

В.В. Гончар<sup>1</sup>, П.Э. Ратманов<sup>2</sup>

## МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗУБОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО КРАЯ В ГОДЫ ПЕРВОЙ СОВЕТСКОЙ ПЯТИЛЕТКИ (1928–1933 ГГ.)

<sup>1</sup>Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края, 680009, ул. Краснодарская, 9, тел. 8-(4212)-72-87-15;

<sup>2</sup>Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, г. Хабаровск

### Резюме

Статья посвящена особенностям перестройки организации зубоврачебной (стоматологической) помощи в период первой советской пятилетки. Заявленный партией курс на реформирование здравоохранения в интересах производства на Дальнем Востоке не получил должного развития в силу нехватки финансовых средств, производственных мощностей, кадрового дефицита и скудного материально-технического снабжения. Развитие государственной стоматологической помощи не позволяло полностью удовлетворить запросы населения, отсутствовал заявленный профилактический уклон.

*Ключевые слова:* СССР, зубоврачевание, стоматология, история медицины, зубные врачи, Дальний Восток.

V.V. Gonchar<sup>1</sup>, P.E. Ratmanov<sup>2</sup>

## MODERNIZATION OF DENTAL CARE TO THE POPULATION OF THE FAR EASTERN REGION DURING THE FIRST SOVIET FIVE-YEAR PLAN PERIOD (1928-1933)

<sup>1</sup>Postgraduate Institute for Public Health Workers;

<sup>2</sup>Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

### Summary

The paper deals with the study of the restructuring of dental care organization during the first Soviet five-year plan. The lack of financial resources, production capacity, staff shortages and lean logistics in the Far East resulted in the failure of the Party's declared policy on reforming healthcare with priority to industrial production. Development of the socialized dental care could not completely satisfy the needs of the population, there was no stated preventive bias.

*Key words:* USSR, dentistry, history of medicine, dentists, Far East.

В первые годы советской власти на Дальнем Востоке (1922–1927 гг.) оказание зубоврачебной помощи находилось в русле общей социальной политики государства, направленной на предоставления преференций и привилегий отдельным категориям населения – лицам наемного труда и членам их семей, которые являлись участниками страховых касс. Недостаток государственной сети здравоохранения восполняли частнопрактикующие врачи, которые оказывали услуги как самозанятому населению, так и привлекались органами здравоохранением на договорной основе для оказания медицинской помощи там, где отсутствовали государственные лечебные учреждения, или где в них был явный недостаток [17].

В исследованиях советского периода, посвященных организации и развитию системы здравоохранения на Дальнем Востоке 1920–1930-х гг., было отмечено, что в годы первой пятилетки в крае открывались районные больницы, укреплялись сельские врачебные участки. Были достигнуты весомые результаты в борьбе с инфекционными заболеваниями, улучшилась целенаправленная профилактическая работа. Значительно повысилась материальная база здравоохранения, увеличилось число врачей-специалистов, развивалась специализированная медицинская помощь [1, 22, 28]. Однако в этих публикациях было уделено мало внима-

ния проблемным сторонам этого процесса, внимание акцентировалось лишь на успешных начинаниях. В связи с этим, является актуальным изучение организации оказания зубоврачебной медицинской помощи на Дальнем Востоке России в контексте проводимой политики партии и государства на преимущественное оказание медицинской помощи индустриальным и сельскохозяйственным рабочим.

Согласно официальным статистическим данным в 1927 г. Дальневосточный край (ДВК) располагал 41 государственным зубоврачебным кабинетом с 56 креслами, что составляло 0,03 на 1 000 жителей и соответствовало средним значениям по РСФСР, однако это было значительно ниже, чем в центральных районах страны [27]. Основой потенциал зубоврачебной службы, а это 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 зубоврачебная помощь не оказывалась ввиду отсутствия зубных кабинетов и специалистов, что соответствовало

общей картине организации зубоврачебной помощи в республике [18]. В 1927 г. за квалифицированной зубоврачебной помощью в ДВК обратилось свыше 64,2 тыс. чел., причем из них 75 % приходилось на лиц, вовлеченных в социальное страхование, что также соответствовало республиканским показателям. В конце 1920-х гг. была организована квалифицированная зубоврачебная помощь в ряде промышленных районов края – Сучане, Артеме, Кивди, Охе, Тетюхе [3]. Школьные зубные кабинеты с 5 зубными врачами имелись только в трех городах – Владивостоке, Хабаровске и Чите [12]. В ДВК работали 1 зубопротезная лаборатория и 3 зубопротезных кабинета, в которых помощь оказывалась исключительно застрахованным лицам [9, 26].

Ввиду постоянной нехватки финансовых средств у местных органов здравоохранения, государственная зуботехническая помощь в ДВК была организована не везде. Например, в 1928 г. в г. Хабаровске территориальной зуботехнической лаборатории не было [5]. Зуботехнические работы осуществлялись в ведомственных железнодорожной и военной лабораториях, производственные мощности которых были крайне ограничены. В этот период в северных районах ДВК отсутствовали зубные техники, поэтому зубопротезная помощь там не оказывалась. Так, на Сахалине это вызывало недовольство населения и даже раздавались требования о направлении их на материк для зубопротезирования [6].

Параллельно государственной системе оказания зубоврачебной помощи в дальневосточных городах продолжал существовать альтернативный способ получения этого вида медицинской помощи у врачей частной практики. Частнопрактикующие врачи оказывали медицинскую помощь «деклассированному» населению, а также лицам, которые были не удовлетворены качеством оказания услуг в государственных амбулаториях и были в состоянии оплатить эти услуги. Вместе с тем, по мнению исследовательницы повседневной жизни 1920-х гг. Н.Г. Кулинич в структуре расходов дальневосточных горожан затраты на гигиену и лечение составляли всего 1,3 %, что примерно соответствовало расходам дореволюционного периода [23].

Взятый партией курс на форсированную индустриализацию и коллективизацию требовал новых подходов к распределению средств здравоохранения, планированию и организации государственной медицинской помощи. Однако при составлении первого пятилетнего плана экономического развития ДВК не были учтены точки роста здравоохранения. К таким областям приоритетного развития были 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 края без тесной увязки развития здравоохранения с экономическими и производственными процессами. Вследствие такого положения, с точки зрения новой идеологии, отпускаемые на здра-

воохранения средства использовались неэффективно. Органам здравоохранения ДВК было предложено перестроить свою работу, приблизить здравоохранение к производственным нуждам [3].

Строгие указания партии 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, особенно рабочим важнейших промышленных объектов [24].

Согласно новым указаниям партии в начале 1930-х гг. в ДВК стали пересматриваться подходы к предоставлению медицинской помощи. Местной исполнительной властью было заявлено, что предоставление части больничных коек и других видов помощи нетрудовым слоям населения еще более увеличивает нагрузку медико-санитарной сети и повлечет за собой неизбежное ухудшение помощи трудящимся, вовлеченным в процессы индустриализации. С другой стороны, возникали идеи о возобновлении оказания нетрудовому населению преимущественно платной медицинской помощи. 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 [11]. Таким образом, во исполнение распоряжений партийных органов был практически закрыт доступ для получения медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения всем лицам, которые были исключены из системы социального страхования. Более того, в дальневосточной прессе не прекращали раздаваться требования о полном запрете частной практики и вовлечении всех медицинских работников в социалистическое строительство [21].

Архивные данные по планированию зубоврачебной помощи в ДВК на годы первой пятилетки показывают, что местные советские органы власти не оставляли этот вид медицинской помощи без внимания. По одним данным предполагалось довести число врачебных приемов в зубоврачебных амбулаториях и кабинетах в городах и промышленных центрах с 55 единиц в 1931 г. до 114 в 1933 г. (т. е. темп роста должен был составить 207 %), а в сельской местности с 4 в 1931 г. до 25 в 1933 г. (темп роста 625 %) [15]. По другим данным планировалось увеличение зубоврачебных кабинетов в городах и промрайонах до 94, а в сельской местности до 45 кабинетов [3]. Между тем, источники финансирования всего здравоохранения ДВК и зубоврачебной помощи, в том числе, определены не были. Основное внимание должно было уделяться росту зубоврачебной и хирургической помощи, в которой, по мнению органов здравоохранения, наиболее остро нуждалось население.

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 зубо-врачебной помощью на 1 жителя в год к 1932–1933 гг.: зубо-врачебных посещений в городе – 0,6, а в сельской местности – до 0,03 [8].

В рамках установок партии 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. [13]. Местные органы здравоохранения отмечали, что рост ряда учреждений именно для этой категории населения Дальнего Востока должен быть выше общего роста по краю. Кроме того, в документах того времени подчеркивалось, что национальные меньшинства также могут пользоваться общей сетью для всего населения и, в первую очередь, учреждениями городов.

В дальнейшем внимание органов здравоохранения к организации медицинской помощи по национальному признаку не ослабевало. Так, например, отмечалось, что в районах компактного проживания украинского населения обеспеченность зубо-врачебной помощью значительно улучшилось с 130,0 тыс. чел. на один зубной кабинет в 1928 г. до 25,7 тысяч чел. в 1932 г. Корейское население было обеспечено зубо-врачебной помощью к 1932 г. в соотношении 23,4 тыс. чел. на один зубной кабинет [3, 11]. В 1932 г. была организована зубо-врачебная помощь в ряде мест проживания коренных жителей северных районов края.

В начале 1930-х гг. ДВК стал испытывать острый дефицит врачебных кадров. 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. [13]. В материалах дальневосточной энциклопедии по здравоохранению ДВК указывалось, что в 1932 г. в крае работало 80 зубных врачей, дефицит составлял 30 % [4].

В середине 1920-х гг. ДВК имел значительный потенциал зубо-врачебных кадров благодаря выпускникам Первой харбинской зубо-врачебной школы, дипломы которой признавались в Советской России. Более того, в 1923 г. отделом народного образования Дальневосточная школа была включена в сеть учебных заведений СССР [25]. Обострение политической ситуации в стране и в районе Китайской Восточной железной дороги в 1929 г. ограничило доступ специалистам на территорию Советской России, и Дальний Восток лишился возможности пополнения зубо-врачебными кадрами из этой школы. Собственного потенциала зубо-врачебных школ так и не было создано, количество врачей-одонтологов было незначительно (4 специали-

ста в Читинском округе) [10]. Слабое социальное развитие региона, тяжелые социально-бытовые условия жизни, низкая заработная плата, оторванность от образовательных центров не позволяла быстро наращивать потенциал специалистов.

Таблица

Сеть государственных зубо-врачебных учреждений в ДВК в 1927–1933 гг.

	Всего		В том числе			
	каби- неты	крес- ла	город		село	
			каби- неты	крес- ла	каби- неты	крес- ла
1927 г. (по официальным отчетам)	41	56	35	50	6	6
1933 г. (по архивным данным)	48	67	40	58	8	9
Темп роста (в %)	117,0	119,6	114,2	116,0	133,3	150
1932 г. (по официальным отчетам)	95	105	50	64	45	45
1933 г. (запланированные в 1929 г. показатели)	139		94		45	

Дальний Восток России в годы первой пятилетки (1928–1933 гг.) находился на периферии общесоюзного промышленного развития. Официальные справочные данные того времени говорят о значительном росте зубо-врачебной службы в ДВК, сопоставимом с принятыми плановыми показателями [19, 20]. Однако, сопоставляя их с фактическими архивными материалами краевого отдела здравоохранения, беря во внимание сведения по здравоохранению ДВК из не изданных материалов энциклопедии Дальнего Востока, мы приходим к выводу, что за годы первой пятилетки зубо-врачебный потенциал ДВК увеличился незначительно и плановых показателей достичь не удалось, а официальные источники приукрашивали ситуацию (таблица). Согласно архивным данным, к концу первой пятилетки была организована деятельность 1 самостоятельной зубо-врачебной амбулатории в г. Владивостоке и 47 зубных кабинетов в городах и промышленных центрах, из которых только 8 в сельской местности. Общее число посещений составляло 204,2 тыс., причем доля посещения зубных врачей сельскими жителями составляла 5,7 % [4, 14].

На одно зубо-врачебное кресло в городах Дальнего Востока 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 зубо-врачебных практик до 7,9 тыс. чел. в городе и 100,0 тыс. чел. на селе [7].

Недостаток территориальной зубо-врачебной 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 [16]. Материально-техническое оснащение зубных кабинетов и зуботехнических лабораторий, а также снабжение инструментами и материалами было неудовлетворительным и крайне нерегулярным. Например, в отчете Нижне-Амурского Окргздрова за 1933 г. сообщалось, что получение материалов через аптечное управление «безнадежное», заявки в продолжение трех лет ни разу

не удовлетворялись [16]. 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 [2].

Таким образом, в годы первой пятилетки Дальний Восток оказался на периферии крупных промышленных проектов страны. В связи с этим, заявленная партией коренная перестройка здравоохранения в интересах индустриального и сельскохозяйственного производства осуществлялась без достаточного финансирования, исключительно внутренними ресурсами, силами и средствами местной исполнительной власти. В силу нехватки финансовых средств, производственных мощностей, кадрового дефицита, скудного материально-технического снабжения, разработанные плановые показатели государственного зубоветеринарного обслуживания и развития материальной базы этого вида медицинской помощи не были выполнены в полном объеме. Развитие сети учреждений осуществлялось путем приспособления помещений, без должной реконструкции и капитального строительства, а централизованная система материально-

го обеспечения не могла удовлетворить потребности здравоохранения.

Планируемая профилактическая работа по санации полости рта организованного детского населения, производственных рабочих не была повсеместно внедрена в деятельность лечебных учреждений. Экстракция продолжала преобладать над лечением. Отсутствовала заявленная качественная перестройка зубоветеринарной помощи ввиду отсутствия в ДВК специалистов новой формации – стоматологов, а решить эту проблему местными трудовыми ресурсами не представлялось возможным.

Несомненно, рост сети государственных зубоветеринарных учреждений, как в городах, так и промышленных районах сделал этот вид медицинской помощи более доступным для широких слоев населения, но сохранялась недоступность зубопротезной помощи. Развитие стоматологической помощи шло «догоняющим» темпом, заявленная монополия государства на оказание этого вида медицинской помощи не позволяла полностью удовлетворить запросы населения, прирост мощностей отставал от роста численности дальневосточного населения, а деятельность частнопрактикующих врачей была сведена к минимуму.

#### Литература

1. Власов Г.А. Очерки по истории здравоохранения Хабаровского края (1856–1968) : дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1969. – 424 с.
2. Гайдар А. За высокой стеной // Тихоокеанская звезда. – 1932. – С. 3.
3. ГАХК. Ф.353. О.1. Д.78. Л.103.
4. ГАХК. Ф.537. О.1. Д.143. Л.21-24.
5. ГАХК. Ф.683. О.1. Д.6. Л.131.
6. ГАХК. Ф.683. О.1. Д.7. Л.14.
7. ГАХК. Ф.683. О.1. Д.19. Л.54.
8. ГАХК. Ф.683. О.1. Д.21. Л.7,11,12,63.
9. ГАХК. Ф.683. О.1. Д.22. Л.8,9.
10. ГАХК. Ф.683. О.1. Д.23. Л.40.
11. ГАХК. Ф.683. О.1. Д.44. Л.41.
12. ГАХК. Ф.683. О.1. Д.55. Л.155,161,165.
13. ГАХК. Ф.683. О.1. Д.77. Л.31,33,34,38,44.
14. ГАХК. Ф.683. О.1. Д.101. Л.2.
15. ГАХК. Ф.683. О.1. Д.119. Л.5.
16. ГАХК. Ф.683. О.1. Д.211. Л.73,74.
17. Гончар В.В. Особенности оказания зубоветеринарной помощи жителям Приморья в период становления Советской власти (1922–1926 гг.) // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2014. – № 3. – С. 97-100.
18. Гончар В.В. Реформирование советского зубоветеринарного обслуживания в конце 1920-х – начале 1930-х гг. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 96-100.
19. Дальневосточный край в цифрах : справочник / ред. О.Г. Ира. – Хабаровск: Дальневосточное краевое издательство, 1932. – 262 с.
20. ДВК в цифрах. Статистический справочник на 1932 г. / ред. Г. Гончар, С. Наумов. – Хабаровск, 1932. – 119 с.
21. Запрещать ли частную врачебную практику? // Тихоокеанская звезда. – 1930. – № 83. – С. 3.
22. Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока. – Благовещенск, 1976. – 152 с.
23. Кулинич Н.Г. Повседневная культура горожан советского Дальнего Востока в 1920–1930-е годы. – Хабаровск, 2010. – 270 с.
24. Постановление ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян // Правда. – 1929. – № 302. – С. 3.
25. Ратманов П.Э. Из истории русского зубоветеринарного образования в Харбине в первой половине XX века // Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 3. – С. 65-67.
26. Ратманов П.Э. Медицинская помощь застрахованным на Дальнем Востоке в первые десятилетия XX века : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 32 с.
27. Статистический обзор состояния здравоохранения и заболеваемости заразными болезнями в РСФСР в 1927 г. – М. – Л., 1931.
28. Чикин С.Я. Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке. – М., 1979. – 175 с.

#### Literature

1. Vlasov G.A. Khabarovsk krai health care system history outlines (1856-1968): author's abstract of Doctor of Philosophy and Medicine. – Tomsk, 1964. – P. 424.
2. Gaidar A. Behind a tall wall // The pacific star newsletter. – 1932. – P. 3.
3. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.353. O.1. D.78. L.103.
4. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.537. O.1. D.143. L.21-24.
5. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.683. O.1. D.6. L.131.
6. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.683. O.1. D.7. L.14.

7. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.683. O.1. D.19. L.54.
8. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.683. O.1. D.21. L.7,11,12,63.
9. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.683. O.1. D.22. L.8,9.
10. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.683. O.1. D.23. L.40.
11. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.683. O.1. D.44. L.41.
12. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.683. O.1. D.55. L.155,161,165.
13. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.683. O.1. D.77. L.31,33,34,38,44.
14. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.683. O.1. D.101. L.2.
15. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.683. O.1. D.119. L.5.
16. The State Archive of Khabarovsk krai. – F.683. O.1. D.211. L.73,74.
17. Gonchar V.V. Peculiarities of Primorye citizens dental aid in the period of Soviet Union establishment (1922-1926) // Pacific Medical Journal. – 2014. – № 3. – P. 97-100.
18. Gonchar V.V. Soviet Union dental care reform of late 1920 – early 1930 // Far Eastern Medical Journal. – 2014. – № 4. – P. 96-100.
19. Far Eastern territory in numbers: statistical guidance / ed. by O.G. Ira. – Khabarovsk: Far Eastern territory publishing house, 1932 – P. 262.
20. Far Eastern territory in numbers: statistical guidance (1932)/ ed. by G. Gonchar, S. Naumov. – Khabarovsk, 1932. – P. 119.
21. Is it necessary to forbid private practice medical aid? // The Pacific Star newsletter. – 1930. – № 83. – P. 3.
22. Isakov A.V. Far Eastern health care system development. – Blagoveshensk, 1976. – P. 152.
23. Kulinich N.G. Ordinary culture of Far Eastern territory citizens is 1920-1930. – Khabarovsk, 2010. – P. 270.
24. On the terms of factory and rural workers medical aid. Executive order of the Central Committee of the All-Union Communist Party of the Bolsheviks // Truth newspaper. – 1929. – № 302. – P. 3.
25. Ratmanov P.E. From the history of Russian dental education in Harbin in first half of XX century // Russian dental journal. – 2008. – № 3. – P. 65-67.
26. Ratmanov P.E. Medical aid of insured citizens of Russian Far East in the first decade of XX century: author's abstract of Doctor of Philosophy and Medicine. – Tomsk, 1964. – P. 424.
27. Statistical review of health care system condition and infectious diseases morbidity in RSFSR in 1927. – M. – SPB., 1931.
28. Chiklin S.Ya. Health care system in Siberia and Russian Far East. – M., 1979. – P. 175.

**Координаты для связи с авторами:** *Гончар Владимир Владимирович* – канд. мед. наук, доцент кафедры стоматологии Института повышения квалификации специалистов здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края, тел. 8-(4212)-73-02-96, e-mail: goncharvv@mail.ru; *Ратманов Павел Эдуардович* – д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, e-mail: ratmanov@gmail.com.

