

Г. Н. Троянский

История советской стоматологии

Издательство «Медицина»

1983

Г. Н. Троянский

История советской стоматологии

(ОЧЕРКИ)



Москва. «Медицина». 1983

УДК 616.31:93 (47+57)

ТРОЯНСКИЙ Г. Н. **История советской стоматологии** (Очерки). — М.: Медицина, 1983, 144 с.

Г. Н. Троянский — канд. мед. наук, доц. кафедры госпитальной ортопедической стоматологии Московского медицинского стоматологического института им. Н. А. Семашко.

В книге освещена история советской стоматологии с 1917 по 1980 г. Приведена сравнительная оценка зубоврачебной помощи и подготовки зубоврачебных кадров в дореволюционной России и организации стоматологической помощи населению страны, системы подготовки специалистов стоматологического профиля после победы Великой Октябрьской социалистической революции. Показано формирование и особенности исторического развития научных проблем стоматологии на разных этапах развития здравоохранения СССР.

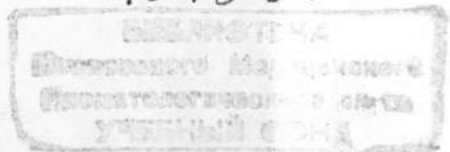
Значительное место отведено характеристике научной деятельности советских стоматологов и их исторической роли в создании и развитии новой специализированной отрасли медицины — стоматологии, описанию их приоритета и участия в международных конгрессах, съездах, симпозиумах, в работе Всемирной организации здравоохранения и т. д.

Ценность книги в том, что многие материалы о деятельности ученых-стоматологов проанализированы, обобщены и публикуются впервые.

Книга предназначена для специалистов в области истории медицины, стоматологов и зубных врачей.

Рецензент — член-корр. АМН СССР Б. Д. Петров.

484564



Т 4101010000—218 свод. пл. подписных изд. 1983 г. — 83
039(01)—83

© Издательство «Медицина», Москва, 1983

Предисловие

Предлагаемая читателю книга является обобщающим трудом монографического характера, посвященным истории отечественной стоматологии. Автор ее доцент Г. Н. Троянский на протяжении многих лет занимается вопросами изучения исторического развития этой специальности в нашей стране.

В 1975 г. он опубликовал свой первый труд по этой проблеме — «Историю развития советской ортопедической стоматологии», в 1980 г. вышла его вторая работа, написанная совместно с доктором медицинских наук М. З. Миргазизовым — «Развитие отечественной ортодонтии». Обе книги были положительно оценены как стоматологами, так и историками медицины нашей страны.

В настоящей работе, продолжая развивать разрабатываемую им тему, автор проанализировал обширную стоматологическую литературу, диссертационные исследования и архивные материалы. Он показал исторические закономерности в становлении и развитии стоматологии за годы социалистического строительства (1917—1980), установил преемственность в развитии отечественной и советской стоматологии, происходящие в ней революционные изменения после Великого Октября, осветил социально-гигиенические и клинические аспекты этой медицинской специальности и рассмотрел научные проблемы, разрабатываемые советскими стоматологами.

В книге убедительно показана руководящая роль Коммунистической партии и Советского правительства в становлении и развитии стоматологии в нашей стране. Отмечена роль ведущих научных учреждений — Московского ордена Трудового Красного Знамени медицинского стоматологического института им. Н. А. Семашко и Центрального научно-исследовательского института стоматологии в создании научных основ стоматологии в СССР и подготовке стоматологических кадров.

Для того чтобы подчеркнуть обобщающее значение данной монографии, автор счел необходимым включить в нее некоторые исторические аспекты, освещенные в указанных выше книгах.

Работа над монографией выполнялась под руководством Героя Социалистического Труда, заслуженного деятеля науки РСФСР, члена-корреспондента АМН СССР, профессора А. И. Евдокимова.

Возможно, что в данной книге читатели найдут некоторые недостатки, однако мы уверены, что историки медицины и многочисленная армия врачей-стоматологов прочтут этот труд с большим интересом.

Профессор *В. Ф. РУДЬКО*

Краткие исторические данные о зубовращевании в дореволюционной России

В древнем мире философия была комплексной наукой, включающей все естественные научные знания, в том числе и медицинские. Наибольший расцвет древнегреческой медицины относится к V—III векам до н. э. После падения Римской империи, в эпоху феодализма, развитие наук, в частности медицины, активно происходило в Китае, Византийской империи, странах Арабского халифата, Средней Азии, Закавказье. На развитие медицины в среднеазиатских и арабских государствах большое влияние оказала средневековая таджикская наука и культура.

В Европе в это время наступил период, который характеризовался упадком культуры. Он длился в течение нескольких столетий. Медицина, как и другие отрасли науки, оказалась в руках священников и монахов. Период господства католической церкви привел к тому, что медицина развивалась крайне недостаточно.

В конце XV века, в эпоху Возрождения, в медицине, как и во многих естественных науках, наблюдаются выступления против схоластики, что обусловило начало нового прогрессивного этапа развития науки.

В XVI веке появились исследования в области зубного и челюстного протезирования. Крупный французский хирург Р. Fauchard опубликовал в 1728 г. книгу «Зубная хирургия или трактат о зубах», в которой описал разные методы лечения и изготовления зубных протезов. В 1795 г. французский хирург Boudier выпустил книгу, которая была переведена на русский язык в 1790 г. под названием «Зубной врач или легкий способ соблюдения чистоты во рту и сохранения зубов».

Россия значительно позже других стран встала на путь капиталистического развития. Монголо-татарское нашествие в XIII веке разорило Россию, задержало экономическое и культурное развитие русского народа. Ис-

следования, проведенные А. И. Гасан-Заде (1951), В. В. Жилиной (1955), И. И. Палкиным (1962), М. С. Кацем (1963) и другими авторами показали, однако, что в России уже в то время были лица (лекарки, кровопуски, повивальные бабки, зубоволоки и др.), которые считали своей основной специальностью зубоврачевание, начало подлинной истории которого в России связано с эпохой Петра I. В частности, в 1710 г. им было впервые введено звание «зубной врач».

Лица, которые хотели заниматься зубоврачебной практикой в России, должны были предварительно выдержать испытания перед медицинской коллегией.

Несмотря на то что в России существовал закон, изданный сенатом в 1721 г., о запрещении лицам, не имеющим медицинского образования, заниматься лечением, удалением и вставлением зубов, имелось большое число людей, занимающихся этим видом медицинской помощи (цирюльники, мозольные операторы, ювелиры, граверы и др.). Так, в Петербурге в XVIII веке из числа иностранцев, занимавшихся, помимо лечения, удалением зубов и протезированием, лишь трое имели на это разрешение медицинской коллегии (Ф. Гофман, Я. Клерс, Б. Вагенгейм). Причем у всех троих не было врачебного образования.

□ В 1809 г. впервые начинает издаваться «Российский медицинский список», содержащий сведения о специалистах в области медицины, в том числе и зубоврачевания, которые назывались в то время дантистами. Первым в этом списке упоминался Илья Лузгин (всего в нем числилось 18 дантистов), которого, видимо, следует считать «одним из первых зубных врачей в России» [Бассалык Д. А., 1961].

В 1810 г. были изданы «Правила об экзаменах» для медицинских чиновников, которые стали называться зубными врачами. Согласно этим правилам зубной врач мог получить разрешение на самостоятельную практику после того, как сдал экзамен при Медико-хирургической академии или университете. В первом своде законов 1832 г. этих специалистов называли зубными врачами, а в законе, изданном в 1838 г., — дантистами. Готовились дантисты в кабинетах частнопрактикующих врачей путем индивидуального обучения. Требования, предъявляемые к ним как к специалистам, в те времена были очень низкие. Так, по закону 1838 г. от них не требовалось не

только общеобразовательного ценза, но и основ грамоты.

До 1881 г. в России не было специальных учебных заведений по подготовке зубных врачей. Впервые идею о подготовке зубоврачебных кадров в специальных учреждениях выдвинул дантист Я. Л. Джемс-Леви. В своей работе «О дантистах» (1877) он писал, что законы Российской империи, касающиеся зубоврачебного дела, совершенно не соответствовали состоянию дентиатрии и требованиям жизни того периода.

В 1879 г. на 6-м съезде русских естествоиспытателей и врачей выступающий русский хирург проф. Н. В. Склифосовский выдвинул проект реформы зубоврачебного образования. Он считал, что подготовку зубоврачебных кадров нужно осуществлять на медицинских факультетах университетов.

Царское правительство, не желая увеличивать ассигнования на нужды здравоохранения, пошло по наиболее легкому пути — разрешило открывать частные зубоврачебные школы. Первая русская школа по подготовке зубоврачебных кадров была открыта дантистом Ф. И. Важинским осенью 1881 г. в Петербурге (значительно раньше, чем в Германии и Швейцарии). Поступающие в эту школу должны были иметь начальное образование. Это было шагом вперед в развитии зубоврачевания. Однако низкий образовательный уровень учащихся и небольшой объем изучаемых ими предметов приводили к тому, что слушатели школы не получали необходимых медицинских знаний, а специальная подготовка оставляла желать лучшего.

В 1884 г. на заседании С.-Петербургского общества дантистов и врачей с докладом «О необходимости обязательного высшего образования зубных врачей в России» выступил проф. А. К. Лимберг. Он отметил, что из-за «невежества дантистов», примитивного способа подготовки учеников и «страсти к наживе» терялись отдельные честные труженики и энтузиасты зубоврачевания. Он считал также, что зубные врачи должны обладать знаниями широко образованного врача, должны быть знакомы с патологией полости рта и челюстно-лицевой области.

Передовые идеи подготовки зубоврачебных кадров на медицинских факультетах университетов, которые выдвигали Н. В. Склифосовский, А. К. Лимберг и дру-

гие русские ученые, находили широкий отклик и поддержку со стороны многих дантистов и зубных врачей России. В 1885 г. по инициативе Н. В. Склифосовского при факультетской клинике Московского университета была учреждена приват-доцентура по зубным болезням. В 1892 г. была открыта приват-доцентура по одонтологии в Петербурге при Военно-медицинской академии. В этом же году была создана одонтологическая кафедра и при Клиническом институте усовершенствования врачей в Петербурге.

Однако подготовка дантистов путем индивидуального обучения у частных лиц продолжалась и лишь постановлением Государственного совета от 7 мая 1900 г. это было запрещено. В 1891 г. вышло положение Государственного совета «О преобразовании обучения зубо-врачебному искусству», которое узаконивало две категории «зубоврачевателей»: зубных врачей и дантистов. В этом же году Министерство внутренних дел учреждает зубо-врачебные школы и «Нормальный устав» для них, предусматривающий введение некоторых общемедицинских дисциплин, а также более высокий общеобразовательный ценз для поступающих. Первая такая школа была открыта в Варшаве в 1891 г. дантистом Я. Л. Джемс-Леви. В качестве преподавателей туда были приглашены профессор и преподаватели Варшавского университета. В это же время была открыта зубо-врачебная школа в Одессе Т. А. Тычинским, а в 1892 г. И. М. Коварский открыл первую зубо-врачебную школу в Москве.

В последующие годы зубо-врачебные школы были открыты в Петербурге Е. Ф. Вонгль-Свидерской (1893), в Одессе — И. И. Марголиным (1896), в Варшаве — Л. Р. Шиманским (1897), в Киеве — Л. С. Бланком (1897) и в Москве — В. Ф. Греффе (1897), Г. И. Вильга (1909). Характерно, что если в 1898 г. в России функционировало только девять зубо-врачебных школ, то в 1916 г. их было уже около двадцати.

В 1904 г. Министерству народного просвещения было предложено разработать проект нового положения для зубо-врачебных школ. В 1906—1907 гг. был разработан проект Министерства народного просвещения, по которому намечалось увеличение сроков обучения в зубо-врачебных школах с 2½ до 3½ лет. Однако зубо-врачебные школы по-прежнему оставались в руках частных лиц. Они могли учреждаться только в университетских горо-

дах, что, конечно, было шагом назад по сравнению с «Нормальным уставом» 1891 г.

Медицинская общественность России в лице правления Российского зубоврачебного союза, признавая несовершенство этого проекта, выдвинула свой проект зубоврачебного образования, в котором предусматривалась организация в университетских городах правительственных и частных зубоврачебных институтов с 4-летним сроком обучения и расширенной программой изучения разных медицинских наук.

Оба проекта рассматривались в комиссии по народному образованию Государственной думы. Проект правления Российского зубоврачебного союза не выражал правительственного мнения и поэтому был отвергнут. В 1914 г. был утвержден новый проект Министерства народного просвещения, но и он не приобрел силы закона. В деле подготовки зубоврачебных кадров в России вплоть до Великой Октябрьской социалистической революции оставался в силе проект 1907 г.

Не существовало также и специальных учебных заведений для подготовки зубных техников. Последние, будучи причислены к «ювелирному цеху», по ремесленному уставу того времени получали знания по специальности путем индивидуального обучения у практиков или в частных зуботехнических мастерских. Порядок подготовки зуботехнических кадров никаким законом не был установлен. Существовало только разъяснение Медицинского совета (1886), по которому «лица, именующие себя зубными техниками, не имели права изготовлять зубные протезы». В 1907 г. Сенат предоставил право Ремесленным управам проводить испытания и выдавать дипломы на звание «мастера зуботехнического дела», причем никакой общеобразовательной и медицинской подготовки для этого не требовалось. Естественно, что зубные техники с крайне низкой степенью подготовки не причислялись даже к группе медицинских работников. Попытки отдельных лиц в начале XX века создать специальные школы для формирования зуботехнических кадров были отклонены правительством. Имелось разрешение на открытие ремесленных зуботехнических мастерских, которые могли принимать учеников и выпускать «мастеров зуботехнического ремесла». Такие мастерские были открыты в Москве, Одессе и ряде других городов [Добкович В. И., 1914].

В 1910 г. Медицинский совет, рассмотрев вопрос о предоставлении зубным техникам права на самостоятельное изготовление протезов по предписанию врачей, зубных врачей и дантистов, признал, что мастера и мастерицы зуботехнического ремесла имеют право на такое производство и могут образовать свой особый зуботехнический цех [Богород Р. М., 1913].

С образованием цеха мастеров зуботехнического ремесла зубные техники окончательно ушли из-под контроля врачебной инспекции и подчинялись целиком «Уставу о промышленности». Зубные техники в своих зуботехнических мастерских нелегально принимали больных, где не только занимались протезированием, но и лечением, и удалением зубов. Это, безусловно, не могло пройти мимо зубоврачебной общественности России. Так, например, в 1913 г. состоялось заседание Общества русских практических зубных врачей в С-Петербурге, которое, заслушав доклад зубного врача В. И. Добковича «О мастерах зуботехнического цеха», постановило послать на усмотрение Медицинского совета правила для зубных техников. В 3-м параграфе этого постановления говорилось: «Мастерам зуботехнического цеха строго запрещается принимать заказы на зуботехнические протезы непосредственно от пациентов. Как исполнители технической отрасли дентистрии они производят зубные протезы исключительно по предписанию и указанию зубных врачей, а потому они не имеют права объявлять о своем мастерстве ни путем вывесок и витрин у подъезда и на фасадах домов, ни через общую, не специальную прессу, ни путем раздачи реклам» [Добкович В. И., 1914].

До тех пор, пока зубоврачебная помощь оставалась в частных руках, ни о каких государственных зуботехнических лабораториях не могло быть и речи так же, как о подготовке зуботехнических кадров в государственных зуботехнических школах.

[Большое значение в деле подготовки зубных врачей и зубных техников имела организация одонтологических обществ. В 1883 г. в Петербурге было учреждено Общество дантистов, которое с 1899 г. стало именоваться Первым обществом зубных врачей России. Учредителями его были Ф. И. Важинский, А. П. Сеницын и др. В 1883 г. в Петербурге было организовано также Общество дантистов и врачей, занимающихся зубоврачева-

нием. Основателем и руководителем его был проф. А. К. Лимберг. В 1899 г. это общество утвердило свой новый устав и стало называться Петербургским зубо-врачебным обществом. В 1891 г. было создано Московское общество дантистов и врачей, занимающихся зубо-врачеванием. В 1897 г. возникло новое Московское одонтологическое общество, в которое входили известные ученые — М. М. Чемоданов, Г. И. Вильга, И. М. Коварский, П. Г. Дауге, А. П. Левицкий и др. В 1905 г. в Москве было организовано третье по счету Зубо-врачебное общество, которое, однако, вскоре прекратило свое существование.

В 1899 г. все члены названных выше обществ объединились в одно Российское одонтологическое общество. На его заседаниях заслушивались научно-практические сообщения по соответствующим разделам зубо-врачевания и случаи из практики, демонстрировались разные методы лечения и изготовления протезов.

Большую роль в разработке научно-организационных вопросов в области зубо-врачевания и в повышении научно-практических знаний сыграли одонтологические съезды. На них обсуждались вопросы о правовом положении зубных врачей, дантистов и зубных техников, о состоянии зубо-врачебной и зубо-протезной помощи и реорганизации зубо-врачебного образования; излагались различные научные проблемы зубо-врачевания.

Наиболее остро вопросы о правовом положении и реорганизации зубо-врачебного дела в России прозвучали на 14-м одонтологическом съезде, проходившем в июле 1905 г. в Петербурге. На все требования передовой врачебной мысли того периода царское правительство отвечало не только полным их игнорированием, но и сняло с повестки дня все правовые вопросы, намеченные к обсуждению на последующих 5-м и 6-м съездах.

Зубные врачи принимали активное участие в работе различных медицинских съездов, проводимых в России и за рубежом.

В деле формирования зубо-врачевания как медицинской специальности большую роль сыграли зубо-врачебные журналы. Первый журнал «Зубо-врачебный вестник» был организован в Петербурге А. П. Синицыным в 1885 г. под редакцией доктора медицины Э. Э. Валицкого, выпускавшийся до 1917 г. С 1899 по 1915 г. в Москве выходил журнал «Одонтологическое образование», во

главе которого был И. М. Коварский. В 1906 г. А. В. Фишер издавал журнал «Зубоврачебное дело».

В этих периодических изданиях публиковались реферативные сообщения или статьи переводного характера по актуальным вопросам зубоврачевания. Позднее стали появляться научные работы и практические предложения отечественных авторов. Здесь уместно отметить, что журналы уделяли большое внимание общественно-политическим вопросам. Так, в статье, напечатанной в «Зубоврачебном вестнике» (1905, № 5), «О социалистическом преобразовании зубоврачевания», П. Г. Дауге писал: «Тут по-моему, скажет решающее слово не Фишер, не Вильник и не пишущий эти строки, а гораздо более авторитетная сила — политический переворот России. Свергнув нынешний режим, обновленный русский народ возьмет дело народного просвещения в свои руки со всеми общими специальными учебными заведениями, и в том числе зубоврачебными школами».

В XIX веке в России, кроме журнальных статей, появляются и руководства по зубоврачеванию и книги, в которых этой проблеме отведено много места. Характерно, что эти исследования проводят не только зубные врачи, но и врачи общего профиля. В этом плане следует отметить работу И. Ф. Буша «Руководство к преподаванию хирургии» (1807) — трехтомный учебник, в котором автор по сути дела осветил все вопросы зубоврачевания.

В книге «Дантистика или зубное искусство о лечении зубных болезней с приложением детской гигиены» (1829) А. М. Соболев писал о том, что среди врачей «дантистика» занимает важное место, составляя часть «рукодеятельной медицины». Она тесно «связана с другими медицинскими специальностями и основана на тех же законах».

В 1884 г. вышел в свет труд И. И. Хрущева «Полный зубоврачебный курс», в котором автор уделил большое внимание изложению методов лечения переломов челюстей с применением передовых для того времени ортопедических и хирургических приемов.)

В 1910 г. было опубликовано руководство Е. М. Гофунга «Основы протезного зубоврачевания». Большой вклад в теорию и практику ортопедической стоматологии внесла работа Е. М. Гофунга «Проблема артикуляции в теории и практике» (1913).

В период первой мировой войны особое развитие в зубоврачевании получает лечение переломов челюстей и зубочелюстное протезирование. Большая заслуга в оказании помощи раненым в челюстно-лицевую область принадлежит П. А. Глушкову, К. П. Тарасову и С. С. Тигерштедту, организовавшим впервые в мире «летучие отряды», которые оказывали первую помощь на передовых позициях. Для лечения переломов челюстей С. С. Тигерштедт предложил и применил алюминиевые шины. Обобщив опыт работы зубных врачей в военное время, он выпустил монографию «Военно-полевая система лечения и протезирования огнестрельных челюстных ранений» (1916).

Таким образом, мы видим, что зубоврачевание в царской России осуществлялось на базе частнособственнической системы здравоохранения. Отсутствие правительственной поддержки в организации государственной сети и подготовки квалифицированных зубоврачебных кадров значительно тормозило оказание зубоврачебной помощи населению России.

Но, несмотря на это, передовые русские ученые того времени Я. Л. Джемс-Леви, А. К. Лимберг, Н. В. Склифосовский, П. Г. Дауге, И. М. Коварский, Г. И. Вильга, М. М. Чемоданов, А. П. Левицкий, А. П. Синицын, А. В. Фишер, И. Ф. Буш, А. М. Соболев, В. О. Попов, И. И. Хрущев, П. А. Глушков, К. П. Тарасов, С. С. Тигерштедт и др. делали все от них зависящее в вопросах подготовки зубоврачебных кадров. Зубоврачебные школы были открыты значительно раньше, чем это было сделано во многих европейских странах. Создание одонтологических обществ, проведение одонтологических съездов, участие в работе различных медицинских съездов, проводимых как в России, так и за рубежом, основание зубоврачебных журналов, опубликование научных работ, руководств, книг — все это, безусловно, способствовало развитию зубоврачевания в России.

Основные этапы организации стоматологической помощи населению СССР

Героический путь пройден Советским государством за годы социалистического строительства. Народы Советского Союза под руководством Коммунистической пар-

тии строят коммунистическое общество, прокладывают человечеству светлый путь к коммунизму.

«Труднейшей проблемой, которую первоначально пришлось решать Советской республике, было преодоление разрыва между величию вставших перед ней задач и ничтогой материальной и культурной»¹.

В. И. Ленин считал, что наша страна располагала всем необходимым и достаточным для построения социалистического общества. В молодой республике Советов создавалась и советская система здравоохранения, неразрывно связанная с именем В. И. Ленина, так как именно в его трудах были разработаны основные принципы охраны здоровья трудящихся.

В 1917 г. В. И. Ленин в работе «Материалы по пересмотру партийной программы» наметил ближайший план действия в деле организации медицинской помощи трудящимся, в первую очередь рабочим².

Академик Б. В. Петровский в статье «Во имя Человека» писал: «Вся полувековая история советского здравоохранения неразрывно связана с развитием нашего государства. Мы горды тем, что у колыбели советского здравоохранения стоял вождь пролетариата великий Ленин»³.

Создание зубоврачебной подсекции и ее роль в организации стоматологической помощи

Первая социалистическая организация здравоохранения была создана 26 октября 1917 г., когда при Военно-революционном комитете Петроградского Совета был утвержден Медико-санитарный отдел во главе с М. И. Барсуковым.

Прежде чем создать Народный комиссариат здравоохранения (Наркомздрав), В. И. Ленин считал необходимым организовать на местах медико-санитарные отделы Советов, привлекая к их деятельности рабочих и крестьян, сосредотачивая вокруг них медицинские кадры.

Были созданы врачебные коллегии при наркоматах путей сообщения, внутренних дел, просвещения, соци-

¹ Тезисы ЦК КПСС. — К 100-летию со дня рождения В. И. Ленина. Коммунист, 1970, № 1, с. 12.

² Ленин В. И. Полн. собр. соч., т. 32, с. 157.

³ Медицинская газета, 1967, № 37, 31 октября.

ального обеспечения и др. 2 декабря 1917 г. врачебные коллегии опубликовали совместное «Обращение к медицинскому персоналу республики о борьбе с заболеваемостью, смертностью и антисанитарными условиями жизни широких масс населения», которое явилось программным документом в области здравоохранения.

24 января 1918 г. В. И. Ленин подписал декрет СНК РСФСР «О Совете врачебных коллегий», который стал высшим медицинским органом рабоче-крестьянского правитель-



Н. А. Семашко (1874—1949)

тельства. Председателем его был назначен А. Н. Винокуров. Совет врачебных коллегий провел большую организационную работу по созданию на местах медико-санитарных отделов. В. И. Ленин считал, что только в условиях, когда медико-санитарные отделы Советов рабочих и солдатских депутатов будут организованы повсеместно, возникнет необходимость в создании единого центрального органа для руководства народным здравоохранением.

В июле 1918 г. в Москве состоялся V Всероссийский съезд Советов, принявший Конституцию РСФСР. Вместе с другими органами Советской власти был учрежден и Народный комиссариат здравоохранения РСФСР.

11 июля 1918 г. В. И. Ленин подписал декрет СНК РСФСР «Об учреждении Народного комиссариата здравоохранения». Народным комиссаром здравоохранения был назначен член ВЦИК Н. А. Семашко, его заместителем — З. П. Соловьев, а членами коллегии были назначены П. Г. Дауге, А. П. Голубков, В. М. Бонч-Бруевич (Величкина) и Е. П. Первухин. Наркомздраву передавались все дела и средства Совета врачебных коллегий,



П. Г. Дауге (1869—1946)

поручалось объединение деятельности всех медицинских управлений при всех комиссариатах, а также осуществление контроля за их работой.

Оценивая значение декрета в развитии здравоохранения вообще и зубоврачевания в частности, П. Г. Дауге (в 1927 г.) писал: «Этим постановлением был положен первый камень в фундамент единой медицины, и зубоврачевание впервые включено в нее как ее органическое, неотъемлемое звено»¹.

17 июля 1918 г.

Коллегия Народного комиссариата здравоохранения приняла «Положение о зубоврачебной подсекции комиссариата и Ученой одонтологической комиссии» при этой секции².

Возглавил зубоврачебную подсекцию участник трех революций, последовательный большевик-ленинец, зубной врач П. Г. Дауге.

Как член Коллегии Наркомздрава РСФСР П. Г. Дауге встречался с В. И. Лениным на заседаниях Совета Народных Комиссаров, где часто обсуждались вопросы охраны народного здоровья, разрабатывались принципы советского здравоохранения, чему В. И. Ленин уделял большое внимание.

Задачи, стоящие перед советским здравоохранением в области зубоврачевания, были огромны и поэтому зубоврачебной подсекции вменялось в обязанность разработка и проведение в жизнь всех мероприятий по реформе зубоврачебного дела в республике на социалистических основах.

¹ Дауге П. Г. Великий Октябрь и советское зубоврачевание. — Одонтол. и стоматол., 1927, № 5, с. 5—9.

² ЦГАОР, ф. 482, оп. 1, д. 12, л. 17.

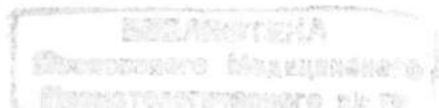
Одним из важнейших вопросов, которые нужно было решить, являлся вопрос организации государственной зубоврачебной помощи широкому кругу населения нашей страны. Организация государственных зубоврачебных кабинетов и лабораторий требовала определенного времени и поэтому зубоврачебная подсекция издала 14 сентября 1918 г. «Постановление относительно использования частных зубоврачебных кабинетов в интересах трудящегося населения», обязывавшее врачей в порядке трудовой повинности оказывать бесплатную зубоврачебную помощь трудящимся. Для создания государственных зубных кабинетов и лабораторий требовалась материальная база, и зубоврачебная подсекция проводит через Наркомздрав постановление от 17 сентября 1918 г. «Об учете зубоврачебных и зуботехнических принадлежностей и материалов». Учет имущества, имеющегося на складах, показал, что его было крайне недостаточно для удовлетворения потребностей государственных лечебных учреждений.

Постановление от 17 сентября 1918 г. явилось первым шагом к предстоящей национализации всех зубоврачебных складов и предприятий и к созданию материальной базы будущих государственных зубных амбулаторий и лабораторий. В этот период по инициативе медико-санитарных отделов проводилась национализация частных кабинетов.

В конце сентября 1918 г. зубоврачебная подсекция разработала проект «Положения о национализации зубоврачебной помощи в Советской республике», который обсуждался на Всероссийском совещании заведующих подотделами медико-санитарных отделов губернских и городских Советов депутатов трудящихся.

26 декабря 1918 г. Народный комиссариат здравоохранения издал постановление «О государственной организации зубоврачебной помощи в республике», сыгравшее большую роль в организации государственной зубоврачебной помощи, распределении сети специализированных учреждений в стране и заложившее основы развития профилактических принципов в стоматологии. К работе в государственных зубоврачебных учреждениях предусматривалось привлечь зубных техников, которые раньше не причислялись к медицинским работникам.

В тяжелые годы военного коммунизма зубоврачебная подсекция проводила большую работу по организации



государственных зубоврачебных амбулаторий и лабораторий.

Такое положение с оказанием зубоврачебной помощи объясняется тяжелым для молодой Советской республики периодом гражданской войны, когда была объявлена мобилизация медицинского персонала и лучшие зубоврачебные кадры ушли на фронт. Все это значительно тормозило реализацию разработанных зубоврачебной подсекцией лечебных, организационных и лечебно-профилактических мероприятий в области государственной зубоврачебной помощи.

Введение новой экономической политики сказалось и на системе оказания зубоврачебной помощи населению. На состоявшемся в декабре 1921 г. съезде заведующих зубоврачебными подотделами городских и областных здравствделов Н. А. Семашко и П. Г. Дауге сообщили о некотором переустройстве в зубоврачебном деле в связи с новой экономической политикой. Основные изменения касались перевода лечебных учреждений на местный бюджет, за исключением небольшой части амбулаторий крупных городов, поликлиник, обслуживающих школьников, а также рабочих государственных предприятий, имевших первостепенное значение для восстановления народного хозяйства страны, которые оставались на государственном обеспечении.

Для решения научно-методических вопросов, связанных с организацией зубоврачебной помощи в стране, П. Г. Дауге привлек группу ученых, передовых врачей и общественных деятелей: А. И. Евдокимова, Е. М. Гофунга, И. Г. Лукомского, А. А. Лимберга, М. О. Коварского, Н. И. Агапова, Н. А. Астахова, П. П. Львова, Г. А. Ефрона, Н. М. Вильника, И. И. Фурмана, Я. С. Утштейна, Н. Т. Хораву, Ю. К. Метлицкого, С. С. Волынского и др.

В 1922 г. Народный комиссариат здравоохранения принял ряд постановлений, способствующих развитию зубоврачебной помощи населению страны. В этот период здравотделы с целью сохранения лечебных учреждений передали некоторые из них на содержание промышленным предприятиям и страховым органам. В результате этого возникла сеть зубоврачебных амбулаторий при заводах, государственных учреждениях, работающих на хозрасчете.

Необходимо отметить, что, несмотря на некоторое сокращение зубоврачебных и зубопротезных амбулато-

рий, намечалась тенденция к их концентрации и укрупнению. Этому способствовало также принятое 10 июля 1922 г. постановление Народного комиссариата здравоохранения «Об использовании зубоврачебного имущества». В нем подтверждалось, что зубоврачебное имущество «как фактически поступившее в ведение органов государственной власти, является имуществом государственным и ни в коем случае возврату в частное владение не подлежит»¹.

Мероприятия, проводимые зубоврачебной подсекцией Народного комиссариата здравоохранения, способствовали развитию сети зубоврачебных амбулаторий и зуботехнических лабораторий, повышению качества лечебной помощи. О темпах развития зубоврачебной помощи можно судить по следующим данным: к 1921 г. в РСФСР уже насчитывалось 1881 государственная зубоврачебная амбулатория, в том числе 656 в сельской местности, в которых работало 2034 зубных врача, из них 751 — на селе. В 1924 г. почти в каждой губернии были организованы более или менее крупные государственные зубоврачебные амбулатории и зуботехнические лаборатории.

В январе 1928 г. П. Г. Дауге сделал доклад в Коллегии Народного комиссариата здравоохранения о положении зубоврачебной помощи в РСФСР и ближайших ее задачах, а 6 июня 1928 г. он выступил на 3-м Всесоюзном одонтологическом съезде с докладом «Уроки 10-летнего государственного зубоврачебного строительства». В этих докладах говорилось, что за 10 лет строительства советской медицины в деле организации стоматологической помощи были достигнуты значительные успехи, укреплялась и неуклонно развивалась сеть лечебных учреждений. По его данным, за 1924—1926 гг. число самостоятельных амбулаторий достигло 112; общее количество кресел в них равнялось 400, число зубных кабинетов при общих амбулаториях увеличилось до 1541, а зубопротезных лабораторий — до 211. В указанных учреждениях работало 3151 зубной врач и 602 зубных техника. Количество обращений за три года возросло с 2 168 257 до 3 718 090, а число посещений — с 6 956 361 до 12 519 443. На 1 января 1928 г. общее число

¹ Бюллетень Наркомздрава, 1922, № 4, с. 10.

зубных врачей в РСФСР, состоящих на государственной службе, составляло приблизительно 4600 человек.

Были отмечены и недостатки. Они заключались главным образом в отсутствии должного руководства в центре и на местах. Еще продолжали существовать мелкие, недостаточно оснащенные зубоврачебные кабинеты. Ухудшение руководства зубоврачебной помощью можно объяснить сокращением штата зубоврачебной подсекции (1924 и 1926 гг.) и отсутствием в штатах здравоотделов специалистов в области зубоврачевания.

А. И. Марченко и В. Н. Кузнецов справедливо отмечали в своей работе «Развитие стоматологии на Украине за годы Советской власти» (1972) большие заслуги П. Г. Дауге и его соратников в социалистическом преобразовании зубоврачевания в нашей стране и, в частности, на Украине. Подтверждением этого является то, что уже в апреле 1919 г. было принято постановление о реформе зубоврачебного образования в этой республике. К сожалению, развитие сети зубоврачебной помощи было прервано во второй половине 1919 г. интервенцией и гражданской войной.

В январе 1920 г. после окончания гражданской войны был создан Наркомздрав УССР, а 5 апреля 1920 г. он издал приказ «Об организации зубоврачебной секции при губернских отделах здравоохранения».

В реорганизации зубоврачебного образования и зубоврачебной помощи в республике, принимали активное участие профессора К. П. Тарасов, Г. А. Маслов, Е. М. Гофунг и др.

В это же время был издан приказ Наркомздрава «О государственной организации зубоврачебной помощи в Украинской республике», предусматривающий развитие этого раздела медицины на социалистических началах. В соответствии с приказом был разработан план соответствующих мероприятий. В республике начала развиваться сеть государственных зубоврачебных учреждений, стали готовиться кадры. Все это привело к тому, что уже к концу 1927 г. на Украине насчитывалось 1409 зубных врачей.

Первые десять лет организации зубоврачебного дела в Советской России показали все преимущества социалистического строя. Последующие годы проиллюстрировали огромную политическую и медико-социальную роль государственной системы зубоврачевания,

Стоматология в годы первых пятилеток

В годы индустриализации и коллективизации сельского хозяйства партия и правительство уделяли большое внимание улучшению материального обеспечения народа и придавали особое значение совершенствованию медицинского обслуживания трудящихся. Об этом свидетельствует постановление ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян», принятое 22 декабря 1929 г.

Отмечая огромные достижения советской медицины, «...ЦК считает, что новые задачи реконструктивного периода требуют коренной перестройки работы наркомздравов союзных республик. ЦК отмечает, что нынешнее состояние наркомздравов на практике не обеспечивает проведения в жизнь директив партии»¹. В постановлении подчеркивалось, что развитие здравоохранения в стране отстает от роста народного хозяйства и потребности трудящихся.

Сказанное относилось и к стоматологической помощи как в городе, так и на селе. П. Г. Дауге (1923) отмечал, что между бурно растущим спросом на все виды квалифицированной стоматологической помощи и реальной возможностью его удовлетворения существует колоссальная пропасть, которую по истечении пятилетки удастся смягчить лишь в ограниченной степени.

О высокой требовательности партии и правительства к развитию медицинской помощи трудящимся страны свидетельствует и тот факт, что первый пятилетний план по здравоохранению был принят лишь во втором варианте. В нем предусматривалось дальнейшее расширение оказания зубоврачебной помощи. В городах и промышленных центрах предполагалось к концу пятилетки довести число зубных врачей до 6000, а в сельской местности до 2300 [Дауге П. Г., 1929].

В период первой пятилетки и в последующие годы определяется значительный рост кадров зубных врачей, число которых достигло в 1934 г. по сети Наркомздрава 8419, а в 1935 г. — 9480. Всего по СССР в государственной сети общественных организаций этот показатель в 1935 г. достиг 11 599 зубных врачей. Значительно рас-

¹ Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР, 1925—1940. — М.: Медицина, 1973, с. 131.



А. И. Евдокимов (1883—1979)

ширилась и сеть зубо-врачебных учреждений, которая в 1935 г. составила по Союзу 6961 (кроме ведомственных учреждений РККА).

Необходимо отметить, что, помимо сети, находящейся в ведении Наркомздрава и развернутой не только в самостоятельных лечебных учреждениях, но и как отделения в диспансерах и здравпунктах на предприятиях, имелась большая сеть зубо-врачебных учреждений других ведомств, например НКПС, НКВД и т. д.

Большой вклад в дело расширения зубо-врачебной помощи вносили научные сотрудники, изу-

чавшие и внедрявшие в практику научно обоснованные методы организации труда. Повышению квалификации врачей способствовали сотрудники Государственного института стоматологии и одонтологии, Ленинградского стоматологического учебно-практического института, такого же профиля институтов в Одессе, Горьком и других городах. Большую организационную и научно-методическую работу по совершенствованию зубо-врачебной помощи, по внедрению научных достижений в практику проводил Государственный институт стоматологии и одонтологии (ГИСО), в котором в 1927 г. была организована кафедра стоматологии во главе с проф. А. И. Евдокимовым, а затем — кафедра социальной гигиены и профессиональной патологии во главе с проф. П. Г. Дауге.

В мае 1937 г. в ГИСО состоялось совещание по обсуждению плана стоматологической помощи на третью пятилетку. В нем приняли участие представители Наркомздрава СССР и РСФСР, Московских областного и городского отделов здравоохранения, представители Украинской, Белорусской, Грузинской ССР. Принятые

решения были направлены на обеспечение стоматологической помощью населения промышленных районов и сельской местности, на увеличение сети стоматологических учреждений и соответствующих кадров, развитие челюстной хирургии и ортопедии, улучшение оборудования для стоматологических поликлиник и лабораторий.



И. Г. Лукомский (1893—1958)

Первым испытанием молодой отрасли медицины — стоматологии — явились военные события на Дальнем Востоке (1938—1939) и в Финляндии (1940). Можно сказать,

что стоматологи справились с возложенными на них задачами и, как образно сказал проф. И. Г. Лукомский, выдержали «экзамен на аттестат зрелости».

Если во время империалистической войны 1914—1918 гг. смертность лиц, раненных в челюстно-лицевую область, составляла 53%, то во время боевых операций у реки Халхин-Гол этот процент в войсковом районе равнялся всего лишь 0,4, а в армейском и фронтовом районах был сведен к нулю. Даже во время советско-финляндского конфликта (1939—1940), несмотря на крайне суровую зиму, смертность раненных в челюстно-лицевую область колебалась в войсковом районе от 0,4 до 1,1%, а в армейском и фронтовых районах — от 1,4 до 1,8%.

По данным проф. Д. А. Энтина (1940), 63% раненым в челюстно-лицевую область специальная помощь была оказана в войсковом районе.

В 1940 г. вышел ряд работ Е. Е. Бабицкой, А. А. Кьяндского, С. И. Крылова, А. А. Лимберга, Д. А. Энтина и других авторов, в которых излагались научные основы лечения, предлагались конструкции аппаратов и протез-

зов для лечения раненных в челюстно-лицевую область.

Е. Е. Бабицкая в работе «Оценка шин войскового района и шинирование при переломах челюстей в эвакуогоспитале» (1940) писала о том, что 41 % раненых с переломами челюстей поступали в челюстные отделения госпиталей с шинами войскового района.

Для организации правильной и своевременной помощи лицам с челюстно-лицевыми ранениями был произведен учет существующих клиник и специалистов, разработан объем помощи для различных медицинских учреждений, предложены стандартные шины для первой помощи и транспортировки раненых. Оценивая действия стоматологов по оказанию помощи раненым в челюстно-лицевую область, проф. А. А. Кьяндский высказал следующую мысль (1940) о характере подготовки стоматологов: в условиях военной работы эвакуогоспиталя нет возможности провести строгую границу между работой челюстно-лицевого хирурга и ортопеда. Приходится настоятельно требовать, чтобы челюстно-лицевые ортопеды представляли себе достаточно ясно хирургические особенности каждого случая.

Опыт, приобретенный стоматологами в период военных событий на Дальнем Востоке и в Финляндии, изучался впоследствии и послужил основанием для организационных выводов. Так, на Всесоюзном стоматологическом совещании по челюстно-лицевой хирургии (25—27 июня 1940 г.) были вскрыты недостатки в снабжении специалистов шинами и наборами, в подготовке стоматологов, зубных врачей и зубных техников по вопросам челюстно-лицевой травматологии. Совещанием были намечены пути устранения отмеченных недостатков.

Советская стоматология в годы Великой Отечественной войны (1941—1945)

К началу Великой Отечественной войны уже была создана система доврачебной, первой врачебной и квалифицированной стоматологической помощи при ранениях лица и челюстей, разработаны таблицы специального оснащения, образцы шин и т. п. Стоматологическую помощь в Советской Армии возглавлял генерал-майор медицинской службы Д. А. Энтин — один из основоположников военной стоматологии в нашей стране. В работах,

опубликованных в 1939—1942 гг., он делится опытом и методами лечения при челюстно-лицевых ранениях, выдвигает целый комплекс задач по улучшению этой помощи.

Стоматологическую службу в Военно-морском флоте возглавлял В. М. Уваров. Флагманскими стоматологами были С. М. Давидсон, А. П. Клименков, И. Л. Лившиц. Главными стоматологами фронтов были Л. Р. Баллон, М. К. Гейкин, Я. М. Збарж, И. П. Калининко, А. А. Кьяндский, Л. Ю. Каценельсон, А. М. Рарог, В. В. Фиалковский и др. Главными стоматологами армий — Е. И. Гаврилов, В. П. Забелин, Н. Н. Ежкин, Г. М. Иващенко, В. И. Кулаженко, П. И. Попудренко и др.

В блокированном Ленинграде оказанием стоматологической помощи занимались А. А. Лимберг и П. П. Львов, а на госпитальных базах фронта — В. И. Заусаев, М. А. Макненко, Г. И. Семенченко и др.

В сентябре 1941 г. все эвакуогоспитали тыловых районов страны были переданы в ведение Наркомздрава СССР и ВЦСПС. Для руководства ими были созданы управления эвакуогоспиталей, возглавляемые опытными специалистами. Организаторами и руководителями стоматологической помощи в системе эвакуогоспиталей Наркомздрава СССР были И. Г. Лукомский, А. И. Евдокимов, Б. Н. Бынин и др.

С первых дней Великой Отечественной войны стоматологи заняли важное место в оказании стоматологической помощи при челюстно-лицевых ранениях. В основе организации лечебно-эвакуационного обеспечения на фронте и в тылу лежало проведение единой системы



Д. А. Этин (1888—1957)

этапного лечения с эвакуацией раненых по назначению, сортировкой, последовательностью и преемственностью медицинской помощи на каждом этапе. Основными пунктами этапного лечения являлись медико-санитарный батальон, челюстно-лицевые отделения специализированных хирургических полевых подвижных госпиталей (СХППГ) госпитальной базы армии и фронта. Раненые, нуждавшиеся в длительном лечении, эвакуировались за пределы фронта. На совещаниях стоматологической подсекции Ученого медицинского совета при Главном военном санитарном управлении РККА, на научных армейских и фронтовых конференциях, пленумах госпитального совета Наркомздрава СССР обобщался положительный опыт лечения раненых, рассматривались вопросы его внедрения в практическую деятельность медицинской службы разных фронтов.

Коллективный анализ лечения раненых в челюстно-лицевую область дал возможность правильно решить ряд вопросов военной челюстно-лицевой хирургии и ортопедии. Было признано эффективным раннее оперативное вправление отломков при лечении переломов челюстей в случаях безуспешного или малоэффективного эластического вытяжения. Применялись более активные методы хирургического лечения при огнестрельном остеомиелите челюстей. Производились ранние пластические операции при наличии свежих рубцов и только что закончившегося воспалительного процесса (Г. А. Васильев, Михельсон Н. М., В. М. Мухин и др.). В некоторых случаях (Л. Р. Балон, В. И. Калуженко и др.) делали местные пластические операции при первичной хирургической обработке ран и довольно часто при гранулирующих ранах. Были пересмотрены взгляды на сроки костно-пластических операций на нижней челюсти и доказана возможность и целесообразность костной пластики нижней челюсти спустя 2—4 мес (вместо 6—12 мес) после травмы, а иногда сразу после заживления раны и исчезновения признаков воспаления (Э. А. Александрова, Е. М. Жак, М. П. Жаков, Н. М. Михельсон, М. В. Мухин, И. М. Оксман и др.).

Обобщение опыта лечения больных с челюстно-лицевыми ранениями в условиях военных действий находили в период войны отражение в многочисленных публикациях. Большое значение имели работы «Военная челюстно-лицевая хирургия» Д. А. Энтина (1941), «Огне-

стрельные ранения лица и челюстей и их лечение» А. А. Лимберга (1941), «Лечение челюстно-лицевых повреждений в тыловых госпиталях» В. М. Уварова (1942), «Травматические остеомиелиты» И. Г. Лукомского (1942), «Пластические операции на лице» А. Э. Рауэра и Н. М. Михельсона (1943), «Восстановительная хирургия лица и других органов» Г. Б. Курбанова (1944), «Шинирование челюстно-лицевых раненых в госпиталях армейского и фронтового тыла» И. А. Бегельмана и М. П. Фиделя (1944).



А. А. Лимберг (1894—1974)

В 1943 г. А. А. Лимберг предложил использовать для костной пластики нижней челюсти расщепленный отрезок ребра. Его метод получил широкое распространение в челюстно-лицевой хирургии. В 1946 г. вышла его книга «Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела», которая была удостоена Государственной премии. Необходимо также отметить серию работ по клинике, диагностике, лечению и профилактике осложнений при огнестрельных ранениях челюстно-лицевой области, выполненных И. А. Бегельманом, М. М. Великановой, И. П. Калинейко, К. Ф. Крайзмер, А. А. Къяндским и др.

Заслуживают внимания методы по ускоренной частичной ринопластике [Александрова Э. А., 1943] и тотальной ринопластике с применением филатовского стебля [Хитров Ф. М., 1947]. Последняя методика получила мировую известность.

Совершенствование способов образования и применения стебельчатого лоскута Филатова было осуществлено многими авторами [Обухова Л. М., 1940—1948; Жак Е. М., 1944; Лапчинский А. Г., 1944, и др.]. В эти

годы предложены новые методы оперативных вмешательств для закрытия свищей (Г. А. Васильев, А. А. Лимберг, В. М. Уваров), разрешен ряд физиологических вопросов акта глотания и на этой основе объяснен механизм аспирационных пневмоний у больных с челюстно-лицевыми и ранениями и уточнена методика их кормления (И. С. Рубинов). Стоматологи-ортопеды работали в содружестве со стоматологами-хирургами, направляя свои усилия на восстановление анатомической формы и функции органов челюстно-лицевой области. Ортопедическое лечение переломов челюстей проводилось в комплексе с другими приемами лечения, к которым в первую очередь следует отнести хирургические вмешательства. Это создавало условия для достижения наибольшего успеха в лечении.

Существенным достижением того времени в связи со спецификой ранений является предложенный и внедренный в практику В. Ф. Рудько аппарат для лечения переломов нижней челюсти, который носит его имя. Этот аппарат еще долгое время после войны служил хорошим подспорьем для врачей при лечении указанной патологии. Затем появились его многочисленные модификации, которые широко применяются и в настоящее время.

В отечественных руководствах, написанных А. А. Лимбергом и П. П. Львовым (1938), в учебниках и журнальных статьях обсуждались вопросы лечения переломов верхней челюсти. Основное внимание при этом уделялось больше технической, точнее, ортопедической стороне дела, чем хирургическим методам лечения. Это обстоятельство не могло не сказаться на тактике и методах лечения переломов верхней челюсти в первые годы Великой Отечественной войны, когда применялись в основном проволочные шины при почти повсеместной межчелюстной фиксации. Однако опыт показал несовершенство этих методов, а анализ результатов лечения раненых в первый год войны подтвердил, что контрактуры развивались почти в 35 % случаев, имелся большой процент неправильно сросшихся переломов. В связи с этим советские стоматологи стали изыскивать новые методы, направленные на совершенствование лечения раненых в челюсть. Так, начало развиваться функциональное направление в лечении переломов челюстей. Основы этого направления были разработаны В. Ю. Курляндским и изложены в книге «Функциональный метод

лечения огнестрельных переломов челюстей», вышедшей в 1944 г. В ней автор обобщил накопленный уже опыт в этой области, сформулировал показания к применению одностороннего шинирования и теоретически обосновал методику специальной лечебной физкультуры при челюстно-лицевых ранениях.

Стоматологи разработали новые хирургические приемы, направленные на ускорение сроков лечения и предупреждения осложнений.

В специализированных госпиталях, в которых, помимо стоматологов, работали невропатологи, офтальмологи, оториноларингологи и другие специалисты, представилась возможность более глубоко изучать патологию огнестрельных повреждений верхней челюсти и, применяя комплекс методов лечения, достигать более хорошие косметические и функциональные результаты.

В челюстных эвакуационных госпиталях системы Наркомздрава СССР за время Великой Отечественной войны накопился богатый клинический опыт, нуждающийся в анализе и обобщении. Этой задаче была посвящена научная конференция работников челюстных госпиталей, созванная Управлением эвакуационных госпиталей Наркомздрава РСФСР и состоявшаяся в Москве 13—15 сентября 1942 г., где была дана оценка основных методов лечения раненных в челюстно-лицевую область. В докладе Б. Н. Бынина «Клинические итоги деятельности челюстных госпиталей» указывалось, что богатые возможности ортопедических методов лечения переломов челюстей использованы далеко не полностью, в связи с чем возникают контрактуры, псевдоартрозы, неправильно сросшиеся переломы и пр. Докладчик указал, что при переломах



В. Ю. Курляндский (1908—1977)



Б. Н. Бынин (1891—1951)

челюстей следует шире применять одночелюстные шины, так как это дает возможность скорее и эффективнее закончить процесс лечения и вернуть в строй больший процент бойцов, чем при межчелюстной фиксации.

А. Я. Катц, В. Ю. Курляндский, И. М. Оксман, З. Н. Померанцева-Урбанская на конференции подвергли критике старые установки, авторы которых считали метод межчелюстного крепления единственно правильным при лечении переломов челюстей. Докладчики привели

данные, доказавшие, что этот метод удлиняет сроки консолидации отломков и способствует развитию осложнений со стороны органов дыхания. Во избежание этого они предложили ряд новых конструкций.

В 1944 г. на 4-м пленуме ученого медицинского совета по челюстно-лицевой хирургии при Медико-санитарном управлении Военно-морского флота с докладом «Ошибки в лечении челюстно-лицевых раненых» выступил проф. И. Г. Лукомский, который отметил, что в 1943 г. исходы лечения такого вида раненых по основным показателям стали значительно лучшими, чем в 1942 г., ибо функциональное направление в лечении раненых уже принесло положительный результат.

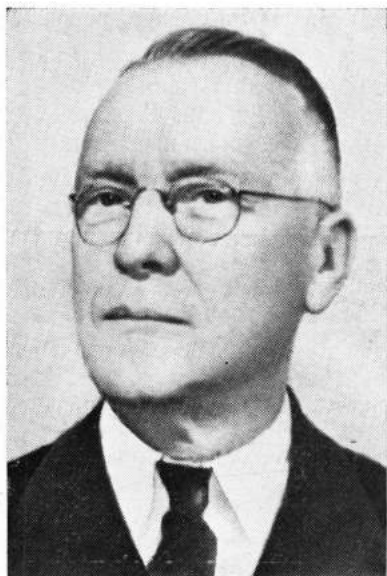
В годы Великой Отечественной войны стоматологи челюстно-лицевых госпиталей госпитальной базы фронта и тыловых районов при обширных повреждениях лица изготовляли протезы носа, уха и других частей лица, используя для этого пластические массы, внедренные в зубопротезирование незадолго до войны (Б. Н. Бынин, С. С. Шведов, Д. Н. Цитрин и др.).

Стоматологи разработали оригинальные методы лечения при челюстно-лицевых ранениях, предложили конструкции репонирующих, шинирующих, формирующих и заменяющих шин, аппаратов и протезов. Для лечения разных осложнений применялись специальные аппараты для механотерапии и протезы при ложных суставах, микростомиях, неправильно сросшихся переломах. Многочисленные методы ортопедического лечения челюстно-лицевых повреждений, множество аппаратов, шин и протезов объяснялись разнообразием клинической картины ранений и заболеваний. Все это требовало большой теоретической и клинической подготовки стоматологов, и, естественно, индивидуального подхода к лечению раненых.

Большой вклад в разработку новых методов лечения внес И. М. Оксман, который предложил оригинальные способы челюстного протезирования, конструкции челюстных протезов, фиксирующих аппаратов и протезов лица. Последние нашли широкое применение при лечении огнестрельной травмы лица в годы Великой Отечественной войны и в послевоенный период. Они способствовали скорейшему выздоровлению раненых.

Конструкции аппаратов и челюстных протезов, предложенные проф. З. Я. Шуром, также нашли широкое применение при лечении раненных в челюстно-лицевую область. Будучи начальником стоматологического отделения в годы войны, он накопил большой опыт по лечению раненных в челюстно-лицевую область, который обобщил сначала в кандидатской, а позднее в докторской диссертации «Ортопедическое лечение и протезирование челюстно-лицевых раненных и больных». Им разработаны оригинальные конструкции различных аппаратов, в частности, для лечения переломов нижней челюсти он предложил регулирующий комбинированный аппарат, вначале репонирующий с помощью резиновой тяги, затем — фиксирующий.

Интересны по конструктивному решению и функциональному назначению аппараты для лечения переломов нижней челюсти А. Л. Грозовского, аппараты и протезы З. Н. Померанцевой-Урбанской штанговый аппарат Л. Е. Шаргородского. Эффективные методы лечения переломов верхней челюсти были предложены также Я. М. Збаржем, В. Ю. Курляндским, Н. М. Михельсоном, З. Я. Шуром и другими учеными.



М. В. Мухин (1897—1973)

Необходимо отметить, что благодаря четко продуманной и организованной сети специализированных лечебных учреждений в действующей армии и в тылу было полностью излечено и возвращено в строй 85,1 % раненных в челюстно-лицевую область. М. В. Мухин писал, что такого большого числа вернувшихся в строй не было ни в одной из предыдущих войн и ни в одной армии государств, участвовавших во второй мировой войне (1967).

Вся стоматологическая помощь в военные годы в стране была направлена главным образом на лечение челюстно-лицевых ранений. В тылу в первую очередь предусматривалось оказание стоматологической помощи рабочим и служащим, которые работали в оборонной промышленности. Поэтому на крупных оборонных предприятиях создавались медико-санитарные части (МСЧ), в состав которых входили закрытые стационары, поликлиники или амбулатории.

В больницах МСЧ были стоматологические кабинеты или стоматологические отделения и зубопротезные лаборатории.

В связи с тем что многие зубоврачебные амбулатории в годы войны были закрыты или разрушены на временно оккупированной территории страны, уменьшился объем медицинской помощи гражданскому населению. Кроме того, в связи с временной оккупацией немцами Харькова и блокадой Ленинграда, где располагались основные крупные заводы по производству зубоврачебных материалов, значительно ухудшилось снабжение ими медицинских учреждений. За время войны советское здравоохранение лишилось 6000 больниц,

33 000 поликлиник, диспансеров и амбулаторий, 976 санаториев и 655 домов отдыха, 1125 санэпидстанций, 60 фабрик и заводов медицинской промышленности. На фронте и в тылу самоотверженно трудились свыше 200 000 врачей, полумиллионная армия средних медицинских работников. Они оказали помощь более 10 млн. раненых.

Число полностью выздоровевших среди больных с челюстно-лицевыми ранениями составило 85,1%, а в группе раненых с изолированными повреждениями мягких тканей лица — 95,5%. По количеству возвращенных в строй среди других групп раненых раненные в лицо заняли первое место.

В декабре 1943 г. на коллегии Наркомздрава СССР обсуждался доклад начальника стоматологической помощи проф. И. Г. Лукомского об основных направлениях развития стоматологической помощи в стране на ближайшие годы. В результате этого был издан приказ Наркомздрава СССР № 654, который предписывал к 25 января 1944 г. укомплектовать все вакантные должности зубными врачами и стоматологами за счет врачей, работавших в годы Великой Отечественной войны не по специальности. Предусматривалось организовать при стоматологических институтах клиническую ординатуру для подготовки специалистов. Приказ обязывал также медицинскую промышленность в ближайшее время обеспечить сеть зубоучастков и зуботехнических учреждений всеми необходимыми материалами и инструментарием. Этот документ значительно активизировал работу зубоучастков на местах.

В 1945 г. состоялась Всесоюзная конференция стоматологов, подытожившая колоссальный опыт работы на фронтах и в тылу страны. Позднее были изданы труды этой конференции.

На основе обобщения опыта войны было подготовлено и защищено много кандидатских и докторских диссертаций, в том числе диссертации М. В. Мухина по ранней пластике дефектов и деформаций лица, Я. М. Збаржа по огнестрельным переломам верхней челюсти, Г. М. Иващенко по хирургической анатомии огнестрельных ран челюстно-лицевой области и др. Среди обобщающих работ особое место занимает коллективный труд «Огнестрельные ранения и повреждения лица и челюстей», опубликованный в книге «Опыт советской медицины в

Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.», в написании которого принимали участие виднейшие специалисты страны.

Организация стоматологической помощи в период 1946—1980 гг.

В послевоенный период одной из главных задач, которая решалась стоматологической службой, было долечивание инвалидов Великой Отечественной войны. В течение первой послевоенной пятилетки основное внимание уделялось ликвидации санитарных последствий войны, в том числе восстановлению разрушенных фашистскими захватчиками стоматологических учреждений.

Начиная с конца 1943 г. непрерывно растет число восстановленных и вновь организованных стоматологических учреждений. К 1 января 1945 г. их было уже 92 % в городах и 80 % в сельской местности по сравнению с довоенным уровнем. Зубопротезные отделения были восстановлены на 60 % в городах и на 32 % в сельской местности.

Согласно приказу министра здравоохранения СССР № 417 от 3 июля 1946 г. медицинское обслуживание инвалидов Великой Отечественной войны было возложено на Главное управление госпиталей.

Во исполнение приказа были организованы госпитали для лечения инвалидов Великой Отечественной войны в ряде городов страны. Их принимали также и стоматологические учреждения, которые обслуживали гражданское население.

В 1946 г. в Москве при челюстно-лицевом госпитале для инвалидов Великой Отечественной войны был организован стоматологический центр; при нем был создан стоматологический совет, в который вошли профессора А. Э. Рауэр, Н. М. Михельсон, И. Г. Лукомский, А. И. Евдокимов, Е. Е. Платонов, А. Е. Верлоцкий, Б. Н. Бынин, И. М. Старобинский, Г. А. Васильев и другие специалисты. Центр проводил организационно-методические и инструктивные совещания с районными стоматологами, городские совещания стоматологов и зубных врачей. На этих совещаниях рассматривались организационные вопросы, читались лекции и научные доклады по наиболее актуальным темам.

В этот период Министерство здравоохранения СССР

издает ряд приказов и инструктивно-методических писем по организации и улучшению стоматологической службы в стране. Так, в июле 1949 г. вышел приказ министра здравоохранения СССР № 549 «Об улучшении стоматологической помощи населению». В нем, в частности, были отмечены следующие недостатки: в РСФСР имелось более 300 районов, где не было ни одного стоматолога или зубного врача; в некоторых союзных республиках имелись районы, где стоматологическая помощь населению не оказывалась; число зубопротезных кабинетов было недостаточным.

4 февраля 1950 г. Министерство здравоохранения СССР издало приказ, в котором были разработаны штатные нормативы медицинского персонала стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов; в нем также предусматривались нормы нагрузки на одного врача-протезиста.

В целях улучшения качества лечебной работы стоматологических учреждений Министерство здравоохранения СССР разработало 25 октября 1951 г. инструктивно-методическое письмо «О качественных показателях работы стоматологических поликлиник, отделений, кабинетов».

В этом же году вышел приказ министра здравоохранения СССР № 977 «О предельных ценах на зубные протезы, ортопедической помощи детям и подросткам». Согласно этому приказу ортодонтическую помощь детям и подросткам должны были оказывать бесплатно за счет ассигнований по бюджету.

Выполнение намеченных Министерством здравоохранения СССР мероприятий по улучшению стоматологической помощи населению страны способствовало дальнейшему расширению сети лечебных учреждений и большему охвату населения специализированной помощью. За 1945—1955 г. число стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов в СССР увеличилось в городах в 1,2 раза и в сельских местностях — в 2,5 раза. В то же время число зубопротезных учреждений увеличилось в городах в 3,5 раза, а в сельских местностях — 8,6 раза.

Забота Коммунистической партии и Советского правительства о здоровье советских людей проявилась и в постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР (1960) «О мерах по дальнейшему улучшению медицин-

ского обслуживания и охраны здоровья населения СССР». В этом постановлении предусматривалось расширение коечной сети, строительство новых городских и сельских больниц, родильных домов, фельдшерско-акушерских пунктов, яслей и ряд других мероприятий. В нем также указывалось на существенное отставание в обслуживании населения стоматологической помощью.

В связи с этим в 1961 г. Совет Министров СССР вынес постановление «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению». Реализация намеченных конкретных мероприятий по улучшению стоматологической помощи населению была также предусмотрена приказом министра здравоохранения СССР № 386 от 2 сентября 1961 г.

За эти годы расширилась сеть стоматологических лечебных учреждений: в городах число учреждений, имеющих стоматологические кабинеты, возросло с 11 476 в 1960 г. до 12 582 в 1965 г., в сельской местности — с 7 900 до 9 523; число стоматологических коек увеличилось соответственно с 2798 до 4653. Особенно заметно увеличилась сеть крупных стоматологических поликлиник, которых в 1966 г. уже насчитывалось 587 (в 1961 г. — 293). Число зубоврачебных кабинетов возросло в городах с 3408 до 3979, а в сельской местности — с 1113 до 1477.

Расширение сети стоматологических учреждений и рост численности стоматологических кадров обусловили дальнейшее увеличение объема стоматологической помощи населению. Число посещений врачей стоматологического профиля в системе Министерства здравоохранения СССР возросло с 143 309,8 тыс. в 1960 г. до 200 992,6 тыс. в 1965 г., т. е. на 40 %.

В 1966 г. состоялся XXIII съезд Коммунистической партии Советского Союза, который принял важные решения, направленные на еще большее укрепление материально-технической базы здравоохранения, что явилось прочным залогом прогресса в деле охраны здоровья советских людей.

5 июля 1968 г. ЦК КПСС и Совет Министров СССР приняли постановление «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране», в котором была намечена широкая программа конкретных мероприятий по решению поставленных задач. Министерство здравоохранения СССР в соответ-

ствии с постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР наметило и осуществило ряд мер, направленных на дальнейшее укрепление здравоохранения в стране. Предусматривалось дальнейшее улучшение стоматологической помощи населению страны и в первую очередь за счет дальнейшего роста сети лечебных стоматологических учреждений. Было намечено проектирование крупных специализированных стоматологических поликлиник, оснащенных по последнему слову техники зубо-врачебных лабораторий. Предполагалось также улучшение организационных форм стоматологической помощи.

Сессия Верховного Совета СССР (1969) единогласно приняла закон об утверждении «Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении». Верховный Совет постановил ввести в действие этот закон с 1 июля 1970 г. Законодательство в области здравоохранения было призвано способствовать проведению в жизнь решений Коммунистической партии, направленных на дальнейшее улучшение охраны здоровья народа.

Охрана здоровья советского народа, увеличение средней продолжительности жизни, повышение качества медицинской помощи населению составляют предмет постоянной заботы партии и правительства. Наиболее яркое отражение это нашло в Директивах по девятому пятилетнему плану развития народного хозяйства СССР на 1971—1975 гг., принятых на XXIV съезде КПСС.

Задачи советского здравоохранения в области стоматологии на 1971—1975 гг. были отражены в докладе министра здравоохранения СССР академика Б. В. Петровского на Всесоюзном совещании актива работников здравоохранения (1971), который, в частности, отметил, что: «Нужно обратить особое внимание на развитие сети стоматологических поликлиник и стоматологических отделений, быстрее внедрять в практику стоматологических учреждений современные материалы и методы обезболивания, лечения и протезирования, улучшить профилактику, и прежде всего среди детей».¹ В 1970 г. число посещений врачей стоматологического профиля достигло 240,6 млн. На 1 января 1971 г. в стране уже имелось 6,243 койки стоматологического профиля. К 1972 г. насчитывалось 783 самостоятельные стоматоло-

¹ Медицинская газета, 1971, 1 декабря, № 92, с. 2.

гические поликлиники, 13 922 — отделений и кабинетов в городах, 10 781 — в сельской местности. За 1960—1970 гг. число стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов увеличилось на 5 020, а число посещений возросло на 105 млн. [Ермолаев И. И., 1972].

Значительный подъем материального и культурного уровня населения, успехи в развитии науки и техники повысили требования к оказанию медицинской помощи. В 1971—1975 гг. получила дальнейшее мощное развитие материальная база здравоохранения и медицинской науки. В соответствии с постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 517 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране» за годы девятой пятилетки введен в строй ряд крупных объектов здравоохранения. Дальнейшее развитие получила и стоматологическая помощь, являющаяся наиболее массовым видом помощи населению.

На 1 января 1975 г. в СССР насчитывалось 23 425 стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов, причем число посещений к врачам стоматологического профиля достигло 292,8 млн.

Необходимо также отметить, что число самостоятельных стоматологических поликлиник в 1975 г. составило 984, а число коек в стационарах стоматологического профиля возросло до 6780 [Ермолаев И. И., Белокурова Л. П., 1977].

Заместитель министра здравоохранения СССР А. Г. Сафонов в докладе «Современное состояние стоматологии и пути ее развития» на 6-м Всесоюзном съезде стоматологов (1975) отметил: «По ориентировочным расчетам в стране за период с 1975 по 1980 г. необходимо развернуть дополнительно около 500 стоматологических поликлиник, в том числе не менее 100 детских стоматологических поликлиник, предполагая, что эти учреждения возьмут на себя около 50% общего числа посещений к врачам стоматологического профиля, причем в городах до 75—80%».

XXV съезд КПСС (1976) определил одной из основных задач советского здравоохранения на десятую пятилетку повышение качества и доступности медицинской помощи населению. Это в полной мере относится и к стоматологии. Стоматологическая помощь в Советском Союзе — одно из бесспорных достижений нашего здравоохране-

ния. Говоря это, мы имеем в виду широко разветвленную сеть амбулаторных учреждений, обеспечивающих доступную и бесплатную зубоврачебную помощь населению городов и сел, огромную по размаху профилактическую работу, которая строится на глубоких научных основах.

Новым и убедительным свидетельством заботы, проявляемой в нашей стране об укреплении и развитии одного из массовых видов медицинской помощи — стоматологии, — является принятое 5 ноября 1976 г. постановление Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» и приказ министра здравоохранения СССР от 10 декабря 1976 г. за № 1166 «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению». В приказе предусматривалось в десятой пятилетке открыть в стране еще 466 стоматологических поликлиник, ввести в строй 4390 стоматологических отделений и кабинетов, 702 зубопротезных отделения и кабинета, больше половины из них — в сельской местности.

Необходимо отметить, что в 1978 г. число специализированных стоматологических поликлиник возросло по сравнению с 1975 г. на 13,5%¹.

Посещения к врачам стоматологического профиля составили в 1975 г. 16% общего числа посещений к врачам всех специальностей. В 1980 г. в системе Министерства здравоохранения СССР насчитывалось 56 442 врача стоматологического профиля. Это еще раз подтверждает, что стоматологическая помощь является одной из самых массовых видов медицинской помощи в нашей стране.

В последние годы стоматологи приложили немало усилий для выполнения постановления правительства. Значительно улучшилась организация работы многих стоматологических учреждений, шире стали применять современные методы лечения, продолжалось строительство новых фтораторных установок на водопроводных станциях, что положительно сказалось на профилактической работе среди населения страны; расширилось зубопротезирование из драгоценных металлов.

Деятельность советских стоматологов в годы десятой пятилетки была направлена на то, чтобы успешно вы-

¹ Стоматология, 1980, № 1, с. 4—6.

полнить задачи, поставленные XXV съездом КПСС, поднять на более высокий уровень стоматологическую помощь в стране, внести свой вклад в решение важнейших социальных проблем советского общества.

Главной задачей стоматологии на современном этапе является улучшение качества стоматологической помощи населению. Для ее решения необходимо улучшить качество подготовки кадров врачей стоматологического профиля, внедрять в стоматологическую практику современные достижения науки и техники.

Система подготовки специалистов стоматологического профиля

Подготовка зубных врачей и врачей-стоматологов

1 октября 1918 г. вышел декрет Народного комиссариата здравоохранения и Народного комиссариата просвещения о реформе зубоврачебного образования, подготовленный Ученой одонтологической комиссией при зубо-врачебной подсекции, в котором говорилось, «Отныне зубоврачебное образование будет неразрывно связано со всей системой высшего медицинского образования».

При некоторых медицинских факультетах университетов стали организовывать одонтологические отделения. При этом предусматривалось включение в состав этих отделений трех профильных кафедр: патологии и терапии зубных болезней, протезной техники и хирургии челюстей и полости рта. Однако претворить в жизнь решение о создании одонтологических отделений с тремя профильными кафедрами не удалось в связи с отсутствием необходимой материальной базы и квалифицированных преподавателей.

24 марта 1920 г. было издано постановление Наркомздрава и Наркомпроса о создании при медицинских факультетах государственных университетов кафедр одонтологии с соответствующими клиниками, на которых должно проводиться преподавание всех разделов стоматологии в виде специального курса.

В 1919 г. проф. Н. А. Астаховым была организована кафедра стоматологии в Донецком медицинском институте. В 1920 г. проф. Л. А. Говсеевым создана кафедра одонтологии полости рта и челюстной хирургии на меди-

цинском факультете I Московского государственного университета, а в Казанском медицинском институте — кафедра одонтологии и стоматологии (зав. кафедрой — проф. П. А. Глушков). В последующие года одонтологические кафедры при медицинских факультетах были открыты в Астрахани, Воронеже, Иркутске, Ленинграде, Минске, Тифлисе и других городах. Среди руководителей кафедр были: Н. И. Агапов, Г. И. Вильга, С. Н. Вайсблат, А. И. Евдокимов, А. И. Едиберидзе, П. Н. Карташов, К. И. Коган, А. А. Лимберг, И. Г. Лукомский, П. П. Львов, И. М. Старобинский, Г. Л. Фельдман, Д. А. Энтин и другие ученые.

В 1919 г. был организован Государственный одонтологический институт в Киеве, преобразованный позднее в одонтологический факультет при Киевском медицинском институте. Первым деканом факультета был заведующий кафедрой одонтологии и зубного протезирования проф. К. П. Тарасов.

В 1921 г. по поручению Укрглавпрофобра проф. Е. М. Гофунг организовал одонтологический факультет в Харьковском государственном медицинском институте и занимал там должность декана факультета и профессора. Созданные в 1921 г. на Украине по предложению проф. Е. М. Гофунга одонтологические факультеты с 1930 г. были реорганизованы в стоматологические институты. Проф. Е. М. Гофунг стал заместителем директора Харьковского стоматологического института.

Для более быстрого обеспечения страны специалистами украинские стоматологи сочли целесообразным готовить стоматологические кадры в течение 3¹/₂ лет. Такая система подготовки специалистов на одонтологических факультетах Украины давала меньший объем знаний по медицине (включая и стоматологию), хотя она позволяла выпускать зубных врачей в более короткий срок.

Против организации одонтологических факультетов выступал П. Г. Дауге. Он привел следующую характеристику одонтологическим факультетам: «Одонтологический факультет был и остался реформированной зубо-врачебной школой, получившей громкую вывеску, но не изменившей своего внутреннего облика. Кончивший одонтологический факультет специалист является, в силу вещей, узким специалистом в своей области (не врачом в широком смысле этого слова), но, несомненно, с

несколько повышенной биологической и общемедицинской подготовкой по сравнению с зубным врачом старой формации»¹.

Однако следует указать, что кафедры одонтологии и стоматологии, а также одонтологические факультеты, созданные в стране, сыграли значительную роль в развитии высшего стоматологического образования в СССР. В задачу одонтологии при медицинских факультетах не входила подготовка специалистов по одонтологии. Предполагалось формировать эти кадры путем прохождения специального курса стажировки в приспособленных для этой цели клиниках и других лечебных учреждениях. Такую специализацию проводили Государственный институт зубоврачевания (ГИЗ) и клиники одонтологических кафедр. Это же право было дано крупным показательным зубоучреждениям областных и республиканских центров. Помимо подготовки стоматологических кадров в стенах высших учебных заведений реформа зубоучреждения предусматривала повышение уровня медицинских знаний зубных врачей путем усовершенствования. Первые такие курсы были открыты в 1919 г. в Москве. Курсанты в течение двух месяцев слушали лекции, выполняли практические задания по всем разделам стоматологии. Ввиду тяжелого положения в стране (осенью 1919 г. наступали интервенты и белогвардейцы) организовать повторные курсы не удалось. В 20-е годы были созданы специальные институты, явившиеся центрами специализации и повышения квалификации зубных врачей.

20 марта 1922 г. в «Бюллетене народного комиссариата здравоохранения» было опубликовано Положение о Государственном институте зубоврачевания, подписанное 25 февраля 1922 г. народным комиссаром здравоохранения Н. А. Семашко.

2 апреля 1922 г. было издано постановление коллегии Наркомздрава РСФСР о создании Государственного института зубоврачевания (ГИЗ), переименованного в 1927 г. в Государственный институт стоматологии и одонтологии (ГИСО), а в 1932 г. — в Государственный научно-исследовательский институт стоматологии и одонтологии (ГНИИСО). Директором института был назначен

¹ Дауге П. Г. О одном одонтологическом фронте. — Одонтол. и стоматол., 1929, № 1 с. 5.

проф. М. Б. Янковский. В ноябре 1922 г., после смерти М. Б. Янковского, директором ГИЗ стал проф. А. И. Евдокимов.

Согласно Положению о Государственном институте зубо врачевания на него возлагались следующие основные функции: «Подготовка из среды зубо работников квалифицированных специалистов в области зубо врачевания», проведение научных исследований, объединение в научно-лечебных целях всех лечебных учреждений стоматологического профиля, организация постоянных и прерывистых курсов усовершенствования, вспомогательных и технических кабинетов или отделений; разработка «новых форм общественного зубо врачевания»; создание совета института (директор, заведующий отделением и председатель зубо лечебной секции НКЗ РСФСР) в качестве «высшего научно-административного органа ГИЗ'а»¹.

В первые годы существования институт решал научно-организационные задачи, проводил усовершенствование стоматологических кадров — переподготовку зубных врачей. Оценивая итоги пятилетней деятельности ГИЗ, Н. А. Семашко в 1927 г. писал, что в стенах ГИЗ было подготовлено немало научных работников, которые двигают вперед дело научного и практического зубо врачевания; в нем могли на курсах усовершенствования пополнить и развить свои знания многие и многие сотни зубных врачей. Далее народный комиссар здравоохранения писал, что институт «...является теперь штабом многочисленной армии работников в области зубо врачевания, и если сейчас одонтологическое образование заняло свое место в рядах высшего медицинского образования, если созданы основы для дальнейшего развития зубо лечебного дела в Советском Союзе, если подготовлены командиры — организаторы государственного зубо врачевания, если зубо лечебная наука так двинулась вперед в нашей стране, то этим всем мы обязаны прежде всего Государственному институту стоматологии и одонтологии»².

В 1922—1934 гг. на курсах специализации и усовершенствования при ГНИИСО обучалось 1285 зубных врачей, а на рабочих местах — около 200 врачей; было

¹ ЦГА РСФСР, архивная копия документа от 14.11.71 г. № 13.

² Семашко Н. А. Штабу зубо лечебной армии. — Одонтол. и стоматол., 1927, № 2, с. 6.

подготовлено 20 аспирантов, более 120 врачей овладели новыми методами протезирования. За эти же годы учеными института было опубликовано более 180 крупных научных работ.

В 30-е годы директором института была кандидат медицинских наук Е. А. Сулова, много сделавшая для развития научных исследований в стоматологии и переподготовке кадров врачей стоматологического профиля.

Большая работа по специализации и усовершенствованию зубных врачей проводилась и в научно-практических стоматологических институтах Киева, Харькова, Одессы, Горького, Минска. В 1927 г. такой институт был создан в Ленинграде. Организатором и директором его был кандидат медицинских наук, доцент З. Б. Пирятинский.

После Великой Октябрьской социалистической революции зубное протезирование становилось достоянием все более широких масс трудящихся. Однако нехватка специалистов в этой области порою приводила к тому, что врачи, занимающиеся лечением и удалением зубов, привлекались на должность протезистов, будучи не всегда к этому готовыми. В некоторых городах страны вопросами протезирования по-прежнему занимались зубные техники, хотя рядом постановлений органов здравоохранения им это делать запрещалось.

30 марта 1927 г. Наркомздрав вынес циркулярное распоряжение, в котором в пункте № 3 говорилось: «НКЗ считает возможным допустить квалифицированного техника к вспомогательным манипуляциям во рту, связанным со снятием слепка, определением системы протеза, прикуса и цвета зубов, с примеркой и сдачей протеза, причем ответственность за выполнение этих этапов в процессе протезирования целиком возлагается на врача (зубного). Также вспомогательные манипуляции разрешаются исключительно под руководством врача (зубного)».

22 июня 1930 г. ЦК Союза Медсантруд, Наркомздрав, Московский областной отдел труда и Московский отдел здравоохранения вынесли решение о немедленном открытии четырехмесячных курсов по переквалификации зубных техников в зубных протезистов. С 15 ноября этого года начали функционировать девятимесячные курсы по переквалификации зубных техников в зубных протезистов при I Московском государственном универ-

ситете. Научным руководителем курсов является проф. И. Г. Лукомский.

В конце 1931 г. Наркомздрав организовал на этой же базе очередные курсы переквалификации зубных техников, которые укомплектовывались в основном работниками периферии. Подобные курсы были организованы и в других городах страны. Ими руководили проф. Н. И. Агапов, проф. Е. М. Гофунг и др.

В связи с возросшей потребностью населения в специализированной стоматологической помощи подготовленных специалистов все-таки было явно недостаточно.

Это повлекло за собой принятие решений комиссариатов здравоохранения ряда союзных республик (БССР — 1931 г., РСФСР — 1932 г. и др.) об открытии зубоучебных школ с трехгодичным сроком обучения. По данным М. Г. Гуревича (1935), в 1933 г. в стране насчитывалось 7206 зубных врачей, из них в РСФСР — 4802 человека.

Анализируя материалы развития стоматологического образования, можно установить, что вплоть до 1935 г. в стране не было четкой единой системы подготовки кадров стоматологического профиля. М. Г. Гуревич в докладе на Всероссийском совещании по зубоучебному образованию (1935) отмечал, что «в РСФСР существует зубоучебное образование только как среднее медицинское образование, на Украине — только как высшее медицинское образование, на местах зубных врачей готовят всякий по-своему: существуют курсы по подготовке зубных врачей из лиц со средним медицинским образованием, шестимесячные, восьмимесячные, годовые, организованы курсы по переподготовке людей без всякого медицинского образования в течение нескольких месяцев. Одним словом, каждый решает этот вопрос по-своему».

Существовала система специализации врачей, окончивших медицинские факультеты. Естественно, что в этих условиях мало уделялось внимания специальной подготовке будущих врачей-стоматологов.

В 1935 г. было проведено Всероссийское совещание по зубоучебному образованию. 9 июня 1935 г. был издан приказ Наркомздрава «О мероприятиях по подготовке к открытию стоматологических институтов», в котором были намечены конкретные пути подготовки и обучения стоматологических кадров. 8 сентября 1936 г.

постановлением Совета Народных Комиссаров СССР «О подготовке средних медицинских зубоврачебных и фармацевтических кадров» была четко определена система стоматологического и зубоврачебного образования в стране. В нем предусматривалось подготовку стоматологов (высшее образование) проводить в стоматологических институтах с четырехлетним сроком обучения: образовательный ценз для поступающих устанавливался в объеме полной средней школы. Согласно постановлению, в крупных городах России были созданы стоматологические институты. Что касается подготовки зубных врачей, то они должны осуществляться в зубо-врачебных школах с трехлетним сроком обучения; для поступающих требовалось иметь общеобразовательную подготовку не ниже 7 классов.

Таким образом, впервые в нашей стране узаконивалась двухсистемная подготовка кадров стоматологического профиля.

В 1935 г. ГНИИСО был переименован в Московский стоматологический институт (МСИ). Его основной задачей стала подготовка врачей-стоматологов преимущественно для Российской Федерации. Организация теоретических, стоматологических и общеклинических кафедр, расширение состава научно-педагогического персонала в институте позволили увеличить объем его работы. В 1939 г. в МСИ состоялся первый выпуск врачей-стоматологов (79 человек). К 1941 г. было подготовлено 260 врачей.

Помимо подготовки стоматологических кадров в институтах, стоматологов готовили путем усовершенствования зубных врачей. Приказ Наркомздрава от 10 июня 1935 г. предусматривал создание годичных курсов усовершенствования зубных врачей, имеющих 10-летний стаж практической работы и определенные заслуги в научной или общественно-политической областях. В 1936 г. на курсах обучались в течение двух лет, а затем срок обучения был продлен до 2½ лет. Эти курсы просуществовали до мая 1939 г., затем подготовка специалистов проводилась лишь в стоматологических институтах.

В течение 1935—1949 гг. в стоматологических институтах действовал учебный план, рассчитанный на четыре года обучения. Однако при таком сроке обучения было трудно соблюдать правильную последовательность

изучения теоретических и клинических дисциплин, а также изложения клинических дисциплин на старших курсах. Объем учебных часов профильных дисциплин был крайне недостаточным.

Постановление Совета Народных Комиссаров СССР от 8 сентября 1936 г. сыграло значительную роль в деле организации школ и подготовки в них кадров. В 1940 г. во всей стране насчитывалось 49 зубоучебных школ и 12 839 зубных врачей. В передовой статье журнала «Стоматология» (1940, № 4) «К реорганизации стоматологического образования» говорилось, что выпуск 1940 г. с избытком покрывает потребность органов здравоохранения в зубоучебных кадрах как для существующей сети, так и для обеспечения прироста новых должностей. Однако сама сеть еще слабо развита и темпы ее прироста еще недостаточны».

10 июня 1940 г. на заседании коллегии Наркомздрава СССР обсуждался вопрос о реорганизации стоматологического образования. С докладом по этому вопросу выступил начальник ГУМУЗ А. Н. Шабанов, а с содокладом — начальник стоматологического отдела Наркомздрава СССР С. Г. Иоффе. Ими было подчеркнуто, что созданы предпосылки для перехода к единой системе подготовки кадров в стоматологических институтах и постепенного закрытия зубоучебных школ. Указывалось, что школы не обеспечивают подготовки работников достаточно высокой квалификации и не дают необходимой общемедицинской подготовки. Однако осуществлению этого мероприятия помешало вероломное нападение на нашу страну фашистской Германии. В годы Великой Отечественной войны (1941—1945) на фронтах погибло большое число стоматологов и зубных врачей.

После победоносного окончания Великой Отечественной войны нужно было снова решать вопрос о подготовке кадров стоматологического профиля. Учитывая это, специально созданная комиссия в составе И. Г. Лукомского (председатель), Б. Н. Бынина, А. И. Евдокимова, А. Е. Верлоцкого, Н. В. Колесникова, В. Ю. Курляндского, И. М. Старобинского, И. И. Фурмана и др. пришла к заключению, что необходимо оставить двухсистемную подготовку кадров стоматологического профиля. Согласно приказу Минздрава СССР от 20 сентября 1949 г. стоматологические институты были реорганизованы в медицинские стоматологические институты с пятилетним

сроком обучения. Это позволило улучшить подготовку стоматологических кадров в нашей стране. Программы и учебные планы первых двух курсов почти полностью совпадали с программами лечебно-профилактических факультетов. Специальные стоматологические дисциплины студенты теперь изучали на протяжении шести семестров вместо четырех ранее принятых.

Проф. И. М. Старобинский в докладе на 4-м Всесоюзном съезде стоматологов (1962) отметил, что «унификация учебного плана позволила Министерству здравоохранения СССР создать единые программы по теоретическим дисциплинам для студентов всех факультетов, в том числе стоматологических». Это имело огромное значение в системе подготовки стоматологических кадров с высшим медицинским образованием. Объем подготовки стоматологов по медико-биологическим, теоретическим дисциплинам и общественным наукам почти ничем не отличался от подготовки специалистов в общемедицинских вузах. Некоторое сокращение количества часов по отдельным клиническим предметам компенсировалось преподаванием специальных стоматологических дисциплин.

Период 1950—1954 гг. характеризуется уменьшением числа подготовленных и выпущенных врачей-стоматологов. Это можно объяснить переходом на пятилетний срок обучения и также тем, что некоторые стоматологические факультеты были закрыты (например, в Томске), Казанский стоматологический институт был переведен в Казахскую ССР и прекратил подготовку стоматологов, Ленинградский стоматологический институт был переведен в г. Калинин и стал факультетом при медицинском институте; в факультеты были преобразованы и стоматологические институты в Иркутске, Перми и других городах страны. Были закрыты и многие зубоучебные школы. По данным Д. А. Бассалыка, в 1954 г. в РСФСР их осталось всего 13.

Уменьшение числа стоматологических институтов и зубоучебных школ, реорганизация части институтов в факультеты, соответствующее сокращение приема учащихся, естественно, сказались на приросте кадров стоматологов и зубных врачей. Если в период 1945—1950 гг. прирост числа стоматологов составил 5143, а зубных врачей 6264 человека, то в период 1950—1955 гг. он снизился соответственно до 1823 и 3566 человек. Таким

образом, мы видим, что выпуск только стоматологов снизился почти в $2\frac{1}{2}$ раза.

Передовые стоматологи страны не могли примириться с таким положением и подняли вопрос о необходимости расширения и улучшения подготовки стоматологических кадров. 15 марта 1956 г. коллегия Министерства здравоохранения СССР, заслушав доклад главного стоматолога СССР В. Ф. Рудько «О состоянии стоматологической помощи населению», признала необходимым расширить подготовку стоматологических кадров для страны. Начиная с 1957 г. стали открываться стоматологические факультеты при медицинских институтах в Воронеже, Омске, Ленинграде, Архангельске, Кемерове, Ставрополе, Чите и других городах Советского Союза.

В 50-е годы в систему высшего стоматологического образования вводится заочно-очное и вечернее обучение. В Московском медицинском стоматологическом институте (ММСИ) создаются соответствующие факультеты, а на ряде стоматологических факультетов — отделения. Заочно-очное обучение вводилось для зубных врачей, имеющих стаж работы не менее трех лет, которые по окончании получали диплом врача-стоматолога. На вечерний факультет принимали лиц с законченным средним медицинским образованием. Первый выпуск врачей-стоматологов заочно-очного факультета ММСИ в количестве 234 человек состоялся в 1961 г., а вечернего факультета — в 1965 г. (116 человек). С 1935 по 1976 г. институт выпустил 13 490 врачей-стоматологов, а в годы десятой пятилетки институт окончило 1880 человек.

В институте также осуществлялась подготовка научно-педагогических кадров и организаторов стоматологической службы для всей страны. В 1946 г. на кафедрах МСИ (а затем ММСИ) была введена клиническая ординатура, а в 1950 г. — аспирантура. За 1950—1970 гг. клиническую ординатуру и аспирантуру окончили более 400 высококвалифицированных стоматологов и около 100 педагогов и научных работников. Подготовка кадров в клинической ординатуре и аспирантуре института особенно увеличилась в последнее десятилетие (1970—1980), когда этими формами обучения было охвачено 395 человек (аспирантура) и 757 человек (клиническая ординатура). Многие указанные специалисты работают на руководящих должностях не только ММСИ и ЦНИИС, но и в качестве заведующих кафедрами, пре-

подавателей стоматологических факультетов медицинских вузов, главных стоматологов союзных и автономных республик, краев и областей, главных врачей и заведующих отделениями стоматологических учреждений.

Большую роль в деле подготовки стоматологических кадров сыграло постановление Совета Министров СССР от 12 августа 1961 г. «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению».

В это время население страны недостаточно и несвоевременно обеспечивалось зубоврачебной помощью, поэтому необходимо было предусмотреть увеличение приема студентов в стоматологические и зубоврачебные учебные заведения.

В сентябре 1961 г. вышел приказ министра здравоохранения СССР № 386, в котором предлагалось министрам здравоохранения союзных республик разработать планы конкретных мероприятий по развитию стоматологической помощи населению республик на 1962—1965 гг. Приказом предусматривалось также открытие или расширение стоматологических факультетов медицинских институтов, зубоврачебных и зуботехнических отделений медицинских училищ для обеспечения подготовки врачей-стоматологов, зубных врачей и зубных техников.

В результате разработанных и осуществленных Министерством здравоохранения СССР мероприятий в последующие годы был резко увеличен прием, а затем и выпуск врачей стоматологического профиля.

К началу 1980 г. в стране было два медицинских стоматологических института и два научно-исследовательских института (ЦНИИС и НИИ стоматологии в Одессе). Кроме того, в системе Министерства здравоохранения СССР функционировало 38 стоматологических факультетов в медицинских вузах.

Большую роль по организации стоматологической помощи и подготовке соответствующих кадров играет организованный в 1962 г. Центральный научно-исследовательский институт стоматологии (ЦНИИС, директор — академик АМН СССР, проф. А. И. Рыбаков), являющийся научным и координирующим центром по проблемам стоматологии в Советском Союзе.

В деле подготовки высококвалифицированных специалистов, в повышении и обновлении их знаний большую роль играют институты усовершенствования врачей, в

в четырнадцать из которых имеются кафедры стоматологического профиля. Вместе с ними призван решать эту важную задачу факультет усовершенствования врачей-стоматологов, впервые созданный в 1968 г. при Московском медицинском стоматологическом институте (ректор — доц. А. З. Белоусов), имеющим самый богатый опыт подготовки врачебных и научных кадров. На этом факультете за время его существования повысили квалификацию 4379 врачей-стоматологов.



А. И. Рыбаков

С 1971 г. институт стал проводить усовершенствование преподавателей стоматологических кафедр медицинских вузов системы Министерства здравоохранения РСФСР. Факультет окончили 550 человек.

Постановления партии и правительства, приказы и мероприятия, проведенные Министерством здравоохранения СССР, сыграли огромную роль и в деле подготовки кадров стоматологического профиля.

Приказом министра здравоохранения СССР от 23 сентября 1974 г. был предусмотрен с 1 сентября 1976/77 учебного года переход стоматологических факультетов на новый учебный план. Согласно плану в учебных заведениях была введена первичная специализация врачей-стоматологов в период обучения — субординатура и одногодичная постдипломная специализация выпускников в интернатуре. Общее врачебное образование завершается в течение 4½ лет, 10-й семестр отводится первичной специализации по одному из основных стоматологических профилей, постдипломная специализация в интернатуре проводится после сдачи государственных экзаменов.

Рост кадров врачей стоматологического профиля за 1955—1975 гг.

Год	Стоматологи	Зубные врачи	Итого
1955	10 937	19 145	30 082
1960	16 202	30 140	46 342
1965	29 529	43 673	69 202
1970	39 682	51 494	91 176
1975 ¹	51 561	49 908	101 469

¹ Стоматология, 1977, № 5, с. 3.

Преподавание стоматологических дисциплин осуществляется с 4-го по 9-й семестр включительно (1520 учебных часов). Положительным моментом в новом учебном плане является то, что в общую медицинскую подготовку врачей-специалистов введено преподавание новых дисциплин — введение в специальность, советское право, история медицины и другие предметы.

В деле совершенствования существующего учебного плана и программ для стоматологических факультетов страны большие надежды возлагаются на деканов стоматологических факультетов, заведующих профильными кафедрами и особенно на Центральный учебно-методический совет при Главном управлении учебных заведений (ГУУЗ) Министерства здравоохранения СССР. Этот совет призван объединить все усилия стоматологической общественности страны в деле улучшения подготовки кадров врачей-стоматологов. По инициативе Московского медицинского стоматологического института были проведены Всесоюзное (1979, январь) и Всероссийское (1977, январь) совещания по подготовке стоматологических кадров для нашей страны.

В докладах начальника ГУУЗ Министерства здравоохранения СССР, академика АМН СССР Ю. Ф. Исакова (1979) Министерства здравоохранения РСФСР были четко поставлены задачи в области подготовки кадров стоматологического профиля. Было подчеркнуто, что важнейшей задачей стоматологических факультетов и кафедр медицинских вузов СССР является подготовка стоматологов, вооруженных марксистско-ленинской теорией, владеющих новейшими знаниями в области медицинской науки, умеющих квалифицированно решать

вопросы профилактики и лечения, задачи советского здравоохранения, научной организации труда и управления.

Важным историческим событием для стоматологической общественности страны явилось постановление Совета Министров СССР от 5 ноября 1976 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению».

В приказе министра здравоохранения СССР намечалось осуществить в течение 1976—1980 гг. реорганизацию кафедр стоматологии в ряде институтов усовершенствования врачей; расширение кафедр стоматологии в Центральном и Ленинградском институтах усовершенствования врачей и в одном из институтов усовершенствования врачей, расположенном на Украине, открытие новых факультетов (Новосибирск, Уфа, Красноярск, Тюмень, Хабаровск, Ижевск), увеличение приема студентов на существующие стоматологические факультеты.

Рост числа стоматологических факультетов и контингента студентов создал в настоящее время предпосылки к переходу к единой системе подготовки стоматологических кадров для страны.

Из года в год в нашей стране возрастает культурный уровень населения. Повышаются требования к качеству медицинской помощи, в том числе и стоматологической, а поэтому необходима подготовка стоматологических кадров только с высшим образованием. Что касается зубных врачей, то часть из них стремится получить медицинское стоматологическое образование на общих основаниях, как и другие средние медицинские работники. Другая часть зубных врачей продолжает работу в стоматологических кабинетах в соответствии с опытом работы и уровнем профессиональной подготовки [Сафонов А. Г., 1975].

В настоящее время стоматологические факультеты при медицинских институтах открыты во всех союзных республиках страны, что безусловно является достижением в области стоматологической помощи. Примером этого могут служить республики Средней Азии.

До Великой Октябрьской социалистической революции на территории Узбекской республики не было стоматологических учреждений, отсутствовали национальные кадры стоматологов, а стало быть не могло быть и речи о массовой бесплатной стоматологической помощи

и тем более о профилактике стоматологических заболеваний.

Аналогичные примеры подготовки кадров врачей-стоматологов можно привести и по другим союзным республикам.

Необходимость формирования в медицинском институте гармонически развитой личности врача — гражданина социалистического общества требует комплексного подхода к организации учебного процесса в вузе, построения всех звеньев обучения на научной основе.

Проведенная 23 апреля 1979 г. в Московском медицинском стоматологическом институте 4-я научно-методическая конференция, посвященная новым методам формирования и оценки знаний студентов в медицинском вузе, еще раз со всей очевидностью показала сложность и многообразие психолого-педагогических и методических проблем обучения студентов. Однако было бы неверно рассматривать поднятые вопросы изолированно друг от друга. Интеграция проблем вузовской педагогики — единственный путь их решения. Центральным звеном, первым «цементирующим» блоком является вопрос о так называемом конечном продукте обучения в вузе. Кого готовит медицинский институт? Не имея ответа на этот вопрос, невозможно обеспечить научный подход к решению вопроса о том, как и чему следует учить студентов.

Именно поэтому проблемная комиссия по научной организации учебного процесса при Главном управлении учебных заведений Министерства здравоохранения СССР выделила в специальную проблему построения модели специалиста-медика для решения ее всеми медицинскими вузами страны. Прежде всего необходимо определить, что должен представлять собой выпускник медицинского института на современном этапе развития медицинской науки и практики?

Группой сотрудников Московского медицинского стоматологического института (Г. Н. Троянский, В. Ф. Рудько, И. Ф. Ромачева, Н. Н. Каспарова, Н. И. Винникова, Г. И. Лернер, Е. С. Ирошникова, А. П. Воронов, С. И. Варенников, Н. И. Лукашова) был создан вариант проекта модели врача-стоматолога. Ими был проведен анализ материалов, полученных из некоторых вузов страны и от специалистов непрофильных клинических кафедр стоматологического факультета Московского

медицинского стоматологического института (ММСИ). Результаты анализа показали, что структура и содержание модели были намечены верно. В дальнейшем необходима разработка единой системы стоматологических диагнозов, включая терапию, хирургию, ортопедию и стоматологию детского возраста.

Работа по созданию модели врача-стоматолога позволяет наметить мероприятия по ее внедрению в учебный процесс стоматологических вузов и факультетов страны.

Подготовка зубных техников

Зубоврачебная секция Наркомздрава РСФСР наряду с вопросами подготовки зубоврачебных и зубопротезных кадров не раз ставила вопрос о реорганизации подготовки зубных техников.

В 1919 г. Ученая одонтологическая комиссия при зубоврачебной подсекции пришла к заключению, что зуботехнические кадры в стране надо готовить в зуботехнических школах. Комиссия выработала положение, в котором в частности говорилось: «Зуботехнические школы учреждаются с целью создания опытных, научно подготовленных специалистов в деле протезирования». 18 июля 1919 г. Наркомздрав вынес постановление об открытии зуботехнических школ, утвердил «Положение о зуботехнической школе» и планы преподавания. В программу было введено изучение анатомии, химии, физики, металлургии и протезной техники. Зубоврачебная подсекция и Коллегия Наркомздрава РСФСР в конце 1919 г. утвердили «Права и обязанности зубных техников». Первая зуботехническая школа была открыта в конце 1919 г. в Москве, директором ее был назначен М. О. Коварский. В 1920 г. была открыта зуботехническая школа в Саратове. В нее принимали лиц с начальным образованием в возрасте 14—15 лет; обучение предусматривалось в течение трех лет. С 1922 г., когда школа перешла в ведение Губпрофобра, образовательный ценз для поступления в нее был увеличен до 7 классов, а возраст поступающих — 17 лет.

Помимо Московской и Саратовской зубопротезных школ были открыты зубопротезные техникумы в Ленинграде, Одессе и других городах страны. Программа была рассчитана на два с половиной года обучения. В марте 1931 г. состоялся первый выпуск зубных техников

во Всеукраинском зубопротезном техникуме в Одессе. Техникум был реорганизован из бывшей Винницкой зуботехнической профшколы. Впоследствии Наркомздрав УССР поручил научное руководство техникумом Украинскому государственному институту зубоврачевания в Одессе. С 1922 по 1931 г. зубопротезными техникумами было произведено 10—12 выпусков специалистов.

Помимо такой формы подготовки зубных техников, существовала и другая. Так, в 1929 г. при Главпрофобре были созданы опытно-показательные зуботехнические курсы. Продолжительность обучения на них была два года. В последующие годы курсы по подготовке зубных техников организовывались в Харькове, Тбилиси, Ростове-на-Дону, Орехово-Зуеве и других городах. К 1932 г. в стране уже насчитывалось около 1200 зубных техников.

Таким образом, в деле подготовки зуботехнических кадров был выработан новый учебный план и созданы учебные заведения нового типа. Конкретно были определены права и обязанности зубных техников в циркулярах Наркомздрава от 2 января 1924 г. и от 11 января 1926 г., в которых предлагалось органам здравоохранения вести на местах борьбу с многочисленными случаями грубых нарушений зубными техниками своих прав.

Уже в первые годы Советской власти был поднят вопрос о разделении труда зубных техников, о реорганизации работы зуботехнических лабораторий, об оплате труда зубных техников. Однако эти вопросы в какой-то мере были разрешены лишь в 30-е годы. В 1936 г. вышло постановление СНК СССР по этому вопросу («О подготовке средних медицинских зубоврачебных и фармацевтических кадров»). В нем предусматривалось проводить подготовку зубных техников в зуботехнических двухгодичных школах. Образовательный ценз поступающих должен быть не менее 7 классов средней школы. Такие школы были открыты в ряде городов страны. Это привело к тому, что уже в 1940 г. в стране насчитывался 3001 зубной техник, которые получили образование в зуботехнических школах.

После Великой Отечественной войны зуботехнические школы были переданы в ведение министерств здравоохранения союзных республик. Так в 1945 г. 20 зубоврачебных школ республики были переведены на общереспубликанский бюджет и перешли в подчинение

Министерства здравоохранения РСФСР. Изменилась организационная структура школ и они превратились в самостоятельные медицинские учебные заведения. Эта структура предусматривала организацию при каждой школе зуботехнического отделения, что обеспечивало возможность планомерной подготовки кадров. Срок обучения на зуботехнических отделениях составлял два года. В эти учебные заведения принимались люди, имевшие образование в объеме не менее 7 классов средней школы. К началу 1946/47 учебного года в зубоучебных школах РСФСР обучалось 4570 человек, а в зуботехнических отделениях этих школ — 1540 человек.

Надо отметить, что часть зубных техников нуждалась в пополнении своих знаний, ибо не имела зуботехнического образования. В связи с этим Министерство здравоохранения СССР 31 декабря 1947 г. утвердило положение об экстернате. По этому положению экстернат допускался только за полный курс зуботехнической школы. Для прохождения его зачислялись лица, имеющие образование не ниже 7 классов средней школы и производственный стаж не менее двух лет в качестве зубного техника, а не ученика. Экзамены и зачеты разрешалось сдавать в течение трех лет с момента подписания приказа о зачислении экстерном.

Таким образом, помимо того, что подготовка зуботехнических кадров продолжалась в стенах зубоучебных школ, для зубных техников была предоставлена возможность пополнять свое образование в экстернате. За пятилетку 1946—1950 гг. было выпущено около 3000 зубных техников.

В 1952 г. вышел приказ министра здравоохранения СССР «Об организации вечерних отделений для подготовки без отрыва от производства средних медицинских работников». Этим приказом срок обучения устанавливался три года, а имеющим стаж работы по специальности не менее трех лет — два года. Одновременно с этим предусматривалось с 1 июня 1952 г. прекратить дальнейший прием экстернов в средние медицинские и фармацевтические школы.

В последующие годы подготовка зуботехнических кадров осуществлялась на зуботехнических отделениях зубоучебных школ (Москва, Ленинград, Одесса, Калинин, Харьков, Киев, Томск, Тбилиси, Рига, Ташкент, Смоленск и др.), а позднее на зуботехнических отделениях

при медицинских училищах. На зуботехнические отделения стали приниматься лица, имеющие образование 10 классов средней школы; обучение продолжалось в течение двух лет. В 1960 г. в стране уже насчитывалось 13 900 зубных техников.

В деле подготовки зуботехнических кадров так же, как и кадров стоматологов, огромное значение сыграло постановление Совета Министров СССР от 12 августа 1961 г. «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению». За 1961—1965 гг. увеличился прием учащихся на зуботехнические отделения, увеличилось их число по стране, что позволило иметь к 1965 г. 19 648 зубных техников и к 1968 г. 67 медицинских училищ, в которых имелись зуботехнические отделения. В 1970 г. в стране имелось 21 780 зубных техников, причем 19 497 — в городах и 2 283 — на селе. К 1 января 1975 г. число зубных техников по стране достигло 6 417 человек и все же количество их по СССР продолжает значительно отставать от потребностей.

По существующим нормативам на одну должность врача-ортопеда требуется две должности техника. С увеличением числа врачей стоматологического профиля в 1980 г. в стоматинституты на стоматологические факультеты страны принято 7500 человек, увеличилось число врачей-ортопедов и врачей-ортодонтонтов, а, следовательно, необходимо значительное увеличение числа зубных техников. Причем это можно осуществлять, используя базы бывших зубоврачебных отделений в медицинских училищах или зубоврачебных школах.

Министерство здравоохранения СССР поставило задачу перед министерствами здравоохранения союзных республик в ближайшие годы значительно увеличить число зубных техников в стране. Решая этот вопрос нельзя не учитывать и качественную его сторону. В этом отношении большую помощь зуботехническим отделениям медицинских училищ могут и должны оказать стоматологические факультеты медицинских институтов, превращая их в базовые училища. Примером этого может быть многолетнее сотрудничество между медицинским училищем № 1 Москвы и Московским медицинским стоматологическим институтом.

Дальнейшее сотрудничество на договорных условиях двух названных выше учреждений предусматривает в ближайшие годы подготовку, кроме того, и средних ме-

дицинских работников с профилизацией для стоматологических учреждений. Это обусловлено тем, что при правильной организации труда стоматолога (часть манипуляций предполагается возложить на специально обученную медицинскую сестру) объем помощи населению в области стоматологии может быть увеличен, что равносильно дополнительной подготовке нескольких тысяч врачей-стоматологов.

* * *

Успехи советского здравоохранения хорошо видны на примере развития стоматологии в нашей стране. В 1923 г. П. Г. Дауге писал, что советской стоматологии, которая тогда «еле вышла из детских пеленок», можно с глубокой верой «пророчить великую будущность». Эти слова П. Г. Дауге полностью оправдались [Ермолаев И. И., 1972]. И действительно, по числу врачей стоматологического профиля занимают второе место после врачей-терапевтов, студенты-стоматологи получают такую же подготовку по медико-биологическим, теоретическим дисциплинам и общественным наукам, как и студенты общемедицинских вузов. Учебные планы и программы стоматологических институтов и факультетов обеспечивает необходимый минимум знаний по основным дисциплинам, изучаемым в медицинских вузах.

Введенная с 1976/77 учебного года специализация по одному из основных стоматологических профилей на 10-м семестре (субординатура), постдипломная специализация в интернатуре, преподавание стоматологических дисциплин с 4-го по 9-й семестр включительно — все это, безусловно, оправдало себя в деле подготовки кадров высококвалифицированных врачей-стоматологов. Система территориальной рассредоточенности стоматологических факультетов по стране обеспечивает стоматологическими кадрами союзные республики, края и области.

Признанием успехов советской стоматологии явилось решение Всемирной организации здравоохранения организовать на базе Московского медицинского стоматологического института им. Н. А. Семашко (ММСИ) центр ВОЗ по подготовке стоматологического персонала в целях дальнейшего совершенствования подготовки стоматологических кадров. Приказом министра здравоохранения СССР от 8 января 1980 г. руководство работой центра

возложено на ректора ММСИ члена-корреспондента АМН СССР проф. Лакина К. М.

Основными направлениями работы центра являются:

— обзор существующих учебных планов и программ подготовки стоматологов и вспомогательного персонала в СССР и странах Восточной Европы;

— критическая оценка существующего учебного плана, инструкций для вспомогательного стоматологического персонала в социалистических странах и некоторых развивающихся государствах;

— подготовка проекта учебного плана и учебного материала для обучения вспомогательного стоматологического персонала, особенно в развивающихся странах.

Научные проблемы стоматологии

Кариес зубов

Одним из самых распространенных недугов среди жителей нашей планеты является кариес зубов. В странах с хорошо развитой экономикой и высоким уровнем жизни 7—9 человек из десяти нуждаются в лечении зубов.

В последние годы интерес к этой проблеме особенно возрос. Поскольку на лечение зубов затрачиваются огромные средства, то гораздо целесообразнее разрабатывать и внедрять меры профилактики.

«Кариес зубов определяется как локальный патологический процесс внешнего происхождения, имеющий место после прорезывания зубов, при котором происходит размягчение твердых тканей зубов, ведущие к образованию полости». Такое определение кариеса зубов было принято в 1963 г. Всемирной организацией здравоохранения (Стандартизация учета стоматологической заболеваемости; доклад комитета экспертов по гигиене зубов).

Выработке такой формулировки предшествовали многочисленные исследования этиологии и патогенеза кариеса зубов.

Не следует думать, что кариес зубов это патология, характерная лишь для последних веков, хотя такое мнение бытует среди некоторых стоматологов даже в настоящее время. Гиппократ говорил о том, что кариес зу-

бов связан с накоплением в организме «дурных соков». Это мнение Гиппократа просуществовало почти до конца XVIII века и являлось господствующим по излагаемому вопросу. В литературе это высказывание ученого получило название гуморальной теории кариеса зубов. Правда, в 43 г. до н. э. Скрибоний, проявив большое мужество (так как уже существовала «теория» великого Гиппократа), высказал мнение о том, что патология зубов, известная нам в настоящее время как кариес, развивается в результате воздействия на зубы очень малого размера червей. Это по сути дела была первая попытка толкования развития кариеса зубов, которое нашло своих последователей в первую очередь в лице немецкого стоматолога Миллера.

В дальнейшем ряд авторов расширили исследования Миллера (Ломани, Михель, Прайсверк, Флейшман, Бантинг и др.).

В нашей стране большое внимание изучению этиологии и патогенеза кариеса зубов уделяли П. Г. Дауге, А. И. Евдокимов, Н. И. Агапов, И. Г. Лукомский, Д. А. Энтин, Е. М. Гофунг, И. О. Новик, Е. Е. Платонов и др. Сторонником физико-химической теории кариеса зубов из отечественных исследователей является проф. Д. А. Энтин, который в 1938 г. установил, что у кариес-резистентных лиц свойства слюны одни, а у лиц с пораженными кариесом зубами — другие. Зуб, по мнению Д. А. Энтина, является полупроницаемой перепонкой, а трансудат крови и слюны, являющийся для зуба внутренней и внешней средой, может обусловить благоприятное или неблагоприятное отношение между зубом и средой. При благоприятных условиях должно иметь место центробежное направление (от пульпы к эмали) осмотических токов. Это обеспечивает нормальное питание эмали и дентита и благодаря этому формируются зубы, резистентные к кариесу. При неблагоприятных условиях взаимоотношения между зубом и окружающей его средой это направление токов может быть ослаблено, а в некоторых случаях осмотические токи могут принять центростремительное направление (от эмали к пульпе). Это ведет к нарушению питания и создает условия для развития кариеса.

Физико-химические теории кариеса послужили предпосылкой для исследований, в частности, проницаемости твердых тканей зуба для различных веществ. В настоя-

щее время проницаемости эмали придается очень большое значение в связи с процессами формирования и созревания твердых тканей зуба в норме и при патологии.

В 1948 г. вышла монография И. Г. Лукомского «Кариес зуба». «Я полагаю, — пишет автор в предисловии, — что значение темы возрастет к последнему этапу войны, а непосредственно в послевоенный период кариес зубов приобретает в нашей деятельности значение одной из проблем первостепенной важности». В этой работе автор проанализировал данные о проблеме кариеса зубов за последние 75 лет, а также показал состояние проблемы.

Анализ существовавших «теорий кариеса», богатый личный клинический и экспериментальный опыт, хорошие знания вопросов философии и медицины были использованы И. Г. Лукомским для создания так называемой «биологической теории кариеса зубов». Развитие кариозного процесса И. Г. Лукомский рисует следующим образом: внешние (экзогенные) факторы (недостаток витаминов), особенно В₁ и D, недостаток солей кальция, фосфора, фтора в питьевой воде, отсутствие ультрафиолетовых лучей приводят к нарушению минерального и белкового обмена в организме, т. е. к эндогенным изменениям, влияющим на трофику эмали и дентина.

Результатом этого, по мнению И. Г. Лукомского, является «заболевание» одонтобластов. Они становятся неполноценными. Функция одонтобластов становится ослабленной (астеничной), а затем неполноценной (дебильной). Естественно, значительно изменяются и морфологические особенности клеток. В результате этого развиваются трофические изменения твердых тканей зуба, результатом чего является дисминерализация эмали. Затем развивается деминерализация эмали и дентита, т. е. образуется кариозная полость.

И. Г. Лукомский считает, что наряду с названными деструктивными явлениями при кариесе происходят сопряженные явления, которые выражаются в основном в дегенерации (перерождении) тканей. К деструктивным явлениям автор относил явление гиперминерализации, замедленную организацию преддентина, а также образование прозрачного (вторичного) дентина. Образование их при кариесе И. Г. Лукомский связывал с нарушением трофики твердых тканей зуба, в результате «порочной функции одонтобластов».

Важнейшим положительным моментом в трактовке развития кариеса зубов И. Г. Лукомским является признание автором большого значения роли фтора в патогенезе кариеса.

И. Г. Лукомский в 1946 г. впервые предложил для профилактики кариеса местную обработку зубов фторсодержащей пастой. Сообщению И. Г. Лукомского о профилактическом действии местной флюоризации предшествовал ряд его работ и работ его сотрудников, которые проводились с 1937 г. Они касались поглощения фтора твердыми тканями зуба [Маркус С. Я., 1937], проницаемости обработанного фтористым натрием дентина [Торчинский Б. А., 1938], обезболивающего действия фтора при гиперестезии дентина [Анищенко А. А., Рубинштейн И. Е., Лукомский И. Г., 1939], применения фтора при лечении кариеса [Берензон Ф. Б., 1938] и для обработки корневых каналов [Крупников В. И., 1938]. И. Г. Лукомский разработал оригинальную схему фторпрофилактики кариеса зубов, которая в разных модификациях (фторирование питьевой воды, местные аппликации раствора фтористого натрия, зубные порошки, пасты, эликсиры и кремы, содержащие фтор, жевательная резина с фтором и т. д.) широко и с успехом применяется во всем мире.

Кроме названных авторов, занимавшихся исследованием этиологии кариеса зубов, значительный вклад в разработку названных вопросов внесли также А. И. Рыбаков, Н. А. Федоров, Ю. А. Федоров, А. Э. Шарпенак, Е. В. Боровский, А. А. Прохончуков и их ученики. В этиологии и патогенезе кариеса зубов первостепенную роль играет своевременное, полноценное созревание твердых тканей зуба и в первую очередь состояние организма. На основных исследованиях советских ученых, имеющих существенное значение в разработке проблемы кариеса зубов, мы остановимся ниже.

Экспериментальные работы, проведенные коллективом кафедры биохимии ММСИ под руководством проф. А. Э. Шарпенака (В. Р. Бобылева, Л. А. Горожанкина, Е. В. Александрова, В. П. Дзичковская, Н. В. Николаева, И. И. Грачева) по этиологии кариеса зубов привели А. Э. Шарпенака к заключению, что кариес — это проявление нарушения белкового обмена в зубе, которое приводит к накоплению в организме и в зубе пировиноградной кислоты, а последнее приводит к кариесу, так



Е. Е. Платонов (1901—1969)

как происходит обеднение зуба белками вследствие процесса протеолиза.

В ММСИ эту проблему разрабатывали проф. Е. Е. Платонов (1957, 1961, 1962, 1965), а также многие другие сотрудники кафедры [Соленова А. А., 1966; Сторожева Н. Н., 1967; Боровский Е. В., 1967; Патрикеев В. К., 1968; Гомерштейн В. А., 1968; Котомин Б. В., 1970; Лисовецкий Б. П., 1971, и др.]. Причем, в изучении вопросов неосложненного кариеса зубов здесь как бы наметились два направления.

Е. Е. Платонов и Е. В. Боровский изучают проблему с применением новейших методов и привлечением для осмысливания исследуемых вопросов многих общественно-научных приемов. Другие сотрудники кафедры занимаются небольшими вопросами, в основном касающимися содержания микро- и макроэлементов в твердых тканях зубов. Характерной чертой научных исследований кафедры терапевтической стоматологии ММСИ, которую с 1951 г. возглавил проф. Е. Е. Платонов, является их комплексность с рядом научных учреждений Москвы (ЦНИИС, Институт биологической и медицинской химии, ЦНИИ туберкулеза, МГУ и др.), с кафедрами ММСИ (патологической физиологии, рентгенологии и радиологии, внутренних болезней, гистологии, патологической анатомии и пр.). Наиболее эффективной оказалась форма творческого сотрудничества стоматологов-клиницистов и экспериментаторов. Так более 25 лет тесно сотрудничают кафедры патологической физиологии (заведующие кафедрой акад. АМН СССР Н. А. Федоров, а в последние годы — проф. В. В. Михайлов) и терапевтической стоматологии (зав. кафед-

рой проф. Е. Е. Платонов, а с 1968 г. — проф. Е. В. Боровский). В последние 15 лет в тесном контакте работают кафедра терапевтической стоматологии ММСИ (зав. кафедрой проф. Е. В. Боровский) и лаборатория патологической физиологии ЦНИИС (зав. — проф. А. А. Прохончуков).

В 1965 г. из кафедры терапевтической стоматологии была выделена кафедра профилактики терапевтической стоматологии, на которой В. К. Патрикеев продолжал изучать вопросы, имеющие

прямое отношение к проблеме кариеса зубов, и, в частности, разрабатывал особенности проявления и течения флюороза у людей, его взаимосвязь и влияние на развитие кариеса зубов.

В Киевском медицинском институте кафедрой терапевтической стоматологии с 1947 по 1968 г. заведовал проф. И. О. Новик. Большое внимание в своих работах он уделял вопросам детской стоматологии. Этой теме посвящены его монографии «Вопросы профилактики кариеса и санации полости рта у детей» (1958) и «Болезни зубов у детей» (1960). И. О. Новик совместно с проф. А. И. Марченко является автором первого издания «Рецептурного справочника врача-стоматолога».

Кафедрой терапевтической стоматологии киевского ГИДУВ заведует проф. Н. А. Кодолой. Из опубликованных проф. Н. А. Кодолой работ многие посвящены вопросам этиологии, патогенеза, диагностики и лечения кариеса зубов. Значительное число его работ посвящено также изучению роли микроэлементов в процессах формирования и минерализации зубов. Коллективом кафедры, руководимой проф. Н. А. Кодолой, разработан ряд



И. О. Новик (1891—1968)

устройств для совершенствования научных исследований, методов диагностики и лечения стоматологических заболеваний (изготовление шлифов твердых тканей зубов для микроскопического исследования, аппарат для диагностики начального кариеса, установка для определения электропроводности экстрактов твердых тканей зубов, аппарат для определения степени воспаления по интенсивности теплового потока, устройство для машинного удаления зубного камня и др.).

Интересные исследования проводились на кафедре терапевтической стоматологии Казанского медицинского института под руководством проф. Г. Д. Овруцкого.

В результате проведенных им исследований стало шире регламентироваться содержание фтора в питьевой воде, были разработаны оригинальные методы профилактики кариеса и кислотного некроза зубов. Впервые получены конкретные данные о зависимости развития и течения кариеса зубов от иммунобиологического состояния организма. Раскрыты тонкие механизмы влияния фтора на организм.

Проводятся значительные исследования в Одесском НИИ стоматологии под руководством проф. И. А. Бегельмана. В частности, в результате проведенных опытов [Бегельман И. А., Бугаева М. Г., 1956] проф. И. А. Бегельман пришел к заключению, что с возрастом сопротивляемость к кариесу резко возрастает. По мнению И. А. Бегельмана (1967), «лечение кариеса заключается в устранении ретенционного места, ибо к этому в сущности сводится значение пломбирования».

Вопрос о повышении эффективности пломбирования неоднократно освещался в стоматологической печати. В научных работах давались оценки эффективности; вскрывались недостатки и указывались пути их устранения [Крупников В. И., 1935; Бегельман И. А., 1936; Берри М. Я., 1954, 1955; Школяр Т. Т., Зверева С. А., 1954; Данилевский Н. Ф., 1956; Синицын В. Я., 1956, и др.]. С появлением (1952) быстротвердеющей пластмассы внимание к вопросам пломбирования заметно повысилось. Ряд работ был посвящен изучению свойств быстротвердеющей пластмассы, ее клиническому испытанию [Иванов В. С., 1961; Батрак И. И., 1965, и др.]. Исследования показали, что наряду с положительными свойствами новый пломбировочный материал обладал и недостатками: не полностью сохранял объем, раздражал

пульпу [Данилевский Н. Ф., Колода Н. А., Марченко А. И., 1958]. Это вызвало необходимость применения защитных прокладок в глубоких полостях. Наряду с этим М. С. Липец (1955), Б. Р. Вайнштейн и Ш. И. Городецкий (1961), А. А. Альшиц (1964) издали книги с описанием и широкой пропагандой необходимости использования вкладок для пломбирования.

В 1962 г. состоялся 4-й Всесоюзный съезд стоматологов, на котором были обсуждены разные вопросы проблемы кариеса зубов, в частности, разработка нового пломбировочного материала — силицина (Г. Д. Овруцкий), клиническое обоснование различных методов диагностики и лечения патологии зубов у детей (Т. Ф. Виноградова), разработка новых пломбировочных материалов (А. И. Рыбаков, В. С. Иванов, Г. Я. Горовой и др.).

Необходимо отметить, что экспериментальные исследования кариеса зубов в нашей стране начали проводиться уже в 20—30-е годы. Экспериментальную патологию твердых тканей зуба пытались воспроизвести воздействием на центральную и периферические отделы нервной системы лабораторных животных [Энтин Д. А., 1929; Астанин П. П., Каушанский Л. И., 1931; Энтин Д. А., Каушанский Л. И., 1935], путем повреждения одонтопластов [Лукомский И. Г., Васильев Г. А., 1929], изменением алиментарных факторов [Каушанский Л. И., 1935], в том числе авитаминозами [Серебренникова Н. Г., 1935, Михайлова А. А., 1936], созданием хронической кишечной интоксикации [Каушанский Л. И., 1938], воздействием на эндокринную систему [Новик И. О., 1940, Либина А. Ю., 1940] и другими факторами.

Экспериментальный алиментарный кариес у белых крыс при содержании их на сахарозо-казеиновой кариесогенной диете был получен С. А. Никитиным и М. Г. Бугаевой (1954) в нескольких поколениях животных.

Экспериментальному изучению кариеса зубов во многом способствовало внедрение Н. А. Федоровым в 1950 г. в экспериментальные исследования в области стоматологии метода радиоактивных изотопов. В дальнейшем с помощью этого метода были изучены такие важнейшие вопросы физиологии и биохимии твердых тканей зуба, как роль нервной трофики, эндокринной системы, жизненность эмали, проницаемость тканей

зуба, роль слюны и слюнных желез, витаминов, минерального и белкового обмена и др. [Федоров Н. А., 1950, 1953, 1959].

Исследования показали, что нарушения минерального, белкового и углеводного обмена можно рассматривать как один из ведущих патогенетических факторов в механизме развития экспериментального алиментарного кариеса зубов [Прохончуков А. А., Жижина Н. А., Паникаровский В. В., 1963; Прохончуков А. А., 1963; Федоров Н. Д., Прохончуков А. А., 1964; Грабещкий А. А., 1966; Куликова В. С., Хованская М. Г., 1966; Персиц М. М., 1966, 1967; Голинская М. С., 1966; Подорожная Р. П., 1966; Прохончуков А. А., Жижина Н. А., 1967].

Модель экспериментального пульпита на крысах разработали В. В. Паникаровский, А. А. Прохончуков, Н. А. Жижина и А. С. Григорян (1966).

В экспериментах на собаках изучено влияние разных антибиотиков на воспаленную пульпу [Школяр Т. Т., Мухин Н. А., 1963; Зайцев Б. Н., 1964; Сомова К. Т., 1964; Медведева И. И., 1966], что создало предпосылки для более эффективного применения антибиотиков при лечении пульпитов в клинике.

С помощью радиоактивных изотопов в опытах на собаках был также обоснован метод заверхушечного пломбирования каналов зубов при периодонтитах [Грошиков М. И., Прохончуков А. А., 1963]. М. И. Грошиков (1965), изучая в экспериментах на крысах распределение биомицина в зубах и челюстных костях, использовал полученные данные как обоснование для применения этого антибиотика в клинике для лечения периодонтитов.

Как мы уже сказали выше, в это время открылся Центральный научно-исследовательский институт стоматологии. Сотрудники ММСИ, перешедшие работать в ЦНИИС, продолжали свои деловые научные контакты с работниками ММСИ и исследования, которые ими были начаты в учебном институте, значительно расширив объем исследований и углубив их тематику. ЦНИИС с первых дней своего существования получил возможность приобретать новейшее оборудование и материалы, необходимые для проведения научных исследований. Перед тем, как перейти к характеристике научных исследований, развернувшихся в институте по раскрытию отдель-

ных вопросов этиологии и патогенеза кариеса зубов, следует отметить, что и другие исследовательские коллективы изучали в эксперименте и клинике возможность сохранения пульпы зуба на начальных стадиях воспаления с применением антибиотиков, сульфаниламидных препаратов и других медикаментозных средств.

Что же принесла эта пора стоматологии, какие исследования обогатили эту специальность? Надо сказать, что эти исследования родились в результате широкого внедрения антибиотиков, сульфаниламидных и кортикостероидных препаратов в медицинскую практику. Все специалисты применяли в это время указанные препараты для лечения разных заболеваний: хирурги, терапевты, педиатры. Не обошло стороной это течение и стоматологов. Наиболее широко использовали пенициллин (Т. Т. Школяр и др.), биомицин (Т. Т. Школяр, М. И. Грошиков и др.), стрептомицин (Т. Т. Школяр, А. С. Заславский и др.). Для замешивания антибиотиков использовали многие медикаменты (дистиллированная вода, разные масла, новокаин, бальзам Шостаковского и др.). Постепенно, по мере «ухода» антибиотиков из практики лечения воспалительных процессов и ввиду привыкания к ним микроорганизмов они стали «уходить» и из стоматологии. Стоматологи начали комбинировать их применение с другими медикаментами, расширяя тем самым спектр их влияния на микрофлору. Появились предложения комбинировать их с сульфаниламидными препаратами (Т. Т. Школяр), с препаратами кальция (А. С. Заславский), со стероидными препаратами (И. И. Медведева). Разработка этого вопроса нашла отражение в разных публикациях, на эту тему были защищены диссертации.

В настоящее время указанные препараты применяют редко, но направление это нашло свое дальнейшее развитие и послужило толчком к поиску новых препаратов для сохранения жизнеспособности пульпы. Поиск этот завершился успешно; для сохранения жизнеспособности пульпы при ее воспалении широко применяют кальцийсодержащие препараты. Все упомянутые разработки были своевременны и необходимы, они ускорили развитие в нашей стране принципиально нового подхода к лечению пульпы при ее воспалении.

Итак, заложив научные основы сохранения пульпы, исследователи усиленно начали заниматься проблемой

неосложненного кариеса зубов и в первую очередь вопросами патогенеза кариеса. Помимо экспериментального и клинического изучения его проводились работы с целью выяснения связи между распространенностью кариеса зубов и содержанием фтора в водоисточниках страны — на Украине [Габович Р. Д., 1950; Новик И. О., 1953], в Латвийской ССР [Вигдорчик В. Я., 1954; Тремайне Л. Б., 1962], в Азербайджанской ССР [Ахмедов А. А., 1962; Базиян Г. В. и др., 1965], в Ленинграде [Палкин И. И., Колегов Н. И., 1964], ряде городов Среднего Поволжья [Овруцкий Г. Д., Петухов Н. И., 1963], на Кольском полуострове [Афанасьев Б. Г., 1960] и ряде других регионов Советского Союза.

В Алма-Ате в 1964 г. был подведен итог этой работе. На пленуме Всесоюзного общества стоматологов было сообщено много интересного по этой проблеме, но самым интересным, с нашей точки зрения, следует считать то, что, по данным Т. Т. Школяр и Е. А. Абакумовой, Г. И. Малышева, А. А. Ахмедова и некоторых других, распространенность кариеса зубов среди населения г. Калинина, Марийской АССР, некоторых населенных пунктов Азербайджана низкая. Этот факт имеет важное социальное и экономическое значение.

Постепенно эта работа начинает расширяться, причем в ней начинают принимать участие не только стоматологи, но и рентгенологи, биохимики, морфологи, микробиологи, организаторы здравоохранения, гигиенисты.

Тем временем интенсивно проводятся исследования патогенеза кариеса зубов в эксперименте. В первую очередь этим начинает продуктивно заниматься коллектив исследователей ЦНИИС, руководимый проф. А. А. Прохончуковым. Они работают в тесном содружестве с сотрудниками кафедры терапевтической стоматологии ММСИ во главе с проф. Е. В. Боровским, с рядом медицинских и немедицинских институтов страны. А. А. Прохончуковым и другими исследователями было показано, что радиоактивные изотопы по-разному включаются в эмаль и дентин зубов крыс. Это зависит от возраста животных, состояния их здоровья, вида изотопа. Е. В. Боровский получил ряд интересных данных, которые позволили ему высказать мнение о том, что поступление минеральных солей в пораженную кариесом эмаль (реминерализация) происходит из слюны. Это высказывание было подтверждено автором в экспе-

рименте. Именно это положение и работы А. А. Прохончукова позволили раскрыть тонкие механизмы ухода минеральных солей из эмали и их поступление в нее, продолжить работы с применением принципиально новых биофизических методов исследования, разработанных в нашей стране в последнее время — методов микрорентгенографии и рентгеновской микроскопии. Несколько лет работы позволили коллективу исследователей получить очень важные для понимания патогенеза кариеса зубов и его патогенетической профилактики данные, свидетельствующие о том, что при кариесе зубов у человека происходит сопряженно три процесса: деминерализация, дисминерализация и реминерализация. Это была новая трактовка вопроса, так как И. Г. Лукомский считал, что сначала происходит дисминерализация, потом деминерализация и к тому же автор не нашел связи происходящих изменений с реминерализационным процессом, хотя и широко применял для профилактики кариеса зубов относимые к реминерализационным средствам соединения фтора. Исследователи, работавшие с проф. А. Э. Шарпенаком (в части, Н. В. Николаева), допустили ошибку, в том, что не находили убыли минеральных компонентов из зоны поражения при самой ранней клинической стадии кариеса — стадии пятна, а поэтому не могли даже подойти к разработке вопроса реминерализации эмали как важнейшего патогенетического элемента профилактики кариеса зубов, на котором сейчас базируются все профилактические мероприятия.

А. А. Прохончуков, Е. В. Боровский и А. В. Гранин, Г. Н. Пахомов установили, что кариес у разных людей и даже у одних и тех же людей в разные периоды жизнедеятельности проявляется по-разному не только клинически, но и морфологически и что преобладание в данный момент процесса деминерализации, дисминерализации или реминерализации зависит от состояния организма, питания, качества слюны, ее количества и других факторов. Ими было установлено, что приостановка кариозного процесса, а также обратное развитие его возможно при высокой активности процесса реминерализации.

Много и плодотворно в этом направлении работал также Ю. А. Федоров (Одесса) и его сотрудники. Там определилась тенденция к практическому применению по-

лученных результатов в виде выпуска различных лечебно-профилактических и косметических средств. В частности по инициативе Ю. А. Федорова в состав зубной пасты и зубного порошка «Жежчуг» был введен глице-рофосфат кальция.

Учитывая те обстоятельства, что мягкие и твердые ткани зубов сорбируют из слюны полезные и необходимые элементы и соединения [А. И. Марченко, А. А. Прохончуков, Е. В. Боровский, А. В. Гранин и др.], а также, принимая во внимание, что промышленность выпускала только косметические средства гигиены полости рта, исследования были направлены на разработку лечебно-профилактических составов с полезными для организма компонентами. В результате были предложены в частности пасты с фторидом натрия.

Наряду с этим большое внимание уделяется разработке специальных медикаментозных средств профилактики кариеса зубов. В ЦНИИС разрабатываются, выпускаются и испытываются фторсодержащие таблетки (И. Г. Гинзбург), лак гели (М. Татжитдинова, Н. В. Морозова).

Таким образом, на сегодняшний день изучены почти все формы фторсодержащих медикаментозных средств, которые используются в лечебных и профилактических целях. В нашей стране уже давно применяют электрофорез растворов фторида натрия для предупреждения кариеса зубов.

В отношении улучшения выпуска средств гигиены полости рта и пропаганды гигиенических знаний сделано очень много. Однако, на наш взгляд, еще не создана единая организация, которая занималась бы этой проблемой под руководством стоматологов.

Многие годы изучается кариес зубов и очень правильно причина его развития увязывается прогрессивными стоматологами с социальными факторами, однако конкретных публикаций по этой теме мало. Организаторами здравоохранения (Е. И. Удинцов, Г. Н. Константинов и др.) эти вопросы рассматриваются несколько шире.

Г. Н. Пахомов впервые из отечественных стоматологов отметил, что эмаль зубов современного человека — это не гидроксипатит, как об этом пишут зарубежные исследователи, а апатитоподобное вещество. Кроме того, с помощью рентгеноструктурного анализа им были

уточнены морфологические особенности изменения твердых тканей зуба при кариесе в стадии пятна, а также вместе с проф. Е. В. Боровским разработано и предложено для практического применения очень интересное средство для профилактики кариеса зубов — реминерализующий раствор. Его получают из трубчатых костей крупного рогатого скота и после соответствующей обработки применяют в виде аппликации. По данным авторов, это дает хороший эффект. Г. Н. Пахомов занимается исследованием и многих других проблем.

Ученик Е. В. Боровского и А. А. Прохончукова, П. А. Леус при изучении проницаемости зубов эмали собак для различных веществ мечеными радиоактивными изотопами отметил определенные закономерности их включения в эмаль и дентин, предложил применять эти данные в клинических исследованиях и использовать их как базу при разработке средств гигиены полости рта.

До сих пор эти ученые работают над изучением различных вопросов предупреждения кариеса зубов и лечения ранних его стадий.

Академик АМН СССР А. И. Рыбаков совместно с А. В. Граниным подготовил и издал несколько книг и брошюр по профилактике кариеса зубов. Им разрабатывается методика патогенетической профилактики.

По инициативе академика АМН СССР А. И. Рыбакова и при участии А. В. Гранина впервые в нашей стране было начато проведение уроков здоровья в первых классах школ Бабушкинского района столицы, сейчас это мероприятие ширится, а начиная с 1976/77 учебного года в некоторых школах уроки здоровья проводятся уже в специально оборудованных классах гигиены и профилактики. Комплекс мероприятий базируется на основных общемедицинских принципах профилактики любой патологии, в том числе и кариеса зубов. В качестве специфического кариеспрофилактического средства применяют белую медицинскую глину. По данным А. В. Гранина, в эксперименте глина показала себя как прекрасный кариестатик, так как она является отличным сорбентом и широко используется в медицинской практике.

Следует отметить, что плодотворно над проблемой кариеса зубов трудятся в эти годы не только московские стоматологи. Много и успешно работает школа казанских стоматологов под руководством проф. Г. Д. Овруц-

кого в экспериментальном, клиническом и эпидемиологическом аспектах. Сам руководитель кафедры занимается в основном разработкой вопросов аллергии и реактивности организма при патологии полости рта. Им разработан пломбирочный материал — цебанит.

Интенсивно работают над этой проблемой и украинские стоматологи Н. А. Кодола, Ю. А. Федоров, Р. Г. Сяницын. Н. А. Кодола изучил содержание микро- и макроэлементов в тканях зуба на разных стадиях его развития. Морфологию эмали при применении некоторых биофизических методов исследования изучал Р. Г. Сяницын; Ю. А. Федоров ведет большой объем исследований разного характера, но все же главным направлением является усовершенствование существующих и разработка новых косметических и лечебно-профилактических средств гигиены полости рта на основе соединений фтора и кальция.

Работы в этом направлении проводились также на кафедре терапевтической стоматологии Донецкого медицинского института под руководством В. Р. Окушко. Проф. В. Р. Окушко и его учениками выявлена ведущая роль акселерации в распространенности кариеса зубов у современного человека. Итоги изучения проблемы кариеса зубов в нашей стране и за рубежом были подведены в актовой речи проф. Е. В. Боровского на праздновании 50-летия Московского медицинского стоматологического института.

В последние десятилетия проблема кариеса зубов разрабатывается наиболее интенсивно и это вполне закономерно; так как созрели общемедицинские и общепатологические предпосылки расшифровки этой патологии. Причем наряду с клинико-экспериментальным изучением проблемы начали широко обсуждаться ее теоретические аспекты. В 1970 г. была опубликована рабочая концепция патогенеза кариеса зубов А. И. Рыбаковым. Последующие годы — это время окончательного формирования этой концепции.

В основу концепции положены возрастные особенности формирования и функционирования зубочелюстной системы человека. Подробно рассмотрена роль внешних и внутренних факторов в развитии кариеса зубов. Одной из отличительных особенностей концепции является то, что впервые введено понятие «пусковой механизм». Именно этот пусковой механизм определяет — разовьет-

ся или нет кариес зубов у того или иного индивидуума.

Исследования академика АМН СССР А. И. Рыбакова по изучению эпидемиологии кариеса зубов в нашей стране и по изучению взаимосвязи кариеса зубов с патологией внутренних органов позволили автору четко определить в своей концепции место и этим важнейшим факторам в генезе кариеса зубов. А. И. Рыбаковым за последние 20 лет (1960—1980) по этой теме написано много статей, методических материалов, книг; они общеизвестны и опубликованы как в нашей стране, так и за рубежом.

Наряду с разработкой вопросов, связанных непосредственно с этиологией, патогенезом, клиникой, диагностикой, лечением и профилактикой кариеса зубов, разрабатывались также вопросы, связанные с рассмотрением тех же аспектов в отношении осложнений кариеса зубов (пульпит и периодонтит).

Заведующий кафедрой пропедевтики терапевтической стоматологии ММСИ проф. М. И. Groшиков в течение многих лет занимается всесторонним изучением пульпита и периодонтита. На основе материалов своих исследований и литературных данных он написал много журнальных статей и несколько монографий. Широко известен метод пломбирования зубов с применением биомицина и фосфат-цемента по Groшикову. В настоящее время он является наиболее компетентным ученым в этих вопросах.

С именем проф. В. С. Иванова связано отдельное направление в терапевтической стоматологии вообще и в материаловедении, в частности. Несколько лет назад под руководством А. И. Рыбакова он начал исследования пломбировочных материалов и качества пломбирования ими зубов. Совместно с А. И. Рыбаковым он стал во главе коллектива стоматологов, занимающихся этими вопросами (Д. М. Каральник, Б. Я. Горовой и др.). В результате этого коллективом были разработаны, выпущены и применяются в настоящее время новые отечественные пломбировочные материалы (эпоксидент, галодент и др.), опубликовано много статей, а также монография В. С. Иванова и Б. Я. Горового.

Необходимо отметить, что экспериментальные исследования открыли путь в массовую клиническую практику новых пломбировочных материалов, в том числе поли-

меров на основе эпоксидных смол, амальгам на основе галлия и др. (А. И. Рыбаков, В. С. Иванов, Б. Я. Горовой, М. З. Штейнгат, Т. Ф. Стрелюхина, Д. М. Каральник и др.).

Наконец, следует остановиться на роли самых массовых средств стоматологической информации в нашей стране, о развитии самой распространенной патологии человечества — кариесе зубов. Преобладающее количество материалов, опубликованных на страницах журнала «Стоматология», касалось этой важнейшей проблемы, включая, на первый взгляд, сугубо хирургические или зубопротезные статьи. Большая заслуга в том, что так широко освещаются научные разработки и практические наблюдения по кариесу зубов на страницах журнала, принадлежат членам редколлегии: Е. Е. Платонову, Е. В. Боровскому, А. И. Рыбакову, М. И. Грошикову, Т. В. Виноградовой, В. Ф. Рудько, А. И. Евдокимову и др. Очень широко освещается проблема также на страницах «Медицинского реферативного журнала» (редактором отдела «Терапевтическая стоматология» до 1964 г. был проф. Л. Р. Рубин, а с 1964 — старший научный сотрудник ЦНИИС А. В. Гранин).

Пародонтоз

Проблема патологии пародонта по степени значимости издавна занимала второе место в стоматологии после кариеса зубов. Причем разработкой ее занимаются не только стоматологи терапевтического профиля, но и ортопеды и хирурги, а в конечном счете и не только стоматологи. Это широкая медицинская проблема. Термин «амфодонт» впервые предложил Н. Н. Несмеянов в 1905 г в своей диссертации «Альвеолярная пиорея зубов (амфодонтиты)». После Н. Н. Несмеянова вместо термина «альвеолярная пиорея» вошел в практику термин «пародонтоз», который предложили зарубежные авторы. По данным ВОЗ, пародонтозом страдает 40% населения мира [Евдокимов А. И., 1961; Рыбаков А. И., 1966].

С самого начала существования советской стоматологии этой проблеме уделяли большое внимание первые советские исследователи: Е. М. Гофунг, Д. А. Энтин, М. О. Коварский, А. И. Евдокимов, И. Г. Луковский, Е. Е. Платонов, П. П. Львов, С. И. Вайс, И. О. Новик, И. М. Старобинский, Г. А. Васильев. С этими именами

связано широкое изучение этой важнейшей проблемы. По мнению проф. Е. М. Гофунга, советская стоматология рассматривает пародонтоз как своеобразное хроническое заболевание пародонта эндо-экзогенного происхождения, сопровождающееся прогрессирующей деструкцией зубной связки, костной альвеолы и альвеолярного края челюсти, расшатыванием зубов и их потерей. Но несмотря на заслуги всех перечисленных исследователей, особое место среди них занимает имя Александра Ивановича Евдокимова. В 1928 г. А. И. Евдокимов выступил на 3-м Всесоюзном одонтологическом съезде с докладом «Альвеолярная пиорея и обуславливающие ее факторы», в котором он заложил основы научного подхода к изучению одного из самых распространенных заболеваний пародонта — пародонтоза. На основании своих исследований и исследований своих учеников он сформулировал сосудистую теорию этиологии и патогенеза пародонтоза. Помощниками его в изучении пародонтоза в те годы были П. Ф. Беликов, О. Г. Кюзель, В. Ф. Гроссе, Е. М. Приказчикова, Б. И. Мигунов и др. Исследования А. И. Евдокимова известны стоматологам многих стран. Их изучали и изучают многие поколения стоматологов; они известны широкой медицинской общественности нашей страны, они вошли в учебники, книги, словари и энциклопедии.

Суть изменений сосудов при развитии пародонтоза, по мнению А. И. Евдокимова, сводится к сужению и изменению проницаемости сосудов, изменению их эластичности, прорастанию стенки сосудов избыточным количеством соединительной ткани, отложению гиалина, т. е. другими словами изменения сосудов при пародонтозе аналогичны таковым при атеросклерозе. Многие стороны патогенеза пародонтоза были впоследствии дополнены и уточнены многочисленными учениками А. И. Евдокимова. Также как и в комплексе лечения атеросклероза в лечении и профилактике пародонтоза большое значение имеет диспансеризация населения. Этот важный вопрос был поставлен А. И. Евдокимовым и впоследствии получил разрешение в работах многих исследователей. Заслуживает внимания и то, что он, будучи в течение многих лет на административной работе в ММСИ, сумел привлечь к разработке этой проблемы многих специалистов: физиологов, биохимиков, микробиологов, анатомов, гигиенистов, гистологов и др. Наряду с исследова-

ниями, которые проводил А. И. Евдокимов, изучением патологии пародонта занимались и другие ученые. Проф. П. П. Львов установил связь между пародонтом и функцией эндокринных желез. Проф. Л. М. Линденбаум видел в пародонтозе гипергигическое состояние. Начиная с 1924 г. велись работы в этой области на кафедрах стоматологии Военно-медицинской академии и в Ленинградском стоматологическом институте под руководством проф. Д. А. Энтина. В послевоенные годы Д. А. Энтин сформулировал направление о патогенетических основах лечения пародонтоза.

Изучением патологии пародонта занимались Л. А. Билейкин, П. А. Глушков и Е. Е. Платонов. Проф. П. А. Глушкову первому удается получить у животных симптомокомплекс альвеолярной пиорреи в условиях, когда сами органы полости рта остаются вне воздействия экспериментатора. В 1933 г. вышла его работа «К вопросу о нейротрофической природе альвеолярной пиорреи». В дальнейшем ему принадлежит инициатива лечения альвеолярной пиорреи применением новокаинового блока. Е. Е. Платонов в своих клинико-экспериментальных наблюдениях обнаружил первичные изменения не в сосудистой системе, а в нервных волокнах пародонта и считал поэтому, что патология пародонта патогенетически связана с нарушением нервной трофики мягких и твердых тканей. Он придавал первостепенное значение нарушению нервной трофики и обменных процессов в тканях челюстно-лицевой области.

Многие его ученики исследовали состояние тканей пародонта у лиц с различными заболеваниями внутренних органов [Арефьева С. А., 1959; Андрианов П. Н., 1965; Гаража Н. Н., 1965; Любомирова И. М., Вилкова Л. А., 1966; Бархатов Ю. В., Сташек В. М., 1967; Ардабацкая Г. А., Руднева В. Е., 1971, и др.], при аномалии прикуса [Чупрынина Н. М., 1958, и др.]. Ряд его учеников изучали содержание микроэлементов в твердых тканях зуба [Неживенко Л. Н., 1961; Сторожева Н. Н., 1963; Лазарев Р. П., 1968, и др.], а некоторые проводили работы морфологического характера [Лемецкая Т. И., 1962; Герасина О. В., 1967; Арефьева С. А., 1967; Руднева В. Е., 1971, и др.].

Большое внимание изучению патологии пародонта уделялось в медицинских вузах Украины. Этими работками руководил проф. И. О. Новик, который выпус-

тил книгу «Клиника и лечение пародонтоза» (1958); в 1964 г. она была переиздана.

Значительную работу по изучению патологии пародонта среди женщин в различные периоды их жизни провели сотрудники проф. И. О. Новика — Г. С. Чучмай и Е. В. Удовицкая, а также Н. Ф. Данилевский, И. Д. Бульда. Причем тематика научных разработок указанных авторов представляет собой единое комплексное исследование роли гормонов, ферментов, витаминов в патогенезе пародонтоза. Кроме того, существенное значение в работе И. Д. Бульды было уделено такому важному, долгое время игнорировавшемуся фактору, каким является гигиена полости рта. Автор на основании литературных источников и собственных наблюдений приводит интересные данные о необходимости, методах и средствах гигиены полости рта при пародонтозе. Эти исследования используются в настоящее время практически врачами. Несколько позже это направление более широко изучено Ю. А. Федоровым и В. В. Володкиной в одесском Научно-исследовательском институте стоматологии. Ю. А. Федоровым и его последователями было разработано несколько рецептов средств гигиены полости рта (элексиры, зубные пасты), которые оказались эффективными при лечении пародонтоза. Затем был налажен их промышленный выпуск.

Значительное внимание было уделено украинскими стоматологами разработке вопросов, касающихся использования физических методов лечения и профилактики пародонтоза (гидромассаж, массаж, электрофорез различных соединений, применение минеральных вод).

Интересные работы проводятся на кафедре терапевтической стоматологии Киевского медицинского института под руководством проф. Н. Ф. Данилевского. Основным направлением научных исследований кафедры является изучение этиологии, патогенеза, клиники и лечения пародонтоза. На основании дефицита витамина Е и нарушения половой зрелости созданы две экспериментальные модели пародонтоза. В результате проведенных исследований с учетом клиники и патогенеза заболевания была предложена рабочая классификация пародонтоза. Дана клиническая и лабораторная (цитологическая, морфологическая, биохимическая, физиологическая) оценки и обоснована необходимость при диагностике выделять обострившееся и хроническое те-

чение пародонтоза. Разработана и апробирована на большой группе больных методика применения протеолитических ферментов (трипсина и химотрипсина) в сочетании с антибиотиками сульфаниламидными препаратами при лечении пародонтоза. Методы получили широкое распространение в лечебных учреждениях страны. Для лечения пародонтоза сконструирован аппарат и разработана методика вакуумкюретажа.

Длительное время успешно изучались особенности развития, диагностики и лечения пародонтоза у детей (И. О. Новик, Г. В. Вишняк).

Много полезного принесло многолетнее сотрудничество в изучении пародонтоза в эксперименте и клинике профессоров И. О. Новика и Э. Д. Бромберг. Словом, проблема пародонтоза наряду с проблемой кариса зубов разрабатывалась продуктивно и эффективно на кафедре терапевтической стоматологии Киевского медицинского института. Эта кафедра по сути дела явилась кузницей кадров пародонтологов для всей Украины. Исследователи в других городах Украинской ССР постоянно работали в тесном сотрудничестве с коллективом этой кафедры. Богатый опыт изучения этиологии и патогенеза пародонтоза, клиники, диагностики и лечения его был обобщен проф. И. О. Новиком в книге «Пародонтоз», а также в главе «Пародонтоз» «Руководства по терапевтической стоматологии».

Особо следует сказать об исследованиях украинского автора В. И. Кулаженко, который разработал методику лечения пародонтоза вакуумного, подробно изучил ее в эксперименте и клинике и внедрил в лечебную практику. Метод Кулаженко нашел признание и широко применяется в стоматологических поликлиниках нашей страны, а также за рубежом.

Значительных успехов во внедрении в практику эффективных средств и методов ранней диагностики и лечения пародонтоза добился коллектив кафедры терапевтической стоматологии Днепропетровского медицинского института под руководством проф. Г. И. Сироты.

Особо следует сказать о терминологии. Этот вопрос имеет свою историю. Еще с тех пор, как А. И. Евдокимов установил, что первичные изменения при пародонтозе происходят в сосудах альвеолярного отростка челюстей и назвал этот процесс пародонтозом, Е. Е. Платонов именовал изменения, клинически выражающиеся в явлениях

пародонтоза, альвеолярной пиореей. Так эта терминология и сопутствовала исследованиям, проводившимся в течение последних лет под руководством указанных ученых. Затем, на кафедре терапевтической стоматологии ММСИ (зав. — проф. Е. Е. Платонов) было принято новое собирательное определение, которым обозначали патологию пародонта — пародонтопатия. Следует отметить, что этот термин уже был широко распространен в ПНР, ГДР, НРБ, ЧССР, СРР и некоторых других странах.



В. И. Кулаженко (1918—1977)

Такая различная терминология существовала не только в учреждениях Москвы, но и в учреждениях страны до 6-го Всесоюзного съезда стоматологов (Ленинград, 1975). К тому же надо учитывать, что в разных лечебно-профилактических учреждениях страны не только по-разному обозначалась одна и та же патология, что затрудняло разработку единых, эффективных методов лечения, но и существовало много классификаций самой патологии пародонта [Евдокимов А. И., 1938, 1961; Новик И. О., 1958, 1964; Старобинский И. М., 1960, 1966, и др.]. Такое положение надо было менять, что и было сделано на 6-м Всесоюзном съезде стоматологов.

Метаболические и иммунологические процессы в организме больных пародонтозом изучали Б. Д. Кабаков и Э. В. Бельчиков (1972), В. С. Куликова и соавт. (1973), В. С. Иванов (1973), А. И. Рыбаков и Т. В. Никитина (1975). Э. В. Бельчиков, защитивший в 1975 г. на эту тему докторскую диссертацию, считает нарушения иммунологической реактивности организма ведущим звеном в патогенезе пародонтоза.

Отдельные вопросы патологии пародонта разрабатывались в Казанском медицинском институте на кафедре

терапевтической стоматологии (зав. каф. проф. Г. Д. Овруцкий), а также в Казанском ГИДУВ (зав. каф. стоматологии доц. Ф. Г. Гасимов). Основное внимание исследователей, работающих под руководством проф. Г. Д. Овруцкого, уделяется иммунологическим аспектам проблемы. Им предложена оригинальная классификация пародонтоза, в которой впервые отмечена важность стабилизации патологического процесса в пародонте.

Вопросами этиологии, пазогенеза и хирургическими методами лечения пародонтоза занимались на кафедре хирургической стоматологии Кубанского медицинского института под руководством проф. В. А. Киселева. В своих работах он по-новому осветил теоретические вопросы этиологии и патогенеза пародонтоза, предложил классификацию, основанную на клинико-морфологических признаках заболевания. Им был разработан и внедрен новый метод хирургического лечения пародонтоза.

К. Т. Сомова занималась в Кемеровском медицинском институте определением напряжения кислорода в тканях пародонта на разных стадиях его развития. В этом же институте В. Е. Приемский изучал особенности капилляров десны при пародонтозе.

Патология пародонта на протяжении последних лет изучается в Омском медицинском институте на кафедре терапевтической стоматологии (зав.—проф. В. И. Карницкий). Основные результаты научных исследований сводятся к установлению показателей патологии чувствительной части тройничного нерва и сосудов пародонта при пародонтозе. Некоторые итоги изучения патологии пародонта в Омском медицинском институте были обобщены в вышедшем в 1975 г. из печати сборнике научных работ института «Вопросы пародонтологии».

На кафедре терапевтической стоматологии Киевского медицинского института под руководством проф. Н. А. Кодолы изучались вопросы патогенеза пародонтоза и разрабатывались методы его лечения (электрофорез алоэ, вапраксина, растительных лекарственных средств и др.). Изучались вопросы медикаментозного и хирургического лечения пародонтоза (А. М. Солнцев, Е. П. Копьева, С. И. Козловский, А. П. Прудникова, Л. Г. Щербина), а также роль гормональной патологии в клинике и патогенезе пародонтоза (Е. В. Удовницкая).

Патология пародонта разрабатывается также в Рижском медицинском институте И. И. Ласовским и другими сотрудниками. Рижские исследователи занимаются изучением эпидемиологии пародонтоза среди разных групп населения, влиянием на патогенез пародонтоза производственных факторов, питания, возраста, гигиены полости рта, аномалий зубо-челюстной системы. Ими же разрабатываются лечебно-профилактические средства гигиены полости рта при патологии пародонта.

Отдельные вопросы патологии пародонта, патогенетические связи пародонтоза, его комплексное лечение разрабатывались в Воронежском, Кубанском, Иркутском, Дагестанском и других медицинских институтах страны.

Эта проблема находилась в центре внимания сотрудников кафедры терапевтической стоматологии ЦИУ врачей, когда ею заведовал проф. А. И. Рыбаков и в настоящее время, когда ею заведует проф. В. С. Иванов. Сотрудниками этой кафедры подготовлено несколько учебно-методических пособий по патологии пародонта для курсантов института. Они неоднократно выступали с обзорами по указанной проблеме в журнале «Стоматология», сборниках научных работ. Под руководством А. И. Рыбакова и В. С. Иванова по этой проблеме защищено ряд кандидатских диссертаций.

В ЦНИИС проводится комплексная разработка патологии пародонта сотрудниками экспериментально-теоретического, научно-поликлинического, ортопедического и клинического отделов. В последние годы институтом выпущены методические указания по диагностике, лечению и классификации патологии пародонта (А. И. Рыбаков, Т. В. Никитина).

Успешно работают над проблемой и многие сотрудники ММСИ, а из терапевтов в первую очередь Т. И. Лемецкая. Ее работы опубликованы во многих изданиях; в 1971 г. материалы исследований этого автора вышли отдельной книгой.

Для советской стоматологической школы характерно комплексное изучение вопросов пародонтоза. Результаты исследования данной проблемы изложены в обширной литературе. Число публикаций из года в год растет, защищаются кандидатские и докторские диссертации, итоги многолетней работы отдельных ученых и коллективов обобщаются в монографиях [Львов П. П., 1933; Линден-

баум Л. М., 1940, Кулаженко В. И., 1960; Новик И. О., 1958, 1964, и др.], поэтому нет возможности проанализировать всю столь обширную литературу. При изложении материала данного раздела мы поставили перед собой более скромную задачу — показать роль стоматологов в изучении и решении проблемы пародонтоза.

В резолюции 6-го Всесоюзного съезда стоматологов (1975), в частности, отмечалось, что все еще недостаточно уделяется внимание ортопедическому и хирургическому разделам комплексного лечения пародонтоза; не определены научные основы организации пародонтологической помощи.

Решение многих сложных вопросов протезирования при пародонтозе неразрывно связано с изучением патологических процессов в полости рта, которые приводят к потере зубов, с исследованием артикуляционного равновесия и различных видов окклюзии. Опубликованные работы И. С. Менеса «Новейшие принципы протезирования» (1934), М. С. Неменова «К вопросу об устранении травматической окклюзии при пародонтозе» (1939), М. С. Липеца «Фиксирующий мостовидный протез при пародонтозе» (1942) в основном содержали рекомендации по изготовлению различных конструкций протезов, основной задачей которых являлось укрепление расшатанных зубов при пародонтозе.

Проф. Б. Н. Бынин впервые в нашей стране в ряде своих работ (1934, 1937, 1940), в том числе в учебнике «Ортопедическая стоматология» (1947) попытался проанализировать значение артикуляционного равновесия и роли его в этиологии и патогенезе пародонтоза. По его мнению, лечение пародонтоза должно обеспечить иммобилизацию расшатанных зубов и их разгрузку при жевании. Для этого он предлагал свою конструкцию протеза, состоящую из иммобилизирующей шины типа вестибулярного многозвеньевоего кламмера и собственно протеза.

А. М. Гузиков в учебнике «Клиническое зубопротезирование» (1952) указывал, что травматическая окклюзия, возникающая при пародонтозе, изменяет нормальную функцию зубов и опорного аппарата, увеличивает расшатывание зубов и снижает нормальную высоту прикуса. По его мнению, основной задачей ортопедического лечения является разгрузка зубов и восстановление их множественного контакта. Главное внимание автор об-

рашал на исправление окклюзионной поверхности зубных рядов и восстановление нормальной высоты нижней трети лица при центральной окклюзии.

В 1953 г. В. Ю. Курляндский в монографии «Ортопедическое лечение при амфодонтозе» изложил и теоретически обосновал вопросы, составившие впоследствии направление, которое развивал этот исследователь. Он разработал принцип расчетов выносливости опорного аппарата зуба при различных формах его патологии, что получило конкретное выражение в расчетной схеме — амфодонтограмме (пародонтограмме). Им было введено понятие «травматический узел», дана классификация и дифференциальная диагностика.

В. Ю. Курляндский считал главным симптомом пародонтоза генерализованное поражение опорного аппарата зубных рядов. Характерной особенностью пародонтоза, по его мнению, является развитие вторичных травматических наслоений на основное поражение и обусловленное этим неравномерное течение патологии вследствие развития травматических узлов. В дальнейшем течение осложнения играет ведущую роль, поэтому основное внимание должно быть направлено на борьбу с ним.

В зависимости от степени развития патологического процесса в опорном аппарате зубов, учитывая компенсаторные возможности и его резервные силы в каждом отдельном случае, В. Ю. Курляндский предложил использовать блокирование зубов как метод лечения.

Т. Т. Школяр и В. А. Туробов подтвердили мнение В. Ю. Курляндского о существовании сходных по клинической картине с пародонтозом форм заболевания опорного аппарата зуба. Клинические наблюдения этих авторов показали, что изменения слизистой оболочки и костной ткани альвеолярного отростка, развивающиеся при травматических узлах и травматической артикуляции, ликвидируются или стабилизируются после своевременного и систематического лечения. Улучшение не наступало при характерном для пародонтоза генерализованном поражении опорного аппарата зуба.

Д. П. Конюшко в докторской диссертации «Функциональная оценка опорного аппарата зубов и ее значение в клинике ортопедической стоматологии» (1964) показал, что с увеличением степени атрофии краев лунок повышается чувствительность опорного аппарата зубов к дав-

лению, а его сопротивляемость к функциональной нагрузке снижается.

В ряде своих работ проф. Г. П. Соснин (1961, 1965, 1966, 1968, 1971) дал теоретическое и математическое обоснование конструкций бюгельных и мостовидных протезов и уточнил показания к их применению на основании данных определения интенсивности и распределения нагрузок, а также силового соотношения и резервных сил пародонта.

Проф. А. Т. Бусыгин (1958), изучая морфологическую характеристику пародонта в области травматического узла, обнаружил, что при пародонтозе, не осложненном травматическим узлом, увеличивается количество компактного вещества челюсти по отношению к губчатому, в то время как количество неорганических веществ уменьшается. При пародонтозе, осложненном травматическим узлом, происходит наибольшая потеря неорганических веществ в костных структурах челюстей.

Проф. В. А. Пономарева на основании экспериментальных наблюдений показала в ряде своих работ (1959, 1961, 1964), что после потери зубов под влиянием измененной функции происходит значительная перестройка в зубочелюстной системе, что характеризуется изменением костной структуры в виде истончения и фрагментации костных балочек, а также выраженной остеоклассической резорбции. Параллельно с атрофией кости в недогруженном участке челюсти развиваются значительные изменения в нервном аппарате пародонта.

В. Ю. Миликевич в кандидатской диссертации «Вторичная частичная адентия и состояние костной ткани альвеолярных отростков челюстей» (1965) экспериментально доказал, что частичная вторичная адентия является этиологическим моментом в развитии травматических узлов и изменений в нефункционирующем звене, ведущая роль в патогенезе которых принадлежит функции. Методом радиоактивных индикаторов выявлено, что нарушение минерального обмена при функциональной патологии зубочелюстной системы носит генерализованный характер. При этом изменения обменных процессов в костных тканях предшествуют морфологическим и клиническим.

В 1977 г. вышла монография В. Н. Копейкина «Ортопедическое лечение заболеваний пародонта», а в 1980 г. он защитил докторскую диссертацию на тему: «Клинико-

Экспериментальные обоснования ортопедических методов лечения пародонтоза». В книге и докторской диссертации им освещены вопросы регуляции ортопедическими приемами сил жевательного давления и процессов перестройки пародонта, современные методы исследования пародонта, изучены процессы перераспределения напряжений в челюстных костях. В тесной связи с морфологическим строением представлены особенности биохимических закономерностей, лежащих в основе функционирования тканей пародонта. В. Н. Копейкиным разработаны методы ортопедического лечения, включая ортодонтические, и непосредственное протезирование съёмными и несъёмными видами протезов.

Начиная с 1952 г. проводились морфологические исследования и клинические наблюдения под руководством проф. И. М. Оксмана. Им совместно с учениками (1952, 1953, 1954) установлены значительные изменения нервного аппарата пародонта и пульпы зуба при пародонтозе. Эти изменения, по мнению авторов, приводят к нарушению афферентных связей с центром головного мозга, вызывая соответствующие рефлексы.

Продолжая исследования в этой области, М. Н. Шитова (1960) обнаружила значительные изменения нервных структур в десне при пародонтозе. Изучение состояния нервных волокон при пародонтозе позволило ей предложить более щадящую методику зубного протезирования.

И. М. Дегтярев указывает на важную роль нервного аппарата надкостницы в развитии патологических процессов альвеолярного отростка челюстей кости при пародонтозе.

Используя экспериментальную модель пародонтоза, Я. С. Кнубовец (1967) обнаружил дистрофические изменения тканей зубочелюстной системы с клиническими симптомами пародонтоза в виде резорбции лунок зубов и дистрофии пульпы, вакуолизацию слоя одонтобластов, сетчатую атрофию пульпы и другие признаки дегенерации.

Развитие дистрофических процессов у экспериментальных животных было подтверждено рентгенологическими и биохимическими исследованиями.

Под руководством И. М. Оксмана были проведены также исследования пульпы и иннервации зубов, пораженных пародонтозом [Дубивко С. А., 1962, 1967]. В сво-



И. М. Оксман (1892—1977)

их работах И. М. Оксман большое внимание уделяет изучению резервных сил пародонта отдельных зубов и всей зубочелюстной системы в норме и при пародонтозе. Им показано, что атрофия лунки, обнажение шейки и корня зуба истощает резервные силы пародонта; при этом может наступить стадия суб- и декомпенсации опорного аппарата зуба, требующая иммобилизации зубов с помощью шин, используя для этого более устойчивые зубы.

И. М. Оксман предлагает для диагностики ранних форм пародонтоза и сходных с ним заболеваний

использовать методы капилляроскопии, электротермометрии и другие методы исследования; при лечении пародонтоза он предлагает свои конструкции шинирующих аппаратов, которые укрепляют с помощью штампованных полукоронок и экваторных коронок в сочетании с литой балочной шиной, что, по его мнению, обеспечивает надежную иммобилизацию подвижных зубов и удовлетворяет клиническим и эстетическим требованиям.

Я. С. Кнубовец в 1962 г. отмечал, что бюгельные протезы не раздражают слизистую оболочку и показаны больным, страдающим пародонтозом с различными дефектами зубов. Он рекомендовал применять двузвеньевые, многозвеньевые и кольцевидные кламмеры, которые охватывают зубы с вестибулярной и язычной сторон.

А. С. Заславский в 1968 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Физические методы диагностики, профилактики и лечения пародонтоза и их роль в диспансеризации больных пародонтозом». В экспериментальной части работы автором выявлены дистрофические изменения надкостницы и сосудов пародонта у собак; обна-

ружены также клинические симптомы пародонтоза у большинства исследуемых животных. А. С. Заславскому удалось установить идентичность изменения тканей пародонта при экспериментальном и клиническом пародонтозе. Для лечения пародонтоза автор применял комплексные физиотерапевтические методы.

Тактика лечения пародонтоза нашла также отражение в работах проф. А. И. Бетельмана (1956, 1960, 1965), в которых он указывал на необходимость решения вопроса о той степени подвижности зубов, при которой показано включение зуба в шину. По его мнению, шины должны подразделяться по способу передачи жевательного давления, по материалу, из которого их изготавливают, конструкции, характеру соединения с протезом и протяженности.

В учебнике «Ортопедическая стоматология» (1965) А. И. Бетельман пишет, что травматическая окклюзия является не этиологическим фактором, а следствием пародонтоза, однако она, по его мнению, на определенном этапе развития может усугублять течение пародонтоза.

При лечении пародонтоза А. И. Бетельман и его ученики А. Д. Мороз, А. Д. Мухина и другие специалисты используют следующие принципы: правильное распределение и уменьшение жевательного давления на оставшиеся в полости рта зубы, возвращение утерянного функционального единства в зубной системе, предохранение зубов от травмирующего действия горизонтальных нагрузок. С этой целью А. И. Бетельман рекомендовал применять, кроме выравнивания окклюзионной поверхности, ортодонтические и ортопедические мероприятия.

В 1976 г. вышла монография проф. С. И. Криштаба и А. А. Котляра «Ортопедическое лечение пародонтоза». Авторы, как следует из названия книги, изложили основные принципы ортопедического лечения патологии пародонтоза, а также различные осложнения при шинировании (цельнолитными шинами и бюгельными протезами с шинирующими приспособлениями) подвижных зубов; в ней рассмотрены также вопросы ортопедических вмешательств и непосредственного протезирования при пародонтозе.

Вопросы патогенеза, клиники и лечения пародонтоза разрабатываются в Калининском медицинском институте проф. Е. И. Гавриловым и его учениками. Они нашли отражение в ряде работ, посвященных этой проблеме:

«Патологическая окклюзия и ее формы» (1961), «О спорных вопросах теории травматической окклюзии» (1963), «Механизм развития первичного травматического синдрома» (1966) и монографии «Теория и клиника протезирования частичной потери зубов» (1966).

Е. И. Гаврилов различает первичную и вторичную травматическую окклюзию. Причинами первичной травматической окклюзии, по его мнению, являются: «... как правило, частичная потеря зубов, смешанная функция их, потеря моляров при глубоком прикусе, взаимное блокирование зубов при вторичном перемещении их, перегрузка опорного аппарата удерживающими или опорно удерживающими кламмерами, мостовидными протезами, аномалии прикуса и др.».

В учебнике Е. И. Гаврилова и И. М. Оксмана «Ортопедическая стоматология» (1968) Е. И. Гаврилов говорит о постепенном развитии травматической окклюзии при пародонтозе. По его мнению, «в начальных стадиях болезни пародонт приспосабливается к изменившимся условиям, справляется с функциональной нагрузкой, и последняя до поры до времени не проявляет своего губительного действия. Затем, продолжающаяся дистрофия пародонта приводит к потере устойчивости зубов, что обуславливает развитие вторичного травматического синдрома. «Время появления травматического синдрома, его выраженность зависят от формы заболевания, наличия изъянов зубных дуг, характера окклюзионных взаимоотношений». По мнению Е. И. Гаврилова, задачей ортопедического лечения пародонтоза является возвращение зубной системе утраченного единства, правильное распределение жевательного давления среди оставшихся зубов, уменьшение нагрузки на зубы за счет ее рационального распределения, предохранение зубов от травмирующего действия горизонтальной перегрузки. Е. И. Гаврилов считает, что дифференцировать пародонтоз необходимо с первичным травматическим синдромом. Лечение таких больных должно быть основано на биомеханических принципах.

Как нами уже отмечено выше, проблема пародонтоза нашла отражение в работах проф. В. И. Кулаженко и его учеников. По мнению В. И. Кулаженко, компенсаторная возможность тканей пародонта, пораженного атрофическим процессом, снижена или совсем отсутствует в результате атрофии лунок зубов и потери опоры со сто-

роны соседних зубов. Поэтому ортопедическое лечение должно быть направлено как на восстановление жевательной функции, так и на укрепление оставшихся зубов. В 1963 г. В. И. Кулаженко и Е. П. Барчуков предложили вестибулярный кламмер, позволяющий использовать для фиксации частичных протезов при пародонтозе даже зубы с патологической подвижностью II степени. Наблюдения, проведенные авторами над больными, которым были изготовлены такие протезы, позволили сделать вывод, что зубы включены в единый блок, не несут дополнительной нагрузки и длительное время сохраняются.

С 1953 г. методы ортопедического лечения в комплексной терапии пародонтоза разрабатывают в Полтавском (бывшем Харьковском) медицинском стоматологическом институте под руководством доц. М. Р. Марая, который совместно со своими учениками (Л. П. Григорьева, В. Л. Устименко, Н. А. Добитко, В. П. Климова, Л. Н. Манзюк и др.) проводил комплексное лечение больных пародонтозом, используя в качестве ортопедической терапии несъемные шины, шины-протезы, дуговые протезы, съемные капповые шины и капповые шины-протезы.

С 1961 г. вопросы диагностики и лечения больных пародонтозом нашли отражение в работах кафедр ортопедической стоматологии Львовского, а позднее Архангельского медицинских институтов под руководством проф. Я. М. Збаржа.

Об актуальности проблемы изучения вопросов этиологии, патогенеза и лечения пародонтоза свидетельствует также тот факт, что многие стоматологи нашей страны активно включились в разработку этих вопросов.

Итоги работы научно-исследовательских коллективов по проблеме «Пародонтоз» подвел 6-й Всесоюзный съезд стоматологов, который состоялся 21—24 мая 1975 г. в Ленинграде.

На съезде всесторонне были обсуждены основные аспекты этой сложной и важной для здравоохранения проблемы: вопросы терминологии и классификации, этиологии и патогенеза, вопросы диагностики, профилактики и лечения болезней пародонта. В рекомендациях съезда, в частности, отмечалось, что необходимо считать целесообразным для обозначения дистрофически воспалительных процессов в тканях пародонта введение единого термина «пародонтоз» и далее в качестве рабочей

классификации болезней пародонта съезд рекомендовал классификацию, выдвинутую ЦНИИС совместно с кафедрами стоматологии ММСИ.

Съезд предложил также добиваться дальнейшего повышения результативности лечения пародонтоза, обратить внимание ведущих стоматологических учреждений страны на необходимость широкого внедрения метода ортопедического и хирургического лечения, считая их неотъемлемой частью комплексной терапии пародонтоза. На съезде было отмечено, что система профилактики пародонтоза должна строиться на основе общих принципов предупреждения заболеваний, принятых в нашей стране. При проведении профилактических мероприятий необходимо также учитывать медико-географические особенности распространенности этой патологии.

В 1977 г. в работе «Критерии излечиваемости пародонта» А. И. Евдокимов и Т. В. Никитина показали, что, к сожалению, до сих пор еще не изжито представление о пародонтозе как о неизлечимой патологии. В этой статье они еще раз высказывают свою концепцию на развитие пародонтоза.

А. И. Евдокимов и Т. В. Никитина считают, что при определении понятия излечиваемости пародонтоза следует исходить из оценки стадии патологического процесса и его возможных исходов, принятых в общей медицине. Авторы подробно останавливаются на терапевтических и хирургических методах лечения пародонтоза. Они рекомендуют на любой стадии лечения пародонтоза проводить стимуляцию реактивности организма с использованием средств неспецифической (биостимуляторы, белковые анаболики, микробные полисахариды, аутогемотерапия) и специфической (анаболические стероиды, остеогенная цитотоксическая сыворотка, тирокальцитонин) терапии. Особое место занимает тирокальцитонин, который оказывает противовоспалительное и противовоспалительное действие, что в сочетании со способностью тормозить резорбцию ткани позволяет добиваться оптимального эффекта при лечении пародонтоза [Никитина Т. В. и др., 1973]. Для восстановления функциональной активности соединительнотканевых компонентов пародонта авторы рекомендуют шире использовать ферменты, мукополисахариды (гепарин), биологически активные вещества (фтор, кальций, ферроцирон), а также антиатеросклеротические препараты (атеронид, препа-

раты йода, метионин, липокаин и др.) в сочетании с рациональным питанием (растительная диета, овощи, фрукты, творог, сыр, ограничение белковой пищи). Они отмечают, что комплексное лечение позволяет в 65—85 % случаев добиться благоприятных исходов.

Патология слизистой оболочки полости рта

Одной из важнейших проблем современной стоматологии и дерматологии является изучение патологии слизистой оболочки полости рта. Находясь под постоянным воздействием внешних факторов, под влиянием импульсов, поступающих из желудочно-кишечного тракта, из других органов и систем организма, слизистая оболочка полости рта является местом проявления большого числа разнообразных заболеваний.

Заболевания слизистой оболочки полости рта интересовали исследователей уже давно. Сразу же после организации стоматологических институтов и факультетов началось изучение этой патологии. Естественно, оно в то время носило относительный характер. Публиковались отдельные случаи заболеваний языка, губ и других отделов полости рта при различных клинических и механических воздействиях; чаще всего это было связано с профессиональными вредностями.

Постепенно накапливался опыт лечения и диагностирования этой патологии. С улучшением диагностики болезней, особенно инфекционных, улучшается и диагностика болезней полости рта. Клиническая картина многих из них становится более четкой. Появляются даже классификации заболеваний слизистой оболочки полости рта. Это находит отражение в учебниках по терапевтической стоматологии Е. М. Гофунга и Д. А. Энтина (1939), И. Г. Лукомского (1945), Я. С. Пеккера (1950), Н. И. Агапова (1959) и др.

Однако, как часто бывает с заболеваниями, находящимися на стыке нескольких специальностей, патологии слизистой оболочки полости рта уделялось сравнительно мало внимания как дерматологами, так и стоматологами, хотя эта проблема должна решаться путем совместных исследований дерматологов, стоматологов, патофизиологов, морфологов и исследователей других специальностей. Такой комплексный подход позволил в 60-е годы значительно расширить знания в этой области. Этому

способствовали работы И. Г. Лукомского, А. И. Евдокимова, А. И. Рыбакова, Б. И. Мигунова, Л. И. Фалина и др.

В последнее время исследователи вполне обоснованно все чаще стали описывать патологию пародонта вместе с патологией слизистой оболочки полости рта. И это, на наш взгляд, вполне обоснованно как в силу их морфологического и функционального единства, так и в силу проявления патологии, ее диагностики, развития, лечения и предупреждения.

Большую роль в развитии исследования патологии слизистой оболочки полости рта сыграла школа, возглавлявшаяся заслуженным деятелем науки РСФСР проф. Б. М. Пашковым, которым были разработаны новые и усовершенствованы существующие методы диагностики и лечения этой патологии.

Занимались этой проблемой и сотрудники кафедры кожных и венерических болезней ММСИ. В связи с широким внедрением в медицинскую практику антибиотиков и гормональных препаратов они широко внедрились в практику лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта. Применялись эти препараты длительное время, по сути дела до тех пор, пока осложнения от их применения стали массовыми. На кафедре были подготовлены специалисты по патологии слизистой оболочки полости рта, которые внесли существенный вклад в разработку указанных вопросов (Б. Г. Стоянов, Т. Н. Антонова, Г. Д. Савкина, А. Л. Машкиллейсон и др.).

Результаты изучения патологии слизистой оболочки полости рта, полученные Б. М. Пашковым и его сотрудниками, нашли отражение в ряде монографий и учебных пособий. В частности, многие вопросы освещены в книге Б. М. Пашкова «Поражения слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических болезнях» (1958, 1963) и Н. Д. Шеклакова «Пузырчатка» (1961). Ряд вопросов предопухолевых изменений слизистой оболочки рта обобщен в докторской диссертации и книге А. Л. Машкиллейсона «Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта» (1970). В 1970 г. Б. М. Пашков, Б. Г. Стоянов, А. Л. Машкиллейсон обобщили опыт работы кафедры в книге «Поражения слизистой оболочки рта и губ при некоторых дерматозах и сифилисе». В эти же годы было издано также учебное пособие «Заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта при

дерматозах и сифилисе», составленное коллективом преподавателей кафедры, руководимой Б. М. Пашковым. Б. М. Пашковым и А. Л. Машкиллейсоном были составлены также «Методические указания о преподавании кожных и венерических болезней на стоматологических факультетах» (1971).

Существенное значение для понимания патогенеза некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта имели результаты, полученные проф. П. Г. Снякиным и его сотрудниками, по ее функциональной мобильности, а также данные кафедры гистологии, в частности, результаты исследований проф. В. В. Гемонова. Все эти исследования послужили основой для продолжения их изучения коллективами кафедр терапевтической стоматологии под руководством профессоров Е. Е. Платонова, Е. В. Боровского и М. И. Groшикова.

В последующие годы работу под руководством проф. Е. В. Боровского продолжили В. И. Лукашова, П. Н. Андрианов, Г. М. Барер, Ю. Н. Попова, Ю. Д. Барышева и др. За это время ими написаны методические пособия для занятий со студентами. Кроме того, материалы исследований сотрудников кафедры госпитальной терапевтической стоматологии изложены в главе «Заболевания слизистой оболочки полости рта» учебника по терапевтической стоматологии (1973).

К этому времени под руководством проф. А. И. Рыбакова уже достаточно широко проводились научные исследования заболеваний слизистой оболочки полости рта в ЦНИИС на новой методической основе с привлечением широкого круга специалистов и применением современного оборудования. Для более тщательного обследования и лечения больных в ЦНИИС был организован в 1964 г. первый в стране терапевтический стационар на 20 коек. Институтом был накоплен уже свой опыт по диагностике и лечению ряда заболеваний слизистой оболочки полости рта, а также по проведению научно-исследовательской работы в этой области.

Учитывая то обстоятельство, что база кафедры терапевтической стоматологии ЦОЛИУ врачей расположена в ЦНИИС, исследования сотрудников этой кафедры тесно связаны с исследованиями, проводимыми в ЦНИИС. Разные вопросы по этой проблеме разрабатывали сотрудники кафедры Е. М. Померанцева и Н. А. Петров. С открытием терапевтического стационара в ЦНИИС и

вивария разработка этих вопросов стала более интенсивной. Длительное время терапевтический стационар возглавляла канд. мед. наук Г. Д. Савкина, которая занималась исследованием отдельных вопросов заболевания губ.

В 1965 г. состоялся 1-й Всероссийский съезд стоматологов, на котором обсуждалась проблема патологии слизистой оболочки полости рта. Съезд подвел итоги по изучению этой важной проблемы в нашей стране и наметил пути улучшения научно-исследовательской работы и внедрения ее достижений в практику здравоохранения.

Значительным событием в этой области науки был выход в свет книги А. И. Рыбакова «Стоматиты» (1964) и написание А. И. Рыбаковым и А. В. Граниным главы «Заболевания слизистой оболочки полости рта», в «Руководстве по терапевтической стоматологии» (1967). В первой из них был подведен итог изучения патологии слизистой оболочки полости рта. Автор проанализировал литературные данные, а также обобщил исследования, полученные им и его учениками в течение последних лет. В главе руководства приведена классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта по Рыбакову, описана клиника, диагностика и лечение наиболее распространенных заболеваний этой локализации, а также впервые в отечественной стоматологической литературе подобного рода приведено описание различных симптомов и синдромов этой патологии.

В дальнейшем разработка этих вопросов активно осуществляется в лабораториях патофизиологии, патоморфологии, биохимии, микробиологии. В ЦНИИС продолжают работать в этом направлении Г. В. Банченко, В. Н. Исаев, М. И. Лялина. С организацией в ЦОЛИУ врачей кафедры детской стоматологии начинается разработка аналогичных вопросов на этой кафедре под руководством проф. Т. В. Виноградовой. Основным итогом этих разработок к настоящему времени является установление важной роли вирусов в этиологии некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта и разработка методов их патогенетического лечения.

Плодотворно работал над изучением особенностей всасывания различных веществ слизистой оболочки полости рта проф. А. И. Марченко (Одесса). Его исследования внесли существенный вклад в понимание механиз-

мов развития этих заболеваний и фармакологического эффекта различных медикаментов при них.

Разработку отдельных вопросов патологии слизистой оболочки полости рта активно проводил проф. П. Т. Максименко в Харьковском стоматологическом институте. Много полезного внесла в изучение этой проблемы кафедра, руководимая проф. И. О. Новиком, где было выполнено и опубликовано много интересных сведений по этиологии, патогенезу и лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Разрабатывались некоторые вопросы этой патологии на кафедре терапевтической стоматологии Казанского медицинского института, руководимой проф. Г. Д. Овруцким. Специфика исследований коллектива сотрудников этой кафедры — изменения общей иммунологической реактивности организма.

Краевые особенности течения ряда заболеваний слизистой оболочки полости рта и в первую очередь заболеваний, характеризующихся развитием афтозных элементов, изучал проф. В. А. Епишев в Узбекистане. Плодотворно ведется разработка этих вопросов в зависимости от профессионально вредных факторов различных промышленных предприятий Кузбасса в Кемеровском медицинском институте (зав. кафедрой терапевтической стоматологии проф. Р. Я. Пеккер). Некоторые итоги этих исследований, рассчитанных на долгосрочное изучение, уже опубликованы в работах Р. Я. Пеккера, М. Я. Смолера, М. Г. Кочетковой.

В помощь цеховым врачам-стоматологам выпущено методическое пособие «Работа цехового стоматолога» Б. С. Бериштейна и Р. Я. Пеккера. Этой проблеме были посвящены некоторые докторские и кандидатские диссертации.

Отдельные вопросы патологии слизистой оболочки полости рта изучаются и в других медицинских институтах: Калининском (зав. кафедрой терапевтической стоматологии проф. Т. Т. Школяр), Смоленском (зав. кафедрой терапевтической стоматологии проф. М. В. Бусыгина). Основное направление научных работ кафедры, руководимой проф. М. В. Бусыгиной, — изучение состояний полости рта при хронической инфекции и интоксикации организма, при лепре, туберкулезе, хронической алкогольной и одонтогенной интоксикации, хроническом микромеркуриализме. Сотрудниками кафедры составле-

ны рекомендации для врачей по обслуживанию данной категории больных.

Профпатологией полости рта занимается также коллектив кафедры терапевтической стоматологии Кубанского медицинского института под руководством проф. М. М. Царинского.

Таким образом, из сказанного выше видно, что за последние годы достигнуты значительные успехи в изучении и лечении патологии слизистой оболочки полости рта благодаря комплексному подходу к этой проблеме.

Вопросы гнойной хирургии полости рта

Одним из первых заинтересовался проблемой гнойной хирургии полости рта проф. С. Н. Вейсблат. В 1925 г. он выступал на 2-м Всероссийском одонтологическом съезде с докладом о ротовом сепсисе. На 3-м Всесоюзном одонтологическом съезде (6—12 июня 1928 г.) в число программных была включена тема «Патология и терапия апикальных периодонтитов. С основными докладами выступили А. В. Рывкинд «Патология апикальных пародонтитов», Б. И. Гаухман «Консервативное лечение апикальных пародонтитов», А. А. Кьяндский «Хирургическое лечение апикальных пародонтитов», Я. С. Пекер «К вопросу о роли зубной системы в этиологии затяжных септических заболеваний», Г. Н. Могильницкий «Сепсис и экстракция зуба», Н. А. Астахов «Основные выводы из клиники периапикальных заболеваний» и др.

С первых лет Советской власти стоматологов интересовала тема ротового сепсиса, научное и практическое значение которой ни у кого не вызывала ни малейшего сомнения. Необходимо отметить, что за последнюю четверть века произошел весьма заметный сдвиг от чисто эмпирического лечения «апикальных периодонтитов» к экспериментально-клиническому изучению их патофизиологии и терапии. Об этом, в частности, свидетельствует упомянутая выше работа Н. А. Астахова. Он писал: «проблема так называемого орального сепсиса, имеющая тесное отношение к нашей программной теме, носит пока характер еще далеко не законченной в научном отношении трактовки и переживает в данный момент ту острую стадию экспериментально-лабораторных увлечений, при которой с окончательными выводами нам, клиницистам, необходимо повременить».

С докладами об остеомиелите челюстей на съезде выступили профессор П. П. Львов, В. М. Уваров, И. Г. Лукомский и др.

Проф. П. П. Львов в докладе: «Одонтогенные остеомиелиты челюстей» отметил, что учение об остеомиелитах вообще и челюстей, в частности настолько расширилось, что охватить его в одном докладе нет никакой возможности. Он сформулировал общую постановку вопроса об остром инфекционном остеомиелите зубного происхождения и преимущественно нижней челюсти ввиду его большей частоты, тяжести течения и значения для клиники. П. П. Львов предложил клиническую классификацию остеомиелитов; подробно рассмотрел диагноз и лечение их.

Проф. В. М. Уваров в докладе «Клиника остеомиелитов челюстей» на большом клиническом материале как стационарного, так и амбулаторного характера (за год 371 случай) изложил методы лечения остеомиелитов.

В 1930 г. вышла монография А. И. Евдокимова «Топографическая анатомия полости рта и смежных полостей», которая явилась началом клинико-анатомического направления в изучении гнойной хирургии челюстно-лицевой области. В результате большой исследовательской работы, проведенной в последующие годы, по этой проблеме появились многочисленные новые сведения, которые можно рассматривать как весьма важный вклад в раздел гнойной хирургии челюстно-лицевой области: были, в частности, опубликованы новые материалы о патогенезе, дифференциальной диагностике и терапии одонтогенных остеомиелитов и периоститов челюстей.

Накопление большого нового клинико-анатомического материала позволило А. И. Евдокимову создать классификацию флегмон и абсцессов челюстно-лицевой области, которая широко представлена во всех современных учебниках как в СССР, так и за рубежом. Углубление наших представлений о клинике и патофизиологии воспалительных процессов челюстно-лицевой области происходило через исследования реактивности соединительной ткани, активности щелочной фосфатазы плазмы крови, фагоцитарной реакции крови, лейкоцитарной формулы, химического состава крови и слюны и т. д.

Успешная разработка лечения воспалительных процессов протекала, во-первых, по линии испытания и применения антибиотиков; во-вторых, пенициллино-ново-



Г. А. Васильев (1902—1974)

каиновой и новокаиновой блокады; в-третьих, использования глухого шва или биопластики костных полостей (при хроническом остеомиелите); в-четвертых, по линии тканевой и физической терапии.

Проводились клинические и экспериментальные исследования, объясняющие причины острых гнойных процессов, особенности их клинического проявления и лечения. По этой теме было опубликовано ряд работ [Егоров П. М., 1961; Попов Н. Г., 1963; Биберман Я. М., 1963—1975; Дунаевский В. А., Петрова Л. П., 1967; Соловьев М. М., 1967—1971; Лукьяненко В. И., 1968; Плотников Н. А., Генкин М. Э., 1973, и др.]; были защищены кандидатские и докторские диссертации.

Ряд исследований провели сотрудники кафедры, руководимой проф. Г. А. Васильевым. Они изучали вопросы одонтогенных воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи (патогистологическая характеристика одонтогенных гайморитов, применение протеолитических ферментов при лечении гайморитов, закрытые перфорации дна гайморовой полости) и др.

Изучение клиники одонтогенных воспалительных заболеваний возможно лишь при наличии четкого представления о топографии соединительнотканевых промежутков и фасций соответствующих участков челюстно-лицевой области. По данным В. Ф. Войно-Ясенецкого (1946) и Г. А. Васильева (1957), гнойные процессы, фокус которых находится в подвисочной или крылонебной ямке, приводили некоторых больных к смерти. Широкое применение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов значительно изменило клиническую картину ука-

занной патологии [Александров Н. М. 1954; Молчанова К. А., 1956; Евдокимов А. И. 1964; Ломов-Оппоков Ю. Г., 1971, и др.]. Однако у отдельных больных одонтогенные гнойные воспалительные процессы, локализующиеся в подвисочной и крылонебной ямках, приводят еще и сейчас к тяжелым осложнениям. Г. А. Васильев, А. И. Евдокимов, С. С. Несвижский и другие авторы считают, что поздняя диагностика абсцессов и флегмон околоушно-жевательной области приводит к вторичному кортикальному остеомиелиту угла и ветви нижней челюсти.

А. И. Евдокимов, Г. А. Васильев, В. М. Уваров, П. М. Егоров и другие исследователи обращали внимание на высокую частоту секвестрации ветви челюсти при несвоевременном лечении флегмоны околоушно-жевательной области. Для вскрытия абсцессов и флегмон околоушно-жевательной области были предложены разные способы оперативных вмешательств. При оценке достоинств и недостатков методов оперативного вмешательства следует учитывать основные требования к выбору места и направления разреза для вскрытия гнойных очагов в околоушно-жевательной области. А. И. Евдокимов неоднократно отмечал, что одонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области в детском возрасте по клиническому течению отличаются от таковых у взрослых и имеют ряд особенностей.

Проф. Г. И. Семенченко в докладе «Одонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области в детском возрасте» на 5-м Всесоюзном съезде стоматологов (1968) отметил, что острые одонтогенные воспалительные заболевания у детей протекают при высокой температуре тела, с резко выраженным отеком тканей. В тяжелых случаях иногда отмечается рвота и понос. При тяжелом течении острого одонтогенного остеомиелита у детей отмечается более быстрый переход этого заболевания в хроническую форму. Своевременная диагностика одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей, правильное и эффективное их лечение, как правило, приводят к более быстрому выздоровлению и предупреждают тяжелые общие и местные осложнения.

В 1973 г. проходил 12-й Пленум правления Всесоюзного научного общества стоматологов, на котором академик АМН СССР А. И. Рыбаков и проф. И. И. Ермолаев



И. И. Ермолаев (1931—1978)

лет назад в среднем около 6% в структуре госпитализированных в стоматологические стационары, ныне возросло более чем в два раза. По данным проф. Ю. И. Бернадского (1975), число больных с одонтогенными и неодонтогенными острыми гнойными процессами (остеомиелиты, флегмоны, абсцессы, фурункулы) в 1972 г. увеличилось в $4\frac{1}{2}$ раза по сравнению с 1965 г.; при этом у 80% больных флегмоны были одонтогенными.

Интересные программные доклады на пленуме были представлены и другими стоматологами: В. А. Дунаевский, Л. Р. Балон, М. М. Соловьев — «Современные пути изучения патогенеза, клиники, профилактики и лечения при острой одонтогенной инфекции»; Ю. И. Бернадский, А. Э. Гуцан и соавт. М. В. Костылев и соавт. Н. А. Плотников и др. изложили довольно большой клинический материал по организации помощи больным с воспалительными процессами челюстно-лицевой области. В. В. Паникаровский и А. С. Григорян предложили новую классификацию воспалительных процессов костей лица, К. А. Молчанова и соавт. сообщили об изменениях

в докладе «Состояние проблемы одонтогенной инфекции на современном этапе развития стоматологии» подчеркнули, что в последние годы воспалительные процессы «снова стали представлять угрозу для здоровья и жизни человека», что теперь вновь стали наблюдаться такие тяжелые осложнения одонтогенной инфекции, как медиастиниты и абсцессы головного мозга, «которых мы почти не знали в нашей практике в течение многих лет». По данным А. И. Рыбакова и И. И. Ермолаева, число больных с одонтогенными остеомиелитами челюстей, составлявшее десять

биохимических показателей и профилактике осложнений у больных с флегмонами челюстно-лицевой области.

Ряд докладов на пленуме был посвящен новым препаратам в комплексном лечении острой и хронической одонтогенной инфекции, а также изменениям гемостаза при одонтогенной инфекции, принципам лечения тромбозов и флебитов челюстно-лицевой области.

Таким образом, можно сказать, что на пленуме были подведены итоги изучения одонтогенной инфекции за последние годы в нашей стране. В последующий после пленума период было проведено значительное число клинических и экспериментальных исследований, которые внесли новое в патогенезе, клинику и лечение острых гнойных процессов. [Биберман Я. М., 1975—1976; Рыбаков А. И., Ермолаев П. И., 1975; Дунаевский В. А., Балон Л. Р., Соловьев М. М., 1975; Бернадский Ю. И., 1975; Стручков В. И. и др., 1975—1977; Наумов П. В. 1976; Бернадский Ю. И., Пелипась В. К., Михайлик Г. П., 1976; Робустова Т. Г., Шаяунов А. С. 1978—1980; Бажанов Н. Н. и др., 1979; Дунаевский В. А. и др., 1979].

Проблема гнойной хирургии челюстно-лицевой области всегда находилась в центре внимания не только стоматологов, но и микробиологов, фармакологов, физиотерапевтов и других специалистов. В период 1970—1980 гг. по этим вопросам было защищено более 30 кандидатских и докторских диссертаций, опубликованы многие монографии.

В 1978 г. вышла монография Ю. И. Бернадского и Н. Н. Заславского «Очерки гнойной челюстно-лицевой хирургии», в которой освещено современное состояние вопроса о гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области, полости рта и верхнего отдела шеи. В ней подробно изложены клиническая характеристика, дифференциальная диагностика и методы лечения одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

Успехи, достигнутые советскими стоматологами в области клинической характеристики, дифференциальной диагностики и эффективных методов лечения в гнойной хирургии челюстно-лицевой области, очевидны, но еще имеется целый ряд нерешенных вопросов, связанных с профилактикой, своевременной диагностикой и улучшением методов лечения этой патологии. Академик АМН СССР А. И. Рыбаков в статье «Важная проблема совре-

менной стоматологии» (1981) подчеркнул, что лечение больного с воспалительными процессами челюстно-лицевой области является сложным, ибо «он относится уже к разряду не только стоматологических, но и общехирургических, терапевтических и инфекционных пациентов». В этих случаях требуется срочное и комплексное лечение, направленное на предупреждение грозных осложнений.

Проф. А. И. Рыбаков считает, что важным звеном в лечении гнойных процессов челюстно-лицевой области является реабилитация больных в послегоспитальном периоде. «Накопленный опыт многих стоматологических лечебных учреждений убедительно показал, — писал он, — что реабилитация стоматологических больных является наиболее эффективным методом после госпитального лечения при гнойных заболеваниях челюстно-лицевой области, которую нужно широко внедрять».

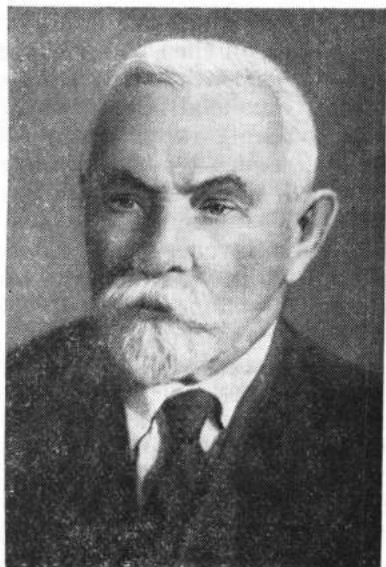
Вопросы травматологии и восстановительной хирургии челюстно-лицевой области

Проблема травматологии и восстановительной хирургии челюстно-лицевой области имеет очень важное значение в стоматологии. Эта тема широко отражена в докторских и кандидатских диссертациях (за 1917—1977 гг. в нашей стране защищено более 250 докторских и кандидатских диссертаций), она обсуждалась на съездах, например, на I-м Всероссийском одонтологическом съезде в 1923 г. и на ряде пленумов научных медицинских обществ стоматологов. Эти вопросы освещались в научной медицинской печати, в специальных разделах учебников (в 1927 г. был издан учебник «Основы практической травматологии» под редакцией А. Л. Поленова, в котором раздел о травме лица написан А. А. Лимбергом), в руководствах.

Большую роль в области этой проблемы сыграл А. Э. Рауэр, который является одним из основоположников советской челюстно-лицевой хирургии.

В 1932 г. изданы его руководство «Переломы и повреждения челюстей в мирное и военное время» и работа «Основные моменты помощи челюстным раненым на фронте», которые имели очень большое значение для стоматологов. В этом же году А. Э. Рауэр возглавил

кафедру челюстно-лицевой хирургии Центрального института усовершенствования врачей, а в 1936 г. он был утвержден в звании профессора. С его именем связан значительный прогресс в вопросах хирургического лечения разной патологии челюстно-лицевой области. До него такие болезни лечили в основном протезированием. По свидетельству Н. М. Михельсона, А. Э. Рауэр «был единственным хирургом в Москве, занимавшимся специально этим делом».



А. Э. Рауэр (1871—1948)

Помимо кафедр челюстно-лицевой хирургии в институтах усовершенствования врачей (Москва, Ленинград и др.) в 30-е годы стали открываться институты травматологии и ортопедии с челюстно-лицевыми отделениями в таких крупных городах, как Москва, Ленинград, Харьков, Свердловск и др. В них оказывали специализированную помощь и разрабатывали методы лечения при повреждениях челюстно-лицевой области. Вопросы хирургической стоматологии стали предметом внимания многих исследователей. Все чаще и чаще эти вопросы находят отражение в публикациях. Так число работ по клиническим аспектам хирургической стоматологии в период с 1917 по 1945 г. составило 3493, в то время как по терапевтическим аспектам — 2075, а по ортопедическим — 593 [Бернадский Ю. И. и Пинский И. Х., 1965]. С 1917 по 1941 г. были разработаны основные положения советской травматологии и восстановительной хирургии челюстно-лицевой области (А. Э. Рауэр, П. П. Львов, Н. М. Михельсон, В. М. Уваров, А. А. Лимберг, Д. А. Энтин, А. И. Евдокимов, И. Г. Лукомский, Г. А. Васильев, Л. А. Кьяндский, И. А. Бегельман, Е. Д. Домрачева, А. Е. Верлоцкий и др.).

После окончания Великой Отечественной войны стоматологи-хирурги, вернувшиеся к мирному труду, активно взялись за разработку вопросов хирургической стоматологии. Главную роль в этом отношении сыграл коллектив кафедры хирургической стоматологии Московского медицинского стоматологического института, руководимый проф. А. И. Евдокимовым. Научно-педагогическую работу здесь проводили Г. А. Васильев, В. Ф. Рудько, В. И. Заусаев, А. А. Колесов, Г. Г. Митрофанов и др., которые в последующем стали ведущими учеными нашей страны в вопросах хирургической стоматологии.

В эти годы особенно интенсивно разрабатывались вопросы челюстно-лицевой травматологии и восстановительной хирургии. Очень важные темы были освещены в монографиях (А. Э. Рауэр, Н. М. Михельсон «Пластические операции на лице»; А. А. Лимберг «Восстановительная хирургия лица», Ф. М. Хитров «Пластическое замещение дефектов лица и шеи филатовским стеблем» и др.). Кроме названных тем, разрабатывались другие вопросы: замещение резерцированной части нижней челюсти при адентиномиях (Ю. И. Бернадский), применение эпидермальных кожных лоскутов (М. В. Костылев), применение пластмасс (В. И. Кулаженко, М. В. Мухин и др.), применение трупного хряща (Н. М. Михельсон и др.) и др. Постепенно тематика исследований значительно расширилась. Появились новые фамилии исследователей — Н. Н. Баженов, К. И. Молчанова, Н. А. Плотников, В. Ф. Чистякова и др. В настоящее время они уже на протяжении многих лет являются руководителями клиник и кафедр.

Большой вклад в развитие отечественной хирургической стоматологии внес Г. А. Васильев. На протяжении многих лет он был первым помощником А. И. Евдокимова. Они совместно подготовили и издали учебник по хирургической стоматологии. Несколько переизданий выдержал и учебник Г. А. Васильева «Хирургия зубов и полости рта» для учащихся средних медицинских учебных заведений. Круг вопросов, которые интересовали Г. А. Васильева, очень широк; нет такого раздела хирургии, в разработку которого он не внес бы свой вклад.

В послевоенный период вопросам травматологии и хирургии челюстно-лицевой области были посвящены многие кандидатские и докторские диссертации.

На 5-м Всесоюзном съезде стоматологов (1968) проф. В. С. Дмитриева отметила, что до настоящего времени в отечественной литературе очень мало внимания уделялось вопросам травмы в стоматологии детского возраста. До 1968 г. не было издано ни одного руководства и монографии по лечению травмы челюстно-лицевой области у детей. В. С. Дмитриева назвала следующие важные, по ее мнению, темы, которые необходимо разрабатывать:

1. Специализация специализированных детских стоматологических стационаров на базе стоматологических отделений.

2. Выработка четких установок по лечению ран мягких тканей лица и костей лицевого скелета в детском возрасте.

3. Организация единого центра для лечения детей с ожогами лица и их последствий.

4. Организация единого специализированного стационара для лечения лучевых повреждений челюстно-лицевой области у детей.

5. Подготовка врачей-стоматологов детского профиля на профильных кафедрах детской стоматологии ЦОЛИУ врачей и ММСИ.

6. Издание пособия и руководства по лечению всех видов травмы челюстно-лицевой области у детей.

Крупнейшим отечественным хирургом был А. А. Лимберг. В 1935 г. он организовал кафедру челюстно-лицевой хирургии в Ленинградском институте усовершенствования врачей, которой руководил до конца своих дней. Им написано большое число работ по хирургической стоматологии, главным образом по вопросам пластической хирургии. Монография А. А. Лимберга «Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела», опубликованная в 1946 г., была отмечена Государственной премией II степени в 1948 г. Свой 40-летний опыт работы и опыт работы руководимых им клиник проф. А. А. Лимберг обобщил в капитальном руководстве «Планирование местнопластических операций», изданном в 1963 г. А. А. Лимбергом были значительно усовершенствованы методика формирования филатовского стебля и особенности его использования. Углубленное изучение биологических свойств филатовского стебля позволило перейти к применению обезжиренных стеблей и их дерможировой части, к ускорению сроков

переноса ножек стеблей. Этим были значительно расширены возможности использования их в пластической хирургии лица.

Анализ послевоенной литературы позволяет сделать вывод об окончательном решении вопроса о показаниях к ранней и отсроченной костной пластике нижней челюсти (А. И. Евдокимов, М. П. Жаков, Е. М. Жак, А. А. Кьяндский, А. А. Лимберг, М. М. Максудов, Е. С. Малевич, М. В. Мухин, Г. Р. Курбанов, П. В. Наумов, В. Ф. Рудько, Б. Е. Франкенберг и др.).

Вопрос о целесообразности ранних пластических операций на лице особенно остро возник в годы Великой Отечественной войны, когда перед хирургами встала задача как можно быстрее возвращать раненых в строй. Стоматологи пересмотрели довоенные установки о сроках пластических операций, расширили показания к ранней пластике травматических дефектов лица. Об этом свидетельствуют работы Н. М. Михельсона, А. А. Лимберга, А. Э. Рауэра и др. Лечение свежих травматических дефектов лица в мирное время освещено в работах Е. В. Скопеца, Е. П. Рютиной, В. М. Мессинной, Н. А. Шинбирева, Я. М. Збаржа, Б. Д. Кабакова. В последние годы пластическая хирургия достигла больших успехов, значительно расширились области применения кожно-пластических операций. Опыт применения этих операций показал, что при своевременной и полноценной первичной хирургической обработке у многих больных можно значительно сократить сроки лечения и добиться лучших функциональных и косметических результатов.

Больные с травматическими дефектами лица, как правило, страдают больше от нарушения эстетической стороны, чем от функциональных расстройств. Они раздражительны, а у некоторых из них отмечается нарушение психики. Н. М. Михельсон пишет, что «даже мало-видимый для постороннего глаза рубец часто служит предметом внимания и тревоги для больного. Последний часто придает большее значение наружному виду самого рубца, чем тем подчас тяжелым нарушениям функции какого-либо органа, которые вызваны данным рубцом». Поэтому пластика кожного покрова лица должна рассматриваться как срочная операция, выполнение которой необходимо уже при первичной хирургической обработке раны. К сожалению, ее применяют лишь от-

дельные стоматологи. Большинство же врачей оставляют раны лица с изъёмом тканей до полного заживления и только затем направляют этих больных в специальные лечебные учреждения для пластических операций. Б. В. Каспарова (1967) в кандидатской диссертации на тему: «Первичная и ранняя пластика лица после травматических поражений» четко показала, что абсолютных противопоказаний к ранней пластике травматических дефектов лица нет. Отдаленные результаты ранней пластики травматических дефектов мягких тканей лица, выявленные при обследовании больных в сроки от 6 мес до 10 лет, показали, что хорошие результаты были достигнуты у 88,5 % больных и лишь у 11,5 % больных они были удовлетворительными.

В стране опубликовано большое число работ, отражающих опыт применения филатовского стебля (Э. А. Александрова, Л. Р. Балон, Е. В. Груздкова, Е. М. Жак, В. И. Заусаев, А. Ф. Иванов, Н. Н. Каспарова, С. В. Косых, А. А. Кьяндский, А. Г. Лапчинский, А. А. Лимберг, Ю. К. Метлицкий, Н. М. Михельсон, М. В. Мухин, Л. М. Обухова, В. Ф. Рудько, И. М. Утробин, Ф. М. Хитров и др.).

Использование круглого стебельчатого лоскута, предложенного академиком В. П. Филатовым в 1916 г. для замещения различных дефектов и деформаций на поверхности человеческого тела, является одним из ведущих методов кожной пластики. Однако пластика филатовским стеблем связана с длительным лечением, обусловленным не только многоэтапностью оперативных вмешательств, но и необходимым сроком восстановления физиологических свойств тканей лоскута в новых условиях их существования на этапах пластики. Нередки послеоперационные осложнения, так называемые болезни филатовского стебля, которые, увеличивая сроки лечения больных, могут сказываться на качестве пластического материала, а следовательно, на функциональном и косметическом эффекте лечения.

Особенно широкое применение этот метод нашел в хирургической стоматологии. Благодаря совершенствованию методов остеопластики и применению новейших препаратов советским стоматологам удалось повысить процент приживления костных саженцев (А. И. Евдокимов, В. Ф. Рудько, М. П. Жаков, А. А. Лимберг).

Широкое применение и дальнейшее развитие в челюстно-лицевой хирургии нашел метод пластики мягких тканей (М. М. Великанова, М. Ф. Даценко, Г. В. Кручинский, А. А. Лимберг, Д. Д. Новоселов, А. Т. Титова, Б. Е. Франкенберг и др.), а также метод, осуществляемый путем свободно пересаживаемых толстых расщепленных и эпидермальных кожных лоскутов (М. В. Костылев, А. А. Лимберг, Ю. К. Метлицкий, А. С. Силаева, Д. И. Ганфильев и др.).

Большое число работ посвящено применению в челюстно-лицевой хирургии различных пластмасс (Ю. И. Бернадский, Е. И. Гаврилов, Г. М. Иващенко, Н. Н. Каспарова, В. И. Кулаженко, Е. С. Малевич, Н. М. Михельсон, М. В. Мухин, В. Ф. Рудько, Г. И. Семенченко, М. М. Слуцкая, В. В. Фалковский, Д. А. Энтин и др.); хряща (Н. М. Михельсон, Е. В. Груздикова, А. И. Иванова, Е. С. Малевич, А. М. Литинский, А. Г. Фетисов и др.); консервированных или свежих костных гомотрансплантатов (Б. Д. Кабаков, А. А. Кьяндский, Е. С. Малевич, П. М. Медведев, М. В. Мухин, Ф. Т. Навроцкий и др.). Значительные успехи были достигнуты в разработке способа ураностилопластики при помощи филатовского стебля при врожденных и комбинированных приобретенных дефектах неба (В. И. Заусаев, А. Г. Лапчинский, Ф. М. Хитров и др.).

Клинику хирургической стоматологии в ЦНИИС с первых дней и до 1980 г. возглавлял заслуженный деятель науки РСФСР проф. Ф. М. Хитров. В 1949 г. он защитил докторскую диссертацию на тему: «Пластика носа филатовским стеблем после огнестрельных повреждений», в которой по сути дела была решена проблема пластики носа с использованием тканей отдельных участков человеческого тела. Монография Ф. М. Хитрова «Пластическое замещение дефектов лица и шеи филатовским стеблем» (1955) была отмечена премией им. С. И. Спасокукоцкого, а его классический труд «Дефекты и рубцовые заращения глотки шейного отдела пищевода, гортани и трахеи и методика их устранения» был удостоен в 1964 г. Ленинской премии.

За это время в институте подготовлено много высококвалифицированных научно-педагогических кадров (Г. В. Кручинский, Е. В. Груздикова, В. М. Масина и др.).

А. А. Лимберг, П. П. Львов, М. Д. Дубов, Н. М. Михельсон, А. И. Евдокимов, Г. А. Васильев и их ученики разработали способы операций и определили сроки их проведения при расщелинах губы и неба. А. А. Лимберг (1928) усовершенствовал имеющиеся методы и разработал способ операции, позволяющий одновременно решить все задачи, стоящие перед хирургом. Радикальную пластику неба по Лимбергу можно по праву считать одним из важнейших достижений советской хирургии. Этот метод получил широкое признание. В. И. Заусаев (1969) предложил методы хирургического лечения врожденных расщелин неба и приобретенных дефектов его у взрослых, которые позволяют значительно сократить сроки лечения, обеспечивают хорошие отдаленные результаты и широко применяются в практике.

Аналогичные проблемы разрабатывали М. Д. Дубов (1954), И. П. Бакулин (1955, 1966), И. В. Бердюк (1964), Э. Н. Самар (1964), А. Н. Губская (1964) и др.

А. Н. Губская констатировала, что профилактика вторичных деформаций челюстно-лицевой области при врожденных расщелинах губы и неба заключается в применении рациональных методов хейлопластики и тщательном выполнении отдельных ее этапов.

По ее мнению, с целью предупреждения недоразвития верхней челюсти после уранопластики хирургическое вмешательство на небе у детей с изолированной расщелиной неба необходимо проводить в возрасте 6—7 лет, у детей с сочетанными дефектами — в более старшем возрасте. Детям, оперированным в раннем возрасте по поводу расщелины губы и имеющим расщелину неба, в возрасте 4—5 лет необходимо изготавливать obturator.

Расширенный пленум Всесоюзного научного медицинского общества стоматологов и 1-я выездная сессия ЦНИИС (27—29 ноября 1963 г.) были посвящены вопросам лечения врожденных расщелин верхней губы и неба, этиологии и патогенеза врожденных расщелин, организационным мероприятиям по диспансеризации детей с врожденными расщелинами губы и неба; методикам хирургического и ортодонтического лечения; вопросам профилактики и лечения послеоперационных деформаций губы, носа, неба, челюстей. При обсуждении этих проблем, в частности, выяснилось, что до 1968 г. наблюдалось большое количество послеоперационных деформаций губы, неба, челюстей. Следовательно, разработка

комплексных методов лечения, улучшающих косметический и функциональный эффект лечения губы и неба, приобретала первостепенное значение. Эти вопросы стоматологи активно изучают и сегодня.

Большое и интересное исследование провела в ЦНИИС В. М. Месина в 1971 г. на тему «Врожденные расщелины неба (этиология, клиника, лечение)». Она отметила как возможный этиологический фактор в генезе расщелин верхней губы и неба вирус краснухи, в связи с чем рекомендует вакцинацию женщин детородного возраста против вируса краснухи. Были также разработаны методы диагностики и лечения больных с расщелинами неба. В нашей стране нашли широкое применение классификации врожденных расщелин лица, предложенные проф. Ю. И. Бернадским и соавт., а также проф. Л. Е. Фроловой.

Развитие анестезиологии, реаниматологии и совершенствование техники операций позволили вернуться к вмешательствам на более ранних этапах. Пластика верхней губы у новорожденных при врожденных расщелинах губы была предложена проф. Л. Е. Фроловой в 1956 г. Эта операция проводится в родильных домах или специализированных хирургических отделениях для новорожденных на 2—4-й или после 11—14-го дня жизни ребенка. Новой формой организации комплексного лечения детей с врожденными расщелинами губы и неба в системе их диспансерного наблюдения явились школы-интернаты. В 1956 г. в Свердловске при НИИ травматологии и ортопедии был организован областной консультативно-методический центр в составе стоматолога-хирурга, стоматолога-ортопеда, педиатра, отоларинголога, детского психоневролога, офтальмолога, врача по лечебной физкультуре, логопеда и патронажных сестер. С 1960 г. Свердловский областной консультационно-методический центр стал функционировать как межобластной центр по организации диспансерного наблюдения за этой группой детей в Челябинской, Пермской, Курганской, Оренбургской областях и Башкирской АССР.

Б. Я. Булатовская в своем исследовании (1975) показала целесообразность комплексного лечения детей с врожденными расщелинами губы и неба (хирург, ортодонт, логопед и другие специалисты) в детских садах и в специальных интернатах. Кстати, в Свердловске уже более 20 лет функционирует созданный ею интернат.

Значительное внимание хирурги стали уделять вопросам оперативного лечения других врожденных пороков развития челюстно-лицевой области [Безруков В. М., 1965; Арцибушев В. И., 1968; Брусова Л. А., 1975; Рудько В. В., 1976, и др.].

Проф. М. М. Соловьев в работе «Современное состояние проблемы острой одонтогенной инфекции и повреждений челюстно-лицевой области» (1981) отметил, что несмотря на очевидные успехи, резервы по улучшению результатов и сокращению сроков лечения больных с травмой челюстей и лица еще не исчерпаны. «Искать их следует прежде всего в сокращении сроков, прошедших от травмы до момента оказания специализированной помощи; в совершенствовании методов закрепления отломков, особенно у больных с сочетанными и множественными переломами костей лица; в улучшении централизованного снабжения материалами, инструментами и аппаратами, необходимыми для консервативного и оперативного лечения переломов челюстей; в повсеместном внедрении системы реабилитационных мероприятий, разработанной с учетом местных условий».

Вопросы обезболивания в стоматологии

Крупным успехам в области челюстно-лицевой хирургии в значительной мере способствовало глубокое теоретическое освоение учения И. П. Павлова и внедрение элементов лечебно-охранительного режима. Задачей обезболивания является искусственное создание благоприятных условий для выполнения любых стоматологических операций с помощью фармакологических препаратов и поддержание жизненноважных функций организма человека, поэтому научные работы были направлены на совершенствование местного (С. Н. Вайсблат, М. М. Вейсбрем, М. Ф. Доценко, Н. Ф. Фетисов), смешанного (Н. Н. Бажанов, Ю. И. Бернадский, С. Н. Карпенко, И. О. Кругляков, Е. В. Скопец), интратрахеального и масочного ингаляционного (Н. М. Александров, Л. А. Алексеев, И. В. Бердюк, Н. Д. Лесовая, Г. Г. Митрофанов) и гексеналового (Е. В. Скопец) обезболивания.

По данным И. Х. Пинского (1961), только за период с 1946 по 1958 г. по проблеме «Обезболивание в терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии»

было опубликовано 180 работ, из которых 10 диссертационного и монографического характера.

В нашей стране вопросы обезболивания в стоматологии впервые глубоко и всесторонне разработал проф. С. Н. Вайсблат. Его перу принадлежат 30 научных работ по этому разделу, из которых наиболее известна монография «Проводниковая анестезия в хирургии зубов и полости рта», которая переиздавалась 7 раз. Проф. С. Н. Вайсблат разработал методику внутри- и внеротовой проводниковой анестезии челюстей.

Вопросы обезболивания обсуждались на 1-м, 2-м и 3-м Всесоюзных одонтологических съездах (Г. И. Коварский, Д. А. Энтин, С. Н. Вайсблат, В. М. Уваров и др.).

Проф. В. М. Уваров в работе «Экстраоральная мандибулярная анестезия» (1927) отметил, что в стоматологии местная анестезия всегда занимала первое место, и лишь в сложных случаях, даже при удалении зубов, прибегали к общему наркозу. Автор предлагал способы экстраоральной анестезии в наиболее неблагоприятных случаях, в частности, в тех случаях, где вследствие тризма невозможно применить интраоральную анестезию. Однако он не рекомендовал применять экстраоральную мандибулярную анестезию в случаях обширных гнойных инфильтратов подчелюстной области. Эту мысль проф. В. М. Уваров развил на 3-м Всесоюзном одонтологическом съезде (1928) в докладе «Регионарная анестезия при остеомиелитах челюстей». Он считал, что с развитием в те годы методов проводникового обезболивания расширяются возможности применения анестезии при остеомиелитах; применение же общего наркоза при остеомиелитах, особенно септических, пагубно отражается на дальнейшем течении патологии.

Проф. Д. А. Энтин в книге «Военная челюстно-лицевая хирургия» (1941), в частности, отмечал, что необходимо значительно расширить показания к анестезии как лечебному воздействию при обработке челюстно-лицевых повреждений.

М. П. Жаков (1955, 1958, 1965) предложил применять при разных заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области тригеминосимпатическую лицевую блокаду новокаином; М. В. Даценко (1958) рекомендовал использовать масляные растворы новокаина; Д. А. Энтин (1945), С. Н. Вайсблат (1962) и др. — спиртовые растворы для пролонгирования действия анестетика.

Практическое применение нашли местные анестетики: ксилокаин, оксикаин, мезокаин, лидокаин, тримекаин и др.

Над проблемой обезболивания в челюстно-лицевой области много работали Н. Н. Бажанов, Ю. И. Бернадский, Я. Э. Бронштейн, Г. А. Васильев, С. Н. Вайсблат, М. М. Вайсбрем, А. Е. Верлоцкий, Е. М. Гофунг, М. Ф. Доценко, М. Д. Дубов, И. М. Старобинский, Н. Ф. Фетисов и др.



Б. Д. Кабаков (1923—1979)

Ю. И. Бернадский и его сотрудники разрабатывали вопросы местного потенцированного обезболивания в хирургической стоматологии. Особенно перспективным для использования в условиях челюстно-лицевых стационаров оказался метод потенцирования местного обезболивания посредством новейших нейроплегических и ганглиоблокирующих препаратов (Ю. И. Бернадский), а в условиях поликлиники — газовый наркоз с закисью азота (Н. В. Бердюк, Г. Г. Митрофанов), а также аппликационная (П. Г. Гузенко), регионарная и инфильтрационная анестезия. Стали применять малые транквилизаторы — атарактики, которые помогают снимать эмоциональные реакции, развивающиеся при стоматологических вмешательствах [Бажанов Н. Н., 1965; Комендантова М. В. и др., 1965], звуковую анальгезию «белый шум» [Миرونенко Г. С., 1964, 1965, Оксман И. М. и др., 1965], психопрофилактику и психотерапию [Сафонов В. А., 1964—1966] и ряд других способов.

Проф. Б. Д. Кабаков при хирургических вмешательствах в стационаре в 20 % случаев применяет общий наркоз, и в частности, эндотрахеальный. Опыт клиники челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-меди-

цинской академии им. С. М. Кирова в 1965 г. был обобщен в монографии И. Н. Муковозова «Общая анестезия в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии».

Общая анестезия стала шире применяться по показаниям в амбулаторной стоматологической практике [Хмелевский М. В., 1933; Митрофанов Г. Г., 1956; Алексеев Л. И., 1957; Маркин А. И., 1966, Бизяев А. Ф., 1969; Черных Н. В., 1971; Стародубцев В. С., 1971, и др.]. Общее обезболивание создает оптимальные условия для выполнения радикальных и косметических стоматологических операций в стационарных и амбулаторных условиях. Местная же анестезия в силу индивидуальных различий амбулаторных больных не всегда обеспечивает достаточный обезболивающий эффект [Рудько В. Ф., 1967; Панин М. Г., 1967; Бажанов Н. Н., 1968; Кабилов Н. М., 1968].

В условиях стоматологической поликлиники местная анестезия является наиболее распространенным методом обезболивания. К сожалению, она не лишена ряда недостатков, в частности, у некоторых больных при определенных патологических процессах она является недостаточно эффективной, наконец, «присутствие на собственной операции» вызывает у больных ряд патологических сдвигов в организме.

Это обстоятельство послужило обоснованием для изучения возможностей применения общего обезболивания при непродолжительных вмешательствах в условиях стоматологической поликлиники и стационара. В зависимости от фармакологических особенностей препарата, характеристики патологического процесса и специфики проводимых операций возникает необходимость в дифференцированном подходе к применению ингаляционных и внутренних анестетиков.

Общее обезболивание в амбулаторных условиях должно осуществляться с максимальной безопасностью при минимальной затрате времени. Важнейшим условием при этом является проведение наркоза минимальной глубины и токсичности. Осуществление такого наркоза особенно важно в геронтологической практике, а также при лечении больных с сердечно-сосудистой патологией.

В нашей стране широкое распространение получил ингаляционный вид наркоза. Для этой цели в поликлинических условиях используется закись азота, трилен, фторотан. Однако наиболее стабильные положительные

результаты наблюдаются при применении сочетания закиси азота, фторотана и кислорода [Бажанов Н. Н., Александров В. Н., 1968].

Хорошая организация анестезиологической службы и использование современных методов общего обезболивания позволили сотрудникам кафедры стоматологии I ММИ в условиях поликлиники провести терапевтическую и хирургическую санацию полости рта более чем у 200 больных с тяжелыми органическими пороками сердца, гипертонической болезнью, у больных после второго и третьего инфаркта миокарда.

Н. Н. Бажанов и В. Н. Александров отметили на 5-м Всесоюзном съезде стоматологов (1969), что проведение общего обезболивания в стоматологической поликлинической практике имеет свои специфические особенности. Они сводились к следующему:

1. Выбор анестетика, а также метод его введения должны основываться на принципе обеспечения больному максимальной безопасности.

2. Введение наркотических средств не должно сопровождаться возбуждением больного.

3. Глубина анестезии не должна выходить за пределы первой стадии хирургического вмешательства.

4. В течение анестезии необходимо обеспечить максимальную оксигенацию с адекватным выделением углекислоты легкими.

5. Больные после лечения под наркозом должны находиться в лечебном учреждении короткий срок, поэтому общее обезболивание должно быть проведено таким образом, чтобы через 20—30 мин после него пациент мог покинуть поликлинику без опасности возникновения осложнений послеоперационного периода.

6. Время побочного действия наркотических средств должно быть кратковременным и не должно вызывать состояния дискомфорта, недомогания, головных болей, тошноты, т. е. симптомов, препятствующих уходу пациента из лечебного учреждения.

В этом же докладе были поставлены насущные вопросы анестезиологии, в частности, вопрос о подготовке анестезиологов в нашей стране. Подготовку этих кадров необходимо поручить стоматологическим кафедрам, имеющим для этого соответствующую базу. Второй задачей является организация анестезиологической службы в условиях поликлиники. Для этого стоматологиче-

ские кабинеты, где проводится анестезия, должны быть оборудованы всем необходимым для своевременного и эффективного оказания необходимой помощи в случае возможных осложнений. Третьей задачей является подготовка медицинской документации в виде специальной наркозной карты. Такую карту разработали на кафедре стоматологии I ММИ под руководством проф. Н. Н. Бажанова.

Н. М. Кабилов отметил основные причины, препятствующие, по его мнению, широкому внедрению обезболивания в детскую стоматологию:

а) недооценка роли безболезненного лечения зубов у детей, наличие своеобразного психологического барьера, мешающего избавиться от привычных, но устаревших представлений;

б) отсутствие широкой информации;

в) нехватка специалистов-анестезиологов.

В 60-х годах значительное распространение в стоматологии получили физические методы обезболивания. В это время широко стали применяться методы обезболивания электрическим током: микрогальванические [Менабде А. С., Лордкипанидзе М. С., 1960; Керер Р. Р., 1962; Иващенко Г. М., Никитина Т. В., 1966; Смирнов М. А., 1966], диадинамические [Батиевский П. А., 1963], электрофорез анестезирующими веществами [Мухин Н. А., 1965, Мироненко Г. С., 1966].

Проф. Т. В. Никитина считает, что механизм электроанестезии постоянным током сводится к созданию в нервно-рецепторном аппарате зуба ан-электротона, что препятствует передаче возбуждения, развивающегося при действии на зуб механических, термических и вибрационных раздражений, связанных с препарированием зубов. Для электроанестезии применяется аппарат АЭ03-1, конструкция и методика применения которого были описаны в работах Т. В. Никитиной (1966), Г. М. Иващенко и Т. В. Никитиной (1967). Исследования, проведенные Т. В. Никитиной, позволили рекомендовать метод электроанестезии даже в детской стоматологической практике.

Проф. В. И. Кулаженко считал, что, помимо использования анестезирующих средств, необходимо применять сочетанные факторы, создающие в тканях очаг парабиоза. Такое возбуждение тормозит все виды раздражений, являясь универсальной и обратимой реакцией нервной

системы на дозированное раздражение. В. И. Кулаженко разработал в 1961 г. новый метод введения в организм лекарственных веществ, в том числе анестезирующих, представляющий собой сочетание очагового дозированного вакуума с лекарственным электрофорезом. Вакуум, создавая очаг парабиоза, одновременно понижает импеданс тканей и делает их более проницаемыми для заряженных частиц обезболивающего вещества. В. И. Кулаженко подтвердил этот метод экспериментальными исследованиями, проведенными на кроликах. Он писал: «Глубина проникновения и количество радиоактивного фосфора ^{32}P в ткани пародонта в 3—4 раза больше при вакуумэлектрофорезе, чем при обычном электрофорезе».

Расширение диапазона оперативных вмешательств и внедрение в практику хирургической стоматологии современных методов обезболивания потребовали максимального использования существующих способов контроля за состоянием больного во время наркоза и операции. А. Ф. Бизяев в ряде работ показал, что во время стоматологических операций, проводимых под эндотрахеальным наркозом, непрерывная флеботонометрия позволяет объективно контролировать состояние оперируемого. Контроль за венозным давлением в ходе операции позволяет объективно судить о функциональном состоянии гемодинамики оперируемого. Метод непрерывной флеботонометрии практически удобен и абсолютно безопасен. Данные венозного давления в сочетании с клинической картиной наркоза и другими вспомогательными тестами помогают анестезиологу правильно понять патофизиологические сдвиги в организме оперируемого больного.

В последние годы возрос интерес к наркозу закисью азота не только в общехирургической, акушерско-гинекологической, но и в стоматологической практике. П. В. Черных (1971) показал, что наркоз закисью азота с кислородом обеспечивает достаточный болеутоляющий эффект при различных амбулаторных стоматологических вмешательствах. Методика его техники проста, не требует сложной премедикации больного, осуществляется без использования ротоглоточных obturаторов, пробок, роторасширителей, что, безусловно, улучшает условия работы стоматолога.

П. В. Черных усовершенствовал конструкцию аппарата «Автонаркоз С-1», что позволило осуществлять раз-

ные варианты ингаляционного наркоза в соответствии с требованиями и поликлинической стоматологии. Работа П. В. Черныха показала, что газокислородная анальгезия не угнетает важнейших функций организма и обеспечивает сохранение компенсаторных реакций, поэтому данный вид общего обезболивания особенно показан больным с сопутствующей патологией, особенно лицам преклонного возраста с заболеваниями сердца и сосудов.

В. С. Стародубцев в своем исследовании «Общая анестезиология при непродолжительных стоматологических вмешательствах в условиях поликлиники и стационара» (1971) изучил клинику наркоза трихлорэтиленом с закисью азота кислородом в стадии анальгезии и наркоза пропанидидом (эпонтолом) при непродолжительных стоматологических вмешательствах. Он провел сравнительную оценку влияния трихлорэтилена, фторотана, а также пропанидида (эпонтала) на гемодинамику и дыхание в условиях отсутствия премедикации, разработал показания к применению трихлорэтилена, фторотана, пропанидида (эпонтала) при кратковременных операциях в зависимости от особенностей патологического процесса и характера вмешательства; им же разработаны противопоказания к применению каждого из этих анестетиков и проанализированы осложнения, развивающиеся во время наркоза у больных при кратковременных хирургических вмешательствах. Обобщающей работой по вопросам общего обезболивания явилась докторская диссертация А. С. Добронравова («Общее обезболивание в стоматологии детского возраста», 1978).

Проф. Л. С. Линденбаум один из первых применил в нашей стране местную анестезию в терапевтической стоматологии. Уже к 1935 г. он обобщил результаты наблюдения за лечением больных с пульпитами под местным обезболиванием.

Под влиянием активного внедрения в стоматологическую практику принципов бережного, щадящего отношения к психическим и физическим ощущениям больных в послевоенные годы продолжались поиски обезболивающих средств при терапевтическом и ортопедическом лечении больных (С. И. Вайс, Е. И. Гаврилов, А. И. Дойников, И. М. Оксман, Е. Е. Платонов, Л. Р. Рубин, И. М. Старобинский и Я. И. Гунтер, Л. И. Урбанович, М. М. Хотинская, А. Э. Шарпенак, О. К. Титрянц и др.).

Известно, что наряду с порогом болевого ощущения существует и порог болевой реакции (реакция страха), который меняется в зависимости от внешних условий, индивидуальных особенностей организма, эмоциональной настроенности больного. В. И. Исмаилова (1966, 1967) показала, что, воздействуя на организм фармакологическими средствами, можно изменить как порог болевого ощущения, так и порог болевой реакции. Среди средств, успокаивающих и нормализующих нервную деятельность, а следовательно, повышающих выносливость человека к болевым раздражениям, большую популярность получили транквилизаторы, которые устраняют психическую напряженность, страх, нервозность, повышенную эмоциональность и т. п. Блокируя многие звенья нервной передачи, транквилизаторы способны вызвать в ретикулярном отделе головного мозга состояние заторможенности. В. И. Исмаилова на основании клинико-экспериментальных наблюдений пришла к выводу о целесообразности медикаментозного воздействия на психику больного перед ортопедическим вмешательством.

В условиях стоматологических поликлиник и отделений при наличии специалистов-анестезиологов и соответствующей аппаратуры приемлемы все ныне известные способы обезболивания. Там, где нет анестезиологов, стоматологи обязаны владеть методами психопрофилактики и психотерапии, уметь производить местное инфльтрационное и проводниковое обезболивание с премедикацией, электроанальгезию и электрофорез. Согласно резолюции 4-го Всесоюзного и 1-го Всероссийского съездов стоматологов, а также, принимая во внимание приказ министра здравоохранения СССР от 14 апреля 1966 г., все известные способы и средства местного и общего обезболивания должны быть использованы не только в хирургической, но и в терапевтической и ортопедической стоматологии.

Изысканию наиболее эффективных средств и методов обезболивания посвящены многие исследования. В последние годы под руководством академика АМН СССР А. И. Рыбакова интенсивно разрабатываются вопросы, связанные с использованием безыгольного метода обезболивания.

В настоящее время функционируют научные подразделения анестезиологии и реаниматологии в ЦНИИС, I ММИ и ММСИ. В большинстве стоматологиче-

ских поликлиник Москвы и других городов СССР открыты кабинеты анестезиологии при отделениях хирургической стоматологии.

Добркачественные и злокачественные новообразования полости рта

Учитывая, что проблема новообразований, по определению Всемирной организации здравоохранения, является в настоящее время наряду с сердечно-сосудистой патологией и гриппом наиболее распространенной среди населения земного шара, во многих странах, в том числе и в Советском Союзе, созданы и продолжают создаваться специальные онкологические службы. В СССР функционирует стройная система научных и лечебно-профилактических онкологических учреждений. Руководящим и координирующим центром не только для нашей страны, но и для стран СЭВ в области онкологии является Всесоюзный онкологический научный центр АМН СССР, возглавляемый академиком Н. Н. Блохиным.

Всесоюзная проблемная комиссия по онкологии координирует научно-исследовательскую работу, связанную с изучением опухолевой патологии всех органов и систем человека, включая и вопросы стоматологии, поэтому мы сочли необходимым осветить их кратко.

Проблемы онкологии челюстно-лицевой области обсуждались еще в 1925 г. на 2-м Всероссийском одонтологическом съезде и в 1928 г. на 3-м Всесоюзном одонтологическом съезде.

Проф. С. Н. Вайсблат посвятил несколько исследований вопросам онкологии. В работах «Местная фиброзная остеодистрофия челюстей», «Профилактика и ранняя диагностика злокачественных новообразований рта» он изложил ценные клинические и рентгенологические признаки ранней диагностики злокачественных новообразований челюстей, дифференциальную диагностику фиброзной остеодистрофии и другие вопросы.

Исследования, связанные с изучением этиологии, патогенеза и лечения опухолей челюстно-лицевой области, проводятся в настоящее время на кафедре хирургической стоматологии Ленинградского медицинского института, возглавляемой проф. В. А. Дунаевским. По его инициативе в 1969 г. в Советском Союзе впервые был организован онкостоматологический стационар на базе

городской онкологической больницы Ленинграда. Основным направлением научных исследований кафедры, помимо изучения патогенеза и совершенствования методов лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, является совершенствование методов диагностики, комплексного лечения и реабилитации больных с опухолями челюстно-лицевой области.

Среди всех доброкачественных опухолей человеческого организма особо важное место занимают ангиомы. В большинстве случаев они встречаются у детей. На протяжении многих лет проводились работы по изучению гемангиом и лимфангиом лица, челюстей и органов полости рта на кафедре госпитальной хирургической стоматологии ММСИ под руководством А. И. Евдокимова и В. Ф. Рудько.

В 1978 г. вышла в свет монография П. М. Горбушиной «Сосудистые новообразования лица, челюстей и органов полости рта», в которой обобщен многолетний опыт этой кафедры и наблюдения автора за больными с сосудистыми опухолями лица, челюстей и органов полости рта. В монографии приведена клинико-морфологическая классификация сосудистых опухолей, подробно описаны разные клинические проявления и морфологическая картина гемангиом, лимфангиом, фиброангиом и ангиом челюстных костей, изложены клинические симптомы сопутствующих им функциональных и косметических расстройств и их лечение, рассмотрены методы хирургического и консервативного лечения сосудистых опухолей, в том числе метод склерозирующей терапии, проанализированы отдаленные результаты лечения больных с доброкачественными и злокачественными сосудистыми опухолями и целый ряд других вопросов.

Аналогичные проблемы изучались и в клинике хирургической стоматологии Тбилисского института усовершенствования врачей под руководством проф. А. И. Едидеридзе. В качестве лечебных мероприятий особо важное место здесь отводилось химиотерапии и электрокоагуляции. Для химиотерапии применяли интратуморальные и перитуморальные инъекции склерозирующих веществ (йод, спирт, новокаин), для электрокоагуляции — аппарат для хирургической диатермии. Большое внимание разработке вопросов клиники, диагностики и лечения первичных опухолей и опухолеподобных образований челюстных костей было уделено на протяжении ряда лет

А. А. Колесовым, который обобщил эти материалы в докторской диссертации (1964). По его данным, указанные новообразования составляют 22 % от общего числа новообразований челюстей. Им были предложены различные виды оперативных вмешательств для удаления опухолей (выскабливания, спиливания, резекция челюсти). А. А. Колесов предложил проводить работу по лечению указанной патологии совместно с онкологическими диспансерами.

Изучением опухолей челюстно-лицевой области на кафедре стоматологии детского возраста ММСИ (зав. кафедрой — проф. А. А. Колесов) продолжал заниматься В. В. Рогинский. В 1981 г. он защитил докторскую диссертацию на тему: «Доброкачественные опухоли, опухолеподобные и гиперпластические процессы лицевого скелета у детей», в которой приведена распространенность указанной патологии среди детей и предложены методы хирургического лечения. Автором разработана схема-группировка, основанная на клиническом и гистогенетическом принципах, в ней использованы гистологические критерии и номенклатура современных классификаций ВОЗ.

Разрабатываются также вопросы, связанные со злокачественными опухолями слюнных желез. Опыт, накопленный в этой области, изложен в книгах А. И. Пачеса (1964, 1968, 1971, 1974). Лечение злокачественных опухолей посвящены и диссертационные исследования [Бродская Н. Я., 1971; Бойков Н. Д., 1976; Брусеницкая Н. Д., 1976; Аль-Хайер Х. С., 1977]. В Днепропетровском медицинском институте на кафедре хирургической стоматологии (зав. кафедрой — проф. Е. С. Малевич) научные исследования направлены на изучение и лечение доброкачественных и злокачественных новообразований лица и органов полости рта.

Профилактика основных стоматологических заболеваний

История профилактики в стоматологии тесно переплетается с развитием профилактики всего отечественного здравоохранения. Прогрессивные стоматологи при совершенствовании методов и средств профилактики кариеса зубов и пародонтоза всегда на первое место ставили общебиологические, общемедицинские принципы. Начало

этому направлению положил соратник В. И. Ленина Павел Георгиевич Дауге. Советские стоматологи многое сделали по проблеме профилактики, но основополагающими, классическими до сих пор остаются публикации П. Г. Дауге и в первую очередь его труд «Социальные основы советской стоматологии». Не останавливаясь подробно на анализе этого труда, назовем один очень важный вопрос, которому П. Г. Дауге уделил большое внимание и к которому мы подошли сейчас в силу объективных причин развития народного хозяйства нашей страны. Это рациональное использование средних медицинских работников в целях значительного повышения эффективности и качества медицинской помощи населению, а также необходимость комплексирования усилий медицинских и педагогических работников. Ярким поборником такого подхода к профилактике помимо П. Г. Дауге был А. И. Евдокимов.

После Великой Октябрьской социалистической революции начались годы становления профилактики, выработки правильных путей научных исследований в этой области, ломки старых взглядов. Активное участие в этом принимали профессора Е. М. Гофунг, Д. А. Энтин, И. Г. Лукомский. Е. М. Гофунг совместно с П. Г. Дауге и А. И. Евдокимовым был одним из организаторов советской стоматологии, Д. А. Энтин первый из отечественных исследователей указал на эффект реминерализации эмали и первый обоснованно утверждал, что можно не только предупреждать кариес зубов, но и предупреждать его прогрессирование. И. Г. Лукомский сформулировал основные принципы профилактики самой распространенной патологии, находящейся в компетенции стоматологов, — кариеса зубов, широко используя при этом для местного применения фтористый натр. Вслед за И. Г. Лукомским И. А. Мейсахович предложил применять для этих же целей хлористый стронций.

Оба эти предложения в то время безусловно были полезны. Их используют и в настоящее время при профилактике кариеса зубов.

Большое значение в профилактике кариеса зубов имеет искусственное обогащение питьевой воды соединениями фтора, которое впервые было осуществлено в конце 40-х годов текущего столетия в США, Канаде и СССР. Постоянными исследователями эффективности фторирования питьевой воды являются А. И. Рыбаков,

Г. Д. Овруцкий и др. Это мероприятие регламентировано органами санитарного государственного надзора в нашей стране и в других странах, где оно проводится. Однако его влияние следует оценивать в комплексе с гигиенистами, педиатрами, организаторами здравоохранения и другими специалистами.

Важным в этой области явилось и предложение И. О. Новика применять для профилактики кариеса зубов костную муку, т. е. субстрат, который содержит все вещества, необходимые для своевременного созревания зубов, а не раздельно соединения фтора, кальция и т. п., как это предлагалось раньше.

В дальнейшем проф. Г. Н. Пахомов предложил реминерализующий раствор — вытяжку из костей крупного рогатого скота. Он применяется для местных аппликаций зубов. Ионы из раствора переходят в кристаллическую решетку эмали зубов и тем самым укрепляют ее. Этот раствор носит название «реминерализующий раствор Борсовского—Пахомова».

Существенный вклад в разработку профилактики кариеса зубов и других стоматологических заболеваний внесла и научная школа А. И. Рыбакова. Труды представителей этой школы признаны мировой общественностью, о чем свидетельствует, в частности, многолетняя совместная работа исследователей ЦНИИС и ГДР под руководством А. И. Рыбакова. Главной отличительной ее особенностью является базирование на конкретных эпидемиологических исследованиях в определенных географических и экономических регионах страны. Эта работа высоко оценивается ВОЗ, и ЦНИИС уже много лет является одним из ее региональных центров по изучению эпидемиологии стоматологической патологии. Так, тщательно и всесторонне изучена эпидемиология кариеса зубов, в частности, в Якутской АССР, Алтайском крае, Казахской ССР, в Москве. В настоящее время принципы эпидемиологической работы ЦНИИС используются А. И. Рыбаковым совместно со специалистами в области ветеринарии Алтайского края для изучения эпизоотологии патологии пародонта среди животных.

Многолетние работы в этом направлении послужили основой для большого количества публикаций, а также методических разработок.

А. И. Рыбаковым и А. В. Граниным предложены индифферентные сорбенты и ионообменные соединения,

применение которых направлено на регулирование физиологического созревания эмали зубов, на очищение слюны от чуждых организму соединений. Наряду с местным управлением процесса созревания эмали зубов в комплексе профилактических мероприятий обязательно входят общемедицинские принципы профилактики любой патологии: балансирование суточного пищевого рациона, коррекция двигательной активности, рациональный режим труда и отдыха, индивидуальные санитарно-гигиенические мероприятия.

Кроме упомянутых выше исследователей, существенный вклад в развитие отечественной стоматологической профилактики внесли профессора Е. В. Боровский, А. А. Прохончуков, Т. Ф. Виноградова, Ю. А. Федоров.

Этой проблеме были посвящены специальные труды: «Основы стоматологической профилактики» А. И. Рыбакова (1968), «Профилактика в стоматологии» А. И. Рыбакова и А. В. Гранина (1975), «Профилактика кариеса зубов» А. И. Рыбакова и А. В. Гранина (1976), «Кариес зубов и его профилактика» Г. Н. Пахомова (1976), «Кариес зубов» Е. В. Боровского и П. А. Леуса (1979).

Большое значение наряду с предупреждением кариеса зубов имеет профилактика пародонтоза и патологии слизистой оболочки полости рта. В силу отсутствия существенных анатомо-физиологических особенностей, присущих зубу, в данном случае профилактические мероприятия не носят столь специфического характера; они в общих чертах повторяют мероприятия, проводимые при любой патологии. Кроме того, патология пародонта и слизистой оболочки полости рта характеризуется в большинстве случаев симптомами, присущими общей патологии организма и предупреждение ее проводится именно в этом направлении. Яркий пример этому — пародонтоз. Согласно работам А. И. Евдокимова и его учеников, основными мерами предупреждения пародонтоза являются противосклеротические мероприятия. Разработка же местных средств и методов предупреждения этой патологии с учетом современного понимания взаимоотношения «среда обитания — человек» по-настоящему проводилась только в течение последних 20 лет. Этой теме посвящены работы Е. Е. Платонова и его учеников. Активно разрабатывают эту проблему проф. Т. В. Никитина и доц. Т. И. Лемецкая, значительный вклад в изучение указанных вопросов внесли профессо-



А. Я. Катц (1883—1952)

ра В. Ф. Рудько, В. Ю Курляндский, М. И. Грошиков. Предупреждение кариеса зубов и патологии пародонта в настоящее время — это также предупреждение заболеваний горла, носа, уха, легких, суставов, сердца, не говоря уже о значительном эстетическом эффекте здоровых зубов.

Большое значение придают стоматологи профилактике в ортодонтии (детской ортопедии) — разделу стоматологии, где освещаются вопросы диагностики, профилактики и лечения аномалий и зубочелюстной системы. Этот раздел сейчас приобретает особую актуаль-

ность, так как аномалии зубочелюстной системы наши ведущие стоматологи относят к факторам, играющим очень важную роль в генезе кариеса зубов и пародонтоза. Особенно высока распространенность этих аномалий среди детского населения и эффективное предупреждение их пока является нелегкой задачей. Среди отечественных ученых, внесших значительный вклад в развитие ортодонтии, следует назвать Л. В. Ильину-Маркосян, Д. А. Калвелиса, Х. А. Каламкарова, И. М. Оксмана, Е. И. Гаврилова и др.

В 1933 г. А. Я. Катц выступил на протезно-ортопедической конференции в Ленинграде с программой профилактической ортодонтии и впервые изложил план и методологические основы ортодонтического лечения. В 1939 г. в своей работе «Наши установки и методы лечения в зубочелюстно-лицевой ортопедии (ортодонтии)» он предложил исходить из «функциональной нормы» соотношения функциональных и анатомических особенностей жевательного аппарата с учетом относительной устойчивости его физиологического равновесия. В большинстве случаев профилактической ортодонтии и при

лечении сформировавшихся аномалий он предлагал применять систему направляющих функциональных аппаратов. А. Я. Катц подверг критике господствовавшие в медицинской литературе механистические взгляды зарубежных авторов на физиологию и патологию жевательного аппарата. Он создал новое функциональное направление в ортодонтии. Сущность его заключается в том, что аппаратура, применяемая при дефектах зубочелюстной системы, является физиологическим раздражителем, вызывающим соответствующую перестройку в челюстных костях, мышцах и тканях. На основе этого направления возникла советская профилактическая ортодонтия — простые, доступные в практике мероприятия, которые предотвращают развитие стойких деформаций зубочелюстной системы.

Занимаясь изучением ранних форм развития зубочелюстных аномалий, которые проще устранить в молодом растущем организме, А. Я. Катц и его ученики (Е. Д. Волова, А. К. Выкшемский, Е. Д. Лалетина, К. Н. Новоторова, Л. В. Рожков) применяли щадящую аппаратуру, что способствовало развитию профилактического направления в ортодонтии.

Проф. Х. А. Каламкарров установил, что ортодонтические аппаратурные вмешательства в периоде молочного прикуса при применении слабых сил не оказывают отрицательного воздействия на зубочелюстную систему и, в частности, на зачатки постоянных зубов. При достаточных сроках воздействия аппаратов полученные результаты закрепляются и исключается возможность рецидивов.

По мнению проф. Л. В. Ильиной-Маркосян, протезы, применяемые в детской клинике, имеют особенности, обусловленные их назначением. Основной принцип их конструкции — это профилактика. Назначение всех детских протезов — поддерживать артикуляционное равновесие и предупреждать деформации прикуса и зубочелюстной системы. В то же время протезы не должны препятствовать росту челюстей и зубных дуг, который заканчивается вместе с общим развитием организма. При протезировании зубов у детей Л. В. Ильина-Маркосян рекомендовала применять несъемные профилактические аппараты и другие конструкции. В 1949 г. в работе «Профилактическое значение зубного протезирования у детей и подростков и подготовка к нему полости рта» она

писала: «...протезирование у детей имеет цель сохранения зубов и их нормальной функции».

Л. В. Ильина-Маркосян одна из первых поставила вопрос о необходимости участия ортодонтон в диспансеризации, систематическом комплексном, в том числе ортопедическом и логопедическом лечении детей с врожденной расщелиной неба со времени их рождения до совершеннолетия. Сейчас в СССР развивается сеть таких диспансеров и интернатов.

Профилактическое направление в ортодонтии развивалось на кафедре ортопедической стоматологии Киевского медицинского института под руководством проф. А. И. Бетельмана. Здесь разрабатывались методы борьбы с зубочелюстными деформациями в детском возрасте. При кафедре был организован кабинет профилактики и раннего лечения дефектов и деформаций зубочелюстной системы у детей.

В работах А. И. Бетельмана и его учеников значительное место отведено изучению этиологических факторов, особенно рахита, в развитии челюстно-лицевых деформаций у детей. Так, в работе «Роль рахита в возникновении зубочелюстных деформаций» (1963) А. И. Бетельман продолжает развивать мысль, высказанную ранее Н. И. Агаповым, А. Я. Катцем, Л. В. Ильиной-Маркосян и другими учеными о том, что рахит является одним из важных этиологических факторов в развитии аномалий прикуса.

Установлено, что нарушение носового дыхания является одним из этиологических факторов аномалий зубочелюстной системы [Ванкевич М. М., 1928; Райзман С.С., 1933; Неменов М. С., 1935; Астахов Н. А., Гофунг Е. М., Катц А. Я., 1940; Бетельман А. И., Бынин Б. Н., 1951; Злотник И. Л., 1952, и др.]. Такие исследования проводились с 1938 г. на кафедре ортопедической стоматологии Казанского медицинского института под руководством проф. И. М. Оксмана. Его сотрудница А. А. Погодина изучала связь аномалий зубочелюстной системы с заболеваниями носоглотки (1959). Она указывает, что при ротовом дыхании ребенка в связи с заболеванием носоглотки деформации зубочелюстной системы развиваются под действием рефлекторного механизма, регулирующего трофику костной ткани. Изучение структуры твердых и мягких тканей зуба при разных аномалиях проведено проф. Л. М. Демнером, возглавившим впоследствии эту

кафедру. В его работах (1958—1967) показано, что хроническая туберкулезная интоксикация, по-видимому, является одной из причин развития кариеса зубов и зубочелюстных аномалий у детей.

На кафедре ортопедической стоматологии Харьковского института усовершенствования врачей под руководством проф. М. А. Нападова разработаны и внедрены в практику новые конструкции и технология изготовления ортодонтических аппаратов из самотвердеющих пластмасс, применены психотерапевтические методы в ортодонтии. В своей докторской диссертации «Некоторые виды зубочелюстных деформаций, их профилактика, диагностика и лечение» (1966) он рекомендовал новые принципы описательной диагностики зубочелюстных деформаций у детей и доказал необходимость применения линейных и графических методов диагностики зубочелюстных деформаций. Впервые в СССР проф. М. А. Нападковым были изданы два тома атласа по ортодонтии: «Этиология, патогенез и профилактика деформаций зубочелюстной системы» (1967) и «Ортодонтическая аппаратура» (1968).

Огромное внимание в нашей стране уделяется развитию и совершенствованию стоматологической помощи детям и в первую очередь профилактике. В 1961 г. вышло постановление Совета Министров СССР, в котором наряду с другими мероприятиями были намечены основные пути развития стоматологической помощи детям. Для улучшения вопросов диагностики, лечения и предупреждения основных стоматологических заболеваний у детей в Московском медицинском стоматологическом институте в 1963 г. была организована кафедра стоматологии детского возраста (зав. — проф. А. А. Колесов).

В 1968 г. была организована кафедра стоматологии детского возраста в ЦОЛИУ врачей (зав. — проф. Т. Ф. Виноградова). За 12 лет работы кафедры на циклах тематического усовершенствования прошло обучение более 1000 слушателей. Под руководством Т. Ф. Виноградовой была разработана система постдипломного обучения детских стоматологов в нашей стране.

В 1976 г. впервые в нашей стране было издано «Руководство по стоматологии детского возраста» под редакцией члена-корреспондента АМН СССР проф. А. И. Евдокимова и проф. Т. Ф. Виноградовой. В этом

руководстве освещены с новых позиций вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний, вопросы организации стоматологической службы на основе преемственности работы участкового стоматолога и других специалистов стоматологического и педиатрического профилей.

Пятый Всесоюзный съезд стоматологов (1968) был посвящен вопросам стоматологии детского возраста. На нем были подведены итоги выполнения решения правительства об улучшении стоматологической помощи взрослому и детскому населению нашей страны, принятого в 1961 г. Были отмечены успехи в организации плановой стоматологической санации детей. На съезде широко обсуждались вопросы развития науки по всем разделам стоматологии детского возраста и были приняты решения, в которых, в частности, предусматривалось открытие новых кафедр стоматологии детского возраста как на стоматологических факультетах медицинских вузов, так и некоторых институтах усовершенствования врачей.

В мае 1970 г. в Пермском медицинском институте был организован курс, а в сентябре 1971 г. — кафедра стоматологии детского возраста (зав. — проф. Е. Ю. Симановская). С 1 сентября 1973 г. аналогичная кафедра была организована в Калининском медицинском институте (зав. — проф. Р. Д. Новоселов).

С 1 сентября 1976 г. курс стоматологии детского возраста в Полтавском медицинском институте был преобразован в кафедру стоматологии детского возраста, которую возглавила проф. Л. П. Григорьева. В последующие годы курсы и кафедры стоматологии детского возраста были организованы и в других медицинских институтах страны (Ленинград, Львов, Киев, Минск, Ставрополь, Архангельск, Баку, Казань, Кишинев, Воронеж, Волгоград, Омск и др.).

Подводя некоторые итоги по вопросам профилактики в стоматологии, необходимо отметить, что дальнейшее совершенствование профилактики должно идти по пути более настойчивого внедрения научных разработок в практику, т. е. по пути значительного улучшения организации стоматологической помощи населению,

Заключение

На протяжении всех лет существования Советского государства работам советских ученых-стоматологов в целом присущи глубокая идейность, верность марксистско-ленинской методологии, комплексность и широта охвата в решении научных проблем в области стоматологии. Особенно ярко эти черты проявились в исследовании фундаментальных проблем этиологии и патогенеза основных стоматологических заболеваний. Профессорами Д. А. Энтиным, И. Г. Лукомским, А. Э. Шарпенаком, Е. Е. Платоновым, Е. В. Боровским были предложены теории этиологии и патогенеза кариеса зубов.

Обобщив результаты многолетних экспериментальных, клинических и эпидемиологических исследований, академик АМН СССР А. И. Рыбаков предложил в 1970 г. рабочую концепцию патогенеза кариеса зубов, которая наиболее полно, с учетом последних достижений в области стоматологии и медико-биологических наук отражает механизм развития кариеса зубов. В ней глубоко проанализирована суть местных и общих нарушений в организме, приводящих к развитию кариеса. Отличительной особенностью концепций А. И. Рыбакова является то, что в ней находят место диалектическая взаимосвязь теории с практикой, уже известные в стоматологии данные и перспектива получения новой информации, поиск новых эффективных методов профилактики.

Герой Социалистического Труда, член-корреспондент АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР А. И. Евдокимов на основании своих исследований и исследований своих учеников сформулировал сосудистую теорию этиологии и патогенеза пародонтоза, вошедшую в учебники, книги, словари и энциклопедии, которую изучали и изучают многие поколения стоматологов всего мира.

Проф. Е. Е. Платонов предложил свою рабочую концепцию развития альвеолярной пиорреи. Он обнаружил первичные изменения в нервных волокнах пародонта и

доказал, что патология пародонта патогенетически связана с нарушением нервной трофики мягких и твердых тканей. Нервотрофическая теория этиологии и патогенеза пародонтоза проф. Е. Е. Платонова также широко известна стоматологической общественности нашей страны и за рубежом.

Большое значение сыграл 6-й Всесоюзный съезд стоматологов (1975), который подвел итоги работы многих научно-исследовательских коллективов страны за годы Советской власти по проблеме «Пародонтоз». На этом съезде были обсуждены вопросы терминологии и классификации, этиологии и патогенеза, диагностики, профилактики и лечения болезней пародонта, что повлияет на дальнейшее изучение этой сложной и важной проблемы как в нашей стране, так и в других странах.

В нашей стране, сразу же после организации стоматологических институтов и факультетов началось изучение заболеваний слизистой оболочки полости рта (Е. М. Гофунг, Д. А. Энтин, И. Г. Лукомский, И. М. Старобинский, Я. С. Пеккер, Н. И. Агапов, Е. Е. Платонов, Б. М. Пашков, Н. Д. Шеклаков, М. И. Groшиков, В. К. Патрикеев, Б. Г. Стоянов, А. А. Машкиллейсон и др.).

Фундаментальные исследования, посвященные этой проблеме, проводились академиком АМН СССР А. И. Рыбаковым. Они опубликованы в ряде стран мира, доложены на конгрессах в США, Финляндии, Швейцарии, ГДР, Италии, Болгарии, Венгрии, Чехословакии и т. д. и получили мировое признание. А. И. Рыбаков разработал модели стоматитов при повреждениях кишечника, печени, желчного пузыря. На основе этих моделей он предложил эффективные методы лечения патологии слизистой оболочки полости рта.

Советские стоматологи разрабатывали и внедряли в практику научные исследования по экспериментальному моделированию кариеса зубов (С. А. Никитин, М. Г. Бугаева, И. А. Бегельман, А. Э. Шарпенак и др.); пульпитов (О. В. Петрова, Е. И. Гаврилов, В. В. Паникаровский, А. С. Григорян и др.); периодонтитов и одонтогенных воспалительных процессов (Г. А. Васильев, В. В. Паникаровский, А. А. Прохончуков, А. С. Григорян, Н. А. Жижина, В. С. Воробьев и др.); пародонтоза (А. А. Прохончуков, Н. А. Жижина, В. В. Паникаровский, В. Ф. Кускова и др.).

Забота о высоких нравственных идеалах, о развитии духовного мира ребенка в нашей стране сочетается с заботой о его здоровье. В СССР создана впервые в мире всесторонняя научно обоснованная система медицинского наблюдения за каждым ребенком.

Благодаря заботе партии и правительства в нашем государстве на качественно новую ступень поднялась охрана здоровья детей. Организационные принципы советской педиатрии успешно и органично реализуются в одном из важных разделов системы охраны здоровья детей — стоматологии детского возраста.

В настоящее время в стране создана государственная система детской стоматологической службы. Стоматологическую помощь оказывают миллионам наших детей с момента их рождения до совершеннолетия в специализированных детских стоматологических поликлиниках, в стоматологических кабинетах, созданных в школах и дошкольных учреждениях.

За годы Советской власти значительно возрос научный уровень ортопедической стоматологии, улучшается ее техническая оснащенность. На повестку дня выносятся вопросы организации и повышения производительности труда, централизация и механизация работы зуботехнических лабораторий, анализ и совершенствование экономических показателей, что приведет к более массовому изготовлению самых современных и эффективных видов протезов (фарфоровые коронки; цельнолитые металлические коронки, облицованные фарфором, — металлокерамика; цельнолитые мостовидные протезы, облицованные фарфором; цельнолитые съемные конструкции — опирающиеся бюгельные протезы), улучшению их эстетических качеств.

Советские стоматологи всегда руководствуются в своих исследованиях учением основоположника русской физиологии И. П. Павлова и его учеников — Л. А. Орбели, А. Д. Сперанского, К. М. Быкова, И. П. Резникова, используют достижения современной химии и физики, сотрудничают с теоретиками и экспериментаторами. Все это, безусловно, обогатило советскую стоматологию. Ученые-стоматологи нашей страны внесли большой вклад в разработку ряда проблем, имеющих важное значение для теории и практики стоматологии как у нас в стране, так и за рубежом. Подтверждением этого является то, что многие наши видные ученые-стоматологи

принимали и принимают самое активное участие в обсуждении актуальных проблем стоматологии на международных симпозиумах, конгрессах и съездах.

Признание успехов советской стоматологии на мировой арене выражается в том, что учебники и монографии советских стоматологов переведены на иностранные языки и в том, что наши ученые — стоматологи А. И. Евдокимов, А. А. Лимберг, В. Ф. Рудько, А. И. Рыбаков, В. Ю. Курляндский, Л. В. Ильина-Маркосян, Г. Д. Овруцкий, И. И. Ревзин, В. И. Кулаженко и др. являются почетными членами стоматологических обществ и ассоциаций многих стран мира (США, Франция, Финляндия, ГДР, ПНР, ВНР, НРБ и др.), а проф. В. Ф. Рудько к тому же является почетным членом Всемирной стоматологической федерации.

Необходимо отметить, что советские стоматологи принимали и принимают самое активное участие в работе Всемирной организации здравоохранения. Так, с 1967 по 1973 г. отделом стоматологии ВОЗ руководил один из видных организаторов советской стоматологии проф. В. Ф. Рудько. С 1973 по 1980 г. советскую стоматологию в ВОЗ представлял доц. В. М. Безруков, которого сменил в 1980 г. проф. П. А. Леус. Постоянным экспертом ВОЗ по разделу «Стоматология» является директор ЦНИИС, председатель правления Всесоюзного научного медицинского общества стоматологов, председатель проблемной комиссии АМН СССР по разделу «Основные стоматологические заболевания», академик АМН СССР А. И. Рыбаков. С 1970 г. консультантом Восточноазиатского регионального бюро ВОЗ является заведующая кафедрой стоматологии детского возраста ЦОЛИУ врачей проф. Т. Ф. Виноградова. Постоянным экспертом ВОЗ на протяжении нескольких лет является заведующий кафедрой пропедевтики ортопедической стоматологии ММСИ проф. А. И. Дойников.

В работе Международной Федерации стоматологов активное участие принимали и принимают академик АМН СССР А. И. Рыбаков, проф. В. Ф. Рудько, проф. Г. Н. Пахомов и др. Имена члена-корреспондента АМН СССР, Героя Социалистического Труда, заслуженного деятеля науки РСФСР, проф. А. И. Евдокимова, академика АМН СССР, проф. А. И. Рыбакова, проф. В. Ф. Рудько, члена-корреспондента АМН СССР, лауреата Государственной премии, заслуженного деятеля

науки РСФСР, проф. А. А. Лимберга, заслуженного деятеля науки РСФСР, лауреата Ленинской премии, проф. Ф. М. Хитрова, члена-корреспондента АМН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, проф. Б. Д. Кабакова, заслуженных деятелей науки РСФСР профессоров В. Ю. Курляндского, Е. И. Гаврилова, Е. В. Боровского, А. Т. Бусыгина, заслуженных деятелей науки Литовской ССР, профессора С. П. Чепулиса и заслуженного деятеля науки Латвийской ССР, профессора Д. А. Калвеллиса, заслуженного деятеля науки Татарской АССР, проф. И. М. Оксмана, засл. деят. науки Дагестанской АССР М. М. Максудова и других советских ученых хорошо известны за рубежом.

Опыт советской стоматологии внимательно изучается во многих странах мира. Комплексная система профилактики стоматологических заболеваний, разработанная в Советском Союзе, признается в настоящее время оптимальной моделью для использования в развивающихся странах.

XXVI съезд КПСС (1981) одобрил и утвердил «Основные направления экономического и социального развития СССР на 1981—1985 годы и на период до 1990 года». В этом историческом документе определена основная цель на 80-е годы: осуществить широкую программу повышения народного благосостояния. В области охраны здоровья советских людей записано: «Проявлять постоянную заботу о развитии системы здравоохранения. Поднять уровень и качество медицинского обслуживания населения. Предусмотреть дальнейшее расширение сети учреждений здравоохранения, совершенствование их структуры и рациональное размещение»¹.

Все это целиком и полностью относится и к стоматологии. Огромная армия стоматологов призвана решить многие вопросы в деле улучшения качества стоматологической помощи населению страны, в деле подготовки кадров стоматологического профиля, в разработке научных проблем, для этого есть все основания. Благодаря заботе и вниманию, которое уделяют партия, правительство и органы здравоохранения стоматологии, за годы Советской власти создан прочный, с быстро развивающейся научной, кадровой и материальной базой фундамент этой отрасли медицинской специальности.

¹ Правда, 1981, 5 марта, № 64, с. 5.

Список литературы

- Агапов Н. И. Клиническая стоматология детского возраста. — М.: Медгиз, 1953. — 347 с.
- Аржанцев П. З., Иващенко Г. М., Лурье Т. М. Лечение травм лица. — М.: Медицина, 1975. — 304 с.
- Ахмедов А. А. Нерешенные вопросы организации стоматологического обслуживания населения. — В кн.: Современные проблемы заболеваний пародонта. — М., 1976, с. 234—235.
- Бажанов Н. Н. Боль и лечение зубов. — М.: Медицина, 1968. — 151 с.
- Базиян Г. В., Новгородцев Г. А. Основы научного планирования стоматологической помощи. — М.: Медицина, 1968, — 240 с.
- Бассылык Д. А. Реформа зубоврачебного образования в 1918—1920 гг. и ее развитие в РСФСР в годы первых пятилеток. — Стоматология, 1961, № 5, с. 82—87.
- Бегельман И. А. Современное состояние проблемы кариеса. — Стоматология, 1952, № 1, с. 3—10.
- Бернадский Ю. И., Заславский Н. И. Очерки гнойной челюстно-лицевой хирургии. — Ташкент, Медицина, 1978. — 210 с.
- Бетельман А. И. Ортопедическая стоматология. — М.: Медицина, 1965. — 404 с.
- Бетельман А. И., Позднякова А. И., Мухина А. Д., Александрова Ю. М. Ортопедическая стоматология детского возраста. — Киев, 1972. — 260 с.
- Билейкин Л. А. Этапы развития одонтологии до и после Октябрьской революции. — Одонтология, 1928, № 2, с. 47—51.
- Боровский Е. В. О проницаемости эмали зуба. — Стоматология, 1966, № 1, с. 25—27.
- Боровский Е. В., Гранин А. В. Роль проницаемости эмали в патогенезе кариеса зубов. — Мед. реф. журн., 1967, разд. XII, № 7, с. 13—20.
- Боровский Е. В., Грошиков М. И., Патрикеев В. К. Терапевтическая стоматология. — М.: Медицина, 1973. — 384 с.
- Боровский Е. В., Леус П. А. Кариес зубов. — М.: Медицина, 1979. — 256 с.
- Бусыгин А. Т. Строение челюстных костей. Ташкент: Медгиз, 1962. — 107 с.
- Бынин Б. Н., Бетельман А. И. Ортопедическая стоматология. — М.: Медгиз, 1947. — 395 с.
- Вайсблат С. Н. Проводниковое обезболивание в хирургии зубов и челюстей. — 6-е изд. — Киев, 1954. — 290 с.
- Васильев Г. А. Хирургия зубов и полости рта (учебник для зубо-врачебных школ). — М.: Медгиз, 1951. — 344 с.
- Виноградова Т. Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. — М.: Медицина, 1978. — 184 с.
- Гаврилов Е. И., Оксман И. М. Ортопедическая стоматология. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1978. — 469 с.

- Гаврилов Е. И., Альшиц И. М. Ортопедическая стоматология. — М.: Медицина, 1973. — 423 с.
- Горбушина П. М. Сосудистые новообразования лица, челюстей и органов полости рта. — М.: Медицина, 1978. — 150 с.
- Гофунг Е. М. Учебник болезней зубов и полости рта. — Изд. 3-е М.—Л.: Медгиз, 1941. — 383 с.
- Гофунг Е. М. Учебник терапевтической стоматологии. — М.: Медгиз, 1946. — 510 с.
- Грошиков М. И. Профилактика и лечение кариеса зубов. — М.: Медицина, 1980. — 190 с.
- Дауге П. Г. Проект систематической борьбы с кариесом зубов в РСФСР. — Вестн. государствен. зубоврачевания, 1922, № 1, с. 54.
- Дауге П. Г. Очерк развития сети государственных зубных учреждений. — Одонтол. и стоматол., 1927, № 5, с. 22—33.
- Дауге П. Г. Об едином одонтологическом фронте. — Одонтол. и стоматол., 1929, № 1, с. 5—9.
- Дауге П. Г. Уроки 10-летнего зубоврачебного строительства. — В кн.: Труды 3-го Всесоюз. одонтол. съезда. Л., 1929, с. 11—20.
- Дауге П. Г. Социальные основы советской стоматологии. — М., 1933. — 387 с.
- Данилевский Н. Ф. Реабилитация больных пародонтозом. — В кн.: Тезисы 5-го съезда стоматологов УССР. Одесса, 1978, с. 61—63.
- Дмитриева В. С. Проблема травмы в детской стоматологии. — В кн.: Труды 5-го Всесоюз. съезда стоматол. М., 1970, с. 159—161.
- Дойников А. И. К повышению качества стоматологического обслуживания населения. — Стоматология, 1949, № 4, с. 53—54.
- Дунаевский В. А., Кабаков Б. Д. Современное состояние восстановительного лечения инвалидов Великой Отечественной войны стоматологического профиля. — В кн.: Современные проблемы заболеваний пародонта. М., 1976, с. 18—22.
- Евдокимов А. И. Советская стоматология (1917—1957 гг.). Стоматология, 1957, № 5, с. 3—11.
- Евдокимов А. И., Васильев Г. А. Хирургическая стоматология. — М.: Медицина, 1964. — 482 с.
- Евдокимов А. И., Рыбаков А. И. Стоматология. — В кн.: 50 лет советского здравоохранения / Под ред. Б. В. Петровского, М.: Медицина, 1967, с. 585—592.
- Евдокимов А. И., Никитина Т. И. Критерии излечиваемости пародонтоза. — Стоматология, 1977, № 5, с. 14—21.
- Епишев В. В., Юнусов Ю. Х., Туробов А. Т. Состояние стоматологии в Узбекистане. — В кн.: Основные стоматологические заболевания. Ташкент, 1976, с. 3—4.
- Ермолаев И. И. Основные достижения и перспективы развития стоматологии в ближайшие годы. — Стоматология, 1972, № 6, с. 4—11.
- Ермолаев И. И., Белокурова Л. П. Советская стоматология на подъеме. — Стоматология, 1977, № 5, с. 1—5.
- Жаков М. П. Острые гнойные воспалительные заболевания лица и шеи и их лечение. — М.: Медицина, 1969. — 192 с.
- Задачи стоматологии в воспитании здорового ребенка. — Стоматология, 1979, № 6, с. 1—3.
- Збарж Я. М. Переломы верхней челюсти и их лечение. — Л.: Медицина, 1965. — 128 с.

- Збарж Я. М., Кабаков Б. Д.* Некоторые вопросы современного лечения челюстно-лицевых ранений. — Воен.-мед. журн., 1957, № 7, с. 13—18.
- Ильина-Маркосян Л. В.* Зубное и челюстное протезирование у детей. М.: Медгиз, 1951. — 155 с.
- Ильина-Маркосян Л. В.* Ортопедическое лечение детей при врожденных расщелинах неба. — Стоматология, 1958, № 4, с. 61—63.
- Ильина-Маркосян Л. В.* Морфологические изменения структуры челюстных костей при рахите. — Стоматология, 1961, № 3, с. 75—76.
- Кабаков Б. Д., Бельчиков Э. В.* Вопросы иммунологии пародонтоза. — Л.: Медицина, 1972. — 189 с.
- Каламкаров Х. А.* Клиника и лечение зубочелюстных аномалий у детей. — Ташкент; Медицина, 1978, 268 с.
- Каламкаров Х. А.* Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. — Стоматология, 1981, № 2, с. 14—18.
- Кабаков Б. Д.* Учебник военной челюстно-лицевой хирургии. — Л.: Медицина, 1976. — 302 с.
- Кабаков Б. Д. и др.* Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. — М., 1978.
- Кальвелис Д. А.* Развитие ортодонтии в СССР. — Стоматология, 1967, № 3, с. 6—10.
- Катц А. Я.* Лечение сформировавшихся аномалий прикуса. — Сов. стоматол., 1936, № 3, с. 69—78.
- Катц А. Я.* Наши установки и методы лечения в зубочелюстно-лицевой ортопедии (ортодонтия). — Стоматология, 1939, № 1, с. 73—90.
- Катц А. Я.* Успехи ортопедической стоматологии за 30 лет. — Стоматология, 1950, № 2, с. 6—9.
- Кац М. С.* История советской стоматологии. — М.: Медгиз, 1963. — 117 с.
- Коварский М. О.* Краткая история зубо врачевания. — М., 1928. — 114 с.
- Кодола Н. А., Удовицкая Е. В.* Клиника, диагностика и лечение карнеса. — Киев: Медгиз, 1962. — 227 с.
- Колесов А. А.* Новообразования лицевого скелета. — М.: Медицина, 1969. — 168 с.
- Колесов А. А.* Кафедре стоматологии детского возраста 10 лет. — В кн.: Актуальные проблемы стоматологии детского возраста. М., 1974, с. 3—7.
- Колесов А. А.* Стоматология детского возраста. — М.: Медицина, 1978. — 504 с.
- Копейкин В. Н.* Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. — М.: Медицина, 1971. — 174 с.
- Курляндский В. Ю.* Функциональный метод лечения огнестрельных переломов челюстей. — М., 1944. — 303 с.
- Курляндский В. Ю.* Ортопедическое лечение альвеолярной пиорреи (амфодонтоз) и травматической артикуляции. — М.: Медгиз, 1956. — 289 с.
- Курляндский В. Ю.* Зубочелюстные аномалии у детей. — М.: Медгиз, 1957. — 222 с.
- Курляндский В. Ю.* Ортопедическая стоматология. — М.: Медицина, 1977. — 487 с.

- Лимберг А. А. Основные принципы оказания помощи челюстно-лицевым раненым в войсковом районе. — Воен.-сан. дело, 1937, № 6, с. 21—24.
- Лимберг А. А. Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела. — Л.: Медгиз, 1946. — 191 с.
- Лимберг А. А., Львов П. П. Учебник хирургической стоматологии. — М. — Л.: Медгиз, 1938. — 505 с.
- Липовецкая Л. Л., П. Г. Дауге. — М.: Медицина, 1973. — 110 с.
- Лукомский И. Г. Развитие научной стоматологии в СССР. — Стоматология, 1937, № 5, с. 27—42.
- Лукомский И. Г. Болезни слизистой оболочки рта. — М.: Медгиз, 1945. — 220 с.
- Лукомский И. Г. Развитие стоматологии в СССР. — В кн.: Достижения советской медицинской науки за 30 лет. М., 1947, с. 594—614.
- Лукомский И. Г. Кариез зубов. — М.: Медгиз, 1948. — 236 с.
- Лукомский И. Г. Терапевтическая стоматология. — М.: Медгиз, 1960. — 490 с.
- Лукьяненко В. И. Остеомиелиты челюстей, их профилактика и лечение. — Л.: Медицина, 1968. — 296 с.
- Марченко А. И., Кузнецов В. Н. Развитие стоматологии на Украине за годы Советской власти. — Стоматология, 1972, № 6, с. 19—24.
- Михельсон Н. М. Этапы развития восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. Стоматология, 1957, № 5, с. 35—40.
- Михельсон Н. М. Восстановительные операции челюстно-лицевой области. — М.: Медицина, 1962. — 336 с.
- Муковозов И. Н. Наркоз и реанимация в челюстно-лицевой хирургии. — Л.: Медицина, 1972. — 239 с.
- Наумов П. В. Первичные восстановительные операции при лечении опухолей мягких тканей лица. — М.: Медицина, 1973. — 96 с.
- Новик И. О. Клиника и лечение пародонтоза (амфодонтоза). — Киев, 1958. — 235 с.
- Новик И. О. Болезни зубов у детей. — Киев, Медгиз, 1961. — 351 с.
- Новик И. О. Болезни зубов и слизистой оболочки полости рта у детей. М.: Медицина, 1971. — 456 с.
- Овруцкий Г. Д. Кариез зуба, его осложнения и реактивность организма. — В кн.: Кариез зуба и реактивность организма. Казань, 1966, с. 3—7.
- Пахомов Г. Н., Гранин А. В. Кариозные пятна в классификации кариеза зубов. — Стоматология, 1970, № 2, с. 92—93.
- Пахомов Г. Н. Кариез зубов и его профилактика. — Рига, 1976. — 232 с.
- Пашков Б. М. Поражение слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических болезнях. — М.: Медгиз, 1963. — 299 с.
- Пеккер Я. С. Терапевтическая стоматология (учебник для мед. стоматол. ин-тов). — М.: Медгиз, 1950. — 312 с.
- Петров Б. Д. Очередные задачи истории медицины и здравоохранения. — Сов. здравоохран., 1969, № 5, с. 3—8.
- Платонов Е. Е. К проблеме предупреждения периодонтитов. — Стоматология, 1943, № 1, с. 6—8.
- Платонов Е. Е. Кариез зуба и лечебно-профилактические мероприятия. — Стоматология, 1957, № 5, с. 26—35.

- Платонов Е. Е. Патогенетические обоснования профилактики кариеса. — *Стоматология*, 1965, № 2, с. 3—6.
- Прохончуков А. А. Роль экспериментально-теоретических исследований в развитии советской стоматологии. — *Стоматология*, 1972, № 6, с. 11—18.
- Прохончуков А. А., Паникаровский В. В., Куликова В. С., Кускова В. Ф. Итоги 10-летнего изучения этиологии и патогенеза кариеса зубов. — В кн.: *Эксперимент. и клинич. стоматол.* М., 1973, т. 4, с. 46—54.
- Прохончуков А. А., Логинова Н. К., Жижина Н. А. Функциональная диагностика в стоматологической практике. — М.: Медицина, 1980. — 272 с.
- Рауэр А. Э. Итоги и достижения челюстно-лицевой хирургии за 25 лет Советской власти. — *Стоматология*, 1942, № 4, с. 32—39.
- Рауэр А. Э., Михельсон Н. М. Пластические операции на лице. — 2-е изд. — М.: Медгиз, 1954. — 304 с.
- Рудько В. Ф. Очередные задачи развития стоматологической помощи населению. — *Сов. здравоохран.* 1964, № 2, с. 3—6.
- Рудько В. Ф., Троянский Г. Н. Развитие стоматологического образования в СССР. — *Стоматология*, 1977, № 5, с. 5—10.
- Руководство по терапевтической стоматологии / Под ред. А. И. Евдокимова и А. И. Рыбакова. — М.: Медицина, 1967. — 572 с.
- Руководство по хирургической стоматологии / Под ред. А. И. Евдокимова, Г. А. Васильева, И. М. Старобинского. — М.: Медицина, 1972. — 584 с.
- Руководство по ортопедической стоматологии / Под ред. А. И. Евдокимова и Л. В. Ильиной-Маркосян. — М.: Медицина, 1974. — 568 с.
- Руководство по стоматологии детского возраста / Под ред. А. И. Евдокимова и Т. Ф. Виноградовой. — М.: Медицина, 1976. — 360 с.
- Рыбаков А. И. Основы стоматологической профилактики. — М.: Медицина, 1968. — 168 с.
- Рыбаков А. И. Итоги и перспективы развития научных исследований в области стоматологии. — *Вестн. АМН СССР*, 1977, № 12, с. 68—74.
- Рыбаков А. И. Важная проблема современной стоматологии. — *Стоматология*, 1981, № 2, с. 6—8.
- Рыбаков А. И., Гранин А. В. Вопросы патогенеза, патогенетической профилактики и терапии кариеса зубов на ранних стадиях. — М.: Медицина, 1970. — 76 с.
- Рыбаков А. И., Базиян Г. В. Эпидемиология стоматологических заболеваний и пути их профилактики. — М.: Медицина, 1973. — 320 с.
- Рыбаков А. И., Гранин А. В. Профилактика кариеса зубов. — М.: Медицина, 1976. — 222 с.
- Рыбаков А. И. и др. Советская стоматология за 60 лет. — М., 1977. — 90 с.
- Сафонов А. Г. Состояние и перспективы развития стоматологической помощи населению СССР. — *Стоматология*, 1963, № 1, с. 3—12.
- Сафонов А. Г. Современное состояние стоматологии и пути ее развития. — В кн.: *Современные проблемы заболевания пародонта.* М., 1976, с. 17—18.

- Семашко Н. А.* Штабу зубоврачебной армии. — Одонтол. и стоматол. 1927, № 2, с. 5—6.
- Семенченко Г. И.* Одонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области в детском возрасте. — В кн.: Труды 5-го Всесоюз. съезда стоматологов. М., 1975, с. 156—158.
- Солнцев А. М.* Остеомиелит челюстей. — Киев. Здоров'я, 1970. — 210 с.
- Советская стоматология за 60 лет.* Научный обзор ВНИИМИ. — Белокурова Л. П., Иващенко Г. М., Лурье Т. М. и др. — 92 с.
- Соловьев М. М.* Современное состояние проблемы острой одонтогенной инфекции и поврежденной челюстно-лицевой области. Стоматология, 1981, № 2, с. 8—14.
- Соловьев М. М., Худояров И.* Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей и прилежащих тканей. — Ташкент: Медицина, 1979. — 164 с.
- Справочник по стоматологии /* Под ред. А. И. Рыбакова и Г. М. Иващенко. — 2-е изд. — М., Медицина, 1977. — 608 с.
- Старобинский И. М.* 40 лет высшего стоматологического образования в СССР. — Стоматология, 1958, № 1, с. 3—6.
- Старобинский И. М.* Учебник стоматологии. — 5 изд. — М.: Медицина, 1965, — 300 с.
- Тролянский Г. Н.* История развития советской ортопедической стоматологии. — М.: Медицина, 1975. — 140 с.
- Тролянский Г. Н., Маргазизов М. З.* Развитие отечественной ортодонтии. — Кемерово, 1980. — 67 с.
- Уваров В. М.* Экстраоральная мандибулярная анестезия. — В кн.: Стоматол. сборник. Л., 1927, с. 128—133.
- Усаров В. М.* Клиника остеомиелитов челюстей — В кн.: Труды 3-го Всесоюз. одонтол. съезда. Л., 1929, с. 282—286.
- Федосов Ю. А.* Профилактика заболеваний зубов полости рта. Л.: Медицина, 1979. — 143 с.
- Хитров Ф. М.* Деятельность советских врачей в области пластической хирургии лица и шеи (обзор.) — Хирургия, 1954, № 11, с. 84—88.
- Хорошилкина Ф. Я.* Перспективы развития ортодонтической помощи. — В кн.: Современные проблемы заболевания пародонта. М., 1976 с. 249—250.
- Чикин С. Я., Исаков Ю. Ф., Чекнев Б. М.* Здравоохранение и подготовка врачебных кадров в СССР. — М.: Медицина, 1980. — 269 с.
- Чистякова В. Ф.* Травмы лица и головного мозга. — Киев: Здоров'я, 1977. — 101 с.
- Энтин Д. А.* К физико-химической теории карисса. — В кн.: Труды 3-го одонтол. съезда. Л., 1929, с. 213—239.
- Энтин Д. А.* Достижения советской стоматологии в области изучения так называемой альвеолярной пиоррии. — Стоматология, 1937, № 5 с. 43—48.
- Энтин Д. А.* Организация помощи и лечения челюстно-лицевых раненых на опыте боевых операций у реки Халкин-Гол и в Финляндии в 1939 и 1940 гг. — Стоматология, 1940, № 5, с. 9—21.
- Энтин Д. А.* Эволюция методов лечения ранения и повреждения лица и челюстей во время Великой Отечественной войны. В кн.: Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. М.: Медгиз, 1951, т. 6, с. 73—88.

Содержание

Предисловие	3
Краткие исторические данные о зубоврачевании в дореволюционной России	5
Основные этапы организации стоматологической помощи населению СССР	13
Система подготовки специалистов стоматологического профиля	40
Научные проблемы стоматологии	60
Заключение	133
Список литературы	138

ГЕННАДИЙ НИКОЛАЕВИЧ ТРОЯНСКИЙ

История советской стоматологии (очерки)

Зав. редакцией *И. В. Туманова*. Редактор *Т. В. Калью*
Художественный редактор *Т. М. Смага*. Обложка художника *В. С. Сергеевой*
Технический редактор *С. П. Танцева*. Корректор *Т. И. Кудрявцева*.

ИБ 3253

Сдано в набор 27.09.82. Подписано к печати 31.01.83. Т-05324. Формат бумаги 84×108¹/₃₂. Бум. тип. № 1. Лит. гарн. Печать высокая. Усл. печ. л. 7,56
Усл. кр.-отт. 7,66. Уч.-изд. л. 8,03. Тираж 2772 экз. Заказ № 1476. Цена 1 р. 20 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Московская типография № 32 Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли, Москва, 103051, Цветной бульвар, 26.

