

ЖИЗНЬ ЗАМЕЧАТЕЛЬН ЫХ ЛЮДЕЙ

С е р и я б и о г р а ф и й

Основана в 1890 году
Ф. Павленковым
и продолжена в 1933 году
М. Горьким

И.Ю. Лебеденко,
С.В. Курляндская и
др.

КУРЛЯНДСКИЙ

Москва
Молодая гвардия
2002

УДК 616.31(092)
ББК 56.6
К 93

Авторский проект *И. Ю. ЛЕБЕДЕНКО*

Коллектив авторов
С. В. КУРЛЯНДСКАЯ, А. В. БЕЛОЛАПОТКОВА, Г. И. ТРОЯНСКИЙ, Е. С. ЛЕВИНА, В. С. ЕСЕНОВА

ПРЕДИСЛОВИЕ

В.Ю. Курляндский - человек-легенда. Выдающийся ученый, замечательный педагог, теоретик и практик отечественной стоматологии. Он заслужил признание не только в стране, а тогда это был Советский Союз, но и за рубежом.

Как ученый, он создал основополагающие научные направления, по которым стоматология живет и развивается и по сегодняшний день.

Основные научные положения В.Ю. Курляндского изложены более чем в 40 монографиях и двухстах публикациях. Среди них — широко известные учебники и атласы по ортопедической стоматологии, переведенные на английский, французский, испанский и болгарский языки.

25 лет В.Ю. Курляндский руководил кафедрой ортопедической стоматологии в ведущем институте страны -Московском медицинском стоматологическом институте. На кафедре был создан уникальный коллектив ученых, способный освоить, развить и внедрить новые научные достижения в стоматологии, многие из которых рождались здесь же, на кафедре. Под руководством Вениамина Юрьевича было защищено более 100 кандидатских и докторских диссертаций.

При кафедре была создана проблемная лаборатория, работавшая на уровне самых последних достижений в разных областях науки и техники. «В нашей лаборатории разрабатывается больше направлений, чем в целом научно -исследовательском институте», - говорил В.Ю. Курляндский. И действительно, из лаборатории вышли новые сплавы металлов, новые керамические и полимерные материалы, новаторские технологии, которые совершенствуются и сегодня.

Кафедра под руководством В.Ю. Курляндского развивалась и расширялась, становилась источником идей, платформой для создания и апробации новых методов и материалов. Здесь впервые в стоматологии заработала ультразвуковая стоматологическая установка. Здесь многое было создано впервые. Недаром коллектив во главе с профессором не раз получал золотые и серебряные медали ВДНХ. Вместе с лабораторией в 60-х годах кафедра насчитывала до 150 сотрудников.

В портфеле В. Ю. Курляндского - 42 авторских свидетельства на изобретения.

В. Ю. Курляндский вместе со своими учениками и последователями стал мощным двигателем научного и практического стоматологического прогресса в стране. Начиная с революционной первой книги «Функциональный метод лечения огнестрельных переломов челюстей», изданной в 1944 году, когда в госпиталях начали лечить раненых по Курляндскому, он последовательно искал, находил и внедрял новое в стоматологию.

Феномен В.Ю. Курляндского не только в том, что он был выдающимся ученым, фонтанирующим идеями, педагогом, исследователем, настолько плодотворно работавшим в стоматологии, что у многих современников вызывало сомнение: возможно ли, скажем, издание такого числа научных книг одним человеком? Феномен В.Ю. Курляндского заключается еще и в том, что его научные направления живут, функционируют и сегодня. Интерес к его работам и к его личности нисколько не утрачен.

В книге о В.Ю. Курляндском авторы и попытались рассказать о нем как об ученом, так и о человеке.

Возможно, этой книге следовало появиться значительно раньше, когда число сподвижников, учеников, втянутых в орбиту бурной научной стоматологической жизни, было больше, они были полны впечатлений и представлений о многосторонней жизни профессора. Книга несла бы больше разного рода информации. Но она подготовлена сегодня, почти 30 лет спустя. Книга основана на фактических материалах, письмах, воспоминаниях, в текст включена также запись фрагментов из фильма о В.Ю. Курляндском, снятом к 90-летию со дня рождения.

Авторы старались воссоздать жизненный путь и показать многогранность этого человека как ученого, учителя, коллегу и товарища, показать его в семье и в разных жизненных коллизиях, проследить его становление как ученого в борьбе с ретроградством и косностью.

В известной степени судьба В.Ю. Курляндского отражает судьбу страны. Ушедший век был веком потрясений для страны: тяжелые войны мирового масштаба, революции, социальные взрывы и перестройки, пути от первого авто, первого самолета, первой электролампочки и громкоговорителя до компьютера. Впрочем, возможно, для наступившего века компьютер - лишь первая ступень развития цивилизации.

И тем не менее штрихи и приметы времени, краски и запахи, обозначенные в книге, призваны оживить действительность, в которой жил, любил, страдал, боролся наш современник, создавая науку, закладывая основы нашей жизни.

Когда авторы вплотную познакомились с материалами для будущей книги, их поразила та

непростая жизнь, которую прошел ученый, и тот яркий, доброжелательный, веселый человек, который сохранился в воспоминаниях современников. Именно такой образ выдающегося ученого, вобравшего в себя прекрасные черты человека талантливого во всем: в науке и в общении, щедро отдающего себя людям и призванию, создателя, оставившего в истории и теории своей науки - стоматологии - неизгладимый след.

В книге высвечены некоторые секреты в судьбе профессора. Например, почему единственный с мировым именем ученый-стоматолог в условиях советского строя не стал академиком. Многие эпизоды посвящены окружению В.Ю. Курляндского, общению с друзьями и коллегами, отдыху, когда раскрывались черты его характера.

В завершающей части первой главы «Жизнь после смерти» неумолимые факты демонстрируют, насколько современно то, что было создано ученым.

Книга состоит из двух глав. Первая посвящена жизни и деятельности В.Ю. Курляндского. Вторая - в аннотированном виде представляет некоторые основные направления учения профессора В.Ю. Курляндского. Эта глава адресована стоматологам: специалистам, преподавателям вузов, аспирантам, студентам.

Профессор И.Ю. Лебеденко

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

НАЧАЛО

Начало XX века. Россия медленно, но верно движется по пути цивилизации. Как утверждают экономисты и историки, в это время в России наблюдается небывалый рост промышленности, внешняя торговля стала прибыльной (Российская империя экспортирует треть товарной продукции зерновых и становится самым крупным в мире поставщиком зерна), государственный бюджет уравновешенным. За пять лет (1908-1913) промышленное производство возросло на 54%, общее число рабочих увеличилось на 31%. Передовые заводчики и фабриканты открыли ремесленные училища на своих предприятиях для подготовки квалифицированных кадров. Все отрасли промышленности на подъеме.

Десятилетие с 1905 по 1914 было отмечено и бурным расцветом искусства, литературы, философии. Как всегда, «впереди планеты всей» был балет. Успех русского балета С. Дягилева имел всемирное признание. Русский авангард рвал устои классицизма: в области музыки И. Стравинский, в живописи К. Малевич и В. Кандинский. И только нежный и возвышенный серебряный век поэзии еще сопротивлялся общему буйству в борьбе за неведомое новое. Но уже изподволь вызревала революция и давала почву для ниспровержения всего и вся.

Однако это больше касалось таких городов, как Москва и Петербург.

В провинции, да и в губернских городах, как свидетельствует история, время вроде бы замедляло свой бег. К таким городам, очевидно, относился и Ставрополь. Когда-то, путешествуя по Кавказу, прекрасный русский живописец

В. Верещагин писал: «Ставрополь ничем не отличается от большинства наших губернских городов, и, хотя он считается главным городом Северного Кавказского округа, он не носит на себе никакого особенного характера».

5 декабря 1908 года в этом южном городе в небогатой семье портного родился будущий выдающийся ученый Вениамин Юрьевич Курляндский.

Жили Курляндские на окраине в пристройке дома, который занимал богатый родственник, врач по профессии, человек образованный и уважаемый в городе. Семья Курляндских была многочисленной. Глава семьи, Юрий Исаакович Курляндский, на каком-то этапе жизненного пути был достаточно успешным закройщиком мужского платья, имел свое ателье с двумя подмастерьями. Но беспокойное время начала века и жизненные коллизии смели неустойчивое благополучие, подорвали здоровье.

Мастерскую закрыли, и он перешел в артель. Работал с утра и до вечера, чтобы содержать семью из 7 человек, пятеро из которых были дети. Мать семейства, Раиса Ереме-евна, вела хозяйство, занималась заготовкой продуктов на зиму, солила в бочках арбузы, варила ведрами варенье и томаты, присматривали за детьми.

На содержание семьи заработка отца едва хватало, и дети росли и воспитывались в весьма скромных условиях, но несмотря на материальные трудности, старшие дети учились в школе, и мечтой отца было дать всем пятерым высшее образование.

Вениамин рос вторым ребенком по счету, был сообразительным, понятливым, но учился скверно, двойки его не волновали.

Видимо, это удел многих неординарных личностей. Так Эйнштейн утверждал: его успехи в науке оттого, что он очень плохо учился в детстве. Он, к примеру, никак не мог понять, что означают цифры. И вхождение в науку для него было цепью удивительных открытий. Свои же собственные открытия он сделал потому, что по своему «невежеству» не знал, что априори эти открытия в науке сделаны быть не могут.

Правда, известны и иные факты. Например, как утверждали биографы, другая неординарная личность - Леонид Ильич Брежнев - учился исключительно на «отлично» в школе, техникуме и институте.

Однако вернемся в Ставрополь.

Главным увлечением мальчика Вениамина был футбол. Футбол ради футбола, и футбол вместо уроков. Добрейший и наивный Юрий Исаакович никак не мог взять в толк, почему у сына всегда мгновенно рвется правый ботинок.

Детство и отрочество Курляндского пришлось на суровые годы Первой мировой войны.

В 1914 году Германия объявила войну России. Россия, как и другие воюющие страны,

рассчитывала на быстротечную кампанию. Военные запасы были сделаны на трехмесячный срок, но уже в конце 1914 года в армии не хватало патронов, снарядов, продовольствия. Военное производство разрушало внутренний рынок. За несколько месяцев в тылу образовался дефицит промышленных товаров, цены на сельскохозяйственную и промышленную продукцию выросли почти в пять раз. Уровень жизни катастрофически падал.

Революция и начало Гражданской войны еще больше ухудшили положение трудящихся. Гражданская война принесла с собой голод и разруху, унесшие миллионы жизней.

Одним из ярких детских впечатлений той поры у будущего профессора осталось следующее. Пестрый южный базар (именно базар, а не рынок, так он называл его), прилавки с товарами и дарами юга, и здесь же нищета. Вдруг из толпы вылетает беспризорник, выхватывает у торговки пышный круглый белый хлеб и бежит с ним. Тут же толпа беспризорников сбивает его с ног. Куча мала. Секунда-другая - и все расходятся. И - ничего. Ни крошки. Хлеб съеден.

Может быть, поэтому Курляндский всегда любил свежий белый хлеб. И когда путешествовал по Волге, в каждом городе сразу разыскивал булочную и покупал хлеб.

А тем временем положение семьи ухудшалось. Отец все чаще стал болеть и умер сорока трех лет отроду. На руках у матери осталось трое маленьких детей. Старшая дочь Ева уже была замужем и ушла из семьи, старший сын еще учился в школе.

Впоследствии все дети в условиях Советской страны получили высшее образование. Младший брат Михаил стал врачом, с первых и до последних дней войны прошел с танковой бригадой до Кенигсберга. Окончил войну в звании полковника медицинской службы. Средняя сестра Фира экономист по образованию, а младшая - Вера - закончила институт физкультуры и всю жизнь преподавала физкультуру в школе.

Путь к своей будущей профессии Курляндский, по существу, начал с детских лет. В 14 лет он был отдан в ученики к зубному врачу, где присматривался к работе, а также убирал кабинет, мыл инструменты, за что ему приплачивали. Это были первые заработанные деньги, которые он приносил в уже нуждающуюся семью.

В дальнейшем он серьезно осваивал профессию зубного техника, а с семнадцати лет стал самостоятельно работать в городской поликлинике Ставрополя. 6 декабря 1927 года ставропольский окружной отдел союза лечебно-санитарных работников Медсантруд обращается в ЦК союза Медсантруд в Москву с просьбой «о допущении Курляндского держать экзамен экстерном на звание «зубной техник» от поликлиники им. 10-й годовщины Октября, где он работает с 1925 г. по настоящее время».

Экзамен молодой человек поехал сдавать в Ленинград. Большой город ошеломил его. Знакомство со второй столицей было первым приобщением к высокой культуре и искусству. В Ленинграде было удивительно все. Здесь он впервые в свои двадцать лет увидел телефон и боялся им пользоваться.

Экзамены были сданы успешно. В архивах ученого есть документ, в котором говорится, что В.Ю. Курляндский «квалифицировался в Ленинградском Научно-практическом стоматологическом институте в 1928 г. по зубному делу и ему присвоено звание «Зубного Техника». Так именно и написано в сохранившейся пожелтевшей от времени справке, заглавными буквами, - видимо, тогда это была особо почитаемая специальность.

Из Ставрополя он переехал в Армавир, где проработал до 1930 года зубным техником в железнодорожной поликлинике. Однако мечта о продолжении образования становилась все отчетливее.

В те годы действовал декрет Совета Народных комиссаров, подписанный еще Лениным, о правилах приема в высшие учебные заведения, где говорилось о создании рабочих факультетов для увеличения пролетарской прослойки среди учащихся в высших учебных заведениях.

Этот декрет давал молодому Курляндскому шанс поступить в вуз.

В 1930 году, в возрасте 22 лет, Вениамин Юрьевич поступает в Кубанский медицинский институт. Следующей ступенькой к осуществлению мечты должен стать медицинский факультет Московского университета.

СТУДЕНЧЕСКИЕ ГОДЫ

В 1930 году выходит постановление ЦИК и СНК СССР «О реорганизации высших учебных заведений, техникумов и рабочих факультетов». В соответствии с этим постановлением 19 июля 1930 года медицинский факультет 1-го Московского государственного университета был реорганизован в самостоятельный 1-й Московский медицинский институт в составе двух факультетов: лечебно-профилактического и санитарно-гигиенического. И как рудиментарное свидетельство того, что в число университетских факультетов входил и медицинский, в зданиях университета на Моховой сохранился анатомический зал, в котором и по сей день занимаются студенты Московской Медицинской академии.

Закончив первый курс Кубанского медицинского института, В.Ю. Курляндский перевелся в Москву, но только не на медицинский факультет университета, которого уже не существовало, а на лечебно-профилактический факультет 1-го Московского медицинского института.

Приехав в Москву, он поселился в семье старшей сестры Евы, в большой густонаселенной коммунальной квартире на Каланчевке. Ева к тому времени стала москвичкой. Вот как это произошло: молоденькая Ева в Ставрополе познакомилась с Николаем Неклюдовым. Николай - москвич, приезжал навестить своих родственников. Прадед Николая, князь Неклюдов, был прообразом Неклюдова в романе Льва Толстого «Воскресение». Только в жизни у князя Неклюдова было иначе. Однажды, приехав в свое имение, он увидел в хороводе крепостных девушек красавицу с белокурой косой до земли. Влюбился и женился на ней, за что и был изгнан семьей из Москвы. Так ветвь князей Неклюдовых обосновалась в Ставрополе.

Влюбленным Еве и Николаю мешали родственники с обеих сторон.

Когда Николай уехал на обязательную военную службу, письма к Еве перехватывались, и ее убедили, что она забыта. Отец к тому времени уже тяжело болел, и надо было срочно пристроить старшую дочь. Еву выдали замуж за местного богача, а спустя год-два в Ставрополе появился Николай. Они встретились, и все разъяснилось. Николай опять уехал в Москву, а Ева, не долго думая, сбежала вслед за ним.

К моменту, когда Вениамин приехал учиться в Москву, у Евы уже рос маленький сын, и она была счастлива.

Вениамин Юрьевич поселился в комнате, где жила сестра с мужем, ребенком и няней. Муж Евы был журналистом, а она к тому времени начала работать в журнале «Интернационал молодежи».

Начался новый, московский, период в жизни провинциального молодого человека. Это было время интересной, напряженной учебы и адаптации к новым условиям, людям, к Москве.

Вениамину Юрьевичу посчастливилось слушать лекции выдающихся ученых-профессоров: хирурга А.В. Мартынова, которого называли «совестью московской хирургии», онколога П.А. Герцена, нейрохирурга Н.Н. Бурденко, первого наркома здравоохранения Н.А. Семашко, блестящих клиницистов-терапевтов Д.Д. Плетнева (погибше-то во времена сталинских репрессий) и М.П. Кончаловского, анатома А.И. Абрикосова, патолога И.В. Давыдовского, профессора М.Н. Шатерникова (ученика И.М. Сеченова), многих других выдающихся ученых, которые были олицетворением высоких профессиональных традиций русской медицины. Клинической базой лечебно-профилактического факультета 1-го Московского медицинского института были известные клиники на Девичьем Поле.

В институте Курляндский учился одновременно с Борисом Николаевичем Быниным. Отношения сложились дружеские, хотя Бынин был намного старше, ему исполнилось 40 лет. В 1939 году Б.Н. Бынин защитил докторскую диссертацию, станет профессором, заведующим кафедрой ортопедической стоматологии ММСИ (с 1943 по 1951 г.).

Курс, на котором учились Вениамин Курляндский и Б.Н. Бынин дал стране десятки профессионалов высокого уровня - врачей, ученых, которые строили советское здравоохранение, потом работали в полевых госпиталях и санитарных эшелонах. Большинство из них погибли на фронтах Великой Отечественной войны...

В 1927 году Наркомздрав вынес циркулярное распоряжение, в котором говорилось: «НКЗ считает возможным допустить квалифицированного техника к вспомогательным манипуляциям во рту, связанным со снятием слепка, определением системы 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 года ЦК Союза Медсантруд, Наркомздрав, Московский областной отдел труда и Московский отдел здравоохранения вынесли решение об открытии четырехмесячных курсов, а с 15 ноября того же года начали функционировать девятимесячные курсы по переквалификации зубных техников в зубных протезистов при первом Московском государственном институте. Научным руководителем курсов был профессор И.Г. Лукомский. Студент Курляндский, уже имевший специальность и опыт работы зубным техником, получил возможность стать врачом. Чем он с успехом воспользовался. Он начал работать врачом-протезистом в лечебнице Красного Креста, а в 1934—1935 гг. - врачом-протезистом в ГНИИСО.

Одновременно с учебой и работой он постоянно бывал на кафедре хирургии челюстей и полости рта. Его настойчивость, целеустремленность, интерес к стоматологии были отмечены профессором И.Г. Лукомским.

В характеристике, данной студенту 5-го курса лечебно-профилактического факультета В.Ю. Курляндскому, профессор И.Г. Лукомский писал: «В.Ю. Курляндского знаю как серьезно интересующегося стоматологией, благодаря зубоврачебному образованию, знакомого с основами специальности, в частности хорошо владеющего зубопротезированием. В 1934—1935 гг. Курляндский систематически посещал челюстную клинику, принимал участие в операциях стационарных больных. Тов. Курляндский написал статью «Этиология и патогенез нарушений артикуляционного равновесия» и прочел в протезной секции Московского общества доклад на эту тему. Эта работа характеризует автора, как человека несомненно способного и обещающего превратиться в серьезного научного работника. Личные наблюдения за работой тов. Курляндского в качестве протезиста ГИСО и беседы с ним по вопросам протезирования

убеждают меня в высказанной выше мысли и дают основание горячо рекомендовать для дальнейшей специализации по стоматологии и оставлении при кафедре с целью подготовки к научной деятельности».

Этот год можно считать началом научной карьеры В.Ю. Курляндского в стоматологии, а характеристику, данную И.Г. Лукомским - путевкой в большую науку. Позднее И.Г. Лукомский будет научным руководителем его докторской диссертации. В.Ю. Курляндский всегда с благодарностью говорил о И.Г. Лукомском, как о своем учителе. Студенческие годы шли своим чередом. В 1934 году Курляндский женился на сокурснице, девушке из Рязани Нине Бабкиной, платиновой блондинке с идеально правильными чертами лица и зелеными глазами. Она была очень хороша. На нее приходили посмотреть студенты с других курсов. Один из профессоров называл ее Гретхен, а однажды, когда она постриглась по тогдашней моде, он воскликнул с кафедры: «Не могу читать лекцию! Гретхен, что Вы сделали со своими дивными волосами!» Все это очень смущало Нину, а Вениамина поторопило жениться.

Они были бедными студентами. Жить было негде. Вениамин обитал у старшей сестры, а Нина - у своей тети.

Когда они расписались в загсе, этот торжественный день был отмечен так: новобрачные прошли по Охотному ряду (тогда вместо гостиницы «Москва» стояли тесно в ряд модные магазины и магазинчики, лавки и лавочки, с лотков торговали папиросами и пирожками, сновала пестрая, нарядная толпа), купили пирожки, посидели на скамеечке в Александровском саду и разошлись по домам. Вениамин - к сестре, а Нина - к тете.

Вениамин Юрьевич потом любил в шутку говорить дочери:

- Я женился на твоей маме, потому что она была богатой: у нее был чемодан. Но она меня обманула. Оказалось, что это не ее чемодан, ей его одолжила на время сестра.

В ответ на эту шутку глаза у жены всегда лукаво блестели.

Похоже, что наличие чемодана в собственности, конечно, не сыграло роли в женитьбе, но производило впечатление. Иначе почему бы, спустя десятилетия: он вспоминал об этом?

А впрочем, это была дежурная семейная шутка.

Тридцатые годы - трудные годы. На покупку парусиновых туфель или ситца на платье студентам выдавались талоны. Стипендии хватало только на борщ и винегрет в студенческой столовой. Но все-таки в день стипендии девушки-студентки бежали в Столешников переулок в знаменитую кондитерскую, где можно было, стоя у столика, полакомиться вкуснейшим пирожным.

Эта кондитерская с лучшими пирожными в Москве, которые готовились по старым рецептам в собственном еще дореволюционном цеху, просуществовала десятки лет и пользовалась неизменной любовью москвичей.

Москва формировала молодых людей: образ мысли, поведение, интеллект.

Нина и Вениамин приехали учиться в столицу из небольших провинциальных городов. Москва распахнула перед ними двери музеев, театров (студенческая галерка), дала возможность общения с профессорами, учеными, открыла дорогу в специальность и науку.

В студенческие годы, до самой женитьбы, Курляндский как уже упоминалось, жил у старшей сестры - Евы.

Примечательно, как выглядела эта комната в коммунальной квартире: концертный рояль у стены, письменный стол у окна, кровать сына, буфет, в углу, под потолком - скворечник, в котором жила на «свободном выгуле» белка (из скворечника периодически доставали чайные ложки, Евины бусы и другие мелкие предметы), под скворечником стояла хохломской работы тумба невероятной красоты с лампой под абажуром, тахта, покрытая ковром, спускающимся со стены, и шифоньер с зеркальной дверью.

Когда сын Евы, Гарик, был маленьким, ему подарили игрушечный молоточек. Гарик ходил по комнате и всюду - «тюк, тюк» - забивал воображаемые гвозди. Подошел к шифоньеру, сказал «тюк» и стукнул по зеркалу. Зеркало на уровне роста ребенка перечеркнула трещина. Потом знакомый художник нарисовал по этой трещине яблоневую ветку с розовыми цветами. Она и цвела на зеркале пару десятков лет.

Есть поверье, что разбитое зеркало приносит несчастье. Так оно и случилось. Началась война. В первую же осень погиб хозяин комнаты - военный корреспондент Николай Неклюдов: бомба попала в редакционную «эмку». Теперь его имя высечено на мраморной стене в Центральном Доме журналистов. Но это было потом.

А пока, в середине 30-х годов, здесь собиралась молодежь (мало еще у кого были собственные комнаты). Стол был неприхотливым, иногда только винегрет и селедка. Еще Ева пекла пирожки с картошкой. Но зато танцы — до утра. В моду как раз вошел фокстрот. Все они были очень молоды тогда: хозяйева - Ева и Николай, молодожены Веня и Нина, веселая команда из газеты «Гудок» - Илья Ильф и Евгений Петров, Валентин Катаев, который, кстати, и устроил Николая Неклюдова репортером в «Гудок», Михаил Булгаков, Юрий Олеша; приходил сосед с другого этажа с женой, - Семен Николаевич Пospelов - будущий профессор, генерал, Главный терапевт Красной Армии; художник Николай Соколов (один из Кукрыниксов), который был

неизменным поклонником Евы до конца своих дней. Умер Соколов после своей девяностолетней годовщины. А Еве сейчас, когда пишутся эти строки, сто лет, и в гостиной у нее в тяжелых золоченых, тоже столетних, рамах висят его этюды и картины, а на полках стоят с автографами книги Кукрыниксов, последние из которых были изданы в конце 90-х прошлого столетия.

Летом Курляндский повез молодую жену, которая кроме Рязани и Москвы еще ничего не видела, к морю, в абхазский городок Гудауты.

Они сняли комнату в побеленном, утопающем в буйной цветущей, плодоносящей кавказской зелени домике. В саду росли грушевые деревья, усыпанные перезревшими плодами, которые звонко шлепались на землю. На крыльцо выходила хозяйка и басовито звала: «Вассо! Вассо!» Из-за дома на зов выбегал веселый поросенок и с громким хлюпом подбирал разбившиеся в лепешки груши.

Море завораживало. Солнце покрывало тела шоколадным загаром. Окончательно выгоревшая светлоглазая блондинка была неотразима. Эмоциональные новые местные друзья звали в горы, на шашлыки. «Не надо ездить в горы, - предупредила хозяйка, - украдут они твою красавицу!» В семейном архиве хранится глянцевая черно-белая фотография-открытка. На ней изображен цветок магнолии. На обратной стороне рукой Курляндского написано «Нинуська, помнишь, как начальник городской милиции в Гудаутах на центральной улице залез на магнолию, чтобы нарвать тебе букет».

Летели дни, насыщенные кавказской экзотикой.

А вечерами из всех ресторанчиков разливалась мелодия сезона: «Утомленное солнце нежно с морем прощалось...»

Жизнь была прекрасна. Родилась дочь. Сдали госэкзамены. Получили специальность. Начинался серьезный, сложный путь — бег с препятствиями по вертикали в науку, в жизнь.

МОСКВА—ХАРЬКОВ—МОСКВА—ПЕРМЬ—МОСКВА

Двое выпускников 1-го медицинского института с ребенком на руках без кола и двора. С новорожденной из роддома они приехали к тетушке Нины - Марии Ильиничне, по мужу Зенкевич. Мария Ильинична была вдовой, жила в двухкомнатной маленькой квартирке. Надо сказать, что это был примечательный дом в Грохольском переулке, построенный в начале XX века для семей рабочих-железнодорожников. Комнаты в этом доме имели форму вагонов - длинные, узкие, с выгнутыми потолками, как крыши у вагонов. Вообще-то квартир в доме было немного - по одной на каждом этаже, а в остальном в длинном коридоре гостиничного типа двери - друг против друга. Каждая длинная, похожая на вагон комната - для одной семьи. В конце коридора - общая кухня и общий туалет - на весь этаж.

Муж Марии Ильиничны умер в сорок два года. Он был машинистом. Водил и пропагандистский поезд Троцкого. После его кончины вдова осталась с четырьмя детьми. Правда, старшая дочь вышла замуж и жила отдельно, но старший сын с женой, дочь и младший сын жили в отчем доме. Вот в эту немаленькую семью студенты Нина и Веня Курляндские принесли новорожденную дочь. Для них гостеприимно положили на пол перину. Для новорожденной на два сдвинутых стула положили подушку - получилась импровизированная детская кроватка. Потом кто-то из домочадцев откуда-то принес большую вывеску, на которой было написано «Светлана», и прибил над стульями на стене.

Маленькую девочку Марья Ильинична привозила в Александровский сад, и Нина прибегала туда кормить дочь. Несмотря на то что медицинский институт и отделился от университета, часть корпусов и аудиторий, анатомичка оставались в старых стенах на Моховой. Александровский сад, как известно, находится напротив, через Манежную площадь, у стен Кремля. Так что бегать было недалеко.

Тогда же решалась их профессиональная судьба. В личных архивах В.Ю. Курляндского есть свидетельство от 16 марта 1940 года, в котором говорится, что В.Ю. Курляндский в 1932 году перевелся в 1-й Московский государственный медицинский институт, прослушал на лечебно-профилактическом факультете полный курс медицинских наук и окончил его в 1935 году, ему была присвоена квалификация врача с правом самостоятельной деятельности.

Заведующий стоматологической кафедрой хирургии челюстей и полости рта профессор И.Г. Лукомский дал замечательную характеристику студенту Курляндскому с рекомендацией оставить его для научной деятельности в институте, а выпускнице Нине Курляндской было предложено специализироваться на кафедре оториноларингологии.

Но жизнь решила иначе. В.Ю. Курляндский был мобилизован в органы НКВД и направлен военврачом в Харьков, где прослужил два года младшим врачом, получив звание военврача третьего ранга.

В Харькове семья жила на территории воинской части. Жена училась варить украинский борщ у соседки хохлушки-хохотушки. А отец семейства уже серьезно задумывался о научной работе, настолько серьезно, что однажды, углубившись в собственные мысли, во время прогулки потерял ребенка. Он вез дочку в высоких плетеных санках, гуляя с пей по парку, как вдруг обнаружил, что

в санках никого нет. Он бросился обратно и нашел в сугробе мирно спящего укутанного ребенка. Оказалось, она вывалилась из санок на повороте.

Вениамин любил шутку. К новогодним праздникам в Харькове не удалось достать елку, и он притащил сосну. Когда Нина вернулась с работы, она застала такую картину: у сосны, украшенной по-новогоднему, стояли не шевелясь, подняв одну руку вверх, муж и дочь. У каждого к пальцу была привязана ниточка, которая другим концом цеплялась за ветку. Муж объяснил недоумевающей жене:

- Неужели не ясно: мы со Светланкой висим на елке!

Нина начала работать терапевтом на Харьковском

тракторном заводе. Ребята-работчие на медосмотре стеснялись юной врачихи, отказывались при ней раздеваться. Однако Нине не пришлось долго мучиться с этими сложностями. После того как главный инженер завода пару раз подвез ее на служебном автомобиле домой, Вениамин проявил себя истинным домостроевцем, заявив:

- Хватит работать, будешь воспитывать ребенка.

С тех пор Нина Федоровна никогда не работала и посвятила свою жизнь семье и мужу. Это была не простая жизнь. Счастье. Война. Неизвестность. Снова вместе на долгие сорок три года. И всю жизнь Нина Курляндская поддерживала мужа. Как он любил говорить, главное в жизни — прочный тыл. А это в его жизни значило: уют, тепло домашнего очага, где можно сбросить все тяготы проблем, можно расслабиться. Дом всегда был «открытым», полным друзей, коллег, учеников. И всем этим дирижировала жена, приветливая, всегда готовая накрыть стол, неважно для кого - для «высокого» гостя, друзей или аспиранта, у которого не получалась глава и который вот уже битый час ужинал, пил чай и ждал, когда Вениамин Юрьевич придет с работы и поможет.

В семье бывали и ссоры. Но какие-то односторонние. Ссорилась, и довольно эмоционально, Нина Федоровна, высказывая недовольство чем-нибудь, а Вениамин Юрьевич отмалчивался. За всю совместную жизнь он не сказал ей ни одного грубого слова, и вообще не сделал ни одного замечания. Но не было случая, чтобы во время застолья он не сказал: «А теперь выпьем за мою Нину Федоровну!»

Военный врач В.Ю. Курляндский одновременно занимался стоматологией, устроившись работать сверхштатным ассистентом кафедры ортопедической стоматологии Харьковского стоматологического института, где в это время был деканом, а позднее проректором по учебной и научной работе известный ученый, профессор Е.М. Гофунг, автор 11 учебников, монографий и руководств.

На кафедре была благоприятная обстановка. Приняли В.Ю. Курляндского доброжелательно, создали все условия для научной работы, и он активно включился в нее. В 1936 году в журнале «Советская стоматология» появляется его статья «Функциональное крепление протеза», а в 1937 году в том же журнале — еще одна статья «Антропометрические данные и высота прикуса у человека с нормальным (ортогнатическим) прикусом». Судя по тематике этих статей, определялось направление, по которому шел в научном поиске молодой научный работник. Сдав кандидатские экзамены, Вениамин Юрьевич в 1937 году в Харьковском медицинском стоматологическом институте защитил кандидатскую диссертацию на тему: «К учению о съемных частичных протезах и их фиксации».

Наступил 1937 год. Оценивая ситуацию в стране, понимая роль НКВД в нагнетании обстановки, В.Ю. Курляндский, по личной просьбе, был демобилизован из войск НКВД. В сохранившемся «Послужном списке» записано: «Окончил 1-й Московский мед. институт в 1935 г. и завербован на службу в НКВД. За учебу в университете обязан прослужить в НКВД 5 лет с 1.7.1935 г. ... Прибыл в 164 полк ВО НКВД и зачислен в списки полка на должность мл. врача полка 25 августа 1935 г.» и ниже: «Уволен в запас ... 25 февраля 1937 года».

Курляндский переехал с семьей в Москву и стал работать старшим научным сотрудником ГИСО и ассистентом кафедры ортопедической стоматологии МСИ.

Обстановка в стране все более осложнялась: доносы, аресты, расстрелы. Это время всеобщей подозрительности приводило и к казусам.

Однажды по каким-то своим профессиональным делам Б.Н. Бынин и В.Ю. Курляндский приехали в Рязань. Остановились у Татьяны Ильиничны Бабкиной, матери жены. Дом стоял на одной из окраинных улиц города - Цветном бульваре. Это была улица одноэтажных деревянных домов, окруженных садами и палисадниками. Жили в них семьи железнодорожников.

И вот два столичных щеголя в отглаженных костюмах, с галстуками под накрахмаленными воротничками и в фетровых шляпах, появились на Цветном бульваре. Деловые и энергичные, они то куда-то уходили, то возвращались. И явно находились в диссонансе с зеленой патриархальной улочкой и ее обитателями. Естественно, от дома к дому доносилось:

— У Татьяны Ильиничны поселились немецкие шпионы!

В дом, сильно напугав кошку Маргариту, которая сидела на перилах крыльца и собиралась позвонить в звонок (она это умела), чтобы ее пустили домой, вошли с твердыми намерениями особы.

Предъявленные Быниным и Курляндским документы особистов удовлетворили, и ситуация разъяснилась.

Новоявленным москвичам - молодым супругам Вениамину и Нине - крупно повезло. В

кооперативном доме на 2-й Извозной улице случайный знакомый, летчик, уезжая в длительную командировку, разрешил пожить в своей комнате. Через некоторое время он вернулся в Москву, но комнату им оставил. Оставил просто так. Понравилась майору Мухину Н.Н. эти молодые неустроенные врачи. Сохранилась доверенность для предоставления в домоуправление, в которой Мухин писал: «...доверяю получить паевой взнос тов. Курляндскому, который я вносил по частям и в домоуправление». Видимо, дом сначала был кооперативным.

Квартира, в которой поселилась семья Курляндских, была коммунальная, еще в двух комнатах жили четыре семьи. Комната постепенно обзаводилась мебелью. Появился шифоньер, пианино, два книжных шкафа, письменный стол, туалетный столик с трельяжем, буфет, диван для взрослых и детская кроватка. Посередине, под желто-розовым абажуром, круглый обеденный стол. А в комнате было всего пятнадцать метров.

Во время войны посреди комнаты стояла железная печка с трубой в форточку. На ней готовили, ею обогревались: дом не отапливался.

Жизнь на 2-й Извозной была всегда интересной, наполненной. Здесь любили в мирное время на воскресные обеды собираться друзья. Иногда набивалось изрядное число сокурсников. А уж новый год, как правило, встречали у Курляндских, приезжали даже те, у кого были свои квартиры. Отодвигали стол, танцы, смех, в углу сверкает елка.

В 1939 году появляется возможность с практической стоматологии переключиться на научную и педагогическую. Молодого ученого приглашают на заведование кафедрой в Пермь, в стоматологический институт.

11 приказом от 16 октября того же года по представлению) правления медицинскими учебными заведениями Наркомздрава СССР Всесоюзный комитет по делам высшей школы СНХ СССР решает «утвердить тов. Курляндского и должности и. о. заведующего кафедрой ортопедической • гематологии Пермского стоматологического института».

1 Приказом от 20 октября 1939 года Всесоюзный комитет по телам высшей школы «подтверждает, что утверждение Вас и. о. заведующего кафедрой ортопедической стоматологии Пермского стоматологического института рассчитано на два года».

В.Ю. Курляндский уезжает в Пермь. Он с головой уходит в работу. Ему предстоит организовать новую кафедру: наладить учебный процесс, разработать учебно-методические материалы и лекционный курс, подготовить сотрудников. В.Ю. Курляндский продолжает научную работу и просит «Всесоюзный комитет по делам высшей школы при СНХ СССР прикрепить его к профессору И.Г. Лукомскому в I ММИ для работы над докторской диссертацией».

2 октября 1939 года Комитет по делам высшей школы обращается в Наркомат здравоохранения РСФСР с аналогичной просьбой. Просьба В.Ю. Курляндского была удовлетворена.

В Пермском стоматологическом институте В.Ю. Курляндский практически создает новую кафедру и клинику ортопедической стоматологии, внедряет в практику новые современные методы ортопедического лечения, за короткое время налаживает литейное производство из нержавеющей стали и изготовление зубных протезов новейшей модификации из золота, разрабатывает технологию изготовления протезов из пластмассы. 2 марта 1940 года Квалификационная комиссия Пермского стоматологического института постановила: «Ходатайствовать перед ВАК о присвоении звания доцента к. м. и. Курляндскому и допустить к исполнению заведования кафедрой ортопедической стоматологии».

Заведующему кафедрой тридцать один год. Он активно участвует в жизни института, выступает на научных конференциях с докладами, выезжает с бригадами врачей для оказания медицинской помощи шахтерам Урала, организует научный студенческий кружок. Он пользуется авторитетом у студентов, заражая их своей энергией, общается к науке. Его лекции отличаются высоким профессионализмом, глубиной и информативностью. 18 апреля 1941 года газета «Звезда» № 91 (г. Молотов, ранее Пермь) помещает статью о научной студенческой конференции, которая прошла в Молотовском медицинском институте, автор статьи отмечает, что «центральными были доклады научно-технических кружков при кафедрах терапевтической стоматологии (заведующий И. А. Мейсахович) и протезной стоматологии (заведующий В.Ю. Курляндский). Доклады студентов, подготовленные под руководством В.Ю. Курляндского, были посвящены применению пластмассы в зубопротезировании, разработке технологического процесса изготовления протезов из пластмассы и внедрению их в клинику стоматологического института при личном участии Курляндского».

В Перми Вениамин Юрьевич пишет статьи «Об основных установках в ортодонтии», «Дозирующий функциональный метод лечения сформировавшихся аномалий прикуса», в которых прослеживается основная направленность его исследований в этот период: изучение этиологического фактора и изыскание наилучших методов устранения аномалий зубочелюстной системы для исключения рецидива. Он, молодой ученый, вступает в полемику с профессором А.Я. Катцем, указывая на механистичность его высказываний, отрицающих роль физиологического равновесия, а свои выводы подтверждает личными наблюдениями. Вениамин Юрьевич утверждает, «что форма и функции на основе физиологического равновесия есть единство процесса с известной подвижностью в ту или иную сторону».

В 1940 году В.Ю. Курляндский был утвержден в звании доцента.

Семья Вениамина Юрьевича все это время находилась в Москве. Он периодически ездил в Москву повидаться с женой и дочкой, а также для консультаций с научным руководителем по докторской диссертации. Заканчивался второй год его пребывания в Перми по приказу Наркомздрава РСФСР о двухлетнем назначении на должность заведующего кафедрой ортопедической стоматологии. Весной 1941 года Вениамин Юрьевич подает заявление об освобождении его от занимаемой должности. 7 мая 1941 года из Наркомата здравоохранения РСФСР и Управления высшими медицинскими учебными заведениями пришел ответ: «Управление Высшими медицинскими учебными заведениями Наркомата здравоохранения РСФСР считает возможным освободить Вас от работы в Молотовском медицинском институте в случае Вашего согласия занять кафедру ортопедической стоматологии Иркутского стоматологического института».

Это был май 1941 года, а через месяц началась война с 1 Германией.

Так закончился предвоенный период жизни и деятельности В.Ю. Курляндского. Это было десятилетие, определившее становление ученого, когда проявились главные черты его характера: настойчивость в достижении цели, трудолюбие, талант исследователя, раскрылись его организаторские способности, преданность избранному делу.

ВОЙНА

13 июня 1941 года было опубликовано знаменитое официальное заявление ТАСС, в котором опровергались «слухи о близости войны между СССР и Германией», а на рассвете 22 июня Германия вероломно вторглась на территорию Советского Союза. Началась Великая Отечественная война, унесшая 28 миллионов жизней.

В июне 1941 года Курляндского призывают в армию и назначают начальником ортопедического отделения челюстно-лицевого госпиталя.

Нина Федоровна с маленькой Светланой поехала к маме в Рязань.

Из письма жене в Рязань (осень 41 года). «Получил сегодня твое письмо и телеграмму. Вам периодически пишу. Я жив, здоров. Дома бываю очень редко. Пиши мне по адресу «Москва, п/о 153 ящик № 3571 военврачу Курляндскому» ... Жизнь у нас мало спокойная. Спать давно отучился. 4 часа в сутки - это счастье. Чаще 3 часа. Или совсем нет...» Между строк читается: эшелоны с ранеными идут один за другим. Из воспоминаний дочери:

«Начало войны я помню очень хорошо, мама услышала по радио сообщение и зарыдала. Испуганная соседка бросилась к кухонному окну, срочно позвать внука, который гулял во дворе, чтобы уберечь его от ненастья. Соседку звали тетя Стиша. Она высунулась в кухонное окно, крикнула, и в этот момент у нее выпал и полетел вниз зубной протез. Шепелявя и жестикулируя, она пыталась с высоты четвертого этажа объяснить пятилетнему мальчику, что надо найти и принести протез. Потом каждый раз, когда она звала внука домой, он сначала усиленно искал бабушкин протез и только потом поднимался в квартиру. Так в жизни всегда: трагическое и смешное рядом.

Летом 1941 года папа отправил нас с мамой к бабушке в Рязань, чтобы подождать там, пока кончится война, и осенью вернуться домой в Москву.

Война не кончалась. Наступила осень. Выпал первый снег. Приехал незнакомый, в военной форме, папа, привез зимние вещи, не успел стать родным и быстро уехал обратно в Москву. Семьи железнодорожников (а по маминой линии все железнодорожники - и отец, и братья, и муж сестры) из Рязани стали эвакуировать в Среднюю Азию, в город Актюбинск. Нас с мамой взяли тоже. Ехали мы в теплушке, так назывались товарные вагоны, в которых перевозили людей. Наш вагон прицепили в конце поезда. За нами была только платформа с зенитной установкой, палаткой и двумя зенитчиками - охрана состава.

Внутри теплушка выглядела не так «шикарно» как на сцене театра «Современник» в пьесе «Вагон»: по одной стороне — спальные места, а в углу за ширмой отхожее место. В нашем вагоне по обе стороны были двухъярусные нары, в центре - круглая печурка с трубой в потолок, на которой готовили пищу, и - никакого ватерклозета. По нужде все выскакивали наружу, когда поезд останавливался. Поезд мог остановиться и стоять часами, а потом внезапно, так же как и остановился, без всякого предупреждения двинуться дальше. А кругом была степь и - ни кустика...

В вагоне люди спали на нарах не вдоль, а поперек, чтобы все уместилось. У меня было замечательное место, на «втором этаже» у окна. Окошко было маленькое, но зато все видно.

Видно, как проплывают пейзажи: степь, степь и опять степь. Потом появились белые конусообразные холмы. Снег? Нет. Соль. Когда мы спали, у окна лежала я, потом мама, мой двоюродный брат, мамина сестра, потом еще одна семья.

Нас выгрузили в Актюбинске. От нервного перенапряжения я заболела. Меня положили на вещи между желез подорожными путями. Станция была далеко. Слева от меня -I высились белоснежные горы соли, справа - эшелон с индагами. У меня была высокая температура. Хотелось пить. В полузабытьи вижу, как мама на каблучках с фарфоровой чашкой бежит к вагону. Солдаты — в открытом проеме товарного вагона. Мама что-то говорит им и спешит обратно с водой. Поезд трогается. Слышу ей вслед:

- Докторочек, поедem с нами. Мы - на фронт!

- Не могу, - кричит им мама, - у меня дочка больна.

Когда я поправилась и стала выходить за порог, меня поразило синее-синее, как на картинах Верещагина, небо и высокие сугробы, выше меня, и ослепительно сверкающие.

Внезапно приехал папа и увез нас в Свердловск. Теперь мы ехали в вагоне международного класса, сказочно красивом. Мы с папой гуляли по ковровой дорожке вдоль вагона, а в последнем купе кто-то тоненько кричал. Мне казалось, что в таком роскошном вагоне в своем купе едет бонна с маленьким мальчиком в матроске, он ее не слушается, и она его шлепает. Потом в коридоре кто-то взволнованно начал спрашивать: «Здесь нет врача? Нет врача?» Оказывать медицинскую помощь пошла мама. Скоро крик прекратился, и заплакал маленький ребенок. Поезд остановился на каком-то полустанке. В вагон вошли две укутанные яркорумяные женщины в ватниках и пуховых платках. Они вынесли на носилках бледную женщину с маленьким свертком, укрытых тоненьким байковым одеялом. Тогда мама сняла с женщин пуховые платки и укутана одним - ребенка, другим - женщину. И они скрылись в морозной тьме...

Новый год мы встречали в Свердловске, в госпитале. 13 большом зале за столами сидели раненые в бинтах и пижамах, а на сцене дурачились клоуны. Нам подали невероятно вкусный суп из рыбных консервов, а потом в зал внесли многоярусный торт с розами из крема, он был как из сказки, но торт был только для раненых, наверное очень вкусный.

Папу я почти не видела, он все время был в госпитале. Вскоре госпиталь свернули, и в конце января 1942 года мы уже были в Москве.

Военная Москва запомнилась прежде всего огромными противотанковыми ежами, которые в несколько рядов перегораживали Можайское шоссе. Оставался между ними только узкий проход для военных машин, танков и солдатских колонн.

Большой театр весь в зеленых маскировочных пятнах. Вереницы девушек в ватниках и шапках-ушанках несут за веревки огромные воздушные колбасы тоже в маскировочных пятнах.

На рынке щупленькие старушки несмело соскабливают с прилавков замерзшие следы молока себе в жестяные кружечки под строгим взглядом редких молочниц с алюминиевым бидонами.

И еще. Воющий звук серены, и голос по радио: «Граждане, воздушная тревога!» Ночное черное небо, по которому мечутся, догоняют друг друга и перекрещиваются лучи прожекторов, высвечивая застывшие неподвижно воздушные пятна и серебристые преграды для вражеских самолетов, как звезды мерцают разноцветные вспышки трассирующих пуль...»

Один печальный эпизод времен войны.

После возвращения из эвакуации поселились в прежней комнате. Дом пострадал от упавшей неподалеку бомбы, не отапливался, электричества не было. Железная печурка в комнате и коптилка по вечерам – вот и весь комфорт. Курляндскому разрешили временно поселиться соседнем доме, который меньше пострадал от взрыва, что было очень важно в ту суровую зиму. Домоуправ повел их выбирать квартиру из брошенных эвакуированными жильцами. Когда открыли первую – тяжелый запах ударил в ноздри, и из квартиры, покачиваясь, на заплетающихся лапах, вышел тощий, как скелет, дог. Он вздохнул свежий воздух и упал замертво. Его – как Фирса в «Вишневом саду» Чехова – забыли в угаре срочного отъезда хозяева. Эта картина произвела очень сильное впечатление на Курляндского. Перед ним разверзлась бездна человеческого несчастья, горе людей, в отчаянье бросивших домашний очаг, все дорогое, чтобы уйти в никуда.

Курляндский сказал: «На чужом несчастье счастья не построишь!» И отказался смотреть другие квартиры.

Итак, война сломала все жизненные планы. Доцент Курляндский мобилизован в Красную Армию и становится начальником отделения челюстно-лицевого госпиталя. Он кочует с госпиталем по стране, но уже в начале 1942 года госпиталь базируется в Москве.

Когда с фронта приходил эшелон с ранеными, он сутками не выходил из операционной,

если не считать перерывов, когда прооперированного раненого увозили, а следующего готовили у операции. Тогда он шел в соседнюю комнату, где стоял медицинский топчан, ложился и спал короткое время. Сотрудники поражались этой его способностью то ли концентрироваться на главном, то ли отключаться от второстепенного, его самообладанию. Во время бомбежки, а тогда немцы бомбили Москву каждую ночь – он мог оперировать под гром канонады, когда выключали свет – при освещении керосиновых ламп. Подняв воротник шинели, засунув руки в карманы, он, не прижимаясь к стенам, а прямо через площадь проходил от одного госпитального здания к другому, под грозным небом, расчерченным лучами прожекторов, расцветченными трассирующими пулями. И никогда не спускался в бомбоубежище.

— Нина Федоровна, - говорила Татьяна Николаевна Соколова, верный ассистент Курляндского в госпитале, - ну хоть вы убедите его быть осторожным. А то бомбежка, все – в бомбоубежище, а он – как будто ничего не происходит. Спокоен, невозмутим, занимается своими делами.

Если в госпитале наступала передышка и можно было ночевать дома, военврач Курляндский, накинув шинель, садился за кухонный столик в коммунальной квартире, чтобы не будить жену и дочь (комната была одна и небольшая), и всю ночь работал над статьями, брошюрами, диссертацией. Электричества не было, писал он при коптилке. Дом не отапливался, грела только шинель. И когда под утро заканчивалась вторая коробка «Казбека», он гасил коптилку и ложился спать, чтобы через пару часов подняться и – в госпиталь.

Летом челюстно-лицевой эвакогоспиталь №1362, где начальником был майор медицинской службы Б.Н. Эпштейн, разместился в здании детского туберкулезного санатория под Москвой, на «шестой версте». Так называлась и остановка электрички.

Госпиталь теперь был расположен в живописном Подмосковье. По аллеям гуляют раненные в серых фланелевых пижамах. Покой и тишина. Над цветочными клумбами, в центре сидят гипсовые пионеры с барабанными и горнами, выются бабочки. Играют в свои детские игры дети сотрудников. Мирная картина. Если бы...

Люди в серых пижамах страшно обезображены. У кого нет половины лица, у кого отсутствует челюсть и подбородок, висит вывалившийся язык, и слюна капает в подвешенный на бинтах лоток. Кто-то идет с рукой прибинтованной к голове: это пересаживается лоскут кожи для пластической операции на лице, для восстановления носа, щек, губ, подбородка...

В самом начале войны военврач Курляндский получил повестку на фронт. Тогда начальник госпиталя стучался не в одни двери, доказывая, что без Курляндского, который может делать сложнейшие операции, госпиталь потеряет свое назначение.

Начальник отделения В.К). Курляндский как хирург работал по восстановлению изуродованных ранениями лиц. Он был счастлив и радовался вместе с молоденьким бойцом грузином, которому удалось сделать настоящий грузинский нос. Он очень боялся во время операции задеть лицевой нерв, чтобы лицо не перекосила гримаса, с которой уже ничего поделывать было бы нельзя. Он следил за медсестрами, чтобы они не приносили в отделение зеркала.

Однажды все-таки зеркало попало в руки раненого. Случился тяжелый нервный срыв. Парень с ножом начал гоняться за другими больными и за медперсоналом. Сестры и санитарки забились по углам. Кто-то бросился за начальником отделения. Курляндский пришел спокойный, как всегда руки в карманах халата. Буян отдал ему нож. Инцидент был исчерпан.

С самого начала, приступив к работе в госпитале, Вениамин Юрьевич активно участвовал в самом формировании госпиталя и в частности своего отделения. Одновременно он занимался с персоналом: медицинскими сестрами, врачами, зубными техниками, готовил квалифицированных работников. Кроме хирургии, восстановления челюстей, лиц, пластических операций, с использованием методики пересаживания участков кожи с тела - на руку, с руки на лицо, и прочего, он не позволял себе расслабиться и как ученому. Он изучал, исследовал, искал и находил новые эффективные способы излечения раненых, проводил не только консультативную работу в самом госпитале, но и занятия со студентами 1 ММИ, МСИ, с курсантами института усовершенствования врачей на базе челюстно-лицевого госпиталя. Несмотря на чрезмерную занятость, Курляндский писал статьи, брошюры и работал над докторской диссертацией. Одним из основных направлений в этот период у него было научное обоснование методов лечения огнестрельных ранений челюстно-лицевой области.

С именем Курляндского связано такое понятие в челюстно-лицевой хирургии, как функциональный метод лечения огнестрельных переломов челюстей, который способствовал значительному улучшению качества оказания медицинской помощи, скорейшему выздоровлению раненых и возвращению их в строй. Размах военных действий, количество применяемой военной техники и живой силы, длительность Второй мировой войны требовали изменения основных положений челюстно-лицевой травматологии.

Идея функционального лечения огнестрельных переломов челюстей, применение одночелюстного шинирования при таких ранениях была заложена еще в Первую мировую войну, но осуществление ее не было доведено до конца и было забыто. Покой при огнестрельных переломах челюстей в Первую мировую войну и в более поздний период достигался двухчелюстным шинированием, что создавало иммобилизацию как челюстных отломков, так и височно-нижнечелюстного сустава, что в конечном итоге приводило к контрактуре челюстей. Наблюдая таких раненых, В.Ю. Курляндский пришел к выводу, что при лечении огнестрельных переломов челюстей необходимо изменить комплекс хирургических и ортопедических вмешательств и дополнить его новыми элементами, необходимыми для эффективного лечения. Вот тогда-то и возникла необходимость разработки функционального лечения таких ранений.

14 мая 1942 года в Москве состоялся 1-й пленум Госпитального Совета при Главном Управлении эвакуационных госпиталей НКЭ СССР. Доцентом В.Ю. Курляндским были доложены разработанные им новые методы лечения челюстно-лицевых ранений: *«Опыт применения жестких моно-челюстных шин»* (конструкция В.Ю. Курляндского), *«Жесткая (проволочная) иммобилизация отломков в челюсти на ортопедической шапочке»*, *«Показания и сроки применения формирующих протезов»*. Приказом № 151 по эвакуационному госпиталю № 1362 от 14 мая 1942 года было предписано: «В 3-дневный срок оформить указанные работы для печати». В 1943 году Вениамин Юрьевич защищает докторскую диссертацию на тему: *«Функциональный метод лечения переломов челюстей огнестрельного происхождения»*, оппонентами по диссертации выступили профессора И.М. Старобинский, А.И. Евдокимов, П.Г. Мелихов, которые высоко оценили работу.

В 1944 году вышла книга В.Ю. Курляндского *«Функциональный метод лечения огнестрельных переломов челюстей»*, в которой, обобщив весь опыт лечения раненых в челюстно-лицевую область, ученый рекомендовал одночелюстное шинирование, обеспечивающее, с одной стороны, иммобилизацию отломков, с другой - сохранение функций двигательного аппарата челюстей. По данным В.Ю. Курляндского, лечение огнестрельных переломов одночелюстным шинированием на нижней челюсти необходимо в 70% случаев и в 100% - на верхней челюсти, хотя он не исключал и двухчелюстного шинирования на первых этапах эвакуации раненых в тыл. В своей работе Вениамин Юрьевич предложил разработанную им классификацию переломов челюстей огнестрельного происхождения по топографическим признакам линии перелома, с учетом зубов, оставшихся на челюсти.

Он считал, что проблему правильного и рационального лечения челюстно-лицевых ранений нельзя считать разрешенной до конца, если не разъединить два патологических процесса, протекающих одновременно в поврежденной области - в твердых и мягких тканях, т.к. в основе лечения перелома челюсти лежит иммобилизация, а при повреждении мягких тканей - своевременная ранняя терапия движения. В.Ю. Курляндский впервые теоретически обосновал методику лечебной физкультуры, разработав комплекс упражнений, включающий упражнения общегигиенического характера, специальные упражнения для жевательной и мимической мускулатуры, а также упражнения с помощью специальных приборов (механотерапия).

Исследования, изложенные в книге *«Функциональный метод лечения огнестрельных переломов челюстей»*, ставили под сомнение возможность применения прежних методов лечения огнестрельных переломов, которые практиковались в госпиталях. Реакция Главного стоматолога Красной Армии профессора Д. Энтина была мгновенной. В «Медицинском работнике» (впоследствии это «Медицинская газета») появилась его статья «Вредная и бездоказательная концепция», где говорилось об ошибочной и вредной книге, которая может нанести ущерб нашей армии, а рекомендованный В.Ю. Курляндским «метод» приведет к самым печальным последствиям.

Можно себе представить состояние молодого ученого, когда на него обрушивается с критикой известный и облеченный властью профессор-стоматолог. Военный врач Курляндский против Главного стоматолога Красной Армии Д.А. Энтина. Силы были явно неравны.

Газета «Медицинский работник» в редакционном комментарии предложила специалистам высказаться о методе Курляндского. Развернулась бурная дискуссия в газете, в ("гематологическом обществе этому вопросу было посвящено специальное заседание. В результате ведущие стоматологи страны поддержали новый метод лечения раненых. «I Ценный труд» — так называлась статья зав. кафедрой Казанского стоматологического института проф. И.М. Оксмана. «Вредная концепция отнюдь не вредна», — писал директор Московского стоматологического института профессор А.И. Евдокимов. В поддержку выступили проф. И.Г. Лукомский, проф. А.О. Верлоцкий, лауреат Сталинской премии проф. А. Э. Рауэр. Начальник медицинской службы Н-ского госпиталя врач Т.Н. Соколова утверждала, что с новыми способами лечения «по Курляндскому» «возросло число раненых, возвращенных в строй», госпитальные данные выросли с 60 до 80%. Высоко оценил работу В.Ю. Курляндского и проф. В.М. Уваров, начальник кафедры челюстно-лицевой хирургии Военно-медицинской академии.

Дискуссия завершилась заседанием Московского стоматологического общества 23 марта 1945 года выступлением проф. А.И. Евдокимова, который сказал, что «мы имеем положительное признание качества нашей работы, только стоматолог Д.А. Энтин в пылу полемики нанес пощечину самому себе, так как, будучи Главным стоматологом Красной Армии, все инструкции по лечению челюстно-лицевых ранений, в которых не отрицалось и одно-челюстное шинирование, подписывал сам Д.А. Энтин».

Это была первая научная победа, первый бой, выигранный тридцатисемилетним ученым. Потом их в жизни будет немало.

В 1945 году вышла монография *«Гимнастика и массаж после повреждения лица и челюстей»*. С этой методикой Курляндского в госпиталях работали уже с 1942 года. Минздравом даже была выпущена специальная инструкция для всех зубочелюстных госпиталей. Этот метод возвращал лицу мимику, подвижность, помогал избежать контрактуры суставов. В госпитале Вениамин Юрьевич привлекал к научной работе врачей Т. Соколову, Я. Вербицкого и других, которые под его руководством публикуют статьи по проблемам лечения огнестрельных ранений.

В 1945 году Ю.В. Курляндскому была присуждена ученая степень доктора медицинских наук, а в 1947 году - ученое звание профессора.

В 1946 году он уволился из госпиталя и перешел на работу в ЦИЭТИН - Центральный институт экспертизы трудоспособности инвалидов, где работал заведующим лечебно-методическим отделом и одновременно заведующим отделением челюстно-лицевой хирургии и экспертизы труда и инвалидности.

Главный стоматолог МЗ СССР, д.м.н., проф. И.Г. Лукомский в 1947 году писал о В.Ю. Курляндском: «В лице В.Ю. Курляндского сложился тип узкого специалиста, который может быть назван универсальным, к моменту окончания университета он владел не только полученными знаниями, позволяющими ему получить звание врача, но и стал специалистом, овладевшим стоматологией на новом базисе общественных знаний. Творческий путь В.Ю. Курляндского блестяще реализовался в войне».

ПЕРЕПЛЕТЕНИЕ СОБЫТИЙ

Закончилась Великая Отечественная война. Нанесенные войной человеческие и материальные потери были очень тяжелы, тяжелы и последствия ее.

В 1948 году у Курляндского выходит еще одна монография - *«Клиника и экспертиза трудоспособности при заболеваниях и повреждениях лица и челюстей»*. Это был заключительный этап работы, результатом которой стало новое понимание целого ряда явлений, наблюдавшихся при ранении в челюсти и лицо в период Великой Отечественной войны. Книга

стала первой попыткой проанализировать и обобщить огромный материал, накопившийся у отечественных специалистов и у самого автора в области экспертизы трудоспособности у людей с челюстно-лицевыми ранениями. Исследований по врачебно-трудовой экспертизе в области стоматологии в отечественной литературе до опубликования этой работы не было. Методика Экспертизы *впервые* была построена на клинико-экспертном обследовании больного, выявлении сохранившихся функций, определении функционального состояния организма, уточнении трудового прогноза путем динамического переосвидетельствования.

Решение вопросов врачебно-трудовой экспертизы и правильное определение возможностей трудоустройства и приспособления к труду инвалидов имело исключительное значение. Оно могло быть правильным только в том случае, если было основано на сочетании как социальных, так и медицинских факторов. В.Ю. Курляндский говорил, что «снижение инвалидности является благороднейшей задачей исследователя».

Страна тяжело переживала послевоенные годы. Разоренные села и города, опустошенные земли. Задавленное сталинской политикой беспаспортное крестьянство страдало от голода и холода/ Пахали на лошадях. Вырубали фруктовые сады, которые облагались суровыми налогами. Городу было не легче. Не сразу были отменены карточки, а в появившихся коммерческих магазинах цены были мало кому доступны. Горожане теснились в густонаселенных коммуналках или бараках. В школах дети учились в три смены, а по ночам в столице разбойничала «Черная кошка».

Но жизнь брала свое. Наступило второе послевоенное лето, и Курляндский с женой и дочерью в отпуск поехал к морю.

Когда в прежние годы в Сочи пассажиры выходили из поезда на платформу маленького провинциального вокзальчика, их обволакивал густой, наполненный резкими запахами южных растений воздух. Это было похоже на то, как будто вы вошли в московский парфюмерный магазин ТЭЖЭ, весь в зеркалах, стекле, хрустальных флаконах и неземном аромате. Сегодня Сочи - город высотных зданий, проспектов. Благодаря прямым улицам город хорошо проветривается. Воздух теперь не такой влажный, лишенный той насыщенности ароматов, которая была ему присуща.

В сорок шестом году это был город одноэтажных побеленных домиков, утопающих в розовых и олеандровых садах. Вечерами, когда черное южное небо сверкало низко висящими звездами, по улицам носились тучи мерцающих светлячков. На всех площадках, где только можно было натянуть экран из белой ткани, ставили скамейки, сажали на стул кассиршу и крутили трофейные фильмы с великими, неизвестными стране актерами.

Курляндские отдыхали по курсовкам при санатории «Светлана». Курсовки обеспечивали проживание в частном секторе, питание, лечебный пляж и Мацесту. Дом, в котором остановились Курляндские, стоял на горе в центре города, а под обрывом на берегу реки находился лагерь военнопленных немцев. Оттуда доносились звуки губной гармошки, смех, чужая речь.

В первое же раннее сочинское утро приехавшие отдохнуть Курляндские проснулись от взрывов. Зазвенели стекла в окнах, под окном, внизу в лагере зашумели его обитатели. В воздухе повисла тревога.

Оказалось, к берегу прибило мины, и их взрывали. Это был эпизод, а в остальном отдых был прекрасным.

Распорядок дня регламентировался столовой и морем. Перед входом в столовую - длинное временное строение, похожее на барак, - местные жители продавали огромные, темно-красные помидоры и плоскую морскую гальку, на которой масляными красками были нарисованы море и кипарисы.

В столовой в обед появлялся мальчишка лет десяти. В чистой застиранной майке и трусах до колен, с огромной книжкой «Приключения барона Мюнхгаузена» подмышкой. Это был беспризорник. Зимой он жил где-то севернее в детдоме, а летом убежал к морю. Сердобольные подавальщицы кормили его борщом, кашей и разрешали брать хлеб, лежавший горками на тарелках.

К пляжу шли мимо фонтана на берегу, в котором всегда плескались мальчишки, явно пренебрегая морем. Курляндский каждый день спрашивал у них: «Как пройти к морю?» В

полном восторге от тупости прохожего мальчишки каждый день объясняли, что вот оно море и есть.

Пляжи в Сочи были разделены на «женский» и «мужской». На пляжах медсестры выдавали каждому свернутую и трубочку циновку и накрахмаленную белую простыни, чтобы постелить на деревянный топчан, и строго по минутам следили, как бы отдыхающие не злоупотребили шлицем.

Вениамин Юрьевич хорошо плавал. Особенно любил неподвижно лежать на спине, уверяя, что он может так даже подремать.

И пять часов вечера на пляж приходила Валерия Барсова - великое колоратурное сопрано Большого театра. Она заплывала подальше, потом медленно плыла вдоль берега и пела несравненным хрустальным голосом: «Плыви мой челн по воле волн...». Пляж замирал в блаженстве. В то время Барсова строила свой красивый дом в стиле итальянского палаццо, который после смерти завещала детям юрода для школы искусств.

Кроме пляжа участвовали во всевозможных экскурсиях. В остроносеньком автобусе храбро петляли по узеньким горным дорогам на Ахун, на Красную Поляну, на фантастическое озеро Рица. Дороги еще не были заасфальтированными. Мелкая галька как горох била в днище автобуса. Автобус останавливался, где хотели: у зарослей ежевики, у одинокой, затерянной в горах хижины с огромным садом. Экскурсанты с удовольствием закупали французскую слипу, спускались с горы немного ниже сада и попадали в незапланированную экскурсией пещеру со следами нестирающейся сажи на стенах от доисторического костра..

Но все хорошее когда-нибудь кончается. Так и летний отпуск каждый год заканчивается тоже...

Работая в госпитале, Вениамин Юрьевич в 1945-1948 годах одновременно был доцентом кафедры челюстно-лицевой хирургии 1-го Московского медицинского института, где он проводил занятия со студентами, читал лекции и постоянно занимался наукой. В этот период стоматологии как наука громко заявляет о себе. По приказу № 548 МЧ СССР создается Стоматологический Комитет при Ученом медицинском совете МЗ СССР, членом которого стал М.Ю. Курляндский.

В послевоенные годы, до вступления в должность заведующего кафедрой ММСИ, В.Ю. Курляндский был включен в решение насущных для страны задач. Неслучайно в это время вышло более десятка его работ, основной темой которых была врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация раненых в челюстно-лицевую область.

Он, как всегда, остро чувствовал необходимость решения той или иной проблемы именно в данный момент. Это умение предугадать и решать своевременные, актуальные для этого момента задачи была отличительной чертой научной работы профессора Курляндского.

Начало 50-х годов ознаменовало собой череду перемен в жизни Курляндского и его семьи.

Приказом № 531 по Лечебно-санаторному Управлению Кремля 26 декабря 1949 года Курляндского Вениамина Юрьевича назначили заместителем Главного стоматолога Лечсанупра Кремля по протезированию, с персональным окладом... Правда, через три года опомнились (пятый пункт) и перевели на должность консультанта.

В Лечсанупре Кремля Курляндский проработал до конца своих дней. Лечил многих выдающихся политических деятелей, и зарубежных в том числе. Как всегда, он помогал во время своих консультаций лечащим врачам расширять свой кругозор, обогащаться новыми знаниями. Пользовался у них огромным авторитетом и профессиональным доверием, хотя некоторыми результатами такого общения был недоволен:

- Почему у других стоматологов-консультантов на приеме по три-четыре пациента, а у меня не менее сорока. Вот коллеги уже давно дома чай пьют, а мы с вами уже который час разбираем больных...

В 1951 году семья переехала из маленькой, заставленной вещами, комнатки в отдельную квартиру. Наконец у профессора появился большой орехового дерева письменный стол. За ним можно было комфортно расположиться с рукописями, книгами, верстками.

За другим, круглым, столом он часто работал с аспирантами. Сначала он интересовался: «Что принес? Статью? Или главу из диссертации? Ну, читай».

Он устраивался поудобнее, и как будто бы дремал. Когда аспирант, дочитав, останавливался, Курляндский говорил:

— Молодец. Хорошо поработал. А теперь отложи в сторону свои бумаги, возьми чистый лист и пиши.

И он начинал диктовать. Это означало, что он уже мысленно сконструировал материал аспиранта, и теперь помогает ему преобразовать знание в публикацию, сфокусировать главное и определить выводы.

Трехкомнатная квартира на Новопесчаной улице казались огромной после покинутых пятнадцатиметровых апартаментов. В ней можно было потеряться. Иногда домочадцы искали друг друга в новенькой, только что выстроенной, пустой квартире: «Ау, ты где?» Вскоре квартира приобрела красивый и уютный вид.

Именно здесь была пережита мрачная и тревожная зима 1953 года.

Дом, в котором получили квартиру Курляндские, назывался ЖСК «Медик», соответственно жили в нем медицин-1-кис работники. Когда в январе 1953 года газета «Правда» объявила о разоблачении «террористической группы врачей» и начался известный сфабрикованный процесс по «делу врачей», почти каждую ночь во дворе появлялся «воронок» и увозил очередную жертву доноса печально известной В. Тимошук.

Кремлевский врач Тимошук по соответствующей наводке специальных органов «обнаружила», что в Кремлевской больнице работают врачи-убийцы. Начались аресты. Были арестованы известнейшие академики - В.Н. Виноградов и М.С. Вовси, профессор патологоанатом Я.Л. Раппопорт (кстати, он был из тех специалистов, которые констатировали смерть Сталина) и многие другие.

Гонениям подвергались и семьи «врачей-отравителей». В газетах передовики производства клеймили врагов народа, в цехах проходили «стихийные» митинги, партийная интеллигенция писала в газеты гневные письма. Зубастый народ тут же пустил горькую шутку, что «Вовси вовсе не Вовси». Акция была развернута в лучших традициях 37-го года.

В доме кооператива «Медик» были напряженные ночи. Курляндский не уезжал в командировки, а исчезал в командировки прямо с работы. Вечером, когда его ждали к ужину, он звонил из Минска или Баку, из Тбилиси...

Все шло своим чередом по мрачному сценарию, как вдруг после смерти вождя народов оказалось, как сообщило ТАСС, что убедительная Тимошук виновата в подтасовке и фальсификации фактов и необоснованности данных. У нее отобрали только что полученный ею орден Ленина, и вскоре она погибла в автомобильной катастрофе. Реабилитированные, измученные академики и профессора возвращались из тюрем. Все становилось на свои места, и последний акт сталинского террора ушел в прошлое.

Остается загадкой, как в водовороте непредсказуемых событий советской действительности уцелел уже известный, напористый ученый, консультант 4-го управления Кремля.

Некоторый свет на это проливает откровение директора ММСИ Г.Н. Белецкого. Во время «дела врачей» он занимал пост заместителя министра здравоохранения и у него были списки врачей - «врагов народа», подлежащих аресту.

- Ты тоже был в списках, - спустя время после этих событий сказал он доверительно Курляндскому, - но тебя нельзя было арестовать, потому что некем было заменить.

Время шло. Очередной правительственный переворот привел к руководству Никиту Сергеевича Хрущева. И опять все закрутилось в танце противоречий.

Для подъема сельского хозяйства уничтожались зерновые, и на их место внедрялась «царица полей» кукуруза. Кукуруза не проявила себя должным образом в условиях российских широт, которые совершенно не соответствовали степным американским, откуда Хрущев и привез идею кукурузного засилья. Зато исчезли гречка, пшено, зерновые. Импорта пшеницы не хватало. Вспахали целину. Получили высокий урожай. Но убрать и вывезти его не удалось: не хватило техники и помешало бездорожье. К съезду, для высоких показателей по производству мяса, извели огромное количество скота, и мясо тоже стали ввозить из-за границы.

Американцам пригрозили, стуча башмаком по трибуне, новым вооружением.

На идеологическом фронте наступила «оттепель». Но выставку авангардистов в Сокольниках раздавили бульдозерами. Появились шестидесятники. В крошечных квартирах с потолками высотой в два с половиной метра, в «хрущевках», на кухнях собиралась интеллигенция. Велись откровенные разговоры, смеялись над политическими анекдотами, рождались смелые литературные произведения. Но ограничения уже начали вводиться вновь. Свирепствовала цензура. Проскочившая в «Новом мире» повесть А. Солженицына «Один день Ивана Денисовича» всколыхнула общественность, вселяла надежду на свободу слова. По уже «Раковый корпус» Солженицына печатали за границей и читали его в основном таможенники, отбиравшие запрещенную литературу за границей, а идеологически подкованные фигуристы, получавшие за рубежом подарки после выступлений, выбрасывали из пакетов «Доктора Живаго» Б. Пастернака.

Живую мысль опять пытались взять в оковы. Теоретические науки официально свертывались. Теория - это так гуманно! Наука должна служить практике. Общее направление в духе времени отразилось в появлении журналов «Наука и жизнь», «Химия и жизнь» и пр. И мысли тоже нечего витать в облаках. Появилась газета «Литература и жизнь», где много писали о социальном соревновании. Возникла и с энтузиазмом понеслась бесплодная дискуссия «физиков и лириков», в которую, правда, иногда пытались вдохнуть свежие мысли и идеи.

Что было совершенно положительной тенденцией в то время - это огромный интерес народа к знаниям и литературе. Длинные очереди выстраивались на подписку на газеты и журналы. Научно-популярная литература, как и художественная, сметалась с прилавков. Появились очень популярные в то время книжные базары, где можно было приобрести книги и книгами обменяться.

Однажды в квартиру Курляндского позвонил Самуил Яковлевич Маршак. Трубку сняла жена:

- Нина Федоровна! Послушайте! Я написал Вениамину Юрьевичу оду! — сказал Самуил Яковлевич.

И он прочитал:

Я был беззубым, стал зубаст.
Могу держать я, как гимнаст,
Зубами вес гигантский.
Вернул мне зубы прежних дней
Великий маг и чародей
По имени Курляндский.
Писатель должен быть зубаст!
Хорошей книги не создаст,
Кто шамкает беззубо.
И если снова я творю,
То за успех благодарю
Курляндского сугубо.

А потом подарил первый том своего четырехтомника, на внутренней стороне обложки которого была написана ода и приписка: «И в самом деле благодарный С. Маршак».

К сожалению, этот том был утрачен. Дочь Курляндского случайно оставила его в номере гостиницы в Риге, куда приезжала по приглашению Музея медицины и в который по просьбе дирекции передала часть архива Курляндского, его труды и некоторые экспонаты из его коллекции.

Знакомство с Самуилом Яковлевичем Маршаком, перешедшее в теплые дружеские отношения, началось очень необычным образом.

Вот как это было.

Позвонили из кремлевской поликлиники:

- Вениамин Юрьевич, не могли бы Вы проконсультировать Маршака у него дома. Он болен и не может приехать в поликлинику.

Прислали машину с врачом-стоматологом и необходимой стоматологической экипировкой.

Все, что было необходимо Самуилу Яковлевичу, было сделано.

А несколько позже Маршак сам позвонил Курляндскому и попросил подъехать, проконсультировать.

Когда Вениамин Юрьевич в передней прощался, Самуил Яковлевич сделал движение подать ему пальто.

- Что вы! Что вы, Самуил Яковлевич! — смутился Курляндский. - Я сам.

- Я, как вежливый хозяин, должен хотя бы подержаться за ваше пальто, — улыбнулся Маршак.

В этот момент кто-то из провожавших положил в карман пальто конверт с деньгами - гонорар.

Курляндский так растерялся, что не смог отказаться. А когда дверь за ним закрылась, и он очутился на площадке, он быстро сунул конверт в почтовый ящик (в то время на двери каждой квартиры висел свой почтовый ящик) и бросился бежать вниз по лестнице, чтобы никто этого не заметил.

Дома смущенно об этом рассказал.

Маршак называл Вениамина Юрьевича большим ребенком и очень по-доброму к нему относился.

Из воспоминаний С.В. Курляндской:

«Запомнилось, как однажды, когда мы с отцом были у Самуила Яковлевича в гостях, отец показал на висевшей в его кабинете карандашный портрет Татьяны Львовны Толстой: - Не правда ли похожа на отца? - спросил он.

Присутствующий тут же Николай Соколов (Кукрыниксы) быстро нарисовал бороду и приложил к портрету.

Сходство оказалось поразительным! Со стены на нас смотрел сам Лев Николаевич Толстой...»

КАФЕДРА

Новая квартира ознаменовала новый период жизни Курляндского.

Это был яркий майский день, заливающий солнцем через огромный эркер всю комнату. На полированной поверхности круглого стола отражался пышный букет сирени в хрустальной вазе и бутылка шампанского.

Аромат сирени разливался по Квартире и создавал ощущение торжественности. Дома томились в ожидании: сегодня в Московском медицинском стоматологическом институте на заведование кафедрой должен быть утвержден доктор медицинских наук В.Ю. Курляндский.

1952 год. Начинался новый этап в жизни ученого, открывались широкие возможности для воплощения своих идей. Под руководством В.Ю. Курляндского был сформирован коллектив единомышленников (Б.Р. Вайнштейн, Л.В. Шаргородский, Ш.И. Городецкий, а позднее З.Ф. Лебеденко, З.П. Липсман, В.Н. Копейкин, Я.Б. Ковалева и другие), который быстро почувствовал в нем лидера, способного выдвинуть программу исследований по различным проблемам ортопедической стоматологии. Диапазон идей Курляндского, гипотез, прогнозов был неимоверно широк и зачастую опережал уровень современной ему науки. Он смело ставил и решал разноплановые задачи. Важное место в деятельности В.Ю. Курляндского, как лидера, играла координация исследований, выполняемых его помощниками и учениками. Жизнь на кафедре резко изменилась: увеличилось количество аспирантов и ординаторов. И этот период

проявились все качества ученого как руководителя большого коллектива. К концу 60-х годов кафедры вместе с лабораториями насчитывала 150 человек.

Новому заведующему кафедрой было 44 года. Красивый, с легкой стремительной походкой, собранный и вальяжный одновременно, обладающий яркой речью, заставляющий слушать себя и умеющий слушать других, остроумный и острословный. Человек, располагающий и вызывающий зависть многих своими достоинствами и успехами. Лояльный, поддерживающий коллег и начинающих ученых, абсолютно бескомпромиссный в научных спорах, непримиримый к хитрости, увертливости и обману. В дискуссиях он был открытый и опасный противник, хорошо владел аргументом и был задирист. Покой был не его стихия. Он умел работать сам и своей энергией заражал окружающих его людей. Кроме того, он был великолепным психологом: если он видел в человеке талант исследователя, то, будь тот просто врачом, ординатором, соискателем, он умело вовлекал его в науку.

Участники событий этого времени рассказывали, что В.Ю. Курляндский сам иногда писал тезисы за потенциального автора, который еще не был готов к научной работе, но Курляндский уже видел в нем задатки исследователя. Когда «автор» видел опубликованную работу со своим именем, у него возрастал интерес к науке, научному поиску. Человек начинал работать с удвоенной энергией, достигая очень неплохих результатов. Вениамин Юрьевич всегда радовался тому, что вовремя разглядел в молодом человеке талант исследователя.

В.Ю. Курляндского отличала еще удивительная черта -это умение вовремя наметить проблему, заниматься ею, вовлекая в разрешение поставленных задач преподавателей, аспирантов, ординаторов, врачей в поликлиниках.

Курляндский — создатель очень интересной и уникальной школы и кафедры. 25 лет он заведовал кафедрой ортопедической стоматологии. За это время он подготовил более 100 кандидатов и докторов наук. Им был создан прекрасный творческий кафедральный коллектив - сплав опыта и молодости.

Весь коллектив кафедры был заражен наукой. Два раза в год на кафедре проводились всесоюзные конференции стоматологов. Аспиранты успешно защищали диссертации, исследуя различные области стоматологии.

Однажды, ознакомившись с тематическим планом одного из исследовательских стоматологических институтов, Вениамин Юрьевич изумленно улыбнулся: «В одной нашей лаборатории разрабатывается вдвое больше тем!» Чисто Вениамина Юрьевича можно было видеть в клинике, он интересовался работой студентов, вместе с ними осматривал больных, консультировал. Подолгу засиживался ни кафедре. Ни на минуту не закрывалась дверь его кабинета. При всей своей огромной занятости он никогда не торопился и находил возможность уделить, казалось бы, неограниченное время каждому, кто к нему обращался. Его любила молодежь: аспиранты, ординаторы. Когда он был ни кафедре, все чувствовали себя легко и уверенно.

Доцент Е.С. Левина вспоминает: «Сотрудники считали его своим. Вениамин Юрьевич никогда не был злым, никогда не повышал голос, никогда не был груб. По-моему, он это просто не умел. Он был одержим наукой и влюблен в свою специальность. Эти качества он старался привить и ним, его ученикам. Прошли десятилетия, но и по сей день мы во власти его научных идей, используем их и стараемся держать уровень профессионализма».

Курляндский был очень прост в общении: он разговаривал со студентами, аспирантами, профессорами, членами правительства совершенно одинаково.

Он был чрезвычайно демократичен. К нему в кабинет можно было зайти в любое время и обсудить с ним любой вопрос, он никогда не заставлял ждать в коридоре.

У профессора была страсть приобщать и вводить в круг многих интересов близких ему людей. Понятие «близкие» для него было очень широким. Близкие - это и друзья, и сподвижники и ученики. Если конференция — едут все: и сотрудники кафедры, и аспиранты, и ординаторы, все, кто может, кто свободен. Конференция - это полезно, это спланирует, это заряжает новыми мыслями и идеями. Если защита диссертации, а потом банкет — идут все. Радость должна быть общей.

ОТ «НЕ МОЖЕТ БЫТЬ» ДО «КТО ЖЕ ЭТОГО НЕ ЗНАЕТ»

В 1953 году В.Ю. Курляндский опубликовал монографию *«Ортопедическое лечение при амфодонтозе»*. Разработка теоретических вопросов этой проблемы привела к созданию нового направления в ортопедической стоматологии, которое было названо «функциональная патология зубочелюстной системы».

Борьба с амфодонтозом, выработка профилактических и терапевтических мер невозможны без разрешения механизма развития болезни, патогенеза. Многие ученые пытались найти причину этого заболевания, однако вопрос к тому времени так и не был решен. В.Ю. Курляндский говорил по этому поводу, что, несмотря на существование различных теорий развития амфодонтоза (аллергическая - Л.М. Линденбаум; гормональная - А.А. Белоусов, П.П. Львов; сосудистая - А.И. Евдокимов; нейротрофическая - Д.А. Энтин, нервно-трофическая - Е.Е. Платонов), единой объединяющей концепции так и не было разработано. Многие авторы, создавая свои классификации амфодонтоза, осложнения при амфодонтозе принимали за самостоятельные заболевания. В.Ю. Курляндский дал свое определение амфодонтоза, единственным симптомом которого является медленно прогрессирующая атрофия альвеолярного (гребня) отростка в теле челюсти. Все остальные - гингивиты, десневые и костные карманы, гноетечение, подвижность зубов, травматическая артикуляция - это вторичные проявления болезни. В.Ю. Курляндский устанавливает общую принципиальную концепцию патогенеза амфодонтоза, основанную на ведущей роли коры головного мозга. Им впервые было введено понятие «травматический узел», разработана классификация и дифференциальная диагностика амфодонтоза. Вениамин Юрьевич разработал принцип расчетов выносливости опорного аппарата зуба при различных формах его патологии, что получило конкретное выражение в расчетной схеме - амфодонтограмме (пародонтограмме). Не все ученые поняли концепцию развития амфодонтоза, амфодонтограмму. Только время расставило все на свои места. До сих пор появляются публикации в журналах, в которых врачи и ученые снова и снова пишут о значении заполнения амфодонтограммы (пародонтограммы) в формировании клинического мышления студента, врача, для постановки диагноза, выбора метода лечения, в определении прогноза течения заболевания, в профилактике риска ошибок при выборе той или иной конструкции протеза.

О непростом внедрении новых взглядов на пародонтологию рассказывает профессор

А.И. Воложин: «В то время учение о заболеваниях пародонта было развито достаточно слабо: все занимались твердыми тканями зубов, в основном кариесом и т.д. Стоматологи же относились скептически к «новшествам» Курляндского, так как привыкли все делать на «глазок». Вениамин Юрьевич много работал именно в направлении классификации, изучения и обоснования заболеваний пародонта. Спустя много лет мы видим, что в мире с кариесом более или менее справляются: по крайней мере, диета, фтор, личная, профессиональная профилактика резко уменьшили количество кариозных зубов, учитывая в том числе и общее старение населения.

Если посмотреть, чем занимаются в ведущих школах мира, обнаруживается, что идеи Курляндского, касающиеся пародонта, расчеты биомеханики, расчеты конструкции протезов и других показателей полностью оправдались. Но времена Вениамина Юрьевича не было таких мощных математических, физико-математических школ в области медицины, они появились только сейчас, совсем недавно. Но тем не менее идеи, касающиеся взаимосвязей между зубами и челюстью, между состоянием здоровья и зубочелюстной системой в частности, полностью подтверждаются. Сейчас мы наблюдаем прогрессирование его идей на новом уровне, на новом витке развития и обеспечения современными технологиями.

Фундаментальное учение профессора В.Ю. Курляндского о выносливости пародонта к нагрузкам не потеряло своей актуальности до настоящего времени. Теория Курляндского о

резервных силах пародонта вновь привлекает внимание исследователей и клиницистов в связи с широким внедрением в практику аналогов зубов - внутрикостных имплантатов.

В период нашей совместной работы с Вениамином Юрьевичем мы выполнили целый ряд фундаментальных экспериментальных исследований, которые до настоящего времени цитируются во всех публикациях, касающихся взаимосвязей между зубом и пародонтом в условиях нормы и в условиях системной патологии. Так были выполнены работы о состоянии зубочелюстной системы после обучения.

Исследования были проведены в наиболее престижных институтах в Обнинске. С учеными этих институтов он серьезно сотрудничал.

Впервые было экспериментально показано, что блокирование зубов коронками или какими-то другими конструкциями лишает эти зубы физиологической подвижности, и от этого страдает пародонт. Опыты проводились в лаборатории на кроликах. **Впервые** было доказано влияние ортодонтического передвижения зубов на окружающие ткани. **Впервые** было доказано, что удаление даже одного-двух зубов изменяет функциональное взаимоотношение всей зубочелюстной системы, ускоряет развитие дезадаптации. Эти исследования считаются основополагающими, на них ссылаются все ученые-стоматологи. Они вошли в его учебники, во всех диссертационных работах есть ссылки на эти экспериментальные работы.

Еще одним интересным аспектом, касающимся взаимоотношений челюстно-лицевой системы со всем организмом в целом, является современное видение этой проблемы. Полость рта - «ворота» для поглощения из окружающей среды разного рода экологически неблагоприятных элементов. Это и производственные «вредности», которые, кстати говоря, тоже изучал Вениамин Юрьевич, это и радиоактивные излучения, это всевозможные химические вещества, это микробы, которые содержатся в огромном количестве в пыли, и многое другое. Все это растворяется в ротовой жидкости, в том числе и то, что попадает из внешней среды в силу неблагоприятной экологии и вступает во взаимодействие с материалами зубочелюстных конструкций. Все эти факторы влияния могут исказить результаты исследования целостного организма или изменить картину заболеваемости организма в ответ на использование самых разнообразных материалов. Вениамин Юрьевич был противником металлов, которые могли оказать вредное влияние на организм человека. У него были публикации об исследовании аллергических реакций на металлы. Другие исследования показали, что применение нержавеющей стали, припоев увеличивает число заболеваний желудочно-кишечного тракта, обостряет язвы желудка. После замены материала этих протезов на более инертные, менее активные металлы, в том числе разработанные с участием Вениамина Юрьевича, эти явления проходили.

Что сейчас делается в этом направлении? Оно развивается в разных школах, в том числе на кафедре госпитальной ортопедической стоматологии, которой руководит И.Ю. Лебеденко. Доказано, что металлы оказывают мощное влияние, во-первых, на зубочелюстную систему, во-вторых, на организм в целом. Оказывается, те небольшие количества ионов, которые попадают в слюну, откладываются в макрофагах слизистой оболочки полости рта, влияют на секрецию слюны, влияют на качество слюны и на весь организм. Спрашивается, как такие малые количества могут влиять на весь организм? В те времена в кулуарах многие шепотом так и говорили, что, скорее всего, это фантазии Вениамина Юрьевича, которому очень хотелось бы, чтобы это было правдой. Сегодня мы видим, что на самом деле кобальт, из сплавов металлов попав в определенные клетки, в частности, клетки иммунной системы, вызывает изменения чувствительности. Происходит резкое повышение чувствительности к тем веществам, которые в норме не оказывают вредного влияния и не вызывают в том числе аллергию. Те материалы, которые используются в стоматологии, могут повышать чувствительность к совершенно неактивным веществам. Мы ищем вред от веществ, которые вроде бы не оказывают патогенного влияния, а на самом деле они даже в малых количествах увеличивают реактивность под влиянием металлов.

Еще один интересный факт. Сейчас вся стоматология занимается пластмассами. У Вениамина Юрьевича был ряд исключительных работ, касающихся режимов полимеризации и влияния съемных протезов на организм. В настоящее время эти исследования продолжаются, я бы сказал, с новой силой, так как мы сейчас методически оснащены в десятки раз лучше, чем раньше. Его предвидение о вреде пластмасс, содержащих большое количество мономера,

полностью оправдалось. Сейчас известны десятки веществ, кроме мономеров, которые оказывают патогенное влияние. Они изменяют реактивность организма, вызывают аллергию. Вениамин Юрьевич мне несколько раз говорил, что надо заниматься микробами, так как микробы в полости рта - друзья, но они могут быть и врагами».

В 50-е годы В.Ю. Курляндский занимался проблемами беззубого протезирования. В 1955 году выходит его труд *«Протезирование беззубых челюстей»*, в котором ученый предпринимает попытку разрешить сложнейшие вопросы: фиксации протезов, а также рациональной постановки зубных рядов. При разработке данных вопросов В.Ю. Курляндский предложил свою классификацию беззубых челюстей, которая позволяла с большей точностью поставить диагноз, выявить причины плохой фиксации протеза и возможные осложнения. Кроме того, данная классификация дала возможность прогнозировать влияние степени атрофии альвеолярного отростка на результаты лечения.

Решая эту проблему, Вениамин Юрьевич идет по различным направлениям: уточнение базиса протеза тонким слоем быстротвердеющей пластмассы, улучшение анатомических условий беззубой нижней челюсти с помощью хирургических вмешательств, изготовление двухслойного базиса на эластичной подкладке из силиконовой пластмассы «Ортосил». Различные составляющие этой проблемы разрабатываются в диссертациях его учеников: Н.И. Ларина, Б.К. Мироненко, В.А. Щербакова, П.М. Шакарашвили, Е.О. Копыта. Эти и другие исследования были подчинены единой цели: улучшить функциональную эффективность протезирования беззубых челюстей, так как, по данным некоторых клиник, треть обращений по поводу протезирования составляют обращения, связанные с протезированием беззубых челюстей.

В 1957 году Вениамин Юрьевич обращается к вопросам обезболивания. Эта проблема волновала ученого постоянно. Ученики Вениамина Юрьевича под его руководством внедряют в клинику ортопедической стоматологии ультразвук. П.С. Розенфельд, И.С. Вайншток используют ультразвуковой стоматологический аппарат для препарирования зубов под коронки и получают обнадеживающие результаты, при которых в пульпе и «амфодонте» не происходит патологических изменений.

Вопросы обезболивания в стоматологии интересовали не только ученых, врачей, но и больных. Поэтому Вениамин Юрьевич выступает на страницах периодической печати, пропагандируя новый метод обезболивания ультразвуком. В 1956, 1957, 1959 годах появляются его статьи в газетах «Ленинский путь» (Самарканд), «Гродненская правда» (Гродно), «Московская правда» (Москва), «Гудок» (Москва) и др., где ученый сообщает о создании на кафедре ортопедической стоматологии специального аппарата для безболезненного лечения зубов, при применении которого нет механических ударов о зуб, не возникает высокой температуры, исчезает микробная флора. Чем глубже наука познает свойства и природу ультразвука, тем более широкие перспективы открываются при его применении. Сегодня во множестве рекламных объявлений о первоклассных стоматологических клиниках предлагается как современный метод лечения и ультразвук.

В статье известного журналиста Юрия Щекочихина о Курляндском в «Московском комсомольце» в рубрике «Наука - век XX» (1970 г.) также нашли отражение вопросы обезболивания, потому что сам Курляндский был «болен» этой проблемой, множество, раз обращался к ней и своих публикациях и выступлениях, искал решение этой задачи.

На I Всероссийском съезде стоматологов в 1965 году Курляндский выступил с докладом: *«Современное состояние вопросов обезболивания в ортопедической клинике и пути их решения»*, в котором он подчеркнул, что вопросы обезболивания в ортопедической клинике являются актуальными, но им не уделяется должного внимания. При препарировании зубов в ортопедической клинике у больных возникает защитная реакция в виде напряжения и страха, которая приводит к тому, что они избегают посещения стоматолога. Вениамин Юрьевич предложил врачам-ортопедам перед препарированием зубов готовить больного к неприятным манипуляциям. В связи с этим на кафедре аспиранткой В.И. Исмаиловой были проведены исследования по применению лекарственных смесей (андаксин, аминазин, аминопирин), которые показали, что через 15-20 минут у больного исчезает напряжение и страх перед предстоящими врачебными манипуляциями. Данные препараты стали применяться в клинике ортопедической стоматологии ММСИ. Кроме того, Вениамин Юрьевич рекомендовал местное обезболивание в

виде аппликаций или втирания в зуб различных обезболивающих паст, инфльтрационную или проводниковую анестезию, а также общее обезболивание закисью азота. При этом В.Ю. Курляндский предлагал пересмотреть нормы нагрузки врача и обеспечить врача помощником — специально подготовленной медицинской сестрой.

Под руководством В.Ю. Курляндского сотрудник кафедры В.Д. Шорин препарировал зубы алмазными абразивными инструментами на турбинной бормашине с различной скоростью вращения. Наблюдения привели к выводу, что применение турбинных бормашин в ортопедической клинике должно быть ограничено из-за несовершенства абразивов.

В результате исследований, проведенных В.Ю. Курляндским и его учениками (В.И. Исмаиловой, В.Д. Шориным, П.С. Розенфельдом, И.С. Вайнштоком и др.), удалось определить три основных направления мероприятий по обезболиванию манипуляций, связанных с ортопедическими вмешательствами: подготовка психики больного к такого рода вмешательствам, снижение вибрационного эффекта, соблюдение режима препарирования из-за возможного перегрева зуба (малое давление на зуб, прерывистое препарирование), наложение послеоперационных колпачков с целью защиты обнаженного дентина зуба от термических, химических раздражителей и влияния микрофлоры полости рта. И тогда же Вениамин Юрьевич говорил о необходимости открытия циклов по обучению методом обезбоживания на курсах усовершенствования врачей.

«И все-таки жива еще дикая боязнь стоматологического кресла, - пишет Ю. Щекочихин. - Что делать? Вениамин Юрьевич считает: необходимо обезбоживание. Стоматолог — тот же хирург. Режет живые ткани. Ну, не скальпелем, а все же живые. Так почему же остерегаются некоторые врачи местного наркоза!» Сегодня практически все стоматологи работают с обезбоживанием. А тогда, тридцать лет назад, Курляндский одним из первых настойчиво во всех направлениях зондировал пути обезбоживания: лазер, психологическая подготовка, местный наркоз...

В 1957 году выходит книга В.Ю. Курляндского *«Зубочелюстные аномалии у детей и методы лечения (ортодонтия)»*. В монографии представлена клинко-морфологическая классификация зубочелюстных аномалий, в основе которой лежит взаимосвязь формы и функции, что очень важно для клиники. Именно эта монография в машинописном варианте, переведенная на испанский язык, была распространена среди специалистов в Аргентине.

В.Ю. Курляндский подробно рассматривает вопросы этиологии, патогенеза, профилактики, клиники и лечения аномалий зубочелюстной системы. Вениамин Юрьевич широко применял ортодонтическое лечение не только детей, но и взрослых. Научное обоснование и совершенствование методов ортодонтического лечения при сформированном прикусе развилось благодаря его работам.

Вопросам ортодонтического лечения под руководством В.Ю. Курляндского посвятили свои исследования более 20 аспирантов, ординаторов и соискателей.

Характерной особенностью деятельности В.Ю. Курляндского является то, что он всегда остро чувствовал необходимость постановки и решения той или иной проблемы именно в данный период. Как раз в послевоенный период ощущалась огромная потребность в ортодонтической помощи детям и взрослым, поэтому неслучайно Вениамин Юрьевич обращается именно к этой проблеме. К тому времени профессор В.Ю. Курляндский приобрел достаточный опыт в преподавании ортопедической стоматологии и почувствовал острую необходимость в создании современного учебника. В 1958 году выходит в свет учебник *«Ортопедическая стоматология»*, в который были включены все новейшие разработки. В 1959 году на заседании ортопедической секции Московского общества стоматологов совместно с методическим кабинетом Министерства здравоохранения СССР и представителями Государственного издательства «Медицинская литература» было проведено обсуждение этого учебника. Выступали заведующие кафедрами Казанского, Калининского, Ташкентского, Московского и других институтов страны. Профессор И.М. Оксман отметил, что автор по-новому освещает некоторые вопросы диагностики и показаний к выбору методов ортопедического лечения, отказавшись от прежних узких представлений ортопедической терапии по замещению дефектов зубного ряда. Материал в учебнике изложен с позиции современного

учения о функциональной патологии, степени поражения опорно-двигательного аппарата зубочелюстной системы и ее сохранения.

В разделе «Антропометрические закономерности строения лица у взрослого» автор на основании своих исследований предложил схему «типов лица». В главе о зубочелюстных аномалиях у детей он раскрывает пути развития ортодонтии и высказывает свое мнение о сроках применения этого вида лечения, целесообразности начала лечения в молочном прикусе.

Впервые в учебнике по ортопедической стоматологии прослеживается влияние препарирования на жизнедеятельность тканей зубов и их ответных реакций.

При обсуждении учебника ассистент стоматологического факультета Познани (Польша) С.Ю. Влох сказал, что главной ценностью учебника является единство теоретических установок и их практического внедрения. Профессора А.И. Евдокимов, И.М. Старобинский, А.Т. Бусыгин отметили, что в учебнике расширено физиологическое направление, прослеживается связь ортопедической стоматологии с общей медициной, некоторые разделы являются оригинальными (протезирование беззубых челюстей, челюстно-лицевая ортопедия, ортопедическое лечение при пародонтозе).

После первого успеха Вениамин Юрьевич готовит учебник к переизданию. В конечном итоге учебник переиздавался четыре раза у нас в стране (1958, 1962, 1969, 1977) и за рубежом на французском, английском, испанском языках.

15 марта 1961 года Курляндский получил письмо из Китая, в котором профессор стоматологического факультета Пекинского медицинского института Мао Се-Цинь писал: *«Ваш труд "Учебник по ортопедической стоматологии" перевели на китайский язык сотрудники Сычуаньского педагогического института, но еще не издали»*. Однако вскоре в Китае прогремела «культурная революция», которая огненной колесницей прокатилась по науке и культуре страны, и сведений о дальнейшей судьбе учебника нет.

ШКОЛА КУРЛЯНДСКОГО

В статье «Школа Курляндского» профессор В.Н. Копейкин писал: «Глубокая эрудиция, высокий профессионализм, организаторские способности, лекторский талант, прекрасные человеческие черты характера, беспредельное трудолюбие определили его огромный авторитет и уважение не только среди учеников, последователей и единомышленников, но и среди открытых и скрытых противников.

В.Ю. Курляндский силой своего научного мышления, благородства и щедрости своего таланта не только создал школу, но существенно изменил отношения медиков, медицинской общественности к ортопедической стоматологии, к врачам ортопедам-стоматологам, повлиял на будущее нашей специальности».

Что такое школа в научном понимании этого термина? НА этот счет существует не одно мнение.

Главное, что характеризует научную школу, это прежде всего:

- Наличие лидера. Выдающегося ученого, продуцирующего новые идеи в определенной области научного знания.
- Идеи, взрывающие установившиеся представления и направляющие научные знания по новому руслу. Один из ведущих физиков мира Нильс Бор называл такие идеи «сумасшедшими идеями». Но именно они двигают науку вперед. О Курляндском говорили, что его идеи проходили классический путь от «этого не может быть» до «кто же этого не знает».
- Создание научных направлений, в русле которых находит развитие и происходит реализация идей.
- Наличие учеников, последователей, включенных в сферу понимания, развития и реализации идей.

- Наличие публикаций: учебников, монографий, статей, автором которых является лидер школы, его ученики и последователи.
- Как возможный вариант: воплощение теории в практике.
- Объединение лидером единомышленников и учеников с тем, чтобы направить их усилия для развития и разработки своих идей.
- Признание специалистов в данной сфере деятельности.
- Зарубежное признание.

Все эти общие характеристики вполне отражены в научной школе Курляндского.

«Какая разница между ученым и научным сотрудником? - рассуждает А. Воложин. - Они резко отличаются друг от друга. Научный сотрудник берет информацию из книг, от коллег, статей, наконец из опыта. Ученому мысли приходят в голову, причем очень часто без достаточных экспериментальных оснований, данных из литературы и т.д., то есть разница существенная: один сам изучает, интерпретирует, описывает, а другому - приходят в голову идеи, которые потом его ученики, его сотрудники развивают. Вот таким ученым, который формулировал идеи, и Пыл В.Ю. Курляндский».

Очень емко о научной школе В.Ю. Курляндского говорил известный ученый профессор В.Ф. Рудько: «Когда речь идет о большом человеке, тем более о большом ученом, обычно принято говорить о том, что он сделал и чем его дела завершились».

Вспомним о научном пути В.Ю. Курляндского. Интересно остановиться на том, как начинались все его многообразные виды деятельности.

Прежде всего он был не столько исследователем, сколько создателем новаторских идей. Если обычно считается, что у научного работника сначала идут исследования, а потом возводится теория, то у Вениамина Юрьевича Курляндского все было наоборот: сначала рождалась фантазия, из этой фантазии создавалась теория, а потом программировались исследования, подтверждающие и обосновывающие эту теорию. Конечно, почвой этой особенности служила невероятная способность аккумулировать воедино знания, опыт, фантазии, идеи. Его взгляды, его новаторские предложения, честно говоря, сначала казались фантастическими, потом парадоксальными, потом спорными. Отнюдь не везде они встречали понимание специалистов и коллег.

Я помню Вениамина Юрьевича с 1948 года, в том году состоялась итоговая конференция о лечении раненых во время Великой Отечественной войны. Об итогах лечения челюстно-лицевых ранений докладывали известные маститые руководители медицины. Среди этих докладов резко отличалось от всех других выступление молодого врача - Курляндского. Если все подводили итоги успешному лечению челюстно-лицевых ранений при помощи связывания челюстей между собой, то Курляндский резко выступил против этого метода, предложив другой - одно-челюстное шинирование, то есть такие металлические конструкции, которые сразу обеспечивали подвижность челюсти, функцию жевания.

Мало кто поддержал его, кто из уважения, кто по дружбе. Большинство специалистов считали, что это или ахинея, или фантазия, или что-то несерьезное. Но прошло время, и учение о металлических конструкциях, не связывающих челюстей, вошло в учебники. Он выдвигал много новых идей, столь же странных поначалу. Так, его идея о функциональной патологии, вызвала большие споры не только среди специалистов — стоматологов, но и другие ученые считали, что это - нелепость: как это может быть, что патология была вызвана естественной жизнедеятельностью организма? Прошло время - и понятие «функциональная патология» стало восприниматься все более и более: широким кругом специалистов и, наконец, легло в фундамент стоматологической науки.

Непростой путь внедрения новых идей и предложений повторился и в 50-х годах. Так случилось и с изобретением принципиально нового способа анализа при нарушении опорного аппарата зубов - парадонтограммой, то есть графической фиксацией состояния опорного аппарата зубов. Об этом тоже поначалу говорили, что это чепуха, издевались, измывались, смеялись, потом парадонтограмма вошла в лечебную практику и теперь преподается во всех институтах, где есть кафедра ортопедической стоматологии, широко применяется медиками за рубежом.

Многое было сделано профессором Курляндским и в области стоматологических материалов. В то время, когда основным материалом в Советской стране была нержавеющая сталь, когда все население заковывали в стальные протезы, Курляндский выступил против стали. Он заявил, что этот материал не годится, вреден для здоровья. Золото во рту, что считалось высшим шиком, тоже не лучший материал.

Он выступил с разработками серебряно-палладиевых сплавов, доказав не только их высокое качество, лечебное влияние на организм, но и высокую экономичность в государственном масштабе.

Последнее он высчитывал чрезвычайно оригинально. Он подсчитывал, сколько всего в стране делается стальных протезов. А поскольку они вредны и их следует заменить, то, при замене их на золотые плюс собственные золотые, потребуется сотни тысяч тонн золота.

Отсюда - экономическая выгода внедрения специальных сплавов.

Это, конечно, вольные подсчеты, но суть не в этом. Важно было дать толчок для перестройки сознания, для новых исследований. Вскоре в нашем институте он запретил изготовление стальных протезов. Так он работал.

Его новаторские идеи и предложения были неожиданны, воспринимались как странные, потом оригинальные, потом становились необходимыми.

Большинство специалистов уже выросло и воспитано на школе, созданной Курляндским. Это состояние для них естественно, знания очевидны. Едва ли задумываются над тем, что то, чем они живут в специальности, что они преподают, чем они пользуются, было не так давно придумано когда-то еще молодым ученым - Курляндским.

Это — главное о нем, как о генераторе идей, новаторе, порой фантазере, очень увлеченным и увлекающимся ученым, который умел доказать свое видение науки - стоматологии и в конце концов прочно войти в жизнь со своими идеями. Что касается результатов - они сейчас во всех медицинских программах и учебниках».

Профессор И.Ю. Лебеденко: «Сейчас, когда я стараюсь представить себе главное, что оставил нам Курляндский, трудно остановиться на чем-то одном.

Он был талантливым ученым.

Вот передо мной его авторские свидетельства. Большинство изобретений - это новые материалы, новые методы лечения, новые аппараты и конструкции зубных протезов. Он имеет звание Заслуженного изобретателя СССР. Правда, об этом он уже не узнал: документы пришли после его кончины.

Он написал много книг. Издал несколько атласов, учебников, монографий по каждому разделу стоматологической науки и вообще много трудов по специальности».

Доцент МГМСУ Е.С. Левина: «Следует отметить исключительную жизнестойкость пародонтограммы, которая проверена временем. Вот уже более 50 лет врачи-стоматологи используют данные пародонтограммы при выборе конструкции ортопедических аппаратов (мостовидных и бугельных протезов). Аспиранты, сегодня представляя к защите научные работы, выполненные на самом современном уровне, в предложенных практических рекомендациях, базируются на данных, полученных по результатам "амфодонтограмм"».

С одной стороны, Курляндский чрезвычайно ценил время и призывал к этому своих учеников и сотрудников, а с другой стороны, он никогда не отказывал им в общении, никогда не говорил: «Я занят».

«Время не ждет, - напутствовал он выпускников 1976 года. - Какая медицинская специальность лучше? Подчас этот вопрос остается нерешенным и в первые годы после окончания института. Ответ на него, по моему убеждению, таков: лучшая специальность та, которой хорошо владеешь. Это я проверил на своем жизненном опыте.

Мальчишкой 14 лет «без отрыва от средней школы» я стал обучаться зубопротезной технике. Затем шесть лет работал по этой специальности.

Мысли о высшем образовании не покидали меня, и я поступил в 1-й Московский медицинский институт. Получив диплом, я стал работать общим врачом в воинском подразделении. Дел в стационаре и амбулатории хватало, помимо этого я начал писать кандидатскую, так что о стоматологии как-то не вспоминал.

Через два года после окончания института защитил диссертацию.

Мой учитель профессор И.Г. Лукомский, узнав о защите, предложил мне вернуться в стоматологию (в бытность свою студентом я работал стоматологом-протезистом).

Я с радостью согласился. Нельзя сказать, что мне не нравилась прежняя специальность. Нравилась, но к ней, наверное, не было призвания. Так я во второй раз стал стоматологом, и не жалею об этом. Если бы все пришлось начать сначала, я бы не изменил своего выбора.

Стоматолог - очень широкая медицинская специальность. Она стоит на стыке многих наук. Помимо медицинских знаний она требует умения разбираться в технологических, химических и многих, многих других процессах. Поэтому, дорогие выпускники, мой вам совет: выбрав себе такую нужную, сложную специальность, неустанно совершенствуйтесь в ней. Не упускайте драгоценного времени».

Работы профессора В.Ю. Курляндского были широко известны за рубежом. Его избрали почетным членом ассоциации стоматологов Франции, почетным стоматологом Болгарии, Польши, членом редколлегии международных профессиональных журналов, неоднократно приглашали нести международные конгрессы стоматологов.

Представитель фирмы медицинского оборудования Загона (Германия) Андреас Бухард рассказывал:

- Мне было известно, что в процессе обучения в стоматологическом университете в Майнце обращаются к трудам профессора Курляндского. Но мне было интересно, знают ли его практики. В Берлине и других городах я обратился в частные кабинеты и убедился, что он очень хорошо известен специалистам.

Отдыхая в Югославии в 60-х годах, Вера Васильевна Беленькая, друг семьи, вынуждена была обратиться в частный стоматологический кабинет: внезапно разболелся зуб. Стоматологу она представилась как сестра В.Ю. Курляндского. Медицинская помощь была ей оказана сразу же и бесплатно. Врач попросил передать привет профессору и визитную карточку.

КАК ОН РАБОТАЛ С УЧЕНИКАМИ

Профессор А.И Воложин вспоминает.

«Допустим, аспирант или соискатель, я уже не помню кто (их было очень много) докладывает Вениамину Юрьевичу о результатах исследования. Рассказывает устно, показывает графики, таблицы. Курляндский слушает как бы невнимательно, а потом говорит: «У тебя здесь допущена достаточно серьезная ошибка. Либо ты неправильно рассчитал, либо взял не тот контингент. Ты не выполнил полностью моего поручения». Аспирант спрашивает: «Как же так? Я вроде выполнил всю работу». «Нет,- говорит он, - если ты возьмешь таких пациентов, посмотришь таким методом, подумаешь вот об этом, то у тебя должны получиться совершенно другие результаты». «Какие?» Вениамин Юрьевич в виде предложения, не настаивая на своем, говорит о том, что должно получиться, исходя из той идеи, которая заложена сейчас и будет развиваться дальше.

И вот через полгода - год этот же аспирант приходит и показывает новые таблицы, новые результаты, выполненные с теми коррективами в методическом плане, которые ему были предложены.

И на самом деле все предположения оправдываются. Так, насколько я помню, было при изучении влияния металлов на организм».

Проблемам преподавания Вениамин Юрьевич уделял большое внимание и неоднократно ставил вопрос об увеличении количества часов на чтение лекций и проведение практических занятий, чтобы студенты имели возможность принимать больше больных на занятиях. Он считал, что подготовка стоматолога гораздо сложнее, чем врача другой специальности, так как, кроме теоретических и практических знаний, он должен овладеть и мануальными навыками.

На IV Всесоюзном съезде стоматологов в 1962 году, на I Всероссийском съезде в 1965 году он подчеркивал, что надо решать проблему специализации врачей, для чего необходимо открыть самостоятельные кафедры ортопедической, терапевтической и хирургической

стоматологии, анестезиологии и реаниматологии, по усовершенствованию врачей. Факультет специализации и усовершенствования врачей в ММСИ начал свою деятельность в 1968 году (приказ МЗ РСФСР № 151 от 24 мая 1968 года). В настоящее время на факультете самостоятельно функционируют различные стоматологические кафедры, какие предлагал Вениамин Юрьевич еще в 1962 году. В последнее время только на стоматологическом отделении ФУВ, созданном также при его участии, усовершенствование проходят более 5000 врачей-стоматологов ежегодно.

Сам Вениамин Юрьевич блестяще читал лекции. Их посещали не только студенты, но и преподаватели, аспиранты, ординаторы, врачи. Ни одна его лекция не повторялась, они отличались глубиной изложения, включением новейших результатов исследований, показом учебных фильмов, диафильмов по различным темам.

Из интервью журналиста Ю. Щекочихина с В.Ю. Курляндским.

«Призвание - это прежде всего профессиональная подготовленность. Да, конечно, медицину надо почувствовать. Так, чтобы не бояться никакой, даже, может, и не самой приятной работы.

Только вот любимая специальность - это та, которой лучше всего владеешь. Это я говорю и тем нашим студентам, которые только что поступили в ММСИ. Работать, работать, работать. По программе и сверх программы. Спорить. Сомневаться. Мыслить - основной процесс для врача. Медицина все-таки не точная наука.

Вот какими словами ученый заключил беседу.

Правда, я задал еще один вопрос: "Не мешает ли педагогическая деятельность и административная - главной, исследовательской, научной?" Он ответил так: "Для педагога, для преподавателя вуза научные исследования не только желательны: обязательны, необходимы. Мало того, что он сам обеднит себя, — обеднит студентов, если перестанет исследовать.

А я - прежде всего педагог"».

Вот так цепочка ученый—педагог—врач—исследователь—ученый не прерывается, звенья переплетаются и дополняют друг друга.

Но скорее всего, он был все-таки ученым с широкой эрудицией, владеющий научным мышлением, мгновенным анализом.

Известный ученый-антрополог и скульптор М.М. Герасимов, разработавший методы восстановления лица по черепу, неоднократно обращался к В.Ю. Курляндскому за консультациями.

«Однажды, отправляясь на такую консультацию он взял и меня, - рассказывает доцент А.В. Белолопоткова. - В лаборатории у Герасимова в тот день собрались ученые разных профессий. Герасимов демонстрировал свои экспонаты и комментировал их. Это были первые исследования, первые итоги. Информация была неожиданная, удивительная. Было очень интересно.

Курляндский внимательно осмотрел один из экспонатов - череп Ивана Грозного, по которому М.М. Герасимовым был сделан бюст - скульптурный портрет - и вдруг сказал:

- А у Грозного-то был рахит! - и объяснил присутствующим, по каким признакам это можно определить.

Как всегда, его мнение было интересно ...и, как часто бывало, парадоксально».

Курляндского мы знаем как ученого, организатора, педагога, но забываем о том, что он был блестящим врачом. И в отличие от иных узкоспециализированных стоматологов, виртуозно владел всем: и терапией, и хирургией, и протезированием, а также мог изготовить протез как зубной техник. Он был замечательным клиницистом.

Сетую на нехватку времени, Курляндский не раз с сожалением говорил:

- Хорошо бы записать консультации больных и издать отдельной книгой. Каждый раз встречаются очень интересные случаи, которые могут быть исключительно полезны и поучительны во врачебной практике.

Несколько случаев из его практики.

Как-то на консультации ему показали больного. Это был очень известный генерал Я., и врачи очень осторожничали, но никак не могли понять, что того не устраивает в протезах. Курляндский взглянул и спросил у генерала:

— У вас нет головных болей?

Оказалось, что последнее время генерала мучают страшные головные боли. По этому поводу он даже лежал в госпитале. Но врачи не сумели помочь.

— Немедленно снять протезы! — резюмировал Курляндский.

Он сделал генералу конструктивно другие протезы, и головные боли у пациента исчезли. Заслуженный врач России П. Падарьян писал: «Вениамин Юрьевич был смелым экспериментатором и тонким диагностом. Несмотря на это, во время консультативного приема на безоговорочные решения о плане лечения кого-либо из коллег мог сказать:

— Вы счастливее меня, вам все ясно, а мне вот неизвестно, что делать.

Решение к нему приходило после изучения дополнительных диагностических данных, при повторных встречах с больным.

Он неоднократно замечал, что «чем больше и глубже мы познаем суть патологических процессов, тем больше возникает нерешенных проблем». С горьким юмором повторял:

— Как было хорошо, когда мы мало знали. Все было ясно и просто.

Вспоминается, как однажды после публикации одной из его монографий в печати появилась весьма нелестная рецензия ведущего профессора-стоматолога, старшего по возрасту человека. Вениамин Юрьевич не стал отвечать рецензенту. На вопрос «Почему?» ответил: «Рецензент крупный ученый своего времени. Мой ответ не изменит его позиции. Главное - он мой учитель».

Одним из обязательных параметров определения научной школы является воспитание учеников и наличие последователей.

Если задуматься, сколько же в действительности было учеников у профессора Курляндского? Его ученики и последователи защитили более 100 кандидатских и докторских диссертаций.

25 лет он читал лекции студентам, обращая их в свою стоматологическую веру. Сколько их могло быть за эти годы? Кроме того, студенты, аспиранты и ординаторы на кафедре в Перми на заре его юности.

Еще врачи-коллеги, которых он также приобщал к науке, в госпитале, в ЦИЭТИНе, во время консультаций больных.

А также учебники, атласы на разных языках, тоже созданные для обучения специальности.

Так как же сосчитать учеников школы Курляндского?

ШТРИХИ К ПОРТРЕТУ

«На меня произвело большое впечатление то, что однажды сказал преемник В.Ю. Курляндского по кафедре, тогда еще доцент, а затем член-корреспондент РАМН В.Н. Копейкин, - вспоминает С.В. Курляндская:

- Ты понимаешь, пока мы осваиваем то, что создал профессор Курляндский, для него это уже пройденный этап, он уже далеко впереди. Он уникальный ученый-стоматолог, но если бы он был химиком или, к примеру, физиком-ядерщиком, я уверен, он и там бы достиг вершин науки».

Из выступления проректора ММСИ доцента Л.И. Гиллера на 90-летию В.Ю. Курляндского:

«Вениамин Юрьевич Курляндский был не только великий стоматолог, но и великий человек. Как ученый, он генерировал идеи, будоражил стоматологическую мысль и стоматологическую общественность.

Без него в стоматологии было бы скучно.

Он знал, чувствовал проблемы стоматологии. Если иные стоматологи живут своим «участком» в специальности, он видел проблемы в стоматологии глобально. Это касалось не только создания советской школы стоматологии, но он выходил в правительство с идеями реорганизации существующего в стране производства техники, инструментов и материалов.

Как ученый, производящий идеи, он очень часто встречал и противодействие. Это только в романах научные споры решаются корректно. В жизни иначе. Курляндский порой выдерживал жестокие «битвы» с оппонентами. Мы тогда были молодыми, и не раз видели, как он приходил после очередной конфликтной ситуации удрученный, расстроенный. И тем не менее, внешне он никак не реагировал на грубые выпады. Это теперь с «высоты» своего возраста и как врач, я понимаю, каких усилий, какого напряжения ему стоило выглядеть спокойным и невозмутимым.



1948 - J. J. [Signature]



Ю. И. Курляндский
с детьми:
Вениамином и Фирой.
1915 год. Ставрополь.

Вениамин и Нина
Курляндские,
Николай и Ева
Неклюдовы.
1934 год.





Н. Ф. Курляндская. 1933 год.



В. Ю. Курляндский. 1934 год.



Профессор
И. Г. Лукомский.



В. Ю. Курляндский
с дочерью Светланой.
1935 год. Харьков.





Сотрудники кафедры
ортопедической
стоматологии.
1939 год. Пермь.



Семья Курляндских
у уличного фотографа.
1938 год. Москва.



В. Ю. Курляндский среди сотрудников и раненых. Челюстно-лицевой госпиталь. 1943 год. Москва.

Начальник челюстно-лицевого госпиталя Ю. Г. Эпштейн и начальник отделения В. Ю. Курляндский среди сотрудников.



Доцент В. Ю. Курляндский

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД
ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ
ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ



МОСКВА - 1944



С аспирантом из Польши. 1960 год. Москва.

В кругу польских коллег.





На конгрессе румынских стоматологов.





Экскурсия к озеру Рица. Кавказ.



Рижское взморье. 1947 год.



Профессор А. И. Жоров. Фото В. Ю. Курляндского.

Круиз по Волге. В. Ю. Курляндский с женой.





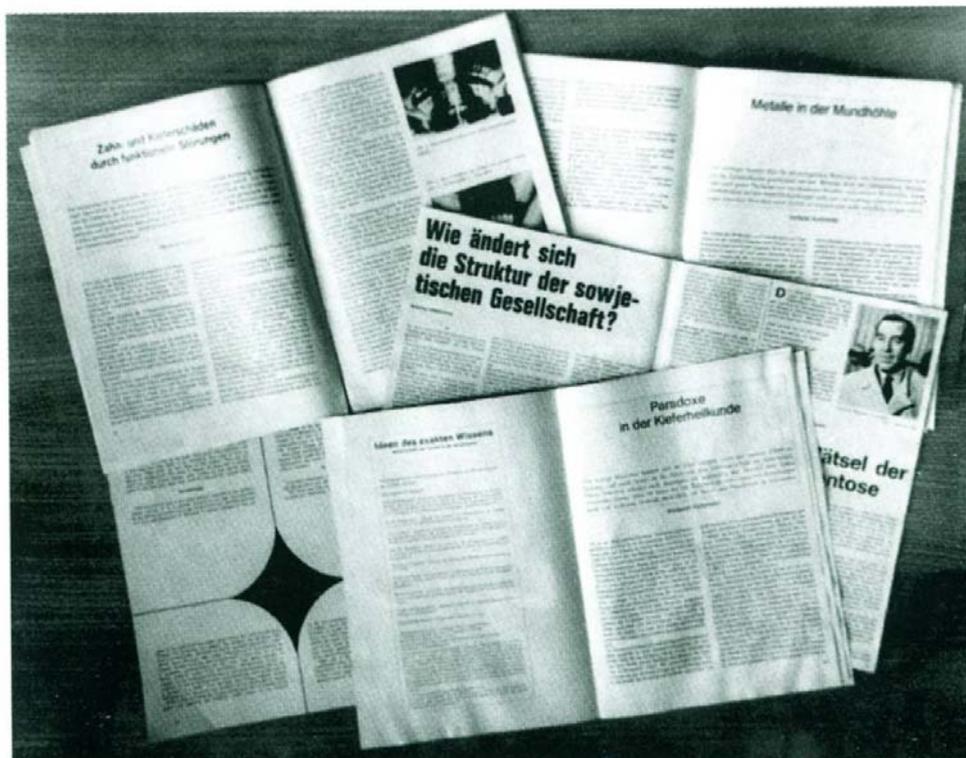
Первая в стране ультразвуковая стоматологическая установка.

Профессор В. Ю. Курляндский с сотрудниками кафедры ортопедической стоматологии ММСИ. 1958 год.



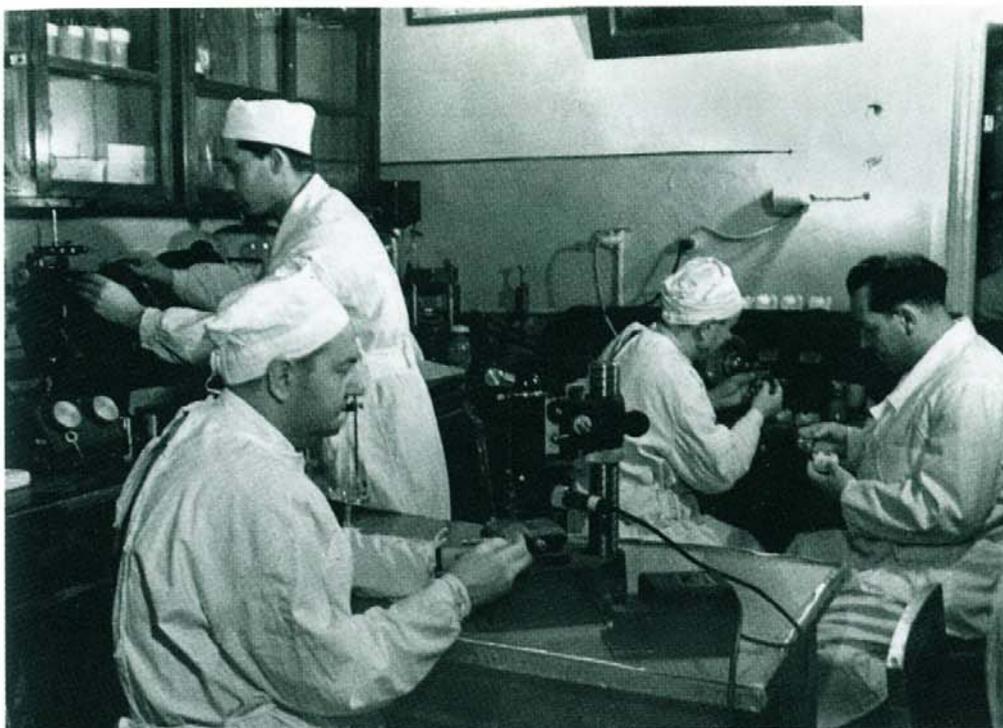


Труды профессора
В. Ю. Курляндского,
опубликованные
за рубежом.





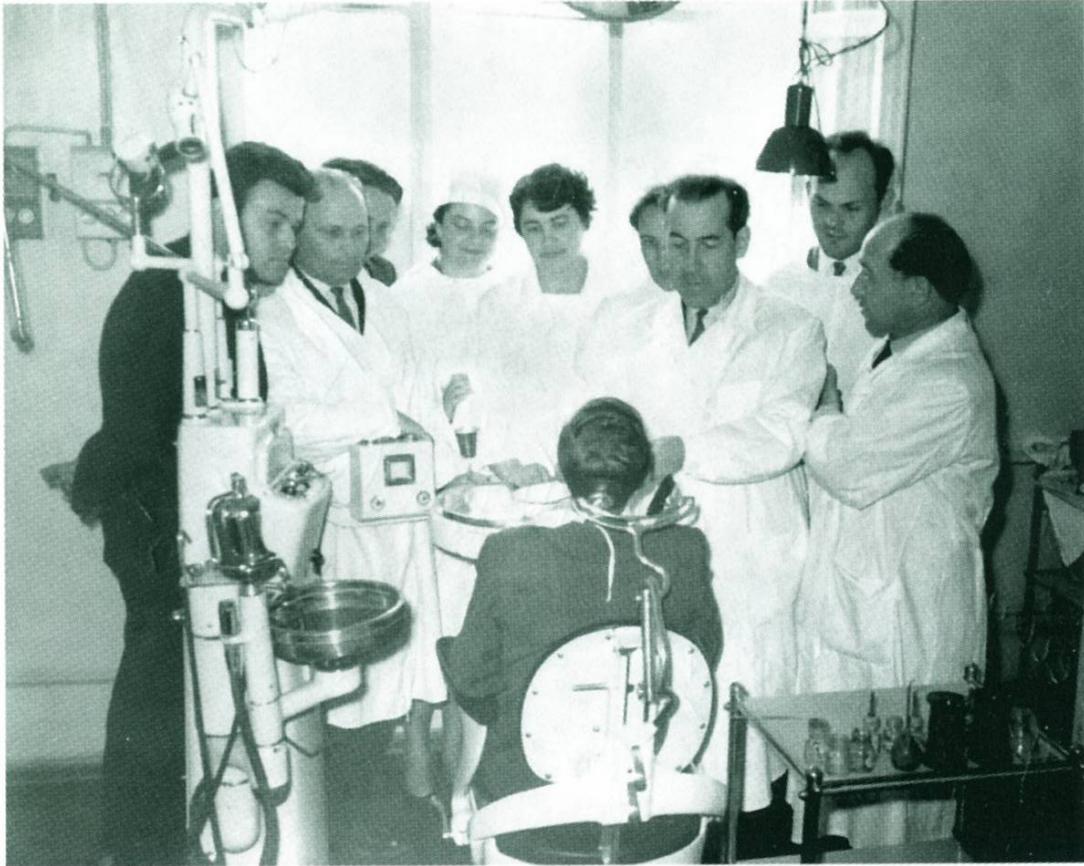
В зуботехнической лаборатории кафедры. 1960-е годы.



Научно-исследовательская лаборатория кафедры. 1959 год.

В зуботехнической лаборатории кафедры «ИВОСТОМ». 2000-е годы.





Консультацию больного проводит профессор В. Ю. Курляндский.

Среди делегатов съезда стоматологов Закавказья.



Он даже отшучивался: «Шумная критика - это тоже реклама».

У него еще была любимая притча: «Жили-были двое известных ученых. Один писал научные статьи и книги, а другой его научно критиковал. И оба они были популярны. И вдруг один из них - генератор идей скончался, и потихоньку ушел в забвение его постоянный оппонент: ему уже нечего было критиковать, не было поставщика идей».

И жизнь показывает: не стало профессора Курляндского — и наступила тишь и благодать, а в науке, когда нет взрыва идей, это не лучшее ее состояние. Профессор не давал нам застаиваться и сам много работал, он потрясающе много и увлеченно работал!

И несмотря на серьезный возраст, на нездоровье, он не жил для себя, он жил для науки и в науке, жил для кафедры, для учеников.

Он был человеком с юмором. Юмор любил тонкий, интеллигентный и не любил грубых шуток и анекдотов.

Щедро делился знаниями. Был неподдельно счастлив за всех нас, если работа и жизнь нам удавались.

Переживал, если у нас что-то было не так.

1976 год. У меня был день рождения, который совпал с не лучшей полосой в моей жизни. Дома вечером собрались только близкие. Вдруг в 10 часов вечера раздался звонок в дверь. Это был Вениамин Юрьевич.

Оказывается, он вспомнил про мой день рождения, когда вез семью на дачу. Зная, что у меня невзгоды, он пересадил всех в такси, а сам уже из-за города вернулся, чтобы поздравить и поддержать.

Он был довольно жестким по делу, вступая в дискуссии с нами. Чаще всего убеждал. Но и поощрял. Если у тебя хорошо двигалась наука, он мог сократить количество педагогических часов; если случались жизненные ЧП, также всячески шел навстречу.

Вениамин Юрьевич был человеком большой души, любил свою кафедру, нас, любил собирать нас на научные конференции, переживая наши защиты диссертаций, а их было немало, счет перевалил за сто. Мы любили его».

Из воспоминаний доцента З.Г. Есеновой.

«Профессор Курляндский Вениамин Юрьевич был моим Учителем. У него я училась в клинической ординатуре, целевой аспирантуре. Годы, проведенные рядом с таким человеком, не только остались в памяти, они определили и всю мою дальнейшую жизнь.

В то время личные драмы преследовали меня одна за другой. Тяжело заболел муж, двое маленьких детей. Они в Осетии, а я учусь в Москве, вернее, мечусь между домом и институтом. Трагически погибает брат, умирает мама. А я учусь, работаю, пишу диссертацию в Москве. Я выдержала и встала на ноги только благодаря поддержке профессора - своего руководителя. Когда полностью охватывало отчаяние, он заставлял работать, давал свободное время для устройства моих дел и всегда ими живо интересовался. Прошли годы, и я еще отчетливее понимаю, что без его мудрого и дружеского участия я бы не справилась.

С ним было легко работать. Он был всегда в хорошем настроении, доброжелателен, бескорыстен. Он был человеком с юмором, заразительно смеялся. В общении мог недовольство кем-то или чем-то высказать в шуточной или иронической форме. Он никогда не позволял себе унижить чье-либо достоинство. Наоборот, он говорил, что все мы готовы быть заведующими кафедрой. Это нас вдохновляло, заставляло еще больше трудиться и совершенствоваться в области стоматологии.

Вениамин Юрьевич хорошо разбирался в людях, каждому он подбирал дело по способностям: один больше успевал в науке, другой - в педагогике, третий - в исследовательской деятельности, поэтому все добивались успеха. Он был не только большой демократ, но и интернационалист.

Среди его учеников были представители разных национальностей Советского Союза. Сегодня многие из них заведуют кафедрами или преподают в медицинских вузах стран СНГ. У него тогда учились москвичи - Геннадий Большаков, Валентина Хватова, Борис Марков (теперь они доктора наук, профессора); с Украины Виталий Миликевич, впоследствии тоже доктор наук, он трагически погиб несколько лет назад; из Белоруссии Леонид Величко; из Армении Эдуард

Киликян и Эдуард Геворкян; из Ставрополя Ольга Валенкова и Борис Мироненко; из Ингушетии Магомет Максудов; из Осетии - я.

Он создал уникальный коллектив. И для каждого из нас у него находилось место в его душе. Ко всем он относился одинаково и всем помогал.

Мы жили большой кафедральной семьей; ценили друг друга, любили друг друга, помогали друг другу. А В.Ю. Курляндский остался в моей памяти как один из самых ярких, светлых, мудрых, доброжелательных людей, каких я больше не встречала в своей жизни».

В наш век с сумасшедшим темпом жизни иногда теплые человеческие отношения, чувство симпатии и даже дружбы друг к другу выливаются не столько в частое общение, сколько в ощущение, что такой человек существует, он есть и всегда рядом. Сегодня это признак истинно дружеских чувств.

Признаемся, что даже редкие встречи с друзьями или приятными и интересными людьми больше греют душу, чем застолья, общение с людьми, что тоже бывает, чуждыми по духу или интересам.

Очень точно о современном общении сказала Нина Федоровна Курляндская, увидев свою приятельницу, дающую интервью по телевизору, и удостоверившись, что та неплохо выглядит и довольна жизнью:

- Прежде мы общались с помощью писем. Как приятно было получить письмо! Потом по телефону. А теперь - по телевизору.

«Мы не так уж часто встречались с Вениамином Юрьевичем домами.

Но по делу часто. Вениамин Юрьевич был замечательным ученым, увлеченным своим делом человеком. Он болел за свое дело, и ему всегда были видны перспективы стоматологии, когда другим они были непонятны.

Я ему помогал осуществить внедрение металлов, заменяющих золото...

А как врач он меня спас. На десятки лет сохранил мне все зубы, хотя другие врачи, пока я не попал к нему на консультацию, собирались удалить почти все...» Это вспоминает Николай Константинович Байбаков - бессменный Председатель Госплана СССР, если не считать пары лет агонизирующего существования Советского Союза в начале перестроечного периода, когда его сменил на посту председателя его заместитель Н. Рыжков.

Жизнь Николая Константиновича это, скажем, зеркальное, но положительное отражение эпохи. Он всегда был в гуще событий, как комсомолец, увлеченный идеей, как комсомольский руководитель, как политический деятель. К слову сказать, когда началась перестройка, множество сподвижников Сталина и политических деятелей времен Союза подвергались обструкции в печати: печать просто захлебывалась от выплескивания компромата на бывших «неприкасаемых». Н.К. Байбаков был одним из немногих, кого не коснулась критика.

А он был почти с юных лет в «руководителях». Не раз встречался со Сталиным, собственно Сталин и поставил его руководить нефтяной промышленностью. По образованию Байбаков был нефтяник.

Николай Константинович в дружеской беседе как-то рассказал Курляндскому, как это было.

Однажды его, еще совсем молодого человека, вызвал к себе Сталин.

Байбаков был приглашен к нему в кабинет. Когда он вошел, в первый момент он никого не увидел.

Сталин сидел высоко на лестнице возле книжных полок и листал книгу. Поскольку он сидел высоко, взгляд вошедшего невольно упал ему на ноги. Обут Сталин был в мягкие сапоги с аккуратно вырезанными дырочками на мизинцах. Сталин пояснил: чтобы мозоли не болели.

Он спустился вниз и проницательно посмотрел на взволнованного, если не сказать перепуганного, Байбакова. А непредсказуемости Сталина боялись все.

- Я пригласил Вас, - сказал Сталин, - чтобы назначить Вас наркомом нефтяной промышленности. Как Вы думаете, каким должен быть нарком?

Байбаков начал перечислять: профессионалом, ответственным, любящим свое дело и т.д.

- Нарком прежде всего должен иметь бичачьи нервы, - сказал Сталин.

Впоследствии, когда стало можно, Байбаков описал эту сцену в своей книге.

Рассказывает Нугзар Борисович Журули, доцент, главный врач клинико-диагностического центра МГМСУ:

«Мне, наверное, повезло больше чем другим. Я много общался с Вениамином Юрьевичем в неформальной обстановке.

Когда я учился в аспирантуре, мне часто приходилось с группой спортсменов выезжать на соревнования (я - мастер спорта). Вениамин Юрьевич живо интересовался спортом и с удовольствием беседовал со мной после поездок, и вообще, спортивная информация из первых рук его крайне интересовала. Кроме того, у меня была машина, а значит, я был мобильный. Иногда подвозил Вениамина Юрьевича по делам. Иногда мы с женой приезжали к нему на дачу или домой, там обсуждались главы моей диссертации. Вспоминается теплая атмосфера у него дома. Импровизированные ужины в уютной небольшой кухне. Радущие Нины Федоровны. «Вот бы вернуть те времена», - говорит моя жена, когда мы вспоминаем прошлое.

Удивительных личных качеств был Вениамин Юрьевич.

Когда я защищал диссертацию, на Ученом совете при голосовании два голоса были против (из двадцати).

- Не расстраивайся, - сказал мне Вениамин Юрьевич, - это не тебе бросили черные шары, а мне.

- Почему же вы тогда своим научным противникам не бросили черные шары. Остальные защищающиеся получили по 20?

- Я никогда этого не делаю, - ответил он, - диссертанты не виноваты, что их руководители не могут найти общий язык.

Вспоминается еще один случай, когда профессор проявил себя поддерживающим людей, стремящихся в науку.

Выступая оппонентом на Ученом совете по докторской Вениамин Юрьевич оценил только положительные моменты диссертации, а потом заключил:

- О недостатках работы я уже рассказал соискателю в личной беседе.

Подобные истории о нем распространялись мгновенно, и мы уважали и любили его еще больше. Вениамин Юрьевич был человеком замечательного чувства юмора, я уже не говорю о любви к шуткам, розыгрышам, анекдотам.

Вот сценка с государственного экзамена.

Выпускник что-то отвечает по учебнику Курляндского - путается. Экзаменатор спрашивает:

- О лекциях Курляндского вы хоть слышали (а он обязан был их посещать во время учебы)?

- А как же, - вдохновляется студент, - только он давно умер.

Экзаменатор аж на стуле подскочил и стал требовать от комиссии поставить двойку. Курляндский, присутствовавший в комиссии, поинтересовался, в чем дело. Возмущенный экзаменатор рассказал. Как же хохотал Вениамин Юрьевич:

- Судьба классика! Известен после смерти!

Или другой случай, тоже на госэкзамене.

Отвечает студентка из Китая. Мнется, запинается. Вениамин Юрьевич слушал, слушал, а потом говорит:

- Вам по-русски отвечать трудно, давайте то же самое по-китайски.

Девушка преобразилась и зачастила. Вениамин Юрьевич поставил ей пятерку.

- Профессор, вы ведь не знаете китайского! - сообразил кто-то в комиссии.

- Вы же слышали, как быстро и уверенно она отвечала. Наверное, знает!

Он придерживался принципа: лучше о человеке думать хорошо, чем плохо.

Однажды профессор получил двойку.

На кафедре было нововведение - поставили машину информационного контроля с ответами «да» и «нет» и оценками ответов.

Вениамин Юрьевич сказал:

- Сначала попробую я.

Он нажал одну кнопку, другую - и машина выдала ответ «два». Все, кто был рядом, пришли в восторг.

- Этого нам не надо, - сказал Вениамин Юрьевич, - будем со студентами беседовать живьем.

И машину задвинули в дальний угол.

Вениамин Юрьевич был очень интеллигентным и корректным человеком. Он всегда был как бы нацелен на то, чтобы поддержать, протянуть руку помощи, вселить уверенность в собственных силах. Когда он вел консультации, обсуждал с врачами больного, он никогда не позволял себе при больном поправить врача, сделать замечание, осудить неправильно выбранный план лечения заболевания и отсюда неверный путь лечения. Он просил больного выйти, очень корректно объяснял ошибку и подсказывал правильное решение».

Вспоминает А.И. Воложин, заведующий кафедрой патофизиологии МГМСУ, в то время заведующий лабораторией:

«Интересно было наблюдать за Вениамином Юрьевичем на Ученом совете. Создавалось впечатление, что в течение всего совета он дремлет, но у него идеально работал сторожевой центр. Если была слышна фальшь или ложь, или высказывалась точка зрения, с которой он был не согласен, он тут же открывал глаза и выдавал такую реплику, которая иногда была наотмашь. Оказывается, он все слышал с самого начала и разбирался в вопросе лучше, чем те, кто слушал, изображая предельное внимание. Я не буду называть профессоров, которые проявляли беспринципность, в том числе по отношению к нему, но он это хорошо понимал и очень остро на это реагировал, причем вслух, при всех. Он не боялся этим наживать врагов. Если о нем говорили недоброжелательно за его спиной, то он никогда не пользовался таким методом. Он говорил открыто при всех. Он был воин. Если он знал, если он чувствовал свою правоту, причем правоту в вопросах принципиальных, он не останавливался ни перед чем и выступал всегда объективно, никогда не шел на компромиссы.

Об одном беспринципном выступлении он говорил однажды с трибуны Ученого совета так: 'Тут коллега, выступая, был похож на одного оратора, который, к примеру, рассказывая о вазе, сказал, что ваза круглая. Но услышав реплику из зала, тут же поправился и объявил, что ваза, скорее, овальная, чем круглая. Опять реплика из зала. Оратор быстро реагирует: "Конечно если внимательно посмотреть, то ваза определенно квадратная". Говорил Курляндский это коллеге в лицо. И этот эпатаж означал: будь честным, не юли.

При всей демократичности Вениамин Юрьевич терпеть не мог когда его обманывали, ненавидел ложь. Если он с кем-то о чем то договорился, он всегда выполнял обещанное. Если же подводили его, он старался с этим человеком больше не общаться. Он говорил: "Если обману;! один раз, больше я ему верить не могу".

Он действительно очень любил шутку, розыгрыши, анекдоты. Можно предположить, что удачная шутка помогала ему в мгновение сбросить усталость, спустить на тормозах напряжение и раздражение.

И еще - шутка, юмор просто доставляли удовольствие.

Маленький эпизод из жизни.

Роман Григорьевич Беленький был директором парка уборочных машин. В Москве тогда от снега убирались не только главные улицы, но и улочки и переулочки, а летом Москва просыпалась подметенная, умытая поливальными машинами. Трава и листья деревьев блестели водяными капельками, а воздух был свежим и напоенным запахами лета. Многие из этих ведающих чистотой машин выезжали из парка Р.Г. Беленького поздно вечером, когда москвичи уже спали, и рано утром, когда москвичи еще не проснулись.

Беленький по тем временам был большим оригиналом. Он построил в своем «парке» спальный корпус для рабочих, которые выходили в ночную смену, чтобы в перерыве они могли отдохнуть, спортивный зал, чтобы могли заниматься спортом, разбил клумбы и посадил цветы.

Курляндский и Беленький были друзьями не один десяток лет. Иногда играли в преферанс. Поиграть заезжал молодой Брежнев, когда прилетал с целины в Москву.

Роман Григорьевич был тоже большим любителем шутки. Нина Федоровна говорила:

- Не знаю, когда Роман шутит, а когда говорит серьезно.

- Сама не знаю, - не без юмора отвечала ей жена Романа Григорьевича Вера Васильевна.

Вот, например, диалог Вениамина Юрьевича и Романа Григорьевича перед отъездом Курляндского на отдых за рубеж с семьей.

Август 1977 года. Утром на дачной веранде за самоваром.

Роман Григорьевич:

— Пока вы будете разъезжать, я проведу звонок в дом, а то у вас в калитку не достучишься, хоть через забор перелезай.

Вениамин Юрьевич:

— Еще купи косу.

Р.Г.: -Зачем?

В.Ю.: - Скосишь траву.

Р.Г.: -Хорошо.

В.К.: - Потом купи козу.

Р.Г.: - А козу зачем?

В.Ю.: - Скошенную траву будет кушать. А Валя будет ее доить. На завтрак у тебя будет молоко. - Подумал и добавил: - Если останется время, убьешь рыжего.

Р.Г.: - Кота, что ли?

В.Ю.: - Зачем кота? Соседа!

Причем оба невозмутимы, как будто все всерьез.

Роман Григорьевич был большой шутник и мечтатель. Он мечтал работать в кино. На заре своей юности даже подвизался у Параджанова.

Кинематографистом он не стал. Его мечту осуществил сын - Григорий Беленький, оператор-постановщик фильмов «Будьте моим мужем», «Человек с Бульвара капуцинов», телесериала «Леди Бомж» и «Леди Босс» и многих других.

ПРОВОКАЦИЯ

Не существовало в мире серьезных ученых, жизнь которых была бы усеяна розами. Путь эволюции науки — это рождение новых идей и их развитие. Научные идеи в момент их возникновения и первого озвучивания, как правило, вызывают неприятие. Этот психологический барьер преодолевается учеными с трудом или остается непреодолимым при жизни (примеров этому немало, вспомним хотя бы геометрию Лобачевского). Причина не только в ретроградстве ученых или консерватизме мышления, но и в том, что сама наука живет по своим внутренним законам развития. Если в литературе или искусстве каждый шедевр («Сикстинская мадонна» Микеланджело или «Война и мир» Льва Толстого) является непревзойденным, то в науке каждое достижение становится основой, платформой для новых открытий и достижений. Мели построить графики в системе координат достижений и времени, то получим следующую картину: в первом случае кривая будет иметь пики взлета, подниматься и опускаться, а во втором - от одного открытия до другого – двигаться по параболе вверх до бесконечности. Каждая идея, теория живы, пока не опровергнуты или не перекрыты новыми, выросшими из предыдущих. Поэтому существует как бы внутреннее сопротивление научных представлений - новому. 'то выражается в жестокой борьбе идей, и это нормальное явление. Даже выскочивший, по легенде, нагишом из ванны Архимед с воплем «Эврика!» не сразу был понят. А Ньютон был известен современникам отнюдь не краеугольной формулой ускорения (история с «упавшим яблоком»), которая долго замалчивалась.

Но борьба идей выражается по-разному, иногда в виде мордобоя, например в Государственной Думе, чему мы были свидетелями, иногда в низменных конфликтах, замешанных на зависти.

Курляндский считал, что борьба научных идей должна нестись в корректной, академической форме.

Это была его позиция.

Так считал он. Но не другие.

Как показало время, теоретические основы ортопедической стоматологии, заложенные В.Ю. Курляндским, живы до сих пор, охватывают основные направления науки, развиваются и сегодня.

Он создал многое. Много не успел. Перед смертью он работал над несколькими научными трудами. Кроме того, ему очень мешали. Например, он боролся против употребления в протезировании стали, вредной для здоровья и разработал специальные сплавы, которые заменили бы сталь.

Десять лет он старался внедрить эти сплавы. И десять лет один провинциальный профессор писал во все инстанции отрицательные отзывы.

Известный ученый-стоматолог не был допущен редактором журнала, профессором Васильевым, на страницы профессионального журнала. Курляндский переживал эту несправедливость, но однажды сказал:

— Возможно, Васильев подтолкнул к написанию книг: так как я не мог публиковать статьи, пришлось писать книги.

Но этого противникам Курляндского было мало.

Из статьи Вадима Николаевича Копейкина («Школа Курляндского»): «Как всегда, вспомним историю, нашлись завистники и противники, которые ополчились не только на новое учение и новые направления, ничего взамен не предлагая, но и ополчились против него самого».

Была организована и проведена масштабная акция по уничтожению Курляндского как ученого и как личности. Вдохновители и организаторы акции нашлись в самом институте.

Вот как это было.

В Омске проходил очередной съезд стоматологов. В день открытия, когда делегаты стали заполнять зал заседания, на каждом кресле они обнаружили экземпляр газеты «Советская Россия» с фельетоном. В этом фельетоне говорилось, что профессор Курляндский использовал книгу Л. Шаргородского, что у своего аспиранта Доронина и зубного техника Апфеля украл идею моделирования процессов сопротивления костных тканей на моделях из эпоксидных смол и моделирования зубов из гипса.

Попасть в фельетон в советское время означало: быть уволенным с работы, исключенным из партии и всячески осуждаемым на всех собраниях, во всех отчетах.

Можно себе представить, скольких нервов, здоровья стоила эта гнусность. Место было выбрано подходящее - съезд, время — день открытия, и каждый делегат «облагодетельствован» номером газеты.

Естественно, в институте создали комиссию, собрали партийное собрание, осудили и постановили...

Два часа сидели в скверике на площади Моссовета под сенью сурового всадника Долгорукого. Председатель Госплана Николай Константинович Байбаков и профессор Курляндский и думали извечную русскую думу: «Что делать?» Байбаков, хорошо знавший, как умело интриги плетут «наверху», сказал: «Надо каяться!» Но дух борьбы был свойственен Курляндскому. Это была не первая несправедливость, с которой ему приходилось сталкиваться. И он решил не сдаваться.

История первая - с Шаргородским. В институте на кафедре ортопедической стоматологии преподавал Лев Шаргородский. Курляндский ему очень симпатизировал и ценил как специалиста, но считал, что для того чтобы преподавать студентам, надо иметь научное звание. Лев Шаргородский писать не умел. Курляндский помогал ему написать диссертацию, а для скорости дал свои книги и учебник, предварительно отметив карандашом куски, которые надо было использовать. Шаргородский их аккуратно переписал, использовал иллюстрации, защитил диссертацию под руководством Курляндского, а (ютом диссертацию издал отдельной книгой, не удосужившись переработать переписанные куски и заимствованные иллюстрации. Потом были переизданы труды Курляндского.

Так части текста из книги Шаргородского полностью совпали с текстами Курляндского.

История вторая — с Дорониным и зубным техником Апфелем. У Курляндского была страсть следить за исследованиями в разных областях науки. Так однажды он познакомился с молодым ученым доцентом Геннадием Хесиным, заведующим лабораторией сопротивления

материалов в Московском строительном институте. Проблемой состояния костных тканей Курляндский интересовался еще со времен войны. И у него возникла идея изучить сопротивление костных тканей челюстей в лаборатории Хесина.

Был подобран подходящий по свойствам материал — эпоксидная смола, в лаборатории была создана специальная аппаратура, и началось исследование.

Курляндский был очень увлечен исследованием. Опыты можно было проводить в лаборатории только в нерабочее время. Каждый вечер в течение нескольких месяцев профессор из института ехал в лабораторию. Работали там допоздна. Однажды, вернувшись часам к 12 ночи, усаживаясь за ужин он сказал жене:

- Я сегодня не очень голодный, меня лаборанты покормили. Знаешь, это очень вкусно - свежий огурец с черным хлебом и сладким чаем!

Опыты проходили успешно, Курляндский был очень доволен. Спустя какое-то время у него появился аспирант, Доронин, которому он и предложил разрабатывать эту тему в диссертации.

В фельетоне было написано, что Курляндский украл авторство у своего аспиранта и зубного техника.

В райком партии парткомом института были переданы материалы партийного собрания, осуждающие профессора-плагиатора. Очень немногие (два-три человека) выступили в защиту Курляндского. Среди них был профессор А.И. Евдокимов.

И жестко и жестоко спланированная акция провалилась. Продажный фельетонист вскоре был исключен из Союза журналистов, на его счету оказались и другие грязные поступки.

Главный редактор газеты «Советская Россия» пригласил к себе Вениамина Юрьевича Курляндского, принес свои извинения за публикацию непроверенных фактов. Он сказал, что в советской прессе не принято давать опровержения, и этого он сделать не может. Он предложил Курляндскому написать статью о стоматологии, которую поместят в «Советской России», и это будет своеобразным оправданием.

Работоспособность Курляндского, плодотворность его идей и трудов были настолько велики, что некоторые ученые, которые были не в состоянии работать столь же эффективно, шли по ложному пути, стараясь всеми силами мешать, клеветать, раздувая заведомо ложные, преднамеренно порочащие ученого факты, старались свалить колосса, видимо, чтобы упрочить свое собственное реноме.

Так, совершенно беспрецедентно, на основании голословных обвинений и подтасованных фактов было трижды в течение месяца проведено голосование о соответствии занимаемой должности заведующего кафедрой. И трижды, несмотря на нажим, совет профессоров поддержал В.Ю. Курляндского. Но каков был агрессивный напор!

«Это было летом. Мы жили на даче, - вспоминает дочь Курляндского. — Тревога висела в воздухе. К нам постоянно навевались друзья и коллеги отца. А его аспиранты Вадим Копейкин, Виталий Миликевич и его жена, тоже аспирантка, Видена Измайлова каждый день сопровождали отца из института на дачу. Он был за рулем и ребята волновались за него.

Впоследствии Вадим Копейкин и Виталий Миликевич защитили кандидатские и докторские диссертации и руководили кафедрами ортопедической стоматологии: В. Копейкин, как преемник Курляндского, в Москве, В. Миликевич - в Волгограде».

Интересно, как он сам относился к заимствованиям.

Однажды, просматривая новую брошюру по стоматологии, Курляндский воскликнул:

- Одна, две, три, четыре страницы подряд, слово в слово, запятая в запятую из моей книги.

- Профессор, что же вы предпримите?

- А ничего! Написано-то все правильно. Курляндскому автор подарил с дарственной надписью учебник по стоматологии, изданный в Тбилиси на грузинском языке:

- Профессор, каково ваше мнение об учебнике?

- Прочитать не могу: не знаю грузинского. Но иллюстрации те же, что и в моем учебнике, и в том же порядке. Наверное, учебник хороший.

ВЗРЫВНАЯ ИДЕЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

В 1961, 1968, 1973 годах выходит «Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии». В 1963, 1970 годах Вениамин Юрьевич выпускает «Атлас по ортопедической стоматологии» (в 2-х томах), который является наглядным материалом для преподавания по всем разделам дисциплины.

В 1972 году В.Ю. Курляндский выпустил «Методические указания к чтению курса лекций по преподаванию госпитальной ортопедической стоматологии», а в 1975 году - методическое пособие «Современные аспекты ортопедического лечения болезней иарондонта».

60-е годы для Вениамина Юрьевича были годами, когда на кафедре стало расти количество диссертаций, защищенных под его руководством.

Апофеозом научной деятельности В.Ю. Курляндского стало его учение о функциональной патологии зубочелюстной системы. Это был сложный период в жизни профессора, испытание для его школы, которую он так бережно создавал. Нашлись противники, которые ополчились на новое учение. Но истина восторжествовала. В 1962 году главный стоматолог Минздрава СССР профессор В.Ф. Рудько на IV Всесоюзном съезде стоматологов в докладе «Состояние и задачи дальнейшего развития научно-исследовательской работы в области стоматологии в СССР» отметил: «Профессор В.Ю. Курляндский в Московском стоматологическом институте обосновал новый подход к оценке роли зубного протеза и разработал проблему функциональной патологии зубочелюстной системы, развивая ее сейчас со своими сотрудниками и многочисленными исследователями».

Термином «функциональная патология зубочелюстной системы» он определил такое состояние зубочелюстной системы, когда функция перестает формировать ее и начинает ее разрушать. Разрушению могут быть подвержены зубные ряды, пародонт, твердые ткани зубов. Функциональная патология зубочелюстной системы может возникать и проявляться в различные периоды развития зубочелюстной системы: в молочном, сменном и сформированном прикусе. В молочном прикусе нарушается формообразование зубов, развивается патологическая стираемость твердых тканей зубов или задержка физиологического стирания зуба. В сменном прикусе нарастает функциональная патология заболеваний зубочелюстной системы, возникшая в молочном прикусе, нарушается формообразование зубных рядов и прикуса, рост челюстей. При утрате зубов из постоянного прикуса функциональная патология усиливается. В этот период может появиться недостаточность твердых тканей зубов, зубных рядов и опорного аппарата зубов. По данным профессора В.Ю. Курляндского и его учеников отмечено, что морфологические изменения в твердых тканях зуба, зубных рядах и пародонте ведут к изменениям процессов обмена нервной регуляции, изменению физиологической выносливости тканей и изменению функции зубочелюстной системы.

Разработка проблемы функциональной патологии связана также с Обнинским периодом научных исследований.

Профессор А.И. Воложин вспоминает:

«Многие идеи которые были высказаны Вениамином Юрьевичем, первоначально вызывали некоторое удивление и даже неприятие, хотя его авторитет был настолько велик, что его идеи или те мысли, которые оформились в идеи, его учениками и последователями воспринимались как должное. Например, о термине «функциональная патология» можно было спорить, обсуждать, но на самом деле сейчас мы точно знаем, что функция строит и функция разрушает. Вопросы адаптации и дезадаптации являются одним из важнейших аспектов современности. Это касается всех разделов стоматологической науки: ортодонтии, ортопедии, терапии. Вениамин Юрьевич настаивал, что функция может разрушать, если ее воздействие превышает те адаптивные возможности, которые существуют, а эти адаптивные возможности - вопрос чрезвычайно сложный: это и приобретенный генетический детерминированный фактор и многое другое, поэтому примитивно к этому вопросу нельзя было подходить. Для того чтобы правильно понять эти идеи, нужно было знать общую медицину. А Вениамин Юрьевич не считал

ортопедическую стоматологию какой-то отдельной от медицины специальностью. Он одним из первых ввел стоматологию в медицину как равноправную науку.

В Обнинске работала большая группа аспирантов. Я был с ними как их шеф. Работали с собаками. Причем для Вениамина Юрьевича, для его аспирантов, для нас для всех были созданы совершенно идеальные условия. Мы работали с десятками собак, нам предоставляли возможности и облучить, и вводить изотопы, и проводить самые разнообразные исследования, которые в настоящее время и проводить-то уже чрезвычайно сложно, и поэтому то, что было сделано тогда в Обнинске - богатый багаж не только на сегодняшний день, но, я думаю, и на будущее. И Обнинске изучали многие вопросы, касающиеся влияния на организм в целом и зубочелюстную систему в частности: блокирования зубов, перегрузки, недогрузки, облучения и пр.

При этом Вениамин Юрьевич скрупулезно отслеживал все результаты проведенных исследований. Он сам приезжал в Обнинск, сам рассматривал рентгенограммы, фотографии, биохимические, гематологические исследования, а поскольку был он человеком широко образованным, он достаточно легко мог обобщить данные, полученные самыми разными методами. Этого иногда не доставало аспирантам, которых он заставлял учить общую медицину наравне со стоматологией. А.Г. Арутюнян, Г.А. Крымон, Е.С. Левина, А. Балаев, Н. Моллаев, И.В. Росинская - все они защитили диссертации, очень и очень серьезные работы. У всех по-разному сложилась судьба. Не все они смогли продолжить работу дальше, кого-то уже нет, но тем не менее школа эта существовала и существует до настоящего времени. И надо сказать, что в последнее время мы приобрели некоторые возможности продолжения этих исследований, в том числе эксперименты на собаках, на крупных животных. Кафедра патофизиологии вместе со стоматологическими кафедрами МГМСУ продолжают исследования в этом направлении.

Вениамин Юрьевич, имея широкие связи, старался использовать возможности своих пациентов в интересах кафедры. Курляндский увлекал собеседников своими идеями, и они настолько проникались ими, что начинали сотрудничать с ним. Это были металлурги, специалисты в области полимеров, микробиологи, в области сопромата, криминалистики, всех не перечислить. Потом они надолго оставались друзьями кафедры, присутствовали на заседаниях, выступали и чувствовали себя членами коллектива. Это очень важно, потому что они не за «зубы» помогали выполнять те или иные исследования, а уже как ученые, которые заражались идеями Вениамина Юрьевича. Это было всегда очень заметно и очень приятно, Уметь заразить идеями мог не каждый ученый».

Клинические и рентгеновские проявления функциональной патологии зубочелюстной системы сходны с симптомами проявления пародонтоза, что дает основания для разработки дифференциальной диагностики различных заболеваний. Углубленная разработка данной проблемы выявила ряд нозологических форм поражения зубочелюстной системы и открыла возможности для патогенетической терапии. Все это дало основание для пересмотра неси ортопедической тактики, особенно в плане профи-иактивных мероприятий. Для разработки функциональной патологии зубочелюстной системы необходимо тщательное клиническое обследование больного для установления этиологии и патогенеза форм ее поражения и выявления значения эндогенных и экзогенных факторов в их развитии.

Для выявления этих моментов потребовалось изучить рецепторное поле полости рта, функциональную выносливость пародонта зубов и зубных рядов в норме и при патологии и многое другое. Изучив физиологические резервы пародонта, ученый успешно их применял в профилактических целях и при лечении патологических состояний зубочелюстной системы. Огромное количество форм поражения зубочелюстной системы требует специфической профилактики и терапии.

Ведущая роль в этих поражениях принадлежит функции, которая по-разному может действовать на зубочелюстно-лицевой комплекс с момента рождения и на протяжении всей жизни человека. Эту проблему Вениамин Юрьевич разрабатывал со своими учениками в течение 40 лет».

УЧЕНЫЙ-ИССЛЕДОВАТЕЛЬ

В 60-70-е годы В.Ю. Курляндский занимался разработкой новых сплавов для клиники ортопедической стоматологии. Вокруг ученого собирается коллектив, который работает над этой проблемой. В 1970 году на 11 Всероссийском съезде стоматологов им было доложено о разработке нового специального сплава для изготовления зубных протезов. Вениамин Юрьевич умел увлечь своими идеями: над разработкой новых сплавов трудились коллективы оборонных предприятий, Московский завод по обработке специальных сплавов.

Директор завода по обработке специальных сплавов И.А. Андрущенко писал:

«С институтом, который вместе со своими сотрудниками представляет на нашем заводе профессор Курляндский, мы дружим вот уже несколько лет. Дружба наша не только полезна и заводу, и институту, но и плодотворна. Именно благодаря ей нам удалось творчески осмыслить и ввести в действие целый ряд новых сплавов, нашедших достойное применение в медицине.

«Рыбак рыбака видит издалека». Так говорят в народе. И профессор Курляндский каким-то чутьем, интуицией находит людей, способных изобретать и вносить рационализаторские предложения. Причем выбирать приходится ему из нашего брата, то есть из тех, кто не имеет отношения к его врачебной специальности. Он приветствует всякую идею, если только есть в ней хоть атом, хоть зачаток нового. Интересно, что на совместных совещаниях рабочих и инженеров завода и ученых из института врачи задают вопросы только по нашей части, а наши работники - только по медицинской - настолько досконально разработаны и потому неуязвимы доводы профессора.

Часто меня и моих коллег по работе поздним вечером, даже в полночь поднимает звонок Вениамина Юрьевича. Он предлагает, советуется, просит не откладывать решения вопроса в долгий ящик и совесть не позволяет отказать ученому, проявляющему подлинное бескорыстие и величайшую заинтересованность в деле.

На заводе помогают ему решительно все. И помогают не как-нибудь, а как говорится, «всем Николаем» - вкладывая душу, отдаваясь целиком. Мне трудно выразить словами, почему так получается. Думается, потому, что профессор не только тончайший знаток и мастер своей специальности, но еще и настоящий человек.

Отличает его и решительность, столь необходимая в творчестве. Он умеет найти самое главное, а второстепенное - оставить «на потом». Особенно важно это, когда надо выбрать из огромного количества возможных сочетаний сплавов именно те, которые по разным соображениям должны быть внедрены в первую очередь.

Сплавы, предложенные нашим заводом и институтом, обладают высокой технологичностью и бактерицидностью. Но они удовлетворяют еще и многим другим требованиям».

Результатом этой работы были сплавы на основе никеля (с низким значением линейной усадки), сплавы на основе серебра и палладия с достаточной прочностью и износостойкостью для зубных протезов, благородные сплавы для изготовления несъемных протезов с керамическими покрытиями, сплав на основе золота повышенной прочности и твердости, ситаллы. Когда Курляндский докладывал на институтском Ученом совете результаты создания новых сплавов для стоматологии, очень глубоко мыслящий член Ученого совета задал из зала вопрос:

— Какого цвета изобретенные металлы? Белого? Так и сталь белого цвета!

— Видите, - сказал Курляндский, - у меня в руках две таблетки. Обе круглые. Обе белого цвета. Одна - анальгин, а другая - слабительное...

Профессор старался «пробить» к использованию новые сплавы. Боролся против применения нержавеющей стали в полости рта. Десять лет доказательств, десять лет доброты от стоматологии с завидным упорством, достойным лучшего применения, пишут во все инстанции вплоть до ЦК о вредности и дороговизне сплавов, невозможности их распространения и т.п. А ведь за десять лет их применения государству были бы сэкономлены сотни тонн золота, а сколько удачно вылеченных людей!

Пятнадцать авторских свидетельств были вручены Вениамину Юрьевичу и коллективам, которые работали под его руководством, за эти изобретения. Внедрение этих сплавов: биметалла и «спецсплава» в практику ортопедической стоматологии дало государству большую экономию золота, а также повысило качество изготавливаемых протезов. Только в одной Москве экономия золота на изготовление зубных протезов составляла около 600 кг.

Кроме того, Курляндский и его ученики провели целый ряд исследований, доказавших лечебное влияние на организм находящихся во рту серебряно-палладиевых сплавов.

В начале 70-х годов Вениамин Юрьевич Курляндский организовал проблемную лабораторию материаловедения. Он создал тематическую группу по синтезу сплавов и разработке методов облицовки каркасов протезов благородными металлами.

Руководить лабораторией он пригласил совсем молодого, только что «испеченного» инженера-полимерщика Надежду Ивановну Сафарову. Она работает в лаборатории и по сей день и считается лучшим специалистом по гальванопластике в стране.

Из воспоминаний Н.И. Сафаровой:

«В определенной степени все, чем мы занимались, отражало широту взглядов Вениамина Юрьевича и интересов в самых различных сферах научных достижений современности.

Он приглашал для совместной работы научных сотрудников из ведущих научных институтов: института стекла, института сплавов, физико-химического института, института неорганической химии Академии медицинских наук, института металлургии МГУ и других. Часто проводились совместные совещания, обсуждения этапов работы.

Проблему он видел в целом. Основные задачи, которые ставил Вениамин Юрьевич перед лабораторией, были поиск и разработка новых материалов и методик. Задачи ставились конкретные, которые должны были дать решение для широкого внедрения в практику. В целом же проблемой, повторяю, владел он сам.

Но он не только руководил лабораторией, он работал с нами вместе: приходил каждый день, следил за процессом исследований и за результатами.

Вениамин Юрьевич всегда поддерживал инициативу, старался, чтобы работать нам было интересно, и работа велась живо и с огоньком. Никогда у нас не было нервозности, гонки. Всегда царила атмосфера уверенности, надежды на успех. Поэтому, наверное, и работали мы результативно.

Мы разработали керамические, стеклокристаллические составы, названные ситаллами, показавшие высокие физико-механические свойства; для индивидуального пользователя - порошок на платиновой основе и т.д.

Вениамин Юрьевич заложил в нашу работу обязательное требование доведения ее до конца, до внедрения в клиническую практику.

Разработанные нами материалы проходили соответствующие токсикологические испытания, утвержденные Комитетом по новой технике МЗ, прочие проверки, которые давали новым материалам путевку в серийное производство.

Разработки в нашей лаборатории легли в основу многих диссертаций, защищенных на кафедре.

Эти традиции: доведение исследований до конечного результата - внедрения в клиническую практику и серийного производства, диссертационный научный подход, заложенный Вениамином Юрьевичем, продолжают и развиваются сегодня.

В 1977 году аспирантка М.В. Малик защитила диссертацию «Обоснование к широкому применению серебряно-палладиевых сплавов, не содержащих золота». На кафедре изучались явления непереносимости к металлическим включениям в полости рта, пороги болевой чувствительности языка в норме и при пользовании зубными протезами из нержавеющей стали, характер микротоков и микрофлоры при пользовании несъемными зубными протезами из различных сплавов (А.К. Творус - 1968 г., И.Л. Зенкевич - 1975 г.). Разработка и применение в клинике ортопедической стоматологии новых сплавов снизило многие отрицательные явления, возникающие в полости рта при применении зубных протезов с использованием нержавеющей стали.

Важной темой для исследований Вениамин Юрьевич считал изучение действия облучения на изменение зубов и челюстей. На эту тему были защищены диссертации аспирантами М.И.

Малой (1970), В.А. Минасяном (1970), Г.Л. Крымоном (1972), В.Н. Федчишиным (1974), Г.И. Назаровым (1975) и др.

Большое значение В.Ю. Курляндский придавал вопросам организации стоматологической помощи. По этим проблемам защищены диссертации: И.Х. Пинским (1961), А.В. Белолопатковой (1969), Г.Н. Троянским (1970), Г.И. Гадулиным (1973).

КАК ОН РАБОТАЛ, КАКИМ ОН БЫЛ

Он работал всегда и везде. Днем и ночью. В институте и дома. В поезде, в санатории, на отдыхе.

Когда он приходил домой из института, то немного отдыхал, иногда спал час-другой, а потом садился за письменный стол. Любил, когда рядом в кресле сидела жена, читала или смотрела телевизор. Иногда он настойчиво звал ее:

— Нина, посиди здесь, не уходи, а то мне что-то не пишется.

Атмосфера дома, покоя, видимо, вдохновляла его. Работая за письменным столом за полночь, он порой чувствовал необходимость в общении, чаще всего по делу. Ничтоже сумнявшемуся, как говорили наши предки, он набирал телефонный номер.

— Кому ты звонишь! Ты забываешь, сколько времени! Люди уже спят! - пыталась остановить его жена.

Но было поздно. В трубке звучало «Алло!». Курляндский, спохватившись, спрашивал:

— Вы спите? Ну спите, спите.

Чаще всего собеседник включался в диалог, чем явно радовал Курляндского, с энтузиазмом излагавшего совершенно безотлагательные проблемы.

Поздно вечером он ложился спать, а часов в 6 утра уже снова был за письменным столом и работал до отъезда в институт.

Писал он много. Одна за другой выходили монографии, статьи.

Его «болдинская осень» приходилась на время отпуска: тогда его ничто не отвлекало и можно было работать над статьей или книгой в свое удовольствие.

Он предпочитал поезд самолету. Когда нужно было лететь на съезд стоматологов в Ташкент, Курляндский взял билет в международный вагон.

— Вениамин Юрьевич, почему вы поездом, это же почти неделя пути.

— Да я за это время главу напишу.

В статье, посвященной профессору В.Ю. Курляндскому, «Стоматологи против стоматологов», Юрий Щекочихин пишет, что на вопрос, как он работает, Курляндский отвечал: «16 часов каждый день, 16, не меньше. Ничего подобного, не устаю. Нормально...»

Круг обязанностей профессора ... Вениамина Юрьевича Курляндского велик и широк. Заведующий кафедрой — административная должность. Профессор - значит экзаменатор, преподаватель, педагог. Наконец, и, может, самое главное - ученый, доктор наук, Заслуженный деятель науки РСФСР».

Вся жизнь Курляндского - очень нелегкий, а порой и в высшей степени трудный научный и чисто житейский путь. Наверное, не раз читатель удивится: под силу ли одному человеку сделать то, что он сделал, пережить то, что пережил, достичь того, чего он достиг, сам, без помощи, без поддержки, только силой ума, таланта, целеустремленности, выдержки, труда и одухотворенности.

Он смело и последовательно воздвигал храм стоматологической науки в борьбе с косностью и непониманием. Именно он сделал стоматологию самостоятельной наукой. Он обладал удивительной проницательностью и широтой мышления, уводящей от сиюминутности в глобальную научную перспективу. Он был ученым до мозга костей.

Это был человек очень сильный. Он никогда не жаловался, никому не плакал в жилетку. Никого не пускал в свои переживания и, когда ему было плохо, тяжело или неприятно, он чаще всего отшучивался или с каким-то смешением возмущения и удивления мог воскликнуть в ответ на какую-нибудь пакость в свой адрес: «Вот мерзавец! (мерзавцы!)». И не более того. Причем без злобы, скорее, с удивлением, без ненависти и мстительности, казалось, эти чувства вообще были ему неведомы.

Был ли он ранимым человеком? Естественно, как человек тонкий и интеллектуальный. Но никто не знал этого наверняка. Он скрывал свои душевные раны. И только по тому, как он бережно относился к близким, друзьям, ученикам, понимая и принимая их беды и неудачи, можно было догадаться о его истинной реакции на разного рода неприятности и коллизии, так тщательно скрываемой.

Он был нежен, заботлив и добр в семье. Каждое письмо к жене и дочери, когда они уезжали в каникулярное время отдыхать, а он не имел еще отпуска, начиналось одинаково: «Дорогие мои любимые!»

Из письма от 15.VII.50 года.

«Дорогие мои любимые! Я очень соскучился и уже не дождусь, когда вы приедете. В последние дни стало еще более скучно. Причина в том, что вы перестали писать. У вас получается то густо, то пусто. Я получал по одному письму, потом по два, потом по 3 и вдруг - ничего.

В Москве по-старому: каждый день дождь. Сегодня проливной дождь всю ночь и утро. Сейчас еду на новую консультацию, замучили они меня окончательно. Устал я. Мозги совсем устали, и я ничего не пишу, несмотря на то, что все напечатал на машинке, не доходят руки. 18 и 19 у меня два доклада. Один из них довольно неприятный. Я буду докладывать о новых моих работах и не знаю, как воспримет аудитория...

Как вы отдыхаете? Как ты себя моя любимая дорогая жenuшка чувствуешь, как помогает тебе лечение и отдых? Как Светланочка? Доченька, родная, ты не обижайся, что я не пишу тебе письма отдельно, сегодня вечером это сделаю...

Как вы проводите время? Были ли в Риге? Какая у вас погода? Напишите обо всем и пишите, как обещали, через день.

Целую вас крепко, крепко.

Много, много. Ваш Веня 15.VII.50.

P.S. Сегодня 16 число. Письмо не отправил, не было марки. За этот день произошли следующие события. Во-первых, я выиграл по облигациям 1000 рублей, так что ищите возможность их потратить. Заходил в ателье. Пальто для любимой жenuшки еще не готово. Купил себе велюровую темно-синюю шляпу, как твоя, мамка.

Почему не пишите? Получили ли деньги, которые я послал? Пишите. Целую. Веня».

И из другого письма.

«Дорогие мои, крепко любимые! Время бежит и вот мы опять скоро будем все вместе. Вчера получил ваше письмо, где уже намечается день выезда. Мне очень хотелось, чтобы зарядки, которую вы получили, хватило бы вам на всю зиму...

Получил письмо с фотокарточками, где Светлана подстрижена. Я долго смотрел на них и никак не мог определить, что это такое, что-то Светлана не та. И лишь после сообразил, что косы срезаны. Расстроился я тут же и до сих пор переживаю: зачем она это сделала и зачем ты, Нинуля, разрешила. Твоя любовь к нам часто делает тебя настолько податливой, что мы можем тебя уговорить на что хотим, и ты из любви к нам, из желания сделать приятное на все соглашаешься. Ну ладно, подумаешь — кос нет, отрастут новые».

В быту же он был крайне неловок и беспомощен.

В конце лета, в первый год войны, когда он находился в Москве, а семья в Рязани, он с оказией пересылает жене деньги, и тут же спохватывается. И с другой оказией передает ей письмо, написанное на оберточной бумаге: «Нинусенька, я вам выделил все деньги возможные. Оставил себе минимальный прожиточный минимум. Если у тебя есть деньги, пришли мне 200-250 рублей для покупок продуктов для вас. Если нет, я что-нибудь придумаю».

Если он сам пробовал приготовить завтрак, например яичницу, то ее не всегда удавалось донести от плиты до стола: по пути глазунья, как лягушка, соскальзывала на пол. В письме жене на

Рижское взморье в 50-х годах он пишет: «Я ехал домой в половине 11-го и полагал, что ваши письма должны быть и по этому поводу решил устроить пир. Для пириества зашел в гастроном на Смоленской и купил следующее: 1) куропатку жареную, 2) 100 г. масла, 3) рыбки - 2 шт., 4) 200 г. колбасы любительской и 5) батон хлеба. Ехал домой и всю дорогу текли «слюнки от предстоящего хорошего ужина, представлял как за ужином почитаю ваше письмо. (По дороге 5 свертков нести было неудобно). Все мои надежды оправдались. Я получил письмо и открытку. Но, видимо, богу было известно заранее, что второго удовольствия я не получу. Т.е. ужин не состоялся, и он был таким же скучным, как и мамой написанная открытка. При разворачивании свертков мною было установлено: 1) куропатка имеет 100-летнюю давность, давно провоняла и внутри вся покрыта плесенью - «пенициллином», а сверху настолько скользкая, что противно держать в руках; 2) рыбки оказались пародией на рыбцов, а по существу резко пересоленная вобла, из которой мне не удалось выжать ни капли жира, но соли сколько хочешь; масло дали край, тоже с небольшим привкусом. Я не смог утолить голода — не ел с утра...» И несмотря на «печальное» содержание, в конце письма приписка: «анекдот: в одном сумасшедшем доме...»

Курляндский всегда был центром притяжения. Люди тянулись к нему: с ним было приятно и интересно общаться.

Жизнелюбие и доброжелательность, острый ум и интеллект в неформальной обстановке делали его центром внимания. Во время отпуска вокруг него группировались люди, как правило, очень интересные и неординарные.

В 1947 году по путевкам Курляндский с семьей поехал отдыхать на Рижское взморье. Все многочисленные соседи коммунальной квартиры вышли провожать, некоторые плакали, прощались навсегда: «Там же стреляют!»

Рига встретила москвичей необычным европейским видом: готика вперемежку с глыбами строгих серых зданий, одежда и манера рижан держаться. На вокзале погрузились с чемоданами в частное (что тоже было необычно) такси и направились на взморье.

По дороге Вениамин Юрьевич беседовал с водителем:

— В буржуазной Латвии, — рассказывал тот, — жили бедно, батрачили на хозяина на хуторе. Сестра уехала в Ригу, стала проституткой, чтобы заработать себе на приданое. С приходом Советской власти простому человеку стало легче. Сестры и братья получили образование, специальность, квартиры, но... Если будет возможно, всех русских перебьем, — заключил он.

Слишком силен был национализм.

Ах, Рижское взморье! В 47-м году еще не было названия - Юрмала. Вдоль побережья тянулись друг за другом, разделенные не более чем улочкой, курортные местечки: Булдури, Дзинтари, Майори, Дубулты, Яун Дубулты, Аса-ри, Пумпури, Кемери... С центром - Майори. Некоторые из брошенных частных дач с башенками, окнами из разноцветных стекол были объединены в ведомственные или профсоюзные дома отдыха. Центральная торговая улица в Майори могла похвастаться несколькими портерными, книжным и шляпным магазинчиками и фотоателье. Остальные магазинчики были заколочены, на окнах спущены жалюзи. В центре Майори находилась маленькая типичная прибалтийская дачка - краеведческий музей, в котором, между прочим, была ярко отражена борьба латышей за свержение буржуазного режима.

Золотые пляжи взморья выглядели иначе, чем сегодня: вдоль кромки воды тянулись сохнувшие рыбацкие сети, группами и по одной лежали перевернутые лодки.

По утрам от дачи к даче ходили статные белокурые женщины в длинных с узорами юбках и фартуках, с корзинами в руках и предлагали дары моря. В корзинах, в хрустящих накрахмаленных салфетках лежали золотистая, копченая, еще теплая, прямо от костра, салака и угри.

Дом отдыха располагался в отдельных дачах. А столовая на берегу - в курзале, посередине которого остался круг от рулетки. Народ собрался очень интересный. За соседним столом сидели друзья - известный хирург-пульмонолог Г.И. Шапиро с женой и дочерью, В. Воронов с женой, только что получивший звание лауреата Сталинской премии за какие-то закрытые разработки, профессор Жоров с семьей, пожилая, очень милая и экстравагантная пара - художники из Ленинграда, бывшая балерина с семьей, преподающая в училище Большого театра... Все как-то

быстро сгруппировались вокруг Курляндского. Он увлек всех послеобеденным волейболом и вечерним преферансом, стал организатором и вдохновителем разнообразных экскурсий. Для одной из них он раздобыл где-то экскурсовода и огромный студбеккер, в котором на досках (импровизированных скамейках) разместилось множество отдыхающих, и все поехали знакомиться с Ливонской Швейцарией - красивейшей частью горной Латвии. Экскурсию пол молодой красавец латыш по имени Лайман (счастливый) с щегольской тросточкой черного дерена в руках, которую венчала голова собаки с горящими янтарными глазами. Покачивая тросточкой, с легким латышским акцентом юноша вдохновенно рассказывал туристам из студбеккера волшебные легенды из времен ливонских рыцарей. Он просил слушателей представить себе, как в этой высокой, хорошо сохранившейся со средних никои круглой пашне, в зале за огромным, как у короля Артура, столом пировали рыцари, смачно вгрызаясь в жареных цыплят, которые горами лежали на блюдах, и звенели серебряными кубками, а грязные тарелки без особых церемоний бросали собакам, чтобы вылизали дочиста, и тарелки снова шли в дело. А звездной ночью юная красавица, спрятав деревянные башмаки под кровать, в белых чулочках тихонько сбегала по винтовой лестнице башни на свидание к прекрасному рыцарю. И на фоне окружающих фантастических пейзажей Ливонской Швейцарии трагическая история средневековой юной девушки Розы вставала зримыми картинками перед слушателями.

Были прекрасные экскурсии по реке Лиелуне к озерам. Увлекающийся фотографией Курляндский нее запечатлел на пленке, а фото профессора Жорова, сделанное во время речной поездки, с согласия «модели» было многократно увеличено и украшало витрину фотоателье в центре Майори.

Было еще множество экскурсий в Ригу, в Старый город, на кладбище Яниса Райниса, а также па главную площадь, где, высеченная из камня в стиле авангард возвышалась Латвия в образе женщины, высоко над головой поднявшей три звезды, символизирующие три герцогства Латвии - Эстляндское, Лифляндское и Курляндское. Латвия стояла лицом к Западу, что весьма удручало советских политических деятелей.

Посещал Вениамин Юрьевич и рижские рынки - барахолки, откуда привез целую библиотеку никогда не издававшихся в России книг.

Курляндский умел отдыхать и делал он это, как и все другое, энергично, с интересом и фантазией, немножко превращая отдых в игру и вовлекая в эту увлекательную игру и других.

В 70-х годах некоторые из его кафедральных коллег летом снимали дачи неподалеку от дачи профессора. Они собирались по утрам к завтраку, после кофе загружались в «Волгу». Вениамин Юрьевич садился за руль и отправлялись в Москву в институт. Курляндский шутил:

— Целое лето вожу вас на работу, хоть бы бутылку водки кто поставил.

Но было ясно: профессор шутит. Все знали, что он не любитель выпить, а на банкетах в бокал вместо водки подливает минеральную воду, чтобы никто не заметил. И все делали вид, что не замечают.

Какое хобби было у Курляндского? Он играл в шахматы, в преферанс, в молодые годы любил волейбол, на отдыхе много читал. На прикроватной тумбочке у него неизменно лежал толстый оранжевый том «Похождения бравого солдата Швейка» Гашека.

Театр и кино надо было посещать вечером, а к вечеру он уставал и мог заснуть во время спектакля или сеанса. В кино он точно не заснул на фильме «Девять дней одного года», про остальные фильмы нельзя сказать наверняка.

Однажды, когда он с женой и со своим другом Сисневым Василием Андреевичем и его женой Зинаидой Михайловной пришли в театр, Нина Федоровна, зная слабость своего мужа предусмотрительно села с Сисневым, а Зинаида Михайловна в другом ряду с Курляндским.

В антракте, изумленная Зинаида Михайловна говорила:

— Вениамин Юрьевич проспал почти все действие!

Василий Андреевич Сиснев работал в Комитете народного контроля (была тогда такая высокая организация), ведал вопросами культуры и здравоохранения. Оба они -Сиснев и Курляндский - были люди увлеченные и легко могли превратить праздничный обед или ужин в обсуждение насущных медицинских проблем.

И все-таки хобби у него было. Курляндский любил Волгу. Каждое лето он с женой садился на теплоход, и они плыли всегда по одному и тому же упоительному маршруту:

Москва—Астрахань—Москва. С наслаждением, с приключениями и всегда обязательно с друзьями. Вениамин Юрьевич так и «доставал» (именно доставал «по благу», было тогда такое очень значащее выражение) билеты для себя и для кого-нибудь из своих друзей. С Курляндскими плавали в разные годы и его соратница и друг Анна Александровна Нечаева с мужем, и семья его друга Юлия Вениаминовича Аксельрода, и профессор Д.М. Пресняков с семьей и другие.

Он любил Волгу. Теплоход шел по просторной красавице реке, «шлюзовался» во множестве шлюзов, и все в восторге от грандиозности сооружения толпились на палубах; останавливался на маленьких пристанях, где загорелые мальчишки торговали вареными красными раками, доставая их из объемистых мешков. На пристанях с обязательными клумбами, пестрящими петуниями и благоухающим табаком, толпился красиво окающий народ, использующий теплоходы как самый удобный транспорт, связывающий волжские города. Он любил все, что несла навстречу Волга, вплоть до одних и тех же экскурсий, по одним и тем же милым сердцу местам. Не менее всего этого он любил сидеть в своем люксе за письменным столом у открытого окна, за которым проплывали волжские пейзажи, гуляли по палубе пассажиры и ...работать над очередной книгой. Он очень любил Волгу.

В 1968 году на заседании правления Дагестанского научно-медицинского общества стоматологов. Ученого совета института усовершенствования врачей постановили: «Выдвинуть заведующего кафедрой ортопедической стоматологии д.м.н., профессора В.Ю. Курляндского в члены-корреспонденты АМН СССР по специальности «стоматология». Но этому не суждено было осуществиться.

В советской действительности научные звания и руководящие должности в научных учреждениях раздавались преимущественно в соответствии с анкетными данными и послужными списками, а не по научным заслугам. Поэтому неудивительно, что, когда профессор Курляндский пришел в соответствующую организацию к соответствующему чиновнику с двумя портфелями своих монографий, тот ему сказал:

— Вениамин Юрьевич, мы прекрасно знаем вас как ученого, но подавать на конкурс бесполезно. Место спущено из президиума Академии специально под фамилию.

— Но у него же нет науки!

— В данном случае это не имеет никакого значения.

Вот примерно такой разговор передал Курляндский позже.

13 октября 1969 года профессору В.Ю. Курляндскому было присвоено звание «Заслуженный деятель науки РСФСР».

Начало 70-х годов было отмечено радикальным поворотом в сторону реальной «разрядки» напряженности между Востоком и Западом. Вениамин Юрьевич получил возможность выезжать за рубеж на научные конференции, а то и просто на отдых; он посетил Польшу, Чехословакию, Болгарию, Венгрию, Францию, ГДР.

Как-то, вернувшись из-за границы с международного] съезда стоматологов, он сказал, что чувствовал себя там \ неловко и в достаточной степени ущемленным: профессора из Франции, Америки, Швейцарии устраивали товарищеские ужины, коктейли для коллег, а он был не в состоянии ответить тем же. Советским гражданам разрешали вывезти очень ограниченную сумму, денег хватало, пожалуй, только на сигареты и мелкие сувениры.

Иная история связана со съездом стоматологов в Америке. Курляндскому в отличие от других прислали персональное приглашение, но оказалось, что командировать могут только несколько человек. Поехали, естественно, чиновники из Министерства. Курляндскому предложили: если захочет, то за свой счет. Он обиделся и отказался.

Когда со съезда вернулись стоматологи, они рассказывали, что делегаты и американцы разыскивали в советской делегации Курляндского. Им называли фамилии приехавших. Они говорили: «Этого? — Не знаем! И этого незнаем! Курляндского знаем».

Часто на различных официальных встречах, приемах он слышал много приятного, например, что в Аргентине распространены машинописные переводы некоторых его книг. Ему не раз говорили: «Профессор, если бы вы издали ваши книги у нас, вы были бы миллионером!»

А однажды на одной встрече или конференции к нему подошли стоматологи из Израиля и сказали, что президент Израиля Голда Меир приглашает его приехать в страну. Тогда, в недавно образовавшемся и признанном государстве Голда Меир собирала ученых, специалистов со всего

мира. Вениамин Юрьевич, как всегда, нашелся: «Если Голда Меиер положит на мое имя в банк миллион долларов, я перееду». «Хорошо, — сказали израильтяне, — мы узнаем». Спустя некоторое время Вениамин Юрьевич пришел домой смущенный и растерянный: «Представляешь, — скачал он жене, — сегодня ко мне пришли стоматологи из Израиля и сказали, что Голда Меиер согласна дать мне миллион. Но я же пошутил! Пришлось объяснить, что я коммунист, и никуда из своей страны ехать не собираюсь. Неловко как-то получилось...»

Не так уж много времени прошло после этого эпизода, лет тридцать, но современные граждане в большинстве своем его бы не поняли.

Вообще с зарубежными контактами в те времена было сложно. Однажды Курляндскому в министерстве показали бумагу из Америки на его имя с предложением сотрудничать с одним из мощных производств по контракту на два года. Курляндский оживился: это было интересно и перспективно. Но представительница министерского чиновничества тут же вылила ушат воды: «Что же не думаете, профессор, это первая заявка на вас? Далеко не так. Но это несвоевременно».

Вопрос был закрыт.

В.Ю. Курляндский был уникальным ученым. Он вывел стоматологию на уровень равноправной, самостоятельной медицинской дисциплины, оснащенной теорией, опирающейся на практику.

Всего при жизни было издано 40 монографий (в т.ч. и переиздания) и 6 вышли после его кончины. Учебник «Ортопедическая стоматология» выдержал несколько изданий и переведен на английский, французский, испанский языки. Атлас по ортопедической стоматологии также переиздавался и переводился на иностранные языки. Всего профессор Курляндский опубликовал более 250 научных работ, включая монографии и учебники. Он получил 42 авторских свидетельства на изобретения.

Кафедра была его вторым домом. Здесь создавалась и тиражировалась для студентов и ученых наука - стоматология. За 25 лет руководства было сделано множество научных исследований и публикаций, на кафедре под его руководством защищено более ста диссертаций.

На кафедре всегда витал дух научной мысли. «Каждый мой ассистент способен руководить кафедрой», — говорил Курляндский, тем самым подчеркивая высокий профессионализм сотрудников. Сам до конца не сбавлял темпа, как говорят среди ученых, «фонтанировал идеями», воплощая их в своих и кафедральных трудах.

В июне 1976 года внезапно умирает жена. Меняется жизненный уклад, а главное, неожиданно наступает психологическое одиночество. За сорок три года совместной жизни сложилось постоянное ощущение — «вместе», «вдвоем». Вместе в поездке, вместе на отдыхе, вместе у друзей, общая радость, общие переживания, общие заботы и интересы. Выработалось привычное единение, без которого при всем внимании родных и друзей стало одиноко. В доме все стало как-то не так, пусто. Так прошел год. Напряженная творческая работа - отвлечение от грустных мыслей и признаков нездоровья.

Весной 1977 года кафедра ортопедической стоматологии переезжает на новое место - в стеклянное здание Стоматологического центра. Вместо закутков - кабинеты заведующего кафедрой, ординаторская, вместо подвальных лабораторий - простор и комфорт. Современные клиники и лаборатории, кабинеты, а соответственно и новые планы кафедральных разработок, новые договоры с издательствами, новые рукописи. Но это только весна-лето 1977-го.

В августе за рулем своей «Волги» он отправился с дочерью и внучкой в поездку по Польше, Германии и Чехословакии, где его встречали на уровне министерств здравоохранения этих стран. Но... В Чехословакию он уже не поехал. Почувствовал себя неважно. 31 августа вернулся в Москву.

11 сентября установили грозный диагноз. 14 октября его не стало.

В планах ученого было открытие стационара для больных с различной патологией зубочелюстной системы. В его архиве сохранились записи с расчетами штатов такого стационара. Но после его кончины с таким трудом отвоеванные у института койко-места были возвращены за ненадобностью: неизвестно было, как он хотел их использовать. Курляндский собирался открыть также стационар для нейростоматологических больных.

Он умер, не переступив порог расцвета своего таланта. У него было столько планов! Казалось, что он подошел к главному делу своей жизни. Дома остались тщательно подобранные заготовки для шести—семи книг (он всегда работал над несколькими книгами одновременно).

За несколько дней до смерти, в больнице он сказал: Каждый мой аспирант работает над узкой темой. Он ее ищет хорошо, лучше, чем я. Но никто из них не знает, что все имеее они разрабатывают одну проблему, концептуальное решение которой произведет революцию не только и стоматологии, но и в медицине вообще».

Что он имел в виду?

Для коллектива кафедры ортопедической стоматологии, для ученых-стоматологов страны это была огромная утрата, боль от которой отзывается до сих пор в сердцах тех, кто его близко знал. Доцент З.Г. Есенова, его бывшая аспирантка, вспоминает: «Те, кто знал его, любили его прежде всего за человечность, деликатность, задушевность, которых так часто не хватает многим, и бережное внимание к судьбам тех, с кем сталкивала его жизнь».

8 октября 1985 года Исполком Московского городского совета народных депутатов принял решение «Об установке мемориальной доски в память Заслуженного деятеля науки РСФСР, доктора медицинских наук, профессора В.Ю. Курляндского на здании Стоматологического комплекса Московского ордена Трудового Красного Знамени стоматологического института им Н.А. Семашко по адресу ул. Вучетича, д. 9а»: «В институте с 1952 года по 1977 год работал советский ученый-стоматолог, профессор Вениамин Юрьевич Курляндский».

ЖИЗНЬ ПОСЛЕ СМЕРТИ

В последние дни жизни, в больнице Вениамин Юрьевич Курляндский сказал:

— У меня на даче на письменном столе и журнальном столике лежат заготовки для трех книг, да в летнем домике ничего не трогайте, не меняйте местами, там тоже заготовки для новых книг.

К сожалению, эти «заготовки» были понятны ему одному: подобранные материалы, книги, фотографии, короткие, разрозненные заметки.

Все это было, но использовать не удалось. «Заготовки» были связаны темой, но лишены мысли творца.

Тем не менее ряд книг находились в издательствах и вскоре были изданы.

В конце 1977 - начале 1978 года вышел переработанный и дополненный учебник «Ортопедическая стоматология» на английском языке, в 1979-м-на испанском; в 1977 году издательство «Медицина» выпустило в свет дополненные издания книг «Зубопротезная техника» (с соавторами), «Керамические и цельнолитые несъемные зубные протезы».

В издательстве «Медицина» находилась еще одна рукопись, но после кончины Курляндского она была утеряна.

В издательстве «Знание» в 1978 году вышла научно-популярная книжка «Забота о зубах — забота о здоровье».

Это была не первая книга о стоматологии для всех.

Курляндский не был замкнутым кабинетным ученым, ему было важно популяризировать стоматологические знания для самой широкой аудитории, ему хотелось, чтобы всем, как и ему, было ясно, что здоровье человека в целом очень зависит от его образа жизни и в частности от заботы о состоянии зубов.

Зубы и человек, его здоровье, его внешность, его поведение, его настроение - все это тесно связано.

А как связано? Он старался ответить на этот вопрос в новой своей книге «Лицо человека». Эта книга замысливалась как книга для подростков, и был заключен договор с издательством детской литературы.

Рукопись вчерне готова. В ней ученый рассказывает о том, как художники и скульпторы воссоздают лицо человека, чем руководствуются и к чему стремятся. Как появилась

пленительная улыбка Моны Лизы и почему художник не может создать симметричное лицо. Десятки набросков лиц в рукописи, демонстрирующие разное настроение человека и здесь же иллюстративное объяснение движения мышц лица.

В рукописи переплетены знания из области искусства, психологии, социологии и медицины. Вполне возможно, эта рукопись будет издана. Во всяком случае, следует оценить самое главное - новизну замысла ученого.

В 1978 году в Рижском музее медицины открыли стенд, посвященный В.Ю. Курляндскому.

В 2000 году из архива Курляндского была извлечена рукопись и в следующем году издана книга «Аспекты судебно-медицинской экспертизы в ортопедической стоматологии» (В.Ю. Курляндский, Б.С. Свадковский).

Последователи и ученики В.Ю. Курляндского - академик РАНН профессор И.Ю. Лебедеико и академик ПАНИ (профессор Г.П. Троянский издали никогда ранее не публиковавший труд. Книга оказалась нужной, хотя с момента ее написания прошло около 30 лет. На первый взгляд это парадоксально: медицина не стоит на месте, и в стоматологии появились новые методики, новые материалы. Но оказалось авторы опередили время.

Их идеи и опыт востребованы и сегодня.

— Судебная стоматология - это сегодня новый самостоятельный раздел судебно-медицинской науки и практики, - подчеркнул профессор И.Ю. Лебедеико. — За рубежом она получила серьезное развитие. О том, что у нас ныне к ней возрос интерес, свидетельствует выпуск первого отечественного учебника по судебной стоматологии. Вопрос идентификации личности стоит остро как никогда. Речь идет о неопознанных солдатах, погибших в Чечне и Афганистане, жертвах природных стихий и катастроф.

Идентификация личности по отпечаткам пальцев не всегда возможна, например, в случае повреждения тканей. Но так же как неповторим рисунок линий на пальцах, так же - неповторимы и особенности зубочелюстной системы, а также зубы, подвергшиеся лечению и протезированию.

В частности, в литературе известен тот факт, что обгоревший труп Гитлера был опознан с помощью дантиста, который узнал свою работу.

Итак, тридцать лет назад Вениамин Юрьевич Курляндский первым начал разрабатывать тему ортопедической стоматологии в судебной медицине. В книге «Аспекты судебно-медицинской экспертизы в ортопедической стоматологии» рассматривается ряд случаев, когда в экспертной практике объектом исследования становились зубной протез, а также способы его изготовления.

В 1998 году к 90-летию ученого был издан сборник статей современных авторов, освещающих в своих областях современное состояние различных проблем стоматологии, ранее разработанных В.Ю. Курляндским.

В 2001 году вышел учебник по ортопедической стоматологии, одним из авторов которого является профессор М.Ю. Курляндский, т. к. один из разделов учебника полностью принадлежит его перу.

В 2001 году аспирантом К.А. Борисенко защищена диссертация «Вклад В.Ю. Курляндского и его школы в развитие отечественной стоматологии».

В 2001 году Московским государственным медико-стоматологическим университетом издано учебно-методическое пособие для студентов, аспирантов, преподавателей, слушателей ФПК и ФУВ стоматологического факультета «Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Вениамин Юрьевич Курляндский - основатель научной стоматологической ортопедической школы». Авторы: И.Ю. Лебедеико, Г.Н. Троянский, Е.С. Левина, К.А. Борисенко. Возможно, это не последнее издание, посвященное научным трудам и личности В.Ю. Курляндского.

Почти тридцать лет назад под руководством профессора В.Ю. Курляндского выкристаллизовались основные научные, исследовательские и учебные направления кафедры. Был создан имидж кафедры: целеустремленный, интеллектуальный, творческий коллектив с дружеским доброжелательным климатом.

Преемником В.Ю. Курляндского на кафедре был его ученик, член-корреспондент РАМН профессор В.Н. Копейкин. В настоящее время кафедрой руководит академик РАЕН профессор И.Ю. Лебедеико, ученик В.Н. Копейкина и В.Ю. Курляндского.

Кафедра продолжает жить в духе лучших традиций, заложенных В.Ю. Курляндским, здесь развиваются его основные научные направления на уровне современных достижений медицины.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

ПРИНЦИПИАЛЬНО НОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ РАНЕНИЙ

«Всякая война заставляет хирургов и травматологов в сравнительно короткий срок переоценивать те ценности, которые накапливались иногда в течение многих лет в предвоенный период, - писал доцент В.Ю. Курляндский в своей книге *«Функциональный метод лечения огнестрельных переломов челюстей»*, изданной в 1944 году. - Несмотря на всю тщательность подготовки врачей к грозному часу начала военных действий, несмотря на глубину проработки тех вопросов, с которыми врачу предстоит встретиться, нередко в процессе войны приходится пересматривать то, что считалось бесспорным, и порой менять основные установки, разработанные, казалось бы, в результате обоснованного предвидения обстановки новой войны. Челюстно-лицевая хирургия и травматология свое историческое развитие получили, главным образом, в результате уроков военных действий. В нашей стране челюстно-лицевая хирургия и ортопедия, как крупный и самостоятельный раздел стоматологии, организовалась лишь после первой мировой войны (1914- 1917 гг.). Анализ работы зубного врача и протезиста в сочетании с действиями хирурга установил необходимость выделения челюстно-лицевой хирургии и ортопедии в автономную специальность.

Когда 1940 году на конференции, созванной Нарком-здравом СССР, анализировали работу советских стоматологов, резюмировавший работу конференции профессор И.Г. Лукомский сказал следующее: «Самая молодая медицинская специальность в нашем Союзе - стоматология -на полях сражения в Монголии, Польше и Финляндии держала экзамен на аттестат зрелости, и этот аттестат зрелости с отличием должен быть выдан нашей специальности».

Итоги работы советских стоматологов в условиях военного времени подвел профессор Д.А. Энтин в руководстве по военной челюстно-лицевой хирургии (1941). Автор этого руководства представил материалы и обобщил опыт применительно к условиям работы на этапах эвакуации войскового, армейского и фронтового района. «Казалось бы, что, имея проработанный, внимательно проанализированный и хорошо обобщенный метод работы в условиях современной войны, мы могли бы ожидать, что война, если она возникнет, не потребует коренного пересмотра наших установок. В действительности, однако, оказалось, что это не так. Уже в первые недели после наглого нападения Гитлера на нашу страну мы убедились в необходимости срочного пересмотра ряда положений челюстной травматологии.

Что же нас толкнуло на путь пересмотра *основ челюстной травматологии*, еще недавно казавшихся незыблемыми? Классические принципы лечения переломов костей требуют соблюдения трех основных положений: 1) правильной репозиции отломков, 2) эффективной иммобилизации отломков до периода консолидации перелома и 3) наряду с хорошей репозицией и иммобилизацией отломков, сохранения возможности активного движения многих или всех суставов поврежденного органа. Эти положения являются общепризнанными и, можно сказать, общеизвестными. Тем не менее, в челюстной травматологии последнее положение, то есть сохранение мобильности органа, было забыто. Этому в значительной мере способствовало то обстоятельство, что при наличии линейного перелома челюстей без значительных повреждений мягких тканей и при всех закрытых переломах челюсти длительная иммобилизация челюстно-височного сустава не приводила к каким-либо вредным последствиям.

Наоборот, казалось, что «покой» челюсти наиболее надежным образом обеспечивает иммобилизацию ее отломков. Однако данные современной войны в очень непродолжительном времени заставили нас обратить внимание на грубое нарушение одного из основных принципов современного лечения перелома — принципа сохранения мобильности шинируемого органа.

Для пояснения только что сказанного необходимо в самых общих чертах забежать несколько вперед - к главам, излагающим методику шинирования. Со времени первой мировой войны получил широкое распространение метод двухчелюстного шинирования. Как известно, этот метод, в основном, требует использования зацепных петель, устанавливаемых на верхней и нижней челюстях. Между петлями укрепляется резиновая, а иногда и проволочная лигатура в форме кольцевого соединения, с помощью которой отломки нижней челюсти подвешиваются к верхней и таким образом приводятся в состояние иммобилизации. Однако вынужденным и недостаточно изученным следствием иммобилизации челюстных отломков является также и иммобилизация челюстно-лицевого сустава.

Раны, возникающие в результате повреждения мягких тканей лица и костных тканей лицевого скелета снарядами неправильной геометрической формы, заставили нас пересмотреть позиции, которые практически казались справедливыми, хотя принципиально и не соответствовали требованиям 3-го положения классической травматологии о необходимости сохранения мобильности многих или всех суставов поврежденного органа. Как известно, нижняя челюсть совершает движение благодаря наличию челюстно-височного сустава и мускулатуры, приводящей в действие этот орган. Можно было бы заранее предположить, что межчелюстное крепление, как и все виды иммобилизации челюстно-височного сустава, должны отрицательно влиять на ход репаративных процессов и на восстановление нормальной функции жевательного аппарата. К сожалению, этот вывод стал ясен лишь в самое недавнее время. Мы его сумели сформулировать вскоре после знакомства с теми видами ранений челюстно-лицевой области, которые можно уже сейчас считать типичными для современной войны: это многооскольчатые переломы челюстей с большой зоной повреждения и размозжения покровных тканей лица.

В результате, мы пересмотрели широко внедрившуюся методику двухчелюстного шинирования. Нам стало ясно, что эта методика является ценной и необходимой лишь в некоторых случаях огнестрельных повреждений челюстей. Количество этих случаев уменьшается по мере прохождения ранеными различных этапов эвакуации. Если на первых этапах, до армейского района включительно, двух-челюстное шинирование или иммобилизация нижней челюсти с помощью других приспособлений в полной мере себя оправдывают, то на последующих этапах, начиная с фронтового района, требуется изменение тактики ортопедического вмешательства. Это изменение должно быть обосновано определенными показаниями к замене двухчелюстной шины одночелюстной. По нашим данным, преобладающее количество огнестрельных переломов нижней челюсти (более 70%) не только возможно, но и необходимо лечить с помощью одночелюстных шин, которые создают максимальные возможности для функциональной и комплексной терапии огнестрельных переломов.

Настоящая работа представляет попытку обосновать возможность и необходимость функционального метода лечения огнестрельных травм челюстей в условиях современной войны.

В основу нашей работы положен клинический материал специализированного челюстно-лицевого госпиталя. Этот материал нами не только пассивно собирался, но и активно создавался на основании тех положений, которые выше были изложены. Кроме анализа и обработки клинического материала нам пришлось провести ряд специальных исследований.

Как выяснилось, важно было определить места на верхней челюсти, наиболее лабильные и резистентные по отношению к травматическому агенту.

С этой целью мы провели гистологические исследования возрастных изменений шва верхней челюсти и рентгенологические исследования нижней челюсти.

Оказалось необходимым дать новую классификацию повреждений челюстно-лицевой области, основанную на требованиях терапии и методах функционально-комплексного лечения.

Реализация принципа функциональной терапии переломов челюстей, который мы положили в основу настоящей работы, потребовала разработки совершенно новых, до сих пор не применявшихся в нашей специальности, методов лечебной физкультуры и механотерапии. Этот отдел мы также разработали и осветили на основе непосредственного практического опыта.

Наконец, мы вынуждены были осветить вопросы механики движения жевательного аппарата в условиях нарушений целостности его элементов в результате огнестрельного ранения. Новая постановка вопроса, которую мы кратко называем функциональной терапией

огнестрельных переломов челюсти, конечно, потребует дальнейшей, более детальной и углубленной разработки, но исходные предпосылки к такой разработке мы, по-видимому, сумели найти в результате двух лет работы в реальных условиях челюстно-лицевого госпиталя».

В. Ю. Курляндский выдвинул новые принципы лечения челюстно-лицевых ранений, сумел быстро и успешно претворить их в жизнь. Новые требования и подходы к лечению челюстно-лицевых ранений он объединил термином «функциональное лечение», которые обосновал в докторской диссертации «*Функциональный метод лечения переломов челюстей огнестрельного происхождения*» (1943). За время войны ученый написал более 15 научных работ по проблеме лечения ранений челюстей.

Классическими принципами лечения переломов костей являются: правильная репозиция отломков, их эффективная иммобилизация до консолидации перелома, сохранение возможности активного движения многих или всех суставов поврежденного органа. Эти принципы общепризнаны и Вторая мировая война заставила врачей обратить внимание на нарушение одного из основных принципов современного лечения переломов — принципа сохранения мобильности шинируемого органа. Поэтому В. Ю. Курляндский пересмотрел методику двухчелюстного шинирования. Его применение на первых этапах эвакуации себя вполне оправдывало, как первая помощь при эвакуации раненых, но на последующих этапах, приводило к осложнениям: удлиняла сроки лечения, остеомиелит протекал в более тяжелой форме, эвакуация при таком шинировании приводила к затруднению кормления раненых. Поэтому, начиная с фронтового района, тактика ортопедического имешательства должна была быть изменена. По данным В.Ю. Курляндского, около 70% огнестрельных переломов нижней челюсти и 100% повреждений верхней челюсти необходимо лечить с помощью одночелюстных шин, которые дают возможность для функциональной и комплексной терапии огнестрельных переломов. При одночелюстном шинировании воспаление протекает более благоприятно, сокращаются сроки сращения переломов, улучшается кормление раненых, повышается эвакуоспособность, создаются условия для рационального протезирования, восстанавливается функция жевательного аппарата, предупреждаются контрактуры и создаются условия для дальнейших пластических операций по показаниям. Исходя из своего военного опыта, В. Ю. Курляндский утверждал, что лечение огнестрельных челюстно-лицевых повреждений должно быть построено на основе комплексной функциональной терапии, что достигается одночелюстным шинированием и ранним применением лечебной гимнастики, предупреждающей контрактуру.

В 1943 году в статье «Лечебная физкультура при челюстно-лицевых ранениях» он впервые обосновывает показания к проведению лечебной физкультуры при челюстно-лицевых ранениях и подчеркивает ее значение для предупреждения часто возникающих осложнений: образование уродующих рубцов мягких тканей, нарушающих функцию мимической и жевательной мускулатуры, возникновение парезов, нарушение функции, образование рубцовых контрактур нижней челюсти, возникновение аспирационной пневмонии из-за нарушения актов глотания и дыхания.

Возникновение рубцовых контрактур - одно из тяжелейших осложнений челюстно-лицевых ранений. В том же году в работе «Механизм образования рубцовых контрактур двигательного аппарата лица и нижней челюсти» ученый высказал свое критическое отношение к существующим методам лечения огнестрельных повреждений лица и челюстей: покою, выключению функционального аппарата межчелюстным связыванием челюстей, наложением працевых повязок, прибинтовыванием нижней челюсти к верхней. Он также считал, что основой лечения огнестрельных переломов челюстей должна быть профилактика контрактур, а основой профилактики является мио-терапия и жесткая иммобилизация отломков челюстей одночелюстной шиной, обеспечивающей подвижность челюстей и двигательного аппарата челюстно-лицевой области в период заживления повреждений.

В.Ю. Курляндским была разработана классификация огнестрельных переломов челюстей по топографическим признакам линии перелома челюсти и количеству оставшихся на отломках зубов, классификация огнестрельных переломов челюстей по нозологическим формам, классификация дефектов неба огнестрельного происхождения. На их основе появилась возможность прогнозировать течение болезни, предвидеть осложнения, главным образом в нарушении

функции. Кроме того, он впервые теоретически обосновал и методологически разработал принципы организации лечебной гимнастики в челюстно-лицевых госпиталях. Любой из представленных комплексов упражнений должен начинаться, по убеждению В.Ю. Курляндского, с общеукрепляющей утренней гимнастики, продолжением которой являются специфические и неспецифические упражнения, в том числе для поврежденной челюстно-лицевой области, при контрактурах. Им были разработаны показания и противопоказания к аппаратной механотерапии. Итак, в результате лечения переломов нижней челюсти жесткими одночелюстными шинами, по данным В.Ю. Курляндского, консолидация наступает в 70% случаев при лечении от 20 до 35 дней, в то время как при иммобилизации алюминиевыми шинами консолидация отмечена лишь у 36% при лечении от 35 до 70 дней, то есть практически в два раза дольше.

Сразу после выхода в свет книги В.Ю. Курляндского «Функциональный метод лечения огнестрельных переломов челюстей» в газете «Медицинский работник» появляется статья заслуженного деятеля науки, проф. Д.А. Энтина «Вредная и бездоказательная концепция». Д.А. Энтин отмечает, что рекомендованный В.Ю. Курляндским «метод» приведет к самым печальным последствиям.

Благодаря функциональному лечению челюстно-лицевых ранений в 1944 году было возвращено в строй 80% раненых в челюстно-лицевую область по сравнению с 1942 годом, когда этот показатель равнялся 60%.

В том же году В. Ю. Курляндский подверг анализу 2500 челюстно-лицевых ранений, на основе которого он делает очень важные для военного времени выводы, основываясь на которых, возможно улучшить качество лечения раненых. Ускоренный срок поступления раненых, локализация и характер поражения, сортировка по нозологическим формам (на основе классификации В.Ю. Курляндского), эвакуация по назначению влияют на длительность лечения. Автор приводит убедительные данные возвращения в строй раненых в челюстно-лицевую область: из 2475 человек вернулось в строй 1975, что составило более 80%, а если учесть, что 289 человек были годны для нестроевой службы, то этот показатель возрастал до 90%. М.В. Мухин писал: «...такого большого числа вернувшихся в строй не было ни в одной из предыдущих войн и ни в одной армии государств, участвующих во время второй мировой войны».

Общая тактическая характеристика деятельности челюстно-лицевых хирургов в период Великой Отечественной войны может быть кратко сформулирована следующим образом: систематическое неуклонное повышение терапевтической активности в отношении как хирургических операций, так и ортопедических вмешательств, а также расширение рамок комплексного лечения.

Опыт, накопленный челюстно-лицевой хирургией и ортопедией в период Великой Отечественной войны, значительно расширил практические границы специальности и укрепил ее теоретические основы. Челюстно-лицевые госпитали явились превосходной школой, в которой обучались и совершенствовались первоклассные специалисты.

Закончилась Великая Отечественная война, но ее последствия долгие годы дают о себе знать. После войны В.Ю. Курляндский вновь обращается к проблеме лечения огнестрельных ранений. Советская медицина проделала большую работу по восстановительному лечению инвалидов Великой Отечественной войны, многие, закончив лечение, вернулись к своей профессии, некоторая часть из числа невозвращенных в строй до сих пор продолжает восстановительное лечение. Среди этих лиц значительное место занимают инвалиды войны, имевшие тяжелые повреждения зубочелюстной системы.

В 1948 году выходит труд В.Ю. Курляндского *«Клиника и экспертиза трудоспособности при заболеваниях и повреждениях лица и челюстей»*, который является первой попыткой проанализировать и обобщить большой материал, накопившийся у отечественных специалистов и лично у автора в области челюстно-лицевой хирургии. Исследований по врачебно-трудоустройству в области стоматологии до опубликования этой работы в отечественной литературе не было. Методика экспертизы была построена на клинико-экспертном обследовании больного, выявлении сохранившихся функций, определении функционального состояния организма, уточнении трудового прогноза путем динамического переосвидетельствования. Очень важно было в послевоенный период оценить у раненых в челюстно-лицевую область степень потери трудоспособности.

Решение вопроса может быть правильным только в том случае, по словам В.Ю. Курляндского, если оно основано на сочетании как социальных, так и медицинских факторов. Ученый говорил, что «снижение инвалидности является благороднейшей задачей исследователя». Решить эту проблему можно двумя путями: восстановительной терапией с возвращением полной трудоспособности и изучением увечья и компенсаторных возможностей организма, рекомендовав доступный вид деятельности в зависимости от настоящего состояния здоровья человека.

Решение вопросов врачебно-трудовой экспертизы и правильное определение путей и возможностей трудоустройства и приспособления к труду инвалидов имеет исключительное значение. В.Ю. Курляндский предложил классификацию основных групп поражений в челюстно-лицевую область, классификацию нозологических форм поражений, функциональных нарушений и трудовых ограничений, а в 1950 году разработал классификацию последствий повреждений лица и лицевого скелета, которая позволила наиболее продуктивно оценивать состояние раненых в челюстно-лицевую область, ставить качественный диагноз, назначать эффективные методы лечения и прогнозировать течение заболевания.

Результатом огнестрельных повреждений зубочелюстной системы обычно является значительная убыль числа зубов, особенно на челюсти, непосредственно подвергшейся ранящему воздействию снаряда, а также нарушение целостности и значительная деформация костного скелета и прилежащих мягких тканей. В таких случаях устранение возникших деформаций ортопедическими методами чрезвычайно затруднено. Трудности ортопедического лечения связаны также с тем, что следует особо заботиться о сохранении оставшихся зубов, так как они представляют, по выражению А.И. Евдокимова, «своего рода золотой фонд» для последующего функционально эффективного протезирования.

Если вопросы ортопедического вмешательства при лечении свежих челюстно-лицевых ранений изучены подробно и в литературе отражены общие принципы терапии (Б.Б. Брандсбург, 1940; М.М. Великанова, 1942; В.Ю. Курляндский 1944; М.М. Ванкевич, 1945; А.Я. Катц, 1945; Д.А. Энтин, 1945; А.А. Лимберг, 1946; А.Э. Рауэр, 1947), то принципы протезирования лиц, имеющих последствиями огнестрельных повреждений тяжелые деформации зубочелюстной системы, были разработаны к тому времени недостаточно, несмотря на значительное количество работ по этому вопросу (А.Я. Катц, 1942; А.И. Бетельман, 1943; З.Я. Шур, 1943; В.Ю. Курляндский, 1944; И.М. Оксман, 1944; З.В. Копп, 1945; Б.Р. Вайнштейн, 1948).

В 1952 году В.Ю. Курляндский вновь возвращается к этой теме. Он предлагает аспирантке А.А. Кузнецовой разработать некоторые вопросы из раздела восстановительного лечения: определение основных принципиальных положений протезирования больных после тяжелых повреждений зубочелюстной системы, а также изучение непосредственных и отдаленных результатов проведенного ортопедического лечения больных с деформациями зубочелюстной системы после огнестрельных ранений.

В 1955 году А.А. Кузнецова защитила кандидатскую диссертацию: «Последствия тяжелых повреждений зубочелюстной системы (огнестрельного происхождения) и принципы ортопедического лечения», в которой утверждала, что при тщательном клиническом анализе анатомических и функциональных нарушений, состояния зубочелюстной системы у каждого отдельного больного, а также при правильном учете последующего влияния изготовленных протезов на оставшиеся зубы, ортопедическое лечение может быть достаточно эффективным не только в отношении восстановления функции и формы жевательного аппарата, но и при сохранении оставшихся на челюстях зубов и профилактике ряда заболеваний желудочно-кишечного тракта.

В том же 1955 году М.М. Максудов под руководством В.Ю. Курляндского завершает исследование на тему «Свободная костная пластика нижней челюсти при дефектах огнестрельного происхождения». Огнестрельные ранения лица и челюстей, особенно нижней челюсти, относятся к группе повреждений с тяжелым течением раневого процесса. Эти повреждения тяжелы не только потому, что опасны для жизни, но и нарушением ряда функций (жевания, речи), а отсюда расстройство пищеварения, деформации и обезображивание лица, косметические последствия, подавленность психики. Восстановление функций протезированием

не дает должного эффекта, поэтому основной способ восстановления функции нижней челюсти является хирургическое устранение ее дефектов - свободная костная пластика.

Из литературы известно, что попытки восполнить дефект нижней челюсти костной пластинкой, взятой у самого пациента, частью ребра были немногочисленны (Барденхейер, 1891; П.П. Дьяконов, 1897; Зюдек, 1929; Л.А. Лимберг, 1943; и др.). В.Ю. Курляндский еще в 1945 году определил два направления в выборе метода и техники костнопластических операций на нижней челюсти: свободная аутопластическая пересадка кости, взятой из ребра или гребешка подвздошной кости в дефект нижней челюсти и свободная гомопластика - пересадка кости или хряща, взятой у трупа. Эти направления оправданы при больших дефектах. Небольшие костные дефекты могут быть восстановлены местными тканями. Такие операции разработал и предложил В.Ю. Курляндский. М.М. Максудов в диссертации также подтвердил разработки учителя, что при больших дефектах нижней челюсти огнестрельного происхождения предпочтительным материалом для костной пластики является гребешок подвздошной кости, который берется щадящим способом, с предварительной подготовкой ложа для трансплантата и фиксацией отломков каппами и шинами Порты. В этом случае через полтора-два месяца наступает приживание трансплантата.

Спустя 20 лет после окончания войны, кроме больных, получивших повреждения челюстно-лицевой области во время военных действий, появляются больные с челюстно-лицевыми повреждениями иного происхождения (производственные травмы, воспалительные процессы, состояние после удаления опухолей), которые приводят к расстройству жизненно важных функций (жевания, носового дыхания, звукообразования), поэтому тема функционального лечения таких дефектов продолжает разрабатываться на кафедре, возглавляемой В.Ю. Курляндским. Ортопедический способ лечения при такой патологии являлся тогда главным, так как хирургический метод был менее эффективен. Ортопедическое лечение таких больных проводилось с конца XIX века. В дальнейшем эта идея получила развитие в трудах Д.А. Энтина, (1923, 1924, 1941), В.Ю. Курляндского (1944, 1958, 1962), И.М. Оксмана, (1951, 1957) и др. Ученые разрабатывали новые конструкции протезов, в результате чего появилось большое количество аппаратов с различными способами фиксации, размерами обтюрирующей части. По поводу размеров обтюрирующей части протеза существуют две точки зрения.

Одни авторы считают, что обтюрирующая часть должна заполнять всю раневую полость, точно повторяя форму носовых ходов (Л.П. Григорьева, В.А. Устименко, 1960 и др.), а В.Ю. Курляндский (1944, 1965), Хильдебрандт (1965) и другие полагают, что такие размеры obturator травмируют ткани, плохо фиксируются, утяжеляют протез. Они предлагали эту часть протеза делать небольших размеров, но с учетом обеспечения полного разобщения полости рта и полости носа. Проблема протезирования таких больных весьма актуальна, так как многие авторы концентрировали свое внимание на функции жевания, полностью исключая функцию дыхания и звукообразования.

В.Ю. Курляндский предложил Ю.В. Аксенову разработать научно обоснованный метод ортопедического лечения больных с дефектами верхней челюсти различного происхождения и определить возможности объективной оценки ряда восстановленных функций с помощью различных инструментов и приборов.

В 1966 году Ю.В. Аксенов защитил диссертацию на тему «Восстановление некоторых функций после протезирования больных в связи с резекцией верхней челюсти», в которой он обосновал предположения В.Ю. Курляндского о том, что небольших размеров обтюрирующая часть протеза обеспечивает наибольшую функциональную эффективность, носовое дыхание и звукообразование, что было подтверждено специальными методами и пробами, предложенными автором диссертации.

Таким образом, на протяжении десяти с лишним лет под пристальным вниманием В.Ю. Курляндского находились проблемы функционального лечения огнестрельных переломов челюстей, а также лечения челюстно-лицевых дефектов иного происхождения, что существенным образом влияло на эффективность и качество оказываемой помощи. И.К. Курляндский впервые теоретически обосновал и решил функциональное направление при лечении огнестрельных переломов челюстей, отдавая предпочтение одночелюстному шинированию челюстей, впервые разработал и внедрил в практику лечения огнестрельных

переломов челюстей лечебную физкультуру, разработал классификацию переломов огнестрельного происхождения по топографическим признакам линии перелома с учетом зубов, оставшихся на челюсти, классификацию по нозологическим признакам дефектов неба, основных групп поражений в челюстно-лицевую область, классификацию последствий повреждений лица и лицевого скелета, новые методы пластических операций местными тканями, а также впервые в отечественной практике разработал методику экспертизы трудоспособности раненых в челюстно-лицевую область.

Проблема функционального лечения раненых в челюстно-лицевую область является и в настоящее время очень важной для практической стоматологии и продолжает развиваться на кафедре госпитальной ортопедической стоматологии МГМСУ: разрабатываются новые методы лечения челюстно-лицевых повреждений, изучаются перспективы применения озонотерапии в комплексном лечении травматических повреждений костей лицевого скелета, методы психофармакотерапии, вопросы реабилитации больных с этой патологией.

Функциональное направление, разрабатывавшееся В.Ю. Курляндским при лечении челюстно-лицевых ранений, имело свое продолжение в работах его учеников и последователей.

ПРОБЛЕМЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ

Протезирование беззубых челюстей всегда не простая задача для стоматологов.

В монографии *«Протезирование беззубых челюстей»* (1955) В.Ю. Курляндский ставит и пытается разрешить три основных вопроса этой проблемы: фиксация протезов на беззубых челюстях, восстановление внешнего облика с помощью индивидуальных по величине и форме протезов, конструирование зубных рядов в протезах в полном взаимодействии с другими органами челюстно-лицевой области, участвующими в обработке пищи, дыхании, речи.

В.Ю. Курляндский разработал учение о фиксации и стабилизации протеза на беззубой челюсти, т.к. функциональная эффективность протеза в процессе речи или во время откусывания и пережевывания пищи в первую очередь зависит от этих факторов. Все имеющиеся методы фиксации Вениамин Юрьевич делил на механические, физические, физико-биологические. Механические методы были распространены с конца XIX века. Это были и пружины, отталкивающие протезы друг от друга, и магниты, и вживление в тело челюсти искусственных опор для последующей фиксации протеза кламмерами. Функциональный эффект таких протезов был весьма невелик, при разжевывании пищи они были мало устойчивы. Попытки вживления искусственных опор, выступающих над уровнем тела челюсти, как правило, заканчивались неудачей: вокруг штифтов возникали нагноительные процессы, а имплантаты выталкивались грануляционными тканями. Физические методы породили надежду на лучшую фиксацию протезов на беззубых челюстях, но использование физических законов адгезии и капиллярности для фиксации протеза на беззубых челюстях не решило проблемы. Попытка использовать метод, построенный на разнице атмосферного давления, так называемый «метод присасывания», не дала положительного результата: малая площадь присасывания вела к гипертрофии слизистой оболочки протезного ложа, а увеличение площади присасывания за счет каучуковых подкладок вело к гигиеническому дискомфорту. При физико-биологическом методе фиксации протезов на беззубых челюстях колоссальное значение имеет знание анатомо-топографических особенностей мест прикрепления мышц на беззубых челюстях в зависимости от степени атрофии альвеолярных отростков и тела челюсти, а также от строения слизистой оболочки протезного ложа, а также их влияния на фиксацию и стабилизацию протезов.

Тщательное изучение анатомического строения беззубых челюстей позволило решить проблему образования клапана с широкой площадью опоры, что и предполагал физико-биологический метод. Оценивая функциональную эффективность каждого метода, наибольшее

предпочтение ученый отдавал последнему. В.Ю. Курляндский предложил свою классификацию беззубых челюстей в зависимости от степени атрофии альвеолярного гребня и строения слизистой оболочки прободного ложа.

Он различал три типа беззубых верхних челюстей и подробно расшифровывал характеристику каждого типа (степень атрофии альвеолярного отростка, строение слизистой оболочки, выраженность турса, высота свода, форма вестибулярного ската, податливость железистой подушки). Ученый выделил 5 типов беззубых нижних челюстей в зависимости от атрофии альвеолярной части, а также от возникающих новых топографических соотношений между местами прикрепления сухожилий мышц с внутренней и внешней стороны к беззубой нижней челюсти.

Классификация, разработанная В.Ю. Курляндским, как любая научная систематизация признаков, не охватывает всего многообразия наблюдаемых и клинической практике вариантов атрофических процессов челюстей. В то же время она остается наиболее полной, четкой и приемлемой для практического использования. Классификация «по Курляндскому» позволяет с Польней точностью поставить диагноз, выявить факторы, благоприятствующие фиксации протеза или негативно воздействующие на нее, то есть дает возможность прогнозировать влияние степени атрофии альвеолярного отростка на результаты ортопедического лечения и, таким образом, предусмотреть возможные осложнения, а также избежать ошибок при изготовлении полных съемных протезов.

В ортопедической стоматологии и в настоящее время остаются актуальными теоретические вопросы разработки классификации беззубых челюстей, которые имеют большое значение для клиники.

Вопросами повышения функциональной эффективности протезов при полном отсутствии зубов занимались многие исследователи. Было предложено много методов фиксации съемных пластиночных протезов, так как неизбежные атрофические процессы, происходящие при потере зубов, изменяют основные ориентиры, определяющие форму лица и высоту его нижнего отдела, делают протезирование малоэффективным.

Известно, что фиксация протеза зависит от точности Рельефа базиса и его границ, сформированных с учетом движения нижней челюсти и языка. Базис, точно прилегающий к слизистой оболочке и равномерно передающий давление на кость, замедляет процесс ее атрофии. Кроме того, сохраняется альвеолярный отросток, что весьма важно при протезировании беззубых челюстей. Многие авторы полагают, что изготовить точный протез, без каких-либо искажений, с равномерно передаваемым давлением на опорные ткани по известным методикам практически невозможно.

В.Ю. Курляндский отметил, что сам процесс изготовления базиса имеет существенные недостатки, которые ведут к его искажению. Причин искажения пластмассовых базисов много: уплотнение гипса при паковке под давлением пресса (в зависимости от консистенции пластмассового теста), внутреннее напряжение пластмассы при полимеризации, разница коэффициентов теплового расширения пластмассы и гипса. Даже безупречно проведенные клинические процедуры не устраняют эти искажения. Измененный и неточный базис отрицательно влияет на ткани протезного поля, создавая условия для неравномерной нагрузки, что приводит к патологическим изменениям слизистой оболочки и ускоренной атрофии кости.

С появлением пластмасс холодного отверждения стало возможным изготовление более точных базисов. В.Ю. Курляндский предложил уточнять базис протеза непосредственно в полости рта на челюсти больного нанесением дополнительного слоя пластмассы. Этот метод, исключая деформацию протеза, имел свои недостатки: неравномерная толщина пластмассы, компрессия мягких тканей, в результате - неравномерная передача давления, а это ведет к смещению протеза и отклонению окклюзионной плоскости от ранее установленной.

В 1962 году В.Ю. Курляндский с учениками разработал способ получения тонкого равномерного слоя пластмассы для перебазировки протеза в клинике (во рту пациента), а также разработал методы исследования изменений в установившейся высоте протеза верхней челюсти, направлении окклюзионной плоскости по отношению к Камперовской горизонтали, высоте нижнего отдела лица, возникающих в них при перебазировке протеза. Под его руководством была проведена сравнительная оценка фиксации и функциональной эффективности протеза,

изготовленного обычным методом и методом Курляндского с уточнением рельефа базиса и его границ с помощью полученной пластмассовой ленты непосредственно в полости рта больного.

Аппараты, сконструированные для получения равномерной пластмассовой ленты, были рекомендованы для серийного производства. Появилась возможность уточнения базиса непосредственно в полости рта больного и формирования окклюзионной плоскости, что позволило изготавливать протезы высокой функциональной эффективности.

Проведенная сравнительная функциональная оценка протезов, изготовленных по обычному методу и методу В.Ю. Курляндского, показала, что уточнение рельефа базиса и его границ с помощью пластмассовой ленты непосредственно на челюсти значительно повышает его функциональную эффективность. Функциональные пробы по Гельману выявили, что функциональная эффективность протеза повышается на 5-40% в зависимости от степени атрофии альвеолярного отростка. Этот метод протезирования беззубых челюстей по В.Ю. Курляндскому был рекомендован всем лечебным ортопедическим учреждениям. Методика уточнения базиса с помощью пластмассовой ленты была с успехом применена как при непосредственном протезировании, так и при преждевременном ослаблении фиксации протеза.

Изготовление протезов на беззубую нижнюю челюсть, несмотря на новые методы их изготовления и новые слепочные массы, не всегда приводит к положительным результатам по многим причинам: резкая атрофия альвеолярного отростка (3-й тип атрофии по классификации В.Ю. Курляндского), резкая атрофия боковых участков и значительная атрофия фронтального участка, при этом остаток гребня покрыт складчатой слизистой оболочкой (4-й тип атрофии по классификации В.Ю. Курляндского), повышенный тонус подбородочных мышц, короткая нижняя губа, тяжи, складки, рубцы в преддверии полости рта.

В таких случаях возможна хирургическая подготовка протезного ложа, целью которой является улучшение анатомических условий беззубой нижней челюсти, углублении преддверия полости рта, увеличение протезного ложа, перемещение мест прикрепления мышц и т.д. Хирургические вмешательства при подготовке к протезированию начинают историю с конца XIX - начала XX века.

В литературе этого периода описаны хирургические методы увеличения площади протезного ложа и улучшения неблагоприятных анатомических условий с целью дальнейшего протезирования.

Разрабатывая проблему фиксации и стабилизации протеза на беззубой нижней челюсти, Курляндский отмечал, что одни авторы ищут пути изучения клинической анатомии беззубого рта, а другие считают, что в основе решения этой проблемы лежат исследования влияния мышц полости рта на устойчивость протеза во время функции.

Добиться удовлетворительной фиксации и стабилизации протеза на беззубой нижней челюсти при третьем типе атрофии альвеолярного гребня по классификации В.Ю. Курляндского, сложно. Поэтому некоторые исследователи предлагали хирургическое вмешательство для расширения протезного ложа.

В.Ю. Курляндский решает более тщательно изучить анатомо-топографические особенности строения беззубых челюстей и уточнить их роль в механизме фиксации и стабилизации съемных пластиночных протезов, так как в литературе анатомо-топографическое строение челюстей носит чисто описательный характер и базируется, в основном, на материалах учебников по нормальной анатомии, где оно изложено применительно к зубочелюстной системе с интактными зубами.

Изучив анатомо-топографическое расположение мышц подбородочной, щечной области, рыхлой клетчатки, В.Ю. Курляндский рекомендовал формировать слепок с расширением границ, а протез изготавливать определенной формы: с углублением со стороны языка и выпуклостью с наружной стороны. При 3-м типе атрофии альвеолярного отростка при неблагоприятных анатомо-топографических условиях ученый ставит определенную задачу: разработать и обосновать показания и противопоказания к оперативному вмешательству с учетом тех или иных неблагоприятных анатомических условий на нижней челюсти, сравнить величину протезного ложа до и после операции и проверить эффективность последующего протезирования с помощью функциональных проб Б.Р. Вайнштейна, Ф. Гербста и жевательных проб по С.ГЕ. Гельману.

В результате оперативных вмешательств (увеличение протезного ложа, при 3-м и 4-м типах атрофии альвеолярной части нижней челюсти, увеличение высоты альвеолярного гребня и углубление преддверия полости рта) фиксация и стабилизация протезов улучшилась, а функциональные пробы подтвердили предположения В.Ю. Курляндского о положительном эффекте операций. Завершив исследования, ученый рекомендовал проводить такие операции даже в поликлинических условиях.

Сведения об анатомо-топографических особенностях строения беззубой верхней челюсти крайне противоречивы, мнения различных авторов не совпадали в оценке роли одних и тех же образований, необходимых для фиксации протезов, что привело к различной трактовке неудовлетворительных результатов протезирования, а также к различным взглядам на целесообразность хирургических методов увеличения площади протезного ложа на беззубой верхней челюсти. В.Ю. Курляндский изучил анатомо-топографические особенности строения беззубой верхней челюсти при 3-м типе атрофии, уточнил их роль в механизме фиксации съемного пластиночного протеза и обосновал показания и противопоказания к хирургическим методам увеличения площади протезного ложа на беззубой верхней челюсти.

Ученый пришел к выводу, что для фиксации протеза большое значение имеют места прикрепления мышц и их топография. Он рекомендовал в 8,6% случаев хирургическую подготовку полости рта, причем хирургической коррекции подлежат в основном боковые ее отделы.

Исследователи отмечали, что из твердых пластмасс не всегда можно изготовить полноценные протезы и решить все клинические задачи, стоящие перед врачом. Особые трудности представляет создание функционально полноценного протеза на беззубой нижней челюсти при резкой и неравномерной атрофии альвеолярной части (3-й и 4-й типы атрофии по В.Ю. Курляндскому). Усложняет протезирование узкий тонкий гребень альвеолярной части, острые костные выступы, экзостозы и острые внутренние косые линии. На верхней челюсти при значительной неравномерной атрофии альвеолярного отростка, если он покрыт тонкой слизистой оболочкой, при острых костных выступах, при наличии «болтающегося гребня», резко выраженного и широкого турса функциональный эффект протезирования также невелик. Равномерно распределить жевательное давление на ткани полости рта через базис протеза при таких анатомо-топографических условиях сложно, поэтому последний должен быть дифференцированным, как отмечал В.Ю. Курляндский: «Там, где твердо на челюсти, должно быть мягко на базисе и наоборот». Таким требованиям может отвечать двухслойный базис. Недостаточная податливость слизистой оболочки протезного ложа в данном случае компенсируется эластичным слоем базиса протеза, и жевательное давление амортизируется мягкой подкладкой. Проблема конструирования двухслойного базиса в те годы, несмотря на ее актуальность, была мало изучена, имелись отдельные сообщения, однако, убедительных экспериментальных и клинических обоснований не было. Не было и технологий их изготовления, а также показаний к их применению.

В 1964 году В.Ю. Курляндский решил разработать конструкцию и методику изготовления двухслойного базиса протеза и изучить их функциональную эффективность.

Для решения этих задач в качестве мягкой подкладки в двухслойном базисе была применена эластичная силиконовая пластмасса «Ортосил»: не токсичная, без запаха и вкуса, стойкая к слабым щелочам и кислотам, не меняющая форму, обладающая слабой водопоглощаемостью. Функциональная эффективность протезов с двухслойным базисом составила 56-58% (проверка функциональной эффективности при помощи проб по С.Е. Гельману). Степень фиксации и стабилизации также повысилась, даже при неблагоприятных анатомо-топографических условиях протезного ложа.

В 1975 году В.Ю. Курляндский занимался вопросом конструирования зубных рядов в протезах для беззубых челюстей. Он пытался разрешить проблему: как сконструировать зубные ряды в протезах, чтобы они работали синхронно с другими органами челюстно-лицевой области, участвующими в обработке пищи, образовании речи, дыхании. Эти вопросы до настоящего времени не получили окончательного разрешения, однако на современном уровне знаний в большинстве случаев протезирование лиц, потерявших все зубы, дает хорошие результаты. Ученый запланировал исследование по теме «Сравнительная оценка эффективности

протезирования беззубых челюстей при постановке зубов в окклюдаторе и среднем артикуляторе». Была определена цель исследования: оценить значение постановки зубов в окклюдаторе и артикуляторе, полностью исключая ряд факторов, влияющих на функциональную эффективность протезов на беззубые челюсти, как-то: степень фиксации протезов на челюстях, технические правила постановки зубов. Среди исследователей не было единых взглядов по вопросу использования артикуляторов и окклюдаторов для конструирования зубных рядов в протезах. Повседневная практика показала, что протезы для беззубых челюстей, сконструированные в окклюдаторе, характеризуются рядом недостатков: установка моделей в окклюдаторе осуществляется произвольно, в результате окклюзионные плоскости почти всегда не совпадают с шарнирной осью окклюдатора. Поэтому создаются неблагоприятные условия для постановки зубов в межальвеолярном пространстве. Способ постановки зубов по горизонтальной плоскости, применяемый в то время, характеризовался рядом недостатков, которые влияли на правильное оформление зубных рядов как в окклюдаторе, так и в артикуляторе.

В.Ю. Курляндский, сравнивая конструкции зубных рядов в окклюдаторе и артикуляторе, проверял эффективность жевания по С.Е. Гельману, изучал функцию жевания методом мастикациографии по И.С. Рубикону, применял метод тонометрии, устанавливая тонус жевательной мускулатуры с обеих сторон в покое и нагрузке и пришел к выводу, что протезы для беззубых челюстей, зубные ряды которых сконструированы в среднем артикуляторе по многим физиологическим показателям превосходят протезы, зубные ряды которых сконструированы в окклюдаторе. Жевательная эффективность этих протезов оказалась на 13% выше.

Более 20 лет В.Ю. Курляндский посвятил проблеме протезирования беззубых челюстей. Многие вопросы попытался разрешить ученый, главный из которых - фиксация протезов на беззубых челюстях. Его ученики Н.И. Ларин, П.М. Шакарашвили, Б.К. Мироненко, В.А. Щербаков, Е.О. Копыт и другие разрабатывали отдельные ее аспекты, внося свой вклад в решение этой сложнейшей проблемы. Результаты исследований, как правило, находили применение в практике.

ВРЕМЯ ОРТОДОНТИИ

В 50-е годы потребность в ортодонтической помощи возросла в несколько раз, так как в военные и послевоенные годы этот вид стоматологической помощи был отложен до лучших времен.

Стоматологи в основном занимались снятием острой боли, лечением и реабилитацией раненых в челюстно-лицевую область. Но наступило время, когда проблемы ортодонтии вышли на первый план. Врачей-ортодонтот катастрофически не хватало, в некоторых регионах не было ни одного специалиста (Армения, Азербайджан, Казахстан, Сибирь и др.). Больные ехали в Москву или Ленинград, где получали консультативную помощь, которую реализовать на местах практически не удавалось.

В этот период на кафедре ортопедической стоматологии ММСИ, началась разработка вопросов, связанных с зубочелюстными аномалиями.

Под руководством В.Ю. Курляндского были проведены комплексные исследования зубочелюстной системы, изучены ее форма и функции при обработке пищи во рту применительно к ортопедическим стоматологическим задачам. Для изучения был избран один из наиболее часто встречающихся физиологических видов прикуса - ортогнатический, так как он положен в основу учения о «нормальных видах прикуса». В.Ю. Курляндский предложил для исследования следующие вопросы: определить характер антропометрических признаков на лице и зубочелюстной системе, установить связь между ними и выделить особенности функции зубочелюстной системы в зависимости от ее морфологической структуры. При изучении морфологических и функциональных признаков ортогнатического прикуса были применены антропометрически и антропоскопические методы, функциональная характеристика прикуса

изучалась методом мастикациогрaфии по И. С. Рубинову. В результате исследования было выявлено, что вычисление коэффициента корреляции при определении взаимосвязи между антропометрическими признаками лица и зубочелюстной системы выявляет слабую связь, размеры зубов не зависят от формы лица. Полученные и систематизированные сведения о морфологических и функциональных особенностях зубочелюстной системы при ортогнатии, могут служить исходными данными при изучении других физиологических видов прикуса и являются важным фактором для диагностики и лечения разных видов деформаций.

Продолжая развивать функциональное направление в ортодонтии В.К). Курляндский в 1957 году опубликовал монографию *«Зубочелюстные аномалии у детей. Ортодонтия»*, в которой представил свою классификацию аномалий зубочелюстной системы. В отличие от существовавших тогда классификаций, в основу которых были положены этиологические признаки, симптом соотношения первых постоянных моляров, морфологические признаки, принцип отклонений в развитии зубной системы от развития лицевого скелета, функциональные нарушения и т.п., В.Ю. Курляндский в основу своей классификации положил взаимоотношения между формой и функцией, считая, что практически достаточно и возможно характеризовать тип аномалий на основе одного из этих факторов. Следует подразделять, по его мнению, аномалии, относящиеся к зубам (аномалии зубного ряда) и к соотношению зубных рядов, причем каждая может сочетаться с другими формами аномалий зубочелюстной системы. В.Ю. Курляндский подробно рассматривал вопросы этиологии, профилактики, клиники и лечения аномалий.

Им были предложены для перемещения и исправления положения зубов коронка со съемной наклонной плоскостью, для исправления положения небностоящих фронтальных зубов верхней челюсти аппарат со съемной направляющей плоскостью, для сужения зубного ряда верхней челюсти и саггитального сдвига нижней челюсти аппарат с орально расположенной ортодонтической дугой.

В.Ю. Курляндский проводил ортодонтическое лечение не только детей, но и взрослых. На положительные результаты ортодонтического лечения взрослых указывалось и ранее, однако научное обоснование и совершенствование методов ортодонтического лечения при сформированном прикусе дано благодаря работам В.Ю. Курляндского и его учеников.

В 1970 году на V Всесоюзном съезде стоматологов В.Ю. Курляндский выступил с докладом «Терминология, классификация и диагностика в ортодонтии», в котором обосновал необходимость создания классификации аномалий зубочелюстной системы: «Такое решение исключает ненужное многообразие различных, часто необоснованных терминов, применяемых в ортодонтии, дает возможность определить наиболее целесообразные методы лечения и эффективность лечения различных форм поражения зубочелюстной системы в детском возрасте. Введение терминологии, принятой в медицине, сблизит в понимании заболеваний общих педиатров с педиатрами-стоматологами». Далее, продолжал ученый: «...до сих пор в ортодонтии путают понятия классификации аномалий с диагностикой» и тут же дает определение классификации и диагноза. «Классификация — это логическое определение, состоящее в разделении всего изучаемого по сходствам и различиям на отдельные группы, а диагноз - это краткое врачебное заключение о сущности заболевания. В современной ортодонтической клинике диагноз может быть установлен на основании клинических симптомов, рентгенологических, антропометрических и функциональных исследований».

Проблема изменения в зубных и околозубных тканях при вертикальном перемещении (вытяжении) зубов, разрабатываемая В.Ю. Курляндским в 60-е годы, была весьма актуальна, так как перемещение (вытяжение) зубов при лечении открытого прикуса влечет за собой иногда очень тяжелые функциональные и косметические нарушения. Лечение открытого прикуса, по признанию многих авторов, является сложным и трудоемким, требующим большого количества времени, настойчивости и терпения как от врача, так и от больного. Многие зарубежные авторы считали лечение этой деформации бесперспективным. Ортодонтическое лечение открытого прикуса и ретенции зубов осуществляется при помощи ортодонтических аппаратов, под действием которых происходят сложные процессы перестройки зубных и околозубных тканей, зубных дуг и альвеолярных отростков, которые могут привести к изменению конфигурации лица. Исследования этого процесса привели к разноречивым результатам.

Большой интерес представляет вопрос об особенностях! перестройки костной ткани в зависимости от возраста, и котором производят перемещение. Большинство авторов рекомендовало производить вертикальное перемещение зубов только после смены резцов и завершения формирования их корней, то есть не ранее 12-13 лет. Учитывая необходимость детального изучения вопроса о перестройке зубных и околозубных тканей при вертикальном перемещении зубов в клинике и эксперименте, В.Ю. Курляндский поставил следующие задачи: проследить динамику изменения зубных и околозубных тканей при вертикальном перемещении (вытяжении) зубов в эксперименте на собаках различных возрастов и в клинике на больных, у которых производилось вертикальное перемещение зубов. Полученные результаты показали, что раннее лечение тяжелых форм открытого прикуса более эффективно и протекает в более короткие сроки. Время снятия ретенционных аппаратов определяется строго индивидуально. Применение в эксперименте и в клинике приемов, не вызывающих при перемещении зубов неприятных и болевых ощущений, способствует целенаправленной перестройке зубочелюстной системы без возникновения патологических процессов в зубных и околозубных тканях.

Интересны были исследования, проведенные В.Ю. Курляндским по изучению разновидности недоразвития верхней челюсти, разработке показаний к применению различных конструкций протезов и выработке рациональных и эффективных методов ортодонтического лечения.

Были выделены основные формы недоразвития верхней челюсти в сочетании с нормально развитой, недоразвитой и чрезмерно развитой нижней челюстью по отношению к трем взаимно перпендикулярным плоскостям, что позволило разработать методику лечения с учетом индивидуальных особенностей каждой формы. Кроме того, устранение аномального прикуса явилось профилактическим мероприятием ряда стоматологических заболеваний.

Морфологические изменения при различных аномалиях зубочелюстной системы легко обнаруживаются при клиническом осмотре, поэтому легко поддаются изучению. Функциональные изменения при осмотре установить не удастся, так как для их изучения необходимы специальные методы исследования.

Особое значение в функции зубочелюстной системы отводится жевательной мускулатуре, морфологические особенности которой изучены достаточно полно. Что касается функции жевательных мышц, то до конца изученной ее считать нельзя. Проводились исследования по изучению электрической активности мышц, сократительных реакций мимических и жевательных мышц при свободных движениях нижней челюсти. Для лечения зубочелюстных аномалий требуются знания всех особенностей жевательных мышц, проявляющихся при жевании, разговоре. Применение таких методов, как миография, мастикациография, миотонометрия дало возможность частично решить эту задачу.

Учитывая необходимость детального знания функциональных особенностей жевательной мускулатуры, В.Ю. Курляндский изучал сократительные реакции и тонус поверхностно расположенных жевательных мышц в сформированном ортогнатическом прикусе и при различных аномалиях зубочелюстной системы. Применение вышеперечисленных физиологических методов исследования выявило, что сократительные реакции и тонус поверхностно расположенных жевательных мышц при подавляющем большинстве зубочелюстных аномалий, исключая чрезмерное развитие нижней челюсти и недоразвитие восходящей ветви нижней челюсти, носит чисто индивидуальный характер, элементы недостаточности жевательной мускулатуры возможны и при ортогнатическом прикусе.

Выявление закономерности сократительных реакций и тонуса поверхностно расположенных жевательных мышц могут служить в клинике для изучения функциональной активности жевательной мускулатуры при ортодонтическом лечении больных с различными аномалиями и обеспечить индивидуальное лечение и выбор лечебного аппарата.

Аномалии зубочелюстной системы, возникшие в раннем детском возрасте и своевременно не устраненные соответствующим вмешательством, остаются стабильными, а в постоянном прикусе становятся еще более выраженными. При этом возникают не только функциональные нарушения жевательного аппарата, но и в значительной степени обезображивается внешний вид больного, действуя подавляюще на его психику. В специальной литературе вопрос о

протезировании при аномалиях зубочелюстной системы у взрослых был освещен недостаточно, тем не менее обращаемость с такими аномалиями была велика.

При лечении зубочелюстных аномалий у взрослых часто предпочтение отдается зубному протезированию. Решением этой проблемы В.Ю. Курляндский занимался в 70-е годы. Необходимо было изучить морфологию, функцию, эстетические изменения при аномалиях зубочелюстной системы у взрослых и определить возможность восстановления этих нарушений наиболее эффективными методами зубного протезирования. На основании клинико-лабораторного обследования группы больных было выявлено, что у взрослых аномалии более выражены и отягощены, поэтому ортодонтическая терапия менее эффективна, нежели протезирование. Отдаленные результаты свидетельствовали, что адекватное протезирование при различных аномалиях зубочелюстной системы взрослых наилучшим образом отвечает эстетическим и фонетическим требованиям. Позднее эту тему разовьет А.О. Курбанов в докторской диссертации «Зубочелюстные аномалии у взрослых, мути совершенствования организованной и лечебной помощи» (1994), в которой обозначит новые аспекты при лечении зубочелюстных аномалий у взрослых и организации этого лечения на местах.

Среди зубочелюстных аномалий сужение верхней челюсти, по сведениям разных авторов, составляет от 14 до 80 %. В связи с этим своевременное выявление, ортодонтическое лечение и научная разработка этой проблемы приобретала важное значение. Клинические наблюдения за больными с суженными челюстями, а также экспериментально-морфологические исследования внутрисистемных перестроек в костных тканях верхней челюсти при расширении ее ортодонтическим аппаратом весьма многочисленны, но единого мнения на характер и локализацию происходящих тканевых преобразований кости при расширении верхней челюсти не было. Часть авторов считает, что расширение верхней челюсти происходит за счет раскрытия нёбного шва, другие же отрицают такое расширение, а некоторые пришли к выводу, что расширение верхней челюсти происходит за счет одновременной перестройки тканей пародонта и срединного нёбного шва.

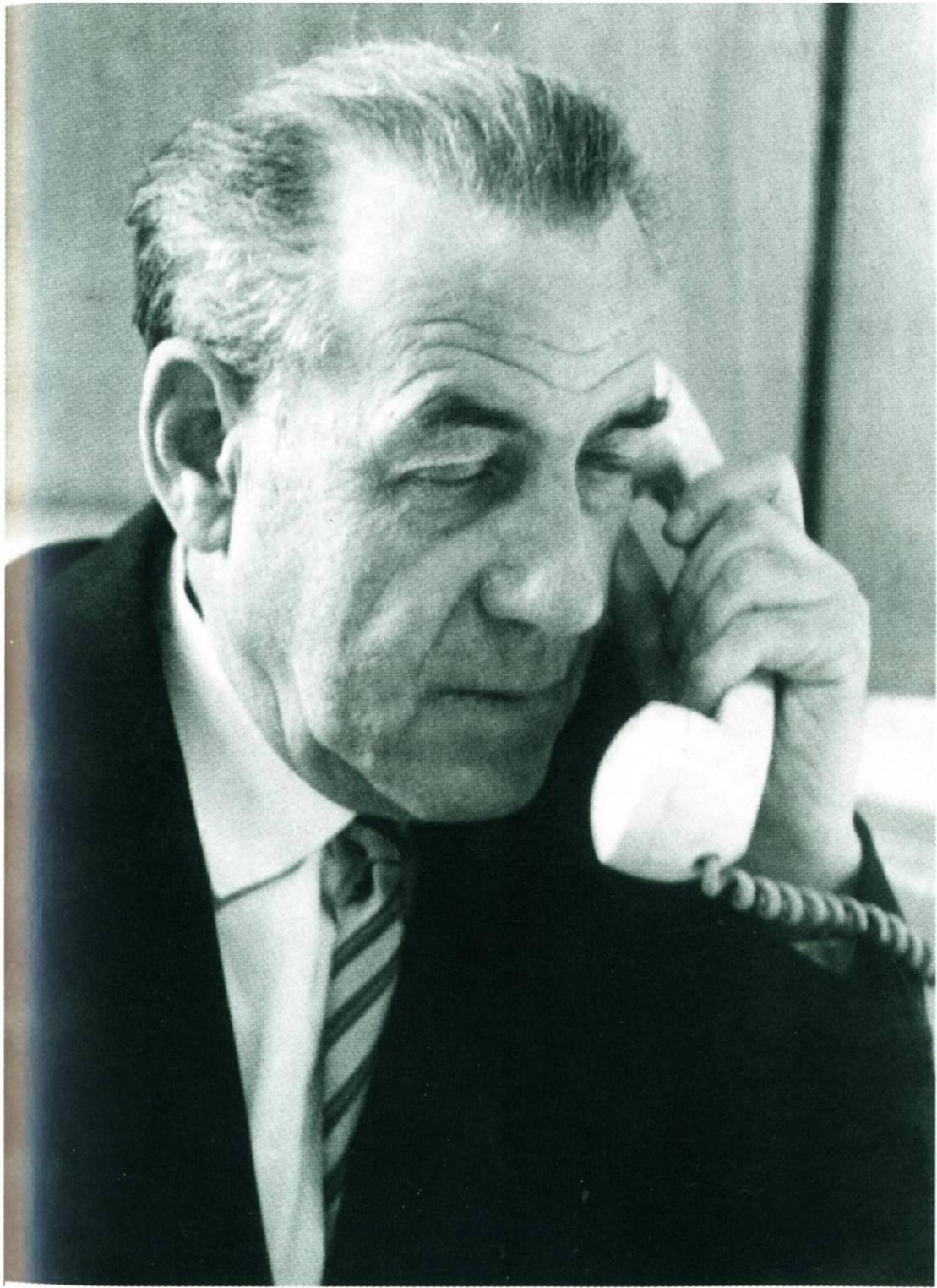
Поскольку состояние обменных процессов в литературе не было освещено, не было единого мнения о характере и локализации происходящих тканевых преобразований при расширении верхней челюсти. В.Ю. Курляндский решил воспроизвести в эксперименте расширение верхней челюсти и проследить динамику кальциевого обмена в тканях пародонта, нёбной кости, в области нёбного шва и в костных тканях, отдаленных от непосредственного воздействия ортодонтического аппарата. Предстояло изучить динамику изменений кальциевого обмена в исследуемых тканях в зависимости от силы и срока действия аппарата, исследовать нормализацию кальциевого обмена в тех же костных тканях кроликов после расширения верхней челюсти и в период ретенции, то есть после завершения активации ортодонтического аппарата.

Результатом исследований был вывод, что при расширении верхней челюсти кроликов винтовым аппаратом в обезызвевленных тканях происходит генерализованное нарушение кальциевого обмена, которое находит свое выражение в повышении накопления Ca^{45} в нёбной кости, в области нёбного шва, в костных тканях пародонта и угнетение содержания радиокальция в отдаленных от непосредственного действия аппарата теменных, скуловых и бедренных костях. Было выявлено, что степень и характер нарушения кальциевого обмена находятся в прямой зависимости от прилагаемой силы и срока действия ортодонтического аппарата. Расширение верхней челюсти ортодонтическим аппаратом приводит к раскрытию нёбного шва.

Среди аномалий зубочелюстной системы у детей часто наблюдаются аномалии положения отдельных зубов (от 15 до 88%). Определение значимости аномалий положения отдельных зубов в развитии локальных пародонтальных заболеваний имеет очень важное значение. В.Ю. Курляндский выявил, что состояние зубочелюстной системы у детей с аномалиями прикуса, особенно аномалиями положения отдельных зубов при вторичной адентии значительно усложняется. Аномалии развития дополняются различными деформациями и травматическими наслоениями. Травматические узлы часто сочетаются с феноменом Попова, а с возрастом повышается распространенность и интенсивность заболевания. Много работ было посвящено лечению аномально расположенных отдельных зубов. Но в опубликованных материалах были недостаточно освещены частота и лечение травмы слизистой оболочки полости

рта, пародонта и твердых тканей отдельных зубов, обусловленных аномалией их расположения. Исходя из этого, В.Ю. Курляндский предложил ортодонтическое вмешательство в профилактике и устранении травматических повреждений, обусловленных аномальным положением зубов. Необходимо было выявить частоту распространения аномалии положения зубов, способствующих возникновению травматических повреждений, разработать ортодонтические методы лечения, устраняющие травматические повреждения, обусловленные аномалией положения зубов. Исследования привели к выводу, что с возрастом процент травм резко увеличивается, достигая в постоянном прикусе 68,4%, а в то время как в молочном - 37,3%. Было отмечено, что к ортодонтическому лечению при аномально расположенных зубах надо прибегать сразу после установления диагноза, так как с возрастом частота и тяжесть травматических наслоений увеличивается. Анализ ортодонтических методов лечения позволяет считать, что прогноз лечения травматических повреждений является вполне благоприятным.

Среди патологических состояний зубочелюстной системы весьма часто наблюдается глубокое резцовое перекрытие, которое с возрастом осложняется патологической стираемостью твердых тканей, появлением подвижности зубов и хроническим гингивитом. Сочетание глубокого резцового перекрытия с частичными дефектами зубных рядов затрудняет и часто делает протезирование невозможным. Опубликованные работы по лечению глубокого резцового перекрытия касаются, главным образом, детского и юношеского возраста. Изучение глубокого резцового перекрытия у взрослых проводилось при частичных дефектах в зубных рядах, в связи со стремлением к рациональному протезированию.





На консультации в окружении сотрудников.

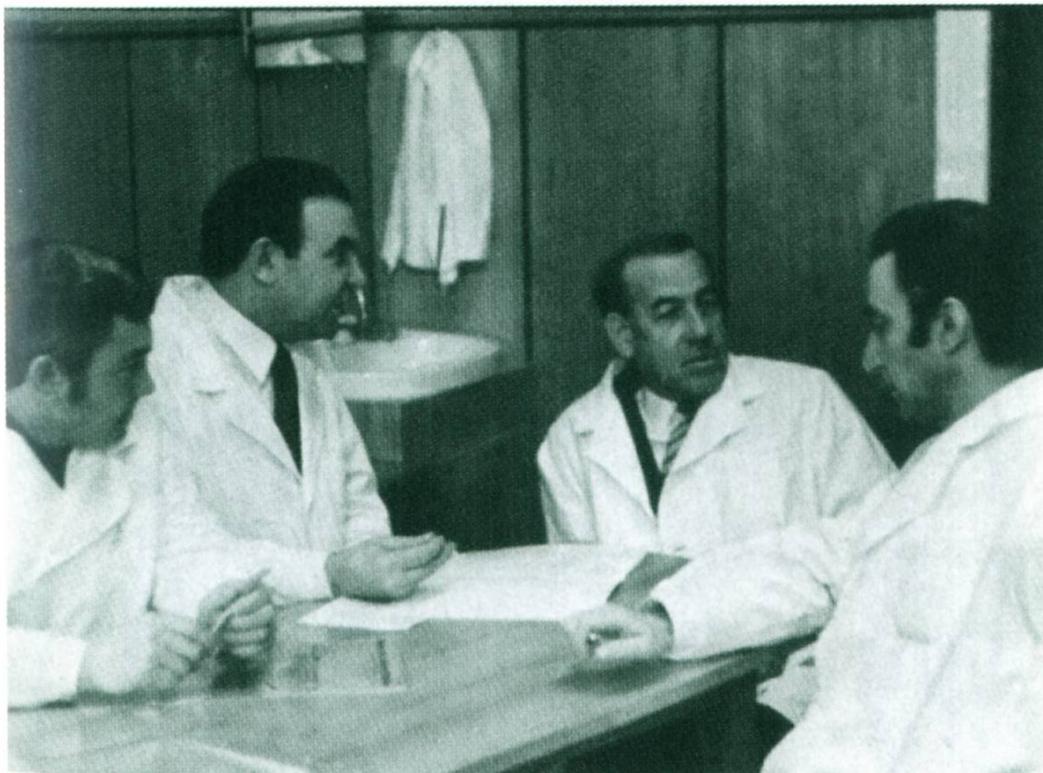
На отдыхе за рубежом.





В рабочем кабинете.

Доцентское совещание кафедры в рабочем кабинете: А. П. Воронов, Н. И. Ларин, В. Н. Копейкин.

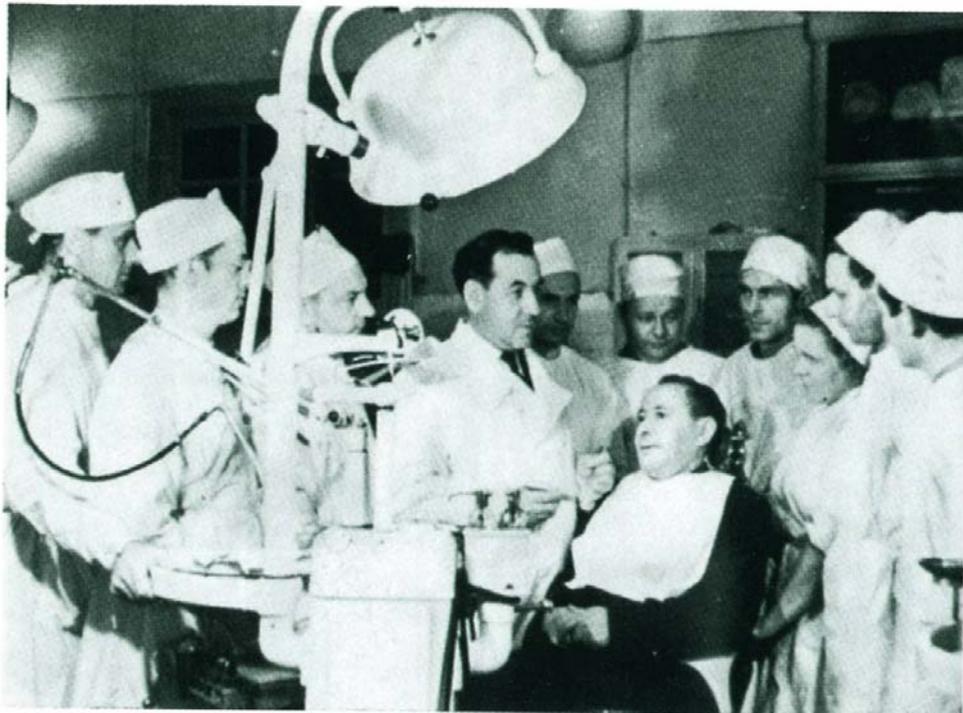






На субботнике по строительству стоматологического комплекса.

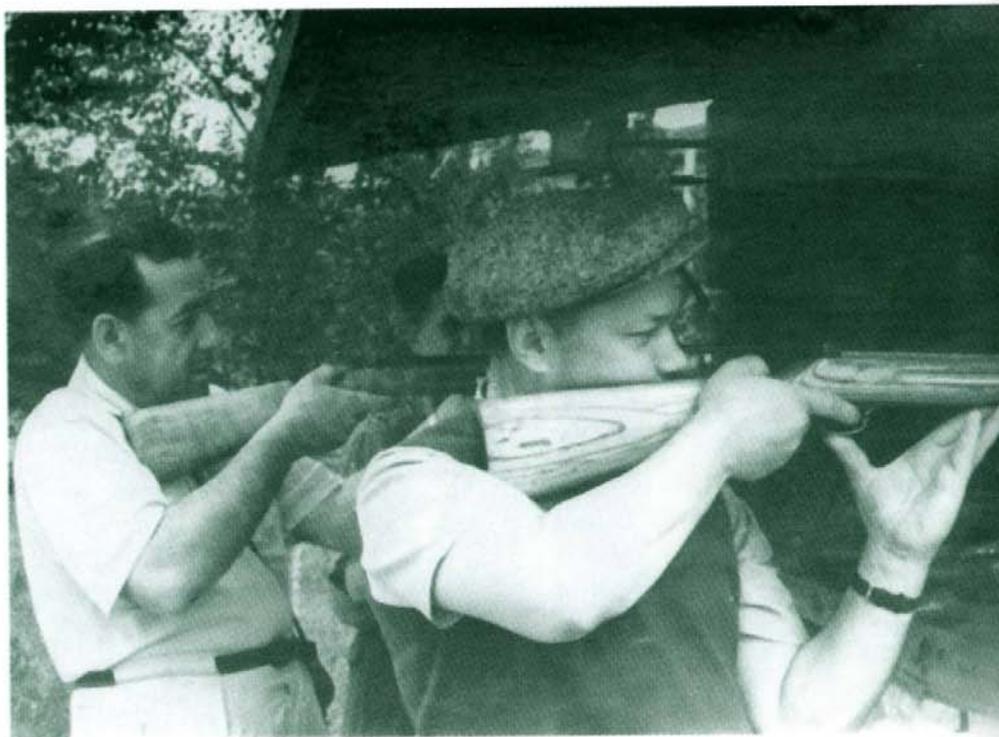
Консультация в новой клинике кафедры.





В. Ю. Курляндский
с внучкой Олесей
на Клязьме.

В гостях
у Р. Г. Бельногого.

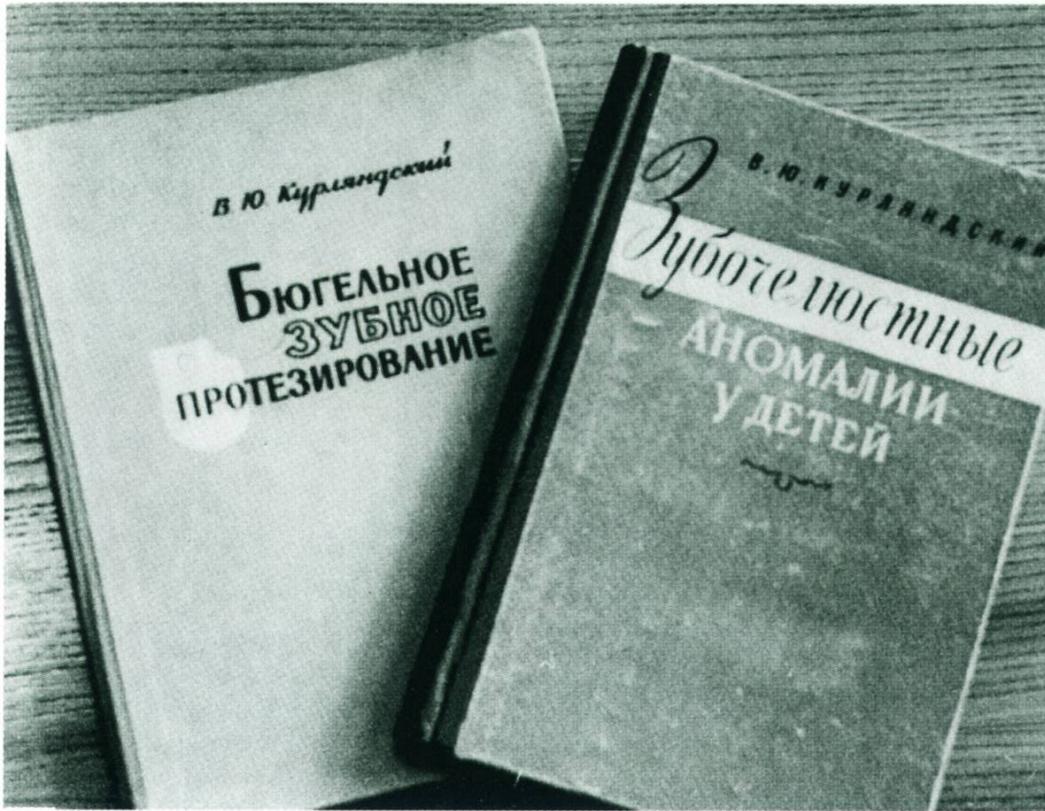




На даче. 1957 год.

Домашний сюжет: с женой. 1953 год. Москва.





Заведующий кафедрой госпитальной ортопедии профессор И. Ю. Лебеденко проводит занятие с аспирантами. 2002 год.

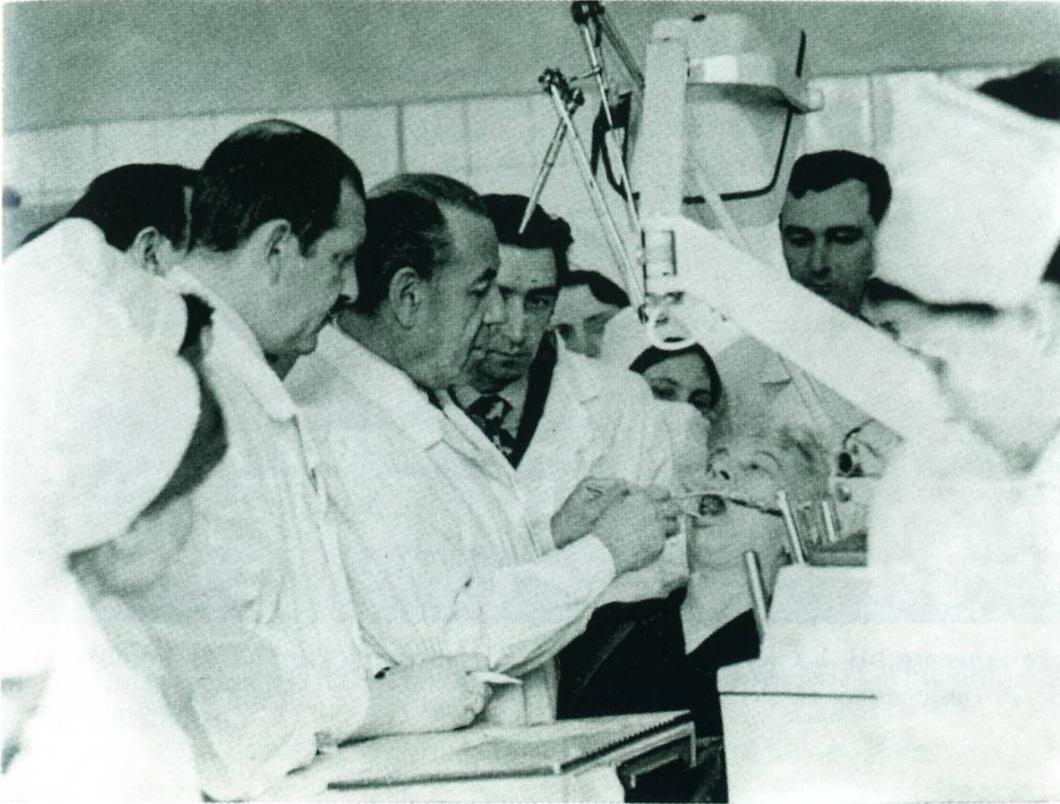




Еще не все решено.

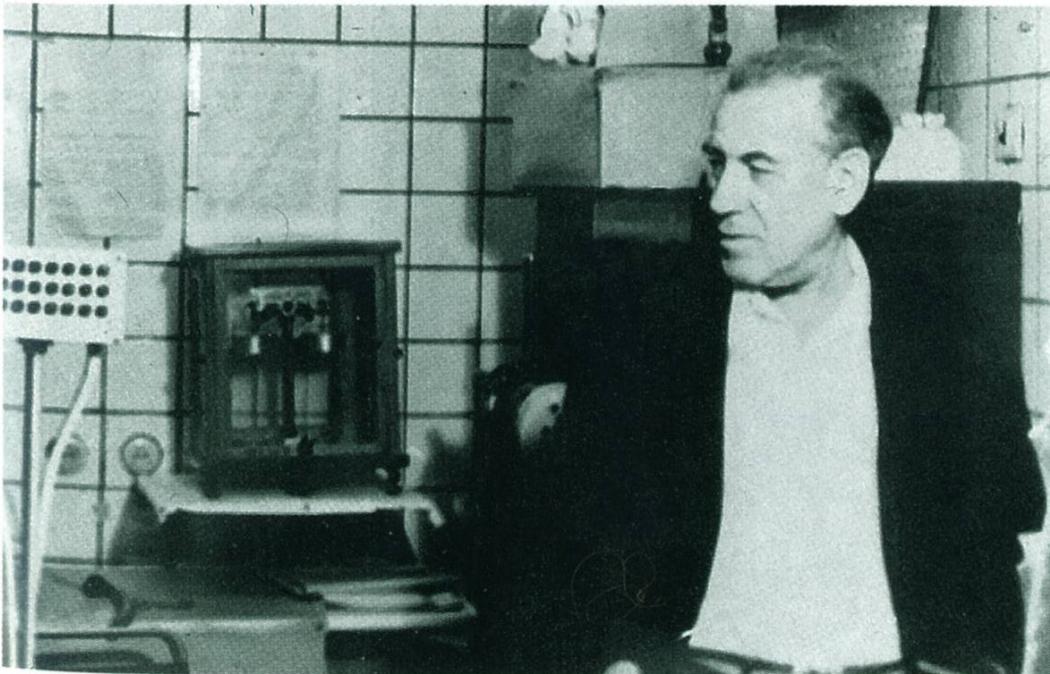
Обсуждение перспектив лаборатории материаловедения:
Г. Н. Троянский, Л. И. Гиллер, В. И. Захаров, В. Ю. Курляндский,
Ю. В. Аксенов, И. Н. Трунилин, П. М. Яценко.





Сотрудники кафедры на консультации профессора.

В научной лаборатории кафедры.





С учениками:
главным врачом
стоматокompлекса
доцентом
Л. И. Гиллером
(вверху)
и доцентом
В. Н. Копейкиным
(внизу). 1977 год.



В ИНСТИТУТЕ
С 1952 ГОДА ПО 1977 ГОДА
РАБОТАЛ СОВЕТСКИЙ
УЧЕНЫЙ-СТОМАТОЛОГ
ПРОФЕССОР
БЕНИАМИН ЮРЬЕВИЧ
КУРАЯНСКИЙ

Взрослые с глубоким резцовым перекрытием часто страдают от хронического гингивита, прогрессирующей стираемости и подвижности зубов, при которых консервативное лечение не приводит к выздоровлению, а ортопедическое лечение не применялось.

В.Ю. Курляндский изучил клинико-рентгенологические особенности глубокого резцового перекрытия у взрослых и значение дезокклюзии зубных рядов при лечении этой патологии. Единого мнения по вопросу лечения глубокого резцового перекрытия при частичных дефектах в зубных рядах не было, и совсем не было сведений по лечению этой патологии при интактных зубах. При изучении этой проблемы был применен лечебный метод - последовательная дезокклюзия, который дал устойчивые результаты при интактных зубных рядах, что дало основание рекомендовать метод в широкую стоматологическую практику.

Был предложен ортодонтический аппарат, который нормализовал функцию жевания, снимал травму слизистой оболочки полости рта.

Дезокклюзия зубных рядов при прогеническом соотношении не была столь эффективна, как при ортогнатическом соотношении. Продолжительность лечения больных с глубоким резцовым перекрытием при интактных зубных рядах сократилась вдвое, чем с частичными дефектами в сочетании с тяжелой деформацией и при прогеническом соотношении.

Одной из особенностей ортодонтического лечения является его длительность. Различают два основных периода лечения: период активной перестройки зубочелюстной I системы с помощью ортодонтических аппаратов и ретенционный, при котором происходит закрепление полученных результатов, достигнутых в период активного лечения. Между этими периодами резкой границы не существует. Ретенционный период следует за активным периодом, воздействуя на зубочелюстную систему. От этого периода зависит успех лечения. Если больной не пользуется ретенционным аппаратом, нередко возникает рецидив аномалии. Ретенционные аппараты способствуют более полной организации пародонта при новом положении зубов после активного ортодонтического лечения аномалии. Принято считать, что период, за который происходит полная морфологическая и функциональная перестройка зубочелюстной системы, равен сроку активного лечения. Известно, что длительность ретенционного периода зависит от выраженности зубочелюстной деформации, метода лечения, возраста и индивидуальных особенностей больного.

Одной из основных задач, стоящих перед ортодонтами, является сокращение ретенционного периода с помощью средств, ускоряющих репаративные процессы в костной ткани. Медицине известно большое количество средств, стимулирующих остеогенез. Однако, эти средства не находили применения в ортодонтической практике для сокращения периода ретенции достигнутых результатов. Среди средств, ускоряющих репаративные процессы в костной ткани, большое внимание уделяется гормону щитовидной железы - тирокальцитонину (ТКТ), который уменьшает остеопороз при различных заболеваниях костной системы и может применяться для ускорения посттравматической регенерации костей. Механизм действия ТКТ заключается в торможении деминерализации и ускорении отложения кальция в костной ткани. В связи с большой значимостью проблемы В.Ю. Курляндский решил выявить перспективность применения ТКТ для ускорения репаративных процессов в челюстях на заключительном этапе ортодонтического лечения, то есть в период ретенции. Для решения поставленной задачи в эксперименте на кроликах было изучено влияние ТКТ на структуру и кальциевый обмен в среднем небном шве, пародонте верхней челюсти и костях скелета в период активного расширения верхней челюсти с помощью винтового ортодонтического аппарата, а также в период ретенции, после завершения расширения челюсти.

В результате исследований было установлено, что ТКТ ускоряет репаративные процессы в челюстной кости в период ретенции ортодонтического лечения. Применение ТКТ в активный период расширения челюсти оказывает негативный эффект, заключающийся в усилении деструктивных процессов. Было рекомендовано применение ТКТ в ортодонтической практике для сокращения сроков ретенционного периода.

Подводя итог, можно сказать, что В.Ю. Курляндский уделял много внимания вопросам ортодонтии, под его руководством защищено более 10 кандидатских и докторских диссертаций. Классификация, разработанная им, до настоящего времени не устарела, влияние функции на раз-

вите зубочелюстных деформаций подтверждено его учениками, результатами исследований морфологических и физиологических разработок пользуются врачи новых поколений.

Прошло почти 25 лет со дня смерти В. Ю. Курляндского, многое изменилось в ортодонтической науке и практике. Самым значительным событием для этой специальности стало открытие в ММСИ кафедры ортодонтии (1990).

Помнились новые ортодонтические аппараты (брекет-системы) и методики, новые технологии, новые методы комплексной диагностики, лечения и профилактики, внедрена компьютерная техника, изменились организационные формы обслуживания ортодонтических больных, увеличилось количество врачей-ортодонт. В отделении функциональной диагностики разработаны и применяются различные методы диагностики, позволяющие оценить функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области (электромиография, мионометрия), височно-ниж-челюстных суставов (аксиография, фонеаксиография), пародонта зубов (периотестометрия).

На кафедре ортодонтии под руководством чл.-корр. РАМН профессора Л.С. Персина составлены компьютерные программы для анализа антропометрических, функциональных, телерентгенографических показателей зубо-челюстной системы, позволившие компьютеризировать ведение историй болезни.

В 1995 году на I съезде ортодонт. России создана Ассоциация ортодонт. России, которая объединила более 200 специалистов.

История развития отечественной ортодонтии показывает, что за сравнительно короткий промежуток времени отечественные ученые и практики смогли создать прочную теоретическую базу современной ортодонтии, основы которой были заложены трудами В.Ю. Курляндского и его учеников. В результате развития и совершенствования ортодонтических методов лечения в настоящее время стало возможным устранять многие анатомические и функциональные нарушения зубо-челюстно-лицевой системы при различных аномалиях ее развития.

ПОНЯТИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ «ПО-КУРЛЯНДСКОМУ»

Проблема патологии пародонта по степени значимости занимает одно из ведущих мест в стоматологии.

Этиология кариеса и болезней пародонта изучены недостаточно, поэтому даже рациональная профилактика и лечение по поводу этих заболеваний малоэффективны и не приостанавливают разрушения зубочелюстной системы. В.Ю. Курляндский подверг сомнению правильность существующих гипотез происхождения кариеса и болезней пародонта и оценки их роли в разрушении зубочелюстной системы. Он предположил, что кариес и болезни пародонта являются только «пусковым механизмом» в этом разрушении, приводящем к ее морфологическим изменениям, что, в свою очередь, влечет ее качественную перестройку.

Разработке этой проблемы В.Ю. Курляндский посвятил более 30 лет своей научной деятельности. Результаты изучения болезней пародонта он описал в 5 монографиях и большом количестве статей. основополагающими работами были *«Ортопедическое лечение при амфодонтозе»* (1953), *«Ортопедическое лечение альвеолярной пиорреи (амфодонтоза) и травматической артикуляции»* (1953, 1956), *«Функциональная патологии зубочелюстной системы. Диагностика и методы лечения»* (1966).

Накопление большого опыта в изучении этиологии заболеваний зубочелюстной системы, установление различных симптомов и характера морфологических и функциональных нарушений позволило В.Ю. Курляндскому разработать теорию о функциональной патологии. Системный подход к объяснению патологии, попытки снести аналитически разрозненные материалы в некое единство, помог создать модель заболеваний зубочелюстной системы в эксперименте и выделить различные нозологические формы ее поражения (прямой и

отраженный травматические узлы, травматическая артикуляции, силовая диссоциация, травматическая окклюзия и т.д.) и впервые в истории ортопедической стоматологии говорить о строго научной дифференциальной диагностике этих заболеваний.

В.Ю. Курляндский так определяет функциональную патологию зубочелюстной системы: «Это патологическое состояние, обусловленное влиянием нормальной (при ослабленном морфологическом субстрате), выключенной, ослабленной или чрезмерной функции». Функциональная патология может возникать с момента рождения человека и протекать на протяжении всей его жизни. Главными причинами возникновения функциональной патологии зубочелюстной системы являются последствия кариозной болезни, функциональной недостаточности твердых тканей зубов врожденного и приобретенного характера функциональной недостаточности пародонта врожденного и приобретенного характера, главным образом, в результате силовой диссоциации зубных рядов, возникающей в связи с первичной или вторичной частичной адентией. Функциональная патология особенно часто появляется в результате вторичной частичной адентии, которая является результатом осложненного кариеса или проявлением болезней пародонта.

Научные исследования по этой проблеме шли по различным направлениям, результаты исследований были весьма важными для развития стоматологической науки и практики, что способствовало дальнейшему научному обоснованию методов профилактики, ранней диагностики болезней пародонта, рациональному лечению и прогнозированию течения болезни.

Выделение им новых форм стоматологических заболеваний способствовало строго научной диагностике, совершенствованию методов ортопедического лечения, в связи с чем протез стали рассматривать как лечебное средство,; которое качественно меняет зубочелюстную систему, что» позднее было подтверждено В.Н. Копейкиным в докторской диссертации на тему «Клинико-экспериментальные обоснования ортопедических методов лечения пародонтоза» (1980) и многочисленными работами его учеников.

Издавна установлено, что форма и функция взаимно обусловлены. Структура челюсти зависит от особенностей функции. Изучение В.Ю. Курляндским напряженного состояния челюстей методом фотоупругости выявило механизм деформации зубных рядов и челюстной кости под влиянием функции при различных патологических процессах, изменение напряжений в зубных рядах и челюсти кости в результате ортопедического лечения. Моделируя перегрузки пародонта, В.Ю. Курляндский определил, что кости появляется остеопластическая резорбция альвеолярного отростка, рассасывание верхушки корней, деструкция нервных волокон периодонта. Морфологические изменения в тканях пародонта, при небольших по величине и продолжительности перегрузках пародонта, могут быть обратимыми.

При нарушении целостности зубного ряда обработка пищи происходит на стороне, где нет морфологического дефекта. При этом меняются условия распространения силовых напряжений, результатом оказывается последовательная деформация зубных рядов, челюстей, перестраивается мускулатура, изменяется рецепторное поле полости рта, появляются признаки гипер- и гипостезии, вследствие чего нарушаются обменные процессы во всех тканях, особенно костных.

При изменении опорного аппарата зуба имеет место снижение включений Холодовых рецепторов слизистой оболочки десны по мере прогрессирования процесса, и только после ортодонтического исправления зубных рядов и протезирования частичной вторичной адентии наступает постепенное их восстановление. При отсутствии клинического вмешательства чувствительность рецепторов не меняется. Кроме того, было доказано, что даже при односторонних дефектах зубного ряда происходит ослабление силы напряжения мышц на стороне дефекта, а при двухстороннем дефекте - тонус мышц понижается, ослабевает ритм, увеличивается время жевания.

При восстановлении функции жевания с помощью съемных протезов увеличивается сила напряжения, повышается ритмичность напряжений поверхностно расположенных мышц, уменьшается время жевания.

Для определения влияния нормальной функции на ослабленный морфологический субстрат вторичной частичной адентии за отсутствием в литературе данных о состоянии минерального обмена в костной ткани альвеолярных отростков челюстей В.Ю. Курляндский

создал модель, наиболее приближенную к условиям клинического проявления, а также дающую возможность изучения механизмов патологических процессов в условиях применения комплекса современных методов исследования. На основании эксперимента были получены данные, позволяющие говорить об этиологической роли вторичной частичной адентии в развитии функциональных, биохимических, клинко-рентгенологических нарушений в зубах и их спорно-удерживающем аппарате. Было установлено (с применением метода радиоактивных изотопов - Ca^{45}), что нарушения обмена Са в костной ткани человека носят генерализованный характер и проявляются независимо от того, на какой челюсти возникла вторичная частичная адентия, нарушение метаболизма кальциевых солей предшествует появлению клинических и рентгенологических признаков и заболеваний, нарастает по мере развития деструктивных процессов в челюстных костях и находится в прямой за ни симости от времени, прошедшего с момента потери зубом, и характера функциональных изменений. Сдвиги в митральном обмене челюстных костей при вторичной частичной адентии отражают сложные процессы перестройки тканей. Таким образом, дефект в зубных рядах ослабляет зубочелюстную систему и морфологический субстрата - это ведет к преобладающему влиянию функции на развитие патологических состояний в зубочелюстной системе.

Сходные патологические состояния в зубочелюстной системе образуются и в результате болезни пародонтоза. При этой патологии страдает пародонт - опорный аппарат зубов, и он не в состоянии нивелировать раздражения, распространяющиеся на него во время жевания.

К разрушению зубочелюстной системы ведет и функциональная недостаточность твердых тканей зубов (патологическая стираемость). Ученый установил зависимость между окклюзионной высотой и шириной суставной щели височно-челюстного сустава: чем ниже высота, тем шире-суставная щель в переднем участке. Кроме того, при патологической стираемости жевательные мышцы ослабевают, время жевания увеличивается. После ортопедического лечения увеличивается сила жевательных мышц, ритмичность напряжения, увеличивается амплитуда жевания.

Ортопедическое лечение сводилось к применению съемных или несъемных протезов (по показаниям) и давало хорошие результаты.

В. Ю. Курляндским была поставлена задача изучить состояние зубочелюстной системы при резком ограничении двигательной активности опорно-двигательного аппарата всего скелета, в то время как функция челюстных костей не нарушена.

Была установлена зависимость между обменом веществ в челюстях и функциональным состоянием всей костной системы подопытного животного. Исследования показали, что в результате общей длительной адинамии в костях скелета возникает остеопороз, а в челюстных костях, сохраняющих функцию, снижается минеральная насыщенность. Факт наличия изменений в челюстных костях при общей адинамии был установлен. Еще одно направление исследований было предложено В.Ю. Курляндским: изучение особенностей функциональных изменений в тканях пародонта, возникающих при вторичной частичной адентии, отягощенной многократным лучевым поражением.

Полученные данные показали, что изменения в челюстных костях, возникающие под влиянием больших доз радиации, многократно усиливаются при силовом превалировании одного из зубных рядов, при диссоциированной зубо-челюстной системе. Эти исследования полностью раскрыли значимость фона в развитии функциональной патологии зубочелюстной системы. Лучевая болезнь при вторичной частичной адентии развивается остро, без тенденции к разрешению процесса, в то время как у собак с интактной зубочелюстной системой указанного не отмечается.

Многие исследователи занимались изучением роли функциональной перегрузки в возникновении биохимических, морфологических и функциональных нарушений в зубочелюстной системе. Некоторые из них рассматривали травматическую нагрузку и развивающееся при ней нарушение функции жевания как этиологический фактор пародонтита. Другие считали, что перегрузка зубов при жевании не может служить причиной возникновения пародонтальных заболеваний. К тому времени не было единой точки зрения на значение функциональной перегрузки в возникновении заболеваний пародонта.

В.Ю. Курляндский отметил, что перегрузка пародонта может вести к возникновению в нем процессов, сходных с пародонтитом, и разработал дифференциальную диагностику. При повышенной длительной функциональной нагрузке на группу передних зубов возникает отраженный травматический узел (по В.Ю. Курляндскому), который до этого времени рассматривался как симптом основного заболевания, чаще пародонтита. Однако к тому времени накопилось достаточно фактов, которые позволили выделить его в самостоятельное заболевание зубочелюстной системы, имеющее свою этиологию, патогенез, клинику и соответствующее лечение.

В.Ю. Курляндский подтвердил, что отраженный травматический узел является самостоятельной нозологической формой поражения зубочелюстной системы с наиболее частой локализацией в переднем отделе.

Причиной возникновения травматического узла является длительное воздействие повышенной функциональной нагрузки на зубы с нарушенным пародонтом. В патогенезе этого заболевания основная роль принадлежит топографии дефектов зубных рядов, реактивной способности организма. Результатом клинических исследований было расширение понятия отраженного травматического узла и уточнение его клинических проявлений. Было предложено комплексное лечение этого заболевания (терапевтическое, хирургическое, ортодонтическое и ортопедическое). В основе большинства методов ортопедического лечения различных заболеваний зубочелюстной системы лежит метод блокирования. В.Ю. Курляндский доказал, что при соединении зубов в блок «качественно перестраивается зубочелюстная система, характер этой перестройки зависит от вида стабилизации, протяженности дефекта, количества и качества зубов-антагонистов». Наиболее распространенным видом блокирования является несъемное протезирование. На тот момент не были решены вопросы, касающиеся влияния мостовидных протезов на ткани пародонта. В результате экспериментальных исследований было выявлено, что характер перестройки костной ткани пародонта зубов-антагонистов зависит от времени с момента удаления зубов и протяженности дефекта.

Длительное отсутствие функции зубов может приводить к появлению их патологической подвижности в результате разрежения костной ткани пародонта. Изменения в пародонте носят обратимый характер: после восстановления целостности зубного ряда мостовидными протезами при раннем протезировании (рентгенологически подтверждено наличие уплотнения костной ткани пародонта). Позднее протезирование приводит к остеопорозу.

В.Ю. Курляндский впервые в истории стоматологии заявил, что при определенных условиях под влиянием функции в альвеолярных отростках возникают патологические состояния, по симптоматике и проявлению сходные с пародонтозом. На основании сравнения пародонтоза и сходных с ним форм заболеваний ученый установил, что пародонтоз - процесс генерализованный и заболевание распространяется на обе челюсти, при сходных формах симптомы проявляются локализованно. Кроме того, пародонтоз проявляется в результате действия эндогенных факторов. Одонтопародонтограмма была предложена В.Ю. Курляндским в 1958 году. Она помогает врачу определить степень поражения зубочелюстной системы и ее функциональные возможности. На протяжении развития ортопедической стоматологии было разработано несколько методов определения этих параметров. Различают статические и функциональные методы. Общим для статических методов является оценка каждого зуба либо в условных единицах, либо в процентах. Разные статические методы при определении степени поражения жевательного аппарата дают разную оценку при одном и том же поражении зубных рядов, отсюда и различное врачебное решение ортопедического лечения. Эти методы указывают только на степень поражения жевательного аппарата и не позволяют решать вопрос о конструкции протеза (за исключением метода Н.И. Агапова). Функциональные методы исследования жевательного аппарата отличаются друг от друга по учету времени жевания и количества и качества разжеванного специального материала или пищевого продукта.

Эти пробы больше указывают на степень адаптации жевательного аппарата к изменившимся условиям, нежели на степень его поражения.

Метод учета остаточной жевательной мощности отдельных зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы в целом с учетом поражения опорного аппарата зубов, названный пародонтограммой (одонтопародонтограммой), предложенный В. Ю. Курляндским, позволяет

определить не только степень поражения жевательного аппарата (пародонта) каждого зуба, но, исходя из этого, выбрать рациональную конструкцию протеза. Кроме того, одонтопародонтограмма позволяет в динамике следить за эффективностью ортопедического лечения. Анализ одонтопародонтограммы создает условия для оценки статуса, механизма образования патологического процесса, позволяет наметить пути его ликвидации, оценить прогноз лечения.

Данные, полученные в результате анализа одонтопародонтограммы, позволяют ориентироваться в силовых соотношениях между отдельными функционально ориентированными группами зубов, между верхними и нижними зубными рядами. При выборе конструкции протеза главное условие — это добиться силового равновесия между опорными зубами и их антагонистами.

Надо подчеркнуть, что В.Ю. Курляндский никогда не представлял заполнение одонтопародонтограммы как единственный метод обследования больного. Он не отрицал применения и других методов обследования: осмотр, рентгенография, использование функциональных жевательных проб и т.д.

Под влиянием функциональных раздражений, появляющихся во время еды и смыкания зубных рядов, в больном (или лишенном резервных сил) пародонте создаются травматические ситуации (травматические узлы, травматическая артикуляция, а с потерей зубов - силовая диссоциация). В.Ю. Курляндский впервые вводит эти термины.

В журналах и сборниках появляются статьи ученых и практических врачей, в которых они высоко оценивают значение одонтопародонтограммы в формировании клинического мышления, постановке диагноза и лечении (Л.П. Турин, Б.К. Мироненко, М.А. Нападов, Л.Я. Черный, 1967; В.Н. Копейкин, 1980). Доцент М.А. Нападов и кандидат медицинских наук Л.Я. Черный в статье «Опыт применения пародонтограммы» отмечали: «Опыт работы по усовершенствованию знаний практических врачей подтверждает целесообразность изучения и применения пародонтограммы. Она позволяет определить степень поражения опорного аппарата зубов верхней и нижней челюстей и производить шинирование и протезирование с учетом резервных возможностей функционально ориентированных антагонизирующих групп зубов для выравнивания силовых соотношений между зубными рядами». Практические врачи в России и за рубежом оценили смысл и значение заполнения одонтопародонтограммы, и, как показала жизнь, даже в современных научных работах, опирающихся на самые последние данные и технологии, молодые ученые базируются на исходных данных одонтопародонтограммы.

В.Ю. Курляндский подошел к концептуальному, системному подходу решения проблемы функциональной патологии, главным принципом которой было выявление ведущей роли функции в разных ее видах - чрезмерной или ослабленной, выключенной или нормальной, но при ослабленном субстрате. Клинико-экспериментальное исследование этой проблемы выявило необходимость широкого введения в клинику функциональных методов обследования больного.

Ученый доказал своими работами и работами своих учеников (Х.А. Каламкар, В.Ю. Миликевич, З.Ф. Лебеденко, Э.М. Геворкян, А. Киликян, Г.И. Назаров, И.В. Росинская, Е.С. Левина, Н.В. Аристова, Б.А. Перегудов, В.Н. Копейкин и др.), что в определенные моменты функция из фактора, формирующего зубочелюстную систему, может превратиться в фактор, ее разрушающий. Вениамин Юрьевич разработал меры, предупреждающие такие осложнения. Его идеи и разработки были реализованы еще при жизни ученого во многих разделах ортопедической стоматологии, начиная с аномалий развития зубочелюстной системы и заканчивая разделом материаловедения и новых медицинских технологий.

Главный стоматолог МЗ СССР В.Ф. Рудько на IV Всесоюзном съезде стоматологов в докладе «Состояние и задачи дальнейшего развития научно-исследовательской работы в области стоматологии в СССР» отметил: «Профессор В.Ю. Курляндский в Московском стоматологическом институте обосновал новый подход к оценке роли зубного протеза и разработал проблему функциональной патологии зубочелюстной системы, развивая ее сейчас со своими сотрудниками и многочисленными последователями».

Коллектив кафедры госпитальной ортопедической стоматологии МГМСУ под руководством профессора И.Ю. Лебеденко продолжает дело учителя, идеи которого актуальны и в настоящее время. Ученики идут дальше, расширяя диапазон исследований.

Актуальность проблемы функциональной патологии очевидна и в настоящее время. Доказательством тому служит включение главы о функциональной патологии зубочелюстной системы, написанной ученым более 30 лет назад, в новый учебник «Ортопедическая стоматология» издания 2001 года.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ПОИСК И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ

Центральная научно-исследовательская лаборатория при кафедре ортопедической стоматологии ГИСО была организована в 1933 году.

Основной проблемой, над решением которой трудились сотрудники лаборатории и других специализированных учреждений во главе с Д.Н. Цитриным, была разработка технологии изготовления нержавеющей стали и припоя к ней для спайки деталей протезов применительно к зубному протезированию.

Новые марки стали, разработанные в лаборатории ГИСО, лучше других удовлетворяли требованиям зубного протезирования и заменили импортную сталь на отечественную.

Возглавив в 1952 году кафедру ортопедической стоматологии ММСИ, В.Ю. Курляндский расширил круг задач, стоящих перед лабораторией: изучение функциональной патологии зубочелюстной системы, разработка методов ортопедического лечения при кариозных поражениях зубочелюстной системы и связанных с ними изменений в опорном аппарате зубов, челюстно-височных суставах и в мышечном аппарате, исследование проблемы ортопедического лечения при болезнях пародонта, изыскание новых методов протезирования при дефектах челюстей, изучение и внедрение в практику новых медикаментов для обезболивания стоматологических манипуляций, создание инструментов, зубопротезных материалов, применяемых в ортопедической клинике, разработка новых и совершенствование существующих конструкций протезов и их производства, изучение этиологии, патогенеза и новых методов лечения аномалий развития зубочелюстной системы.

В научно-исследовательской лаборатории были созданы следующие исследовательские группы: металлы и их сплавы; гальванопластика в стоматологии; полимеры в стоматологии; методы акустики; применение излучения квантового генератора в стоматологии; группа патофизиологии; комиссия по отзывам на предложения изобретений и открытий; оргметотдел.

С 1954 года под руководством В.Ю. Курляндского в проблемной лаборатории стали разрабатывать новые составы сплавов, припоев для ортопедической стоматологии. Были предприняты попытки заменить спайку деталей припоем для нержавеющей стали бесприпойным методом соединения деталей протеза. В.Ю. Курляндский поставил задачу: заменить пайку частей мостовидного протеза электронно-лучевой сваркой в вакууме и аргоно-дуговой сваркой. В лаборатории была разработана аппаратура и методика электронно-лучевой и аргоно-дуговой сварки, а позднее ультразвуковой и лазерной.

Известно, что мостовидные протезы из стали с припоем нередко вызывают боли, жжение, сухость слизистой оболочки полости рта, головные боли и др. симптомы. Кроме того, после пайки может быть отрыв промежуточной части от коронок, потемнение мостовидных протезов в местах соединения (окисление припоя), потемнение пластмассы, высокие гальванические микротоки, образование пор в местах пайки. Результат исследований показал, что при электронно-лучевой и аргоно-дуговой сварке не требуется присадочного материала, повышается коррозионная стойкость соединения (металл не имеет шва, химический состав одинаковый с основным металлом), соединение частей протеза имеет высокую прочность, монолитность, исключает применение разнородных металлов, что снижает величину гальванических токов в полости рта.

Сравнение качества паянных и сварных соединений промежуточной части мостовидного протеза с коронками выявило, что в паяном соединении микротвердость припоя вдвое ниже микротвердости металла промежуточной части мостовидных протезов. При электронно-лучевой и аргоно-дуговой сварке микротвердость сварного шва практически не отличается от микротвердости металла промежуточной части мостовидных протезов, в местах сварки пластмасса не темнеет, сам процесс сварки менее трудоемкий и высокопроизводительный, кроме того, была выявлена экономия материала.

В результате была снижена вымываемость элементов из сплавов в полость рта, однако полностью устранить нетехнологичность стали не удалось.

В лаборатории изучались явления непереносимости к металлическим включениям в полости рта, было доказано, что непереносимость к протезам напрямую зависит от величины ЭДС, а та, в свою очередь, зависит от количества металлических включений в протезе. Были разработаны меры профилактики и лечения этой непереносимости.

Учитывая теоретическую и практическую значимость проблемы, под руководством В.Ю. Курляндского были обследованы больные - носители зубных протезов из различных металлов, страдающие желудочно-кишечными заболеваниями. Оказалось, что разнородные металлические включения в полости рта ведут к появлению микротоков, которые могут быть причиной возникновения гальванических явлений и заболеваний желудочно-кишечного тракта.

В 1968 году по проблеме «Применение сплавов металлов в стоматологии» была проведена Республиканская конференция, на которой было заслушано 55 докладов. Проблема вызвала интерес у зарубежных коллег (Япония, Англия, США, Канада, Голландия и др.), в результате стали поступать предложения об обмене опытом исследовательской работы по этой тематике. За десятилетие, с 1962 по 1972 год, по этой проблеме было опубликовано более 100 научных работ в различных журналах и сборниках.

На тот период было ясно, что нержавеющая сталь - это материал, который требует дальнейшей доработки для исключения побочных явлений при пользовании протезами. Кроме того, из нержавеющей стали нельзя было сделать современные конструкции протезов.

Поэтому В.Ю. Курляндский в 1960 году поставил перед сотрудниками научно-исследовательской лаборатории задачи по разработке новых стоматологических сплавов металлов для зубного протезирования с целью дальнейшего изъятия из употребления нержавеющей стали.

Основное внимание сотрудников лаборатории было сосредоточено на разработке сплавов на основе палладия, серебра и золота; первые серебряно-палладиевые сплавы были созданы совместно с Московским заводом спецсплавов в 1962 году.

Сотрудниками кафедры были проведены исследования по применению серебряно-палладиевых сплавов в клинике ортопедической стоматологии на предмет совместимости амальгамовых пломб с зубными протезами из сплавов золота и стали; измерялись микротоки в полости рта, изучались явления гальванизации. Анализ лабораторно-клинических испытаний позволил внести корректировку химического состава сплавов для улучшения их свойств. Результаты исследований были обнадеживающими: микротоки в полости рта уменьшились.

Разработанные сплавы были представлены в Министерство здравоохранения СССР, Комитет по новой технике, где было получено разрешение на внедрение их в клинику.

В 1970 году на основе обобщения 10-летнего опыта применения серебряно-палладиевых сплавов было издано методическое письмо «Применение новых сплавов для зубных протезов», в котором описывались характеристики нержавеющей стали, материалов из драгоценных металлов, новые специальные стоматологические сплавы, их положительные качества и недостатки. Разработанные сплавы обладали всеми качествами сплавов из золота, были технологичны, безвредны, из них можно было изготовить протезы самых новых конструкций как в городе, так и на селе без применения сложной аппаратуры (точка плавления равна или ниже точки плавления сплава из золота).

Московский медицинский стоматологический институт и Московский завод спецсплавов за эти изобретения получили более 10 авторских свидетельств.

К новым сплавам, разработанным в лаборатории кафедры под руководством В.Ю. Курляндского совместно с Московским заводом спецсплавов, относится и биметаллический

материал, который характеризуется тем, что пластины или диски состоят из двух слоев, один слой поверхностный состоит из золотого сплава, а второй из серебристо-белого сплава — палладия и серебра. Биметалл был предназначен для изготовления штампованных деталей зубных протезов.

За 10 лет применения серебряно-палладиевых сплавов на кафедре ортопедической стоматологии ММСИ более 4000 больных получили зубные протезы из новых сплавов. Цены на такие протезы по прейскуранту розничных цен на зуботехническую продукцию из драгоценных металлов, разработанные Государственным комитетом цен при Совете Министров СССР, были в 10 раз ниже, чем стоимость золота.

Новые сплавы стали использовать в ЦНИИСе, поликлинике МПС, Казанском медицинском институте, Одесском институте стоматологии, Волгоградском медицинском институте, Тульской городской поликлинике, в городской поликлинике г. Эссенуки и получили высокую оценку практических врачей.

На II Всероссийском съезде стоматологов в 1970 году В.Ю. Курляндский, выступая с докладом «Новые специальные сплавы для зубных протезов», охарактеризовал их как выгодно отличающиеся от нержавеющей стали, «...более высокими физико-химическими свойствами, достаточной стойкостью против износа и действия различных агрессивных сред, в том числе и содержимого полости рта. Новые сплавы не создают значительных микротоков в полости рта, обладают бактерицидными и бактериостатическими свойствами».

На заводе спецсплавов была создана группа инженеров металлургов по дальнейшему совершенствованию сплавов для стоматологических целей. В 1972 году лаборатория ММСИ совместно с заводом спецсплавов подала заявку на 5 новых сплавов.

Клинические испытания проводились совместно с различными кафедрами ММСИ: микробиологии, гистологии биохимии, общей химии, патологической анатомии, патофизиологии, а также с другими учреждениями: Центральной заводской лабораторией спецсплавов, кафедрой технологии литейного производства МАТИ, специальной лабораторией и отделом реактивов Института химических реактивов и особо чистых веществ, лабораторией металловедения ВНИИ медицинского приборостроения, кафедрой керамики и огнеупоров МХТИ им. Д.И. Менделеева.

В это же время на кафедре началось внедрение методов электрохимии при изготовлении зубных протезов. Применение гальванотехники шло по двум направлениям: гальваностегии (покрытие готовых протезов) и электрохимии (изготовление протезов). Оба этих метода имеют свои преимущества: при гальваностегии используются драгоценные металлы для покрытия конструкций из хромокобальтовых сплавов, второй способ предполагает высокую точность прилегания протеза благодаря индивидуальному исполнению. Актуальность этих разработок очевидна и в настоящее время, т.к. современная электрохимия дает возможность создавать различные электролиты, получать новые сплавы и создавать изделия наивысшего класса точности. Эти два качества дают возможность совершенствовать новую клиничко-лабораторную технологию изготовления зубных протезов, что поможет снизить или избежать вредного влияния материалов, применяемых для изготовления зубных протезов, а также устранить зубопротезный травматизм, связанный с неточностью изготовления протезов. В лаборатории металловедения при кафедре госпитальной ортопедической стоматологии МГМСУ продолжают поиски новых составляющих электролитов, разрабатываются новые методики по применению гальванотехники.

Сотрудники лаборатории продолжали работать над совершенствованием материалов и технологий при изготовлении бюгельных протезов.

Проведенные исследования и полученные положительные результаты позволили уже в 1972 году рекомендовать Ленинградскому заводу медицинских полимеров применение низкотемпературного кристобалита для изготовления материала «Бюгелит», что позволяло внедрить в клиническую практику высокоэффективные сложные бюгельные протезы и шинирующие аппараты при протезировании больных со значительной степенью атрофии опорного аппарата зубов.

Группа сотрудников, которая занималась пластмассами и другими полимерными материалами, под руководством В.Ю. Курляндского решала следующие задачи: разработка

модификаций различных полимерных материалов для зубного и челюстно-лицевого протезирования, изучение их действия на организм животных и человека с последующим внедрением этих материалов в практику.

Полимеры используются в восстановительной хирургии лица, при лечении переломов челюстей, при челюстно-лицевом протезировании, при пломбировании зубов, но наибольшее применение они нашли в ортопедической стоматологической клинике и зуботехнической лаборатории, где они служат в качестве базисных материалов для изготовления искусственных зубов и коронок, слепочных и других вспомогательных материалов.

К тому времени имелись определенные успехи в разработке специальных полимерных материалов для стоматологии. Работы вели несколько организаций Минздрава СССР и РСФСР, Минздрава УССР, Минмедпрома, Минхимпрома СССР и др.

Работники Харьковского завода медицинских пластмасс и стоматологических материалов совместно с сотрудниками ЦНИИСа разработали и организовали промышленный выпуск целого ряда полимерных материалов и изделий из них, в том числе искусственных зубов.

Наиболее широкое распространение получили стоматологические материалы на основе акриловых полимеров, полимеризующихся непосредственно на месте формования. Несмотря на использование этих материалов в практике работы стоматологических поликлиник страны, они обладали рядом существенных недостатков: низкие механические свойства, недостаточная цветостойкость, при ручной формовке отмечалось набухание в полости рта, что вело к хроническим воспалительным процессам. Соединение акриловых материалов с нержавеющей сталью при зубопротезировании приводило к коррозии протезов (особенно заметно на бюгельных протезах), наблюдались повышенная стираемость, хрупкость протезов, а кроме того, полимерные материалы вызывали аллергические реакции.

В.Ю. Курляндский определил возможные направления для разработки проблемы полимерных материалов в стоматологии: улучшение свойств акрилатных смесей за счет модификации, сополимеризации, изменения молекуляр-но-веса распределения, более тщательной очистки мономера и др. Переход на новые высокопрочные полимерные материалы позволял формировать из них не только качественные искусственные зубы и коронки, но и базисы протезов.

В результате было установлено, что для целей ортопедической стоматологии наиболее перспективным материалом является новый отечественный полимерный материал - поликарбонат. Высокие физико-механические свойства, химическая стойкость и физиологическая безвредность этого материала были подтверждены экспериментальными и клиническими исследованиями. Была разработана рецептура нового базисного материала, названного «Карбодент», и одновременно предложен способ его промышленного производства. На основе экспериментальных исследований было выявлено, что новый базисный материал «Карбодент» в своем составе не имеет химически активных веществ, биологических индифферентен и безвреден, что подтвердили гистологические исследования органов, а по своим физико-химическим свойствам он, по ряду показателей, превосходит применяемые в то время пластмассы на основе акрилатов. Был сконструирован и внедрен в практику клиники ММСИ литьевой аппарат для изготовления зубных протезов из термопластических и полимерных материалов, разработана технология изготовления зубных протезов методом литья под давлением. Пластмасса «Карбодент» была рекомендована в качестве базисного материала для съемных зубных протезов из-за отсутствия ее отрицательного влияния на слизистую оболочку полости рта.

Для решения этих проблем лаборатория ММСИ объединила свои усилия с ВНИИ Медполимер.

Успех внедрения полимерных материалов в стоматологическую практику мог быть обеспечен при сотрудничестве таких организаций, как ЦНИИС, ММСИ, ВНИИ Мед-полимер и Харьковский завод медицинских пластмасс и стоматологических материалов.

В 1967 году в лаборатории были изучены свойства эластичной силиконовой пластмассы «Ортосил», мягкой прокладки в двухслойных базисах. Клинические испытания этой пластмассы показали, что она нетоксична, без запаха и вкуса, не изменяется в размерах как при изготовлении, так и при пользовании ею. Она обладает минимальной водопоглощаемостью,

стойкостью в слабых щелочах и кислотах, стойкостью к стиранию и прочной связью с жестким базисом протеза, со временем не меняет эластичность. «Ортосил» был рекомендован к применению в качестве зубопротезного материала в клинике ортопедической стоматологии еще и с учетом повышения функциональной эффективности его при протезировании беззубых челюстей.

Одной из проблем ортопедической стоматологии была проблема воздействия акриловых пластмасс на организм. Основное внимание уделялось изучению реакции слизистой оболочки на механические факторы воздействия со стороны протеза, токсикологическому влиянию пластмасс, изменению состава слюны. В.Ю. Курляндский указал, что в ортопедической стоматологии, как и в общей ортопедии, важным критерием является влияние протеза на организм и реакция организма на протез. Любой протез независимо от его размеров, конструкции, материала, из которого он изготовлен, является для организма инородным телом и, воздействуя на ткани полости рта, раздражает их.

Было отмечено, что пластмассовый протез может вызвать воспалительные явления на слизистой, атрофию подлежащей кости (вследствие повышенного давления) механические травмы.

В литературе есть данные, что непереносимость к акрилатам имеет и аллергическую природу. Поэтому возникла необходимость в изучении природы непереносимости протезов из акрилатов, а также в поиске средств и методов, позволяющих дифференцировать аллергическую природу этой непереносимости.

В 70-е годы в лаборатории начались работы по внедрению спектрального анализа при изучении аллергологических реакций организма при пользовании протезами. Было установлено, что явления непереносимости могут быть обусловлены химическим воздействием на слизистую оболочку полости рта, повышенной чувствительностью аллергической природы.

Поэтому было обосновано применение некоторых аллергологических проб (реакция ОУАКУУ), на основании которых были разработаны критерии дифференциальной диагностики непереносимости к съемным протезам из акрилатов от других видов поражения слизистой оболочки полости рта, что очень важно для врачей-стоматологов.

В результате исследования было выявлено, что в сыворотке крови больных чаще определялись антитела к мономеру, реже к красителю, что говорит о более высокой антигенной активности мономера.

Для подготовки врачей-стоматологов к практическому использованию новых полимерных материалов В.Ю. Курляндский предложил ввести в программу преподавания ортопедической стоматологии курс материаловедения, который и в настоящее время изучается студентами в расширенном объеме.

Интересны разработки лаборатории по внедрению методов акустики в ортопедическую стоматологию. Был создан ультразвуковой аппарат, с помощью которого появилась возможность препарирования зубов без давления режущего инструмента на зуб, без нагрева, безболезненно. Гистологические исследования тканей зуба и окружающих его тканей в эксперименте не зафиксировали какой-либо патологии после препарирования зубов ультразвуком. В итоге было рекомендовано разработать метод ультразвукового препарирования в клинике ортопедической стоматологии.

В 1965 году, выступая с докладом на I Всероссийском съезде стоматологов по проблеме обезболивания в стоматологии, В.Ю. Курляндский сказал, что на кафедре ортопедической стоматологии ММСИ накоплен достаточный положительный опыт по применению ультразвука в качестве обезболивающего средства. Исследования по проблеме обезболивания (медикаментозного) в ортопедической стоматологии проводились и в дальнейшем.

Группа сотрудников кафедры изучала влияние излучения оптического квантового генератора на пульпу зуба. Под руководством В.Ю. Курляндского была проведена серия опытов воздействия излучения оптических квантовых генераторов на пульпу, результат этих исследований показал высокую чувствительность пульпы к этому виду воздействия. Для ответа на вопрос о возможности применения оптического квантового генератора для этих целей были проведены эксперименты, которые позволили утверждать, что эта операция не приводит к

деструктивным или некротическим в тканях зуба и пародонта. Преимуществом этого метода является отсутствие боли, силового воздействия на зубы и пародонт.

В 1969 году проблемную лабораторию кафедры ортопедической стоматологии возглавил к.м.п. А.И. Воложин, ныне заслуженный деятель науки ГФ, заведующий кафедрой патофизиологии МГМСУ, д.м.н., профессор, который долго и очень плодотворно работал с Ю.Ю. Курляндским. Работа этой группы лаборатории проводилась по функционально-экспериментальному направлению, разрабатывались новые методики исследования, как дополнение к клиническим наблюдениям. Была поставлена серия экспериментов для выявления роли функции в развитии патологических процессов в челюсти и пародонте.

По идее В.Ю. Курляндского были созданы специальные модели из эпоксидных смол в качестве аналогов челюстей, на которых стало возможным изучать вторичную частичную адентию, удалось, хотя и косвенно, наблюдать механизмы, образующие деформацию зубных рядов. Для подтверждения полученных результатов было решено применить биологическое моделирование, которое имеет ряд преимуществ перед клиническим наблюдением, практически не ограничивая объема и выбора исследования, что позволило изучать тонкие обменные процессы в тканях зубочелюстной системы на любом этапе развития патологического процесса. В зависимости от задачи исследования применялись различные методы: радиоизотопный, включающий радиометрию, автордиографию. Была поставлена целая серия экспериментов для определения изменения в пародонте при частичной вторичной адентии, наиболее частой причины возникновения функциональной патологии зубочелюстной системы.

В результате было установлено наличие связей между патологией зубных рядов, нарушением их целостности и патологией пародонта. Другая часть экспериментов была посвящена анализу изменений в тканях пародонта при функциональной перегрузке или недогрузке зубов. Были выявлены четкие фазовые изменения минерального обмена в челюстных костях подопытных животных. Большой практический интерес представляли данные о длительном выключении зубов из функции, что приводило к значительному нарушению минерального обмена и снижению рентгенологической плотности альвеолярного отростка в области недогрузки. Изучение влияния общего ослабления организма на состояние метаболизма в челюстных костях подтвердило его изменение.

В лаборатории была проведена серия экспериментов, целью которых было изучение функциональных изменений в тканях пародонта, возникающих при частичной вторичной адентии, отягощенной многократным лучевым поражением. Полученные данные подтвердили предположения В.Ю. Курляндского, что под влиянием больших доз радиации изменения в челюстных костях многократно усиливаются при силовом превалировании одного из зубных рядов в диссоциированной зубочелюстной системе.

Было отмечено, что при вторичной частичной адентии лучевая болезнь протекает остро без тенденции к разрушению, а при интактной зубочелюстной системе клинически, в эксперименте, лучевая болезнь в полости рта не проявилась.

В лаборатории изучалось также влияние шинирования зубов как фактора разгружающего пораженный пародонт. Результаты применения мостовидных протезов при разной протяженности дефекта были различными, кроме того, изучались процессы кальциевого обмена при блокировании зубов. В эксперименте было выявлено, что раннее наложение мостовидных протезов после удаления зубов приводит к ускорению репаративных процессов.

Очень важным для практической стоматологии было изыскание биологических средств стимуляции процессов компенсации. В эксперименте изучали действие тирокальцитонина при ортодонтическом расширении верхней челюсти у кроликов, который приводил к норме кальция крови после резкого его повышения в результате ортодонтического вмешательства. Результаты исследований показали, что применение тирокальцитонина ускоряет репаративные процессы.

Эти и другие исследования, проводимые в лаборатории кафедры ортопедической стоматологии, внесли существенный вклад в практическое здравоохранение.

Разрабатывая такой широкий круг проблем, понимая роль интеграционных процессов, В.К. Курляндский подключал к научным поискам многие кафедры ММСИ (физиологии, патанатомии, патофизиологии, гистологии, биохимии, гигиены, фармакологии, кожно-венерологии и др.), лаборатории, институты (Институт медицинской радиологии АМН СССР,

Институт хирургии им. Л.М. Вишневого, Институт педиатрии, Институт общей и экспериментальной патологии АМН СССР), НИИ (НИИ пластмасс), заводы (Завод драгоценных металлов, Харьковский завод медицинской аппаратуры) и многие учреждения не только Москвы, но и других регионов СССР.

Результатом исследований было большое количество диссертаций, защищенных на кафедре в этот период.

В 70-е годы под руководством В.К. Курляндского коллективом сотрудников кафедры ортопедической стоматологии и ГосНИИ стекла был создан первый отечественный ситалл «Сикор» для изготовления индивидуальных зубных коронок и металлокерамических зубных протезов. Серийный выпуск материала «Сикор» был осуществлен в 1983 году Ленинградским заводом «Медполимер», с которым кафедра тесно сотрудничала.

Позднее под руководством В.Н. Копейкина, а в дальнейшем И.Ю. Лебеденко были созданы четыре ситалло-вых материала, три из которых являются биоиндифферентными и предназначены для зубного протезирования, а также биоактивный «Биоситалл» для имплантации с целью восстановления костных дефектов челюстей.

С 1979 года продолжались работы по синтезу, исследованию и внедрению в практику ситаллового покрытия «Симет» для металлических каркасов зубных протезов. Первое отечественное ситалловое покрытие «Симет», разработанное и синтезированное сотрудниками ММСИ и ГИС в 1985 году, отличается высокой адгезией к металлическим каркасам зубных протезов. Ситалл «Симет» рекомендован к производству в 1990 году.

Прошло более 20 лет после смерти В.Ю. Курляндского, но интерес к научным исследованиям не ослаб. Все большее число аспирантов, ординаторов, соискателей работают по научным направлениям, указанным В.Ю. Курляндским и продолженным его учениками В.Н. Копейкиным и И.Ю. Лебеденко.

Налажены новые научно-производственные связи, в том числе и с зарубежными партнерами, что говорит о выходе научных исследований кафедры на уровень высоких мировых стандартов.

Актуальность проблем, поставленных В.Ю. Курляндским, очевидна и сегодня. Тематика выступлений участников трех последних ежегодных научных конференций, посвященных памяти В.Ю. Курляндского, говорят о продолжении разработок идей ученого сотрудниками кафедры госпитальной ортопедической стоматологии: применение акустического метода контроля качества металлокерамических и металлокомпозитных зубных протезов и более современных методов, как капиллярный, так и самый оптимальный метод обнаружения пор и трещин в протезах -тепловизиографический, разработка сплавов на основе титана и циркония для зубных протезов, золотого сплава -припоя, не содержащего кадмий, пластмасс нового поколения, отрабатываются технологии отделочной обработки зубных протезов из различных материалов, совершенствуется технология изготовления съемных протезов, в том числе протезов для беззубых челюстей, разрабатываются методы психофармакотерапии, внедряются новые методы лечения вкладками из ситалла (компьютерное фрезерование), используется метод плазменного напыления при мостовидном протезировании, проверяются в клинике новые палладиевые и золото-платиновые сплавы «Супер-КМ» и многое другое.

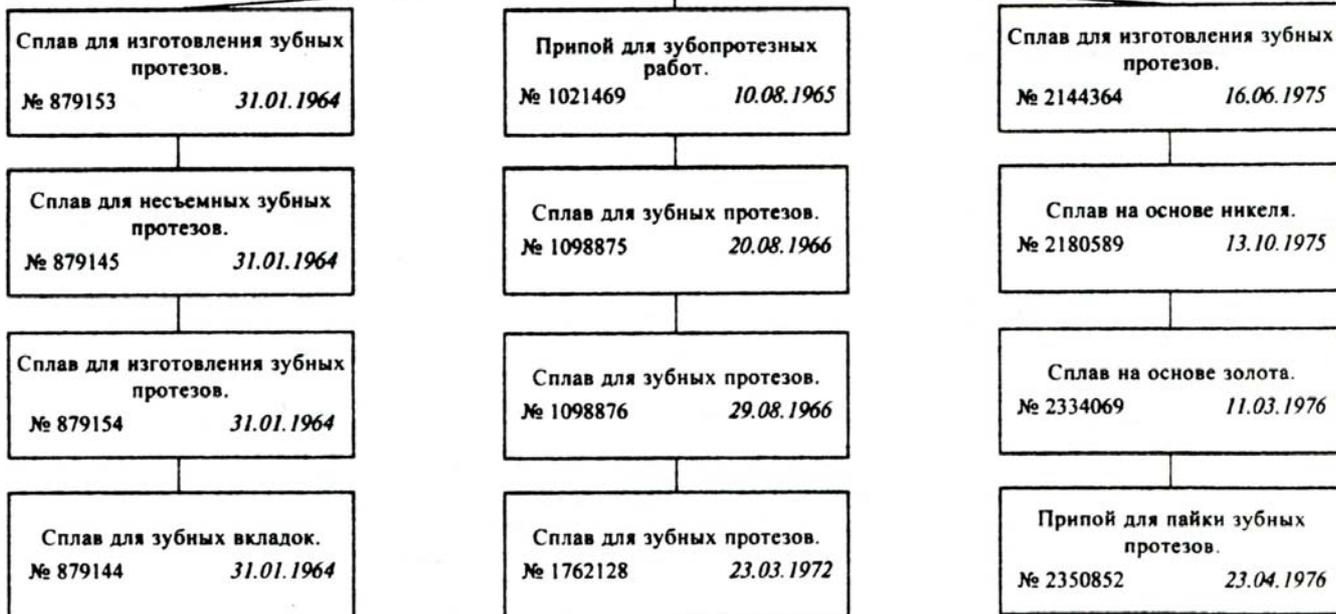
По этим и другим проблемам защищено и запланировано много кандидатских и докторских диссертаций.

Различные материалы, разработанные под руководством В.Ю. Курляндского (ситаллы, сплавы металлов, пластические материалы), применяются в клинике до настоящего времени, а его книга «Керамические и цельнолитые несъемные зубные протезы» (1978) является настольной книгой многих врачей-стоматологов и ортопедов.

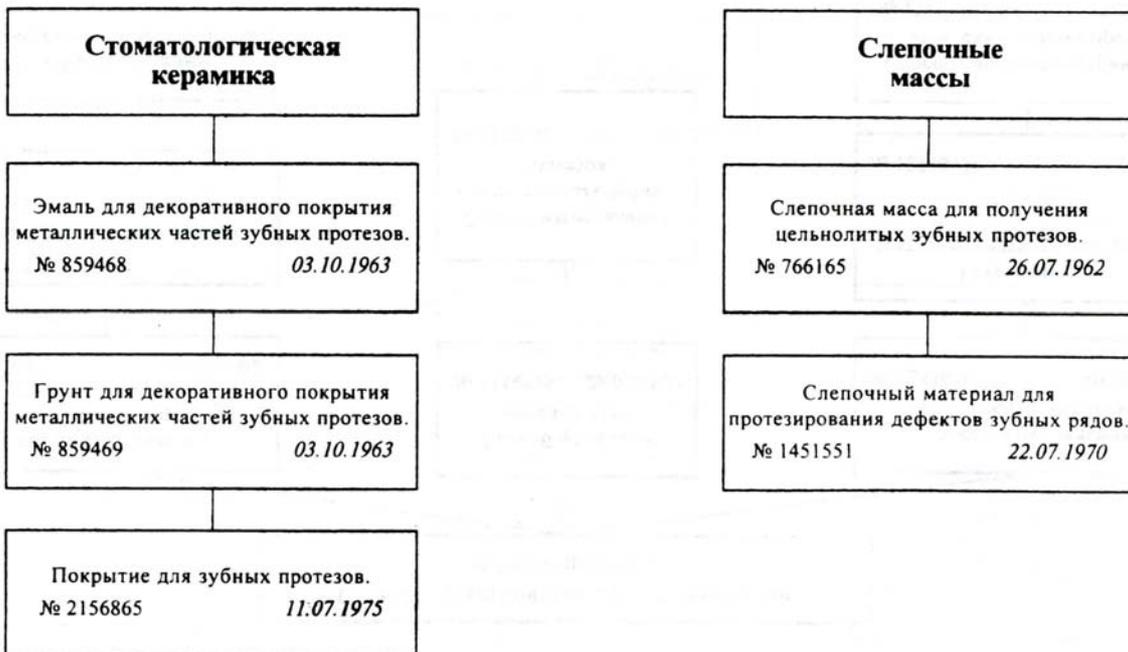
Графическое прочтение научной, научно-исследовательской и педагогической деятельности В.Ю.Курляндского по книге «Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Вениамин Юрьевич Курляндский – основатель научной стоматологической ортопедической школы» (Авторский коллектив: И.Ю.Лебедеико, Г.Н.Троянский, Е.С.Левина, К.А.Борисенко)

Изобретения профессора В.Ю. Курляндского

Сплавы металлов для зубных протезов



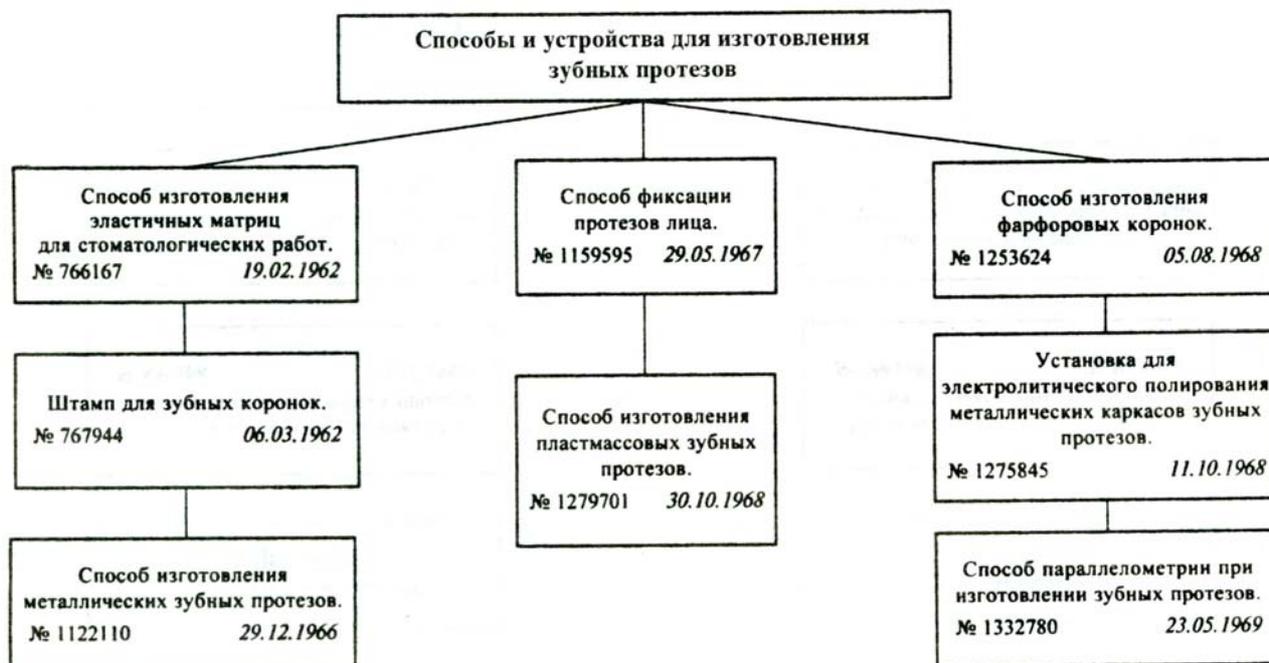
Изобретения профессора В.Ю. Курляндского



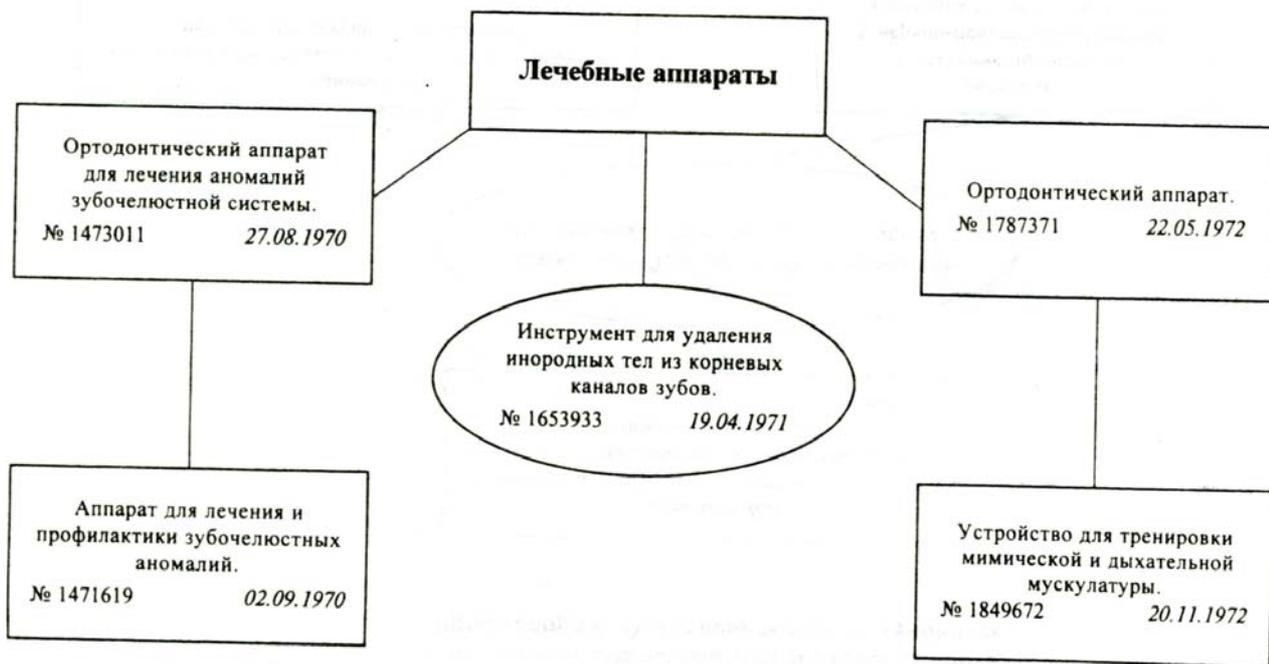
Изобретения профессора В.Ю. Курляндского



Изобретения профессора В.Ю. Курляндского



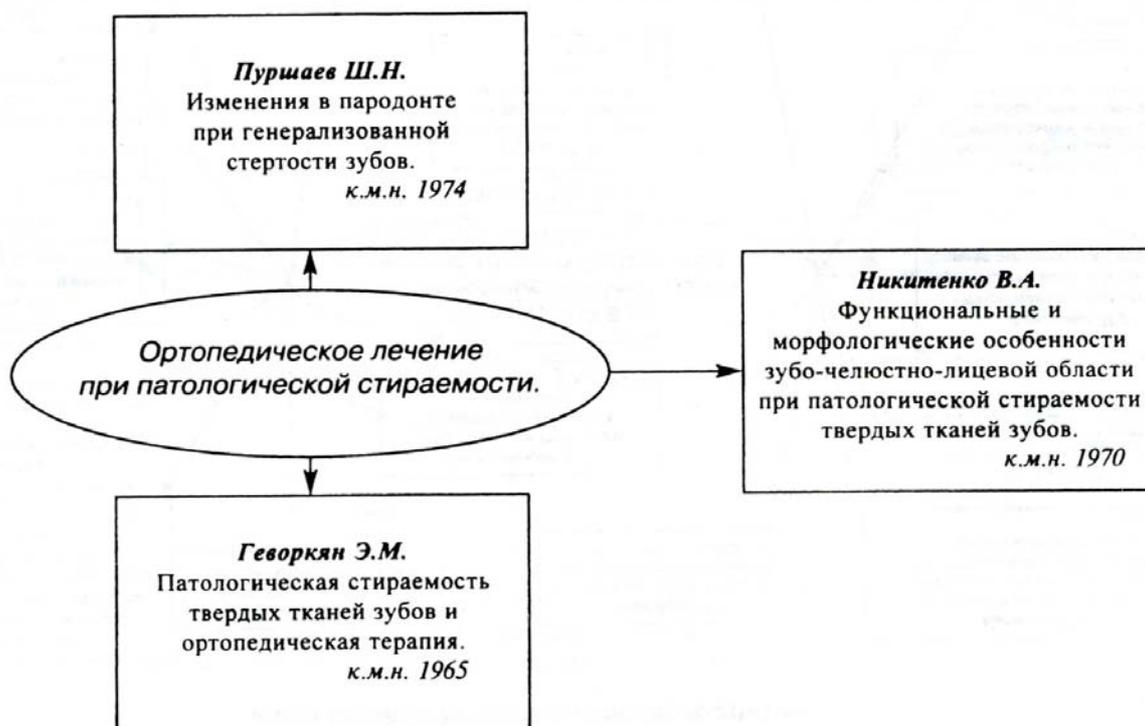
Изобретения профессора В.Ю. Курляндского



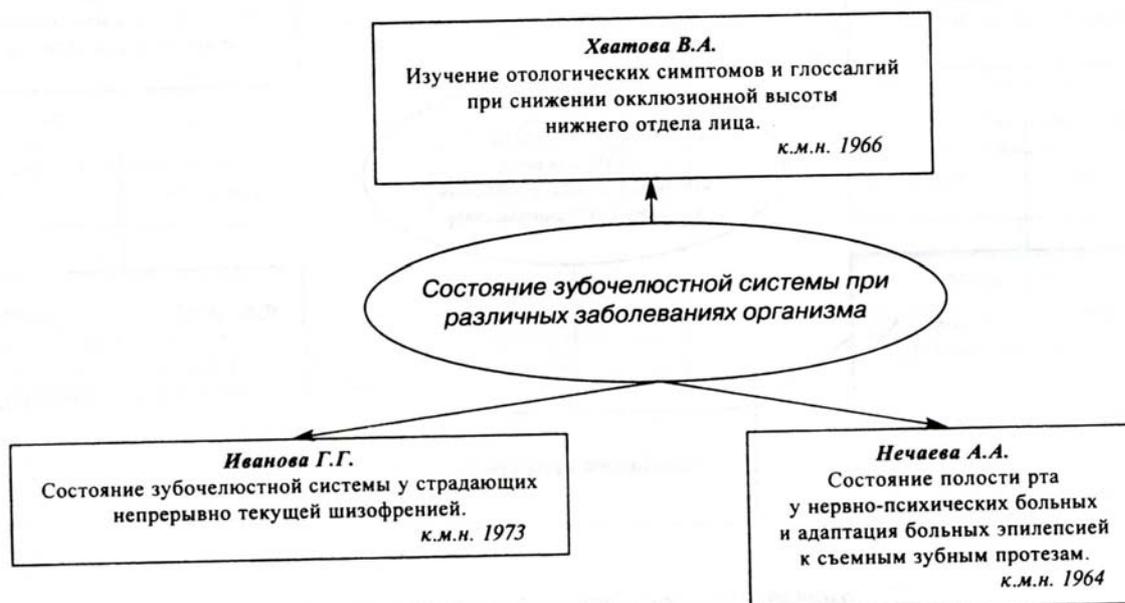
Проблемы патологической стираемости твердых тканей зубов в работах профессора В.Ю. Курляндского и его учеников



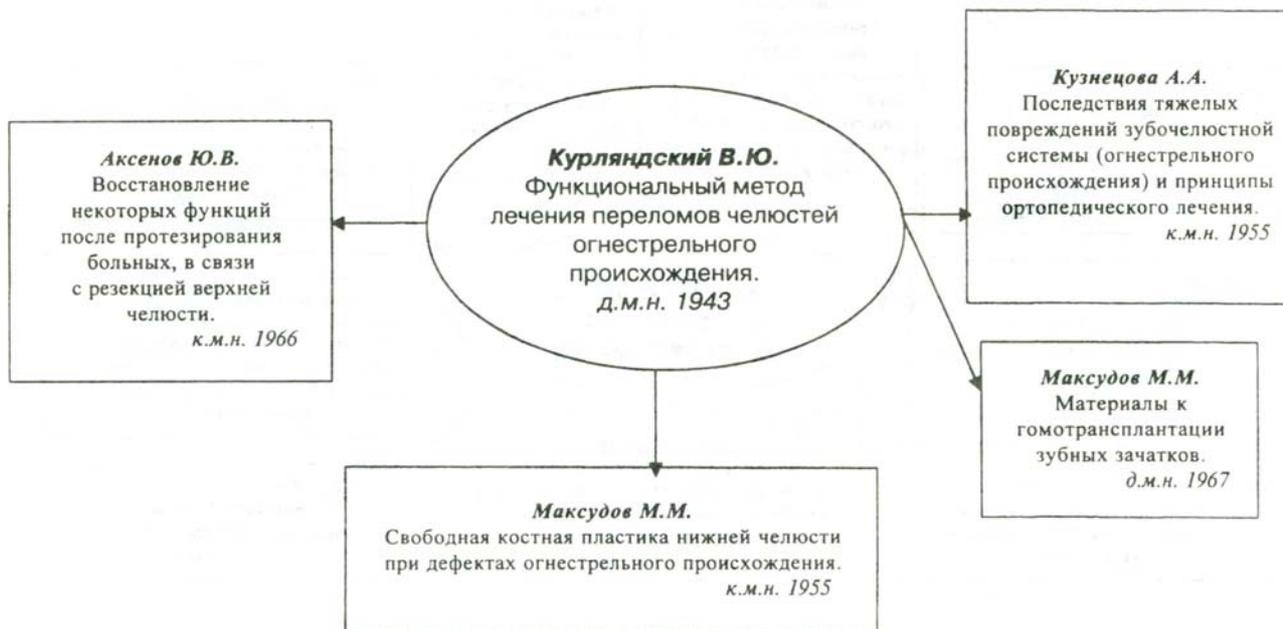
Проблемы патологической стираемости твердых тканей зубов в работах профессора В.Ю. Курляндского и его учеников



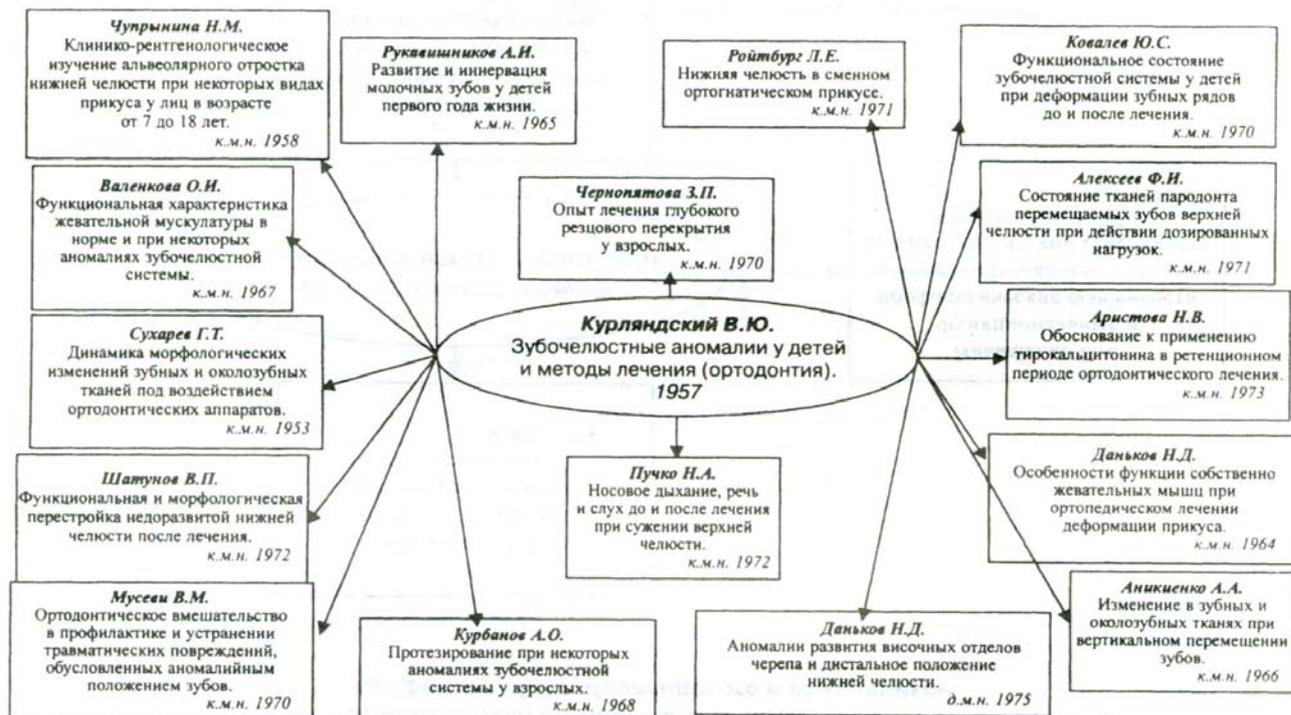
Проблема взаимосвязи общих заболеваний организма с патологией зубочелюстной системы в работах профессора В.Ю. Курляндского и его учеников



**Научные исследования профессора В.Ю. Курляндского и его школы
в области функциональных методов лечения переломов челюстей**



**Развитие научных исследований профессором В.Ю. Курляндским
и его школой по проблемам ортодонтии**



ДИССЕРТАЦИИ, ВЫПОЛНЕННЫЕ ПОД РУКОВОДСТВОМ В.К. КУРЛЯНДСКОГО

- Аксенов Ю.В. Восстановление некоторых функций после протезирования больных в связи с резекцией верхней челюсти. Дисс. канд. мед. наук. М., 1966.
- Алексеев Ф.И. Состояние тканей пародонта перемещаемых зубов верхней челюсти при действии дозированных нагрузок. Дисс. канд. мед. наук. М., 1971.
- Амираев У.А. Обоснование к использованию депульпированных зубов в несъемном протезировании. Дисс. канд. мед. наук. М., 1972.
- Аникиенко А. А. Изменения в зубных и околозубных тканях при вертикальном перемещении зубов. Дисс. канд. мед. наук. М., 1966.
- Аристова Н.В. Обоснование к применению тирокальцитонина в ретенционном периоде ортодонтического лечения. Дисс. канд. мед. наук. М., 1973.
- Арутюнян Л.Г. Влияние ионизирующего излучения на пародонт, выключенный из функции. Дисс. канд. мед. наук. М., 1974.
- Балаев А.В. Влияние непосредственного протезирования на кальциевый обмен альвеолярного отростка после операции удаления зуба. (Экспериментально-радиоизотопное исследование). Дисс. канд. мед. наук. М., 1969.
- Батырь В.И. Роль металлических зубных протезов в изменении содержания микроэлементов в слюне, желудочном соке, крови и моче. Дисс. канд. мед. наук. М., 1972.
- Белолопоткова А.В. Некоторые вопросы научной организации труда врачей-ортопедов в стоматологической поликлинике. Дисс. канд. мед. наук. М., 1969.
- Берман М.М. Об изменении в пульпе зуба после его препарирования. Дисс. канд. мед. наук. М., 1958.
- Большаков Г.В. Термометрия и термохронометрия. Дисс. канд. мед. наук. М., 1972.
- Борисов Г.С. Бесприпойное соединение частей мостовидных протезов, изготовленных из нержавеющей стали, и изменение микротоков в полости рта. Дисс. канд. мед. наук. М., 1967.
- Боцвадзе В.Л. Функциональная значимость зубных рядов, жевательных мышц, приротовой мускулатуры и мышц языка у детей 6-15 лет. Дисс. канд. мед. наук. Тбилиси, 1970.
- Бусыгин А.Т. Возрастные особенности строения восходящей ветви нижнечелюстной кости. Дисс. канд. мед. наук. М., 1953.
- Бусыгин А.Т. Структура челюстных костей в норме и при некоторых патологических состояниях. Дисс. докт. мед. наук. М., 1963.
- Валенкова О.И. Функциональная характеристика жевательной мускулатуры в норме и при некоторых аномалиях зубочелюстной системы. Дисс. канд. мед. наук. М., 1967.
- Величко Л.С. Ортодонтическое лечение и протезирование при недоразвитии верхней челюсти в сформированном прикусе. Дисс. канд. мед. наук. М., 1965.
- В л о х С.Ю. Миотонография височных и собственно жевательных мышц. Дисс. канд. мед. наук. М., 1960.
- Гадулин Г.Н. Отдаленные результаты зубного протезирования и нуждаемости в нем (по материалам выборочного исследования). Дисс. канд. мед. наук. М., 1973.
- Гамгбели Г.С. Сравнительная оценка эффективности протезирования беззубых челюстей при постановке зубов в окклюдаторе и среднем артикуляторе. Дисс. канд. мед. наук. М., 1975.
- Гаража А.И. Функциональная характеристика перекрестных дефектов и ортопедического лечения. Дисс. канд. мед. наук. М., 1971.
- Геворкян Э.М. Патологическая стираемость твердых тканей зубов и ортопедическая терапия. Дисс. канд. мед. наук. М., 1965.
- Гонцова Э.Г. Биологические параллели развития нижней челюсти человека и ее микротвердость. Дисс. канд. мед. наук. М., 1974.
- Горев Ю.В. Профилактические тонкостенные металлические коронки. Дисс. канд. мед. наук. Пермь, 1972.
- Даньков Н.Д. Особенности функции собственно жевательных мышц при ортопедическом лечении деформации прикуса. Дисс. канд. мед. наук. Л., 1964.
- Даньков Н.Д. Аномалия развития височных отделов черепа и дистальное положение нижней челюсти. Дисс. докт. мед. наук. М., 1975.
- Долбнев И.Б. Изменение секреторной функции околоушных слюнных желез в связи с частичной и полной потерей зубов и при некоторых заболеваниях слизистой оболочки полости рта. Дисс. канд. мед. наук. Краснодар, 1973.
- Есенова З.Г. Значение количества и места расположения кламме-ров в съемном пластиночном протезе и влияние их на пародонт. Дисс. канд. мед. наук. М., 1966.
- Ефремова Л. А. Пороги болевой чувствительности языка в норме и при пользовании зубными протезами из нержавеющей стали. Дисс. канд. мед. наук. М., 1975.
- Жнивин Ю.Е. Влияние зубных протезов на активность ферментов слизистой оболочки полости рта. Дисс. канд. мед. наук. М., 1974.
- Журули Н.Б. Профилактика спортивных травм челюстно-лицевой области у борцов. Дисс. канд. мед. наук. М., 1975.
- Захаров В.И. Клинико-рентгенологические обоснования к несъемному мостовидному протезированию при наклоненных зубах нижней челюсти. Дисс. канд. мед. наук. М., 1973.
- Зенкевич И.Л. Изучение микротоков и микрофлоры полости рта при пользовании несъемными зубными протезами из разных сплавов. Дисс. канд. мед. наук. М., 1975.
- Иванова Г.Г. Состояние зубочелюстной системы у страдающих непрерывно текущей шизофренией (клинико-рентгенологическое и лабораторное исследование). Дисс. канд. мед. наук. М., 1973.

- Исмаилова В.И. Медикаментозная подготовка пациента с помощью седативно-обезболивающей смеси и ее влияние на восприятие боли при обработке зубов в ортопедической стоматологии. Дисс. канд. мед. наук. М., 1965.
- Каламкарров Х.А. Клинические и гистологические изменения в амфодонте под влиянием функциональной травматической перегрузки зубов. Дисс. канд. мед. наук. М., 1956.
- Калонтаров Д.Е. Характеристика морфологических и функциональных вариаций ортогнатического прикуса в молодом возрасте (16-18) лет. Дисс. канд. мед. наук. М., 1956.
- Киликян Э.А. Особенности ортопедической терапии у взрослых при некоторых патологических видах прикуса и вторичной частичной адентии. Дисс. канд. мед. наук. М., 1965.
- Ковалев Ю.С. Функциональное состояние зубочелюстной системы у детей при деформациях зубных рядов до и после лечения. Дисс. канд. мед. наук. М., 1970.
- Комаленкова Е.С. Состояние амфодонта у депульпированных зубов при амфодонтозе до и после шинирования (клинико-рентгенологическое наблюдение). Дисс. канд. мед. наук. М., 1956.
- Константинов А.М. Функциональная перестройка в зубочелюстной системе при вторичной частичной адентии до и после наложения съемных протезов. Дисс. канд. мед. наук. М., 1964.
- Конюшко Д.П. Функциональная оценки опорного аппарата зубов и ее значение в клинике ортопедической стоматологии. Дисс. докт. мед. наук. М., 1964.
- Копейкин В.Н. Клинико-успериментальное изучение пластмассы «Карбодент» для зубных протезов. Дисс. канд. мед. наук. М., 1963.
- Копыт Е.О. Значение двухслойного Оазиса протеза в эффективности протезирования беззубых челюстей. Дисс. канд. мед. наук. М., 1967.
- Коробко В.Т. Исследование жевательного давления под базисом пластиночного протеза на верхней челюсти. Дисс. канд. мед. наук. М., 1966.
- Крымон Г.А. Влияние ионизирующего излучения на пародонт при вторичной частичной адентии. Дисс. канд. мед. наук. М., 1972.
- Кудинов Г. А. Значение ортопедического лечения при некоторых хронических заболеваниях оболочки полости рта. Дисс. канд. мед. наук. М., 1966.
- Кузнецов Ю.К. Особенности развития и современное состояние способов рентгенологического обследования и контроля в стоматологии. Дисс. канд. мед. наук. М., 1963.
- Кузнецова А. А. Последствия тяжелых повреждений зубочелюстной системы (огнестрельного происхождения) и принципы ортопедического лечения. Дисс. канд. мед. наук. М., 1955.
- Курбанов А.О. Протезирование при некоторых аномалиях зубо-челюстной системы у взрослых. Дисс. канд. мед. наук. М., 1968.
- Ларин Н.И. К вопросу протезирования беззубых челюстей. Дисс. канд. мед. наук. М., 1962.
- Лебедеко З.Ф. Ортопедическое лечение и реакция слизистой оболочки десны на холод при амфодонтозе. Дисс. канд. мед. наук. М., 1958.
- Левина Е.С. Реакция пародонта зубов-антагонистов на блокирование. Дисс. канд. мед. наук. М., 1973.
- Липсман З.П. Клинико-рентгенологическая характеристика че-люстно-височного сустава при различных видах прикуса. Дисс. канд. мед. наук. М., 1955.
- Максудов М.М. Свободная костная пластика нижней челюсти при дефектах огнестрельного происхождения. Дисс. канд. мед. наук. Махачкала, 1955.
- Максудов М.М. Материалы к гомонтрансплантации зубных зачатков. Дисс. докт. мед. наук. М., 1967.
- Малая М.И. Изучение влияния излучения оптического квантового генератора (лазера) на ткани полости рта (экспериментальное исследование). Дисс. канд. мед. наук. М., 1970.
- Малик М.В. Обоснование к широкому применению серебряно-палладиевых сплавов, не содержащих золота. Дисс. канд. мед. наук. М., 1977.
- Маликов К.С. Функциональная мобильность холодовых рецепторов слизистой оболочки нёба и колебания температуры ее у лиц, пользующихся съемными зубными протезами. Дисс. канд. мед. наук. М., 1961.
- Миликевич В.Ю. Вторичная частичная адентия и состояние костной ткани альвеолярных отростков челюстей. Дисс. канд. мед. наук. М., 1965.
- Минасян В. А. Изменение в челюстных костях при перегрузке и недогрузке пародонта. Дисс. канд. мед. наук. М., 1970.
- Мироненко Б.К. Хирургические методы формирования ложа для протезов на беззубой нижней челюсти при значительной или полной атрофии альвеолярного отростка фронтального участка. Дисс. канд. мед. наук. М., 1964.
- Моллаев Н.А. Изменение минерального обмена в костных тканях при расширении верхней челюсти. Дисс. канд. мед. наук. М., 1968.
- Мусеви В.М. Ортодонтическое вмешательство в профилактике и устранении травматических повреждений, обусловленных аномалий-ным положением зубов. Дисс. канд. мед. наук. М., 1970.
- Назаров Г.И. Особенности ортопедического лечения больных после лучевой терапии злокачественных новообразований челюстно-лицевой области. Дисс. канд. мед. наук. М., 1966.
- Назаров Г.И. Изменения зубов и челюстей после действия терапевтических доз местного фракционированного гамма-облучения. Дисс. докт. мед. наук. Обнинск, 1975.
- Нечаева А. А. Состояние полости рта у нервно-психических больных и адаптация больных эпилепсией к съемным зубным протезам. Дисс. канд. мед. наук. М., 1970.
- Никитенко В. А. Функциональные и морфологические особенности зубо-челюстно-лицевой области при патологической стираемости твердых тканей зубов. Дисс. канд. мед. наук. М., 1970.
- Николаева Г.С. Клиника и эффективность ортопедического лечения ослабленного зубного ряда нижней челюсти. Дисс. канд. мед. наук. М., 1973.
- Перегудов Б.А. Отраженный травматический узел. Дисс. канд. мед. наук. М., 1967.
- Пинский И.Х. Материалы к истории развития советской стоматологической науки в послевоенные годы (1946-1958). Канд. дисс. М., 1961.
- Пуршаев Ш.Н. Изменения в пародонте при генерализованной стертости зубов. Дисс. канд. мед. наук. Махачкала, 1974.

- Пучко Н.А. Носовое дыхание, речь и слух до и после лечения при сужении верхней челюсти. Дисс. канд. мед. наук. Минск, 1972.
- Расулов М.М. Клинико-энзимологическое исследование лейкоплакии слизистой оболочки полости рта и влияние зубных протезов на ее течение. Дисс. канд. мед. наук. М., 1978.
- Розенфельд П.С. Влияние препарирования ультразвуком на ткани зуба и амфодонт (экспериментальное исследование). Дисс. канд. мед. наук. М., 1959.
- Ройтбург Л.Е. Нижняя челюсть в сменном ортогнатическом прикусе. Дисс. канд. мед. наук. М., 1971.
- Росинская И.В. Состояние пародонта при иммобилизации зубов и гипокинезии. Дисс. канд. мед. наук. М., 1973.
- Рузудинов С.Р. Влияние протезных материалов на активность ферментов смешанной слюны. Дисс. канд. мед. наук. М., 1974.
- Рукавишников А.И. Развитие и иннервация молочных зубов у детей первого года жизни. Дисс. канд. мед. наук. М., 1965.
- Садыхов И.Б. Деформация зубных рядов при вторичной частичной адентии (частота, особенности и лечение). Дисс. канд. мед. наук. М., 1967.
- Семенюк В.М. Влияние возраста, потери зубов и металлических зубных протезов на содержание микроэлементов в нижней челюсти человека. Дисс. канд. мед. наук. М., 1974.
- "Синицын В.Д. Сравнительная оценка эффективности пломбирования зубов пластическими материалами и вкладками по материалам лабораторных и клинических исследований. Дисс. канд. мед. наук. М., 1956.
- Сломов В.А. Механографическая характеристика функции жевания. Дисс. канд. мед. наук. М., 1973.
- Солодилов Л.И. Клинико-физиологические исследования и ортопедическое лечение непереносимости к пластиночным протезам из ак-рилата. Дисс. канд. мед. наук. М., 1966.
- Сорокин В. С. Обоснование к использованию некоторых алерго-логических проб в клинике ортопедической стоматологии. Дисс. канд. мед. наук. М., 1971.
- Соснин Г.П. Непосредственное протезирование после операции удаления зубов. Дисс. канд. мед. наук. М., 1953.
- Соснин Г.Г. Основы расчета и конструирование бюгельных протезов. Дисс. докт. мед. наук. М., 1971.
- Сухарев Г.Т. Динамика морфологических изменений зубных и околозубных тканей под воздействием ортодонтических аппаратов. Дисс. канд. мед. наук. М., 1953.
- Творус А.К. Явления непереносимости к металлическим включениям в полости рта. Дисс. канд. мед. наук. М., 1968.
- Теймуров К. А. Обоснование к сохранению расшатанных зубов, находившихся в травматическом узле. Дисс. канд. мед. наук. Махачкала, 1973.
- Троянский Г.Н. Развитие ортопедической стоматологии за 50 лет Советской власти. Дисс. канд. мед. наук. М., 1970.
- Ушаков И.В. Клинические наблюдения о влиянии мостовидных протезов на пародонт опорных зубов. Дисс. канд. мед. наук. М., 1967.
- Федоров С.Д. Функция височных, собственно-жевательных мышц, височно-челюстного сустава и пародонта опорных зубов при встречном мостовидном протезировании. Дисс. канд. мед. наук. М., 1968.
- Федчишин В.Н. Влияние тирокальцитонина на зубы и пародонт в условиях облучения. Дисс. канд. мед. наук. М., 1974.
- Фокин И. А. Обоснование к клиническому применению лазерного излучения в ортопедической стоматологии. Дисс. канд. мед. наук. М., 1972.
- Хватова В.А. Изучение отологических симптомов и глоссалгии при снижении окклюзионной высоты нижнего отдела лица. Дисс. канд. мед. наук. М., 1966.
- Чеджемов И.Б. Обоснование оптимальных параметров промежуточной части мостовидного протеза. Дисс. канд. мед. наук. М., 1978.
- Чернопятова З.П. Опыт лечения глубокого резцового перекрытия у взрослых. Дисс. канд. мед. наук. М., 1970.
- Чупрынина Н.М. Клинико-рентгенологическое изучение альвеолярного отростка нижней челюсти при некоторых видах прикуса лиц в возрасте от 7 до 18 лет. Дисс. канд. мед. наук. М., 1958.
- Шакарашвили П.М. Топографо-анатомические особенности строения беззубой нижней челюсти при третьем типе атрофии. Дисс. канд. мед. наук. М., 1969.
- Шаргородский Л.Е. Лабораторная техника и материаловедение в ортопедической стоматологии. Дисс. канд. мед. наук. М., 1956.
- Шатунов В.П. Функциональная и морфологическая перестройка недоразвитой нижней челюсти после лечения. Дисс. канд. мед. наук. М., 1972.
- Шорин В. Д. Экспериментально-клинические исследования применения турбинной бормашины в стоматологии. Дисс. канд. мед. наук. М., 1964.
- Щербаков В.А. Анатоми-топографические особенности строения беззубой верхней челюсти при третьем типе атрофии. Дисс. канд. мед. наук. М., 1969.
- Яценко П.М. Опыт применения гальванотехники в ортопедической стоматологии. Дисс. канд. мед. наук. М., 1971.

НАУЧНЫЕ ТРУДЫ В.Ю. КУРЛЯНДСКОГО

1. Функциональное крепление протеза // Советская стоматология. 1936. № 1. С. 102-105.
2. Новый тип суставного кламмера // II Украинский стоматологический съезд. Харьков, 1936.
3. Антропометрические данные и высота прикуса у человека с нормальным (ортогнатическим) прикусом // Стоматология. 1937. № 2. С. 80-87.
4. Применение фтористого натрия в качестве обезболивающего вещества при протезировании // Тез. докл. 6-й сессии ГИСО. 1937. С. 34-35. [Соавт.: Гуляева А.И., Городецкий С.И., Панов И.И.]
5. К учению о съемных частичных протезах и их фиксации // Дисс. канд. мед. наук. Из Харьковского стоматологического института. Харьков, 1937.
6. К учению о частичных зубных протезах и их фиксации // Стоматология. 1938. № 2. С. 42-50.
7. Применение фтористого натрия в протезировании // Стоматология. 1938. № 4. С. 77-80. [Соавт.: Гуляева А. И., Городецкий С.И., Панов И.И.]
8. Ортопедическое лечение дисгении // Стоматология. 1938. № 4. С. 95-98.
9. Отдаленные результаты протезирования // Стоматология. 1939. № 1.
10. Шинизация и протезирование при пародонтозе // Тез. докл. М., 1939. С. 20-21.
11. Стоматологический статус в возрасте 21-26 лет // Стоматология. 1939. №2. С. 54-59. [Соавт.: Фридман Я.Л.]
12. О механизме привыкания к зубным протезам // Стоматология. 1939. №5. С. 67-71.
13. Специальная стоматологическая клиническая база Молотовско-го стоматологического института // Пять лет Молотовскому стоматологическому институту. 1940. С. 43-48. [Соавт.: Крылов С.И., Мей-сахович И.А.]
14. Об основных установках в ортодонтии // Стоматологический сборник ученых записок. Молотов, 1940. С. 33—44.
15. Дозирующий функциональный метод лечения сформировавшихся аномалий прикуса // Стоматологический сборник ученых записок. Молотов, 1940. С. 45-58.
16. Возникновение и развитие стоматологического института на Урале. Молотовский стоматологический институт и предпосылки к его возникновению. Пять лет Молотовскому стоматологическому институту // Стоматологический сборник ученых записок. Молотов, 1940. С. 15-17. [Соавт.: Крылов С.И.]
17. Разборная универсальная ложка для слепков при рубцах челюстно-лицевой области // Стоматологический сборник ученых записок. Молотов, 1940. №4. С. 104-109.
18. Ортопедическое лечение при пародонтозе // Стоматология. 1940. №4. С. 44-51.
19. Пластмасса в зубопротезировании // Стоматологический сборник ученых записок. Молотов, 1940. С. 110-117.
20. Шинизация и протезирование в лечении пародонтоза // Стоматология. 1940. № 4. С. 44-51.
21. Отдаленные результаты съемного каучукового протезирования // Стоматология. 1941. № 2. С. 17-22.
22. О применении шнуровки при лечении инфицированных ран лица // Стоматология. 1942. № 1. С. 26-27.
23. Механизм образования рубцовых контрактур двигательного аппарата лица и нижней челюсти // Стоматология. 1943. № 2. С. 42-45.
24. Функциональный метод лечения переломов челюстей огнестрельного происхождения. Дисс. доктора мед. наук. М., 1943.
25. Лечебная физкультура при челюстно-лицевых ранениях // Стоматология. 1943. № 1. С. 51-54. [Соавт.: Вербицкий Я.]
26. Сроки лечения челюстно-лицевых раненых и зависимость их от детализированной сортировки раненых и эвакуации по прямому назначению // Стоматология. 1943. № 4. С. 57-64.
27. Функциональный метод лечения переломов челюстей. М., 1944. 303с.
28. Сроки лечения переломов нижней челюсти жесткими одночелю-стными шинами // Стоматология. 1944. № 1. С. 55-60.
29. Лечебная физкультура при челюстно-лицевых ранениях // Опыт постановки функционального лечения в эвакуогоспиталях. М., 1944. С. 69-73.
30. Функциональный метод лечения огнестрельных переломов челюстей. М.: Московский челюстно-лицевой эвакуационный госпиталь, 1944. 303 с.
31. Рецензия на работу Бегельмана И.А., Фидель М.П. Шинирование челюстных раненых в госпиталях армейского и фронтового тыла. М., 1944 // Стоматология. 1945. № 3. С. 54-55.
32. Костная пластика местными тканями // Стоматология. 1945. № 2. С. 41-44. [Соавт.: Соколова Т.Н.]
33. Прения по докладам на тему: «Итоги работы челюстных госпиталей за 3 года Отечественной войны» // Труды конф. работников челюстно-лицевой хирургии. 1945. С. 33-35. [Соавт.: Соколова Т.Н., Лукомский И.Г., Крылов С.И., Энтин Д.А.]
34. Гимнастика и массаж после повреждений лица и челюстей // М: Московский челюстно-лицевой эвакуационный госпиталь, 1945. 86 с.
35. Факты - упрямая вещь (полемика по поводу принципов лечения огнестрельных переломов челюстей) // Медицинский работник. 1945. 23 марта.
36. Одновременные переломы обеих челюстей//Тезисы докл. итоговой конференции. 1945. С. 31-32.
37. Дефекты нёба огнестрельного происхождения и метод последующего протезирования // Стоматология. 1945. № 1. С. 48-55.
38. Анализ 2500 челюстно-лицевых ранений // Стоматология. 1945. № 4. С. 34-39.
39. Памяти В. И. Виленского // Стоматология. 1947. № 2. С. 3.
40. Экспертиза трудоспособности после челюстно-лицевых ранений //Госпитальное дело. 1947. №1. С. 3-16.
41. Огнестрельные переломы челюстей и методы их лечения // Че-люстно-лицевые ранения и их лечение. М., 1947. С. 40-65.
42. Клиника и экспертиза трудоспособности при заболеваниях и повреждениях лица и челюстей. М.: ЦИЭТИН; Московский рабочий, 1948. 191с.
43. Клиника и экспертиза последствий заболеваний и повреждений лица и челюстей. М., 1949. 187 с.
44. Челюстно-лицевые повреждения и их последствия // Врачебно-трудовая экспертиза. М., 1950. № 1. С. 299-309.
45. В помощь стоматологу-протезисту (инструктивно-методические указания). М., 1952. 44 с.

46. Амфодонтограмма как объективный метод изучения функционального состояния зубочелюстной системы // Тезисы докл. научной конференции ММСИ. М., 1953. С. 8-11.
47. Четырехлетний опыт применения балочных шин при амфодонтозе // Научная конференция ММСИ. М., 1953. С. 11-14. [Соавт.: Гиацинтова Н.А.]
48. Ортопедическое лечение альвеолярной пиорреи (амфодонтоза) и травматической артикуляции. М.: Медгич, 1953. 1956. 290 с.
49. Непосредственные и отдаленные результаты шинирования при амфодонтозе с предварительной депульпацией зубов // Стоматология. 1953. № 6. С. 41-44. [Соавт.: Комаленкова Е.С.]
50. Ортопедическое лечение при амфодонтозе. М.: ЦИУ, 1953. 252с.
51. Альвеолярная пиоррея - амфодонтоз. Радиолекция. М., 1953. 7 с. (Центральный научно-исследовательский институт санитарного просвещения МЗ СССР).
52. Современное состояние ортопедической стоматологии и новые пути ее развития // Тезисы докл. Межреспубликанского совещания стоматологов. Рига, 1954. С. 29-33.
53. Учебные таблицы по ортопедической стоматологии. М.: Медуч-пособие, 1954. 40 таблиц. [Соавт.: Дойников А.И.]
54. Амфодонтоз, его профилактика и лечение. // Медицинский работник. 1954. 17 сентября.
55. Резервные силы амфодонта зубного ряда - основа ортопедического лечения // Тезисы докл. научной конференции ММСИ. М., 1955. С. 58-61.
56. Некоторые замечания по статье «Нерешенные вопросы лечения зубов и несъемного протезирования» // Стоматология. 1955. № 5. С. 21-22.
57. Современное состояние ортопедической стоматологии и новые пути ее развития. // Стоматология. 1955. № 5. С. 38-42.
58. Протезирование беззубых челюстей (пособие для врачей-протезистов и студентов медицинских стоматологических институтов). М.: Медгиз, 1955. 200с.
59. Сила жевательной мускулатуры, выносливость амфодонта и жевательные усилия, необходимые для дробления пищи // Тезисы докл. научной конференции ММСИ. М., 1955. С. 61-63. [Соавт.: Калонта-ров Д.Е.]
60. Протезирование беззубых челюстей. М.: Медицина, 1955. 207 с.
61. Профилактическое и лечебное значение зубного протезирования // Медицинская сестра. М., 1955. № 11. С. 9-12.
62. Некоторые рентгенологические данные о восстановлении костной ткани при амфодонтозе // Тезисы докл. научной конференции ММСИ, посвященной вопросам кариеса и амфодонтоза. М., 1956. С. 35. [Соавт.: Гиацинтова Н.А.]
63. Резервные силы амфодонта - основа ортопедического лечения // Стоматология. 1956. № 2. С. 42-48.
64. Стоматологический ультразвуковой аппарат // Тезисы докладов научной конференции ММСИ, посвященной вопросам кариеса и амфодонтоза. М., 1956. [Соавт.: Розенфельд П.С., Вайншток И.С., Беззубое С.И.]
65. Первый опыт применения ультразвука в стоматологии // Тезисы докладов 1-й Всероссийской конференции стоматологов и зубных врачей. 1956. С. 17-18. [Соавт.: Розенфельд П.С., Вайншток И.С.]
66. Ortopedyczne leszenie przyzebicy. Warszawa, Panstw. Zakl. Wyd-w lekarskich, 1956.
67. Функциональная патология зубочелюстной системы и амфодонтоза // Тезисы докл. 1-й Всероссийской конференции стоматологов и зубных врачей. М., 1956. С. 38-39.
68. Опыт препарирования зубов в ортопедической клинике ультразвуком // Тезисы докладов. Сб., посвященный 40-летию Великой Октябрьской социалистической революции. 1957. [Соавт.: Розенфельд П.С.]
69. Ультразвук в стоматологии // Медицинский работник. 1957. 27 августа.
70. Главные принципы лечения аномалий и основа диагностики в амбулаторной практике // Тезисы докл. 10-й межреспубл. конф. врачей-стоматологов по ортодонтии. Рига, 1957. С. 50-53.
71. В помощь врачу-ортодонту // Методические указания по диагностике и лечению аномалий зубочелюстной системы. М., 1957. 50 с.
72. Protezowanie bezzebnych szczek. II um dz. Kazimierz Yrodner. Warszawa, Panstw. Zaklad. Wyd-w lekarskich, 1957.
73. Зубочелюстные аномалии у детей и методы лечения (Ортодон-тия). М.: Медгиз, 1957. 222 с.
74. Вопрос об этиологии и лечении ретенции зубов // Тезисы докл. 10-й межреспубликанской конференции врачей-стоматологов по ортодонтии. Рига, 1957. С. 53-54. [Соавт.: Черномордик А.С.]
75. К вопросу об этиологии и лечении ретенции зубов // Тезисы докл. 10-й межреспубликанской конфер. врачей-стоматологов по ортодонтии. Рига, 1957. С. 53-54. [Соавт.: Черномордик А.С.]
76. Гнатодинамометрия // БМЭ. 1958. Т. 7. С. 701-703.
77. К вопросу классификации переломов челюстей // Тез. докл. Всесоюзной конференции челюстно-лицевых хирургов. Л., 1958. С. 21-22.
78. Опыт применения ультразвука в стоматологической клинике // Труды ММСИ. Вып. 1. М., 1958. С. 69-77. [Соавт.: Розенфельд П.С.]
79. Ортопедическая стоматология. Учебник для медицинских институтов. 1-е изд. М.: Медицина, 1958. 480 с.
80. Ультразвуковой стоматологический аппарат УСА-3 // Труды ММСИ. Теория и практика стоматологии. 1958. Вып. 1. С. 61-68. [Соавт.: Вайншток И.С.]
81. Протезирование беззубых челюстей // Стоматология. 1958. № 4. С. 75-77.
82. Альвеолярная пиоррея - амфодонтоз // Радиолекция. М. 1958. 7 с. (Центральный научно-исследовательский институт санитарного просвещения МЗ СССР).
83. Опыт применения ультразвука в стоматологической клинике // Теория и практика стоматологии. / Труды ММСИ. 1958. Вып. 1. С. 69-75. [Соавт.: Розенфельд П.С.]
84. Некоторые современные вопросы ортопедии и протезирования после челюстно-лицевой травмы // Всесоюзная научная конференция по челюстно-лицевой травматологии. Л., 1958. С. 46-48.
85. Некоторые современные вопросы ортопедии и протезирования челюстно-лицевой травмы // Тезисы докладов Всесоюзн. конференц. челюстно-лицевых хирургов. Л., 1958. С. 46—47.
86. Основные периоды развития ортопедической стоматологии в Советском Союзе за 40 лет // Труды ММСИ. Вып. 2. 1959. С. 17-24.

87. Задержанное прорезывание зубов // Теория и практика стоматологии. М., 1959. Вып. 3. С. 83-93. [Соавт.: Черномордик А.С.]
88. Функциональная патология зубочелюстной системы и основа ортопедического лечения // София: Медицина и физкультура, 1959.
89. Диагностика и составление плана лечения при амфодонтозе и сходных форм болезней зубочелюстной системы // София.: Медицина и физкультура, 1960. № 5.
90. Рекомендации пленума правления Всероссийского научного медицинского общества стоматологов по применению антибиотиков при лечении поражений пульпы//Стоматология. 1960.№3. [Соавт.: Школяр Т.Т.]
91. Состояние и перспективы развития учения о функциональной патологии зубочелюстной системы // Научная конфер. ММСИ, посвященная 25-летию института //Тезисы докл. М., 1961. С. 67-68.
92. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии. Для стоматологических факультетов медицинских институтов. М.: Медгиз, 1961. 395 с.
93. Сохраним зубы. М.: Медгиз, 1961. 32 с.
94. Paradontora patologia czvnnosciowa przuzebia Czasopismo Stomato-logiczne. Miesiecznik 7, 1961.
95. Диагностика пародонтоза и сходных с ним форм заболеваний // Стоматология. 1961. № 5. С. 20-24.
96. Значение мостовидных протезов в лечении пораженной зубочелюстной системы и меры улучшения этого вида ортопедической помощи // Тезисы докладов Всероссийской научной конф. стоматологов. Пермь. М., 1961. С. 18-20.
97. Изменения в челюстно-височном суставе при деформациях прикуса и нарушениях целостности зубных рядов // Научи, конф. ММСИ, посвященная 25-летию института. Тезисы докл. М., 1961. С. 72. [Со-авт.: Липсман З.П.]
98. «Параллелометр» // Медицинская промышленность СССР. 1961. №6.
99. Ортопедическое лечение моноартрозов челюстно-височного сустава//Труды Одесского научно-исследов. стомат. института. 1961.
100. Вопросы функциональной патологии в стоматологической клинике // Тез. докладов 3-й областной конференции стоматологов и зубных врачей. Киров, 1961. С. 3-5.
101. Диагностика и составление плана лечения при амфодонтозе и сходных с ним форм поражения зубочелюстной системы // Труды поликлиники Минздрава РСФСР им. Ф.Э. Дзержинского. М., 1961.
102. Изучение напряженного состояния челюсти методом фотоупругости // Стоматология. 1962. № 2. С. 66-71. [Соавт.: Хесин Г.Л.]
103. Zmeny napeti v dolni celist pri pozuchah ce livostih zubni radi a pri surnem stapni atrofie paradonti // Caskoslovenska Stomatologie. 1962. Praha. L XII. 2.
104. О состоянии ортопедической стоматологии и перспективах ее развития // Тез. докладов. IV Всесоюзного съезда стоматологов. М., 1962. С. 19-21.
105. Пародонтоз. Клиника, лечение. Учебный фильм. М., 1962.
106. Ортопедическая стоматология. Учебник для медицинских институтов. М.: Медицина, 1962. 480с.
107. Изменения напряжения в нижней челюсти при расстройствах целостности зубного ряда и при разной степени атрофии пародонта. Ceskoslovenska Stomatologie Brezen. 1962. № 2. С. 81-88.
108. Новые данные дифференциальной диагностики пародонтоза и сходных с ним форм болезней и значение при этом ортопедической терапии//III съезд врачей-стоматологов Украины. Киев, 1962.
109. Некоторые спорные вопросы диагностики в ортодонтии//Тезисы докладов. Пермь, 1962.
110. A fogallosont rendszert funkcionalis pathologiajanak klinikuma. Fogolvosok szemle stomatologia Hungarica. Budapest. 1963. 5. majus.
111. Функциональная недостаточность твердых тканей зубов и основы терапии // Материалы 1-й научной конф. стоматологов Грузии (1960). Тбилиси, 1963. С. 145-160.
112. Современные проблемы диагностики в ортопедической клинике //Тезисы докл. 3-й научной конференции стоматологов. Воронеж, 1964. С. 28-31.
113. О состоянии ортопедической стоматологии и перспективах ее развития // Труды IV Всесоюзного съезда стоматологов. М., 1964. С. 51-55.
114. Зубопротезная техника. М., 1964. 343 с. [Соавт.: Копейкин В.Н., Кнубовец Я.С., Оксман И.]
115. Спорные вопросы в основах диагностики в ортопедической стоматологии // Материалы 10-й научно-практической конференции. Пермь, 1965. С. 60-62.
116. Современное состояние вопроса об обезболивании в ортопедической клинике и пути их разрешения // Тезисы докладов I Всероссийского съезда стоматологов. 1965. № 6. С. 13-17.
117. Проблема пародонтоза в свете современных данных. Материалы к научно-практической конференции, посвященной вопросам стоматологии. Тула, 1965. С. 44—45.
118. Бюгельное зубное протезирование. Ташкент.: Медицина, 1965. 219с.
119. Ортопедическая стоматология. Учебный диафильм. М., 1965. 152 кадра. 1 часть: Развитие зубочел. системы и биодинамика жевательного аппарата, 39 кадров; 2 часть: Зубочел. аномалии, диагностика, профилактика, методы лечения, 38 кадров; 3 часть: Поражение коронок зубов, зубных рядов, методы протезиров, 38 кадров; 4 часть: Переломы, дефекты, деформация челюстей и дефекты лица (лечение и протезирования), 37 кадров.
120. Функциональная патология зубочелюстной системы. Диагностика и методы лечения // Материалы итоговой конференции по проблеме «Функциональная патология зубочелюстной системы». М., 1966. С. 3-6.
121. Аномалии развития челюстей и рефракция глаза // Материалы итоговой конференции по проблеме «Функциональная патология зубочелюстной системы». М., 1966. С. 124-126. [Соавт.: Кацнельсон Л.А., Хургина Г.М., Аникиенко А.А., Ярцева Н.С., Царицына Р.И.]
122. Современное состояние вопроса об обезболивании в ортопедической клинике и пути их разрешения // Труды I Всероссийского съезда стоматологов. М., 1966. С. 86-91.

123. Основные задачи в ортопедической науке и практике и перспективы их разрешения // 2-я Московская городская конференция стоматологов, посвященная вопросам ортопедической стоматологии. М., 1966. С. 34-35.
124. Общее различие в проблемах пародонтоза и сходных с ним формах заболеваний // VIII Расширенный пленум Всесоюзного научного медицинского общества стоматологов. 4-я выездная сессия ЦНИИС. Тезисы докл. М., 1966. С. 29-32.
125. Сложночелюстное протезирование. Учебный фильм. М. 1966. [Соавт.: Лебедеко З.Ф.]
126. Функциональная патология зубочелюстной системы // Теория и практика стоматологии. Вып. 10. М.: Медицина, 1967. С. 3-16.
27. Компенсаторные процессы в тканях зуба // Теория и практика стоматологии. Вып. 10. М., 1967. С. 168-176. [Соавт.: Гиацинтова Н.А.]
128. Новые данные о траекториальной системе нижней челюсти // Теория и практика стоматологии. Вып. 10. М., 1967. С. 99-108.
129. Некоторые современные методы функциональной диагностики в ортодонтии // Материалы научно-практической конференции, посвященной вопросам стоматологии. Тула, 1967. С. 102-107. [Соавт.: Федоров С.Д.]
130. Основные нозологические формы патологии зубочелюстной системы детского возраста, подлежащие ортопедическому лечению // Материалы научно-практической конференции, посвященной вопросам стоматологии. Тула, 1967. С. 62-86.
131. Некоторые наблюдения за действием лазера на свежееудаленные зубы человека и зубы подопытных животных // Теория и практика стоматологии. Вып. 10. М., 1967. С. 276-277. [Соавт.: Бабичев С.И., Бельгов В.Е., Гинзбург М.М., Малая М.И., Рыжков Е.В., Сенников Н.А.]
132. От техницизма к ортопедической стоматологии // Теория и практика стоматологии. Вып. 12. М., 1967. С. 52—61. [Соавт.: Копейкин В.Н., Липсман З.П.]
133. Планы лекций и методические указания к проведению практических занятий по курсу ортопедической стоматологии // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. Материалы семинара. М., 1967. С. 86-116. [Соавт.: Копейкин В.Н.]
134. Функциональная патология зубочелюстной системы и ее основные нозологические формы // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. Материалы семинара. М., 1967. С. 13-20.
135. Опасная потеря // Известия. 1967. № 112.
136. Новые пути стоматологии // Медицинская газета. 1967. 15, 21 февраля.
137. Основные заболевания и повреждения зубочелюстной системы, подлежащие ортопедическому лечению // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. Материалы семинара. М., 1967. С. 21-65.
138. Возможности применения лазеров для снятия металлических коронок и несъемных мостовидных протезов // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. Сборник научных трудов. М., 1968. С. 173-174. [Соавт.: Рыжков Е.В., Копейкин В.Н., Малая М.И., Сенников Н.А., Бельгов В.Е., Гутмахер Ю.А.]
139. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии. Для стоматологических факультетов медицинских институтов. 2-е изд. М.: Медгиз, 1968.
140. Возможности использования оптических квантовых генераторов в стоматологии // Стоматология. 1968. № 2. С. 1. [Соавт.: Бабичев С.И., Бельгов В.Е., Малая М.И., Рыжков Е.В., Сенников Н.А.]
141. Изготовление бюгельных протезов из сплавов на кобальтовой основе // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии (применение сплавов металлов в стоматологии). Сборник научных трудов ММСИ / Под ред. В.Н. Копейкина. М.: ММСИ, 1968. С. 176-184. [Соавт.: Копейкин В.Н., Ковшов А.Н., Любарский Е.М., Эйдинов С.М.]
142. Стоматологический пескоструйный аппарат // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии, (применение сплавов металлов в стоматологии). Сборник научных трудов ММСИ / Под ред. В.Н. Копейкина. М.: ММСИ, 1968. С. 184-186. [Соавт.: Ковшов А.Н., Копейкин В.Н., Эйдинов С.М., Горячев М.А.]
143. Стоматологический вакуумный вибростол // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии (применение сплавов металлов в стоматологии). Сборник научных трудов ММСИ / Под ред. В.Н. Копейкина. М.: ММСИ, 1968. С. 186-188. [Соавт.: Фирсов А. М., Горячев М.А., Любарский Е.М., Копейкин В.Н., Эйдинов С.М.]
144. Анализ 1000 листков нетрудоспособности в связи с одонтогенными воспалительными процессами // Опыт организации стоматологической помощи в РСФСР. М., 1968. С. 47-52.
145. Влияние излучения оптического квантового генератора на пульпу зубов // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. М., 1968. С. 174-176. [Соавт.: Малая М.И.]
146. К вопросу о металлизации пластмассовых протезов // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. М., 1968. С. 140-144. [Соавт.: Ященко П. М., Трунилин И.С.]
147. Перспективы применения гальванотехники в ортопедической стоматологии // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. М., 1968. С. 126-130. [Соавт.: Ященко П.М.]
148. К истории развития вопроса об измерении микротоков полости рта // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. М., 1968. С. 102-106. [Соавт.: Творус А.К.]
149. Общие и местные реакции, обусловленные ортопедическими вмешательствами // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. М., 1968. С. 7-13.
150. Применение новых сплавов в клинике ортопедической стоматологии // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. М., 1968. С. 49-55. [Соавт.: Копейкин В.Н., Ефремова Л.А., Ильяшенко В.М.]
151. Новые сплавы для зубных протезов // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. М., 1968. С. 39-49. [Соавт.: Андрущенко И.А., Иванов Е.А., Красносельский И.А.]
152. Терминология, классификация и диагностика в ортопедии // V Всесоюзный съезд стоматологов. Материалы докл. М., 1968. С. 272-275.
153. Получение упрочненных моделей зубов металлизацией рабочих слепков // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. М., 1968. С. 138-140. [Соавт.: Гожая Л.Д., Ященко П.М., Басюра В.С.]
154. Об ортодонтической помощи детям и подросткам в РСФСР // V Всесоюзный съезд стоматологов. М., 1968. С. 28-30. [Соавт.: Горлов А.А.]

155. Гальванопластика при изготовлении фарфоровых коронок // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. М., 1968. С. 135-138. [Соавт.: Ященко П.М., Цыпина Л.С.]
156. Возрастные изменения в челюстных костях собак по данным радиоавтографии // Материалы 1-й Всероссийской конференции по стоматологической анатомии. М., 1969. [Соавт.: Минасян В. А., Во-ложин А.И., Бадаев А.В.]
157. Заживление ран альвеолярного отростка под непосредственным протезом // Научно-практическая конференция по вопросам стоматологии детского возраста. М., 1969. С. 214—216. [Соавт.: Балаев А.В.]
158. Экспериментальные исследования кальциевого обмена в челюстях при заживлении лунки // Научно-практическая конференция по вопросам стоматологии детского возраста. М., 1969. С. 217-219. [Соавт.: Бадаев А.В.]
159. Возрастные изменения в челюстных костях собак по данным радиоавтографии // Сборник научных работ кафедр нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией. М.: ММСИ, 1969. [Соавт.: Балаев А.В., Воложин А.И., Минасян В.А.]
160. Ортопедическая стоматология. Учебник для медицинских институтов. М.: Медицина, 1968. 480 с.
161. Роль функции в формировании зубочелюстной системы при развитии патологических состояний // Доклад на 1-й Всероссийской научной конференции по стоматологической анатомии. 9-11 декабря, 1969.
162. Новые специальные сплавы для зубных протезов // Тезисы докл. II Всероссийского съезда стоматологов. 1970. С. 126-128. [Соавт.: Ефремова Л.А., Андриященко И.А., Красносельский И.А.]
163. Терминология, классификация и диагностика в ортодонтии // Труды V Всесоюзного съезда стоматологов. М., 1970. С. 214—216.
164. Способ изготовления фарфоровых коронок // БИ. 1970. № 4. С. 63.
165. Применение новых сплавов для зубных протезов (методическое письмо). М.: ММСИ, 1970. 18 с. [Соавт.: Ефремова Л.А., Андриященко И.А., Красносельский И.Л.]
166. Словарь-справочник по ортопедической стоматологии. Ташкент: Медицина, 1970. 327 с. [Соавт.: Калонтаров Д.Е., Лавочник М.И.]
167. Установка для комплексного исследования функции жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава. М., Медицинская техника, 1970. [Соавт.: Ковалев Ю.С.]
168. Строение зубных тканей и пародонта при патологической стираемости твердых тканей зубов // Стоматология. 1970. № 4. С. 62-66. [Соавт.: Рыжков Е.В., Никитенко В.А., Комнова З.Д.]
169. Рентгенологические изменения в челюстных костях при функциональной недогрузке и перегрузке зубочелюстной системы // Стоматология. 1970. [Соавт.: Воложин А.И., Балаев А.В.]
170. Ортопедическая стоматология. Атлас. Т. 1: Зубное протезирование. М.: Медучпособие, 1963. 288 с.
171. Ортопедическая стоматология. Атлас. Т. 2.: Ортодонтия, травматология, челюстное и лицевое протезирование. М.: Медучпособие. 1970. 403 с.
172. Проблемы кариеса зубов и пародонтоза // Научный обзор. Издание Всесоюзного НИИ медицинской и медико-технической информации. М., 1970. 108 с. [Под ред.]
173. Новые проблемы современной ортопедической стоматологии // Материалы 8-й обл. конференции врачей-стоматологов Львовской области. Львов, 1970. С. 489-490.
174. Основные вопросы преподавания ортопедической стоматологии // Материалы республиканской учебно-методической конференции заведующих кафедрами стоматологических дисциплин медицинских институтов. Калинин, 1970. С. 74—75.
175. Пародонтоз и функциональная патология зубочелюстной системы // Проблема кариеса зубов и пародонтоза. Научный обзор / Под ред. В.Ю. Курляндского. М., 1970. С. 80-108.
176. В честь партийного съезда // Советский стоматолог. 1970. № 33. 6 ноября.
177. Организация и методика комплексного изучения ортопедической заболеваемости и социально-гигиенических факторов, влияющих на ее распространенность // Рациональные методы организации стоматологической помощи населению РСФСР. Новокузнецк, 1971. С. 276-280. [Соавт.: Гадулин Г.Н., Удинцов Е.И.]
178. Внедрение в практику ортопедической стоматологии аллергологических проб для диагностики непереносимости к зубопротезным материалам // Рациональные методы организации стоматологической помощи населению РСФСР. Новокузнецк, 1971. С. 292-295. [Соавт.: Сорокин В.С., Воложин А.И.]
179. Внедрение в практику ортопедической стоматологии аллергологических проб для диагностики непереносимости к зубопротезным материалам // Материалы пленума Всероссийского общества стоматологов. Новокузнецк, 1971. [Соавт.: Сорокин В. С., Воложин А.И.]
180. Orthopedic stomatologie. Transl. from the Russ. by L. Aksenova. Moscow. 1971; 1977.
181. Рентгенологическое исследование изменений в челюстных костях при функциональной недогрузке и перегрузке челюстной системы // Стоматология. 1971. № 1. С. 41-44. [Соавт.: Воложин А.И., Балаев А.В., Минасян В.А.]
182. Влияние палладиево-серебряного сплава на некоторые патологические процессы в полости рта // Актуальные проблемы стоматологии. Сб. науч. трудов. М., 1972. С. 145-152. [Соавт.: Гожая Л.Д.]
183. Проблемы ортопедической стоматологии и пути к их решению // Актуальные проблемы стоматологии. Сб. науч. трудов. М., 1972. С. 118-129.
184. Преемственность преподавания на стоматологическом факультете профильных и непрофильных дисциплин // Преподавание профильных и непрофильных дисциплин на стоматологическом факультете. М., 1972. С. 11-14.
185. Некоторые результаты экспериментального изучения эффекте тирокальцитонина при ортодонтических вмешательствах // Биохимические исследования в травматологии и ортопедии (материалы методического совещания исполнителей научных тем по биохимическим исследованиям в травматологии и ортопедии). М.: Медицина, 1972. С. 169-171. [Соавт.: Аристова Н.В., Воложин А.И.]
186. Исследования лица и органов полости рта в ортопедической стоматологии // Методические указания для студентов. М., 1972. 93 с.
187. К некоторым итогам изучения влияния лазерного излучения на ткани полости рта // Изменения в тканях пародонта до и после зубного протезирования. М., 1972. С. 79-81. [Соавт.: Фокин И. А. и др.]

188. К вопросу об изменении минеральной насыщенности челюстных костей при гиподинамии (экспериментальное исследование) // Изменения в тканях пародонта до и после зубного протезирования. М.: ММСИ, 1972. С. 13-14. [Соавт.: Воложин А.И., Росинская И.В.]
189. Исследования лица и органов полости рта в ортопедической стоматологии // Методические указания для студентов. М., 1972. 93 с. [Соавт.: Хватова В.А., Воложин А.И.]
190. Преподавание госпитальной ортопедической стоматологии (методические указания к практическим занятиям) Под общ. ред. засл. деятеля науки РСФСР, проф. В.Ю. Курляндского. М., 1972. 90 с. [Соавт.: Копейкин В.Н.]
191. Роль функциональной перегрузки пародонта в возникновении лучевых осложнений при крупнофракционированном локальном облучении // Изменения в тканях пародонта до и после зубного протезирования. М., 1972. С. 22-24. [Соавт.: Назаров Г.И., Арутюнян А.Г. и др.]
192. Преподавание пропедевтики ортопедической стоматологии // Методические указания. М., 1972. [Соавт.: Пономарева В. А., Копейкин В.Н., Дойников А.И.]
193. Изменения микроэлементарного состава слюны у больных красным плоским лишаем и методы ортопедического лечения их // Стоматология. 1972. № 2. С. 57. [Соавт.: Пашков Б.М., Гожая Л.Д., Васьяковская Г.П., Широкова М.И.]
194. Преподавание госпитальной ортопедической стоматологии // Методические указания к чтению курса лекций. М., 1972. 83 с.
195. Обследование и лечение больных с явлениями гальванизма в полости рта, одновременно страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Методические указания. Ессентуки, 1972. 15 с. [Соавт.: Батырь В.И.]
196. Болезни пародонта // Изменения в тканях пародонта до и после зубного протезирования. Материалы конференции. М., 1972. С. 5-8.
197. Шинирующие аппараты повышенной точности, изготавливаемые методом гальванопластики для лечения пародонтоза // Изменения в тканях пародонта до и после зубного протезирования. Материалы конференции. М., 1972. С. 54-56. [Соавт.: Яценко П.М., Лебеденко З.Ф., Стрелкова Н.А.]
198. К вопросу об изменении кальциевого обмена в тканях пародонта при снижении окклюзионной высоты (эксперим. исследование) // Изменения в тканях пародонта до и после зубного протезирования. Материалы конференции. М., 1972. С. 20-22. [Соавт.: Пуршаев Ш.Н., Воложин А.И.]
199. Микрорентгенография тканей пародонта лабораторных животных // Изменения в тканях пародонта до и после зубного протезирования. Материалы конференции. М., 1972. С. 17-19. [Соавт.: Назаров Г.И., Воложин А.И., Арутюнян А.Г.]
200. Кальциевый обмен в костных тканях пародонта при чрезмерной нагрузке передних зубов // Изменения в тканях пародонта до и после зубного протезирования. Материалы конференции. М., 1972. С. 10-12. [Соавт.: Минаян В.А., Воложин А.И.]
201. Современные проблемы ортопедической стоматологии // Докл. на научн. конф. «Актуальные проблемы стоматологии», посвященной 50-летию со дня образования СССР и 50-летию образования института. 12 декабря 1972.
202. Методы исследования в ортопедической стоматологии. Ташкент: Медицина, 1973. 231 с.
203. Методы исследования в ортопедической стоматологии. Ташкент, 1973. 150 с. [Соавт.: Хватова В.А., Воложин А.И., Лавочник М.О.]
204. Спектральное определение некоторых микроэлементов в минерализованной ткани нижней челюсти человека // Поражение твердой ткани зуба. Сб ст. М., 1973. С. 211-214. [Соавт.: Семенов В.М., Манова Т.Г., Рогинская Л.К., Бозякова Г.М.]
205. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии. 3-е изд., испр. и доп. (учебное пособие для студентов стоматологических факультетов, институтов). М.: Медицина, 1973. 376 с.
206. Оптимизация условий проведения спектрального анализа минерализованной ткани нижней челюсти человека // Поражение твердых тканей зуба. Сб. ст. М., 1973. С. 214-217. (Соавт.: Семенов В.М., Манова Т.Г., Силакова В.Г., Рогинская Л.К.)
207. Метод изъятия и замещения нижней и верхней челюсти трупа для судебно-стоматологической экспертизы // Судебная стоматология. Сб. ст. М., 1973. С. 155-156. [Соавт.: Семенов В.М., Сладковский Б.С., Гонцова Э.Г.]
208. Истоки своеобразия развития советской стоматологии. Методика преподавания и научная организация учебного процесса. М., 1973. С. 90-91.
209. Atlas of orthopaedic stomatologi. Transl. from the Russ by Ludmila Aksenova. Moscow: Mir. 1973.
210. Судебно-медицинские аспекты с точки зрения стоматолога // Судебная стоматология / Под ред. В.С. Сладковского. М.: ММСИ, 1973. С. 17.
211. Проблемы и перспективы развития судебно-медицинской стоматологии // Судебно-медицинская экспертиза. М., 1973. № 1. С. 9. [Соавт.: Сладковский Б.С.]
212. Современные проблемы и перспективы развития судебно-стоматологической экспертизы // Судебно-медицинская экспертиза. 1973. №2. С. 6-9. [Соавт.: Сладковский Б.С.]
213. К методике определения прочности мостовидных зубных протезов // Матер. 2-й научно-практич. конференции врачей-стоматологов курорта Нальчик. Нальчик, 1973. С. 86-89. [Соавт.: Чеджемов И.Б., Галачиев М.Х., Есенова З.Г., Мальсагов М.О.]
214. Особенности обследования и ортопедического лечения больных с неврологическими симптомами, обусловленными нарушениями в зубочелюстной системе. Актуальные проблемы стоматоневрологии. Прозопалгии. М, 1974. С. 133-137. [Соавт.: Хватова В. А.]
215. Основные стоматоневрологические заболевания // Актуальные проблемы стоматоневрологии. Прозопалгии. М., 1974. С. 31-76. [Соавт.: Савицкая О.Н., Хватова В.А. Крестина А.Д., Винокурова В.Д.]
216. Стоматология сегодня. М.: Знание, 1974. 93 с.
217. Актуальные проблемы стоматоневрологии. Прозопалгии. Сборник трудов. М., 1974. 216 с. [Под ред.]
218. О зубах. М.: Медицина, 1974.
219. Расхождение диагнозов в стоматоневрологической клинике // Актуальные проблемы стоматоневрологии. Прозопалгии. М., 1974. С. 26-30. [Соавт.: Винокурова В.Д.]

220. Классификация прозопалгий // Актуальные проблемы стоматоневрологии. Прозопалгии. М. 1974. С. 5-25. [Соавт.: Гречко В.Е., Карлов В.А.]
221. Установка для комплексного исследования функции жевательных мышц и височно-челюстного сустава // Актуальные проблемы стоматоневрологии. Прозопалгии. М., 1974. С. 137-148. [Соавт.: Ковалев Ю.С.]
222. К механизму действия микроэлементов на нервную систему // Актуальные проблемы стоматоневрологии. Прозопалгии. М., 1974. С. 158-162. [Соавт.: Гожая Л.Д.]
223. Парестезии полости рта, обусловленные металлическими протезами // Актуальные проблемы стоматоневрологии. Прозопалгии. М., 1974. С. 162-172. [Соавт.: Гожая Л.Д.]
224. Экспертная оценка повреждений головного мозга при челюст-но-лицевой травме // Актуальные проблемы стоматоневрологии. Прозопалгии. М., 1974. С. 209-214. [Соавт.: Свядковский Б.С.]
225. Изменение в составе микроэлементов нижней челюсти человека при пользовании зубными металлическими протезами // Актуальные проблемы стоматоневрологии. Прозопалгии. М., 1974. С. 190-204. [Соавт.: Свядковский Б.С., Гожая Л.Д., Семенюк В.М., Ма-нова Т.Г.]
226. Последствия деиннервации зубов при их реплантации // Актуальные проблемы стоматоневрологии. Прозопалгии. М., 1974. С. 115-124. [Соавт.: Целибеева Л.М., Бобровская А.И., Соловьева И.В.]
227. Опыт комплексного лечения тригеминальной невралгии // Актуальные проблемы стоматоневрологии. Прозопалгии. М., 1974. С. 92-96. [Соавт.: Винокурова В.Д., Крестина А.Д.]
228. Керамические и цельнолитые несъемные зубные протезы. М.: Медицина, 1975. 175 с.
229. Современные аспекты ортопедического лечения болезней пародонта // Учебное пособие для студентов. М., 1975. 44 с.
230. Терминология и классификация пародонтоза // 6-й Всесоюзный съезд стоматологов. Л., 1975. С. 3-5. [Соавт.: Рыбаков А.И., Рудь-ко В.Ф., Боровский Е.В., Грошиков М.И., Колосов А.А., Дойников А.И., Лемецкая Т.Н.]
231. Neue Probleme der modernen Stomatologie. Probleme der Medizin in der UDSSR Hippokratis verbac. Stuttgart. 1975. С. 127-134.
232. Возможность коррозии протезов из золота в полости рта // Стоматология. 1976. №5. С. 57. (Соавт.: Гожая Л. Д., Широкова М.Д.)
233. Ортопедическая стоматология // Советский стоматолог. 1976. 23 января.
234. Перспективы понятия о болезнях пародонта и роль диспансеризации в их профилактике // VIII съезд стоматологов. Литовская ССР. Вильнюс, 1976.
235. К вопросу этиологии и патогенеза неврологических симптомов при снижении высоты прикуса. Stomatologie der DDR. 1977. № 27. С. 676-684. [Соавт.: Хватова В.А.]
236. Справочник по ортопедической стоматологии. 2-е изд., испр. и доп. Ташкент: Медицина, 1977. 428 с.
237. Ортопедическая стоматология. Учебник для медицинских институтов. М.: Медицина, 1978. 480 с.
238. Керамические и цельнолитые несъемные зубные протезы. М.: Медицина, 1978. 175 с.
239. Забота о зубах - забота о здоровье. М.: Знание, 1978. 93 с.
240. Atlas of orthopaedic stomatologi. Transl. from the Russ by Ludmila Aksenova. Moscow: Mir. 1978.
241. Estomatologia ortopedica. Trad del ruso por Humberto Valdes Tergos Red ci Yulio C. Santana Yarzi. Moscu: Mir, 1979.
242. Аспекты судебно-медицинской экспертизы в ортопедической стоматологии. М., 2000. 80с. [Соавт.: Свядковский Б.С.]

**СПИСОК АВТОРСКИХ СВИДЕТЕЛЬСТВ
НА ИЗОБРЕТЕНИЯ
ПРОФЕССОРА В.Ю.КУРЛЯНДСКОГО**

№	Название изобретений	Номер заявки	Дата регистрации приоритета
1	2	3	4
1	Миотонодинамометрограф	661473	04.04.1960
2	Способ изготовления эластичных матриц для стоматологических работ	766167	19.02.1962
3	Слепочная масса для получения цельнолитых зубных протезов	766168	26.02.1962
4	Закрепитель для огнеупорных моделей зубных протезов	766169	26.02.1962
5	Штамп для зубных коронок	767944	06.03.1962
6	Грунт для декоративного покрытия металлических частей зубных протезов	8599469	03.10.1963
7	Эмаль для декоративного покрытия металлических частей зубных протезов	859468	03.10.1963
8	Сплав для зубных вкладок	879144	31.01.1964
9	Сплав для изготовления зубных протезов	879145	31.01.1964
10	Сплав для изготовления зубных протезов	879153	31.01.1964
11	Сплав для несъемных зубных протезов	879154	31.01.64
12	Заготовка для зубных протезов	883286	19.02.1964
13	Припой для зубопротезных работ	10214469	10.08.1965
14	Устройство для определения подвижности зубов	1054488	09.02.1966
15	Сплав для зубных протезов	1098875	20.08.1966
16	Сплав для зубных протезов	1098876	29.08.1966
17	Аппарат для определения податливости слизистой полости рта	1115581	03.12.1966
18	Способ изготовления металлических зубных протезов	1122110	29.12.1966
19	Миоартрограф	1143548	27.03.1967
20	Способ фиксации протеза лица	1159595	29.05.1967
21	Способ изготовления фарфоровых коронок	1253624	05.08.1968
22	Установка для изучения функции жевательных и височных мышц и височно-челюстных суставов	1367045	29.09.1969
23	Установка для элестролитического полирования металлических каркасов зубных протезов	1275845	11.10.1968

1	2	3	4
24	Способ изготовления пластмассовых зубных протезов	1279701	30.10.1968
25	Способ параллелометрии при изготовлении зубных протезов	1332780	23.05.1969
26	Стоматологический динамометр	1412396	09.03.1970
27	Слепочный материал для протезирования дефектов зубных рядов	1451551	22.07.1970
28	Ортодонтический аппарат для лечения аномалий зубочелюстной системы	1473011	27.08.1970
29	Аппарат для лечения и профилактики зубочелюстных аномалий	1471619	02.09.1970
30	Оптический негатоскоп	1618407	25.12.1970
31	Инструмент для удаления инородных тел из корневых каналов зубов	1653933	19.04.1971
32	Устройство для исследования температурной чувствительности	1657655	27.05.1971
33	Прибор для проверки прочности мостовидных зубных протезов	1737744	14.01.1972
34	Сплав для зубных протезов	1762128	23.03.1972
35	Ортодонтический аппарат	1787371	22.05.1972
36	Устройство для тренировки мимической и дыхательной мускулатуры	1849672	20.11.1972
37	Сплав для изготовления зубных протезов	2144364	16.06.1975
38	Покрытие для зубных протезов	2156865	11.07.1975
39	Сплав на основе никеля	2180889	13.10.1975
40	Сплав на основе золота	2334069	11.03.1976
41	Припой для пайки зубных протезов	2350852	23.04.1976
42	Стоматологический материал для изготовления зубных протезов	2385135	16.07.1976

Лебеденко И. Ю., Курляндская С. В. и др.

К. 93 Курляндский. — М.: Мол. гвардия, 2002. — 207[1] с.: ил.

ISBN 5-235-02509-1

Книга посвящена выдающемуся ученому, замечательному педагогу, теоретику и практику отечественной стоматологии — В. Ю. Курляндскому.

УДК 616.31(092)
ББК56.6

**Лебедеко Игорь Юльевич,
Курляндская Светлана Вениаминовна и др.**

КУРЛЯНДСКИЙ

Книга издана в авторской редакции
Художественный редактор **К. Г. Фалин**
Технический редактор **В. В. Пилкова**
Корректоры **Е. Болушаева, И. Резниченко**
Лицензия ЛР № 040224 от 02.06.97 г.

Подписано в печать с оригинал-макета 26.11.2002. Формат 84х 108 ¹/₄. Бумага офсетная № 1. Печать офсетная. Гарнитура «Тайме». Усл. печ. л. 10,92+1,68 вкл. Тираж 1000 экз. Заказ 23574

Издательство АО «Молодая гвардия». Адрес издательства: 103030, Москва, Сушевская, 21. Internet: <http://mg.gvardiya.ru>. E-mail: dsel@gvardiya.ru.

Типография АО «Молодая гвардия». Адрес типографии: 103030, Москва, Сушевская, 21.

ISBN 5-235-02509-1