

5. Rouxel P., Duijster D., Tsakos G., Watt R.G. Oral health of female prisoners in HMP Holloway: implications for oral health promotion in UK prisons. *Br. Dent. J.* 2013; 214 (12): 627–32.
6. Reddy V., Kondareddy CV, Siddanna S., Manjunath M. A survey on oral health status and treatment needs of life-imprisoned inmates in central jails of Karnataka. *Ind. Dent. J.* 2012; 62 (1): 27–32.
7. FSIN. RF
8. George B. Prosthetic status and treatment needs of prisoners in central prison, Chennai. *J. Ind. Prosthodont. Soc.* 2013; 13 (3): 265–8.
9. Marshman Z, Baker SR, Robinson PG. Does dental indifference influence the oral health-related quality of life of prisoners. *Commun. Dent. Oral Epidemiol.* 2014; 33–5.
10. Ivanets N.N., Anokhina I.P., Vinnikov M.A. *Drug Addiction: National Leadership*. Moscow: GEOTAR-Media; 2008: 270–2. (in Russian)
11. Heidari E., Dickinson C., Wilson R., Fiske J. Verifiable CPD paper: oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *Br. Dent. J.* 2007; 202 (2): 32–5.
12. Naidoo S., Yengopal V., Cohen B. A baseline survey: oral health status of prisoners-Western Cape. *SADJ.* 2005; 60 (1): 24–7.
13. Anokhina I.P. *Biological Mechanisms Depending on Psihoaktivnyh Substances (Pathogenesis). Lectures on Addictions*. Moscow: Medpraktika 2001: 22–4. (in Russian)
14. Reece A.S. Dentition of addiction in Queensland: poor dental status and major contributing drugs. *Aust. Dent. J.* 2007; 52 (2): 144–9.
15. Richards J.R., Brofeldt B.T. Patterns of tooth wear associated with methamphetamine use. *J. Periodontol.* 2000; 71 (8): 1371–4.

Received 02.03.15

## ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

© ГОНЧАР В. В., РАТМАНОВ П. Э., 2015

УДК 614.2:616.314-082]:93

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

### ОРГАНИЗАЦИЯ СОВЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КОНЦЕ 30-Х ГОДОВ XX ВЕКА

<sup>1</sup>КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края, 680009, Хабаровск; <sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», 680000, Хабаровск

*Статья посвящена изучению организации государственной зубоветеринарной помощи в СССР в конце 30-х годов XX века, а также связанных с ней медицинских и социальных проблем. В этот период происходило завершение формирования советской системы стоматологической помощи, которая существовала до конца XX века. Оказание этого вида медицинской помощи было организовано в соответствии с экономическими приоритетами и возможностями государства по единым, обязательным методам социальной и клинической стоматологии, когда главное место занимали показатели общественного стоматологического здоровья и игнорировались интересы отдельных членов общества.*

**Ключевые слова:** СССР; зубоветеринария; стоматология; история медицины; зубные врачи.

**Для цитирования:** Российский стоматологический журнал. 2015; 19(3):

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

#### REFORMS OF THE SOVIET DENTISTRY IN THE LATE 1920S – THE EARLY 1930S

<sup>1</sup>Postgraduate Institute for Public Health Workers, 680009, Khabarovsk, <sup>2</sup>Far Eastern State Medical University, 680000, Khabarovsk

*The paper deals with the study of the organization of the Soviet state of dental care in the late 1930s. and related health and social problems. During this period the formation of the Soviet system of dental care completed, and this system existed until the end of the XX century. Providing this type of care was organized in accordance with the economic priorities and capacities of the state by a unified, obligatory methods of social and clinical dentistry. In this approach the indices of performance of public dental health dominated and the interests of individual members of society were ignored.*

**Keywords:** USSR; dentistry; history of medicine; dentists.

**Citation:** Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. 2015; 19(3): (in Russian)

В первое десятилетие своего существования советская власть сделала здравоохранение частью своей политической и государственной системы. Политика в области здравоохранения была построена на ярких социальных лозунгах: государственный характер, общедоступность и бесплатность медицинской помощи, профилактическая направленность, научная обоснованность, участие населения в работе медицинских учреждений [1, 2]. Однако, помимо данных лозунгов, советское здравоохранение в 1920–1930 гг. было также проникнуто классовым принципом, что означало обеспечение в первую очередь медицинской помощью избранных слоев общества [3, 4].

**Для корреспонденции:** Гончар Владимир Владимирович, goncharvv@mail.ru

**For correspondence:** Gonchar Vladimir Vladimirovich, goncharvv@mail.ru

В годы первой пятилетки на фоне форсированной индустриализации страны и коллективизации сельского хозяйства политика государства в области организации зубоветеринарной помощи была подчинена удовлетворению потребностей главным образом индустриальных рабочих, а также отдельных групп населения в соответствии с их ролью и предназначением в социалистическом строительстве [5].

История медицины 30-х годов прошлого столетия является одной из малоизученных страниц нашей истории. Например, по мнению 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 намеренно – искажена» [6]. Считалось аксиомой, что советское здравоохранение – лучшее в мире, но современная действительность требует от историков медицины не только раскрытия белых пятен, но и пересмотра прежних стереотипов [7].

История отечественной медицины нуждается в объективной оценке, которую не следует искусственно драматизировать или приукрашивать. Именно в конце 30-х – начале 40-х годов XX века формировалась советская модель оказания медицинской помощи [8], и сегодня в российской стоматологии присутствуют черты этой системы [9].

Официальные статистические сборники 1930-х годов ставили своей задачей дать в основных чертах представление о достигнутых успехах советского здравоохранения в оздоровлении трудящихся СССР и развитии сети лечебных учреждений. В них показано, что резко снизилась заболеваемость, нетрудоспособность по болезням, смертность, повысилось физическое развитие трудящихся [10, 11]. При этом в данных сборниках содержится довольно скудная информация о строительстве государственной зубоврачебной помощи. Так, имеются данные о том, что к концу второй пятилетки в СССР в городских поселениях функционировало 250 самостоятельных зубоврачебных амбулаторий и 4213 зубных кабинетов, общее число посещений в них составило 39890,3 тыс. По официальным данным 1930 г., общее число посещений государственных зубоврачебных кабинетов в городах составило 20021,0 тыс. [12], т. е. всего за 6 лет количество посещений учреждений данного профиля удвоилось. Главным критерием в оценке деятельности зубоврачебных практик становится количество санированных пациентов. В 1938 г. всего было санировано 3989,7 тыс. городских жителей, из которых 15 34,6 тыс. составляли дети и подростки до 18 лет, и это при том, что миллионам детей в этот период требовалась зубоврачебная помощь, так как они в значительной мере пострадали от последствий войны, голода и лишений. Фактически число врачебных посещений стоматологического профиля в 1939 г. составило 0,92 на 1 городского жителя. Между тем, согласно утвержденным нормативам, количество посещений по зубоврачеванию городскими жителями к концу второй пятилетки должно было составлять 2,0 на 1 жителя [13]. В сельской местности была организована деятельность 2149 зубоврачебных кабинетов. Общее количество посещений составило 60 37,0 тыс., было санировано 641,1 тыс. человек, из которых 242,9 тыс. приходилось на детей и подростков. На железнодорожном транспорте работал 871 зубной кабинет на 1135 кресел. Среди железнодорожников и членов их семей зарегистрировано 5847,7 тыс. посещений, было санировано свыше 560 тыс. человек. 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% [13].

Таким образом, несмотря на значительный количественный рост стоматологических практик в стране, даже официальные власти признавали, что стоматологическая помощь является одним из наиболее отстающих разделов внебольничной помощи. Это объяснялось не только количественным недостатком кабинетов и специалистов, большим спросом населения на услуги зубных врачей, но и отсутствием должного внимания местных органов власти к этому виду медицинской помощи [14].

На 1 января 1936 г. число зубных врачей и стоматологов всех ведомств и организаций СССР составляло 10 508, основная доля которых (6721 человек, или 64%) приходилось на РСФСР, 1084 (10,3%) – на УССР, 474 (4,5 %) – на БССР. В штате железнодорожной медицины состояло 1137 зубных врачей, что составляло 10,8 % всех специалистов по зубоврачеванию в СССР. К 1941 г. в системе Наркомздрава (НКЗ) СССР работало 4700 стоматологов, из них 378 – на селе [15].

Слабая теоретическая и особенно практическая подготовка специалистов не позволяла многим из них выполнять свои функциональные обязанности в полном объеме. Более того, в этот период не всегда стоматолог и зубной врач являлись полноценными работниками по своей специальности. Труд специалиста по зубоврачеванию, особенно в провинции, был связан с исключительными затруднениями и нерешенным комплексом проблем. Это заключалось в том, что в стране нарастали проблемы с производством оборудования и расходных материалов, а зубной врач не мог выполнять в полной мере возложенные на него функции без зубоврачебного кресла, бормашины, инструментария, пломбирочного и протезного материала.

В докладной записке отдела сельской сети НКЗ СССР в 1937 г. сообщалось, что наряду с общим количественным недостатком лечебной сети в сельской местности отмечена крайне незначительная ее специализация. Так, зубоврачебных кабинетов в сельской местности было всего 2276 на 3307 районов, в

которых трудились всего 1804 зубных врача. Если в городе на 1 зубного врача в среднем приходилось 6900 человек, то на селе – 60 тыс. В записке также отмечались низкая коммунальная благоустроенность сельских больниц, недостаточность основных средств, тяжелое материально-бытовое положение медицинского персонала [16].

Общее число зубопротезных учреждений к 1936 г. составляло 807, из них 470 (58,2%) располагались на территории РСФСР, 201 (25%) – УССР, 25 (3%) – Грузинской ССР, 24 (2,9%) – БССР. На железнодорожном транспорте была организована деятельность 125 зубопротезных учреждений, что составляло 15,5 % всех зубопротезных учреждений СССР. Бесплатное зубное протезирование осуществлялось только застрахованным и членам их семей за счет местных бюджетных средств по строго определенным показаниям. Местным органам власти, дорожным, водным и строительным отделам здравоохранения было предоставлено право расширять рамки показаний применительно к местным условиям. Использование благородных металлов допускалось в исключительных случаях [17]. Фактически существовал жесткий социальный подход к выбору контингентов для бесплатного зубного протезирования в государственных учреждениях, который исключал многих из списка нуждающихся. Лицам, которым было отказано в бесплатном зубном протезировании, предлагалось лечение за счет собственных средств в государственных хозрасчетных зубных лабораториях.

В 1937 г. отечественная промышленность рапортовала о создании отечественной марки стали для массового зубного протезирования, которая должна была полностью заменить дорогостоящее золото. Этот сплав позиционировался как полностью удовлетворяющий всем требованиям к материалам для зубного протезирования. Он был дешевым и должен был обеспечивать хорошее качество зубных протезов при массовом зубопротезировании [18, 19]. На практике это привело к использованию при протезировании разнородных металлов и припоев, что приводило к появлению во рту гальванического синдрома и разнообразных аллергических реакций.

Обыватели продолжали считать золото лучшим материалом для зубопротезирования. Протезы из благородных металлов выполняли не только функцию замещения отсутствующих зубов, но и являлись показателем статуса человека, запасом материальных средств на «черный день». Отсутствие у государства золота для изготовления зубов привело к появлению гражданских отношений, «серых схем», незаконного, подчас криминального оборота драгоценных металлов в стоматологии, куда были вовлечены пациенты, зубные врачи и техники. В рутинной стоматологической практике также стал широко применяться медный сплав, известный под названием «рандольф», который быстро разрушался в полости рта и обладал ядовитыми свойствами. Имеющийся спрос на зубопротезирование, невозможность получить эту услугу у государства, высокая стоимость работ в государственных лабораториях приводили к появлению предложений изготовить зубные протезы, «минуя кассу», на дому у пациента [20]. Однако установка протезов еще не означала, что все сложности протезирования позади. Обыватели отмечали, что протезы были грубыми, ими трудно пережевывать пищу, их неудобно носить, и они плохо держались [21].

Несмотря на значительное расширение мощностей медико-санитарной промышленности СССР, в стоматологии ощущалась острая нехватка инструментов, боров, бормашины, обезболивающих препаратов. Большая потребность населения в оказании неотложной стоматологической помощи, дефицит времени у врача, жесткие нормы выработки привели к тому, что массовое лечение кариеса проводилось быстрыми, щадящими способами, так называемым методом биологической целесообразности, в пределах пораженных тканей, и недорогоими, обладающими низкой клинической эффективностью пломбирочными материалами. Как следствие наблюдались недолговечность пломб, развитие рецидивного кариеса и необходимость повторного лечения [22].

Подход к зубоврачеванию в СССР был максимально утилитарным. Он предполагал «максимум полезной работы при минимальном количестве времени», что означало постановку как можно большего количества профилактических пломб в стадии первоначального кариеса и энергичное оздоровление полости рта методом массовой экстракции разрушенных зубов в одно посещение. Врачи были перегружены лечебной работой и не могли обеспечить в полном объеме заявленную государством

профилактическую направленность своей деятельности. Стоматологи и зубные врачи, принимая большое количество больных, в основном оказывали только первую помощь, и нередко начатое лечение не доводилось до конца. Применение экстракции в повседневной практике не только в случае боли, но и систематически с профилактической целью очистки рта от всех остатков зубов стало в 1930-х годах обыденным явлением. В концепцию «государственно-принудительной» модели массового стоматологического оздоровления не входило лечение «зубов мудрости» ввиду непредсказуемости их анатомического строения и «мало-го значения для жевательного акта», зубы с пораженной пульпой признавались опасными для здоровья и должны были удаляться наравне с «гнилыми корнями». Показания к лечению осложненного кариеса были значительно сужены. Все это существенно увеличило количество экстракций в советских зубоучастковых амбулаториях.

Несмотря на то что превентивное стоматологическое лечение не сразу стало массовым явлением, внедрение ограниченных государственных профилактических программ по единому, строго узаконенному плану и отдельным социальным слоям общества стало восприниматься обществом как забота о его здоровье. Система оздоровления, которая должна была внедряться с детских лет, не нуждалась в согласии отдельного индивидуума и не оставляла возможности для протеста. Государство стало распоряжаться организмом своих граждан как собственным материальным резервом. Как правило, первый опыт взаимодействия детей и стоматологов имел негативный характер, что объяснялось болью и неприятными ощущениями.

Нормирование в работе привело к тому, что деятельность зубных врачей стала учитываться только по количеству посещений, что ни в коей мере не отражало подлинный объем и эффективность работы, а наоборот, снижало качественную составляющую работы. «Погоня» за посещениями отражалась на лечебной работе не в лучшую сторону. Постоянный рост показателей постановки профилактических пломб, количества экстракций должен был превалировать над сложным лечением, «косметикой роскоши». Трудоемкое, длительное и дорогостоящее лечение, требующее большого арсенала лекарственных и расходных материалов, дорогих технических средств, большого мастерства специалиста, не вписывалось в основы массовой советской стоматологии. Сложившиеся условия привели к тому, что рядовые больные не всегда могли получить достаточного внимания, эффективного и доступного лечения, в стоматологии, как и в других сферах повседневной жизни советских людей, стал процветать блат и получение услуг по знакомству и личным связям [23].

В репертуаре мер социальной стоматологии в СССР оставались мероприятия по государственному регулированию, которые были направлены на равномерное, принудительное распределение специалистов по территории страны в соответствии с планами экономического и оборонного строительства. Однако подготовка врачебных кадров по стоматологии продолжала значительно отставать от имеющихся потребностей. С другой стороны, при большом недостатке врачебных кадров на местах в провинции из-за слабости материальной базы значительное количество имеющихся стоматологов и зубных врачей не работали по специальности [14].

Социализация профессии зубного врача, которая предполагала воспитание специалистов, работа которых была направлена в первую очередь на общество в целом, а не на личный интерес индивидуума, и осуществлялась общественно организованным порядком, также являлась частью выработанной стратегии государства. Будущее представлялось как пространство индустриального труда, причем труда на общее благо, основанного на понимании своего высокого предназначения для граждан нового мира, а не на получение «длинного рубля». Предусматривалась строгая регламентация деятельности врачей, которая регулировалась изданием многочисленных циркуляров и распоряжений, и тем самым формализовывалась вся повседневная деятельность стоматологических служб.

В связи с масштабными социально-экономическими преобразованиями согласно новым идеологическим установкам жизнь рядового человека продолжала трансформироваться и подчиняться новым стандартам жизни. Советская «социальная инженерия» формировала работника нового типа из имеющегося «неурегулированного человеческого потока». Городская

среда обитания и свойственный городу индустриальный труд предполагали иной, чем у крестьян, повседневный уклад жизни, другие поведенческие константы. Идея построения совершенного общества требовала искоренения всех изъянов, а болезнь – несомненный изъян. В риторике эпохи слова «больной» и «здоровый» начинали приобретать отчетливый политический оттенок. «Здоровый» становится синонимом понятий «свой», «советский» [24]. Образ старорежимного зубного страдальца становится комичным, а недостаток зубов, готовность их потерять отныне свидетельствовали о мужественном долготерпении «настоящего советского человека» [25]. Различные социальные технологии стали конструктором правильных потребностей. Лозунги, выставки, плакаты, листовки, «месячники чистоты», санпробеги и санкультаходы являлись проводниками новых социальных норм. Значимым образцом социальной рекламы становились плакаты Санпросвета с подписями В. Маяковского: «Зубы чистить дважды, каждое утро и вечер каждый». Санитария в быту объявлялась обязательной частью «новой пролетарской культуры», санитария на производстве рассматривалась как часть борьбы за индустриализацию. В связи с этим менялись персонажи рекламы средств гигиены полости рта, на смену типичной барышни пришли пионеры, рабочие, летчики.

К концу 30-х годов советские стоматологические практики 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 (по ремонту часов, пошиву обуви и др.), позволили ряду зубных врачей продолжать оказывать помощь по зубопротезированию и зубопротезированию на дому, а иногда и в государственных кабинетах. Формально предоставление медицинской помощи частным образом было незаконным, государство запретило населению получать услуги вне государственных рамок, но на оказание стоматологических услуг фактически закрывало глаза.

Заработная плата стоматологов оставалась ниже средней по экономике, а расходы на стоматологическую службу не могли обеспечить доступной и качественной помощью все население страны. Средств хватало лишь на попытки смягчения колоссальных диспропорций между потребностью и реальными возможностями. Это было обусловлено постоянной ограниченностью материальных ресурсов, квалифицированных кадров, сложностью их подготовки, полным отказом от импорта медицинского оборудования, технологий, аксессуаров, а также необходимостью организации собственного промышленного производства зубоучасткового оборудования и расходных материалов, качество которых было невысоким, а ассортимент незначительным.

Появившиеся в постсоветское время научные публикации о развитии здравоохранения в провинциальной России в период первых пятилеток, а также научные исследования, посвященные социальной политике Советского государства в 30-е годы XX века [26–30], указывают на то, что, несмотря на данные статистики по росту числа больничных коек, больниц, здравпунктов, увеличению объема потраченных средств на нужды медицинского обслуживания, развитие здравоохранения отставало от общих темпов развития народного хозяйства. Власть стремилась показать успехи общественного здравоохранения, а индивидуальные проблемы человека, проблемы здоровья зубов обывателя не входили в число приоритетов. Государству не удалось полностью решить кадровую проблему. Упор, сделанный властью на индустриализацию, предопределил экстенсивное развитие здравоохранения. Однако при постоянной недостаточности ресурсов и остаточном принципе финансирования это привело к неудовлетворительному обеспечению медицинских учреждений оборудованием, медикаментами, инструментарием. При этом наблюдалась громадная диспропорция в развитии городской и сельской лечебной сети.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Петров Б.Д., ред. *История медицины СССР*. М.: Медицина; 1964.
2. Виноградов Н.А., ред. *Организация здравоохранения в СССР*. М.: Медгиз; 1958.
3. Гончар В.В., Ратманов П.Э. Особенности оказания зубоучастковой

- помощи жителям Приморья в период становления Советской власти (1922–1926 гг.). *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2014; 3: 97–100.
4. Шевченко Ю.Л., Покровский В.И., Щепин О.П., ред. *Здравоохранение России. XX век*. М.: ГЭОТАР-МЕД; 2001.
  5. Гончар В.В., Ратманов П.Е. Реформирование советского зубопротезирования в конце 1920-х – начале 1930-х гг. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2014; 4: 96–100.
  6. Поддубный М.В. Иностранцы врачи о советской медицине 30-х годов. *Советское здравоохранение*. 1991; 2: 72–5.
  7. Мирский М.Б. Насущные вопросы истории советского здравоохранения. *Советское здравоохранение*. 1991; 3: 5–9.
  8. Гуменюк А.А. Развитие советского здравоохранения в 1917–1941 гг. В кн.: *Социально-экономические проблемы современного общества: материалы III международной научно-практической конференции 1–2 июля 2013 г.* Прага; 2013: 125–40.
  9. Аржанов Н.П. Университеты Павла Дауге. Ч.1. *Стоматолог*. 2005; 6: 48–53.
  10. Краваль И.А. *Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Статистический сборник*. М.; 1937.
  11. *Социалистическое строительство СССР. Статистический ежегодник*. 1936. М.: ЦУНХУ ГОСПЛАНА СССР - В/О СОЮЗОРГУЧЕТ; 1936.
  12. *Народное хозяйство СССР. Статистический справочник 1932 г.* М.: Государственное социально-экономическое издательство; 1932.
  13. Розенфельд И.И. *Основы и методика планирования здравоохранения*. М.: Государственное издательство медицинской литературы; 1954.
  14. *Первый пленум Совета по кадрам здравоохранения*. М.: Медгиз; 1946.
  15. Митерев Г.А. *Двадцать пять лет советского здравоохранения*. М.: Государственное издательство медицинской литературы; 1944.
  16. Докладная записка отдела сельской сети Наркомздрава СССР наркомхозу здравоохранения СССР «О состоянии сельской лечебной сети по СССР» 22 ноября 1937 г. В кн.: *Трагедия советской деревни. Коллективизация и раскулачивание. Документы и материалы*. М.: РОССПЭН; 2004.
  17. Черняк С., Каранович Г. *Сборник действующего законодательства по здравоохранению*. М.–Л.: Государственное медицинское издательство; 1930.
  18. Пашков К.А. *Зубоврачевание и стоматология в России. Основные этапы и направления развития (IX–XX век)*. Казань: Центр инновационных технологий; 2011.
  19. Троянский Г.Н. *История развития советской ортопедической стоматологии*. М.: Медицина; 1975.
  20. Крулевецкий Н. Под пятой сталинского произвола или хождение по тюрьмам. 1957. Режим доступа: <http://www.memorial.krsk.ru/memuar/Krulevec/0.htm> (доступ 08 октября 2014).
  21. Линков Л.И. *Без зубных протезов*. СПб.: Комета; 1993.
  22. Николаев А.И., Цепов Л.М. *Лечение кариеса с применением современных инструментов и пломбировочных материалов*. Смоленск: СГМА; 1995.
  23. Фицпатрик Ш. *Повседневный сталинизм. Социальная история Советской России в 30-е годы: город*. М.: РОССПЭН; 2008.
  24. Тамручи Н. Медицина и Власть. *Новое литературное обозрение*. 2013; (4): 32–44.
  25. Богданов К.А. История сквозь зубы (стоматологические сюжеты в советской культуре). *Новое литературное обозрение*. 2013; 4: 156–78.
  26. Жигалина И.В. *Социальная политика Советского государства в 30-е годы XX века. (По материалам Среднего Поволжья)*: Дисс. Пенза; 2005.
  27. Ким М.Ю. *Советская социальная политика в условиях индустриализации (1931–1941): на материалах Карагандинского угольного бассейна*: Дисс. Томск; 2009.
  28. Макарова Н.Н. *Повседневная жизнь Магнитогорска в 1929–1935 гг.*: Дисс. Магнитогорск; 2010.
  29. Сиротина С.Г. *Государственная политика развития советского здравоохранения в 1920–1930-е гг.: на материалах Нижнего Поволжья*: Дисс. Саратов; 2006.
  30. Шестак О.И. *Советская социальная политика и её реализация на Дальнем Востоке, 1922–1941 г.*: Дисс. Владивосток; 2002.
  4. Shevchenko Yu.L., Pokrovskiy V.I., Shchepin O.P., eds. *Healthcare of Russia. XX century*. [Zdravookhranenie Rossii. XX vek]. Moscow: GEOTAR-MED; 2001. (in Russian)
  5. Gonchar V.V., Ratmanov P.E. Reforms of the Soviet dentistry in the late 1920s – the early 1930s. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*. 2014; 4: 96–100. (in Russian)
  6. Poddubnyy M.V. Foreign physicians on Soviet medicine in the 1930s. *Sovetskoe zdravookhranenie*. 1991; 2: 72–5. (in Russian)
  7. Mirskiy M.B. Urgent questions of history of Soviet healthcare. *Sovetskoe zdravookhranenie*. 1991; 3: 5–9. (in Russian)
  8. Gumenyuk A.A. The development of Soviet public health in 1917–1941. In: [Sotsial'no-ekonomicheskie problemy sovremennogo obshchestva: Materialy III mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii 1–2 iyulya 2013 g.]. Prague; 2013: 125–40. (in Russian)
  9. Arzhanov N.P. Universitety Pavla Dauge. Ch. 1. *Stomatolog*. 2005; 6: 48–53. (in Russian)
  10. Kraval' I.A. *Health and Health Care of Workers in the USSR: Statistical Handbook*. [Zdorov'e i zdravookhranenie trudyashchikhsya SSSR. Statisticheskii sbornik]. Moscow; 1937. (in Russian)
  11. *Socialist construction in the USSR. Statistical Yearbook 1936* [Sotsialisticheskoe stroitel'stvo SSSR. Statisticheskii ezhegodnik. 1936]. Moscow; 1936. (in Russian)
  12. *Statistical Handbook 1932*. [Narodnoe khozyaystvo SSSR. Statisticheskii spravochnik 1932 g.]. Moscow: Gosudarstvennoe sotsial'no-ekonomicheskoe izdatel'stvo; 1932. (in Russian)
  13. Rozenfel'd I.I. *Basics and Methods of Public Health Planning*. [Osnovy i metodika planirovaniya zdravookhraneniya]. Moscow; 1954. (in Russian)
  14. *First Plenary Session of the Council for Health Workforce*. [Pervyy plenium Soveta po kadram zdravookhraneniya]. Moscow: Medgiz; 1946. (in Russian)
  15. Miterov G.A. *Twenty-five years of Soviet public health*. [Dvadsat' pyat' let sovetskogo zdravookhraneniya]. Moscow; 1944. (in Russian)
  16. Memorandum of the Department of rural network of the Commissariat of the USSR to People's Commissar of Health of the USSR "On the rural health care network in the Soviet Union," November 22, 1937. In: [Tragediya sovetskoy derevni. Kollektivizatsiya i raskulachivanie. Dokumenty i materialy]. Moscow: ROSSPEN; 2004. (in Russian)
  17. Chernyak S., Karanovich G. *Collection of the Current Legislation on Health Care*. [Sbornik deystvuyushchego zakonodatel'stva po zdravookhraneniyu]. Moscow–Leningrad: 1930. (in Russian)
  18. Pashkov K.A. *Dentistry and Dentistry in Russia. Main Stages and Directions of Development (IX–XX century)*. [Zubovrachevanie i stomatologiya v Rossii. Osnovnye etapy i napravleniya razvitiya (IX–XX vek)]. Kazan'; 2011. (in Russian)
  19. Troyanskiy G.N. *History of Soviet Prosthetic Dentistry*. [Istoriya razvitiya sovetskoy ortopedicheskoy stomatologii]. Moscow: Meditsina; 1975. (in Russian)
  20. Krulevetskiy N. *Under the Hheel of Stalin's Tyranny or Roaming on Pprisons*. [Pod pyatoy stalinskogo proizvola ili khozhdenie po tyur' mam]. 1957. Available at: <http://www.memorial.krsk.ru/memuar/Krulevec/0.htm> (accessed 08 October 2014). (in Russian)
  21. Linkov L.I. *Without Dentures*. [Bez zubnykh protezov]. St. Patersburg: Kometa; 1993. (in Russian)
  22. Nikolaev A.I., Tsepov L.M. *Treatment of Caries Using the Modern Instruments and Filling Materials*. [Lechenie kariesa s primeneniem sovremennykh instrumentov i plombirovochnykh materialov]. Smolensk: SGMA; 1995. (in Russian)
  23. Fitzpatrick Sh. *Everyday Stalinism: Ordinary Life in Extraordinary Times: Soviet Russia in the 1930s: Town*. [Povsednevnyy stalinizm. Sotsial'naya istoriya Sovetskoy Rossii v 30-e gody: gorod]. Moscow: ROSSPEN; 2008. (in Russian)
  24. Tamruchi N. *Medicine and power*. *Novoe literaturnoe obozrenie*. 2013; 4: 32–44. (in Russian)
  25. Bogdanov K.A. *History through the teeth (dental themes in Soviet culture)*. *Novoe literaturnoe obozrenie*. 2013; 4: 156–78. (in Russian)
  26. Zhigalina I.V. *Social Policy of the Soviet State in 30s of XX Century. (According to the Middle Volga region)*. [Sotsial'naya politika Sovetskogo gosudarstva v 30-e gody XX veka. (Po materialam Srednego Povolzh'ya): Diss. Penza; 2005. (in Russian)
  27. Kim M.Yu. *Soviet Social Policy in Conditions of Industrialization (1931–1941): on Materials Karaganda Coal Basin*. [Sovetskaya sotsial'naya politika v usloviyakh industrializatsii (1931–1941): na materialakh Karagandinskogo ugol'nogo basseyna]: Diss. Tomsk; 2009. (in Russian)
  28. Makarova N.N. *Everyday Life in Magnitogorsk in 1929–1935*. [Povsednevnyaya zhizn' Magnitogorska v 1929–1935 gg.]: Diss. Magnitogorsk; 2010. (in Russian)
  29. Sirotnina S.G. *Public Policy of the Soviet Health 1920–1930 s: on Materials on the Lower Volga Region*. [Gosudarstvennaya politika razvitiya sovetskogo zdravookhraneniya v 1920–1930-e gg.: na materialakh Nizhnego Povolzh'ya.]: Diss. Saratov; 2006. (in Russian)
  30. Shestak O.I. *Soviet Social Policy and its Implementation in the Far East, 1922–1941*. [Sovetskaya sotsial'naya politika i ee realizatsiya na Dal'nem Vostoke, 1922–1941 g.]: Diss. Vladivostok; 2002. (in Russian)

Поступила 25.11.14

## REFERENCES

1. Petrov B.D., ed. *History of medicine of the USSR [Istoriya meditsiny USSR]*. Moscow: Meditsina; 1964. (in Russian)
2. Vinogradov N.A., ed. *Healthcare organization in the USSR [Organizatsiya zdravookhraneniya v SSSR]*. Moscow: Medgiz; 1958. (in Russian)
3. Gonchar V.V., Ratmanov P.E. Features of providing stomatologic care to the inhabitants of Primorskiy krai in the period of formation of the soviet power (1922–1926). *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2014; 3: 97–100. (in Russian)

Received 25.11.14