическом обслуживании детей. Например, отсутствие не только плановой санации, но и периодических осмотров стоматологами детей в школах-интернатах северных районов Дальнего Востока [173].

Сложившаяся практика распределения стоматологов на Дальний Восток из центральных регионов РСФСР, Сибири не могла полностью обеспечить регион специалистами с высшим медицинским образованием, поэтому основной кадровый потенциал стоматологических кабинетов краев и областей составляли зубные врачи – выпускники местных медицинских училищ. Так, в середине 1970-х гг. в практическом здравоохранении Сахалинской области доля стоматологов от общего числа специалистов по стоматологии составлял 26,5 %, в Приморском крае – 29,9 % [590].

В начале 1980-х гг. 72 % должностей стоматологов в Хабаровском крае было занято зубными врачами. Во многих стоматологических ЛПУ региона должности заведующих отделениями занимали зубные врачи, а рассредоточение врачей-стоматологов по территориям вело к отсутствию контроля со стороны более квалифицированных специалистов за лечебной деятельностью зубных врачей. В регионе сложилась ситуация, когда в практической деятельности врача-стоматолога и зубного врача, имеющего среднее медицинское образование, фактически не было существенной разницы. Зубной врач осуществляет ту же терапевтическую, хирургическую или ортопедическую помощь, что и врач-стоматолог, но только на более низком качественном уровне и в более узком объеме [231].

Обеспеченность врачами стоматологического профиля на Дальнем Востоке была значительно ниже общереспубликанских нормативов. Так, в Хабаровском крае в середине 1980-х гг. количество специалистов по стоматологии составляло 3,0 на 10,0 тыс. чел. вместо фактически сложившихся показателей в 4,5–4,8 по РСФСР на 10,0 тыс. населения. По мнению местных органов здравоохранения, такое положение складывалось в результате текучести кадров [170; 174]. Так, в начале 1980-х гг. стоматологическая помощь населению п. Амурзет Еврейской автономной области не оказывалась, неотложная стоматологическая помощь осуществлялась врачом-хирургом общей медицинской практики, который по совместительству работал стоматологом на 0,25 ставки [175; 177].

Вопросы окончательного решения кадровых проблем стоматологических учреждений Дальнего Востока у местной исполнительной власти были связаны с открытием в 1979 г. стоматологического факультета в Хабаровском государственном медицинском институте [501]. В тоже время, для решения кадровых проблем были не в полной мере задействованы другие ресурсы: улучшение руководства работой специалистов, внедрение в практику наиболее эффективных методов лечения, применение программ общественной и личной профилактики, эргономики, а также более широкое и продуктивное

использование вспомогательного персонала, на который могло быть возложено выполнение некоторых простейших лечебно-профилактических мероприятий.

В 1980-х гг. были реализованы многочисленные планы Хабаровского Крайисполкома по повышению потенциала городской стоматологической службы края. В Хабаровске были введены в эксплуатацию, укомплектованы кадрами и обеспечены медицинским оборудованием две районных стоматологических поликлиники мощностью свыше 600 посещений в смену, в составе которых были ортопедические отделения с зуботехническими лабораториями, одна детская специализированная поликлиника. Три ЛПУ были переведены во вновь построенные помещения, увеличены штаты. Была завершена реконструкция 2-й городской больницы, где было открыто стационарное стоматологическое отделение на 60 коек, а также проведен капитальный ремонт стоматологической поликлиники в Кировском районе краевого центра [176].

В 1984 г. была введена в эксплуатацию стоматологическая поликлиника в Амурском муниципальном районе, возведенная за счет средств промышленного предприятия. В поликлинике были открыты три отделения: лечебное, детское и ортопедическое [176; 216; 228]. В этот период были организованы и открыты стоматологические поликлиники в г. Биробиджан и г. Николаевск-на-Амуре. В г. Комсомольск-на-Амуре была дополнительно сдана в эксплуатацию детская стоматологическая поликлиника [214; 365; 684].

Аналогичные тенденции наблюдались и на о-ве Сахалине. Так, в 1983 г. был введен в эксплуатацию трехэтажный корпус областной стоматологической поликлиники, а в прежнем здании развернуто детское стоматологическое отделение [663]. Таким образом, рост сети городских стоматологических учреждений происходил за счет их укрупнения, увеличения мощности, совершенствования структуры и организации новых подразделений.

Сеть стоматологических кабинетов в сельской местности Дальнего Востока также увеличилась. Например, в Хабаровском крае с 60 кабинетов в 1965 г. их число возросло до 73 в 1984 г., соответственно увеличилось число

посещений к специалистам сельских жителей с 119,0 тыс. до 241,0 тыс. [163; 178].

Согласно годовому отчету городской стоматологической поликлиники Хабаровска за 1990 г., возглавляемой В.В. Садовским, поликлиника располагала 11 стоматологическими кабинетами при высших, средних и общеобразовательных учебных заведениях, а также на промышленных предприятиях. Мощность поликлиники составляла 400 посещений в смену. В штате учреждения числились 19 врачей-стоматологов, 16 зубных врачей, 24 медицинские сестры, 14 врачей-интернов. Число посещений стоматологов и зубных врачей составляло свыше 75,0 тыс. человек в год из них более 21,0 тыс. детей в возрасте до 14 лет. Было проведено свыше 16,0 тыс. физиотерапевтических процедур, выполнено свыше 7,1 тыс. дентальных рентгенограмм. Тем не менее, чрезвычайно актуальным оставался вопрос оказания узкоспециализированной стоматологической помощи [258].

Все это позволило, с одной стороны, приблизиться к общероссийским показателям по числу посещений на 1 жителя у специалиста в области стоматологии в год – 1,2 (по РСФСР – 1,29), при этом охват плановой санацией организованного детского населения возрос до 50–60 % [167; 174]. С другой стороны, в отличие от Приморского края, где акцент был сделан на развитие ведомственной службы поликлиник [64], в Хабаровском крае была создана мощная сеть городских стоматологических поликлиник [178].

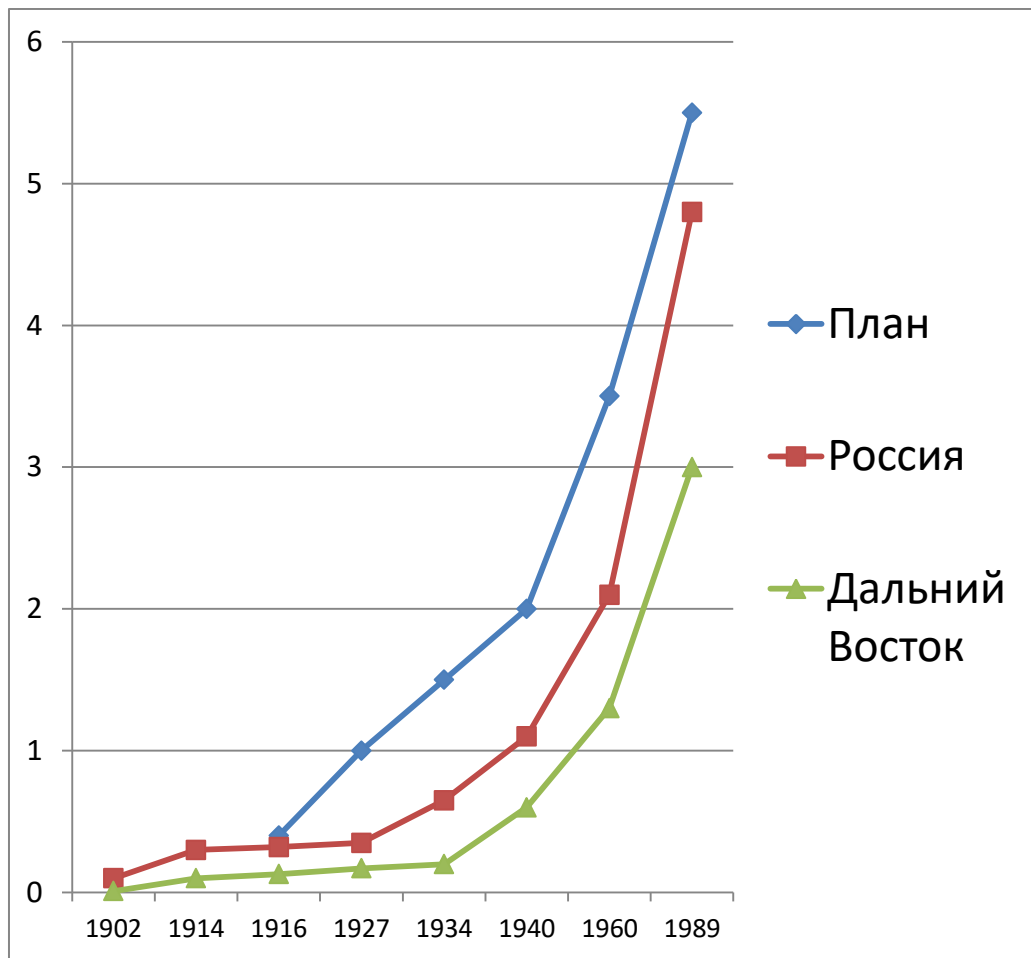
Вопросам повышения качества стоматологической помощи в середине 1980-х гг. было уделено значительное внимание местных органов исполнительной власти [108; 171]. Так, приказом Хабаровского Краздрава № 369 от 2 ноября 1984 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» был разработан комплекс мероприятий для решения не только организационных и управленческих вопросов, но и по повышению качества стоматологической помощи. Был создан методический совет по стоматологии при отделе здравоохранения Крайисполкома Хабаровского края в составе: В.А. Шокур – заместитель заведующего отделом здравоохранения

крайисполкома, председатель; И.Ф. Служаев – главный внештатный стоматолог Хабаровского края; Ф.Г. Гримберг – главный врач стоматологической поликлиники № 20; А.М. Константинов – заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ХГМИ; В.И. Гоппе – заведующий кафедрой хирургической стоматологии ХГМИ; З.Ф. Пенькова – главный врач стоматологической поликлиники № 18; В.В. Наумкин – главный стоматолог ЕАО; В.В. Крысин – главный стоматолог Амурска; К.М. Бутовская – главный стоматолог Комсомольска-на Амуре; Н.Т. Купреев – главный врач стоматологической поликлиники Николаевска-на-Амуре; Б.М. Рубан – заведующий стоматологическим отделением 10-й городской больницы Хабаровска. Лечебным учреждениям края предлагалось завершить организацию на всех промышленных предприятиях с численностью рабочих 1500 и более человек и учебных заведениях с числом учащихся свыше 800 человек стоматологических кабинетов и переходить на цеховой и участковый принцип стоматологического обслуживания. В ряду лечебно-профилактических мероприятий было внедрение в повседневную практику первичной профилактики кариеса, усиление санитарно-просветительской работы [177].

Советский подход к лечению кариеса как методом «биологической целесообразности», так и «профилактическим расширением» широко использовался во многих ЛПУ Дальнего Востока. Однако плохое техническое оснащение стоматологических кабинетов, ограниченная доступность эффективных анестетиков, сухое препарирование кариозных полостей, использование цементных пломб, недостаток серебряной амальгамы, отсутствие амальгамосмесителей, а также организационные сложности ее повседневного применения, приводили к недолговечности пломб, развитию рецидивного кариеса и необходимости повторного лечения [451].

Иными словами, использование материалов, обладавших низкой клинической эффективностью, причем без достаточных объективных показаний, приводило к ускорению реставрационного цикла зубов, преждевременным фрактурам и экстракциям.

Количество врачей стоматологического профиля на 10,0 тыс. населения



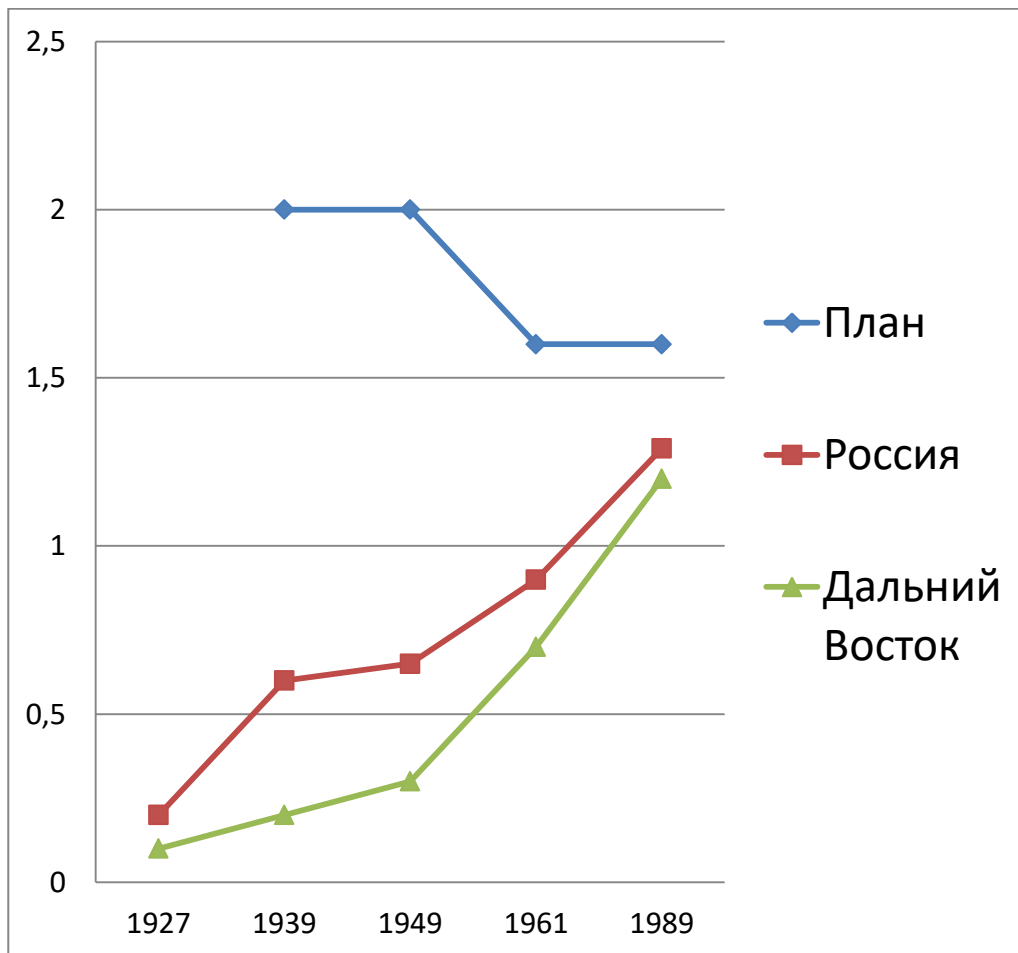
Местные органы здравоохранения констатировали не только быстрое выпадение пломб, но и рост острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, что говорило о низком качестве лечения осложненных форм кариеса. Однако основными причинами неудовлетворенности населения работой амбулаторно-поликлинической службы являлись не медицинские проблемы, а, скорее, социальные – большие очереди на прием к врачам-специалистам, недостаток внимания к пациентам, трудности с записью на прием и отдаленность ЛПУ от места проживания, низкая квалификация врачей, неблагоустроенность помещений, отсутствие необходимых лекарств [177].

В конце 1980-х гг., в условиях нового хозяйственного механизма, стали меняться компоненты организации и управления местной стоматологической службой. В этот период, расширялись права руководителей лечебных учреждений,

а увеличение объема оказываемых платных для населения дополнительных видов медицинских услуг позволяло укреплять материально-техническую базу стоматологических учреждений, повышать оплату труда медицинских работников за эквивалентное повышение его количества и качества. Так, в 1991 г. число посещений в хозрасчетном лечебном отделении в одной из городских поликлиник Хабаровска составило свыше 15,6 тыс. человек. [258]. Тем не менее, «личные связи» помогали получать стоматологическое лечение, более отвечающее требованиям потребителя.

График 2

Количество посещений к врачу стоматологического профиля на одного пациента в год



Таким образом, анализ изученных материалов позволяет отметить характерные особенности планирования, распределения и развития стоматологических учреждений Дальневосточного региона в 1960–1980-е гг., когда на повестке дня местной исполнительной власти постоянно находились

вопросы количественного увеличения инфраструктуры стоматологической службы, обеспечения её кадрами, поиск дополнительных источников финансирования, интенсификация зуботехнического производства, модернизации и переоснащение материально-технической базы данной отрасли медицины.

Все это являлось отражением общей государственной политики того времени в области экономического и социального развития общества. В стране создавалась система территориального, финансового и социального равенства при получении стоматологической медицинской помощи. Местные органы управления здравоохранением стремились повысить доступность и качество стоматологической помощи для разных социальных категорий населения, «стереть грань» между городом и деревней. Однако от принятия управленческих решений до практического исполнения намеченных планов проходили десятилетия.

Рассчитанная на экстенсивный путь развития, стоматологическая помощь Дальнего Востока населению базировалась исключительно на административно-командном стиле управления, на лоббировании ведомственных интересов, где приоритеты отдавались тем отраслям производства, которые местной правящей элите представлялись наиболее важными для региона и всего государства в целом, поэтому роль социальных и экономических подходов была минимальной. Тенденции централизации стоматологической помощи активно внедрялась в практику здравоохранения Дальнего Востока. К концу 1980-х гг., 90 % населения региона получали стоматологическую помощь в специализированных поликлиниках. Рост сети стоматологических ЛПУ и численность врачей стоматологического профиля, особенно в 1980-е гг. характеризовались повышением количественных показателей деятельности стоматологической службы и изменениями в сторону ее совершенствования.

Систематическое повышение уровня обеспеченности населения в дальневосточных городах кадрами врачей, возросший уровень общемедицинской и организаторской подготовки врачей-стоматологов, укрепление материально-

технической базы стоматологических лечебных учреждений создавали реальные предпосылки для постепенного перехода к участковому принципу организации стоматологической помощи городскому населению. Участковость стоматологической помощи должна была позволить проводить лечебную и профилактическую работу с учетом конкретных условий жизни, быта и производственной деятельности постоянно наблюдаемого контингента населения, однако на практике этот принцип полностью реализован не был.

В рассматриваемый период на Дальнем Востоке широко были распространены методы проведения плановой санации и диспансерного наблюдения, сформировалась цеховая, школьная и стационарная стоматология, усовершенствовалась система передвижной стоматологической помощи, предпринимались усилия по организации коммуникационной деятельности в условиях стоматологических поликлиник и отделений, что должно было обеспечить комплексность лечебно-профилактических и диагностических мероприятий и, тем самым, привести к повышению качества лечения.

Серьезными проблемами оставалось кадровое обеспечение стоматологических учреждений Дальневосточного региона. Высокий уровень дефицита и текучести кадров, неудовлетворительное материальное обеспечение врачей, среднего и младшего медицинского персонала, множество проблем социально-бытового плана не позволяли укомплектовать штатные должности, особенно в сельской местности.

Недостаточное экономическое и социальное развитие сельских районов Дальнего Востока, спускаемые «сверху» нормативы, которые не учитывали особенностей всего региона, неудовлетворительное состояние материально-технической базы, отсутствие высококвалифицированных специалистов отражалось на развитии стоматологической помощи в сельской местности, которое значительно отставало от городского уровня.

Слабым звеном в инфраструктуре стоматологической службы являлось материально-техническое обеспечение. Заявки стоматологических ЛПУ на оборудование и расходные материалы выполнялись не в полном объеме,

отсутствовали современные пломбировочные материалы, были многочисленны претензии к качеству распределяемого оборудования, отсутствовали запасные части, что не способствовало улучшению условий работы врачей.

Новый хозяйственный механизм в стоматологии Дальнего Востока внедряемый конце 1980-х гг. административными методами, должен был стимулировать рациональное использование кадровых и материальных ресурсов поликлиник, экономию материальных и финансовых средств, повышать доступность и качество стоматологической помощи, а, самое главное, возродить «чувство хозяина» в коллективах. Более того, должен был повысить личную ответственность работников за результаты лечебно-оздоровительных мероприятий на основе материальной заинтересованности. Однако существенных изменений в организации стоматологической помощи не произошло, а проводимые мероприятия не повлияли на результаты лечения пациентов. Характерными чертами медицинской помощи оставалась не устроенность лечебных учреждений, отсутствие современной аппаратуры и оборудования, нехватка препаратов, медикаментов, инструментов и мягкого инвентаря.

С начала перестройки начали рушиться сдерживающие идеологические «пружины» процессов социального расслоения советского общества. Развитие новых форм собственности и экономической активности позволило далее не скрывать давно сложившуюся стратификационную иерархию советского общества, где статусные позиции в виде обладания административной властью, льготами и привилегиями продолжали оставаться весомыми аргументами при получении наилучшей стоматологической помощи.

6.3. Материально-техническое, технологическое и кадровое состояние стоматологической ортопедической помощи

Исследованные нами источники, позволяют утверждать, что в начале 1960-х гг. население Хабаровского края не было обеспечено в полной мере

зубопротезной помощью, для сельских жителей этот вид медицинской помощи оставался недоступен [230].

В середине 1970-х гг. центральными органами здравоохранения РСФСР констатировалось, что в Приморском крае был особенно низкий по сравнению с другими территориями уровень обеспечения населения ортопедической стоматологической помощью [590]. В последующее десятилетие кардинальных изменений в этой сфере на Дальнем Востоке не произошло. По наблюдениям декана стоматологического факультета Хабаровского государственного медицинского института В.И. Гоппе, во время записи «даже на простое протезирование начинается столпотворение» [522].

В середине 1960-х – начале 1980-х гг. ортопедические стоматологические кабинеты и зуботехнические лаборатории Хабаровского и Приморского краев были в основном размещены в непригодных и малых по площади помещениях, чье санитарно-техническое состояние вызывало обеспокоенность краевых органов здравоохранения [94; 161; 174]. Материальное состояние отделений и кабинетов, зуботехнических лабораторий было невысоким. Так, в начале 1980-х гг. стоматологи и зубные техники Хабаровского края работали на устаревшем оборудовании, не было в достаточном количестве высокооборотных электрических бормашин и наконечников, отсутствовали слепочные массы, что приводило к работе «по старинке» – стоматологи снимали слепки гипсом.

В зуботехнических лабораториях региона в основном преобладал ручной труд, для которого необходимы были мелкие инструменты, которых не было в должном количестве. Конструкции протезов из литья были доступны не всем жителям Дальнего Востока. Так, в Хабаровском крае литые конструкции протезов изготавливались только жителям г. Комсомольск-на-Амуре, в остальных учреждениях края отсутствовали возможности изготавливать литые конструкции зубных протезов. Централизованное литье в г. Хабаровск не было организовано, а удельный вес бюгельных протезов составлял не более 2 % от всех изготовленных частично съемных протезов.

Аналогичное состояние наблюдалось и в краевой столице Приморского края. Так, в районной стоматологической поликлинике Владивостока в 1970 г. было зубопротезную помощь получили 2134 чел., при этом произведено всего лишь 4 бюгельных протеза. Изготовление фарфоровых коронок в регионе не производилось в виду отсутствия электровакуумных печей [94; 108; 176]. Таким образом, основной потенциал стоматологических ортопедических отделений и зуботехнических лабораторий на Дальнем Востоке составляли мелкие производства, а установки центральных органов здравоохранения по созданию крупных отделений и централизованных лабораторий, укомплектованные современным оборудованием, были не реализованы.

Низкая обеспеченность населения врачами-стоматологами ортопедами являлась как следствием дефицита в регионе стоматологов, так и слабым развитием сети стоматологических ЛПУ. Это проявлялось в отсутствии свободных штатных должностей стоматологов-ортопедов и зубных техников по причине фактического отсутствия рабочих мест. В лечебных учреждениях не были увеличены нормативы штатов стоматологов-ортопедов и зубных техников в соотношении 1:3 согласно требованиям Минздрава СССР [170].

Крайне низкая обеспеченность населения врачами-ортопедами, породила на Дальнем Востоке практику клинического протезирования населения зубными техниками [590]. Так, в 1983 г. зубопротезная помощь в районе им. Лазо Хабаровского края оказывалась исключительно зубными техниками [176].

Для оказания зубопротезной помощи сельскому населению широко была распространена практика временного направления специалистов городских поликлиник и больниц в сельскую местность. Также практиковалась организация передвижных ортопедических кабинетов. Например, в 1970 г. два стоматологических автобуса Краевой клинической больницы Приморского края совершили по 10 выездов в районы края. В числе оказываемой медицинской помощи было проведение ортопедического лечения [94]. Но такая деятельность, по мнению органов здравоохранения Хабаровского края, не всегда была эффективной [174]. Иногда после работ таких бригад в адрес местных органов

власти поступали жалобы на брак в работе и на необоснованные требования финансовых средств у лиц, имевших право на льготное зубное протезирование. Эти недостатки устранялись повторным направлением специалистов [159].

К началу 1980-х гг. вопросы качества оказываемой стоматологической ортопедической помощи становятся особенно актуальными. Местные органы исполнительной власти констатировали, что конструкции протезов изготавливались не по показаниям. Срок службы протезов был невысоким, вследствие материально-технических проблем, как на клиническом, так и на лабораторном этапах изготовления протезов. Сложные (косметические) виды протезов изготавливались в крайне незначительном количестве [108; 170].

Реальная деятельность стоматологических ортопедических учреждений Дальнего Востока не могла значительно увеличить количество изготавливаемых косметических и бюгельных протезов, что было связано с медицинскими, экономическими и организационными неурядицами. Во-первых, в практическом здравоохранении в силу нехватки препаратов, практика использования обезболивания при зубопротезировании была ограничена, также отсутствовали эффективные терапевтические методы ортопедической подготовки опорных зубов и корней. Во-вторых, наблюдалось несоответствие цен на высококачественные протезы и реальных затрат высококвалифицированного труда, а также издержек производства. Многие виды протезов были убыточны для поликлиник и не способствовали материальной заинтересованности работников, т.к. существовавшая методика измерения трудовых единиц врача не отражала фактической разницы трудоемкости простого и сложного (косметического) протезирования. В-третьих, была занижена стоимость протеза и затраченное на его изготовление время, то есть затраты труда врача не компенсировались стоимостью работ. По этой же причине зубные техники предпочитали делать простые, несложные зубные протезы в большем объеме, чем один сложный, и получать один и тот же заработок. В-четвертых, на качество зубного протеза отрицательно влияли экономические интересы учреждения. Один и тот же протез можно было изготовить по различной

технологии себестоимости и трудоемкости, которые отличались в несколько раз. Поэтому врачу и учреждению выгодно было идти по пути снижения трудозатрат и себестоимости.

В 1983 г. обеспеченность населения Хабаровского края врачами-стоматологами ортопедами составляла 0,4 на 10,0 тыс. населения при республиканской норме 1,0 на 10,0 тыс. чел. Более того, была отмечена слабая материально-техническая база стоматологических лечебных учреждений [108; 174; 176].

По мнению органов управления здравоохранения Хабаровского края сеть зубопротезирования в крае была маломощной, что порождало необоснованное расходование средств на обслуживающий персонал. Использование оборудования было нерациональным, внедрение современных методов изготовления зубных протезов было затруднено [163; 169; 172]. Несмотря на платность для пациентов за оказание данного вида медицинской помощи, это мало отражалось на ассортименте изготавливаемых протезов, уровне сервиса стоматологических ортопедических учреждений региона.

Зубопротезирование населения проводилось за счет личных средств граждан по установленным государством расценкам. Цены на протезы слагались исходя из плановой стоимости (полного обеспечения затрат на зарплату, социальное страхование, хозяйственные нужды и материалы) и прибыли в размере 8 %, но не выше предельно установленных цен. Прибыль от зубопротезирования должна была направляться на пополнение инвентаря, оборудования и капитальный ремонт лечебных учреждений.

Однако в практическом здравоохранении Дальнего Востока РСФСР ведомственные расценки на зубопротезные работы, нормативы выработки и установленная часть доходов были ниже сумм, необходимых для полного хозяйственного расчета [628]. Это должно было способствовать повышению доступности зубопротезирования для населения. Однако, на самом деле, такая финансово-экономическая политика приводила к хроническому недостатку

средств стоматологических ортопедических учреждений Дальневосточного региона.

Многочисленные приказы МЗ СССР, РСФСР 1960-х – 1980-х гг. в сфере организации и оказания стоматологической помощи [524; 525; 527–533; 535] дублировались соответствующими решениями местной исполнительной власти. Так, решениями Крайисполкома Хабаровского края № 757 от 23.12.1965, №70 от 10.02.1977, №152 от 11.03.1982 были определены первоочередные меры, разработаны планы на ближайшую перспективу по повышению доступности и качества стоматологической помощи.

К числу таких мероприятий относилось развитие сети стоматологических учреждений, укомплектование их кадрами, меры по строительству и вводу в действие новых поликлиник, где были предусмотрены крупные ортопедические отделения с зуботехническими лабораториями. Также эти меры включали обеспечение безотказного изготовления зубных протезов лицам, имевшим право на бесплатное протезирование зубов, что соответствовало установкам Минздрава СССР.

В итоге, деятельность местной исполнительной власти привела к росту объемов зубопротезной помощи. Так, количество бюджетных зубопротезных отделений и кабинетов в Хабаровском крае увеличилось с 43 в 1965 г. до 63 в 1984 г. (рост в 1,4 раза), из них в сельской местности с 11 до 22 (рост в 2 раза) [163; 169; 172]. Согласно «Конъюнктурному отчету о состоянии стоматологической службы в Приморском крае за 1971 год», во всех районах края имелась стоматологическая ортопедическая помощь [94].

Не оставались без внимания и места компактного проживания аборигенов Дальнего Востока. Например, в с. Троицкое Хабаровского края, месте компактного проживания нанайцев, был организован зубопротезный кабинет, который в 1970-х гг. обеспечивал этим видом медицинской помощи всех жителей Нанайского района [107].

Согласно архивным данным, число лиц, получивших зубные протезы в бюджетной лечебной сети Хабаровского края возросло с 22 539 чел.

в 1965 г. до 46 988 чел. в 1984 г. (рост в 2 раза), соответственно в сельской местности с 855 до 5260 чел. (рост в 6,1 раза).

В результате такого роста, в 1981 г., количество лиц, получивших зубные протезы, в крае составило 341 чел. на 10,0 тыс. населения (по РСФСР – 258,1 на 10,0 тыс. чел.) [163; 169; 172; 174].

С другой стороны, архивные источники указывают на то, что органы местного здравоохранения, несмотря на довольно высокие показатели обеспеченности зубопротезной помощью, были обеспокоены сохранением очередности до полугода на зубопротезирование и до двух лет на протезирование из драгоценных металлов [170; 174].

Особым разделом организации стоматологической ортопедической помощи было исполнение взятых государством социальных обязательств по проведению бесплатного для определенной части населения зубного протезирования. Финансирование бесплатного (льготного) зубного протезирования осуществлялось за счет средств бюджетов местных органов здравоохранения. Так, в 1970 г. в городской стоматологической поликлинике г. Владивосток на льготное зубное протезирование было выделено 13,3 тыс. руб., что составляло 10 % от годового финансового планового задания по зубопротезированию [94].

Согласно отчетам зубопротезных отделений городских больниц г. Хабаровск и г. Комсомольск-на-Амуре за 1970-е – начало 1980-х гг., объемы этого вида зубного протезирования составляли 8-10 % от всех лиц, получивших зубные протезы [160; 172].

В стоматологической поликлинике № 21 отдела здравоохранения Хабаровского горисполкома в 1990 г. число лиц, получивших протезы составляло 1 154, из них получили протезы бесплатно 466 (40 %).

С целью повышения доступности зубопротезной помощи для коренных и малочисленных народов Дальнего Востока, Крайисполком Хабаровского края обращался в Минздрав РСФСР с просьбой о возможности ежегодного выделения дополнительных бюджетных средств в размере 100,0 – 150,0 тыс. руб. [111].

Исполнение социальных обязательств в области зубопротезирования должно было повышать доступность этого вида медицинской помощи для определенных государством групп населения (пенсионеры и инвалиды).

При реализации социальных льгот по зубопротезированию организаторы местного здравоохранения замечали, что, во-первых, имелись противоречия между правилами о бесплатном зубном протезировании и действующим законодательством. В связи с этим создалось положение, при котором некоторым группам граждан, находившимся на социальном обеспечении, были отказы в бесплатном (льготном) зубном протезировании. Во-вторых, территориальные отделы здравоохранения фактически не выделяли денежные средства для этих целей, а выделяли бюджетные ставки врачей и зубных техников, что приводило к перерасходу средств, т.к. содержание штата специалистов, выполнявших работы только по бесплатному протезированию, порой превышало суммы выполненных зубных нарядов [160; 172]. Таким образом, выполнение социальных обязательств перед льготной категорией граждан осуществлялось перераспределением средств бюджетов стоматологических ЛПУ, а не дополнительным выделением средств, что экономически было убыточно для каждого лечебного учреждения.

Ортодонтическая помощь детям была организована в крупных городах Дальнего Востока: Хабаровск, Владивосток, Комсомольск-на-Амуре и оказывалась пациентам бесплатно за счет средств региональных бюджетов. Местные органы здравоохранения констатировали, что этот вид помощи не обеспечивал всех нужд детского населения [176].

Еще одной стороной оказания этого вида медицинской помощи были организация и проведение зубного протезирования из драгоценных металлов. Так, в стоматологической поликлинике Ленинского района Владивостока количество лиц, получившие зубное протезирование несъемными протезами из золота возросло с 96 в 1970 г. до 298 в 1971 г. [94]. Постоянный мониторинг этой сферы не снижал количества замечаний и нарушений. По мнению Минздрава РСФСР, в крае не была упорядочена работа с драгоценными металлами [176].

Краевые органы здравоохранением констатировали, что зубное протезирование из драгоценных металлов осуществлялось в крае с грубыми нарушениями, при этом выявлялась недостача золота [170]. Так, в начале 1980-х гг. проверкой было выявлено, что реальные потери золота в среднем составляли 5,7 % при утвержденных нормах 7 %, однако, списание драгоценных металлов осуществлялось по утвержденным нормам. Кроме того, в учреждениях допускалось применение завышенных норм расхода золота на единицу зуботехнической продукции, а также неоправданное увеличение количества золота, расходуемого на протезирование одного пациента. По мнению органов здравоохранения Хабаровского края, это способствовало образованию неучтенных излишков и создавало предпосылки для различных злоупотреблений [177].

Более того, в середине 1960-х – начале 1970-х гг. несколько стоматологов-ортопедов и зубных техников было привлечено к уголовной ответственности за хищения, использование фондируемого зубопротезного материала в личных целях и присвоения финансовых средств пациентов [159; 162]. Разрыв между объемом оказываемой зубопротезной помощи и нуждаемостью в ней населения приводил к незаконной частной деятельности специалистов. В этом контексте система государственного и административного контроля была важным элементом реализации распределительно-нормированной социальной политики, а также борьбы с «теневым перераспределением».

Имевшие место в СССР установление различного рода ограничений и «потолков» в материальном стимулировании врачей-ортопедов и зубных техников, уравниловка, уменьшение дифференциации в оплате труда, отсутствие экономической заинтересованности, материального и морального стимулирования не способствовали росту интенсивности труда в зубопротезировании, внедрению новых, современных и сложных методов протезирования. Непосредственный исполнитель не получал должной компенсации, становилось выгоднее работать «по средним показателям», формировалась психология безответственности, группового эгоизма, общественной апатии и пассивности. Это находило «хорошую почву» для

формирования «теневых» и «серых» форм оказания зубопротезной помощи. Экономические неурядицы в государстве приводили к компаниям по поиску врагов-расхитителей, спекулянтов, «теневых дельцов». В этом ряду зачастую оказывались специалисты по зубопротезированию и зубные техники.

Особенностью оказания ортопедической стоматологической помощи населению страны и Дальнего Востока России, также являлось то, что она была единственной из всех видов медицинской помощи, которая базировалась на принципах хозрасчета, т.е. содержалась на средства населения. Тем не менее, количество должностей по этому виду помощи было строго лимитировано, а стабильность цен на зубные протезы устанавливалась административными методами. В то же время стоимость материалов, оборудования, инструментов возрастала, повышалась и заработная плата, при этом зубное протезирование становилось экономически убыточным видом деятельности ЛПУ. Система хозрасчета предполагала использование полученных средств на расширение и укрепление материальной базы, однако на практике этого не происходило. Ассортимент изготавливаемых конструкций протезов не изменялся, в лечебных учреждениях не было технической базы для изготовления металлокерамических и бюгельных протезов, отсутствовали литейные установки. Рекомендации центральных органов здравоохранения по созданию в городах хозрасчетных (платных) стоматологических ЛПУ, лишенных недостатков территориальных учреждений подобного рода, и где оказание зубопротезной помощи составляло бы весомую долю, в регионе были реализованы только в начале 1990 г. [684; 685].

В конце 1980-х гг., доступность стоматологической помощи для работников промышленных предприятий Дальнего Востока, несмотря на все усилия местной власти края, продолжала быть ограниченной [358]. Несмотря на достигнутые успехи, письма и заявления граждан в центральные и местные партийные и советские органы сообщали о плохой организации работы лечебно-профилактических учреждений, неудовлетворительном оказании и недоступности стоматологической помощи, очередях на зубопротезирование, грубости и невнимательном отношении медицинских работников к больным.

В целях предупреждения и оперативного разрешения жалоб со стороны пациентов создавались внутриведомственные районные и городские комиссии по оценке качества изготовления протезов, заключения и рекомендации которых были обязательны к исполнению в лечебных учреждениях, где изготавливались зубные протезы [168].

Таким образом, можно констатировать, что 1960–1980-е гг. ознаменовались существенным повышением доступности ортопедической стоматологической помощи населению Дальнего Востока России. Это было связано с увеличением кадрового потенциала, расширением сети стоматологических ЛПУ не только в городах, но и в сельской местности, созданием «выездной» системы зубопротезирования, а также совершенствованием маршрутизации пациентов при получении этого вида медицинской помощи, значительным улучшением материально-технического снабжения стоматологических кабинетов региона. Обеспечение доступности этого вида медицинской помощи для населения было приоритетной задачей местных органов здравоохранения, вопросы качества были на втором плане. В этой связи, экстенсивные пути развития общедоступной зубопротезной помощи населению региона были оптимальны и оправданы, тем более что имеющийся потенциал зубопротезной службы Дальнего Востока в начале 1960-х гг. находился в «зачаточном» состоянии.

Качественные показатели деятельности стоматологической службы не являлись главным направлением, тем более что скачки в развитии в этот период были невозможны без значительных государственных инвестиций, капитального строительства, решения кадрового вопроса, а также сопутствующих социальных проблем, централизованного распределения медицинского оборудования, которые, несмотря на децентрализацию управления социальной сферой жизни людей, оставались в компетенции центральных органов исполнительной власти.

Подводя итоги можно сделать вывод, что к началу 1990-х гг. организация и оказание ортопедической стоматологической помощи на Дальнем Востоке России имели свои особенности. С одной стороны, высокие показатели обеспеченности населения зубными протезами, говорили о доступности этого

вида медицинской помощи. Количество лиц, получивших зубные протезы, было на 25 % выше общероссийских показателей. С другой стороны, это достигалось невысокими качественными показателями деятельности специалистов. В крае была низкая обеспеченность население стоматологами-ортопедами, а более 70 % сотрудников стоматологических кабинетов являлись зубными врачами (по РСФСР – 30–40 %). В крае отсутствовало сложное зуботехническое и ортопедическое оборудование, имевшиеся в арсенале зубопротезных кабинетов технологии косметического, съемного и несъемного протезирования были ограниченного ассортимента. Невысокие требования пациентов в функциональном и косметическом плане позволяли имевшимся специалистам проводить протезирование населения зубными протезами с далеко не лучшими потребительскими свойствами, зачастую по технологиям начала XX в., тем самым удовлетворяя минимальные потребности людей в этом виде медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Организация стоматологической помощи на Дальнем Востоке России в своем эволюционном развитии значительно видоизменялась в соответствии с социальными, политическими, экономическими и демографическими факторами.

В конце XIX – начале XX вв. в городах Приамурского генерал-губернаторства была организована зубоврачебная помощь благотворительного, частного, ведомственного и муниципального подчинения, что обеспечивало квалифицированной помощью наиболее обеспеченные группы населения, причем частная практика с прямым расчетом пациента с врачом была доминирующей. В этот период зубоврачебная помощь стала трансформироваться из сферы услуг в виде «роскоши» для избранных слоев общества до общественно значимого социального явления и становилась более доступной широким слоям дальневосточного населения. В силу особенностей социально-экономического развития региона оказание общественной зубоврачебной помощи было оформлено на 15–20 лет позднее центральных регионов России.

Распределением специалистов, управление практической деятельностью зубоврачебных кабинетов в стране управлял закон спроса и предложения, центральные власти мало или почти не вмешивались в эту сферу, ограничиваясь нормативно-правовым обеспечением, оставляя свободному рынку возможность регулировать данные отношения. Главная роль в организации общественных зубоврачебных служб принадлежала городским самоуправлениям. Примечательно то, что оказание зубоврачебной помощи в рамках общественной и частной системы медицинской помощи на Дальнем Востоке России была ориентирована на лечение, а не на профилактику заболеваний зубов, пародонта и полости рта в целом.

Практическое внедрение на Дальнем Востоке России принципов советского здравоохранения в конце 1922 – начале 1923 гг. позволила начать реформы организации и практической деятельности в сфере оказания стоматологической помощи в Дальневосточном регионе. Медицинские

учреждения региона должны были обеспечить широкие массы населения стоматологической помощью не только лечебного, но и профилактического и санитарно-просветительского характера.

В силу специфических особенностей Дальнего Востока, в первые годы советской власти оказалось невозможно в короткие сроки создать масштабную службу государственной стоматологической помощи, не удалось ликвидировать дифференциацию в получении зубоврачебной помощи между городом и деревней. Проблемы в кадровом и материальном обеспечении привели к тому, что разные социальные группы населения получали этот вид медицинской помощи из различных источников финансирования: из средств социального страхования, которые формировались из взносов работодателей, из средств местных бюджетов и личных средств граждан. Следует отметить, что средств местных бюджетов зубоврачебную помощь оказывали как зубные врачи – служащие государственных лечебных учреждений, так и частнопрактикующие зубные врачи по договорам с местными органами власти.

Частная практика и, соответственно, оплата медицинской помощи за счет личных средств граждан продолжали играть весомую роль в обслуживании различных социальных групп населения.

Переход Дальневосточного региона к централизованной плановой экономике в 1930-е гг., позволил консолидировать ресурсы здравоохранения, установить государственную монополию на данный вид медицинской помощи, ликвидировать традиционную автономию зубных врачей, уничтожить экономические барьеры между врачом и больным, укомплектовать общественные и ведомственные медицинские организации «советскими служащими», деятельность которых оплачивалась за счет средств государства и предприятий, установить контроль и координировать деятельность специалистов. Это позволило значительно увеличить объем, расширить спектр оказываемых услуг и охватить стоматологической помощью самые отдаленные территории Дальнего Востока России.

Установившаяся государственная монополия в 1930-е гг. на предоставление стоматологической медицинской помощи в Дальневосточном регионе позволила значительно повысить доступность этого вида медицинской помощи для населения, направить вектор стоматологической помощи на превентивное лечение, обеспечить возможность провести зубопротезирование недорогими материалами. Однако в повседневной деятельности большее значение придавалось широкому охвату лечебно-диагностическими мероприятиями, и игнорировались индивидуальные нужды человека.

Организация и оказание зубоврачебной помощи среди различных коренных народностей Крайнего Севера Дальнего Востока помимо непосредственно лечебной и профилактической помощи оказывала влияние на общий культурный подъем данных групп населения, способствовала санитарному и гигиеническому просвещению, устранению вредных привычек и религиозных предрассудков.

Несмотря на многочисленные медико-социальные проблемы организации стоматологической помощи в 1930-е гг. в государственных лечебных учреждениях стала явлением повседневной жизни всего населения Дальнего Востока.

В советский период организацию стоматологической помощи на Дальнем Востоке планировали, направляли и контролировали государственные органы управления здравоохранения: Минздравы СССР и РСФСР, а также отделы здравоохранения местных советов. Минздравы издавали приказы, распоряжения и другие нормативные документы, обязательные для исполнения на местах. С середины 1950-х гг. во всех органах управления здравоохранения региона стоматология была представлена «главным стоматологом», который выполнял консультативные и совещательные функции при этих учреждениях власти, однако не был наделен административными полномочиями.

Нами было выяснено, что в практическом здравоохранении Дальнего Востока наблюдалось доминирование зубных врачей в течение всего периода

нашего исследования. К началу 1990-х гг. в повседневной практике региона более 70 % специалистов являлись зубными врачами (по РСФСР – в среднем 30–40 %).

Более того, в организации труда и практической деятельности врачей-стоматологов и зубных врачей Дальнего Востока имелся целый ряд недостатков и нерешенных задач. Так, труд специалистов с высшим образованием (врачей-стоматологов) и со средним (зубных врачей) мало чем отличался. Это было связано с одной стороны не только с особенностью государственных рычагов управления этой отраслью медицины, отсутствием возможности оценить продуктивность работы специалистов, несовершенством модели финансирования и организации труда в этой отрасли здравоохранения, которое зависело не от конечного результата, а от количественных показателей работы.

С другой стороны, это можно отнести к недостаткам профессионального обучения специалистов. Полный отказ от специалистов с общим высшим медицинским образованием и последующей специализацией (врачи-одонтологи) в 1930-е гг. снизил квалификационные требования и не позволил встать специалистам в области стоматологии в один ряд с врачами-лечебниками и врачами-педиатрами.

Высокая потребность в лечебной и профилактической стоматологической помощи, способствовали тому, что на Дальнем Востоке стал применяться «поточный» подход, где на клинический прием одного пациента выделялось слишком мало средств и времени. Это не позволяло специалистам достигать желаемого уровня качества в работе. В этой схеме становились ненужными профессионализм и глубокие знания. «Поточный» характер лечебно-профилактической работы в практическом здравоохранении Дальневосточного региона применялся как зубными врачами, так и врачами-стоматологами.

Стоматологические поликлиники на Дальнем Востоке России размещались в «стратегических пунктах» – крупных промышленных городах и являлись самостоятельными ЛПУ со следующими специализированными отделениями: терапевтическими, хирургическими и ортопедическими, а также

вспомогательными службами – зуботехническая лаборатория, рентгенологический кабинет, физиотерапевтический кабинет. Однако их мощность и оснащение не всегда соответствовали реальным потребностям, уровень технической оснащенности был невелик, обновление основных фондов происходило значительно медленнее, чем их износ.

Число штатных должностей стоматологов, зубных врачей и другого персонала зависело от количества прикрепленного населения, обслуживаемого поликлиникой. По мере увеличения числа территориальных стоматологических поликлиник создавались и специализированные детские стоматологические поликлиники. К концу 1980-х гг. 90 % населения региона получало стоматологическую помощь в специализированных поликлиниках. Тем не менее, чрезвычайно актуальными и до конца нерешенными оставались вопросы оказания узкоспециализированной и высококвалифицированной стоматологической помощи (детская, ортодонтическая, пародонтологическая, эндодонтическая, хирургическая).

Централизация оказания медицинской помощи на Дальнем Востоке в советский период позволила создать разветвленную сеть амбулаторных ЛПУ, были созданы условия для оказания специализированной стационарной стоматологической помощи. Стоматологические отделения и кабинеты располагались в общих поликлиниках, стационарах, женских консультациях, санаториях, на промышленных предприятиях, в школах, высших и средних учебных заведениях, что позволяло приблизить лечебно-профилактическую помощь непосредственно к населению, оптимально маршрутизировать пациента, повысить доступность этого вида медицинской помощи.

Стоматологические кабинеты в сельской местности были организованы при районных и участковых ЛПУ. В кабинете, как правило, работал зубной врач, который оказывал терапевтическую, хирургическую, а в ряде случаев и ортопедическую стоматологическую помощь.

Наше исследование подтверждает, что большое внимание стоматологические учреждения и практикующие специалисты Дальнего Востока

уделяли профилактической деятельности и прежде всего плановой санации ротовой полости у детей. Программа плановой систематической санации полости рта на Дальнем Востоке постоянно расширялась, охватывая некоторые выборочные контингенты взрослого населения, такие как рабочие промышленных предприятий, студенты, призывники и служащие крупных учреждений.

Бюджетная модель финансирования инфраструктуры стоматологической учреждений на Дальнем Востоке России была ориентирована на сотрудничество и интеграцию структурных, функциональных и организационных звеньев в рамках единой национальной системы здравоохранения. Это позволяло ориентироваться, в первую очередь на медицинскую и социальную эффективность деятельности, экономическая эффективность не была приоритетным направлением. Централизованный подход обеспечил при ограниченности ресурсов, недостаточном уровне экономического, демографического и территориального развития относительную доступность, своевременность, этапность и преемственность стоматологической помощи каждому жителю региона независимо от уровня его доходов и места проживания.

Централизованное финансирование системы стоматологической помощи в условиях Дальнего Востока имело ряд недостатков, т.к. спускаемых «сверху» нормативы не учитывали всех особенностей региона, а также содержали единообразные, крайне ограниченные методы лечения с сомнительным клиническим эффектом.

В числе постоянных проблем региона в течение всего нашего исследования были недостаток профессиональных кадров и вспомогательного персонала. Спецификой территории являлось доминирование в практическом здравоохранении зубных врачей, отсутствие должного контроля стоматологов за их клинической работой, слабое материально-техническое оснащение, высокие трудовые затраты специалистов без соответствующего уровня оплаты, социально-экономическая неудовлетворенность работающих профессионалов, недостаточная

дифференциация труда, высокие затраты на эксплуатацию зданий и помещений, проблемы с техническим обслуживанием и ремонтом оборудования.

Характерными чертами стоматологической помощи в регионе оставались неблагоустроенность лечебных учреждений, отсутствие современной аппаратуры и оборудования, нехватка медикаментов, инструментария и мягкого инвентаря. Уровень сервиса и культура обслуживания в стоматологических ЛПУ также были невысокими. Отрицательная коннотация от посещения стоматолога закрепилось в сознании некоторой части дальневосточного населения.

На Дальнем Востоке России в 1970–1980-е гг. создавалась система территориального, финансового и социального равенства при доступе ко всем видам стоматологической помощи. Она должна была обеспечить население региона в т.ч. функционально полноценными зубными протезами. Несмотря на платное для пациентов оказание государственных услуг по зубопротезированию, местные органы исполнительной власти стремились повысить доступность этого вида медицинской помощи для различных социальных категорий населения. К началу 1990-х гг. количество лиц, получивших зубные протезы, по подсчетам местных органов здравоохранения, было на 25 % выше общероссийских показателей.

Однако достигалось это невысокими качественными показателями деятельности медицинских организаций, производством «несложных» работ, эстетически неудовлетворительных. Комплекс организационных мер по повышению доступности и качества стоматологической помощи, в т.ч. зубопротезирования включал количественное увеличение инфраструктуры, решение кадрового вопроса, поиск дополнительных источников финансирования, а также интенсификацию производства, модернизацию и переоснащение материально-технической базы службы. В регионе постоянно шёл поиск путей по стимулированию количественных и качественных показателей работы стоматологических ЛПУ и заинтересованности специалистов в конечном результате своей работы.

Невысокие требования пациентов в функциональном и косметическом плане позволяли специалистам проводить зубопротезирование населения протезами с невысокими потребительскими свойствами, тем самым удовлетворяя минимальные потребности людей в этом виде медицинской помощи. Имевшиеся в арсенале стоматологических ортопедических учреждений региона технологии протезирования были ограниченного ассортимента и были доступны в большинстве случаев исключительно городскому населению.

Приведенные нами факты, с одной стороны, свидетельствуют о положительной динамике в сфере организации стоматологической помощи на Дальнем Востоке России в условиях социально-территориальной изолированности населенных пунктов региона. Несмотря на ограниченные ресурсы здравоохранения, местная партийная и советская власть, профессиональная элита прилагали усилия по организации и развитию инфраструктуры этого вида медицинской помощи не только в крупных городах, но и в районных центрах, сельской местности, а также в отдаленных северных территориях. К концу исследуемого периода уровень обеспеченности населения стоматологической помощью в городах был достаточно высоким, но в сельской местности ситуация была гораздо хуже. Доступность стоматологической и, тем более, ортопедической стоматологической помощи для сельских жителей края продолжала оставаться ограниченной за весь период нашего исследования.

Основное количество стоматологических учреждений и медицинского персонала концентрировалось именно в городах и рабочих поселках. Власти стремились путем улучшения состояния здоровья рабочих повысить темпы промышленного производства и строительства, что было особенно важно в связи с задачами плановой экономики страны.

Рост благосостояния породил увеличение потребности дальневосточного населения в стоматологической помощи. Профилактика заболеваний полости рта, превентивное лечение зубов, зубосохраняющие операции стали обязательной и необходимой процедурой для огромного числа рабочих и служащих, членов их

семей, а зубопротезирование – элементом престижа, статуса и особых заслуг человека.

Подводя итоги можно констатировать, что к началу 1990-х гг. организация и оказание стоматологической помощи на Дальнем Востоке имели свои особенности. С одной стороны, отмечались высокие показатели динамики роста объемов стоматологической помощи в регионе, что выражалось в увеличении количества стоматологических ЛПУ, количества санированных больных, количества лиц, получивших зубные протезы. Так, в конце 1980-х гг. количество врачей стоматологического профиля в регионе составляло 3,0 на 10,0 тыс. населения (по РСФСР 4,8–5,0 на 10,0 тыс. населения), количество посещений к специалисту стоматологического профиля в год на одного жителя достигло 1,2 (по РСФСР – 1,29). Все это говорит о отставании в организации и деятельности стоматологических служб Дальнего Востока на 10–15 лет по сравнению с центральными районами России, несмотря на все усилия местных органов исполнительной власти.

С другой стороны, охват плановой санацией полости рта детского населения не превышал 50–60 % при средних декларируемых показателях по РСФСР – 70–98 %. Диспансеризацией были охвачены незначительные контингенты населения. Это говорит о том, что увеличение доступности этого вида медицинской помощи достигалось невысокими качественными показателями деятельности. Недостаток зубных врачей в сельских районах Дальнего Востока, на промышленных предприятиях по добыче и обработке полезных ископаемых, лесных и рыбных ресурсов привел к тому, что практика оказания стоматологической помощи фельдшерами и врачами других специальностей процветавшая в начале XX в. была продолжена и при советской власти, а зубные техники по-прежнему проводили клиническое зубопротезирование.

На фоне постоянно меняющихся исторических обстоятельств, эволюции общественных запросов на охрану здоровья, лечебно-профилактическую и медико-социальную помощь, проблемы здравоохранения в регионе оставались прежними во весь период нашего исследования, а именно: недостаточное

финансирование, хроническая нехватка квалифицированных кадров, недостаток помещений для развертывания лечебно-санитарных учреждений, дефицит медицинского оборудования, инструментария, медикаментов, мягкого инвентаря. Несмотря на понимание региональной властью этих проблем, предпринимаемые усилия не могли в корне изменить положение дел. Количественные показатели, характеризующие развитие здравоохранения, неуклонно росли, а качественные «топтались на месте», исчезало много старых проблем, но возникали новые. Росло несоответствие между декларируемыми обязательствами местных органов власти и реальным возможностям по их осуществлению.

ВЫВОДЫ

1. Организация зубоврачебной помощи на Дальнем Востоке России в конце XIX – начале XX вв. характеризовалась значительным отставанием, обусловленным низким уровнем социально-экономического развития, географическими и территориальными особенностями региона. Зубоврачебная помощь была организована частнопрактикующими зубными врачами только в крупных городах и функционировала на основе саморегулирования. В сельской местности этот вид медицинской помощи организован не был.

2. В 1918-1922 гг. в системе оказания медицинской помощи населению Дальневосточного региона (до внедрения принципов советского здравоохранения) доминировала частная практика, вопросами организации и управления зубоврачебной помощью занимались городские общественные самоуправления, администрации крупных предприятий и страховые кассы. Они организовали зубоврачебную помощь для горожан, плативших местный больничный сбор, работникам крупных промышленных предприятий, а также лицам, вовлеченных в социальное страхование.

3. В период установления советских принципов здравоохранения на Дальнем Востоке России в 1923-1928 гг. в крае сохранялось значительное отставание в вопросах организационного, технологического и материально-технического обеспечения зубоврачебной помощи. Вопросы организации, управления и специальные проблемы здравоохранения, в т.ч. зубоврачевания, были возложены на местную исполнительную власть. Были определены социальные группы населения (рабочие и служащие), обеспечивающиеся этим видом медицинской помощи в первую очередь за счет средств бюджета и социального страхования. Население, которому был ограничен доступ к государственному зубоврачеванию, использовало личные средства для оплаты услуг частнопрактикующих зубных врачей или представителей народной медицины.

4. Создание государственной монополии в системе стоматологической помощи Дальнего Востока России в 1930-е гг. позволило более эффективно

использовать имеющиеся финансовые, кадровые и материальные ресурсы, уничтожить экономические барьеры между врачом и пациентом, установить контроль и координировать деятельность специалистов. Это обеспечило количественный рост потенциала стоматологической службы, расширило спектр оказываемых стоматологических услуг и охватило стоматологической помощью северные и отдаленные территории региона.

5. Увеличение финансирования здравоохранения Дальнего Востока России в 1950-х гг., позволило создать разветвленную сеть стоматологических лечебно-профилактических учреждений, расширить их функции и спектр оказываемой медицинской помощи, обеспечить материальными и кадровыми ресурсами, внедрить в практику программы плановой санации, профилактики и зубопротезирования за счет средств бюджета. Это позволило перейти к общедоступной стоматологической помощи всему населению, расширить группы диспансерного наблюдения, увеличить объем и количество лиц, регулярно получающих стоматологическую помощь и вовлеченных в санитарное просвещение.

6. На Дальнем Востоке в 1960-1980-е гг. декларировалось организация равного доступа населения к государственной стоматологической помощи, однако в силу ограниченности ресурсов, существующих идеологических установок, распределительно-нормированной системы советского общества, была определена групповая очередность стоматологического оздоровления населения, очередность по виду предоставляемого лечения, а также по отдельным аспектам деятельности лечебно-профилактических учреждений (лечебная, профилактическая и санитарно-просветительская).

7. Деятельность стоматологических учреждений Дальнего Востока во второй половине XX в. была направлена на использование преимуществ профилактического обслуживания, расширение видов и объемов стоматологической помощи, своевременность оказания медицинской помощи, увеличение доступности этого вида медицинской помощи, широкое санитарное

просвещение населения, а также на позитивное изменение сознания людей в отношении к своему здоровью.

8. Основным кадровым составом стоматологических учреждений региона в течение всего нашего исследования были зубные врачи. Центральные медицинские учебные заведения не могли удовлетворить потребности здравоохранения Дальнего Востока России во врачах-стоматологах. Местные органы власти организовали подготовку зубных врачей с упрощенным учебным планом для лечения наиболее распространенных заболеваний зубов и полости рта. Не были до конца решены вопросы равномерного распределения, штатного укомплектования, рационального использования и регулярного профессионального совершенствования специалистов в области стоматологии.

9. Материально-техническое обеспечение организации оказания стоматологической помощи на Дальнем Востоке России в течение всего исследуемого периода было недостаточным. Активная часть основных фондов стоматологических учреждений региона характеризовались невысокими техническими и эксплуатационными характеристиками, значительным физическим и моральным износом. Обновление основных средств происходило нерегулярно.

10. Систематическое проведение организационных изменений по совершенствованию оказания стоматологической помощи на Дальнем Востоке России позволило этому виду медицинской помощи занять одно из ведущих мест в системе мер, направленных, в первую очередь, на общее укрепление здоровья всего населения Дальневосточного региона, стать одним из самых распространенных и востребованных населением амбулаторным видом медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ

1. Абаев С. Здравоохранение края в прошлом и настоящем / С. Абаев // Тихоокеанская звезда. – 1947. – С. 1-2.
2. Абакумов. Как у нас лечат / Абакумов // Рельсы здоровья. – 1927. – № 14. – С. 4.
3. Адресно-справочный торгово-промышленный ежегодник на 1910 год «Вся Чита и Забайкалье» с отделом Приамурья в районе постройки Амурской железной дороги. – Чита, 1910.
4. Алескер. Советская медицина / Алескер // Советское Приморье. – 1925. – № 11. – С. 166-173.
5. Алимский А.В. Организация стоматологической помощи / А.В. Алимский // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны. – Москва, 1991. – С. 4-6.
6. Амурский народный календарь на 1900 г. / ред. Н. Голубцов. – Благовещенск, 1900.
7. Антонов А. Забота партии и правительства о народностях Чукотки / А. Антонов // Советская Чукотка. – 1950. – С. 3.
8. Аржанов Н.П. Дауге против Гофунга: борьба двух моделей стоматологического образования Ч.6 / Н.П. Аржанов // Стоматолог. – 2009. – № 2. – С. 51-54.
9. Аркинд В.Е. Годовщина событий у озера Хасан и задачи стоматологии / В.Е. Аркинд // Стоматология. – 1939. – № 6. – С. 5-7.
10. Афанасьева А.Э. Исследовательская программа и проблемное поле «новой истории медицины» в начале XXI в. / А.Э. Афанасьева // Электронный научно-образовательный журнал «История». – 2015. – Т. 6. – № 9 (42).
11. Афанасьева А.Э. История медицины как междисциплинарное исследовательское поле / А.Э. Афанасьева // Историческая наука сегодня: теории, методы, перспективы / ред. Л.П. Репина. – М.: Либроком, 2011. – С. 419-437.

12. Ахметова А.В. Деятельность научно-медицинских экспедиций по изучению здравоохранения коренного населения Дальнего Востока в конце 1940-х гг. / А.В. Ахметова // Ученые записки Комсомольского-на-Амуре государственного технического университета. – 2010. – Т. 2. – № 4. – С. 15-18.
13. Ахметова А.В. Проблемы медицинского обслуживания традиционных этносов Дальнего Востока в период становления национальной политики Советского государства (20-е гг. XX века) / А.В. Ахметова // Ученые записки Комсомольского-на-Амуре государственного технического университета. – 2013. – № 1-2 (13). – С. 14-17.
14. Ахутин М.Н. Хирургическая работа во время боев у озера Хасан / М.Н. Ахутин. – М.: Медгиз, 1939. – 87 с.
15. Барсуков М. К Дальне-Восточному съезду здравоохранителей / М. Барсуков // Дальне-Восточный Путь. – 1924. – С. 1.
16. Барсуков М.И. Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения / М.И. Барсуков. – М.: Медгиз, 1951.
17. Барсуков М.И. Очерки истории здравоохранения СССР / М.И. Барсуков. – М.: Медгиз, 1957.
18. Бассалык Д.А. Развитие высшего стоматологического образования в РСФСР : дисс. ... канд. мед. наук / Д.А. Бассалык. – М., 1962. – 315 с.
19. Бассалык Д.А. Реформа зубоврачебного образования в 1918-1920 гг. и ее развитие в РСФСР в годы первых пятилеток / Д.А. Бассалык // Стоматология. – 1961. – № 5. – С. 82-87.
20. Батоев С.Д. Организация медицинской помощи населению Бурятии в период существования Дальневосточной республики / С.Д. Батоев // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 26. – № 1. – С. 181-185.
21. Бацаев И.Д. Процесс формирования вольнонаемной рабочей силы Дальстроя (1931-1946) / И.Д. Бацаев // Вестник Северо-Восточного государственного университета. – 2007. – № 3. – С. 67-78.
22. Башкуев В.Ю. Проблемы здравоохранения Дальневосточной республики (1920-1922) / В.Ю. Башкуев, У.В. Башкуева // Иркутский историко-

экономический ежегодник. – Иркутск: Байкальский государственный университет, 2015. – С. 391-398.

23. Бегельман И.А. Тезисы доклада о профессиональной вредности труда и быта зубных работников / И.А. Бегельман // Одонтология и стоматология. – 1923. – № 1. – С. 8-10.

24. Белецкий Г.Н. Задачи улучшения стоматологической помощи населению и стоматологического образования / Г.Н. Белецкий // Стоматология. – 1954. – № 1. – С. 3-8.

25. Белолопоткова А.В. Отечественные авторы о научной организации труда врачей-стоматологов / А.В. Белолопоткова // Опыт организации стоматологической помощи в РСФСР. Материалы I совещания методического совета (3-5 июня 1967 г.) под ред. проф. Удинцова Е.И. – Москва, 1968. – С. 52-56.

26. Белоусов А.З. Основные этапы развития Московского медицинского стоматологического института за 50 лет (1922-1972 гг.) / А.З. Белоусов, А.А. Колесов, Г.Н. Троянский // Научная и педагогическая деятельность Московского Ордена Трудового Красного Знамени медицинского стоматологического института. Сборник материалов. – М., 1972. – С. 5-13.

27. Берлин А.М. О хронометраже в зубоврачевании / А.М. Берлин // Одонтология и стоматология. – 1929. – № 9. – С. 22-24.

28. Берлин А.М. Организационные вопросы в общественном зубоврачевании / А.М. Берлин // Одонтология и стоматология. – 1925. – № 5. – С. 18-20.

29. Библиографический указатель газет и журналов, выходивших на русском Дальнем Востоке до 1922 года и хранящиеся в библиотеках и архивах региона. – Владивосток: Российский государственный исторический архив Дальнего Востока, 2010. – 178 с.

30. Блюм А.И. Врачебно-санитарный обзор за 1914 г. / А.И. Блюм. – Хабаровск: Типография штаба Приамурского военного округа, 1915. – 135 с.

31. Блюм А.И. Врачебно-санитарный отчет по постройке Восточной части Амурской железной дороги за 1912 г. / А.И. Блюм. – Хабаровск: Электротипография М.И. Беляева, 1913. – 102 с.
32. Блюм А.И. Врачебно-санитарный отчет по постройке Восточной части Амурской железной дороги за 1913 г. / А.И. Блюм. – Хабаровск, 1914. – 122 с.
33. Бобырев В.М. Зубоврачевная практика в Полтаве на рубеже XIX - XX веков / В.М. Бобырев, А.И. Сидорова, А.В. Салий // Материалы V Всероссийской конференции «История стоматологии». – М.: МГМСУ, 2011. – С. 16-17.
34. Богданов К.А. Зубодеры-ораторы, зубодеры-писатели: стоматология в русском фольклоре, литературе и массовой культуре XVIII - XIX вв. / К.А. Богданов // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине. Под общей редакцией В.Л. Лехциера. – Самара: Самарский университет, 2012. – С. 218-255.
35. Богданов К.А. История сквозь зубы (стоматологические сюжеты в советской культуре) / К.А. Богданов // Новое литературное обозрение. – 2013. – № 4. – С. 156-178.
36. Богданов Ф.Р. Медицинская помощь народам Севера / Ф.Р. Богданов // Советский Север. – М., 1929. – С. 182-199.
37. Бойко Т.А. История Дальневосточного государственного медицинского университета в биографиях сотрудников. К 155-летию Хабаровска / Т.А. Бойко; ред. В.П. Молочный. – Хабаровск: Дальневосточный государственный медицинский университет, 2013. – 216 с.
38. Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / ред. Ю. Шлюмбом, М. Хагнер, И. Сироткина. – СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге, 2008. – 304 с.
39. Больничные и страховые кассы (отечественный опыт медицинского страхования) / В.В. Гришин [и др.]; ред. О.П. Щепин, О.П. Щепин. – М.: Фирма «АЙС», 1997. – 226 с.
40. Большая медицинская энциклопедия. Тт. 11 Зрелища-Ихтиол / ред. Н.А. Семашко. – Москва: АО «Советская энциклопедия», 1930.

41. Большая медицинская энциклопедия. Тт. 31 Смелли-Струма / ред. Н.А. Семашко. – Москва: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1935.
42. Бородулин В.И. Клиническая медицина от истоков до 20-го века / В.И. Бородулин. – Москва, 2015. – 504 с.
43. Бородулин Ф.Р. История медицины. Избранные лекции / Ф.Р. Бородулин. – М.: Медгиз, 1961. – 252 с.
44. Брунштейн С.А. По поводу зубо врачевания в армии / С.А. Брунштейн // Зубо врачевный вестник. – 1904. – № 5. – С. 341-342.
45. Бубнис Г.К. Социалистические преобразования в Корякском автономном округе / Г.К. Бубнис. – М.: Наука, 1981. – 137 с.
46. Буйда Ю. Про русский дух и вставные зубы / Ю. Буйда // Октябрь. – 2010. – № 11. – С. 31-33.
47. Бурилова М.В. Общество старого Хабаровска (конец XIX – начало XX вв.): по семейным фотоальбомам и прочим раритетам / М.В. Бурилова. – Хабаровск, 2007.
48. Бутова В.Г. Система организации стоматологической помощи населению России / В.Г. Бутова, В.Л. Ковальский, Н.Г. Ананьева. – Москва: Медицинская книга, 2005. – 166 с.
49. Бынин Б.Н. Профиль зубного техника и его подготовка / Б.Н. Бынин // Стоматология. – 1946. – № 1. – С. 58-61.
50. В Хабаровский госпиталь посылайте больных // Дальне-Восточный Путь. – 1924. – С. 3.
51. Вагнер В.Д. Пути совершенствования стоматологической службы / В.Д. Вагнер, Б.Ц. Нимаев, Е.А. Ахметов // Стоматология для всех. – 2006. – № 1. – С. 4-5.
52. Вагнер В.Д. Прогноз и тенденции развития стоматологии с позиции специалистов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Д. Вагнер. – Омск, 1998. – 23 с.
53. Вагнер В.Д. Стоматологическая поликлиника: этапы развития и становления / В.Д. Вагнер // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов

(Москва, 10-13.09.2001 г.) Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции (Москва, 24-26.04.2001 г.). – Москва, 2001. – С. 7-10.

54. Важнейшие решения правительства о ДВК. О льготах для населения Дальневосточного края. Постановления СНК СССР и ЦК ВКП(б). – Москва-Хабаровск: Дальневосточное краевое издательство, 1934. – 87 с.

55. Вайсблат С.Н. Достижения советской стоматологии на Украине за 30 лет / С.Н. Вайсблат // Стоматология. – 1947. – № 4. – С. 24-27.

56. Варес Э.Я. Куда «дрейфует» оказание зубопротезной помощи населению в ближайшие десятилетия / Э.Я. Варес // Стоматология. – 1999. – № 6. – С. 48-50.

57. Ващук А.С. Социальная политика в СССР и ее реализация на Дальнем Востоке (середина 40-80-х годов XX в.) / А.С. Ващук. – Владивосток: Дальнаука, 1998. – 212 с.

58. Вегрова И.В. Первые шаги в борьбе за охрану здоровья народов Крайнего Севера / И.В. Вегрова // Советское здравоохранение. – 1973. – № 2. – С. 70-73.

59. Веерма Г.П. Организация стоматологической помощи в Эстонской ССР / Г.П. Веерма // Межреспубликанское совещание врачей-стоматологов Латвийской ССР, Литовской ССР и Эстонской ССР. – Рига, 1954. – С. 5-6.

60. Вересаев В.В. Записки врача : Полное собрание сочинений в 4 томах. Т. 1 / В.В. Вересаев. – М.: Правда, 1985.

61. Верлоцкий А.Е. К вопросу о нормах нагрузки зубного врача / А.Е. Верлоцкий // Одонтология и стоматология. – 1927. – № 6. – С. 58-71.

62. Верлоцкий А.Е. Первый опыт хронометража зубопротезной работы / А.Е. Верлоцкий // Одонтология и стоматология. – 1924. – № 3. – С. 73-77.

63. Вигдорчик Н.А. Кассовая медицина : Теория и практика социального страхования / Н.А. Вигдорчик. – М.: Книга, 1923. – Вып. 4. – 152 с.

64. Визитка - Константинов Артур Васильевич // Стоматология сегодня. – 2009. – С. 2-3.

65. Виленский М.М. О состоянии здравоохранения в Хабаровском крае. Из доклада заведующего Крайздравотделом / М.М. Виленский // Тихоокеанская звезда. – 1941. – С. 3.
66. Вильник Н.М. Зубоврачевание в русской армии / Н.М. Вильник // Зубоврачебный вестник. – 1904. – № 6. – С. 405-406.
67. Виноградов Н.А. Здравоохранение в СССР (1917-1957) / Н.А. Виноградов. – М.: Медгиз, 1957. – 102 с.
68. Виноградова Т.Ф. Основные пути и перспективы развития стоматологии детского возраста в СССР / Т.Ф. Виноградова. – Москва, 1979.
69. Владимирский М.Ф. Вопросы советского здравоохранения (статьи и речи) / М.Ф. Владимирский. – М.: Медгиз, 1960. – 316 с.
70. Власов Г.А. А.А. Короневский - видный организатор советского здравоохранения Дальневосточного края / Г.А. Власов // Советское здравоохранение. – 1967. – № 10. – С. 66-68.
71. Власов Г.А. О становлении советского здравоохранения на Дальнем Востоке (1917-1925 гг.) / Г.А. Власов // КПСС организатор претворения в жизнь ленинских идей коммунистического строительства на Дальнем Востоке. Материалы дальневосточной межвузовской научной конференции. – Владивосток, 1971. – С. 247-253.
72. Власов Г.А. Очерки по истории здравоохранения Хабаровского края (1856-1968) : дис. ... канд. мед. наук / Г.А. Власов. – Томск, 1969. – 424 с.
73. Врачебно-продовольственное дело. – Владивосток, 1915.
74. Врачебно-санитарная хроника г. Владивостока. – Владивосток: Типография «Экспресс» А.А. Рыбкина, 1912.
75. Врачебно-санитарный обзор. Выпуск I. – Владивосток: Санитарное бюро Владивостокской Городской управы, 1914.
76. Врачебно-санитарный обзор. Выпуск IV. – Владивосток: Санитарное бюро Владивостокской Городской управы, 1914.
77. Врачебно-санитарный обзор. Выпуск V. – Владивосток: Санитарное бюро Владивостокской Городской управы, 1915.

78. Врачебно-санитарный обзор. Выпуск VI. – Владивосток: Санитарное бюро Владивостокской Городской управы, 1915.
79. Врачебно-санитарный обзор. Выпуск XI. – Владивосток: Санитарное бюро Владивостокской Городской управы, 1916.
80. Врачебно-санитарный обзор. Выпуск XII. – Владивосток: Санитарное бюро Владивостокской Городской управы, 1916.
81. Всеподданнейший отчет Приамурского генерал-губернатора С.М. Духовского 1893-1895. – СПб., 1896.
82. Вторая записка об общих основаниях устройства врачебной помощи в России. К проекту положений по обеспечению населения врачебной помощью // Труды Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. – СПб.: Тип. МВД, 1913.
83. Второй краевой съезд Медсантруд. – Хабаровск, 1928.
84. Вялков А.И. О состоянии стоматологии в России и перспективы ее развития: доклад на IV съезде СТАР / А.И. Вялков, В.К. Леонтьев // Стоматология. – 1999. – № 1. – С. 62-64.
85. Гаджиева Л.А. Этапы развития стоматологической службы в Дагестане / Л.А. Гаджиева, Ф.М. Османова // История стоматологии. Материалы II Всероссийской конференции с международным участием. – М.: МГМСУ, 2008. – С. 37-39.
86. Гайдар А. За высокой стеной / А. Гайдар // Тихоокеанская звезда. – 1932. – С. 3.
87. Галлямова Л.И. Дальний Восток в общероссийском пространстве: исторический опыт освоения и особенности развития региона / Л.И. Галлямова // Вестник ДВО РАН. – 2013. – № 4. – С. 9-17.
88. ГАПК. Ф. Р-268. О.8. Д.57. Л.32.
89. ГАПК. Ф.Р-268. О.4. Д.2. Л.58.
90. ГАПК. Ф.Р-268. О.6. Д.44. Л.36,76,96.
91. ГАПК. Ф.Р-268. О.6. Д.55. Л.14,15,16.
92. ГАПК. Ф.Р-268. О.7. Д.482. Л.6.

93. ГАПК. Ф.Р-268. О.7. Д.910. Л.26.
94. ГАПК. Ф.Р-268. О.8. Д.76. Л.1-93.
95. ГАПК. Ф.Р-341. О.2. Д.1. Л.12,15.
96. ГАПК. Ф.Р-341. О.2. Д.19. Л.31,32,34.
97. ГАПК. Ф.Р-503. О.1. Д.8. Л.2,4,8,12.
98. ГАПК. Ф.Р-1164. О.1. Д.1. Л.10,22,28,92.
99. ГАПК. Ф.Р-1164. О.1. Д.3. Л.13,15,18,22,28.
100. Гарковик А.В. Элементы медицинских знаний у народов Приморья в эпоху первобытности / А.В. Гарковик // От шаманского бубна до луча лазера: Очерки по истории медицины Приморья. – Владивосток, 1997. – С. 7-28.
101. Гаухман Б. Основание рациональной постановки зубоврачебного дела / Б. Гаухман // Одонтология и стоматология. – 1925. – № 1. – С. 34-36.
102. ГАХК. Ф.2. О.1. Д.947. Л.20,21.
103. ГАХК. Ф. И-285. О.1. Д.1. Л. 24.
104. ГАХК. Ф.2. О.5. Д.127. Л.31.
105. ГАХК. Ф.35. О.79. Д.128. Л.115.
106. ГАХК. Ф.137. О.8с. Д.7. Л.47,51.
107. ГАХК. Ф.137. О.14. Д.2420. Л.58,77.
108. ГАХК. Ф.137. О.22. Д.1559. Л.12,13,14,15,16,17,20.
109. ГАХК. Ф.137с. О.8. Д.8. Л.180,188.
110. ГАХК. Ф.353. О.1. Д.78. Л.103.
111. ГАХК. Ф.353. О.6. Д.200. Л.62,63.
112. ГАХК. Ф.537. О.1. Д.143. Л.21-24.
113. ГАХК. Ф.1213. О.1. Д.123. Л.35,36,37,38.
114. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.3. Л.1-4,70.
115. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.6. Л.35,75,92,98,107,131,187.
116. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.7. Л.14,18.
117. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.8. Л.6.
118. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.10. Л.10,12,80.
119. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.19. Л. 41,42,54.

120. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.21. Л.7,11,12,63.
121. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.22. Л.8,9,34.
122. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.23. Л.4,12,27,35,37,40,75,94,96,115,131.
123. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.25. Л.11,23.
124. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.27. Л.2,12,16,53,62,79,80,92.
125. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.44. Л.41.
126. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.55. Л.155,161,165,167, 168.
127. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.77. Л.31,33,34,38,44.
128. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.79. Л.22,43.
129. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.101. Л.2,51.
130. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.105. Л.61-65,99.
131. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.111. Л.8,13,54.
132. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.135. Л.8,9,10,11,12.
133. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.136. Л.30,43-52,55,56,61,62,155.
134. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.137. Л.18,17,23,60.
135. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.149. Л.25,28,32.
136. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.211. Л.73,74.
137. ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.211. Л.107.
138. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.218. Л.18,19.
139. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.222. Л.1,12,25,45.
140. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.272. Л.3,25.
141. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.277.Л.144.
142. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.304. Л.29,30.
143. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.307. Л.21,23,139,146.
144. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.308. Л.4,21,57,59,63,65,74.
145. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.311. Л.51,52,76.
146. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.316. Л.15.
147. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.363. Л.109.
148. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.364. Л.33.
149. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.371. Л.42.

150. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.379. Л.8.
151. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.411. Л.162-165.
152. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.413. Л.69,77,78,79.
153. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.434. Л.51.
154. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.466. Л.112,124,125.
155. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.496. Л.92-96.
156. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.729. Л.12,15,67.
157. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.896. Л.44,224,314,391.
158. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.928. Л.3,4,6,7,9.
159. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.989. Л.82.
160. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1008. Л.314,315,316.
161. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1083. Л.33.
162. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1097. Л.33,87,137,154,160.
163. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1102 Л.9,13.
164. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1159. Л.283,284.
165. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1218. Л.12, 15,18,20.
166. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1347. Л.12, 16,17,20.
167. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1451. Л.26,133,134,136.
168. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1491. Л.71,72.
169. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1493(a). Л.2,3,6,198.
170. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1494. Л.3,4,5,6,7,155.
171. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1498. Л.155,156,157.
172. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1517. Л.15,24, 103, 288.
173. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1526. Л.197,258.
174. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1527. Л.49,69,70,71,72,74.
175. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1555. Л.42.
176. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1557. Л.131,132,133,134.
177. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1589. Л.80,81,82,86,103,155,157.
178. ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.1602. Л.15,24.
179. ГАХК. Ф.Р-683. О.3. Д.49. Л.41.

180. ГАХК. Ф.Р-683. О.8. Д.760. Л.415,416,419,424,425,440.
181. ГАХК. Ф.Р-683.О.2. Д.279. Л.5-20,35,67,78,80,98,100-128,171,175,215.
182. ГАХК. Ф.Р-683.О.2. Д.362. Л.92,93.
183. ГАХК. Ф.Р-719. О.6. Д.27. Л.9.
184. ГАХК. Ф.Р-719. О.33. Д.6. Л.93.
185. ГАХК. Ф.Р-730. О.8. Д.80. Л.5,6,8.
186. ГАХК. Ф.Р-904. О.1. Д.48. Л.5,54,57.
187. ГАХК. Ф.Р-904. О.1. Д.214. Л.73.
188. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.3. Л.3,36.
189. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.4. Л.1,60,61.
190. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.5. Л.1,3,7,17,26.
191. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.6. Л.10,65,73.
192. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.8. Л.59.
193. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.9. Л.17.
194. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.12. Л.15,26,45,47,49,50,53,56.
195. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.14. Л.57,87.
196. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.17. Л.24-26.
197. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.17а. Л.11-16, 33, 41, 58.
198. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.17б. Л.9,13.
199. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.23. Л.4,13,14,15,25,55,59.
200. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.24. Л.14,15.
201. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.26. Л.25.
202. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.27. Л.31.
203. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.28. Л.1.
204. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.29а. Л.1,5,43,53.
205. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.32. Л.131.
206. ГАХК. Ф.Р-939. О.1. Д.35а. Л.2,3,6,11,32,38,45,47,54.
207. Герман Ф. Суеверие в медицине / Ф. Герман. – Харьков, 1895.

208. Гиттельсон Я.Б. К вопросу о лечении пульпитов ампутационным методом / Я.Б. Гиттельсон // Одонтология и стоматология. – 1929. – № 10. – С. 40-41.
209. Годовой отчет Хабаровского медицинского общества за 1908/9 год // Приамурские ведомости. – 1909. – С. 3-4.
210. Голубев П.Г. К истории зубо врачевания в Архангельской области / П.Г. Голубев // Архангельский медицинский институт. – 1967. – С. 341-342.
211. Гольбрайх В.Р. Времена, жизнь, стоматология / В.Р. Гольбрайх. – Волгоград, 2004. – 108 с.
212. Гольбрайх В.Р. Галерея видных хирургов отечественной стоматологии / В.Р. Гольбрайх. – Волгоград, 1985. – 63 с.
213. Гончар В.В. Болезни полости рта у пришлого населения Дальнего Востока России в начале XX века / В.В. Гончар // Материалы чтений, посвященных памяти профессора Г.Н. Троянского «Зубо врачевание в России: медицина и общество». – М., 2013. – С. 33-35.
214. Гончар В.В. МБУЗ «Стоматологической поликлинике № 1» г. Комсомольска-на-Амуре - 60 лет. Историческая справка / В.В. Гончар, О.Е. Васильченко, Л.Ф. Лучшева // Alma Mater. – 2012. – № 6. – С. 11-12.
215. Гончар В.В. Дальневосточная стоматология в фокусе научных исследований и публикаций по истории медицины и здравоохранения Дальнего Востока России / В.В. Гончар // Якутский медицинский журнал. – 2014. – № 1. – С. 48-52.
216. Гончар В.В. История стоматологической службы Амурского района Хабаровского края / В.В. Гончар, Н.В. Дементьева // Alma Mater. – 2012. – № 8. – С. 20-22.
217. Гончар В.В. Зубо врачевная помощь личному составу армии в период русско-японской войны (1904-1905 гг.) / В.В. Гончар // Дальневосточный медицинский журнал. – 2017. – № 1. – С. 83-86.
218. Гончар В.В. Зубо врачевание на транспорте: сто лет назад / В.В. Гончар // Мир транспорта. – 2014. – № 4 (53). – С. 170-181.

219. Гончар В.В. Историография отечественного зубоврачевания и стоматологии: проблемы и возможности развития (обзор литературы) / В.В. Гончар // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2016. – № 1. – С. 9.

220. Гончар В.В. История медицины Дальнего Востока / В.В. Гончар // *Alma Mater*. – 2017. – № 6. – С. 12-13.

221. Гончар В.В. К вопросу об организации зубоврачебной помощи коренному населению Крайнего Севера Дальнего Востока в 20-х - 30-х годах XX века / В.В. Гончар // Материалы чтений, посвященные памяти Г.Н. Троянского «Зубоврачевание в России: история и современность». – М.: МГМСУ, 2012. – С. 32-34.

222. Гончар В.В. Медико-социальные проблемы зубоврачебных практик на путях сообщения Дальнего Востока России (1922-1927 гг.) / В.В. Гончар // Материалы чтений, посвященных 90-летию со дня рождения Г.Н. Троянского «Зубоврачевание в России: медицина и общество». – М.: МГМСУ, 2014. – С. 24-26.

223. Гончар В.В. Медико-социальные проблемы советского массового зубопротезирования во второй половине XX в. / В.В. Гончар // Материалы III (XIII) Съезда Российского общества историков медицины, посвященного 70-летию РОИМ / К.А. Пашков (отв. ред.). – М., 2016. – С. 71-73.

224. Гончар В.В. Медицинские и социальные вопросы стоматологических практик Дальнего Востока России накануне Великой Отечественной войны / В.В. Гончар // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С. 117-121.

225. Гончар В.В. Обсуждение путей реформирования зубоврачебного образования в России (начало XX в.) / В.В. Гончар // Материалы IX Всероссийской конференции «История стоматологии», Зубоврачевание в России: медицина и общество. Чтения, посвященные памяти Г.Н. Троянского, Медицинские музеи России: состояние и перспективы развития. – М.: МГМСУ, 2016. – С. 66-68.

226. Гончар В.В. Стоматологическая служба Хабаровского края в середине XX века: сеть лечебных учреждений, медицинские кадры, оснащение / В.В. Гончар, Н.М. Оглазова, Е.Г. Стеценко // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2012. – № 3. – С. 60-63.

227. Гончар В.В. Организационные практики советских стоматологических служб: государственные подходы и реальная деятельность (1960-1980 гг.) / В.В. Гончар // *Opera medica historica. Труды по истории медицины: Альманах РОИМ. Выпуск 2* / М.В. Поддубный (отв. ред.). – М., 2017. – С. 263-269.

228. Гончар В.В. Организация зубопротезной помощи в Хабаровском крае: вопросы доступности и качества (1961-1990 гг.) / В.В. Гончар // *Дальневосточный медицинский журнал*. – 2016. – № 2. – С. 108-113.

229. Гончар В.В. Организация общественной системы зубоврачебной помощи на Дальнем Востоке России в начале XX в. / В.В. Гончар // *Актуальные проблемы стоматологии детского аозраста: Сборник научных статей V региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии* / Под редакцией проф. А.А. Антоновой. – Хабаровск: Антар, 2015. – С. 40-43.

230. Гончар В.В. Организация стоматологической помощи жителям Хабаровского края во второй половине 1940-х - начале 1960-х гг. / В.В. Гончар // *Дальневосточный медицинский журнал*. – 2015. – № 3. – С. 75-80.

231. Гончар В.В. Особенности деятельности общественных стоматологических служб Хабаровского края (1960-1980) / В.В. Гончар // *Актуальным проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии. Сборник научных статей VII региональной научно- практической конференции с международным участием по детской стоматологии/ Под редакцией проф. А.А. Антоновой*. – Хабаровск, 2017. – С. 36-38.

232. Гончар В.В. Особенности кадрового обеспечения стоматологических практик РСФСР во второй половине XX века (1945-1989 гг.) / В.В. Гончар // *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*. – 2015. – № 4. – С. 7.

233. Гончар В.В. Особенности организации зубоврачебной помощи коренным жителям Дальнего Востока России (конец 1920-х - начало 1940-х гг.) / В.В. Гончар // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – № 4. – С. 97-101.

234. Гончар В.В. Особенности советского зубоветеринария в годы первых пятилеток: медицинские и социальные проблемы / В.В. Гончар // Материалы VIII Всероссийской конференции «История стоматологии». – М.: МГМСУ, 2014. – С. 28-30.

235. Гончар В.В. Особенности становления зубоветеринария помощи Корякского национального округа / В.В. Гончар // Материалы VI Всероссийской конференции «История стоматологии». – М.: МГМСУ, 2012. – С. 59-61.

236. Гончар В.В. Оценка стоматологической помощи раненым во время вооруженного конфликта у озера Хасан / В.В. Гончар // Материалы IX Всероссийской конференции с международным участием «Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.» – М.: МГМСУ, 2013. – С. 46-48.

237. Гончар В.В. Проблемы организации и оказания зубоветеринария помощи традиционным этносам Дальнего Востока России (1930-е гг.) / В.В. Гончар // Материалы IX Всероссийской конференции «История стоматологии», Зубоветеринария в России: медицина и общество. Чтения, посвященные памяти Г.Н. Троянского, Медицинские музеи России: состояние и перспективы развития. – М.: МГМСУ, 2016. – С. 49-51.

238. Гончар В.В. Проблемы первых государственных профилактических программ в детской стоматологии на Дальнем Востоке (1920-е гг.) / В.В. Гончар // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста: Сборник научных статей IV региональной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии / Под редакцией проф. А.А. Антоновой. – Хабаровск: Антар, 2014. – С. 40-44.

239. Гончар В.В. Зубоветеринария помощь населению Приамурья в конце XIX – начале XX вв. / В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2013. – № 1.

240. Гончар В.В. Зубоврачебные практики Дальнего Востока и Забайкалья в контексте социальной политики советской власти (1923-1929 гг.) / В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Гуманитарные исследования в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. – 2015. – № 1. – С. 59-70.

241. Гончар В.В. Зубоврачебные практики на Дальнем Востоке в контексте истории повседневности (начало XX в.) / В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – № 2. – С. 111-115.

242. Гончар В.В. Модернизация зубоврачебной помощи населению Дальневосточного края в годы первой советской пятилетки (1928-1933 гг.) / В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – № 1. – С. 73-77.

243. Гончар В.В. «Несоветская» стоматология в СССР: причины и практика прямых платежей населения за оказание стоматологической помощи / В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Российская стоматология. – 2018. – № 3. – С. 56-60.

244. Гончар В.В. Общественная дискуссия о путях реформирования зубоврачебного образования в России в конце XIX - начале XX века / В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – № 2. – С. 114-119.

245. Гончар В.В. Организация советской стоматологической помощи в конце 30-х годов XX века / В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Российский стоматологический журнал. – 2015. – № 3. – С. 37-40.

246. Гончар В.В. Организация стоматологической помощи населению СССР в конце 1940-х - начале 1960-х годов: вопросы доступности и качества / В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – Т. 60. – № 3. – С. 157-161.

247. Гончар В.В. Особенности оказания зубоврачебной помощи жителям Приморья в период становления Советской власти (1922-1926 гг.) / В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2014. – № 3. – С. 97-100.

248. Гончар В.В. Политика советской власти в области организации зубоврачебной помощи: медицинские и социальные проблемы (1917-1927 гг.) /

В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Медицинская экспертиза и право. – 2014. – № 6. – С. 40-48.

249. Гончар В.В. Проблемы кадрового обеспечения зубоврачебных (стоматологических) практик Советской России 1930-х годов / В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2014. – № 4. – С. 11.

250. Гончар В.В. Реформирование советского зубоврачевания в конце 1920-х - начале 1930-х гг. / В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 96-100.

251. Гончар В.В. Социальная история зубоврачебной помощи на юге российского Дальнего Востока в дореволюционный период / В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Журнал исследований социальной политики. – 2014. – Т. 12. – № 1. – С. 61-76.

252. Гончар В.В. Социальная роль зубоврачевания в дореволюционной России / В.В. Гончар, П.Э. Ратманов // Материалы VII Всероссийской конференции «История стоматологии». – М.: МГМСУ, 2013. – С. 31-33.

253. Гончар В.В. Реформа организации стоматологической помощи в СССР в 1950-е гг. / В.В. Гончар // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. Материалы международного симпозиума «Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения». – Москва, 2015. – С. 38-39.

254. Гончар В.В. Советское зубное протезирование второй половины XX в.: вопросы доступности и качества / В.В. Гончар // История медицины. – 2016. – Т. 3. – № 3. – С. 301-314.

255. Гончар В.В. Социальные проблемы зубоврачевания в России в первые годы советской власти / В.В. Гончар // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. Материалы международного симпозиума «Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения». – Москва, 2014. – С. 57-59.

256. Гончар В.В. К вопросу организации зубоврачебной помощи детям Хабаровского края в первой половине XX века / В.В. Гончар, Е.Г. Стеценко // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста: Сб. науч. статей II регионарной научно-практической конференции с международным участием по детской стоматологии. – Хабаровск: Антар, 2012. – С. 62-65.

257. Гончар В.В. Этапы становления краевого научно-медицинского общества стоматологов Хабаровского края / В.В. Гончар, Е.Г. Стеценко, Н.М. Оглазова // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2012. – № 4. – С. 95-97.

258. Гончар В.В. Стоматологической клинике Института повышения квалификации специалистов здравоохранения - 10 лет / В.В. Гончар, Е.Г. Стеценко // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2012. – № 2. – С. 47-53.

259. Гончарова С.В. Шаманы села Гвасюги / С.В. Гончарова // Пятые Гродековские чтения: материалы межрегиональной научно-практической конференции «Амур - дорога тысячелетий» под. ред. С. В. Гончаровой. – Хабаровск: Хабаровский краеведческий музей, 2006. – С. 60-70.

260. Государственный архив Хабаровского края Ф.683.О.1.Д.19.Л.41-42, 54.

261. Гофунг Е.М. Учебник болезней зубов и полости рта / Е.М. Гофунг. – М., 1941. – 235 с.

262. Грегори А.В. По поводу статьи д-ра А.И. Тарасова «К вопросу о зубоврачевании в нашей армии» / А.В. Грегори. – 1905. – № 10. – С. 731-733.

263. Грибанов Э.Д. Всероссийские съезды здравотделов и их значение для практики советского здравоохранения / Э.Д. Грибанов. – М.: Медицина, 1966. – 192 с.

264. Гурвич И.С. Корякский национальный округ / И.С. Гурвич. – Петропавловск- Камчатский: Дальневосточное книжное издательство. Камчатское отделение, 1960. – 303 с.

265. Данюшевская В.И. У истоков развития стоматологической помощи / В.И. Данюшевская // Советское здравоохранение. – 1964. – № 2. – С. 55-58.

266. Дауге П. Основы советского зубоврачевания / П. Дауге // Спутник зубного врача / ред. А.И. Евдокимов. – М., 1928. – С. 1-8.
267. Дауге П. Распространение зубных болезней / П. Дауге // Большая медицинская энциклопедия. – М.: АО «Советская энциклопедия», 1930. – Т. Т.11. – Зрелища-Ихтиол. – С. 52-64.
268. Дауге П.Г. Организация борьбы с зубными болезнями / П.Г. Дауге // Большая медицинская энциклопедия. – М.: АО «Советская энциклопедия», 1930. – Т. Т. 11 Зрелища-Ихтиол. – С. 52-64.
269. Дауге П.Г. Социальные основы советской стоматологии / П.Г. Дауге. – М.: Государственное медицинское издательство, 1933. – 388 с.
270. Два года советской власти в Амурской губернии. Отчет Амурского губернского исполнительного комитета 2-му губернскому съезду советов рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов. – Благовещенск: Тип. «Амурская правда», 1925. – 292 с.
271. Двадцать пять лет советского здравоохранения / ред. Г.А. Митерев. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1944.
272. ДВК в цифрах. Статистический справочник на 1932 г. / ред. Г. Гончар, С. Наумов. – Хабаровск: Тихоокеанская звезда, 1932. – 119 с.
273. Добро бессмертно! Воспоминания Тамары Александровны Кулаковой // Я иду к тебе с поклоном. – Ярцево: Сибирский издательский дом «Суриков», 2009.
274. Добрусин Я.И. Из истории здравоохранения и санитарного состояния города Хабаровска в дореволюционные годы / Я.И. Добрусин // Сб. научных трудов и авторефер. Хабаровского института эпидемиологии и гигиены. – Хабаровск, 1958. – Т. Выпуск 4. – С. 11-18.
275. Дойников А.И. Сборник официальных материалов по организации стоматологической помощи / А.И. Дойников. – М.: Медгиз, 1960.
276. Дубов М.Д. Из истории деятельности зубоврачебных обществ в Петербурге (1883-1917). К 75-летию Ленинградского научного медицинского

общества стоматологов (1883-1958) / М.Д. Дубов // Стоматология. – 1960. – № 3. – С. 73-75.

277. Духовская В.Ф. Из моих воспоминаний / В.Ф. Духовская. – СПб., 1900.

278. Евдокимов А.И. Вчера и сегодня московского медицинского стоматологического института / А.И. Евдокимов // Теория и практика стоматологии. Выпуск 12. – М., 1967. – С. 5-16.

279. Евдокимов А.И. Краткий очерк о развитии и состоянии советской стоматологии / А.И. Евдокимов // Стоматология. – 1947. – № 4. – С. 3-18.

280. Евдокимов А.И. Настоящее и прошлое советской стоматологии 1917-1967 / А.И. Евдокимов // Стоматология. – 1967. – № 5. – С. 6-13.

281. Егиян Г.М. Состояние стоматологической помощи в Армянской ССР и перспективы ее развития / Г.М. Егиян // Материалы I конференции стоматологов Армении под ред. проф. Г.М. Егияна. – Ереван, 1966. – С. 3-7.

282. Ежегодник России 1904 г. (год первый). – Санкт-Петербург: Центральный Статистический Комитет М.В.Д., 1905.

283. Ежегодник России 1907 г. – Санкт-Петербург: Центральный Статистический Комитет М.В.Д., 1908.

284. Ежегодник России 1908 г. – Санкт-Петербург: Центральный Статистический Комитет М.В.Д., 1909.

285. Ежегодник России 1909 г. – Санкт-Петербург: Центральный Статистический Комитет М.В.Д., 1910.

286. Ежегодник России 1910 г. – Санкт-Петербург: Центральный Статистический Комитет М.В.Д., 1911.

287. Ежегодник России 1911 г. – Санкт-Петербург: Центральный Статистический Комитет М.В.Д., 1912.

288. Ежегодник России 1912 г. – Санкт-Петербург: Центральный Статистический Комитет М.В.Д., 1913.

289. Ежегодник России 1913 г. – Санкт-Петербург: Центральный Статистический Комитет М.В.Д., 1914.

290. Ежегодник России 1914 г. – Петроград: Центральный Статистический Комитет М.В.Д., 1915.
291. Ежегодник России 1915 г. – Петроград: Центральный Статистический Комитет М.В.Д., 1916.
292. Еланцева О.П. Великие стройки сталинской эпохи / О.П. Еланцева. – Владивосток, 1993. – 28 с.
293. Жданов И.С. Из истории здравоохранения на Дальнем Востоке / И.С. Жданов // Сб. науч. раб. и автореф. Хабаровского института эпидемиологии и гигиены. – Хабаровск, 1958. – С. 23-27.
294. Жданов И.С. Из истории здравоохранения на Дальнем Востоке / И.С. Жданов // Советское здравоохранение. – 1967. – № 5. – С. 6-13.
295. Железнодорожная медицина. Энциклопедия / ред. О.Ю. Атьков, А.З. Цфасман. – Москва: Медицина, 2007. – 1040 с.
296. Жилина В.В. Основные этапы развития стоматологической помощи в городах РСФСР : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Жилина. – Москва, 1955. – 15 с.
297. Жук. Деревня и медпомощь / Жук // Дальне-Восточный Путь. – 1924. – № 148. – С. 3.
298. Закон «Об обеспечении рабочих на случай болезни» // Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при правительствующем Сенате. – 1912. – № 141. – С. 2627-2645.
299. Законодательные и административно-правовые акты по организации здравоохранения / ред. И.Я. Бычков, И.Л. Фаерман, Б.Л. Петров. – М., 1947.
300. Законодательство по управлению здравоохранением СССР / ред. Ф.А. Артемьев. – М.: Медгиз, 1955. – 36 с.
301. Запрещать ли частную врачебную практику? // Тихоокеанская звезда. – 1930. – С. 3.
302. Здоровье - высшее благо // Путь. – 1923. – С. 1.
303. Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник / ред. И.А. Краваль. – М., 1937.

304. Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР. 1925-1940. Сборник документов и материалов. – М.: Медицина, 1973. – 360 с.
305. Здравоохранение России XX век / ред. Ю.Л. Шевченко, В.И. Покровский, О.П. Щепин. – М.: ГЭОТАР-МЭД, 2001. – 320 с.
306. Зимин И. Из истории зубо врачевания, или Кто лечил зубы российским монархам / И. Зимин, Р. Мусаева, Л. Орехова. – СПб.: Центрполиграф, 2013. – 380 с.
307. Зоценко М. Собрание сочинений в 5 томах. Т. 1 / М. Зоценко. – М.: Художественная литература, 1986.
308. Зубные врачи в армии // Военная энциклопедия. – СПб.: Тип. Т-ва И.Д. Сытина, 1912. – Т. Том X. Елисавета Петровна – Инициатива. – С. 550.
309. Иванов Е.П. Меткое московское слово / Е.П. Иванов. – М.: Московский рабочий, 1982.
310. Иванова Г.М. На пороге «государства всеобщего благосостояния». Социальная политика СССР (середина 1950-х - начало 1970-х годов) / Г.М. Иванова. – М.: ИРИ РАН, 2011. – 284 с.
311. Иорданишвили А.К. Давид Абрамович Энтин: выдающийся ученый, клиницист и организатор здравоохранения – основоположник российской военной стоматологии (к 120-летию со дня рождения) / А.К. Иорданишвили // Медицина. XXI век. – 2008. – № 3. – С. 84-96.
312. Исаев Г.П. Русская медицина второй половины XIX - начала XX века / Г.П. Исаев, Е.Б. Кривелевич // От шаманского бубна до луча лазера: Очерки по истории медицины Приморья. – Владивосток, 1997. – С. 102-156.
313. Исаков А.В. Н.А. Семашко и развитие здравоохранения на Дальнем Востоке / А.В. Исаков // Советское здравоохранение. – 1974. – № 9. – С. 49-52.
314. Исаков А.В. Развитие здравоохранения в Амурской области / А.В. Исаков. – Хабаровск: Кн. изд-во, 1967. – 86 с.
315. Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока / А.В. Исаков. – Благовещенск, 1976. – 152 с.

316. Исаков А.В. Становление советского здравоохранения на Дальнем Востоке (1917-1922) / А.В. Исаков // Советское здравоохранение. – 1978. – № 4. – С. 70-73.
317. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI - начало XX в.) / М.В. Поддубный [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 248 с.
318. История медицины / П.Е. Заблудовский [и др.]. – М.: Медицина, 1981. – 352 с.
319. История медицины СССР / ред. Б.Д. Петров. – М.: Медицина, 1964. – 644 с.
320. История организации санации полости рта в Российской армии / В.Ф. Черныш [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2015. – № 2(50). – С. 175-178.
321. История развития стоматологической службы в республике Саха (Якутия) / И.Д. Ушницкий [и др.] // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях севера. Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 95-летию стоматологической службы Республики Саха (Якутия). Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, под ред. И.Д. Ушницкого. 2015. – Якутск, 2015. – С. 8-12.
322. К десятилетию советской медицины. Постановление ВЦИК И СНК РСФСР от 20 октября 1928 г. // Бюллетень Наркомздрава РСФСР. – 1928. – № 21.
323. К профессиональному съезду работников медсантруд // Тихоокеанская звезда. – 1926. – С. 3.
324. Кабакова И.К. Здравоохранение в районах Крайнего Севера / И.К. Кабакова // Осуществление ленинской национальной политики у народов Крайнего Севера. – М.: Наука, 1971. – С. 159-171.
325. Кайкарене З.И. Организация стоматологической помощи в Литовской ССР / З.И. Кайкарене // Межреспубликанское совещание врачей-стоматологов Латвийской ССР, Литовской ССР и Эстонской ССР. – Рига, 1954. – С. 6-7.
326. Калвелис Д.А. Состояние и ближайшие задачи стоматологической помощи сельскому населению Латвийской ССР / Д.А. Калвелис //

Межреспубликанское совещание врачей-стоматологов Латвийской ССР, Литовской ССР и Эстонской ССР. – Рига, 1954. – С. 3-5.

327. Камаев Н.И. О зубоочечавании в русской армии / Н.И. Камаев // Зубоочечавный вестник. – 1910. – № 5.

328. Камардина Н.В. Советский Дальний Восток в военные и послевоенные годы: идеология и общественное сознание (1941-1953 гг.) / Н.В. Камардина. – Петропавловск- Камчатский: КамГУ им. Витуса Беренга, 2012. – 154 с.

329. Карн В. Французские корни американской улыбки / В. Карн // Колесо (г. Калгари). – 2010. – № 17. – С. 5.

330. Кауфман П. Красный Крест в тылу армии в японскую компанию 1904-1905 гг. / П. Кауфман. – СПб., 1909.

331. Кац М.С. История советской стоматологии / М.С. Кац. – М.: Медгиз, 1963.

332. Кац М.С. Об исторических корнях советской стоматологии / М.С. Кац // Стоматология. – 1953. – № 4. – С. 55-58.

333. Кац М.С. Очерк по истории развития советской стоматологии и стоматологической помощи в Советской Армии : дис. ... канд. мед. наук / М.С. Кац. – Москва, 1949.

334. Кац М.С. Становление советской стоматологии / М.С. Кац // Стоматология. – 1957. – № 5. – С. 11-15.

335. Кирилов Н.В. Китайская медицина в ее прошлом, отходящем в область предания, и зачатки медицинской организации в Китае по европейскому образцу / Н.В. Кирилов // Труды 1 съезда врачей Приамурского края 23-28 августа 1913 г. в г. Хабаровске. Материалы по изучению Приамурского края. – Хабаровск, 1914. – С. 27-40.

336. Кирилов Н.В. О тибетской медицине бурятских лам / Н.В. Кирилов. – Иркутск, 1889. – 54 с.

337. Кирилов Н.В. Общая характеристика практики восточных систем медицины (тибетской, китайской) в параллель с нашей народной / Н.В. Кирилов //

Труды антропологического общества при Военно-медицинской академии. – СПб., 1912. – Т. 7. – С. 56-75.

338. Кирилов Н.В. Разоблачение тайны тибетской медицины и средства борьбы с ламами / Н.В. Кирилов // Восточное обозрение. – 1889. – № 8. – С. 2-3.

339. Кирилов Н.В. Тибетская медицина / Н.В. Кирилов // Наука и жизнь. – 1890. – № 27. – С. 418-420.

340. Кирилов Н.В. Фокусы шаманства / Н.В. Кирилов // Русская медицина. – 1885. – № 36. – С. 665-666.

341. Князькина Т.А. К вопросу о развитии медицинского дела на Дальнем Востоке в XVIII в. / Т.А. Князькина // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. Материалы международного симпозиума «Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения». – Москва, 2015. – С. 97-99.

342. Князькина Т.А. Становление и развитие здравоохранения на Камчатке в период с 1917 г. по 1991 г. : автореф. дис. ... канд. истор. наук / Т.А. Князькина. – Петропавловск- Камчатский, 2007. – 27 с.

343. Ковалев А. Краткий исторический очерк развития зубоврачевания в России / А. Ковалев // Зубоврачебный вестник. – 1900. – № 5. – С. 278-284.

344. Коварский М.О. Краткая история зубоврачевания / М.О. Коварский // Библиотека одонтолога. – 1928. – № 10.

345. Коварский М.О. Михаил Михайлович Чемоданов / М.О. Коварский // Стоматология. – 1948. – № 4. – С. 57-60.

346. Коварский М.О. Н.Н. Знаменский / М.О. Коварский // Стоматология. – 1949. – № 1. – С. 58-60.

347. Коварский М.О. Очерки истории зубоврачевания в России XVIII и начале XIX века / М.О. Коварский. – 1945. – № 4. – С. 54-55.

348. Коварский М.О. Очерки истории зубоврачевания в России XVIII и начале XIX века / М.О. Коварский // Стоматология. – 1947. – № 1. – С. 49-51.

349. Коварский М.О. Очерки истории зубоврачевания в России XVIII и начале XIX века / М.О. Коварский // Стоматология. – 1947. – № 2. – С. 57-59.

350. Коварский М.О. Очерки по истории зубо врачевания в России в XVIII и в XIX вв. / М.О. Коварский // Одонтология и стоматология. – 1929. – № 7. – С. 54-57.
351. Козаленко П.И. Состояние стоматологической помощи населению УССР и перспективы её развития в свете решения XXII съезда КПСС / П.И. Козаленко // Труды III съезда стоматологов Украинской ССР (20-22 апреля 1962 г., Одесса). – Киев: Государственное медицинское издательство УССР, 1964. – С. 9-31.
352. Козлов А.Г. Из истории здравоохранения Колымы и Чукотки (1864-1941 гг.) / А.Г. Козлов. – Магадан: Кн. изд-во, 1989. – 38 с.
353. Козлов А.Г. Из истории здравоохранения Колымы и Чукотки (1941-1954) / А.Г. Козлов. – Магадан: Кн. изд-во, 1991. – 118 с.
354. Козловский Н. Война с Японией 1904-1905 гг.: санитарно-статистический очерк. Война с Японией 1904-1905 гг. / Н. Козловский. – Петроград: Издание Главного военно-санитарного управления, 1914. – 303 с.
355. Козырев М. Подпольные миллионеры: вся правда о частном бизнесе в СССР / М. Козырев. – М., 2011. – 230 с.
356. Колпакова Т.А. Государственная политика у коренных малочисленных народов Дальнего Востока в сфере здравоохранения (1945-1960 гг.) / Т.А. Колпакова // Амурский научный вестник. – 2009. – № 2. – С. 274-279.
357. Колядо В.Б. Развитие стоматологии на Алтае / В.Б. Колядо, Г.И. Госсен, И.М. Дмитриенко // Материалы V Всероссийской конференции «История стоматологии». – М.: МГМСУ, 2011. – С. 70-71.
358. Константинов А. Реформа высшей школы. Из аудитории - в цех / А. Константинов // Тихоокеанская звезда. – 1987. – С. 3.
359. Коршунов В. Очерки по истории Дальнего Востока. Становление системы здравоохранения / В. Коршунов // Амурский меридиан. – 2005. – С. 13-14.
360. Корягина Т.И. Платные услуги в СССР / Т.И. Корягина. – М., 1990. – 160 с.

361. Корягина Т.И. Индивидуальный труд в сфере услуг / Т.И. Корягина, В.М. Рутгайзер, Ю.Х. Силласте. – М., 1989. – 104 с.
362. Крулевецкий Н. Под пятой сталинского произвола или хождение по тюрьмам [Электронный ресурс] / Н. Крулевецкий. – Режим доступа: <http://www.memorial.krsk.ru/memuar/Krulevec/0.htm>.
363. Кудряшов А.И. О зубоохранении в России вообще и о зубоохранительной помощи в нашей армии в частности / А.И. Кудряшов // Зубоохранительный вестник. – 1905. – № 9. – С. 638-659.
364. Кудряшов А.И. О зубоохранении в России вообще и о зубоохранительной помощи в нашей армии в частности / А.И. Кудряшов. – 1905. – № 10. – С. 685-699.
365. Кузакова Г.М. Зубоохранению города Комсомольск-на-Амуре - 70 лет / Г.М. Кузакова // Зубоохранение Дальнего Востока. – 2002. – № 1. – С. 86-88.
366. Кукин А.А. Развитие стоматологического образования в Воронеже / А.А. Кукин, О.А. Кумирова, О.И. Олейник // История стоматологии. Материалы II Всероссийской конференции с международным участием под ред. К.А. Пашкова. – М.: МГМСУ, 2008. – С. 99-101.
367. Куклин Г.С. Организация стоматологической помощи в СССР / Г.С. Куклин. – М., 1974. – 20 с.
368. Куликов В.В. Об освоении новых видов дрельборов и улучшении качества выпускаемых пульпэкстракторов / В.В. Куликов // Тезисы докладов 1-й городской научной стоматологической конференции (23-25 декабря 1955 г.). – Ленинград, 1955. – С. 11-12.
369. Кунките М. Зубы на выставочной полке / М. Кунките // Dental Market. – 2004. – № 4. – С. 51-53.
370. Курашов С.В. Вступительное слово министра здравоохранения СССР / С.В. Курашов // Труды IV Всесоюзного съезда стоматологов (8-12 октября 1962 г.) Москва. – Москва, 1964. – С. 3-4.
371. Курляндский В.Ю. Стоматология сегодня / В.Ю. Курляндский. – М.: Знание, 1974. – 96 с.

372. Лабунец В.А. К истории становления системы учета и нормирования труда медицинских работников в клинической стоматологии / В.А. Лабунец, Е.В. Диев, Т.В. Диева // Вестник стоматологии. – 2010. – № 3. – С. 86-90.
373. Ланкина Ю.С. Здравоохранение южных городов приамурского генерал-губернаторства в конце XIX - начале XX вв. как составляющая повседневности / Ю.С. Ланкина // Власть и управление на Востоке России. – 2011. – № 4. – С. 224-229.
374. Ланкина Ю.С. Санитарно-гигиеническое состояние городов юга Дальнего Востока России как элемент повседневной жизни обывателей в конце XIX - начале XX в. / Ю.С. Ланкина // Власть и управление на Востоке России. – 2012. – № 4. – С. 77-84.
375. Ларионова Т.А. К истории развития стоматологической помощи в Иркутской области / Т.А. Ларионова, И.Г. Рафиенко // Материалы научно-практической конференции стоматологов Восточной Сибири и Дальнего Востока. – Улан-Удэ, 1969. – С. 17-19.
376. Лауфер И.М. Сборник законом, правил, наставлений и распоряжений правительства для зубных врачей, дантистов / И.М. Лауфер. – Киев, 1893.
377. Лебит А.Г. Итоги и перспективы советского зубопротезирования / А.Г. Лебит // Советская стоматология. – 1932. – № 11-12. – С. 26-33.
378. Левицкий А.П. Материалы к истории зубо врачевания в России / А.П. Левицкий // Одонтологическое обозрение. – 1899. – № 3. – С. 107-114.
379. Левицкий А.П. Материалы к истории зубо врачевания в России / А.П. Левицкий // Одонтологическое обозрение. – 1899. – № 1. – С. 1-11.
380. Левицкий А.П. Материалы к истории зубо врачевания в России / А.П. Левицкий // Одонтологическое обозрение. – 1899. – № 8. – С. 389-395.
381. Левицкий А.П. Материалы к истории зубо врачевания в России / А.П. Левицкий // Одонтологическое обозрение. – 1899. – № 9. – С. 449-458.
382. Левицкий А.П. Материалы к истории зубо врачевания в России / А.П. Левицкий // Одонтологическое обозрение. – 1900. – № 2. – С. 53-63.

383. Левицкий А.П. Материалы к истории зубо врачевания в России / А.П. Левицкий // Одонтологическое обозрение. – 1900. – № 1. – С. 3-10.
384. Левицкий А.П. Материалы к истории зубо врачевания в России / А.П. Левицкий // Одонтологическое обозрение. – 1900. – № 9. – С. 449-453.
385. Ленин В.И. О социалистическом строительстве / В.И. Ленин. – М., 1986.
386. Леоненко Н.А. О состоянии и перспективах развития стоматологической помощи в Украинской ССР / Н.А. Леоненко // Сборник действующих постановлений, инструкций, приказов и методических указаний по вопросам стоматологии. – Киев, 1962. – С. 3-6.
387. Леонтьев В.К. Состояние стоматологической помощи населению и перспективы ее развития / В.К. Леонтьев, А.В. Алимский, В.Т. Шестаков // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны. – Москва, 1991. – С. 5-11.
388. Леонтьев В.К. О состоянии стоматологии в России и перспективах ее развития / В.К. Леонтьев // Стоматология. – 2002. – № 1. – С. 75-83.
389. Леонтьев В.К. Мнение стоматологов о стоматологической службе, стоматологической помощи и стоматологии России в целом (состояние, недостатки, пути развития) [Электронный ресурс] / В.К. Леонтьев, В.Н. Олесова. – Режим доступа: <http://www.e-stomatology.ru/publication/mnenie/>.
390. Леонтьев В.К. Реформы в стоматологии [Электронный ресурс] / В.К. Леонтьев. – Режим доступа: http://www.e-stomatology.ru/publication/reforms_in_stomatology/.
391. Леонтьев В.К. Стоматологическая служба России и перспективы ее развития в новых условиях хозяйствования / В.К. Леонтьев // Стоматология. – 1997. – Т. 76. – № 2. – С. 47-57.
392. Леонтьев В.К. Стоматология России: позавчера, вчера, сегодня (состояние и проблемы) [Электронный ресурс] / В.К. Леонтьев. – Режим доступа: <http://dentalcommunity.ru/articles/1544/>.

393. Леонтьев В.К. Оценка основных направлений развития стоматологии / В.К. Леонтьев, В.Т. Шестаков, В.Ф. Воронин. – Москва-Н.Новгород: Медицинская книга, 2003. – 280 с.
394. Леонтьев В.К. Актуальные проблемы реформирования стоматологической службы / В.К. Леонтьев, Ю.В. Шиленко, А.А. Попов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 1. – С. 35-39.
395. Леонтьев В.К. Школа / В.К. Леонтьев. – М.: Медицинская книга, 2009. – 232 с.
396. Леус П.А. Коммунальная стоматология / П.А. Леус. – Брест, 2000. – 284 с.
397. Либин Ш.И. Секция гигиены зубов и полости рта при Одесском одонтологическом обществе / Ш.И. Либин // Практическое зубоврачевание. – 1913. – № 4. – С. 103-105.
398. Липовецкая Л.Л. П.Г. Дауге / Л.Л. Липовецкая. – М.: Медицина, 1973. – 112 с.
399. Локшин Д.Б. О распространении костоеды зубов среди крестьян Дуденской и Кисловской волостей Доргобужского уезда / Д.Б. Локшин // Фельдшер. – 1900. – № 14.
400. Лонкина К.М. Состояние стоматологической помощи и меры по ее улучшению / К.М. Лонкина // Вопросы стоматологии. – Омск, 1969. – С. 5-8.
401. Лукомский И.Г. К истории возникновения отечественной стоматологии / И.Г. Лукомский // Стоматология. – 1941. – № 1. – С. 3-17.
402. Лукомский И.Г. Краткий очерк развития отечественного зубоврачевания / И.Г. Лукомский // Болезни зубов и полости рта. – М., 1949. – С. 3-10.
403. Лукомский И.Г. Основные черты реформы зубоврачебного и стоматологического образования / И.Г. Лукомский // Стоматология. – 1945. – № 3. – С. 50-53.

404. Лукомский И.Г. Первое общество дантистов в России / И.Г. Лукомский // Стоматология. – 1945. – № 4. – С. 55-59.
405. Лукомский И.Г. Развитие научной стоматологии в СССР / И.Г. Лукомский // Стоматология. – 1937. – № 5. – С. 27-42.
406. Лукомский И.Г. Развитие стоматологии в СССР / И.Г. Лукомский // Достижения советской медицины и науки за XXX лет (1917-1947). Сборник статей. Главный редактор Н.Н. Аничков. – М.: Издательство Академии медицинских наук СССР, 1947. – С. 578-593.
407. Лухта П.А. Краткий очерк истории здравоохранения Приморского края / П.А. Лухта // Советское здравоохранение. – 1957. – № 11. – С. 41-47.
408. Люшилин Е.Л. Военная и промышленная реконструкция Дальнего Востока РСФСР: 1932-1936 гг. / Е.Л. Люшилин, Л.Н. Долгов // Ученые записки Комсомольского-на-Амуре государственного технического университета. – 2010. – № III-2 (3). – С. 30-40.
409. Магарил М.Ю. Развитие здравоохранения в Приморском крае за годы советской власти / М.Ю. Магарил, Г.Н. Шкурин // Советское здравоохранение. – 1977. – № 10. – С. 69-72.
410. Маршак С. Собрание сочинений в 8 томах. Т. 5 / С. Маршак. – М.: Художественная литература, 1970.
411. Матвеев Н.И. О состоянии и мерах по улучшению стоматологической помощи населению / Н.И. Матвеев // Труды первого Всероссийского съезда стоматологов (24-27 марта 1965 г.) под общей редакцией профессора А.И. Рыбакова. – Москва, 1966. – С. 5-15.
412. Материалы IV Всероссийской конференции курсов по среднему медицинскому и зубопротезному образованию (июнь 1929 года) / ред. В.М. Банщиков. – М.-Л.: Государственное издательство, 1930. – 216 с.
413. Материалы к пятилетнему плану здравоохранения РСФСР. – М.: Государственное медицинское издательство, 1930. – 152 с.
414. Материалы VIII Всесоюзного съезда стоматологов г. Волгоград, 30 сентября - 2 октября 1987 г. – М., 1988.

415. Мейсахович И.А. К вопросу о реформе зубоврачебного и стоматологического образования / И.А. Мейсахович // Стоматология. – 1946. – № 2. – С. 56-57.
416. Мелихов Г. Маньчжурия далекая и близкая / Г. Мелихов. – М.: Наука, 1991. – 318 с.
417. Мельникова Т.В. Народная медицина орочей / Т.В. Мельникова // Записки Гродековского музея. Вып.1: Археологические и этнографические исследования российского Дальнего Востока. – Хабаровск: Хабаровский краеведческий музей, 2000. – С. 103-118.
418. Метлицкий Ю.К. К методике санации полости рта детей школьного возраста и флюоризации по способу профессора И.Г. Лукомского / Ю.К. Метлицкий, Ф. Коган. – Минск, 1950.
419. Метлицкий Ю.К. О реформе зубоврачебного и стоматологического образования / Ю.К. Метлицкий // Стоматология. – 1946. – № 4. – С. 62-63.
420. Метлицкий Ю.К. Развитие стоматологии в Белорусской ССР / Ю.К. Метлицкий // Здравоохранение Белоруссии. – 1959. – № 1. – С. 18-19.
421. Минкер М.А. Отчего болят зубы и как предохранить себя от их заболевания? / М.А. Минкер. – СПб., 1913.
422. Мирский М.Б. Страховая медицина в России при Временном Правительстве (февраль – октябрь 1917 г.) / М.Б. Мирский, С.В. Львова // Бюллетень НИИ им. Семашко. – 1992. – № 1. – С. 121-128.
423. Мирский М.Б. Медицина России X - XX веков / М.Б. Мирский. – М.: РОССПЭН, 2005. – 632 с.
424. Мирский М.Б. Насущные вопросы истории советского здравоохранения / М.Б. Мирский // Советское здравоохранение. – 1991. – № 3. – С. 5-9.
425. Митникова В.В. Хроника. События. Факты: Календарь-указатель знаменательных и памятных дат истории медицины Хабаровского края на 2006 год / В.В. Митникова, Ю.Р. Унтилова. – Хабаровск: ГОУДПО ИПКСЗ, 2006. – 75 с.

426. Михель Д. Медицина против эпидемии в Поволжье: социально-исторический контекст (1890-1925) / Д. Михель, И. Михель, И. Сироткина // Вестник Евразии. – 2004. – № 3. – С. 20-28.
427. Михель Д.В. Социальная история медицины: становление и проблематика / Д.В. Михель // Журнал исследований социальной политики. – 2009. – Т. 7. – № 3. – С. 295-313.
428. Мошенский А.А. Очерки истории здравоохранения Сахалинской области / А.А. Мошенский, И.Л. Золотухин. – Владивосток: Дальнаука, 1995. – 204 с.
429. Мультиановский М.П. История медицины / М.П. Мультиановский. – М.: Медицина, 1967. – 271 с.
430. Муров Т.Г. По русскому Дальнему Востоку. Люди, их нравы: Дневник странника. / Т.Г. Муров. – М., 1909.
431. Народное хозяйство РСФСР в 1958 году. Статистический ежегодник. – М.: Государственное статистическое издательство, 1959.
432. Народное хозяйство РСФСР в 1959 году. Статистический ежегодник. – М.: ГОССТАТИЗДАТ ЦСУ СССР, 1960.
433. Народное хозяйство РСФСР в 1960 году. Статистический ежегодник. – Москва: ГОССТАТИЗДАТ ЦСУ СССР, 1961.
434. Народное хозяйство РСФСР в 1965 году. Статистический ежегодник. – М., 1966.
435. Народное хозяйство РСФСР в 1970 году. Статистический ежегодник. – М.: Статистика, 1971.
436. Народное хозяйство РСФСР в 1989 году. Статистический ежегодник. – М.: Республиканский информационно-издательский центр, 1990. – 692 с.
437. Народное хозяйство СССР в 1958 году. Статистический сборник. – М.: Государственное статистическое издательство, 1959.
438. Народное хозяйство СССР в 1965 году. Статистический ежегодник. – М., 1966.

439. Народное хозяйство СССР в 1967 году. Статистический ежегодник. – М.: Статистика, 1968.
440. Народное хозяйство СССР в 1970 году. Статистический ежегодник. – М.: Статистика, 1971.
441. Народное хозяйство СССР в 1987 году. Статистический ежегодник. – М.: Финансы и статистика, 1988. – 736 с.
442. Народное хозяйство СССР в 1988 году. Статистический ежегодник. – М.: Финансы и статистика, 1989. – 769 с.
443. Народное хозяйство СССР в 1990 году. Статистический ежегодник. – М.: Финансы и статистика, 1991.
444. Народное хозяйство СССР. Статистический справочник 1932 г. – М.: Государственное социально-экономическое издательство, 1932.
445. Народный комиссар здравоохранения т. Семашко во Владивостоке // Красное знамя. – 1924.
446. Настольный крестьянский календарь на 1926 г. – Владивосток: Красное знамя, 1925. – 104 с.
447. Настольный справочник. Дальневосточный край. – Владивосток: Издательство Кубич, 1929. – 167 с.
448. Невский В.А. Литература по стоматологии в России XVIII века / В.А. Невский // Стоматология. – 1953. – № 3. – С. 55-57.
449. Нестеренко А.И. Как был образован Народный комиссариат здравоохранения РСФСР: из истории советского здравоохранения (октябрь 1917 г. -июль 1918 г.) / А.И. Нестеренко. – М.: Медицина, 1965. – 95 с.
450. Нешель В.Е. Зубы крестьян / В.Е. Нешель // Зубоврачебный вестник. – 1894. – Т. XVI.
451. Николаев А.И. Лечение кариеса с применением современных инструментов и пломбировочных материалов / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. – Смоленск: СГМА, 1995. – 216 с.
452. Николаев В.П. История здравоохранения Якутии в XX веке : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.П. Николаев. – М., 2007. – 50 с.

453. Новоселов Р.Д. К истории зубо врачевания в России. Сообщение 1-е. Развитие зубо врачевания в С.-Петербурге (1703-1917 гг.) / Р.Д. Новоселов // Вопросы стоматологии. Труды Калининского государственного медицинского института. Выпуск II. – Калинин: Калининское книжное издательство, 1960. – С. 5-23.
454. Новый энциклопедический словарь. Тт. 18 Жукова-Ивница. – СПб.: Брокгауз-Ефрон, 1914.
455. Носов С. Народное здравоохранение на ДВ / С. Носов // Дальне-Восточный Путь. – 1924. – С. 3.
456. О реорганизации стоматологического образования // Стоматология. – 1940. – № 5. – С. 3-5.
457. Обзор Амурской области за 1897 год. Приложение к Всеподданнейшему отчету Военного Губернатора Амурской области. – Благовещенск, 1899.
458. Обзор Амурской области за 1898 год. Приложение к Всеподданнейшему отчету Военного Губернатора Амурской области. – Благовещенск, 1899.
459. Обзор Амурской области за 1909 год. Приложение к Всеподданнейшему отчету по Амурской области за 1909 год. – Благовещенск, 1910.
460. Обзор деятельности Приморского Губревкома с 26 октября 1922 по 10 марта 1923. – Владивосток: Красное знамя, 1923.
461. Обзор дореволюционной стоматологии Воронежской губернии / М.А. Губин [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – Т. XXI. – № 2. – С. 110-114.
462. Обзор Приморской области за 1900 год. Приложение к Всеподданнейшему отчету. – Владивосток, 1904.
463. Обзор Приморской области за 1913 год. Приложение к Всеподданнейшему отчету. – Владивосток, 1915.

464. Обзор Приморской области за 1914 год. Приложение к всеподданнейшему отчету. – Б.д.,б.г., .
465. Обоснование нормирования труда врачей-стоматологов по условным единицам трудоемкости / В.Г. Бутова [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2014. – Т. 18. – № 5. – С. 31-35.
466. Озерян И. Состояние стоматологической помощи в РСФСР и перспективы ее развития на 2-ю пятилетку / И. Озерян // Советская стоматология. – 1932. – № 11-12. – С. 11-21.
467. Олихов С. О состоянии зубного аппарата в крестьянском населении / С. Олихов // Зубоврачебный вестник. – 1890. – Т. XI. – С. 189-190.
468. Омбоева О.М. Развитие стоматологической помощи в Бурятской АССР / О.М. Омбоева // Материалы научно-практической конференции стоматологов Восточной Сибири и Дальнего Востока. – Улан-Удэ, 1969. – С. 13-16.
469. Омелик К.А. Становление и развитие высшего стоматологического образования в Пермском крае / К.А. Омелик, Л.Е. Чернышова, Н.А. Рутенберг // Материалы VI Всероссийской конференции «История стоматологии». – М.: МГМСУ, 2012. – С. 151-153.
470. Организация здравоохранения в СССР / ред. Н.А. Виноградов. – М.: Медгиз, 1958. – 521 с.
471. Организация и пути совершенствования ортопедической стоматологической помощи населению / Е.И. Гаврилов [и др.] // Материалы VIII Всесоюзного съезда стоматологов г. Волгоград, 30 сентября - 2 октября 1987 г. – Москва, 1988. – С. 8-20.
472. Орынкарров А.М. Томский государственный стоматологический институт / А.М. Орынкарров, И.М. Моминов, С.Р. Муртаз-оглы // Материалы VII Всероссийской конференции «История стоматологии». – М.: МГМСУ, 2013. – С. 92-94.

473. Остапенко А.Л. Пятьдесят лет советскому здравоохранению Приморского края / А.Л. Остапенко // Советское здравоохранение. – 1972. – № 12. – С. 49-54.
474. Остапенко В.М. К истории стоматологического образования в Смоленске / В.М. Остапенко, С.В. Нагорная // История стоматологии. Материалы II Всероссийской конференции с международным участием под ред. К.А. Пашкова. – М.: МГМСУ, 2008. – С. 125-127.
475. Отчет денежный и материальный Российского Общества Красного Креста по оказанию помощи больным и раненым воинам на Дальнем Востоке в русско-японскую войну 1904-1905 г.: (с 27 января 1904 г.-1 января 1907 г.). – 1908.
476. Отчет земской общественно-благотворительной организации по оказанию продовольственно-благотворительной и врачебной помощи переселенцам на Дальнем Востоке. Компания 1908 г. – М., 1909. – 28 с.
477. Отчет III Всероссийского Одонтологического съезда в г. Одессе 22-27 июля 1902 года // Зубоврачебный вестник. – 1902. – № 8.
478. Павленко К. Здравоохранение / К. Павленко // Советское Приморье. – 1926. – С. 224-234.
479. Павлов Е. На Дальнем Востоке в 1905 году. Из наблюдений во время войны с Японией. / Е. Павлов. – СПб., 1907.
480. Палкин Б.Н. Съезды врачей Приамурья в дореволюционный период и их роль в развитии общественной медицины / Б.Н. Палкин // Материалы II Всесоюзного съезда историков медицины. Итоги и перспективы исследований по истории медицины. – Ташкент: Медицина, 1980. – Т. II. – С. 290-292.
481. Палкин И.И. Материалы к истории стоматологии в С.-Петербурге - Петрограде : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.И. Палкин. – Л., 1962. – 15 с.
482. Палкин И.И. Н.В. Склифосовский (к 50-летию со дня смерти) / И.И. Палкин // Стоматология. – 1955. – № 5. – С. 58-59.
483. Памятная книжка. Адрес-календарь Амурской области на 1915 год. – Благовещенск: Издание Амурского областного статистического комитета, 1915.

484. Памятная книжка Амурской области за 1911 год. – Б.м., Б.д.
485. Памятная книжка Амурской области на 1914 год. – Благовещенск: Издание Амурского областного статистического комитета, 1914.
486. Памятная книжка Забайкальской области на 1914 год / ред. А.Г. Мамехов. – Чита: Издание Забайкальского областного статистического комитета, 1914.
487. Памятная книжка Квантунской области за 1902-1903 г. – Порт-Артур, 1902.
488. Памятная книжка Приморской области на 1911 год. – Владивосток: Издание Приморского областного статистического комитета, 1911.
489. Памятная книжка Приморской области на 1912 год. – Владивосток: Издание Приморского областного статистического комитета, 1912.
490. Памятная книжка Приморской области на 1913 год. – Владивосток: Издание Приморского областного статистического комитета, 1913.
491. Памятная книжка Приморской области на 1916 год. – Владивосток: Издание Приморского областного статистического комитета, 1916.
492. Пантюхин А.И. Начало зубоврачевания в Удмуртии / А.И. Пантюхин // История стоматологии. Материалы II Всероссийской конференции с международным участием. – М.: МГМСУ, 2008. – С. 128-130.
493. Пашкевич Г.К. К истории изучения заболеваемости полости рта и зубов у сельского населения / Г.К. Пашкевич // Опыт организации стоматологической помощи в РСФСР. Материалы I совещания методического совета (3-5 июня 1967 г.) под ред. проф. Удинцова Е.И. – Москва, 1968. – С. 106-108.
494. Пашков К.А. Влияние земств на развитие зубоврачебной помощи в России / К.А. Пашков // Стоматология для всех. – 2011. – № 3. – С. 74-75.
495. Пашков К.А. Земства и развитие зубоврачевания / К.А. Пашков // Мир транспорта. – 2011. – № 4. – С. 34-36.

496. Пашков К.А. Зубоврачевание и стоматология в России. Основные этапы и направления развития (IX – XX век). / К.А. Пашков. – Казань: Центр инновационных технологий, 2011. – 311 с.
497. Пашков К.А. Зубоврачевание и стоматология в России IX - XX веков. Основные этапы и направления развития : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / К.А. Пашков. – Москва, 2011. – 47 с.
498. П.Г. Дауге - организатор советской стоматологии // Материалы X пленума Всероссийского научного медицинского общества стоматологов и VI выездной сессии ЦНИИС, посвященные столетию со дня рождения П.Г. Дауге и вопросам внедрения научных исследований в практику, состоявшихся 17-19 сентября 1969 года в г. Риге / ред. Д.А. Калвелис. – Рига: Звайгэне, 1971. – С. 215.
499. Первые сведения о организации зубоврачевания в Саратовской губернии / С.А. Кречетов [и др.] // Материалы чтений, посвященные памяти Г.Н. Троянского «Зубоврачевание в России: история и современность». – М.: МГМСУ, 2011. – С. 96-98.
500. Первый Всероссийский съезд стоматологов. Март 1965 г. Тезисы докладов. – Москва, 1965. – 175 с.
501. Первый медицинский ВУЗ Дальнего Востока / ред. А.А. Константинов, А.Г. Росляков. – Хабаровск, 1980. – 104 с.
502. Первый пленум Совета по кадрам здравоохранения. – М.: Медгиз, 1946. – 322 с.
503. Первый Приамурский Губернский съезд Советов // Путь. – 1923. – С. 1-3.
504. Пермут Л.М. К вопросу о реформе зубоврачебного и стоматологического образования / Л.М. Пермут // Стоматология. – 1946. – № 2. – С. 54-55.
505. Петров П.П. Состояние и перспективы развития стоматологической помощи населению Казахстана / П.П. Петров // Материалы Первого съезда стоматологов Казахстана. – Алма-Ата, 1974. – С. 3-22.

506. Петрова О.А. Формирование и развитие системы здравоохранения населения Дальнего Востока России в конце XIX - начале XX в. / О.А. Петрова // Известия Алтайского государственного университета. – 2009. – Т. 3. – № 4. – С. 165-167.
507. Пешков В.А. История становления зубоврачебной помощи в Рязанской области / В.А. Пешков // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2015. – № 2. – С. 91-94.
508. Пинский И.Х. Материалы к истории развития советской стоматологии в послевоенные годы. 1946-1958 / И.Х. Пинский // Тезисы докладов научной конференции Кубанского медицинского института. – Краснодар, 1959. – С. 55-56.
509. Плохих С.В. История Дальнего Востока России / С.В. Плохих, З.А. Ковалева. – Владивосток, 2002. – 300 с.
510. Поддубный М.В. Иностранцы врачи о советской медицине 30-х годов / М.В. Поддубный // Советское здравоохранение. – 1991. – № 2. – С. 72-75.
511. Подмаскин В.В. Медицина аборигенов Приморья в XIX - начале XX века / В.В. Подмаскин, В.Н. Котельников // От шаманского бубна до луча лазера: Очерки по истории медицины Приморья. – Владивосток, 1997. – С. 55-101.
512. Подмаскин В.В. Этнические особенности сохранения здоровья народов юга Дальнего Востока: проблемы типологии врачевания и питания (середина XIX - XX в.) / В.В. Подмаскин. – Владивосток: Дальнаука, 2003. – 224 с.
513. Покровская М.И. Как вести бедное хозяйство, чтобы сохранить здоровье. Применение гигиены к жизни бедных людей / М.И. Покровская. – СПб., 1900.
514. Полное собрание законов Российской империи (1881-1913). Т. XI (1891). – С.Петербург, 1914.
515. Положение лечебно-санитарного дела на Читинской железной дороге // Дальне-Восточный Путь. – 1924. – С. 3.
516. Положение труда на Дальнем Востоке. – Чита: Издание Дальбюро ВЦСПС, 1924.

517. Попов Г.А. Потребность в стоматологических кадрах и перспективы их подготовки / Г.А. Попов // Стоматология. – 1960. – № 5. – С. 58-62.
518. Постановление СНК СССР и ЦК ВКП(б) о повышении заработной платы медицинским работникам и об увеличении ассигнований на здравоохранение в 1935 году // Собрание законов и распоряжений СССР. – 1935. – № 12. – С. 92.
519. Постановление Совета Министров СССР №916 от 5 ноября 1976 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению».
520. Постановление ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян // Правда. – 1929. – С. 3.
521. Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. – М.: Медгиз, 1958. – 380 с.
522. Прения по докладам // Материалы VIII Всесоюзного съезда стоматологов г. Волгоград 30 сентября-2 октября 1987 г. – Москва, 1988. – С. 220.
523. Приамурье. Факты, цифры, наблюдения. Собраны на Дальнем Востоке сотрудниками общеземской организации. Приложение к отчету общеземской организации за 1908 г. – М., 1909.
524. Приказ Министерства здравоохранения РСФСР №72 от 3 февраля 1977 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению».
525. Приказ Министерства здравоохранения РСФСР №175 от 16 июля 1970 г. «О развитии стоматологической помощи населению РСФСР».
526. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 03.07. 1946 г. № 417 «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи».
527. Приказ Министерства здравоохранения СССР № 830 от 18 ноября 1988 г. «О комплексной программе развития стоматологической помощи в СССР до 2000 г.»
528. Приказ Министерства здравоохранения СССР №111 от 30 января 1976 г. «О расширении подготовки кадров стоматологического профиля и улучшения стоматологической помощи населению».

529. Приказ Министерства здравоохранения СССР №147 от 21 февраля 1974 г. «О мерах по улучшению зубопротезирования с применением зубов и коронок из фарфора».

530. Приказ Министерства здравоохранения СССР №321 от 20 июля 1960 г. «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению амбулаторно-поликлинического обслуживания городского населения».

531. Приказ Министерства здравоохранения СССР №370 от 14 апреля 1975 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению».

532. Приказ Министерства здравоохранения СССР №386 от 2 сентября 1961 г. «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению».

533. Приказ Министерства здравоохранения СССР №444 от 6 мая 1978 г. "О мерах по усилению контроля за ходом выполнения постановления Совета Министров СССР от 5 ноября 1976 г. №916 «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» и распоряжения Совета Министров СССР от 14.01.1974 г.

534. Приказ Министерства здравоохранения СССР №670 от 12 июня 1984 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению».

535. Приказ Министерства здравоохранения СССР №1166 от 10 декабря 1976 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению».

536. Приморский календарь за 1909 г. – Владивосток, 1909.

537. Протоколы заседаний съезда врачей в г. Хабаровске 6-13 сентября 1899 г. – Б.м., Б.г.

538. Протоколы II Хабаровского съезда врачей, 15-20 сентября 1901 г. – Хабаровск: Типография Приамурского Генерал-Губернатора, 1901.

539. Пукке В. Сжатый очерк социального страхования в России и СССР / В. Пукке. – Хабаровск, 1927. – 92 с.

540. Путеводитель по фондам государственного архива Приморского края. Т. 1 / ред. Е.И. Танцуренко [и др.]. – Владивосток: Русский Остров, 2009. – 560 с.

541. Путеводитель по фондам государственного архива Хабаровского края и его филиала в городе Николаевск-на-Амуре. Т. 1. – Хабаровск, 2006. – 614 с.
542. Радин. Здравоохранение в ДВК. Доклад на 1-м Краевом съезде советов / Радин // Тихоокеанская звезда. – 1926. – С. 2-3.
543. Раев В.П. Отчет уполномоченного Красного Креста по Забайкальскому району и северо-западной части Манчжурии 1900-1901 гг. / В.П. Раев. – Б.м., Б.г.
544. Ратманов П.Э. Вклад российских врачей в медицину Китая (XX век) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / П.Э. Ратманов. – М., 2010. – 48 с.
545. Ратманов П.Э. Е.Х. Фон Арнольд - основательница Первой Харбинской зубоврачебной школы / П.Э. Ратманов // История стоматологии. Материалы II Всероссийской конференции с международным участием. – М.: МГМСУ, 2008. – С. 143-145.
546. Ратманов П.Э. Из истории русского зубоврачебного образования в Харбине в первой половине XX века / П.Э. Ратманов // Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 3. – С. 65-67.
547. Ратманов П.Э. Из истории русского зубоврачевания в Харбине / П.Э. Ратманов // История стоматологии. Материалы II Всероссийской конференции с международным участием. – М.: МГМСУ, 2008. – С. 145-148.
548. Ратманов П.Э. Медицинское страхование на Дальнем Востоке в 20-е годы / П.Э. Ратманов, Н.А. Капитоненко, В.В. Захарченко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 6. – С. 53-54.
549. Ратманов П.Э. Медицинская помощь застрахованным на Дальнем Востоке в первые десятилетия XX века : автореф. дис. ... канд. мед. наук / П.Э. Ратманов. – М., 2002. – 32 с.
550. РГИА ДВ. Ф.3. О.1. Д.52. Л.14,110.
551. РГИА ДВ. Ф.3. О.1. Д.432. Л.3,4,5,6.
552. РГИА ДВ. Ф.3. О.1. Д.512. Л.8,9.
553. РГИА ДВ. Ф.3. О.1. Д.593. Л.1,2,3,4,5,6,11,12,13.

554. РГИА ДВ. Ф.3. О.1. Д.636. Л.1,5,8.
555. РГИА ДВ. Ф.3. О.1. Д.646. Л.10.
556. РГИА ДВ. Ф.3. О.1. Д.677. Л.130.
557. РГИА ДВ. Ф.3. О.1. Д.707. Л.22,23,24.
558. РГИА ДВ. Ф.3. О.1. Д.713. Л.1,31,46,53,58,69.
559. РГИА ДВ. Ф.3. О.1. Д.778. Л.10,11,12.
560. РГИА ДВ. Ф.3. О.1. Д.796. Л.5,6,7,9.
561. РГИА ДВ. Ф.3. О.1. Д.855. Л.56,57,58.
562. РГИА ДВ. Ф.89. О.1. Д.7. Л.1,2,3,4.
563. РГИА ДВ. Ф.89. О.1. Д.102. Л.1,2,3.
564. Регунов В.А. Страницы истории Владивостокского базового медицинского колледжа / В.А. Регунов, В.Н. Киселева, Л.М. Пьянкова // Материалы научно-практической конференции, посвященной 75-летию Владивостокского базового медицинского колледжа. – Владивосток: Дальнаука, 1999. – С. 5-11.
565. Рейтер С. Правила жизни Евгения Чазова [Электронный ресурс] / С. Рейтер. – Режим доступа: <https://esquire.ru/wil/evgenij-chazov>.
566. Ремнев А.В. Россия Дальнего Востока. Имперская география власти XIX - начала XX веков / А.В. Ремнев. – Омск, 2004. – 552 с.
567. Рихтер В. История медицины в России / В. Рихтер. – Москва, 1814.
568. Розенфельд И.И. Основы и методика планирования здравоохранения / И.И. Розенфельд. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1954. – 239 с.
569. Романова В.В. Евреи на Дальнем Востоке России (II пол. XIX в.- I четв. XX в.) / В.В. Романова. – Хабаровск: Издательство ХГПУ, 2000.
570. Российский Д.М. История отечественной медицины и здравоохранения. Библиография (1906-1954 гг.) / Д.М. Российский. – М.: Медгиз, 1956. – 926 с.
571. Российский медицинский список на 1908 год. – СПб., 1908.
572. Российский медицинский список на 1909 год. – СПб., 1909.

573. Российский медицинский список на 1910 год. – СПб., 1910.
574. Российский медицинский список на 1912 год. – СПб., 1912.
575. Российский медицинский список на 1913 год. – СПб., 1913.
576. Российский медицинский список на 1914 год. – Петроград, 1914.
577. Российский медицинский список на 1916 год. – Петроград, 1916.
578. Рудько В.Ф. Состояние и задачи дальнейшего развития научно-исследовательской работы в области стоматологии в СССР / В.Ф. Рудько // Труды IV Всесоюзного съезда стоматологов (8-12 октября 1962 г.) Москва. – Москва: Медицина, 1964. – С. 19-34.
579. Рыжакова Г.Я. Итоги выполнения директив Далькрайкома ВКП(б) по строительству объектов здравоохранения в годы первых пятилеток (1928-1937) / Г.Я. Рыжакова // Советское здравоохранение. – 1982. – № 8. – С. 55-57.
580. Сафонов А.Г. Медицинская помощь в РСФСР / А.Г. Сафонов. – М.: Медгиз, 1961. – 368 с.
581. Сафонов А.Г. Состояние и перспективы развития стоматологической помощи населению СССР / А.Г. Сафонов // Труды IV Всесоюзного съезда стоматологов (8-12 октября 1962 г.) Москва. – Москва: Медицина, 1964. – С. 9-19.
582. Сборник действующих постановлений, инструкций, приказов и методических указаний по вопросам стоматологии. – Киев: Государственное медицинское издательство УССР, 1962. – 203 с.
583. Сборник законов СССР. – М., 1959.
584. Сборник официальных документов по вопросам организации стоматологической службы / ред. А.У. Конакбаев. – Алма-Ата, 1980.
585. Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи. Выпуск II. – СПб., 1897.
586. Седьмой Всесоюзный съезд стоматологов. Тезисы докладов. Ташкент 11-15 мая 1981 г. – Москва, 1981.
587. Сезеневский В.Д. Медицинский отчет лазарета Красного Креста в городе Хайлар / В.Д. Сезеневский // Отчет уполномоченного Красного Креста по Забайкальскому району В.П. Раева 1900-1901. – Б.м., Б.д. – С. 624-651.

588. Семашко Н. К организации медицинской помощи застрахованным на Дальнем Востоке / Н. Семашко // Дальне-Восточный Путь. – 1924. – № 75. – С. 3.
589. Семенова-Тян-Шанская О.П. Жизнь Ивана / О.П. Семенова-Тян-Шанская // Записки Императорского географического общества по отделению этнографии. – СПб., 1914. – Т. XXXIX.
590. Сергеев А.В. Состояние стоматологической помощи населению РСФСР и меры по ее дальнейшему улучшению / А.В. Сергеев // Труды III съезда стоматологов РСФСР. – Волгоград, 1976. – С. 3-10.
591. Симановская Е.Ю. Становление стоматологии на Западном Урале / Е.Ю. Симановская // Стоматология. – 1976. – № 1. – С. 86-89.
592. Сеницин А.П. По поводу зубо врачевания в России / А.П. Сеницин, А.И. Кудряшов // Зубо врачевный вестник. – 1904. – № 12. – С. 819-829.
593. Скороходов Л.Я. Краткий очерк истории русской медицины / Л.Я. Скороходов. – Л.: Практическая медицина, 1926.
594. Слуцкая М.М. Стоматологическая помощь населению Ставропольского края / М.М. Слуцкая // Первый Всероссийский съезд стоматологов. Март 1965 г. Тезисы докладов. – Москва, 1965. – С. 158-160.
595. Собрание Постановлений Правительства СССР. – М., 1958.
596. Собрание Постановлений Правительства СССР. – М., 1976.
597. Советская стоматология за 60 лет / ред. А.И. Рыбаков. – М., 1977. – 90 с.
598. Совещание врачей здравпунктов важнейших промышленных предприятий. – М.: Государственное медицинское издательство, 1932. – 36 с.
599. Социалистическое строительство СССР. Статистический ежегодник, 1935 г. – М.: ЦУНХУ ГОСПЛАНА СССР - В/О СОЮЗОРГУЧЕТ, 1935.
600. Социалистическое строительство СССР. Статистический ежегодник. 1936. – М.: ЦУНХУ ГОСПЛАНА СССР - В/О СОЮЗОРГУЧЕТ, 1936.
601. Социальное страхование в Забайкальской губернии в 1923 г. // Дальне-Восточный Путь. – 1924. – С. 3.

602. Список медицинских врачей С.С.С.Р. (на 1 января 1924 года). – М.: Издание народного комиссариата Р.С.Ф.С.Р., 1925.
603. Справочная книга г. Владивостока. – Владивосток: Издание Н.П. Матвеева, 1900.
604. Справочная книжка Харбина. – Харбин: КВЖД, 1904.
605. Справочно-статистические материалы по здравоохранению за 1913, 1932, 1937, 1940 годы. – ЦСУ Госплана СССР, отдел здравоохранения, Б\д.
606. Спутник зубного врача / ред. А.И. Евдокимов. – М., 1928.
607. СССР в цифрах в 1989 году. Краткий статистический сборник. – Москва: Финансы и статистика, 1990. – 319 с.
608. СССР за 15 лет. Статистические материалы по народному хозяйству. – М.: Государственное социально-экономическое издательство, 1932.
609. Становление зубоврачевания в Туркестанском генерал-губернаторстве (1865-1917 гг.) / Н.Т. Мавлянова [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2004. – № 4. – С. 37-38.
610. Статистический бюллетень. – Хабаровск: Дальневосточное областное статистическое управление, 1926. – 72 с.
611. Статистический ежегодник 1923-1925 гг. Т. Часть I. – Хабаровск: Дальневосточное краевое статистическое управление, 1926.
612. Статистический ежегодник 1926 г. : Выпуск 1-й. – Хабаровск-Благовещенск, 1927. – 197 с.
613. Статистический обзор состояния здравоохранения и заболеваемость заразными болезнями в РСФСР в 1927 г. – М.-Л., 1931.
614. Статистический справочник Дальневосточной области. – Хабаровск, 1925. – 246 с.
615. Сточик М.А. Возникновение профилактической медицины в процессе научных революций 17-19 веков / М.А. Сточик, С.Н. Затравкин, А.А. Сточик. – М., 2013. – 134 с.
616. Стрелков А.Г. Как я сделался зубным врачом / А.Г. Стрелков // Военно-медицинский журнал. – 1906. – Тт. 215, апрель. – С. 707-712.

617. Суворов Е.В. Медико-санитарное и материально-бытовое обслуживание заключенных в сибирском исправительно-трудовом лагере (Сиблаг) (1929-1939 гг.) / Е.В. Суворов // Алтайский юридический вестник. – 2014. – № 2. – С. 14-17.

618. Суркова Л.С. «Записки пациента»: воспоминания о советской медицине [Электронный ресурс] / Л.С. Суркова. – Режим доступа: <http://www.urokiistorii.ru/print/1448>.

619. Тарасов А.И. К вопросу о зубоврачебной помощи в нашей армии / А.И. Тарасов // Военно-медицинский журнал. – 1905. – Т. 2. – № Июнь. – С. 236-240.

620. Тарулис М.В. Первые медицинские учреждения Приморья (1861-1897 гг.) / М.В. Тарулис // Актуальные вопросы здравоохранения и медицины. Тезисы научной конференции. – Владивосток, 1978. – С. 36-37.

621. Третий съезд врачей дороги (26-29 декабря 1926 г.) / ред. Л. Гинцтон. – Харбин: Полиграф, 1927. – 217 с.

622. Третья записка об общих основаниях устройства общедоступной врачебной помощи населению империи // Труды Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. – СПб.: Тип. МВД, 1915.

623. Три года советского строительства в Дальневосточном крае. Первому краевому съезду Советов. Отчет Дальревкома за 1922-1925 гг. – Хабаровск, 1926.

624. Трофимов В.В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет / В.В. Трофимов. – М.: Медицина, 1967. – 297 с.

625. Троянский Г.Н. Зубоврачебная помощь в земской медицине / Г.Н. Троянский, А.В. Белолопоткова // Сб.науч.тр. НИИ им. Семашко. – М., 1991. – С. 79-80.

626. Троянский Г.Н. История развития советской ортопедической стоматологии / Г.Н. Троянский. – М.: Медицина, 1975. – 140 с.

627. Труды 1-го Всероссийского одонтологического съезда. Москва. 1923. / ред. П.Г. Дауге. – М.: Зубчасть леч.отд.НКЗ РСФСР, 1924. – 424 с.

628. Труды первого Всероссийского съезда стоматологов (24-27 марта 1965 г.) / ред. А.И. Рыбаков. – Москва, 1966. – 215 с.
629. Труды пятого Всесоюзного съезда стоматологов (7-11 октября 1968 г.) / ред. А.И. Рыбаков. – Москва, 1970.
630. Труды I съезда врачей Приамурского края 23-24 августа 1913 г. в г. Хабаровске. – Хабаровск, 1914.
631. Труды II-го Всесоюзного одонтологического съезда (Москва, 24-30 ноября 1925 г.) / ред. А.И. Евдокимов [и др.]. – М.: Издательство Наркомздрава РСФСР, 1926. – 468 с.
632. Труды III Всесоюзного одонтологического съезда (6-12 июня 1928 г.) / ред. Н.А. Астахов. – Ленинград: Издание одонтологического общества, 1929. – 473 с.
633. Труды III съезда стоматологов РСФСР 6-8 октября 1976 Волгоград. – Волгоград, 1976.
634. Труды IV Всесоюзного съезда стоматологов (8-12 октября 1962 г.) Москва / ред. А.И. Евдокимов. – Москва: Медицина, 1964.
635. Труды IV Хабаровского съезда созванного Приамурским генерал-губернатором Д.И. Суботичем 1903 г. / ред. Н.В. Слюнин. – Хабаровск, 1903.
636. Труды XI Пироговского съезда, изданные Организационным комитетом Съезда, под ред. д-ра П.Н. Булатова. Т.1. Т. 1. – СПб.: Тип. МПС, 1911.
637. Тюков Ю.А. История возникновения и развития зубоврачебной помощи на Южном Урале / Ю.А. Тюков, И.С. Тарасова, А.Л. Цытович // Материалы V Всероссийской конференции «История стоматологии». – М.: МГМСУ, 2011. – С. 115-117.
638. Тюрина О.В. О развитии стоматологической службы в Ивановской области / О.В. Тюрина, В.А. Ломосков // Материалы чтений, посвященные памяти Г.Н. Троянского «Зубоврачевание в России: история и современность». – М.: МГМСУ, 2011. – С. 151-153.
639. Ульянова Г.Н. Здравоохранение и медицина / Г.Н. Ульянова // Россия в начале XX века. – М., 2002.

640. Унтенберг П.Ф. Приамурский край 1906-1910 гг. / П.Ф. Унтенберг. – Санкт-Петербург: Типография В.Ф. Киршбаума, 1912. – 428 с.
641. Ушницкий И.Д. Исторические аспекты становления и развития стоматологической службы в городе Якутске / И.Д. Ушницкий, С.Е. Ким, В.А. Охлопкова // Материалы чтений, посвященных 90-летию со дня рождения Г.Н. Троянского «Зубоврачевание в России: медицина и общество». – М.: МГМСУ, 2014. – С. 90-92.
642. Фрейберг Н.Г. Врачебно-санитарное законодательство в России. Узаконения и распоряжения по гражданской, санитарной и фармацевтическим частям, опубликованные по 1 января 1913 г. / Н.Г. Фрейберг. – СПб.: Практическая медицина, 1913.
643. Фрейберг Н.Г. Сборник законов и распоряжений правительства Р.С.Ф.С.Р. по врачебно-санитарному делу с 1-го сентября 1919 по 1-е января 1925 г. / Н.Г. Фрейберг. – М.: Госмедторгпром, 1925.
644. Фурман И.И. Новые условия экстерната для зубных техников / И.И. Фурман // Стоматология. – 1948. – № 3. – С. 55-56.
645. Фурман И.И. Пятилетний план улучшения и расширения стоматологической помощи в СССР в 1946-1950 гг. / И.И. Фурман // Стоматология. – 1946. – № 1. – С. 51-58.
646. Хроника // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. – 1912. – № 5. – С. 784-785.
647. Цвытаев А.А. Опыт образцовой постановки детской летней колонии / А.А. Цвытаев // Врачебно-санитарный обзор. Выпуск 2. – Владивосток, 1914. – С. 95-141.
648. Чаликов М. Профсоюзы Хабаровского края (очерки истории) / М. Чаликов. – Хабаровск: Издательство «РИОТИП», 2000.
649. Чельшев И.А. Забота о здоровье народа / И.А. Чельшев // Тихоокеанская звезда. – 1947. – С. 1.
650. Чельшев И.А. Здравоохранение края за полвека / И.А. Чельшев, Л. Кузнецов // Тихоокеанская звезда. – 1967. – С. 1-2.

651. Чепик Г.С. К истории вопроса о полевых зубоврачебных кабинетах в русской армии / Г.С. Чепик, П.Ф. Гладких // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2011. – № 4(36). – С. 219-222.
652. Чепик Г.С. Старший врач 5-го флотского Ее Императорского Высочества Великой Княжны Александры Александровны Н.А. Новиков / Г.С. Чепик // Материалы чтений, посвященные памяти Г.Н. Троянского «Зубоврачевание в России: история и современность». – М.: МГМСУ, 2011. – С. 160-162.
653. Черкасов Ю.А. Александр Иванович Евдокимов - основоположник отечественной стоматологии : дис. ... канд. мед. наук / Ю.А. Черкасов. – Москва, 2003. – 151 с.
654. Черняк С. Сборник действующего законодательства по здравоохранению / С. Черняк, Г. Каранович; ред. К. Коновалов, В. Березин, Макаренков. – М., 1929. – Вып. 1.
655. Черняк С. Сборник действующего законодательства по здравоохранению / С. Черняк, Г. Каранович. – М.-Л.: Государственное медицинское издательство, 1930. – Вып. 3.
656. Чехов А.П. Полное собрание сочинений и писем в 30 томах / А.П. Чехов. – М.: Наука, 1978.
657. Чикин С.Я. Развитие здравоохранения в РСФСР / С.Я. Чикин. – М.: Знание, 1977. – 47 с.
658. Чикин С.Я. Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке / С.Я. Чикин, А.В. Сергеев, К.И. Акулов. – М.: Медицина, 1979. – 175 с.
659. Чикин С.Я. Охрана здоровья народностей Севера / С.Я. Чикин, Б.М. Чекнев. – М.: Медицина, 1974. – 231 с.
660. Чистович Я.А. Зуболечитель офицер Бородин / Я.А. Чистович // Медицинский вестник. – 1861. – № 8.
661. Что сделала Советская власть в Дальневосточном крае за 1927 и 1928 г.: краткий очерк Далькрайисполкома. – Хабаровск: Книжное дело, 1928. – 146 с.

662. Что сделала советская власть на Дальнем Востоке за год (краткий отчет Дальревкома за 1923-1924 гг.). – Хабаровск: Книжное дело, 1924.
663. Шабалова Н.А. Записки врача / Н.А. Шабалова. – Южно-Сахалинск: Лукоморье, 2002. – 302 с.
664. Шабанов А.Н. Зубоврачебное образование / А.Н. Шабанов // Стоматология. – 1940. – № 5. – С. 3-5.
665. Шаламов В.Т. Колымские рассказы. Левый берег / В.Т. Шаламов. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2008. – 444 с.
666. Шаргородский А.Г. О развитии стоматологической помощи и образования в Смоленской области / А.Г. Шаргородский // Вопросы стоматологии. Выпуск 1. – Смоленск, 1970. – С. 5-11.
667. Шаргородский А.Г. Состояние и меры улучшения стоматологической помощи населению сельской местности / А.Г. Шаргородский // Материалы VIII Всесоюзного съезда стоматологов г. Волгоград 30 сентября - 2 октября 1987 г. – Москва, 1988. – С. 11-14.
668. Шевкунов Э.В. Медицина до время Бохая и Золотой империи чжурчженей / Э.В. Шевкунов, Е.Б. Кривелевич, Б.Д. Лишинский // От шаманского бубна до луча лазера: Очерки по истории медицины Приморья. – Владивосток, 1997. – С. 29-54.
669. Шемонаев А.В. История Волгоградской стоматологии / А.В. Шемонаев, Е.В. Данилина // История стоматологии. Материалы II Всероссийской конференции с международным участием. – М.: МГМСУ, 2008. – С. 192-194.
670. Шестак О.И. Советская социальная политика и её реализация на Дальнем Востоке, 1922-1941 г. : автореф. дис. ... канд. истор. наук / О.И. Шестак. – Владивосток, 2002. – 27 с.
671. Шестак О.И. Советская социальная политика и ее реализация на Дальнем Востоке (1922-1941 гг.) / О.И. Шестак. – Владивосток, 2004. – 184 с.
672. Шестак О.И. Стратификационная иерархия дальневосточного общества в 1950-е - 1980-е годы / О.И. Шестак // Ойкумена. – 2010. – № 3. – С. 56-70.

673. Шестой Всесоюзный съезд стоматологов. Тезисы докладов 21-24 мая 1975 г. – Ленинград, 1975.

674. Широков А.И. Вольнонаемные работники Дальстроя: колымская повседневность 1930-1950-х гг. / А.И. Широков // Вестник Томского государственного университета. – 2009. – № 232. – С. 197-201.

675. Широков А.И. Народы северо-востока России и советское государство / А.И. Широков // Актуальные вопросы современной науки. – 2008. – № 2. – С. 75-89.

676. Широкова И.П. Формирование системы здравоохранения Дальстроя в 1930-е гг. / И.П. Широкова, А.И. Широков // Вестник Северо-восточного государственного университета. – 2011. – Т. 15. – № 15. – С. 113-116.

677. Шишков В.Я. Зубодерка / В.Я. Шишков // Рассказы и фельетоны 20-30-х годов. – Л.: Издательство ленинградского Университета, 1980.

678. Шомас Ю.К. Роль Н.А. Семашко в борьбе за единство медицины на Дальнем Востоке / Ю.К. Шомас // Советское здравоохранение. – 1969. – № 4. – С. 57-60.

679. Шомас Ю.К. Руководство дальневосточной партийной организации развитием народного здравоохранения (1922-1928 гг.) : автореф. дис. ... канд. истор. наук / Ю.К. Шомас. – Томск, 1970. – 20 с.

680. Шошина А.Н. История зубоучебного отделения Владивостокского базового медицинского колледжа / А.Н. Шошина // Материалы научно-практической конференции, посвященной 75-летию Владивостокского базового медицинского колледжа. – Владивосток, 1999. – С. 15-19.

681. Штейгман. Экспедиция на север о-ва Сахалина для санитарных мероприятий среди инородцев и попутного сбора статистико-экономического материала о них, командированная Военным Губернатором острова летом 1908 года / Штейгман. – Б.д., б.г.

682. Штейн В.Ф. Несколько слов по поводу зубного дела в нашей армии / В.Ф. Штейн // Военно-медицинский журнал. – 1907. – Тт. 220, декабрь. – С. 554-556.

683. Штернберг Л. Сахалинские гиляки: Заметки из личных наблюдений / Л. Штернберг // Этнографическое обозрение. – М.: Издание Этнографического отдела императорского Общества любителей Естествознания, Антропологии и Этнографии, состоящее при Московском университете, 1893. – С. 1-46.

684. Щербакова Т.А. Хроника. События. Факты: календарь-указатель знаменательных и памятных дат истории медицины Хабаровского края на 2012 г. / Т.А. Щербакова. – Хабаровск: ГОУ ДПО ИПКСЗ, 2011. – 75 с.

685. Щербакова Т.А. Хроника. События. Факты. Календарь-указатель знаменательных и памятных дат истории медицины Хабаровского края на 2014 г. / Т.А. Щербакова. – Хабаровск: КГБОУ ДПО ИПКСЗ, 2013. – 76 с.

686. Щупак Б.Н. Из истории здравоохранения Дальневосточной республики / Б.Н. Щупак // Советское здравоохранение. – 1967. – № 12. – С. 47-54.

687. Щупак Б.Н. К истории здравоохранения малых народов на Дальнем Востоке / Б.Н. Щупак // Советское здравоохранение. – 1976. – № 8. – С. 66-69.

688. Экономическая жизнь СССР. Хроника событий и фактов: 1917-1959 / ред. С.Г. Струмилин. – М.: Советская энциклопедия, 1961. – 780 с.

689. Энтин Д. Стоматология / Д. Энтин // Большая медицинская энциклопедия. – М.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1935. – Тт. 31 СМЕЛЛИ-СТРУМА. – С. 820-830.

690. Энциклопедический словарь. Т. XII а Земпер-Имидокислоты. – С.Петербург: Брокгауз-Ефрон, 1894.

691. Этинберг И.И. Зубоврачебная помощь в Западной области / И.И. Этинберг // 15 лет социалистического здравоохранения. – Смоленск: Западное государственное издательство, 1933. – С. 160-166.

692. Ягжева А.И. О развитии стоматологической помощи в Магаданской области / А.И. Ягжева // Материалы научно-практической конференции стоматологов Восточной Сибири и Дальнего Востока. – Улан-Удэ, 1969. – С. 19-22.

693. Becker E.M. *Medicine, Law, and the State in Imperial Russia* / E.M. Becker. – Budapest: Central European University Press, 2011. – 413 p.
694. Bremner M. *The story of dentistry, from the dawn of civilization to the present, with special emphasis on the American scene* / M. Bremner. – Brooklyn: NY Dental Items of Interest Publishing Co.,Inc., 1958.
695. Davis C. *Economic Problems of the Soviet Health Service: 1917-1930* / C. Davis // *Soviet Studies*. – 1983. – Vol. 35. – № 3. – P. 343-361.
696. Davis C.M. *Economics of Soviet Public Health, 1928–1932: Development Strategy, Resource Constraints, and Health Plans* / C.M. Davis // *Health and Society in Revolutionary Russia*. – Bloomington: Indiana University Press, 1990. – P. 146-172.
697. Field M.G. *Doctor and Patient in Soviet Russia*. *Doctor and Patient in Soviet Russia* / M.G. Field. – Harvard University Press, 1957. – 266 p.
698. Field M.G. *Soviet socialized medicine: an introduction*. *Soviet socialized medicine* / M.G. Field. – Free Press, 1967. – 264 p.
699. Gantt W.H. *A Medical Review of Soviet Russia* / W.H. Gantt. – London: British Medical Association, 1928.
700. Guerini V. *A history of dentistry from the most ancient times until the end of the eighteenth century* / V. Guerini. – Philadelphia: Lea & Febiger, 1909.
701. *Health and Society in Revolutionary Russia* / eds. S.G. Solomon, J.F. Hutchinson. – Indiana University Press, 1990. – 280 p.
702. Hoffmann-Axthelm W. *History of dentistry* / W. Hoffmann-Axthelm. – Chicago: Quintessence Pub. Co., 1981.
703. Hyson J. *A History of Dentistry in the U.S. Army to World War II* / J. Hyson. – New York: Dept. of the Army, 2009.
704. Lifkin A. *History of Dentistry* / A. Lifkin. – Philadelphia: Lea & Febiger, 1938.
705. Newsholme A. *Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia*. *Red Medicine* / A. Newsholme, J.A. Kingsbury. – New York: Doubleday, Doran and Co., 1933. – 370 p.

706. Picard A. *Making the American Mouth: Dentists and Public Health in the Twentieth Century (Critical Issues in Health and Medicine)* / A. Picard. – New Brunswick: Rutgers UP, 2009.
707. Ring M. *Dentistry: An Illustrated History* / M. Ring. – New York: Abrams, 1985.
708. Sigerist H.E. *Socialized medicine in the Soviet Union. Vol. 1st ed.* / H.E. Sigerist. – New York: Norton, 1937. – 378 p.
709. *Soviet Medicine: Culture, Practice, and Science. Soviet Medicine* / eds. F.L. Bernstein, C. Burton, D. Healey. – Northern Illinois University Press, 2010. – 326 p.
710. Taylor J. *A History of Dentistry* / J. Taylor. – New York: General Books, 2009.
711. Weissman N.B. *Origin of Soviet Health Administration: Narkomzdrav, 1918-1928* / N.B. Weissman // *Health and Society in Revolutionary Russia* / eds. S.G. Solomon, G.F. Hutchinson. – Bloomington: Indiana University Press, 1990. – P. 97-120.
712. Woodforde J. *The Strange Story of False Teeth* / J. Woodforde. – Boston: MA.: Routledge & Paul, Ltd., 1983.
713. Wynbrandt J. *The Excruciating History of Dentistry: Toothsome Tales & Oral Oddities from Babylon to Braces* / J. Wynbrandt. – New York: St. Martins Griffin, 2000.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 7

Сведения

о зубных врачах и дантистах, практиковавших на Дальнем Востоке России
в начале XX в.¹¹

Ф.И.О.	Год получения диплома об образовании	Место практики
Алексеева Раиса Васильевна	1899	Владивосток
Алексеевская М.Н.		Чита, Верхнеудинск
Абкович Алексей Леонтьевич	1908	Чита
Авраам Павел Людвигович (старший врач 10 Сибирской стрелковой артиллерийской бригады)	1903	Благовещенск
Аккерман А.Х.		Харбин
Баснин В.П.	1910	Чита
Бота-Апинянская		Владивосток
Боннистер Н.Я.		Нерчинск
Борисоглебская Анна Александровна		Благовещенск
Борисовец В.Л.		Хабаровск, Владивосток
Буянова Марфа Владимировна	1913	Благовещенск
Брагинский Е.М.		Харбин
Броновская-Латти В.Э.		Никольск-Уссурийск
Ванкевич М.М.	1909	Чита
Валонский А.Ф.	1908	Чита
Вершова-Зак		Владивосток

¹¹ Составлено по: Обзор Амурской области за 1909 год. Приложение к Всеподданнейшему отчету по Амурской области за 1909 год. – Благовещенск, 1910.; Обзор Приморской области за 1900 год. Приложение к Всеподданнейшему отчету. – Владивосток, 1904.; Обзор Приморской области за 1913 год. Приложение к Всеподданнейшему отчету. – Владивосток, 1915.; Обзор Приморской области за 1914 год. Приложение к всеподданнейшему отчету. – Б.д.,б.г., . Памятная книжка. Адрес-календарь Амурской области на 1915 год. – Благовещенск: Издание Амурского областного статистического комитета, 1915.; Памятная книжка Амурской области за 1911 год. – Б.м., Б.д.; Памятная книжка Амурской области на 1914 год. – Благовещенск: Издание Амурского областного статистического комитета, 1914.; Памятная книжка Забайкальской области на 1914 год / ред. А.Г. Мамехов. – Чита: Издание Забайкальского областного статистического комитета, 1914.; Памятная книжка Квантунской области за 1902-1903 г. – Порт-Артур, 1902.; Памятная книжка Приморской области на 1911 год. – Владивосток: Издание Приморского областного статистического комитета, 1911.; Памятная книжка Приморской области на 1912 год. – Владивосток: Издание Приморского областного статистического комитета, 1912.; Памятная книжка Приморской области на 1913 год. – Владивосток: Издание Приморского областного статистического комитета, 1913.; Памятная книжка Приморской области на 1916 год. – Владивосток: Издание Приморского областного статистического комитета, 1916.; Приморский календарь за 1909 г. – Владивосток, 1909. Российский медицинский список на 1908 год. – СПб., 1908.; Российский медицинский список на 1909 год. – СПб., 1909.; Российский медицинский список на 1910 год. – СПб., 1910.; Российский медицинский список на 1912 год. – СПб., 1912.; Российский медицинский список на 1913 год. – СПб., 1913.; Российский медицинский список на 1914 год. – Петроград, 1914.; Российский медицинский список на 1916 год. – Петроград, 1916.; Справочная книга г. Владивостока. – Владивосток: Издание Н.П. Матвеева, 1900.; Справочная книжка Харбина. – Харбин: КВЖД, 1904.

Винницкая Виктория Леонардовна	1905	Владивосток
Гаась А.А.	1910	Троицкославск, Забайкалье
Гаась Н.П.	1910	Троицкославск, Забайкалье
Гейман (дантист)		Хабаровск
Голумб Д.Д.	1913	Чита
Гольдфрейн Роб. Авраамович	1906	Владивосток
Гурьевич С.Г.	1909	Чита
Гульбинович М.И.		Благовещенск
Гланцшпигель-Калашникова Г.Г.		Чита
Грунис В. (дантист)		Владивосток
Гринштейн		Харбин
Датрих Е.		Сретенск
Дебисова Е.		Сретенск
Дзагурова О.З.		Верхнеудинск, Забайкалье
Доенина В.А.	1910	Владивосток
Домбровская И.М.		Благовещенск
Дронова М.В.	1912	Чита
Дулькеин Д.Д.	1915	Никольск-Уссурийск, Приморье
Залевский Михаил Исидорович (дантист)		Владивосток
Залевская Е.		Владивосток, Харбин
Звягина Е.М.		Чита
Иванова (Кузнецова) А.Д.	1912	Владивосток
Иванов		Владивосток
Игнатьева Е.А. (Шишлянникова-Игнатьева)	1908	Владивосток
Ильницкий Константин Флорович (дантист, зубной врач)	1890, 1900	Владивосток
Иогансон Евгения Георгиевна	1905	Благовещенск
Ито-пань		Харбин
Казанская А.В.		Владивосток
Казакова Е.А.	1911	Чита
Казимилова Антонина Меркурьевна	1904	Благовещенск
Козлов П.А.		Владивосток
Каценеленбоген Евг. Дав.	1888	Владивосток
Коробь Евдокия Самойловна (Варшавская-Коробь)	1897	Владивосток
Кушелевская З.		Сретенск
Клейнюдь Яков Васильевич		Зея
Краснокутская Н.И.	1909	Никольск-Уссурийск, Приморье
Кругликов Сергей Алексеевич (дантист)		Благовещенск
Кюбарь В.М.	1907	Хабаровск
Ларина Н.И.		Харбин
Логинова Анна Степановна	1902	Владивосток

Лоншаков П.И.		Благовещенск
Локуциевская-Черепанова А.И.		Чита
Левитан В.Я.	1902	Чита
Лейзерман Е.		Харбин
Левитская С.И.	1913	Хабаровск
Лев Яков Соломонович		Благовещенск
Пономарева К.А.	1901	Владивосток
Маслакова Е.П.	1914	Владивосток
Мещерская М.В.	1911	Чита
Михалек И.В.	1911	Владивосток
Михайлова Анисия Евдокимовна	1907	Хабаровск
Моисеев М.Б.	1911	Хабаровск
Монаева А.К.		Чита
Морошкина Е.А.		Чита
Мономахова М.Н.	1907	Владивосток
Мильштейн Е.М.		Верхнеудинск
Новогонская Виктория Андреевна	1908	Хабаровск
Новогонская Софья Андреевна	1908	Хабаровск
Николаева М.Г.		Чита
Ольшанский Л.И.		Харбин
Орловская Ю.Г.		Харбин
Пасвик Л.А.		Зея
Писаревский Владимир Моисеевич	1897	Благовещенск
Помомарева Клавдия Ал.	1901	Владивосток
Погожева Юл. А.	1902	Хабаровск
Петухина З.А.		Благовещенск
Прусевич В.Н.	1913	Владивосток
Рожковская Анна Васильевна	1902	Благовещенск
Рубинштейн Г.Д.	1913	Хабаровск
Рыбакова Ф.В.		Владивосток
Самойлова А.С.		Благовещенск
Сахацкий Стан. Ефстаф. (Чешейко-Сохацкий)	1891	Владивосток
Симонова О.И.	1914	Владивосток
Сафронова А.Д. (Сафронова-Клер)	1914	Чита
Селеньс Франс Адольфович	1898	Харбин
Соломина-Попова Ю.Я.	1906	Хабаровск
Столпер Д.Я.		Верхнеудинск
Сирота Пелагея Давидовна (дантист)		Благовещенск
Стяжкина		Хабаровск
Судья		Харбин
Тaubкин Б.Е.		Чита
Терентьева А.С.	1913	Чита, С. Спасское, Иманск, Приморье
Толкина-Богородская Е.Я.		Благовещенск
Теремец Н.В.		Чита
Трифонова (Сатникова) Е.И.	1913	С. Новокиевское, Уссурийск, Приморье
Туровский Люким-Герше Вигдор		С. Новокиевское,

Дувинович		Уссурийск, Приморье
Урштеин К.А. (дантист)		Никольск-Уссурийск
Фаинберг Р.М.	1908	Чита, Баргузин
Федутникова О.Е.	1911	Владивосток
Фельштейн		Харбин
Фонь-Арнольд Е.Х.		Харбин
Фокина А.Н.		Алексеевск
Хлебникова К.А.		Владивосток
Чайко Д.Л.		Благовещенск
Чернаенко А.М.	1903	Чита, Хабаровск
Чернова М.Ф.	1912	С. Спасское, Иманск, Приморье
Черняев М.Н.		Хабаровск
Черкашина О.Л.		Владивосток
Шишлянникова Е.А. (Шишлянникова-Игнатъева)	1909	Владивосток
Шолоц М.А.		Чита
Шергова Г.М.		Сретенск
Шепшелевич		Чита
Шпицман С.Д.		Чита
Шпильберг Д.Л.		Харбин
Эпштейн Софья Марковна		Благовещенск
Якушева Екатерина Михайловна	1910	Владивосток

Таблица 8

Зубоврачебный медицинский персонал Дальнего Востока России в 1912 г.¹²

№	Наименование	Зубные врачи	Дантисты
1.	Европейская Россия	3124	2479
2.	Кавказ	295	124
3.	Сибирь и Дальний Восток	179	40
4.	Средняя Азия	65	24
5.	Итого	3663	2672
6.	Польша	450	453
7.	Всего по Империи	4113	3125

¹² Составлено по: Ежегодник России 1914 г. Организация врачебной помощи в 1912 г. // Центральный статистический комитет МВД. – Петроград, 1915 г.

Зубоврачебная помощь на транспорте Дальнего Востока (1927 г.)¹³

№	Наименование железной дороги и водных областей	Количества амбулаторий, кабинетов	Кресел в них	Кресел на 1000 чел.
1.	Всего по транспорту РСФСР	558	666	0,15
2.	Всего по железным дорогам РСФСР	447	544	0,14
3.	Забайкальская	17	21	0,18
4.	Уссурийская	18	18	1,19
5.	Всего по водному транспорту РСФСР	111	122	0,22
6.	Амурская	5	5	0,26
7.	Тихоокеанская	1	3	0,27

Таблица 10

Годовой статистический отчет по стоматологической помощи Хабаровского края за 1938, 1940 г.¹⁴

		1938 г.		1940 г.	
		Город	Село	Город	село
1.	Число лечебных учреждений, имеющих зубо­врачебный отделения и зубные кабинеты	34	24	47	31
1.1	В том числе				
	При амбулаторно-поликлинических учреждениях и здравпунктах	32	17	44	30
	При детских поликлиниках	2	-	3	
	При здравпунктах				1
2.	Число посещений у зубных врачей	160791	32012	289262	49361
3.	Всего санировано лиц	10916	1900	40937	2601
3.1	В том числе детей и подростков до 18 лет	5120	389	5683	921
4.	Число зубопротезных учреждений (отделений)	4	-	6	-
4.1	В том числе	2	-	5	-

¹³ Составлено по: Статистический обзор состояния здоровья и заболеваемости заразными болезнями в РСФСР в 1927 г. – Москва-Ленинград, 1931 г.

¹⁴ Составлено по: ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.10. Л.33,41; Д.111. Л.8

	самостоятельных				
	Число лиц, получивших зубпротезы	*	-	14447	-
5.	Число зуболюбных должностей				
5.1	штатных	54,5	13,0	91,75	36
5.2	занятых	57,5	21	75,75	33
6.	В том числе				
6.1	Самостоятельные зуболюбные учреждения				
	штатных	3	-	14	-
	занятых	2	-	8,5	
6.2	В диспансерах, поликлиниках и спец амбулаториях				
	штатных	42,5	-	*	
	занятых	41	-	*	
6.3	Детских поликлиниках				
	штатных	5	-	*	
	занятых	5	-	*	

* данные отсутствуют

Таблица 11

Медицинские кадры стоматологической службы
Хабаровского края в 1940 г.¹⁵

		Все ведомства			В т.ч. системы Наркомздрава		
		Город	Село	В т.ч. районный центр	Город	Село	В т.ч. районный центр
1.	Стоматологов (физических лиц)	24	1	1	17	1	-
2.	Сверх того (физических лиц) зубных врачей	72	37	13	57	33	12
3.	Физических лиц зубных техников	36	4	2	34	4	2
4.	В т.ч. зубных техников с законченным средним образованием	21	3	1	23	-	-

¹⁵ Составлено по: ГАХК. Ф.Р-683. О.2. Д.10. Л.111

Сведения

о стоматологах и зубных врачах, практиковавших на Дальнем Востоке России
(конец 1930-х – начало 1940-х гг.)¹⁶

Ф.И.О.	Год получения диплома об образовании	Место практики
Абашкина-Калинина М.С., стоматолог	Томский мединститут	Амурская обл.
Алексеева А.А., стоматолог		Сахалин
Богородская Е.Я., зубной врач		Благовещенск
Вербовская Н.С., стоматолог		Амурская обл.
Виллер Ц.Е., стоматолог	1936, Ленинградский стоматологический ВУЗ	Хабаровск
Виткина А.А., стоматолог	1919	Владивосток
Волкова А.Д., зубной врач		Благовещенск
Ганкина М.Э., стоматолог	1938, зубоветеринарная школа стоматологов	Хабаровск
Голубь М.И., стоматолог		Хабаровск
Губенко М.С., стоматолог		Биробиджан
Гражданкина, зубной врач		Анадырь
Грибченко-Спирина В.Е., стоматолог	1936, 1-й стоминститут	Владивосток
Гринберг Р.Б., стоматолог		Хабаровск
Еникеева М.П., зубной врач		Комсомольск-на-Амуре
Златкина Х.Л., стоматолог		Хабаровск
Ищенко С.А., стоматолог		Амурская обл.
Калиненко И.С., стоматолог	1928	Приморский край
Калуга Н.П.		Благовещенск
Карюкова А.А., зубной врач		Благовещенск
Козанская Д.Б., зубной врач	1936, Ленинград	Приморский край
Колкер С.А., стоматолог	1914, Новороссийский институт	Приморский край
Коротаева, зубной врач		Нижнеамурская область
Климчак Э.В., зубной врач		Чукотка
Крашениникова М.Т., стоматолог	Томский мединститут	Биробиджан
Лазарева Г.М., стоматолог		Бикин
Лебедева-Кондрашкина З.С., стоматолог	Томский мединститут	Амурская обл.
Мангашев С.Н., стоматолог	Томский мединститут	Амурская обл.
Марсосян Х.П., зубной врач		Нижнеамурская обл.
Маркосян К.М., зубной врач		Нижнеамурская обл.

¹⁶ Составлено по: ГАХК. Ф.Р-683. О.1. Д.105. Л.99; О.2. Д.14. Л.20,23; Д.222. Л.1,12,25,45; Д.310. Л.35; О.3. Д.49. Л.41,54,56,58,60,62; Д.60. Л.44-74; Д.69. Л.40-44,75-87, 90-98

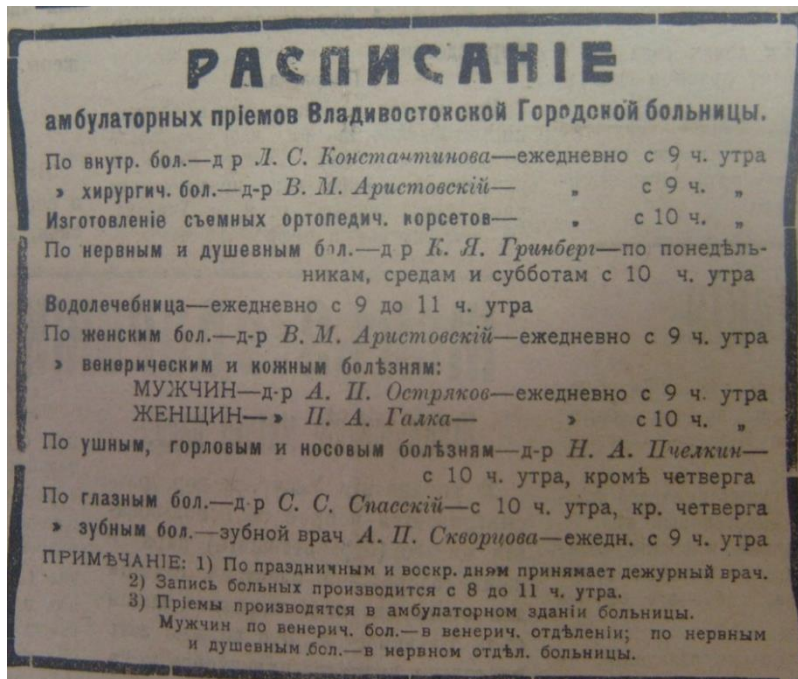
Миколенас К.А., зубной врач		Благовещенск
Меламуд Г.С., стоматолог		Хабаровск
Мичурова П.И., зубной врач		Комсомольск-на-Амуре
Морозова А.С., стоматолог	Ленинградский мединститут	Благовещенск
Павленко В.Л., стоматолог	1938	Амурская обл.
Подгоецкая С.И., стоматолог		Петропавловск на Камчатке
Паргородский Т., стоматолог	г. Одесса	Приморский край
Паштарова П.Н., стоматолог	Харьковский мединститут	Бикинский район
Поргачевская А.Н., зубной врач	1933, зубоврачебные курсы в Ленинграде	Приморский край
Посекан Т.И., зубной врач		Комсомольск-на-Амуре
Плугарев А.П., зубной врач		Чукотка
Розина С.Н., стоматолог	1937, Киевский мединститут	Приморский край
Ратнер С.И., стоматолог	Харьковский мединститут	Биробиджан
Сербина-Каменеца Г.М., стоматолог	1932, Харьковский мединститут	Хабаровск
Сивак А.С., зубной врач	1937	Приморский край
Симонова М.Г., зубной врач		Комсомольск-на-Амуре
Солдатенко, зубной врач		Чукотка
Судак К.А., стоматолог		Биробиджан
Смирнова З.Ф., зубной врач		Благовещенск
Скукина Е.М., стоматолог	1927, 1-й Ленинградский мединститут	Приморский край
Судак К.А., стоматолог	1938, г. Одесса мединститут	Приморский край
Сыроватская-Колоколова Н.П., зубной врач		Петропавловск на Камчатке
Уварская К.И., стоматолог	Томский мединститут	Хабаровск
Фукс Ю.О., стоматолог	1938, г. Одесса, стоматологический институт	Приморский край
Ходакова Ю.М., врач-протезист	1937	Приморский край
Черепаша С.Г., стоматолог		Хабаровск
Чернявская С.Л., зубной врач	1913, Харьковский мединститут	Приморский край
Чернышова-Лаквицкая З.А., стоматолог	1937, Днепропетровский мединститут	Хабаровск
Шаргородский Ш.Л., стоматолог		Благовещенск
Штейнберг, зубной врач		Анадырь
Эпштейн А.А.		Благовещенск



Рекламное объявление. Газета «Далекая окраина» г. Владивосток, 1908 г.



Рекламное объявление. Газета «Волна» г. Владивосток, 1908 г.



Расписание амбулаторных приемов врачей Владивостокской городской больницы. Газета «Вестник объявлений» г. Владивосток, 1919 г.



Рекламное объявление Владивостокской районной страховой кассы. Газета «Вестник Дальнего Востока» г. Владивосток, 1923 г.

Справочный отдел.

Куда сегодня пойти?

В МЕЖСОЮЗНОМ КЛУБЕ — концерт Н. А. Оржельского и З. Д. Шевревой-Павловой

НА ТОВАРНОЙ БИРЖЕ
спрос на 17 июля.

Ярица, мука, рис, гречневая крупа, чай кирпичный „Караван“, пшено, сахарин, шетина, свинец английский, пшеница.

Предложение на 17 июля.

Брезент шир. 75 сант., сапога, пилы, меховой товар, сахар песок, мед, асфальт, дель невонная, кета, дробь.

Медицинский указатель.

В центральной амбулатории рабочей медицины Уздрава (Барабашевск. № 70) прием ежедневно, кроме дней отдыха.

По внутренним и детским.

Для застрахованных д-ры: Бачалдин — с 1 до 6 ч. вech. и Остроухов — с 4 до 7 ч. вechера.

Для членов семьи д-ра: Сальков — с 8 до 1 ч. дня. Стерес — с 8 до 10 ч. утра и Дьячков — с 8 до 12 ч. дня.

По зубным.

Для застрахованных врачи: Багинская и Гришун — с 2 до 8 ч. вechера.

Для членов семьи врачи: Шумилина и Михайлова — с 8 до 2 ч. дня.

Врачи специалисты: по нервным — Фус с 4 до 8 вech. (центр. амбулатория), по женским — Ващинский с 4 до 6 вech. (горбольница); по кожно-венерическим — Квят — женщины — с 8½ до 10½ ч. утра, мужчины — с 2½ до 4½ ч. вech. (воен. госпиталь); уха, горла и носа Юдин с 4 до 6 вech. (Барабашевская, № 78); по глазным Франк с 11 до 12 дня и с 5 до 7 вechера (Яковичская, 24) и Гомзяков с 9 до 12 дня (горбольница); по хирургическим — Пионтовский с 4 до 6 вech. (Протодиаконовская, № 42).

Врачи помощи на дому: Петухов — с 8 до 2 ч. дня, Зензинов — с 2 до 8 ч. вech., дежурный врач — с 8 ч. вech. до 8 ч. утра.

Вызовы врачей на дом по тел. № 603 до 6 ч. вech., в ночное время — только в экстренных случаях.

В перевязочной — прием с 7 утра до 7 вech., в субботу — до 3 ч. дня.

Аптека — открыта с 8 утра до 8 вech.

Электризация — с 10 до 4 ч. дня.

Выдача очередей и запись производится за час до приема.

Д-р Шахматов принимает по административным делам с 4 до 6 ч. вechера.

Рекламное объявление. Газета «Тихоокеанская звезда» г. Хабаровск, 4 июня 1925 г.

Врачебный указатель

Врач Л. Ф. ПИОНТОВСКИЙ.
Хирургическое, женские. Прием с 4 до 6, Протодиаконовская, 42.

Врач САМОРОВИЧ А. Д.
Прием больных ежедневно с 8 до 10 час. утра. Яковичская, 15 а, Средняя гора, склон к Пясовке. Телефон 480.

Врач-окулист М. Г. РОЗЕНЦВЕЙГ.
Прием по глазным болезням, ежедневно с 8 до 10 час. утра, кроме субботы. Барабашевская, № 26, склон к Пясовке. Телефон № 678.

Зубной врач
Л. С. СУМЦЕВА-ПЛИШНИНА.
Прием ежедневно с 9—3 и с 4—8 час. Лечит, пломбирование, удаление зубов без боли. Искусственные зубы на латунке, всевозможные работы. Ул. Льва Толстого, № 8, около барака, рядом с ветеринарной амбулаторией.

Врач БЕЛЬСКИЙ Н. М.
Прием по нервным болезням, от 8 до 10 час. утра ежедневно, вечером от 4 до 6, по вторникам и пятницам. Артиллерийская 84, против Купца. Телефон 422.

Врач ЛЕОНТЬЕВ.
Легкая говорение (туберкулез) с 4 до 6 час., в воскресные с 9 до 10 час. утра, Тихоокеанская ул., против военного госпиталя, 888-17, телефон 827.

Врач Р. А. ЗИНАН.
Внутренние, женские и детские болезни. Прием ежедневно от 4 до 6 ч. Ул. К. Маркса, № 23-47, против школы в от. школы Дельца. Тел. 854.

Врач В. С. БАЧАЛДИН.
возвратился и возобновил прием больных по **ДЕТСКИМ И ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ** ежедневно от 4 до 6 часов вechера. Карсаковская ул., д. № 70. Телефон 49.

Врач А. Е. АЛЕСНЕР.
Кожные и венерические болезни. Прием ежедневно от 4 с полуд. до 6. Калининская, 65, во дворе (между Вольной и Чердымской).

Врач ЮДИН.
Болезни уха, горла, носа, сифилис и венерические. Прием от 9—11 ч. утра и от 6 с полуд. до 8 час. вechера. Барабашевская, 78 (к Чердымской).

Врач М. Н. ЧИПИЗУБОВ.
Болезни: внутренние, детские, кожно-венерические, сифилис. Прием больных ежедневно с 4 до 6 час. вechера, кроме дней отдыха. Средняя гора, Хабарововская, 78, кв. 2, телефон 609.

Врач-окулист и терапевт
А. И. ГОМЗЯНОВ.
Барабашевская, № 24 а, телефон № 2—36. Прием по глазным болезням, а также по детским и внутренним, ежедневно с 9 час. до 11 час. утра и с 5 до 7 час. вechера, кроме дней отдыха.

Врач В. П. ФРАНН.
Прием **ГЛАЗНЫХ БОЛЬНЫХ**, с 12—1 ч. дня и с 5—7 вechера ежедневно, кроме праздников. Яковичская ул., д. № 24, во дворе. (Склон к Чердымской). Средняя гора.

Зубной врач ПОЛЕВА-ВСТОВСКАЯ.
Прием ежедневно от 10 до 2 и с 4 до 7, в дни отдыха от 10 до 12. Калининская, дом 89, склон к Пясовке, 8—11.

Врач А. П. МЕРКУШЕВ.
Ежедневный прием больных по внутренним, женским, сифилису и кожно-венерическим болезням. Утренний прием с 8—10 часов, вечерний с 5—7 час. В дни отдыха прием только утром. Барабашевская ул., № 58, где отдал Госстрата, Средняя гора, склон к Пясовке.

Женщина-врач ГРИГОРАШВИЛИ.
Внутренние, женские, акушерские. Прием от 4—8 ч. вechера. Калининская, 46, Near Дельца, № телеф. 278.

Врач Е. В. АЛЬБИНСКАЯ.
Женские болезни и акушерство. Прием с 10 до 12 часов утра и от 5 до 6 часов вechера. Театральная 9, телефон 428.

Зубной врач С. Е. ДОБИСОВА.
Прием от 10—11 и 4—7 ч. ежедневно, кроме дней отдыха, 8 а Кокушкина гостиница, № 10 (против Дельца-Копца). Телефон № 636. 8621

Врач Л. М. ТВЕРСКОЙ.
Прием возобновил: хирургические, женские и акушерские.
С 5 до 7 час. вechера, кроме среды, Кокушкинская ул., дом № 73, телефон 820.

Зубной врач Е. Н. ЧОЧИН.
Прием больных с 10 до 1 ч. и с 6 до 9 ч. ежедневно, кроме дней отдыха, Карсаковская ул. № 11.

Рекламное объявление. Газета «Тихоокеанская звезда» г. Хабаровск, 1927 г.



Зубоврачебный кабинет для санации в помещении Хабаровской краевой больницы, 1960-е гг. (ул. Истомина, 70)



Детский стоматологический прием г. Хабаровск, 1970-е гг.



Стоматологический прием пациентов в Хабаровской городской поликлинике,
1980-е гг.



Обучение гигиене полости рта, Хабаровск, 1980-е гг.

Министерство здравоохранения
Хабаровского края
Краевое государственное
бюджетное образовательное
учреждение дополнительного
профессионального образования
"ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

АКТ ВНЕДРЕНИЯ
29 МАР 2019 № 2/19
г. Хабаровск

УТВЕРЖДАЮ

Проректор управления по учебной
работе КГБОУ ДПО ИПКСЗ
Минздрава Хабаровского края,
кандидат медицинских наук,
доцент



И.В. Кирпичникова
2019 года
М.П.

Материалы диссертационного исследования Гончара Владимира Владимировича на соискание ученой степени доктора медицинских наук, изложенные в монографии: «Стоматологическая помощь на Дальнем Востоке России: организация и повседневная практика (1890-1991 гг.)», используются в учебном процессе на циклах профессиональной переподготовки, тематического и общего усовершенствования на кафедре стоматологии КГБОУ ДПО ИПКСЗ Министерства здравоохранения Хабаровского края.

Заведующий кафедрой стоматологии
к.м.н., доцент

Кравченко В. А.



Согласно подписи В.А. Кравченко
29.03.2019
Кравченко В.А.

МИНЗДРАВ РОССИИ
 федеральное государственное бюджетное
 образовательное учреждение высшего образования
 «ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
 МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
 РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
 (ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России)
 Муравьева-Амурского ул., д. 35, г.Хабаровск, 680000
 тел. (4212) 30-53-11; факс (4212) 32-55-92
 E-mail: rec@mail.fesmu.ru http://www.fesmu.ru
 ИНН 2721020896 КПП 272101001 ОГРН 1032700296078
 12.04.2013 № 1-У/1005
 на № _____ от _____

В диссертационный совет
 Д 001.047.01 при ФГБНУ
 «Национальный НИИ
 общественного здоровья имени
 Н.А. Семашко»

СПРАВКА О ВНЕДРЕНИИ

Выдана В.В. Гончару для предоставления в диссертационный совет Д 001.047.01, свидетельствующая о том, что результаты диссертационной работы «История организации стоматологической помощи на Дальнем Востоке России (конец XIX - XX вв.)» используются в процессе обучения студентов 1 курса по специальности 31.05.03 Стоматология и слушателей циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» на кафедре общественного здоровья и организация здравоохранения ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России.

С уважением,
 ректор



К.В. Жмеренецкий