

В.В. Гончар¹, П.Э. Ратманов²

Проблемы кадрового обеспечения зубоврачебных (стоматологических) практик Советской России 1930-х годов

¹Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения Министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск
Контактная информация: П.Э. Ратманов, e-mail: ratmanov@gmail.com

Резюме

На протяжении 1920-1930-х гг. в Советской России шел поиск оптимальных путей решения кадрового дефицита в зубоврачевании (стоматологии). Несмотря на мировые тенденции о приоритете высшего стоматологического образования, в России, в силу социальных, экономических и политических причин к концу 1930-х гг. установилась трехуровневая система подготовки стоматологических кадров. Эта система включала в себя подготовку врачей-стоматологов с высшим образованием, подготовку зубных врачей в зубоврачебных школах для массового лечебного приема, а также была узаконена подготовка дантистов, т.е. работников, подготовленных путем наставничества на рабочем месте.

Ключевые слова: СССР, зубоврачевание, стоматология, зубной врач, история медицины, медицинское образование

V.V. Gonchar¹, P.E. Ratmanov²

The political phenomenon of Cuban medicine

¹Postgraduate Institute for Public Health Workers, Khabarovsk

²Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

e-mail: ratmanov@gmail.com

Summary

During the 1920-1930s in Soviet Russia there was the search for optimal solutions of staff shortage in dentistry. Despite the global trends of priority of higher dental education, in Russia due to the social, economic and political reasons by the end of the 1930s a three-levels system of training of dental personnel was established. This system included the training of dentists-physicians with higher education, the training of dentists in dental schools for mass medical care, as well as training of dentists in the workplace was legalized.

Key words: USSR, dentistry, dentist, history of medicine, medical education

Введение

В течение 1920-х гг. Советской России, несмотря на скудные внутренние ресурсы и минимальную помощь извне, удалось расширить сеть лечебных заведений, увеличить численность медицинского персонала и количество медицинских услуг, организовать территориальные системы здравоохранения, а также улучшить управление отраслью. Тем не менее, общая эффективность и качество оказываемой медицинской помощи оставалось не на очень высоком уровне. Медицинские учреждения постоянно испытывали дефицит ресурсов (человеческих, финансовых, лекарственных), потребность в медицинских услугах со стороны населения превышала возможности системы здравоохранения [75].

Имеющиеся научные публикации советского периода, посвященные эволюции зубоврачебного и стоматологического образования в СССР [16, 17, 19, 21, 38, 39, 46, 50], а также монографии, в которых поднимаются вопросы кадрового обеспечения зубоврачебных практик страны говорят о том, что в конце 1920-х - начале 1930-х гг. возникли серьезные проблемы кадрового обеспечения [43, 66, 67]. По мнению этих авторов, нехватка кадров возникла в связи с высокими темпами экономического развития страны, огромным размахом коренных социальных изменений в городе и на селе, а так-

же с тем, что существовавшая система подготовки специалистов в зубоврачебных школах, несмотря на коренные улучшения после 1917 г., оказалась несостоятельной в новых условиях. Недостатки в подготовке и использовании стоматологических кадров с высшим медицинским образованием были вызваны общими трудностями социалистического строительства молодого советского государства, принципиальными разногласиями, а порой «отсталыми» взглядами отдельных организаторов здравоохранения, а также формальной организацией дела. Учитывая важность и срочность решения настоящей проблемы, ВКП(б) и Советским государством в начале 1930-х г. были осуществлены ряд тесно связанных между собой мероприятий по обеспечению населения квалифицированными стоматологическими кадрами.

В публикациях постсоветского периода [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 61], проблема кадрового дефицита квалифицированных стоматологических кадров 1930-х гг. в РСФСР стала объясняться ошибочным выбором в 1918 г. модели организации подготовки стоматологических кадров, при котором зубоврачеванием могли заниматься только врачи, получившие полное медицинское образование на медицинских факультетах и прошедших специализацию по одонтологии после окончания ВУЗа. Эта модель стоматологического образования оказалась в Советской России крайне не эффективной, т.к. не позволила быстро наращивать кадры практической стоматологии. Анализ мате-

риалов по развитию стоматологического образования, проведенный К.А. Пашковым показал, что до 1935 г. в СССР не было единой системы подготовки кадров стоматологического профиля [59].

Обсуждение результатов

Особенности организации зубо-врачебной помощи в Советской России в 1920-х гг.

В начале 1920-х гг. Народный комиссариат здравоохранения (Наркомздрав) РСФСР предполагал создать для населения страны государственную зубо-врачебную службу, главным образом, путем равномерного распределения имеющихся зубоврачебных кадров по стране. Государство декларировало, что обеспечит население в городах и сельской местности зубными врачами в следующем количестве: по 1 зубному врачу на 10,0 тыс. человек и 5,0 тыс. школьников в городах, в сельских местах по 1 специалисту на сельский медицинский участок. В крупных университетских городах был предусмотрен 1 зубной врач на 5,0 тыс. городского населения и 1 врач на 2,5 тыс. школьников [34].

Политические и экономические условия на местах внесли существенные коррективы в эти планы. Основная масса зубных врачей находилась в крупных городах и отказывалась добровольно переезжать в провинцию и работать там за продовольственный паек. Губернии,

находившиеся в более выгодном экономическом положении, имели возможность привлечь на государственную службу местных специалистов, однако привлечь зубных врачей из центра они не могли. С другой стороны, во время Гражданской войны в провинциальной России, где развернулись боевые действия, остро встал вопрос о личной безопасности, снабжении продовольствием. В этих условиях власть не только не могла привлечь на работу к себе новые силы, но и потеряла тех, которые имелись на местах.

Поворот от военного коммунизма к Новой экономической политике (НЭП) также не позволил выполнить поставленные перед советским зубоврачеванием задачи. Перевод здравоохранения на местные средства в 1922 г. и разрешение частной практики привели к тому, что в ряде губерний число зарегистрированных частных кабинетов стало больше, чем действующих государственных зубоврачебных учреждений. Так, в г. Харькове в 1929 г. менее 10% стоматологических больных обслуживалась силами и средствами государственных амбулаторий [21]. Жесткие указания власти о соблюдении классового принципа при оказании зубоврачебной помощи привели к тому, что основной массой получателей государственной зубоврачебной помощи стали исключительно лица, вовлеченные в социальное страхование (рабочие, служащие и члены их семей) [22, 23].

В период НЭПа многие врачи, находившиеся на государственной службе, неудовле-

творенные своим социально-экономическим положением, стали заниматься частной практикой на стороне, и при этом использовали свою работу в государственных учреждениях в целях частной практики. О размахах оказания платных услуг в здравоохранении можно судить по следующим данным. Только в одной Москве в 1930 г. свыше 1,5 тыс. врачей (17,5% всей численности) было вовлечено в частную практику, ежегодно они выписывали 2,7 млн. рецептов для частных больных [47]. В Харькове в 1930 г. насчитывалось 320 частнопрактикующих зубных врачей и стоматологов, многие из которых закончили советские вузы и училища [21]. Между тем, зубоврачевание наряду с производством абортоталось самым коммерциализированным сектором здравоохранения. Обыватели относили зубных врачей, занимающихся частной практикой, в категорию обеспеченных людей [48].

К концу 1920-х гг. руководители здравоохранением отмечали, что «городская масса врачей засела в крупных городах», где повсюду процветала частная практика, обслуживавшая остатки деклассированной буржуазии и «ответственных работников». Создавалось впечатление о достаточности врачей, и проводимая доктрина НКЗ «режима экономии» конца 1920-х гг. была направлена не столько в сторону подготовки новых

медицинских кадров, а сколько в перераспределении врачебных излишков, зарегистрированных на бирже труда. Упорное нежелание зубных врачей направиться работать в провинцию и в сельскую местность, считалось, по мнению власти, единственным тормозом для нормального развития сельского зубоврачевания.

В этот же период организаторы советской медицины замечали, что протезное зубоврачевание «свило себе прочное гнездо в частных кабинетах» [34]. В процессы «подпольного» коммерческого зубопротезирования активно вовлеклись зубные техники, которые констатировали, что у государства «грошовая зарплата, расценки занижены, а нормы повышены» [48]. НКЗ РСФСР в 1927 г. усилил работу по недопущению приема больных, нуждающихся в зубопротезировании зубными техниками нелегально, у себя на дому, и самостоятельного производства зубоврачевания и зубопротезирования за счет средств граждан в кабинете государственного учреждения. Также усиливался надзор за частными зубоврачебными кабинетами предлагающими услуги зубных техников. Но несмотря на декларации об усилении контроля над зубоврачеванием и формальный запрет на любую клиническую работу зубным техникам, недостаток специалистов привел к тому, что НКЗ посчитал возможным допустить квалифицированного зубного техника к вспомогательным манипуляциям во рту у пациента. Зубным техникам стало разрешаться снимать слепки, определять си-

стему протеза, прикуса, цвет зубов с примеркой и сдачей протеза пациенту, однако конечная ответственность возлагалась на зубного врача [71].

Вопреки мнению власти о буржуазной основе частной медицинской практики, большинство пациентов врачей частных клиник были застрахованными или членами их семей, которые желали заплатить за медицинские услуги из-за недовольственности государственной системой. Причинами, по которым застрахованные обращались к частным врачам, являлось длительное время ожидания в очереди на прием к государственному врачу, отсутствие комфорта для пациентов к лечебным учреждениям. Врачи в государственных поликлиниках были перегружены работой и уделяли мало внимания пациентам. Пациенты были вынуждены долго ожидать прием, была вероятность получить отказ в медицинской помощи. Отношение медицинского персонала было недостаточно вежливое, иногда даже грубое; в народе говорили, что «врачи пишут больше, чем осматривают»; при обращении к врачу требовалось слишком много разных документов; врачи государственных учреждений брали «взятки» [47; 71; 75]. Несмотря на это политизированная часть общества требовала прекратить частную практику как несовместимую с честью и достоинством

советского врача и интересами советского государства [21].

Недовольство населения зубоврачебными услугами государственных учреждений частично объяснялась плохим материальным обеспечением. Основная доля государственной зубоврачебной помощи приходилась не на крупные зубоврачебные амбулатории, а на мелкие зубные кабинеты, которые были оборудованы устаревшим, порою самым примитивным оборудованием, «креслами-вертушками», а еще чаще деревянными, не поднимающимися креслами. Государственные зубные кабинеты постоянно испытывали перебои в снабжении, в них полностью отсутствовал средний вспомогательный персонал. В таких кабинетах работа велась по обращаемости, а в виду большого потока больных и огромных очередей, без декларируемого в первые годы советской власти профилактического уклона.

Реформирование советского зубоврачебного образования в 1920-х гг.

В 1918 г. с подачи зубоврачебной секции НКЗ при активной поддержке руководителей Главпрофобра РСФСР была проведена реорганизация всей системы зубоврачебного образования [62]. Одним из первых шагов в этой области было закрытие зубоврачебных школ, передача зубоврачебного образования в стены университетских факультетов с открытием при всех медицинских факультетах обязательных для всех студентов медиков одонтологических кафедр. Но достаточного финансирования это мероприятие не получило, в результате этого

кафедры одонтологии, особенно в провинции влачили «жалкое существование» и не могли должным образом организовать процесс обучения [1]. Вместе с тем, многие зубоврачебные школы в провинциальной России продолжали функционировать вплоть до 1921 г., что дало возможность около 2 500 зубных врачей получить дипломы [43].

Следующим шагом реформы являлось создание зубоврачебных институтов по переподготовке «старорежимных» зубных врачей во врачей-одонтологов и специализации врачей-выпускников медицинских факультетов в одонтологи. Включение одонтологии в классическое медицинское образование, по мнению реформаторов (в первую очередь П.Г. Дауге), должно было способствовать превращению одонтологии в равноправную и равноценную медицинскую дисциплину [28, 29, 31, 32, 33, 34, 52, 68, 69]. Однако фактически за 10 лет зубоврачебных институтов было создано немного, более того, они нуждались в грамотных преподавателях, профессорах, в клиниках и лабораториях, на это требовались огромные материальные затраты, которых было недостаточно. Спросом такое обучение не пользовалось, т.к. обучение одонтологии было на 2 года дольше, а юридическое и социально-экономическое положение таких специалистов до конца так и не было юридически урегулирова-

но. Более того, в России традиционно зубные врачи имели более низкий социальный статус, чем выпускники медицинских факультетов, поэтому врачи не хотели становиться специалистами «техники зуболечения».

Руководители здравоохранением на местах еще не видели роли новых специалистов в здравоохранении, которым во главу угла работы ставились вопросы по предупреждению кариеза, разработки общих мероприятий и методов борьбы с социальными и биологическими причинами его развития, особенно в детском возрасте [51]. В связи с этим возникали трудности при распределении окончивших институт, не было примеров массового использования таких специалистов [38]. Труд одонтологов в государственных учреждениях по-прежнему оценивался ниже любого другого медицинского труда, причем заработная плата едва достигала 55-60% от промышленного сектора экономики [54]. Таким образом, это привело к тому, что обеспечить в государственном масштабе специалистов по зубоврачеванию, через тех врачей, которые захотели избрать своей специальностью одонтологию, а также переобучением зубных врачей в одонтологов на практике оказалось невозможным.

В связи с катастрофической нехваткой квалифицированных специалистов по зубоврачеванию в РСФСР в 1932 г. вновь были открыты зубоврачебные школы с 3-х годичным сроком обучения. Более того, органам власти на местах стали разрешать проводить различные курсы по переквалификации среднего ме-

медицинского персонала в зубных врачах.

Так, например, в Смоленске в 1932 г. на базе центральной зубоврачебной поликлиники были организованы постоянно действующие курсы по переквалификации фельдшеров и акушеров в зубные врачи [72]. В отдаленных районах Дальнего Востока переквалификация средних медицинских работников в зубных врачей осуществлялась путем ученичества в зубном кабинете [44]. Кроме того, фельдшерам разрешалось выполнять простейшие хирургические операции в полости рта, а именно вскрытие абсцессов, удаление зубов и их корней [71].

Необходимо отметить, что врачи-одонтологи из Украины, где с начала 1920-х гг. были организованы одонтологические факультеты [25, 26], приезжали на работу в РСФСР, что стало порождать конфликты, связанные с параллельным существованием трех категорий специалистов: зубных врачей со средним медицинским образованием, врачей-одонтологов украинского типа (окончивших за 4 года одонтологическое факультеты) и врачей-одонтологов из вузов РСФСР, т.е. выпускников лечебно-профилактических факультетов, специализировавшихся в области болезней полости рта и зубов [31]. Привлекательность украинской модели состояла в том, что имела возможность быстро наращивать численность новых зубоврачебных кадров, чего

не могла обеспечить российская модель, дававшая всего 10-20 «полноценных» врачей-одонтологов в год. В связи с этим, пустующие вакансии в РСФСР стремительно заполняли выпускники украинских одонтологических факультетов [33].

Ошибочность первоначально выбранного НКЗ РСФСР пути зубоврачебного образования стала очевидной. В конце концов, даже советские историки медицины констатировали, что вопросы массовой подготовки кадров для практического здравоохранения к началу 1930-х годов были не решены [43], «неудачные попытки свести подготовку кадров к стажированию по стоматологии врачей общего профиля» привели к тому, что необходимо было принять срочные меры для ускоренной массовой подготовки стоматологов на специальных отделениях мединституты [16, 38].

Созданная в 1920-х гг. система среднего медицинского образования стала осуществлять подготовку зубных техников в зубопротезных техникумах. К концу 1929 г. в РСФСР функционировало 3 зуботехнических техникума. Специалисты, окончившие государственные зубопротезные техникумы спросом не пользовались и не находили применение, пополняя ряды безработных. В 1929 г. на IV Всероссийской конференции по среднему медицинскому образованию отмечалось, что слабые теоретические знания и практические навыки выпускников зубопротезных техникумов обусловлены слабостью материальной базы и крайне скудными финансовыми сред-

ствами на обучение, отсутствием грамотных преподавателей, слабостью начальной подготовки поступающих в техникумы. С другой стороны, на конференции подчеркивалось, что места в государственных зубопротезных лабораториях и мастерских заняты лицами с ремесленной подготовкой, т.к. была еще сильна традиция подготовки зубных техников ремесленным порядком у частных зубных врачей и техников, несмотря на имеющиеся зубопротезные техникумы в стране [53].

Реформа зубоврачебного образования в период «великого перелома»

Наметившийся кризисные явления в здравоохранении страны в конце 1920-х гг. требовали срочной корректировки с учетом «текущего момента», а именно переход модели советской экономики с рыночно-ориентированной, которая доминировала при НЭПе, на планово-централизованную, связанную с идеями форсированной индустриализации страны и коллективизацией сельского хозяйства [27].

В этой связи руководство НКЗ под руководством Н.А. Семашко, который являлся сторонником равного доступа к медицинской помощи [55], в начале 1929 г. подготовил план развития здравоохранения, который можно оценить как реалистичный. Этот план предусматривал расширение подведомственной сети, государственную поддержку территориаль-

ной медицины, проведение «режима экономии» и «усиление социального накопления», перераспределения 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 здравоохранением за «уравнительный принцип», заимствованный из арсенала земской медицины посчитали, что это в корне противоречит проводимой партийной политике по индустриализации страны и вытекавшей из нее классовой линии советского здравоохранения. По их мнению, только быстрый рост системы здравоохранения, ориентированный на оказание помощи на месте 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 на производстве и росте «энергетических ресурсов» страны [54]. Как отмечает канадский исследователь советского здравоохранения К. Бартон, «в этой связи, основной принцип советской медицины - общедоступность мог стать слабым звеном при осуществлении глобальных планов партии» [15]. Прежнее руководство здравоохранением вынуждено было смириться с новой риторикой официальной медицинской печати, где уже в 1930 г. заявлялось, что «се-

годня ни пролетариат, ни трудящееся крестьянство не довольны классовым лицом советской медицины. Сколько еще гнилых яблочек висит по кабинетам, и будет правильно их потрусить» [8]. Точку в споре между двумя противоположными группами акторов поставили партийные лидеры, которые поддержали сторонников второго, форсированного плана [75]. Н.А. Семашко и его соратники 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».

В связи с этим был скорректирован план развития здравоохранения. Во-первых, были сделаны попытки по переброске медицинских 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, который должен был стать аванпостом советского здравоохранения. 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 [27] были предприняты шаги по ликвидации частного медицинского сектора [65]. Таким образом, применение «участкового принципа» оказания медицинской помощи должно было отодвинуто на второй план, должен был возобладать «индустриальный принцип» здравоохранения.

Второй вариант первого пятилетнего плана, который был подготовлен новым наркомом здравоохранения 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, учитывал потребности широких масс индустриальных рабочих, социалистически реконструируемой деревни и дифференцированного медицинского обслуживания отдельных групп населения в соответствии с их ролью в социалистическом строительстве республики [14; 54].

В соответствии с новыми целевыми установками была рассчитана потребность в зубоврачебных кадрах, которая составляла к концу первой пятилетки 9474 специалиста. Для транспорта количество зубных врачей должно было доведено до 1159 человек. В отличие от прежних заявлений власти о необходимости повышения квалификации зубовра-

чебной помощи путем увеличения числа врачей-одонтологов, практически удовлетворить потребность в специалистах в течение первой и второй пятилетки предлагалось путем переквалификации средних медицинских работников в зубных врачей. Планировалась переподготовка около 2500 человек, в первую очередь фельдшеров, зубных техников, а остальные 2000 должностей предлагалось заместить за счет совместительства в городах, причем процент нагрузки совместительства в городах в среднем должен составлять до 60-65%.

Предполагалось, что расширение сети зубоврачебной помощи должно было идти рука об руку с рационализацией всей зубоврачебной работы специалистов. 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. 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 [54], а объем зубоврачебной помощи должен был быть не менее 10-20% от всех амбулаторных по-

сещений. Специальная стационарная стоматологическая помощь в первые пятилетки не планировалась [60].

С целью улучшения социально-экономического положения врачей планировалось увеличение их заработной платы и доведение ее до уровня средних значений по экономике, причем в целях обеспечения медицинской помощью промышленных центров и районов сплошной коллективизации планировался дифференцированный подход в зависимости от экономического значения региона. Предлагалось шире использовать существующие фонды для премирования. В целях стимулирования притока медицинских работников на село проектировалось выравнивать зарплату работников села и города, а в районах сплошной коллективизации установить ставки выше, чем в менее важных городских местностях. В целях обеспечения реальной заработной платы НКЗ ставил своей задачей приравнивание некоторых групп медперсонала по снабжению продуктами питания и предметами широкого потребления к рабочим. Наиболее полное использование имеющегося потенциала медицинских специалистов, обеспечение возможности совместительства ставило перед органами управления здравоохранением задачи по решению ряда бытовых проблем врачей в т.ч. по обеспечению врачей жилплощадью, детей врачей яслями.

На протяжении всех 1930-х гг. шел поиск оптимального решения кадрового вопроса в здравоохранении, декларировалось, что кадры

«решают все», шла «борьба за создание новой советской медшколы». Курс на индустриализацию, недоверие к «буржуазным» специалистам обусловили рост потребности в новых кадрах с высшим образованием и соответствующую политику реализации «большого скачка» в развитии советской высшей медицинской школы. Это означало расширение сети учебных заведений, их специализацию в подготовке, увеличение численности студентов, главным образом из социально близких к власти слоев общества, изменение стратегии управления вузами, их «отраслирование». Многочисленными директивами и постановлениями выстраивалась советская модель медицинского образования. Наиболее важными в этом ряду являлись: постановление ЦК ВКП(б) от 1 июня 1931 г. «О медицинских кадрах», постановления ЦИК СССР от 19 сентября 1932 г. «Об учебных программах и режиме в высшей школе и техникумах» и от 3 сентября 1934 г. «О подготовке врачей», постановление Совнаркома (СНК) СССР и ЦК ВКП(б) от 23 июня 1936 г. «О работе высших учебных заведений и о руководстве высшей школой».

В начале 1930-х гг. властные органы констатировали, что система подготовки врачебных кадров не соответствовала запросам, которые предъявлялись в области народного здравоохранения в

условиях социалистического строительства. Число окончивших медицинские вузы отставало от спроса на квалифицированных работников. Руководители здравоохранением это объясняли недостаточностью норм приема абитуриентов и продолжительностью сроков обучения. Целевая установка вузов на подготовку врачей общей квалификации, перестала отвечать огромному спросу на узких специалистов. Более того, было отмечено, что окончившие вузы недостаточно готовы к самостоятельной практической деятельности. Партией брошен клич о ранней и узкой специализации.

До 1930 г. подготовка врачей проводилась на медицинских факультетах университетов, находящихся в ведении Народных комиссариатов просвещения союзных республик. Постановлением СНК СССР от 23 июля 1930 г. «О реорганизации ВУЗов, техникумов и рабочих факультетов» медицинские факультеты университетов были реорганизованы в самостоятельные медицинские институты и переданы в ведение Народных комиссариатов здравоохранения союзных республик, что должно было приблизить систему образования к условиям экономического районирования страны.

Одним из первых решений в этой сфере являлось постановление СНК РСФСР от 19 июня 1930 г. «О реорганизации системы подготовки врачебных кадров». Это решение было направлено на ускоренное пополнение страны медицинскими кадрами, причем с законченной специальностью по основным

направлением медицины. Устанавливались приоритеты в отраслях здравоохранения: лечебно-профилактический, санитарно-профилактической и, впервые акцентировалось внимание на новой для здравоохранения РСФСР самостоятельной медицинской дисциплине - стоматологии [74]. 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 массовой подготовки квалифицированных специалистов, а специалисты должны были быть не «аристократией» от стоматологии, а квалифицированными массовыми 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 общепатологических, общемедицинских, общественно-политических и специальных знаний. Готовились новые учебные планы и программы медицинских вузов по всем специальностям, в т.ч. учебные планы стоматологического отделения, а также кур-

сы по стоматологии для прочих факультетов и отделений. Между тем, в короткие сроки организовать достаточное количество факультетов не представлялось возможным. Скептики, в лице недавно смещенного руководителя зубо-врачебной секции НКЗ П.Г. Дауге, отмечали, что стоматологические отделения - это «массовое открытие курсов для ускоренной подготовки медицински неполноценных зубных врачей из разных категорий среднего медперсонала» [34]. Опыт работы стоматологических отделений при медицинских институтах показал серьезные недостатки в подготовке специалистов, в результате чего они в 1933 г. были закрыты [16]. Острая нехватка специалистов в области зубного протезирования спровоцировала в 1930 г. решение о немедленной переквалификации зубных техников в зубных протезистов [59], что привело к появлению в здравоохранении временного типа специалиста «протезист».

Таким образом, новые принципы построения обучения специалистов в области зубо-врачевания приблизились к новым требованиям жизни и партийной директиве. Более того, они положили конец долголетнему антагонизму между двумя системами зубоврачебного образования - системой РСФСР, отстаивавшей общепатологическую подготовку для одонтологов наравне с прочими медицинскими специальностями, и украинской системой одонтологических факультетов. На стоматологическом отделении, построенном на биолого-медицинской базе с хирургическим, терапев-

тическим и пр. отделениями мединститута, сошлись представители одонтостоматологии РСФСР и УССР [3-9].

Лихорадочная спешка в наращивании числа выпускаемых специалистов - характерная черта исторического периода. По решению партии было решено «увеличить сеть медвузов; удвоить норму приема путем введения двух смен занятий и двух приемов в год; развернуть сеть вечерних медфаков; сократить сроки обучения; отменить лекции, заменив их круглогодичной производственной практикой и семинарской проработкой; отказаться от экзаменационной проверки знаний, а также от латинской терминологии; предъявить к студенту и к преподавателю такое же требование трудовой дисциплины, какое предъявлялось к рабочему у станка» [8].

Массовое распространение зубных заболеваний и специфический характер врачебной работы стоматолога, связанный с огромным количеством технико-вспомогательных манипуляций требовали обучение вспомогательного средне-медицинского персонала с целью увеличения производительности труда врача-стоматолога. Средний медицинский персонал для работы в стоматологических лечебных заведениях должен был делиться на две группы: на клинических техников (медицинских сестер) и протезных техников. Среднее медицинское об-

разование также подстраивалось под запросы производства и текущий момент. Так, при проработке программ по теории и практике протезной техники предлагалось обратить исключительное внимание на работы, имеющих массовое применение: каучуковые протезы, коронки, небольшие мостовидные протезы и шины. Все остальные, нераспространенные виды протезирования, такие как керамические зубные протезы, протезирование на драгоценных металлах, регуляционные аппараты для ортодонтических целей, должны изучаться в виде демонстраций их изготовления с теоретическим обоснованием [53].

Советское зубоврачебное образование во второй половине 1930-х гг.

За 1930 - 1935 гг. значительного прогресса в подготовке стоматологов в РСФСР достичь не удалось. На Всероссийском совещании по зубоврачебному образованию в 1935 г. было отмечено, что «в РСФСР существует зубоврачебное образование только как среднее медицинское образование, на Украине только как высшее, на местах зубных врачей готовят всякий по своему» [59].

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 осу-

ществляется в самостоятельных стоматологических институтах с четырехгодовалым сроком обучения. В 1935- 1936 гг. в РСФСР были открыты сразу 10 самостоятельных стоматологических институтов. Подготовка массовых кадров зубных врачей должна была производиться в зубоврачебных школах с трехгодовалым сроком обучения, причем образовательный ценз для поступления в них был установлен не ниже семи классов. Более того, была узаконена подготовка дантистов, т.е. специалистов по зубоврачеванию, обучавшихся практическим навыкам в течение трех лет при стоматологических отделениях больниц или зубоврачебных поликлиниках, которые также должны были иметь общеобразовательную подготовку не ниже семи классов. Подготовка зубных техников для выполнения технических работ по зубопротезированию должна была проводиться в зубопротезных техникумах с 2,5 годом обучения на базе семилетнего образования и на специальных курсах с годичным сроком обучения [40]. Заключительным этапом образования была последипломная подготовка как врачей-стоматологов, так и зубных врачей [76].

Приказом НКЗ СССР от 13 сентября 1937 г. «Об улучшении дела переквалификации зубных врачей во врачей-стоматологов» была упорядочена система перехода зубных врачей во врачей-

стоматологов. Переобучение предусматривалось сроком два с половиной года, из которых - два года без отрыва от производства и последние полгода на базе стоматологических институтов и кафедрах стоматологии в ряде медицинских институтов [40].

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 одонтофаки, 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 [18].

Очередным шагом кадровой политики являлось постановление СНК СССР от 14 мая 1939 г. «Об улучшении подготовки средних медицинских кадров». Этим документом подтверждена легитимность зубоврачебных школ с 3-х годичным сроком обучения, однако был увеличен образовательный ценз для поступления с семи классов общеобразовательной школы до девяти. Зуботехнические курсы были реорганизованы в зуботехнические школы с двухгодовалым сроком обучения.

Постановлением СНК СССР от 2 октября 1940 г. «Об установлении платности обучения в старших классах средних школ и высших учебных заведениях» была введена плата за

обучение в высших учебных заведениях [58]. Это решение обосновывалось возросшим уровнем материального благосостояния народа, но, по сути дела, стимулировала поступление малообеспеченной части населения на обучение в систему среднего профессионального образования, что являлось политикой власти на пополнение, в первую очередь, рядов рабочего класса страны.

Заключение

Во второе десятилетие XX в. в России широко развернулась общественная дискуссия о путях реформирования зубоврачебного образования. Было замечено, что зубоврачебное образование России значительно отстает в своем развитии от западных школ, где зубоврачевание превратилось в отрасль медицины на научной основе и заниматься ею могли лишь лица, получившие высшее медицинское образование на медицинских факультетах, например как в Австрии или в специализированных институтах по примеру Германии [2, 11, 20, 35, 36, 37, 41, 42, 45, 63, 64, 70, 73]. Позиция медицинского сообщества России состояла в том, чтобы ликвидировать независимую систему зубоврачебного образования и соединить зубоврачевание с общемедицинской наукой. В связи с этим, они требовали передать зубоврачебное образование из частных школ университетским медицинским факультетам. С другой стороны,

зубоврачебная корпорация, сопротивлялась попыткам врачей-медиков установить контроль над специальностью, но понимая недостатки частного зубоврачебного образования, лоббировала организацию государственных зубоврачебных институтов не подконтрольных медицинским управленческим структурам [24].

В 1918 г. в Советской России власть встала на путь «поглощения» зубоврачебного образования общемедицинской наукой, что было связано с идеями построения советской модели социального зубоврачевания. По мнению идеологов реформ, только общемедицинское образование для одонтологов с последующей специализацией, разрешит стоявшие перед советским зубоврачеванием проблемы. Следуя социалистической методологии здравоохранения, врач-одонтолог должен быть в первую очередь врачом общего характера, равноправным членом медицинской семьи, с широким потенциалом медицинского творчества особенно в профилактике. Воодушевленные идеями социальной гигиены, школьной санацией, будущее реформаторам виделось так, что при правильно организованной работе, пломбировщики, протезисты будут не нужны. Наложение пломб не будет являться главной задачей одонтолога, вся второстепенная работа будет переложена на специальных технических помощников. Более того, модель «высокого зубоврачебного образования», по мнению реформаторов, не позволила бы вернуться к «золотым временам частной практи-

ки». В связи с этим, были ликвидированы «буржуазные» зубоврачебные школы и стоматологическое образование было передано медицинским факультетам. Через них было решено «пропустить» всех до-революционных зубных врачей и дантистов, которые желали поступить на государственную службу. Однако у государства отсутствовали возможности для финансирования новой концепции одонтологического образования в полном объеме [49]. Более того, сложившаяся в профессиональной среде скверная репутация различных вариантов и суррогатов высшего одонтологического образования в России вызвала упорное сопротивление в среде профессионалов, что также влияло на ход реформ [10, 12, 13].

Проведение реформ совпало с кризисом удовлетворенности населения доступной квалифицированной зубоврачебной помощью, большим недостатком специалистов практического звена, отсутствием необходимого количества квалифицированных научно-педагогических кадров, отсутствием баз практического обучения. Модель российского одонтологического образования не позволяла быстро наращивать численность новых зубоврачебных кадров и, в связи с этим, быстро нарастал дефицит специалистов.

В начале 1930 г. партийное руководство страны отказалось от этой модели зубоврачебного образования, которая

не могла адекватно удовлетворить количественные и качественные потребности в квалифицированных кадрах, не была способна поддерживать перемены в экономике и социальной структуре советского общества, не являлась стимулом подъема производительности общественного труда и не влияла на рост национального дохода. Поводом для реформ стало отставание подготовки медицинских кадров от темпов индустриализации и коллективизации, вызванное обострением межведомственных противоречий, ошибками аппаратчиков, а также неадекватной оценкой сложившейся ситуации [56, 57], а, по мнению ее разработчиков, «колебаниями генеральной линии партии» [30]. Модель зубоврачебного образования РСФСР вступила на путь ранней специализации и подготовки узкого специалиста.

Семнадцать лет (1918-1935 гг.) в Советской России шла дискуссия о путях реформирования стоматологического образования и ее практического воплощения, однако четкого и однозначного решения так и не было принято. Было件нятно, что в ближайшей перспективе решить кадровый вопрос в огромной стране не удастся, поэтому было решено использовать все имеющиеся ресурсы и возможности.

В конце 1930-х г. 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 практи-

ческую подготовку по зубоврачеванию.

Такая структура сложилась не сразу, а поэтапно, на основе проб и ошибок, и отражала, скорее, вызовы времени, чем преднамеренную политику в области образования.

Несмотря на мировые тенденции к формированию высшего стоматологического образования с продолжительным сроком обучения 4-5 лет, в РСФСР накануне Второй мировой войны массовое зубоврачебное образование оказалось отброшенной в XIX в., в период существования специальных учебных заведений, когда доминировало среднее медицинское образование продолжительностью 2-3 года в зубоврачебных школах.

Список литературы

1. Агапов Н.И. Отчет об организации кафедры одонтологии и одонтологической клиники Иркутского университета // Журнал одонтологии и стоматологии. 1925. № 2. С. 84-87.
2. Аржанов Н.П. Америка, Америка - прекрасная страна // Стоматолог. 2003. - № 10. С. 46-54.
3. Аржанов Н.П. Дауге против Гофунга: борьба двух моделей стоматологического образования Ч.1 // Стоматолог. 2008. № 9. С. 58-62.
4. Аржанов Н.П. Дауге против Гофунга: борьба двух моделей стоматологического образования Ч.2 // Стоматолог. 2008. № 10. С. 56-60.
5. Аржанов Н.П. Дауге против Гофунга: борьба двух моделей стоматологического образования Ч.3 // Стоматолог. 2008. № 11. С. 56-60.
6. Аржанов Н.П. Дауге против Гофунга: борьба двух моделей стоматологического образования Ч.4 // Стоматолог. 2008. № 12. С. 48-52.
7. Аржанов Н.П. Дауге против Гофунга: борьба двух моделей стоматологического образования Ч.5 // Стоматолог. 2009. № 1. С. 46-50.
8. Аржанов Н.П. Дауге против Гофунга: борьба двух моделей стоматологического образования Ч.6 // Стоматолог. 2009. № 2. С. 51-54.
9. Аржанов Н.П. Дауге против Гофунга: эпилог // Стоматолог. 2009. № 3. С. 52-55.
10. Аржанов Н.П. Первая доцентура. У московских — собственная гордость // Стоматолог. 2004. № 4. С. 41-46.
11. Аржанов Н.П. Первая кафедра: почетное сиротство // Стоматолог. 2004. № 2. С. 56-64.
12. Аржанов Н.П. Столичный уровень / Стоматолог. 2004. № 7. С. 55-60.
13. Аржанов Н.П. Столичный уровень // Стоматолог. 2004. № 10. С. 58-65.
14. Барсуков М.И. Очерки истории здравоохранения СССР / М.И. Барсуков. - М.: Медгиз, 1957.
15. Бартон К. Здравоохранение в период позднего сталинизма и дух послевоенного государства благоденствия, 1945-1953 годы //

- Журнал исследований социальной политики. 2007. Т. 5. № 4. С. 541-558.
16. Бассалык Д.А. Реформа зубоврачебного образования и ее развитие в РСФСР в годы первых пятилеток // Стоматология. 1961. № 5. С. 82-87.
17. Белоусов А.З., Колесов А.А., Троянский Г.Н. Основные этапы развития Московского медицинского стоматологического института за 50 лет (1922-1972 гг.) // Научная и педагогическая деятельность Московского Ордена Трудового Красного Знамени медицинского стоматологического института. Сборник материалов. М., 1972. С. 5-13.
18. Бычков И.Я., Фаерман И.Л. Справочник организатора здравоохранения. Законодательные и административно-правовые акты по организации здравоохранения / / Под ред. Б.Л. Петрова. - М., 1947.
19. Верлоцкий А.Е. Высшее стоматологическое образование в РСФСР // Стоматология. 1937. № 5. С. 3-10.
20. Вильник Н.М. По поводу зубоврачебного образования // Зубоврачебный вестник. 1904. № 12. С. 835-836.
21. Гафт А.Е., Скрипников Н.С. Роль Харьковского медицинского стоматологического института в подготовке кадров в предвоенные годы // Актуальные вопросы стоматологии. Материалы научной конференции (27-28 апреля 1968 г.). Киев, 1970. С. 5-8.
22. Гончар В.В. Зубоврачевание на транспорте: сто лет назад // Мир транспорта. 2014. № 4 (53). С. 170-181.
23. Гончар В.В., Ратманов П.Э. Особенности оказания зубоврачебной помощи жителям Приморья в период становления Советской власти (1922-1926 гг.) /// Тихоокеанский медицинский журнал. 2014. № 3. С. 97-100.
24. Гончар В.В., Ратманов П.Э. Социальная история зубоврачебной помощи на юге российского Дальнего Востока в дореволюционный период // Журнал исследований социальной политики. 2014. Т. 12. № 1. С. 61-76.
25. Гофунг Е.М. Зубоврачебное образование в Украине г // Одонтология. - 1924. № 1. С. 60-69.
26. Гофунг Е.М. Одонтологический факультет Харьковского государственного медицинского института // Одонтология. 1927. № 5. С. 7-42.
27. Грибанов Э.Д. Всероссийские съезды здравоотделов и их значение для практики советского здравоохранения. М.: Медицина, 1966. - 192 с.
28. Дауге П.Г. Две реформы зубоврачебного образования // Журнал одонтологии и стоматологии. 1924. № 4. С. 102-108.
29. Дауге П.Г. К вопросу о едином зубо-врачебном образовании // Вопросы здравоохранения. 1929. № 8. С. 10-15.
30. Дауге П.Г. К вопросу о подготовке стоматологических кадров // Одонтология и стоматология. 1930. № 3. С. 43-45.

31. Дауге П.Г. Мой ответ группе работающих зубных врачей с Украины // Одонтология и стоматология. 1929. № 1. С. 6-9.
32. Дауге П.Г. На историческом повороте // Одонтология и стоматология. - 1930. № 4. С. 1-4.
33. Дауге П.Г. Одонтологи, охраняйте свои революционные завоевания // Одонтология и стоматология. 1929. № 11. С. 64-70.
34. Дауге П.Г. Социальные основы советской стоматологии. М.: Государственное медицинское издательство, 1933. 388 с.
35. Дженкинс Н. Прогресс зубоврачевания // Зубоврачебный мир. 1911. № 7. С. 201-207.
36. Дженкинс Н. Прогресс зубоврачевания // Зубоврачебный мир. 1911. № 8. - С. 241-249.
37. Доклад С.-Петербургского Одонтологического общества по реформе зубоврачебного образования // Зубоврачебный вестник. 1910. № 6. С. 498-507.
38. Евдокимов А.И. Вчера и сегодня московского медицинского стоматологического института // Теория и практика стоматологии. Выпуск 12. М., 1967. С. 5-16.
39. Евдокимов А.И. Настоящее и прошлое советской стоматологии 1917-1967 / А.И. Евдокимов // Стоматология. 1967. № 5. С. 6-13.
40. Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР. 1925-1940. Сборник документов и материалов. М.: Медицина, 1973. 360 с.
41. Кам М. Женевская зубоврачебная школа и ее методы // Зубоврачебный вестник. 1898. № 9. С. 488-492.
42. Каменский Б.И. Современное состояние зубоврачевания в разных странах / Б.И. Каменский // Зубоврачебный вестник. 1901. № 7. С. 429-442.
43. Кац М.С. История советской стоматологии / М.С. Кац. 1963.
44. Козлов А.Г. Из истории здравоохранения Колымы и Чукотки (1864-1954 гг.). Магадан: Кн. изд-во, 1989. 38 с.
45. Комодзинская С.Э. Несколько слов о зубных колледжах в Америке // Зубоврачебный вестник. 1904. № 2. С. 115-124.
46. Копейкин В.Н., Савченко М.Г., Смирнская Г.В. Роль ММСИ в становлении и развитии специализации и усовершенствования врачей-стоматологов // Научная и педагогическая деятельность Московского Ордена Трудового Красного Знамени медицинского стоматологического института. Сборник материалов. М., 1972. С. 131-137.
47. Кореев В.К. К вопросу о частном секторе в деле здравоохранения // Вопросы здравоохранения. 1930. № 2. С. 4-11.

48. 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>.
49. Лимберг Е.А. К 20-летию со дня смерти проф. Александра Карловича Лимберга // Журнал одонтологии и стоматологии. 1926. № 1. С. 99-101.
50. Лукомский И.Г. Деятельность проф. Е.М. Гофунга // Гофунг Е.М. Учебник терапевтической стоматологии. Москва, 1946. С. 13-18.
51. Лукомский И.Г. Краткий очерк развития отечественного зубоврачевания // Болезни зубов и полости рта. М., 1949. С. 3-10.
52. Маслов Г. Одонтология и зубоврачевание (к вопросу о зубоврачебном образовании) // Одонтология. 1924. № 2. С. 47-50.
53. 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.
54. Материалы к пятилетнему плану здравоохранения РСФСР. М.: Государственное медицинское издательство, 1930. 152 с.
55. Мирский М.Б. Медицина России X - XX веков. М.: РОССПЭН, 2005. 632 с.
56. Моргенштерн М. Пропитаем марксистско-ленинской методологией стоматологическую дисциплину // Одонтология и стоматология. 1931. № 8. С. 3-6.
57. Моргенштерн М. Что мы ожидаем от Всеукраинского стоматологического съезда // Одонтология и стоматология. 1931. № 6. С. 5-8.
58. Народное образование в СССР: сборник документов. М., 1974.
59. Пашков К.А. Зубоврачевание и стоматология в России. Основные этапы и направления развития (IX - XX век). Казань: Центр инновационных технологий, 2011. 311 с.
60. Розенфельд И.И. Основы и методика планирования здравоохранения. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1954. 239 с.
61. Рябоконт Е.Н. Реформа зубоврачебного образования в 20-30 годы XX столетия // Реабилитация в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии: сб. тр. Рес. науч-прак. конф. с международ. участием «Паринские чтения» 2012 (3-4 мая 2012) под. общ. ред. проф. И.О. Прохоненко-Чудаковой. Минск: Изд. центр БГУ, 2012. С. 297-299.
62. Семашко Н.А. Штабу зубоврачебной армии // Одонтология и стоматология. 1927. № 2. С. 6.
63. Синицин А.П. К вопросу о реформе зубоврачебного образования // Зубоврачебный вестник. 1902. № 2. С. 134-139.

64. Синицин А.П., Кудряшов А.И. По поводу зубоврачевания в России // Зубоврачебный вестник. 1904. № 12. С. 819-829.
65. Статистический обзор состояния здравоохранения и заболеваемости различными болезнями в РСФСР в 1927 г. М.-Л., 1931.
66. Троянский Г.Н. История развития советской ортопедической стоматологии / Г.Н. Троянский. М.: Медицина, 1975. 140 с.
67. Троянский Г.Н. История советской стоматологии. М., 1983. 144 с.
68. Фельдман Г.К. К истории организации кафедр одонтологии в республике и их революционизирующее значение // Журнал одонтологии и стоматологии. 1927. № 5. С. 9-12.
69. Фельдман Г.К. Реформа зубоврачебного образования РСФСР // Журнал одонтологии и стоматологии. 1923. № 2. С. 71-75.
70. Фишер А.В. По поводу реформ в зубоврачебном образовании // Зубоврачебный вестник. 1904. № 11. С. 756-758.
71. Черняк С. Сборник действующего законодательства по здравоохранению / С. Черняк, Г. Каранович; ред. К. Коновалов, В. Березин, Макаренков. М., 1929. Вып. 1.
72. Шаргородский А.Г. О развитии стоматологической помощи и образования в Смоленской области // Вопросы стоматологии. Выпуск 1. Смоленск, 1970. С. 5-11.
73. Шпигельглаз Н.А. В Новом Свете // Зубоврачебный вестник. 1911. № 2. С. 138-143.
74. Энтин Д. Стоматология // Большая медицинская энциклопедия. М.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1935. Т. 31 СМЕЛЛИИ - СТРУМА. С. 820-830.
75. Davis C.M. Economics of Soviet Public Health, 1928-1932: Development Strategy, Resource Constraints, and Health Plans // Health and Society in Revolutionary Russia. - Bloomington: Indiana University Press, 1990. P. 146-172.
76. Sigerist H.E. Socialized medicine in the Soviet Union. 1st ed. New York: Norton, 1937. 378 p.