

К.А. Пашков

**ЗУБОВРАЧЕВАНИЕ
И СТОМАТОЛОГИЯ В РОССИИ:
основные этапы
и направления развития
(IX–XX век)**

Монография

Второе издание,
переработанное и дополненное

К а з а н ь
Центр инновационных технологий
2 0 1 1

УДК 616.31
ББК 56.5
П22

Под редакцией

А.В. Тополянского,
кандидата медицинских наук, доцента

Рецензенты:

Л.С. Персин,
член-корреспондент РАМН,
доктор медицинских наук, профессор;

В.И. Бородулин,
доктор медицинских наук, профессор

*Светлой памяти
Троянского Геннадия Николаевича
посвящается*

Пашков, К.А.
П22 Зубоврачевание и стоматология в России: основные этапы и направления развития (IX–XX век): монография / К.А. Пашков; под ред. А.В. Тополянского. – Казань: Центр инновационных технологий, 2011. – 304 с.
ISBN 978-5-93962-496-1

Аннотация

ISBN 978-5-93962-496-1

© Пашков К.А., 2011
© Центр инновационных технологий
(оформление), 2011

Предисловие

Автор выражает глубокую признательность коллегам, труды и ценные советы которых способствовали разработке темы и подготовке книги: академику РАМН, доктору медицинских наук, профессору Ющук Николаю Дмитриевичу; члену-корреспонденту РАМН, доктору медицинских наук, профессору Персину Леониду Семеновичу; доктору медицинских наук, профессору Янушевичу Олегу Олеговичу; доктору медицинских наук, доктору исторических наук, профессору Балалыкину Дмитрию Алексеевичу; доктору медицинских наук, профессору Бородулину Владимиру Иосифовичу; доктору медицинских наук, профессору Сорокиной Татьяне Сергеевне; доктору медицинских наук, профессору Гореловой Ларисе Евгеньевне; кандидату медицинских наук Тополянскому Алексею Викторовичу; кандидату медицинских наук, доценту Белолапотковой Алле Васильевне; кандидату медицинских наук, доценту Алексеевой Елене Владимировне; Кречмеру Марку Ивановичу; Вагиной Елене Ильиничне.

Автор искренне жалеет, что не может разделить удовлетворение от законченного труда с безвременно покинувшими нас доктором медицинских наук, профессором Барером Гарри Михайловичем; доктором медицинских наук, профессором Дойниковым Алексеем Ивановичем; доктором медицинских наук, профессором Мирским Марком Борисовичем; доктором медицинских наук, профессором Грибановым Эдуардом Дмитриевичем.

Изучение вопросов истории науки — всегда надежная основа для любого исследования. Это начало пути. Без изучения истоков, анализа ситуации невозможно подойти к решению проблемы. Знание прошлого позволяет выработать подходы к решению проблем будущего.

История зубо врачевания и стоматологии — тема, которую в разные годы пытались разрабатывать видные стоматологи и организаторы здравоохранения. Только в Московском государственном медико-стоматологическом университете этой темой в разные годы занимались П.Г. Дауге, М.О. Коварский, А.И. Евдокимов, Г.Н. Белецкий, Е.И. Удинцов, Г.Н. Троянский. Серьезным шагом стало создание кафедры истории медицины (1983 г.), для которой история специальности является основным направлением научной работы. В той или иной степени в научной литературе представлены статьи и опубликованы исследования касающиеся частных вопросов развития специальности, защищен ряд диссертаций по научным школам в стоматологии, по формированию отдельных клинических специальностей (работы М.С. Каца, И.И. Палкина, А.В. Белолапотковой, Л.С. Персина и др.).

Неподдельный интерес к возникновению и становлению специальности проявляет новое поколение ученых. Представленная вашему вниманию работа является наиболее масштабным научным обобщением истории зубо врачевания и стоматологии в России. Благодаря введению в научный оборот новых исторических источников, архивов, многочисленным интервью записанных автором монографии у светил нашей специальности мы получаем не только фундаментальный научный труд, но и, по сути, всеобъемлющую историю нашей профессии. Оригинальностью отличается впервые предложенная периодизация истории зубо врачевания и стоматологии в России. Автор рассматривает довольно большой отрезок времени — тысячелетие.

С исторической точки зрения, возможно, очень большой период. Но объем проанализированных архивных материалов показывает, что направление и объем исследования выбраны верно. Значение этой работы для практического здравоохранения трудно переоценить.

Надеюсь, что эта работа, представляющая несомненный интерес для практических врачей, научных работников, студентов и ординаторов, будет побуждающим началом к исследованиям истории медицины. Практическое здравоохранение имеет сегодня насущную потребность не только в более детальной проработке становления научных школ в стоматологии, темы стоматологического образования, но и нуждается в работах, раскрывающих зарубежный опыт, тенденции развития стоматологии за рубежом.

Монография К.А. Пашкова является основополагающим научным трудом для изучения истории зубооразования и стоматологии.

О.О. Янушевич
*Ректор МГМСУ,
Заслуженный врач РФ,
д.м.н., профессор,
Главный специалист-стоматолог
Минздравоооразвития России*

В в е д е н и е

О периодизации истории отечественной стоматологии

Стоматология является самостоятельной областью клинической медицины и представляет собой не только научно-учебную дисциплину и соответствующую врачебную специальность, но и один из высокотехнологичных быстроразвивающихся медико-технических комплексов. Своеобразие этой важной области медицинской науки и здравоохранения отражено в структуре подготовки профессиональных кадров: в Российской Федерации из клинических дисциплин только стоматология располагает профильными учреждениями высшего и среднего медицинского образования во главе с Московским государственным медико-стоматологическим университетом. Чтобы понять объективную обусловленность и истоки этого своеобразия, надо обратиться к истории данной научной дисциплины и врачебной специальности.

В основных руководствах и учебниках по общей истории медицины (Заблудовский П.Е., 1960; Мультиановский М.П., 1961; под ред. Петрова Б.Д., 1964; Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М., 1981; Лисицын Ю.П., 2009) вопросы истории стоматологии не затрагиваются. Единственным исключением является учебник «История медицины» Т.С.Сорокиной (9-е изд., 2009), где есть раздел «Зубооразование»; однако в соответствии с назначением учебника этому вопросу уделено всего 6 страниц, в них в тезисной форме дана история не только отечественной, но и мировой стоматологии, развитие стоматологии в XX в. не рассматривается вообще.

Работы по различным вопросам истории отечественной стоматологии представлены многочисленными монографиями и диссертаци-

ями, статьями в стоматологических журналах и материалах съездов стоматологов, юбилейных сборниках, историческими обзорами в учебниках по основным разделам стоматологии (Вагенгейм Б., 1838, Данюшевская В.И., 1964, П.Г. Дауге, 1929, 1933; Евдокимов А.И., 1947, 1957, 1967; Кац М.С., 1963; Коварский М.О., 1927, 1928; Лукомский И.Г., 1932, 1937, 1945; Рыбаков А.И., 1977; Троянский Г.Н., 1980, 1983 и многие другие). Анализ этих ценных источников свидетельствует, с одной стороны, о достаточной разработанности ряда вопросов, касающихся определенных этапов истории, направлений развития, разделов стоматологии и их ведущих проблем, биографий ее наиболее выдающихся лидеров, а также созданных ими научно-учебных центров и научных школ, с другой — о разрозненности этих материалов. До настоящего времени отсутствует целостная характеристика истории зубоврачевания и стоматологии в России, проанализированной на основе научно обоснованного выделения основных этапов и направлений ее развития и прослеженной до конца XX в. Это и послужило побудительным мотивом для работы над предлагаемой читателю книгой.

Следует отметить, что становление и развитие отдельных клинических дисциплин в России — одна из важнейших проблем истории отечественной медицины, но разработана она недостаточно. За длительный срок (четверть века) движения науки еще в советском, а затем в постсоветском пространстве можно отметить появление лишь нескольких таких исследований — по истории трансплантологии (Мирский М.Б., 1985), кардиологии (Бородулин В.И., 1988), акушерства (Данилишина Е.И., 1998), нейрохирургии (Лихтерман Б.Л., 2007).

Таким образом, задачу книги мы видели в том, чтобы на основании анализа исторического пути отечественных зубоврачевания и стоматологии выделить ведущие направления и тенденции их развития, создать научно обоснованную периодизацию, показать дисциплинообразующие факторы и условия и, обобщив историю отечественной стоматологии, представить целостную картину ее развития от истоков до конца XX в.

Прежде всего, нам предстояло на основе изучения исторических особенностей становления отечественной стоматологии установить социально-экономические, естественно-научные и внутридисциплинарные факторы, определившие этапность ее развития, и создать

научно обоснованную периодизацию ее истории. Такая периодизация, конечно, должна учитывать три элемента в любом научном знании, которые остроумно выделил выдающийся советский хирург С.С. Юдин (1943): «Наука, организация и люди». При этом периодизация может базироваться на разных методологических подходах: опираться на хронологическую модель, последовательно приводя значимые события в соответствии с их датировкой, либо брать за основу движение и борьбу научных идей, а значит, ориентироваться преимущественно на создание центров научных исследований, роль их лидеров и научных школ или исходить из периодизации более общей области науки (Т.Ф. Даги; цит.: Лихтерман Б.Л., 2007), в нашем случае — хирургии.

Нам представляется, что нет необходимости в противопоставлении названных методологических подходов; мы попытались использовать возможности каждого из них в зависимости от особенностей конкретного периода. При этом мы учитывали как вехи общеисторического процесса, так и специфику развития данной области знания — время появления собственных методов исследования и основных направлений, открытий, теорий, заложивших основы современного знания; образование своего понятийного языка; становление организационной структуры: исследовательские центры, учебные кафедры, общества, журналы и др.

Выделяя определенный этап, мы стремились среди различных воздействующих факторов установить те факторы, которые можно было бы квалифицировать как дисциплинообразующие. Историк медицины Б.Л. Лихтерман в цитированной выше книге различает социально-исторический, естественно-научный и институциональный (организационный) факторы. В качестве дисциплинообразующих социально-исторических факторов он рассматривает, во-первых, уровень развития общества, обуславливающий востребованность и возможность появления новой научной дисциплины и, во-вторых, войны как фактора, определяющего развитие хирургии и травматологии; развитие естествознания и техники (естественно-научный фактор) позволяет создать теоретическую, методическую и техническую базу дисциплины (аналогичных взглядов придерживался и видный историк хирургии М.Б. Мирский применительно к отечественной трансплантологии (см.: Мирский М.Б. История отечественной транс-

плантологии. М., 1985). Институциональный фактор реализуется в форме таких составляющих, как появление научных лидеров и научных школ, системы подготовки кадров, возникновение специализированных отделений в больницах, кафедр и институтов, научных обществ и журналов. Мы использовали этот подход при анализе исторического пути стоматологии.

К сожалению, неизбежные трудности выделения этапов истории научной дисциплины связаны с тем, что поворотные вехи на разных линиях развития совпадают далеко не всегда. Так, выдающийся физик и историк науки Дж. Бернал еще в середине XX в. отметил, что применительно к XVIII–XIX вв. «невозможно найти классификацию, которая была бы применима в равной степени для истории и политики, экономики, техники и науки. В политическом отношении, например, совершенно очевидно, что крупным разделом между этапами могут служить Французская революция и войны Наполеона: однако эти войны не повлекли за собой какого-либо перерыва в преемственности развития науки, а, скорее, явились причиной общей активизации научной деятельности. С другой стороны, десятилетие с 1760 по 1770 г., представляющее собой поворотный пункт в истории техники и науки, в сфере политики ничем особенно не выделяется» (Бернал Дж., 1956).

Мы учитывали также, что специфика развития стоматологии, как и ряда других разделов современной клинической медицины, заключается в том, что основы современного научного знания формировались здесь лишь в последней четверти XIX и в XX в., являясь плодом развитого естествознания и научно-технического прогресса.

На основе анализа отечественной историко-стоматологической литературы и нашего материала, с учетом требований науковедения к периодизации истории науки и современных тенденций в периодизации стоматологии во всемирном масштабе, мы выделили пять периодов истории зубоврачевания и стоматологии в России.

1-й период. Зубоврачевание в рамках народной медицины и хирургического ремесла: от древности до XVIII века включительно.

2-й период. Зубоврачевание как самостоятельная область лекарской помощи и одновременно как направление в клинической хирургии (челюстно-лицевая хирургия) — 1-я половина XIX в.

3-й период. Подготовка к организационному оформлению врачебной профессии стоматолога: реформа образования (частные зубо-врачебные школы вместо ремесленного ученичества, первые курсы и кафедра одонтологии в университетах); возникновение профильных обществ, съездов, печати — 2-я половина XIX — начало XX в.

4-й период. Становление и развитие советской стоматологии как самостоятельной области научной медицины в СССР — 20–80-е гг. XX в.

5-й период. Формирование стоматологии как научно-технического комплекса в рамках современной клинической медицины — конец XX — начало XXI в.

Первая часть книги охватывает первые три периода (досоветская история России), четвертый период отражен во второй части, третья часть посвящена, главным образом, истории развития ведущих научных проблем (четвертый и пятый периоды) в рамках основных стоматологических специальностей.

Выделяя исторические этапы, мы старались применительно к каждому из них выявить основные для данного этапа направления и тенденции развития стоматологии, а в целом — показать их роль в становлении узких стоматологических научно-учебных дисциплин и специальностей и формировании современной структуры стоматологического научно-практического комплекса.

Мы видели свою задачу также в том, чтобы проанализировать историю разработки ведущих научных проблем стоматологии XX в. в рамках ее основных структурных разделов и раскрыть роль и соотношение научно-учебных центров, определявших развитие отечественной стоматологии, провести анализ деятельности видных врачей России и СССР — организаторов и лидеров этих центров, а также ведущих научных школ терапевтической и хирургической, ортопедической и детской стоматологии и ортодонтии, установить их место и роль в историческом развитии данного раздела медицинской науки.



Часть 1

**Зубоврачевание
в Киевской Руси (IX–XIII вв.),
московском государстве
(XV–XVII вв.)
и Российской империи
(XVIII – начало XX в.)**

1.1. Зубоврачевание в Киевской Руси

Несмотря на многообразие литературы, посвященной древнерусскому врачеванию, о лечении зубов в Киевской Руси известно немного. По мнению многих исследователей, на Руси не применялись методы лечения, широко распространенные во Франции, Италии, Фландрии и других странах Западной Европы. Патриархальные обычаи не способствовали внедрению передовых знаний и навыков.

Врачеванием в Киевской Руси занимались как народные врачеватели – лечцы, так и врачи-профессионалы – лекари.

Во второй половине IX в. восточные славяне объединились в могучее феодальное государство – Киевскую Русь, которая играла выдающуюся роль в политической и культурной жизни Европы того времени. Важной составной частью феодальной надстройки Киевской Руси в конце X–XI вв. было христианство (с 988), которое приняло врачевание под свое покровительство. Единственным святым, исцеляющим зубные болезни, был святой Антипа. Известна молитва на «исцеление зубов», в которой упоминается этот утешитель зубной боли: «О преславный священномучениче Антиппа и скорый помощниче христианам в болезнях! Верую от всея души и помышления, яко дадеся тебе от Господа дар болящая исцеляти, недугующия врачевати и расслабленныя укрепляти. Сего ради к тебе, яко благодатному врачу болезней, аз, немощный прибегаю и, твой досточтимый образ с благоговением лобызая, молюся: твоим предстательством у Царя Небесного испроси мне, болящему, исцеление от удручающия мя зубныя болезни: аще бо и недостойн есмь тебе, благоднейшего отца и приснаго заступника моего, но ты быв подражателъ человеколюбия Божия, сотвори мя достойна твоего заступления чрез мое обращение от злых дел к благому житию, уврачуй обильно дарованною тебе благодатию язвы и струпы души и тела моего, даруй ми здравие и спасение и во всем благое поспешение, да такое тихое и безмолвное житие пожив во всяком благочестии и чистоте, содоблюся со всеми святыми славити и чистоте, сподоблюся со всеми святыми славити Всесвятое Имя Отца и Сына и Святаго Духа Аминь».

При всеобщем веровании в высшие силы лечение проводили с помощью молитв, заговоров, заклинаний. Примером такого лечения может быть заговор от зубной боли: «Как земляника эта засыхает и завядает, так чтобы у раба божия зубы замирали и занемели, чтобы черви и пути занемели, по сей день, по сей час» (Скороходов Л.Я., 1926). В древнеславянских заговорах – корни русской народной медицины; в них болезнь часто сметается веником, лечится омовением водой, встречается образ чудесного мужа, который стрелами отгоняет всякие болезни. Иногда в этой же роли выступает сам Христос со святыми. В заговорах от зубной боли постоянно говорится о месяце в небе: «Месяц ты месяц, серебряные рожки, золотые твои ножки. Сойди ты, месяц, сними мою зубную скорбь. Унеси боль под облака. Моя скорбь ни мала, ни тяжка, а твоя сила могуча. Вот зуб, вот два, вот три. Все твои, возьми мою скорбь» (Скороходов Л.Я., 1926).

Очень распространено было лечение при помощи дерева. Считалось, что дереву можно передать свою болезнь или, наоборот, получить от него силу, особенно часто прибегали к дубу. При зубной боли отыскивали в лесу старый дуб, рядом с которым били ключи, сдирали с его веток кору и, вымочив ее в роднике, носили в ладанке. При зубной боли грызли дерево.

Специальных медицинских книг от Киевской Руси до нас не дошло, но их существование вполне вероятно. Травники и лечебники, которые появились с началом письменности, были обобщением опыта народных врачевателей.

Внучка Владимира Мономаха Евпраксия Зоя, вышедшая в 1122 г. замуж за византийского императора, изучая медицину по трудам Гиппократу, Ибн-Сины и др., написала трактат по медицине под названием «Мази госпожи Зои-царицы», состоящий из пяти разделов: «Гигиена вообще», «Гигиена брака, беременной и новорожденного», «Гигиена питания», «Наружные болезни», «Внутренние болезни». В трактате имеются сведения и по зубоврачеванию: описывается прорезывание зубов у младенцев и меры, которые при этом необходимо принимать, лечение зубной боли, даются советы по устранению запаха изо рта, приводятся методы лечения различных заболеваний полости рта. Примером таких советов служат следующие: «...когда у ребенка начнется рост зубов, пусть ему намажут места вырастания

зубов маслом из левкоев и воском или пусть натрут животным маслом, чистым и свежим, смешанным с сахаром», «...если же случится во рту и на языке жжение и жар, то, взяв три драхмы очищенной чечевицы, две драхмы сухих роз, по три драхмы сухого кориандра, семян портулака и шампиньона, половину драхмы камфары и растерев хорошо, сделай подобие дорожной пыли и натри во рту и на языке», «...для того чтобы сделать зубы белыми, возьми по две драхмы жженных отрубей и белой соли, все это растерев хорошо, натри зубы», «...при качающихся зубах возьми по две драхмы клещевины, квасцов и кожуры гранатов, все это растерев и перемешав, натри корни зубов; воздерживайся от всякой очень острой пищи, от разгрызания миндаля, грецких орехов и фундука», «...при дурном запахе изо рта, растерев руту, положи ее в инжир и изжарив дай есть очень горячим», или «при дурном запахе изо рта следует жевать блошиную мяту или семена сельдерея или куманики, листья винограда или душистое вино», даны рекомендации по лечению «съеденных зубов», «дряхлых десен и при кровоточащих зубах, при качающихся зубах, дурно пахнущих, гниющих и при всяком другом страдании зубов разотри с вином рог оленя, затем обмажь кругом шатающийся зуб и он перестанет качаться», «средство при сильнейших зубных болях: дикого винограда, перца, колотых квасцов, смолы – все это измельчить и принимать с виноградом без косточек и обмазывать кругом зубы». «При качающихся зубах и причиняющих боль: квасцы колотые и корни мьльнянки растереть и держать во рту пока боль не уймется или раскалить железо на огне, окунуть в уксус и этот уксус держать во рту и им полоскать. При болезни полости рта, при воспалении глотки растереть листья оливы и залить растительным маслом и смазывать. При потрескавшихся губах измельчить клещевину, смешав с медом, – намазывать», еще «...при трещинах на губах или на лице: олений мозг, мастику, растительное масло, белый воск смешав намажь – испытанное» (Литаврин Г.Г. «Византийский медицинский трактат XI–XIV вв.»).

Трактат Евпраксии Зои хранится во Флорентийской библиотеке Лоренцо Медичи, а микрофильм рукописи, полученный в 1955 г. профессором Б.Д. Петровым, переведен и находится в Российской государственной библиотеке.

«Домострой» (анонимный памятник русской литературы XVI в., сборник правил, советов и наставлений, наиболее известный в редакции на старославянском языке, приписываемой протопопу Сильвестру) также содержал практические советы по зубоврачеванию. Например, там говорилось, что если систематически жевать кислую капусту, то укрепляются слабые десны; о настойке из сельдерея: «той же настоеккой рот полощи, гнилой запах она изо рта уберет, десны укрепит и зубную боль излечит»; о соке шиповника: если полоскать им рот, то он «выведет болезнь из десен»; о толченых ягодах шиповника: «ими десны и зубы натирай, и оттого болезнь выйдет».

1.2. Зубоврачевание в Московском государстве

Зачатки государственной медицины появились после образования Московского государства. Профессиональная зубоветрачебная помощь в Российском государстве появилась во времена Ивана Грозного (XVI в.), когда для этой цели из Англии были выписаны аптекари и цирюльники (Куклин Г.С., 1973).

Начало государственной организации здравоохранения в России положило открытие Аптекарского приказа (1620) – высшего государственного медицинского учреждения, осуществлявшего руководство всем медицинским и аптечным делом.

Документы Аптекарского приказа хранятся в Центральном государственном архиве древних актов (ЦГАДА, ф.143). В штат Аптекарского приказа входили доктора, лекари, цирюльники, аптекари, лекарские ученики, травники, зелейники, алхимиcты, переводчики. Докторами называли лиц, получивших высшее медицинское образование в заграничных учебных заведениях и лечивших внутренние болезни. Лекари занимались хирургическими операциями и лечением наружных болезней. В документах это различие выражено следующим образом: «...дохтур совет дает и приказывает, а сам тому неискусен. А лекарь прикладывает и лекарством лечит, а сам не научен». Цирюльники занимались хирургией, так как лечили «раны сеченые



и стреленные, и колотые, и нечистую болезнь». Медицинская помощь оказывалась в первую очередь царской семье и только в отдельных случаях служилым людям и членам их семей. Среди докторов было много иностранцев, приехавших в Россию без знания языка, иногда и без всяких знаний, основной целью многих из них было стремление обогатиться. Основная масса населения пользовалась услугами народных врачей.

Значительная часть документов Аптекарского приказа отражает уровень медицинских знаний XVII в. К таким документам относятся «сказки» докторов и лекарей об освидетельствовании больных и раненых и способах их лечения. Чаще всего упоминается лечение, в том числе и зубной боли, с помощью лекарственных средств растительного происхождения: «...корень деветильник белый, растет на лугах, годен будет, у кого зубная боль и пухнут десны, и того корня малую часть на зубах держать» (Лохтева Г.Н., 1980).

В XVII в. появились сведения о челюстно-лицевых ранениях военного времени. В Аптекарский приказ направлялись списки пострадавших с указанием характера ранения, вида оружия, которое было при этом применено. Сохранились записи с описанием таких ранений. Данные 1645 г.: «Драгун Фатюшка Денисов ранен в левую бровь, а пулька в нем», «Карп Нагибин ранен в правую щеку из винтовки», «Мишка Иванов сечен саблею по шее», «Якимка Фадеев ранен в голову — рублен саблею возле левое ухо», «Гришка Афанасьев ранен саблею, отрублен нос и верхние губы и зубы передние... рана тяжела», «Ивашка Андронов ранен в голову: пушечным ядром переломило висок левой в трех местах. Раны тяжелы», «Алешка Федотов ранен: опалило лицо из пушки и нос сшибло» (Материалы для истории медицины в России, 1885). Раненых осматривали, диагноз как таковой отсутствовал, выделяли симптомы. Симптоматическое лечение состояло из наложения на раны компрессов, повязок с мазями, а также извлечения пуль из ран, вправления вывихов, лечения переломов, кровопусканий, лечения травами, средствами животного и минерального происхождения.

В документах Аптекарского приказа за 1692 г. сохранилась опись медицинских инструментов, по которой можно судить о характере хирургических операций: «ланцеты кровопущаные», «клещи», «буравы»,

«ножницы двойные, что раны разрезают», «пилы, что зубы трут» и др. Очевидно, что хирургические операции в XVII в. получили довольно широкое распространение, особенно в связи с необходимостью оказывать помощь раненым на местах военных действий.

В армии бывали случаи массового заболевания цингой, что требовало принятия соответствующих мер. В специальной царской грамоте, направленной в 1672 г. князю А.А. Голицину в Казань, для лечения цинги предлагалось «...изготовить двести ведер сосновых вершин, намоча в вине, да в Нижнем Новгороде изготовить сто ведер, и послать то вино в Астрахань и давать то вино в Астрахани служилым людям от цинги». В военных гарнизонах обычным делом была раздача всемчинам противцинготных средств, которые способствовали оздоровлению и лечению воинов: солод, пиво, винный уксус, сбитень.

Таким образом, первые шаги развития общей медицины в России в XVII в. ассоциируются с учреждением Аптекарского приказа. Это нововведение не распространилось далее обслуживания привилегированных кругов империи и осталось практически незамеченным на фоне безбрежного моря знахарей и целителей.

Медицинскую помощь, кроме аптекарей, цирюльников, приглашаемых из-за границы, и немногих выпускников Лекарской школы, открытой в 1654 г., оказывали и различные народные врачеватели (мастера) — целители, кровопуски, «зубоволоки», умевшие накладывать на «червоточину» в зубах пломбы, укреплять зубы проволочными «шинами», удалять зубы. Для этого они использовали «пеликаны», «ключи» (козья ножка), «дандагму» (разновидность одонтагры).

1.3. Зубоврачевание в XVIII – первой половине XIX в. в России

Хирургическое ремесло и народная медицина подготовили почву для развития зубоврачевания в России в XVIII в. Прогрессивную роль в развитии производительных сил и национальной культуры в России, в укреплении централизованного феодального государства сыграли



реформы Петра I, в которых значительное место было уделено медицинскому делу. Царствование Петра I «...было одним из тех, совершенно неизбежных в процессе социального развития эпох, когда постепенно накапливающиеся количественные изменения превращаются в качественные. Такое превращение всегда совершается посредством скачков» (Плеханов Г.В., 1914–1917).

Петр I, являясь членом Парижской академии наук, имел обширные знания в области техники, был хорошо знаком с естественными науками, интересовался медициной и понимал ее огромное государственное значение. Знакомство царя с работами голландского анатома Ф. Рюйша оказало плодотворное влияние на развитие анатомии в России. Посещая Голландию в 1698 и 1717 гг., Петр I слушал лекции по анатомии, присутствовал на вскрытиях и операциях. В 1717 г. он приобрел анатомическую коллекцию Ф. Рюйша, положив начало фондам первого русского музея – Кунсткамеры (ныне Музей антропологии и этнографии в Санкт-Петербурге).

Сам Петр I умело перевязывал раны, производил некоторые хирургические операции: пункцию живота, кровопускание, «...со временем приобрел он в том столько навыку, что весьма искусно умел анатомировать, пускать кровь, вырывал зубы и делал то с великою охотою» (Голиков И.И., 1788–89). Он постоянно носил с собой два набора инструментов: математический и хирургический, в последнем находились пеликан и щипцы для удаления зубов. В Санкт-Петербургском музее антропологии и этнографии хранится «Реестр зубам, дерганым императором Петром I». В коллекции содержится 73 зуба, удаленных лично императором, причем большинство их относится к молярам, т.е. к группе трудноудаляемых зубов. Однако, несмотря на искривленность корней, переломов не отмечено, что свидетельствует о хорошем владении техникой удаления и знании анатомии зубов (либо об отборе экспонатов коллекции самим Петром I). Следует отметить, что среди удаленных зубов наряду с кариозными встречаются и здоровые зубы, поскольку царь не утруждал себя диагностикой и удалял тот зуб, на который указывал сам больной.

Экономическое развитие России в XVIII в. сопровождалось подъемом русской культуры, науки и искусства. Значительные изменения произошли и в медицине. С одной стороны, по словам М.О.Коварского

(1929), «толпами устремились в Россию иностранцы – всевозможные ремесленники, художники, учителя, для которых здесь открылось широкое и хорошо оплачиваемое поле деятельности по обслуживанию народившегося у нас класса богатых дворян и купцов; среди этих иностранцев были специалисты по зубным болезням, которые и насадили в России зубообразование». Очевидно, что количество их было незначительно: «В XVIII в. мы встречаем на страницах московских и петербургских «Новостей» публикации одного, редко двух зубных врачей одновременно».

С другой стороны, нехватка врачей для медицинского обслуживания военных, дворянства, а также работающих на фабриках и заводах, расположенных далеко от центра страны, привела к необходимости открытия сухопутных и морских госпиталей.

В подготовке врачебных кадров и развитии медицины в России XVIII в. большую роль сыграли госпитальные школы, открытые на базе этих госпиталей, выпускники которых имели, среди всего прочего, навыки в оказании зубоветеринарной помощи, а также Академия наук (1725) и медицинский факультет Императорского Московского университета (1764).

Первая госпитальная школа была открыта по указу Петра I, подписанному 25 мая 1706 г. «за Яузюю рекою против Немецкой слободы в пристойном месте... где больных лечить и врачей учить было можно» (Московский генеральный госпиталь, позднее – Сухопутный военный госпиталь им. Петра I, в наше время – Главный военный госпиталь им. Н.Н. Бурденко). Таким образом, 1707 г. – год постройки госпиталя – можно считать датой начала отечественного высшего медицинского образования.

Как писал врач и историограф московского госпиталя А.Н. Алелков: «Это был первообраз русского, не существовавшего еще университета, правда, с одним медицинским факультетом». Об этом свидетельствует сам ход эволюции этого учреждения. В 1786 г. госпитальная школа преобразована в Медико-хирургическое училище, затем (в 1808 г.) в московское отделение Санкт-Петербургской медико-хирургической академии, в 1837 г. – в Московскую академию, которая в

1845 г. будет включена в состав медицинского факультета Императорского московского университета.

Учащиеся госпитальных школ изучали анатомию, физиологию, оперативную хирургию, фармакологию, неврологию, зубоврачевание с челюстно-лицевой хирургией и челюстно-лицевой травматологией. В госпитале было установлено обязательное вскрытие трупов больных, умерших в госпитале. Среди анатомических препаратов встречались и образцы с патологией зубочелюстной системы, а среди инструментов находились инструменты для проведения зубохирургических операций на голове, губах, деснах, языке. В библиотеках госпитальных школ были книги и диссертации по вопросам зубохирургии.

Первым руководителем госпитальной школы, открытой в 1707 г. в Москве, был голландский врач Н.Л. Бидлоо (1670 – 1737), которого в 1702 г. Петр I пригласил в Россию и сделал своим личным врачом. Им был написан труд «Наставления для изучающих хирургию в анатомическом театре» (1710). Это настоящий учебник по хирургии с описанием различных операций, перечнем необходимых при этом инструментов и рисунками. В «Наставлениях» изложены сведения по проведению челюстно-лицевых операций на слизистой оболочке полости рта, на губах, твердом небе, языке, а также описаны показания и противопоказания к этим вмешательствам. В разделе «Об операции зубов» подробно рассматривается строение зубов, сроки прорезывания, иннервация, назначение и функция разных групп зубов, описываются различные болезни зубов. Лечение зубов заключалось в подпиливании зубов с помощью напильника, снятии зубных отложений («очистение зубов»), прижигании (при острой зубной боли). Показания к удалению зубов включали: «зуб гнилой», «зуб шатается», «лишний зуб».

Для лечения использовали зубной скальпель, соскабливающий скальпель, для удаления зубов – «пеликан», «овечью или баранью ногу», «репульсорий для расшатывания зубов», «зубчик», «вороний клюв», элеватор. В 1718 г. Петром I была открыта «инструментальная изба» для изготовления хирургических инструментов, где лично для него были изготовлены медицинские (в том числе зубохирургические) инструменты. В наше время эти инструменты хранятся в Эрмитаже.

В XVIII в. стоматология в России была сугубо частным делом, почти не контролируемым государством. Зубоврачеванием в этот период в России занимались выпускники госпитальных школ, цирюльники, банщики, знахари. Результатом преобразовательных проектов Петра I стало появление в 1710 г. звания «зубной врач», однако с этого времени и до 1810 г. зубные врачи готовились только в порядке ученичества у дантистов-иностранцев.

В 1710 г. было введено звание «зубной врач», которое присваивалось всем, кто занимался лечением зубов. Проверки знаний при этом не производилось, достаточным было заявление претендента об умении лечить «страдания зубов» (Мироненко Г.С., 1998). В 1721, 1729 и 1750 гг. были опубликованы указы, запрещающие заниматься лечебной практикой без предварительной сдачи экзаменов и получения специального разрешения (Рашкович М., 1906). В указе Петра I от 14 августа 1721 г. «Об учреждении в городах аптек под смотрением Медицинской коллегии, о вспоможении приискивающим медикаменты в губерниях, и о бытии под надзором упомянутой Коллегии госпиталям» говорилось: «Никакой доктор или городской лекарь не дерзает нигде практику иметь или лечить прежде освидетельствования с Медицинской коллегией, понеже иногда многие неученые скитающиеся без всякого наказания дерзновенно лечат, в чем великую вреду жителям причинить могут». После сдачи экзамена, получив звание лекаря, они должны были уметь делать операции в малой хирургии (к которой относилось в том числе удаление зубов). Следует отметить, что в начале XVIII в. в Петербурге среди всех врачей-иностранцев, практикующих зубохирургическую помощь, лишь трое имели официальное разрешение Медицинской коллегии на занятия лечебной практикой.

Помимо лекарей в России готовили также кадры среднего медицинского персонала – фельдшеров и цирюльников. Фельдшера обучались в фельдшерских школах (с 1741 г.), где получали знания по анатомо-физиологическим особенностям зубочелюстной системы, осваивали элементы зубохирургической практики по оказанию помощи при вывихе нижней челюсти, переломах челюстей, при зубной боли, по удалению зубов. Цирюльники готовились путем ученичества у пол-

ковых лекарей, а также в госпиталях и больницах. Сдав экзамен, цирюльники должны были уметь производить операции в малой хирургии, к которой относилось удаление зубов.

К концу XVIII в., в связи с возрастанием требований к подготовке врачебных кадров госпитальные школы были преобразованы в медико-хирургические училища (1786), а затем в медико-хирургические академии (1798).

Главный хирург Санкт-Петербургского адмиралтейского госпиталя М.И. Шеин (1712–1762) перевел с латинского языка на русский «Основательные наставления хирургические медицинския и рукопроизводныя в пользу учащимся» Захария Платнера (1761), в которых подробно изложена анатомия зубов и челюстей, описаны болезни зубов: кариес, стираемость и расшатанность зубов и др. Причинами кариозной болезни в наставлениях назывались как внешние, так и внутренние, зависящие от общего состояния организма. Лечение кариеса было рекомендовано проводить путем очищения кариозных полостей, а корни зубов пломбировать золотом или свинцом. З. Платнер разработал показания к удалению зубов, перечислил необходимый для этого инструментарий, описал методы остановки послеэкстракционного кровотечения, пластических операций на небе, операций по поводу опухолей челюстей. Производство подобных операций подчеркивает высокую квалификацию врачей и знание элементов челюстно-лицевой хирургии.

Большой вклад в обеспечение учащихся госпитальных школ русскими учебными руководствами внес выдающийся деятель отечественной медицины профессор акушерства Н.М. Максимович-Амбодик (1744–1812). Им было написано большое количество словарей по различным разделам медицины, ботаники, учебных руководств по физиологии, акушерству. Он сделал перевод с немецкого учебника И.Ф. Шрейбера «Руководство к познанию и врачеванию болезней человеческих наружных и внутренних» (1781), в котором описана цинга и ее проявления в полости рта, врожденные аномалии полости рта, расщелины твердого неба. Н.М. Максимович-Амбодик перевел книгу И.И. Пленка «Врачебное наставление о любострастных болезнях» (1790); книга посвящена клинике, диагностике и лечению сифилиса, в том числе лечению проявлений сифилиса в полости рта.

Из оригинальных работ Н.М. Максимовича-Амбодика большое значение имела его диссертация «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» (1784–1786). Несмотря на то что работа посвящена подготовке акушеров, в ней подробно изложены болезни зубов, десен женщины в период беременности и после родов, даны основы детского зубо­вра­че­ва­ния и рекомендации по сохранению зубов младенцев. В руководстве описаны такие заболевания, как молочница, заячья губа, дефекты уздечки языка. Автор отметил сроки прорезывания и выпадения молочных зубов. Лечение заячьей губы Н.М. Максимович-Амбодик проводил с помощью хирургического вмешательства. Изучая этиологию и патогенез пульпитов, ученый обращал внимание на раздражение чувствительных нервных окончаний, находящихся в зубных тканях. Лечение боли, по мнению автора, может быть местным и общим, для чего он использовал слабительные соли, отвлекающие средства, при наличии кариозной полости – коричное, камфарное и гвоздичное масла и др.

Выдающийся деятель отечественной медицины А.Г. Бахерахт (1724–1806) издал монографию «Практические рассуждения о цинготной болезни» (1786). С 1760 г. А.Г. Бахерахт руководил медицинской службой Балтийского флота, а с 1776 по 1800 г. был главным доктором русского флота. В своей книге он отметил значение алиментарного фактора в этиологии цинги, описал клинические проявления этого заболевания, для лечения рекомендовал полоскание полости рта отваром сосновых шишек и употребление лимонного и апельсинового соков. Воспалившиеся десны А.Г. Бахерахт иссекал хирургическим путем. На основании его работ было составлено наставление по профилактике цинги на флоте, в котором предусматривались медицинские осмотры моряков перед выходом в море. А.Г. Бахерахт был хорошо знаком и с практическим зубо­вра­че­ва­нием, оказывая бесплатную помощь неимущим.

К диссертациям на зубо­вра­че­бные темы можно отнести работы Якова Европеуса «О скорбуте» (1765) – о проявлении цинги в полости рта, М.С. Крутеня «О жевании» (1765), в которой дано толкование такого сложного физиологического акта, как жевание, проанализированы жевательная функция каждой группы мышц, языка, оценена роль слюноотделения в процессе жевания.

Несмотря на развитие зубоврачевания в XVIII в., основная масса населения была лишена этого вида врачебной помощи. Обеспеченные слои населения городов получали помощь у частнопрактикующих врачей (в большинстве случаев — иностранцев), неимущие пользовались услугами цирюльников, банщиков, знахарей и других лиц, не имевших медицинского образования; в сельской местности зубврачебная помощь практически отсутствовала.

Широкое хождение в народе имели всякого рода рукописные «лечебники». Внимательный анализ их содержания указывает на то, что некоторые «рецепты» лечебников имеют европейское происхождение. Составителями их нередко являлись священники, знакомые с греческим и латинским языками, поэтому наряду со всякого рода знахарскими заговорами, экзотическими настойками и «эликсирами» эти лечебники содержали и некоторые рецепты из древних римско-арабских переводов («Пандекта Серапиона» и др.); во второй половине XIX в. печатные лечебники уже содержали рекомендации некоторых европейских светил (Гофмана, Линнея). Известно, что болеутоляющие свойства ряда «лекарств» тщательно переписывались и передавались в семьях из поколения в поколение как фамильная тайна огромной ценности (Левицкий А.П., 1900).

В первой половине XIX в. рост городов обусловил необходимость организации медицинской помощи городскому населению, в том числе неимущей его части. С этой целью в 1802 г. был учрежден Медико-филантропический комитет; параллельно ему с 1805 г. функционировал Попечительный о бедных комитет. В 1816 г. на основе этих двух комитетов было создано Императорское человеколюбивое общество — ИЧО (Егорышева И.В., Гончарова С.Г., 2009). В рамках внедренной им системы амбулаторного обслуживания жителей Санкт-Петербурга наряду с другими специалистами помощь оказывали зубные врачи, обязанные оказывать безвозмездную помощь нуждающимся в ней.

Следует отметить, что к этому же времени относится первая попытка внедрения профилактической формы общественного зубоврачевания — проведение периодических стоматологических осмотров среди всех воспитанников Петербургских высших учебных заведений (Вагенгейм Б., 1838).

В 1809 г. начал издаваться «Российский медицинский список», содержащий сведения о специалистах в области медицины, в том числе и зубоврачевания (в первом издании этого документа числилось всего 18 дантистов — менее 1% от всех зарегистрированных врачей). Первым в этом списке значится Илья Лузгин, которого следует считать одним из первых зубных врачей в России. Число дантистов, по данным «Российского медицинского списка», возрастало медленно: в 1811 г. их было 24, в 1818 г. — 29, в 1822 г. — 33, в 1824 г. — 36, в 1825 г. — 40, в 1826 г. — 44 («Высочайше учрежденная междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. 3-я подкомиссия», 1914). Очевидная нехватка «зубных лекарей» привела к тому, что в 1829 г. был принят закон, разрешавший женщинам заниматься зубоврачеванием.

Строгого разделения на «дантистов» и «зубных врачей» не было. Следует отметить, что слово «дантист» появилось в некоторых документах только в 1809 г., а термин «зубной лекарь» — в 1810 г. Дантисты и зубные лекари обучались путем индивидуального ученичества в кабинетах частно-практикующих врачей, в основном за границей. По мнению А.П.Левицкого (1900), лишь в начале XIX в. ряды зубных врачей-иностранцев «начинают пополняться русскими зубными врачами, уже в России получившими свою подготовку».

15 июля 1810 г. для медицинских чиновников были изданы утвержденные Александром I «Правила об экзаменах», которыми было введено звание «зубной лекарь», взамен прежнего — «зубной врач»; получить это звание было можно только после сдачи специального экзамена при медико-хирургической академии или университете. Экзамен сдавали по анатомии челюстей, зубов, болезням зубов, десен и лекарственным средствам, применяемым в зубной практике. Кроме того, необходимо было уметь делать некоторые зубврачебные операции и вставлять искусственные зубы. Норматив, однако, не требовал общеобразовательного ценза и общемедицинской подготовки. Практически требования составлялись произвольно экзаменаторами. Тип образования, вытекавший из такой системы подготовки, носил сугубо ремесленный характер, сходный с подготовкой подмастерьев в сапожных мастерских. Учеников дантистов называли *dentiducus*.

С 1838 г. обучение дантистов путем ученичества получает более систематическую форму. Для получения зубоврачебной практики зубным врачам и дантистам необходимо было сдать соответствующий экзамен, при наличии «свидетельства об ученичестве». Согласно закону, «испытания на звание дантиста» требовали от соискателя:

«1. Представить утвержденное подписью местного медицинского начальства свидетельство о том, что обучался зубному врачебному искусству у известного дантиста не менее трех лет с хорошим успехом, и что производит разные зубные операции на живых людях с надлежащим искусством и знанием.

2. Выдержать испытание о строении человеческих челюстей, зубов и десен, о болезнях, в сих часто случающихся, и о способах их лечения местными средствами, единственно к употреблению дантистам дозволенными.

3. Подвергнуться практическому испытанию в клинике и сделать несколько зубных операций на мертвых телах и, если обстоятельства позволят — на живых людях» (Доклад С.-Петербургского одонтологического Общества по реформе зубоврачебного образования, 1910).

После сдачи экзамена выдавалось разрешение на тот или иной вид зубоврачебной практики в пределах России с правом или без права выписывания лекарственных средств внутрь, с правом или без права удалять зубы или только лечить, или вставлять зубы, или заниматься зубоврачебной практикой, но только в каком-нибудь одном городе.

Таким образом, в начале XIX в. государство стало тщательнее контролировать процесс обучения зубоврачебному делу, а следовательно, и качество стоматологической помощи. Изменение законодательства с введением образовательного ценза и обязательных экзаменов для желающих заниматься зубоврачеванием способствовало выделению одонтологии как самостоятельной области лекарской помощи.

В то же время требования программы были очень высокими (обязательное знание латыни), поэтому среди русских молодых людей было немного желающих заниматься зубоврачеванием. Дипломированные врачи-медики также не торопились переквалифицироваться

в стоматологов, поскольку, по мнению Н.П. Аржанова (2002), им хватало и терапевтической практики, платежеспособный спрос на которую тогда был выше, а конкуренция — еще не так сильна, как в последующие годы.

Согласно «Правилам врачей, фармацевтов, ветеринаров, дантистов и повивальных бабок», утвержденным в 1845 г., медицинские звания подразделялись следующим образом:

- учено-практические (лекарь, доктор медицины, доктор медицины и хирургии);
- учено-служебные (уездный врач, члены врачебной управы, акушер и оператор, инспектор врачебной управы);
- специально-практические (дантист, повивальная бабка).

Для получения того или иного звания необходимо было держать соответствующий экзамен. Лекари сдавали экзамены по оперативной хирургии и хирургической анатомии и должны были знать все большие и малые операции. Доктор медицины, кроме того, был обязан написать и защитить диссертацию. Доктор медицины и хирургии публично проводил две сложные операции. Оператору на экзамене было необходимо сделать одну сложную операцию.

Таким образом, в первой половине XIX в. было узаконено обязательное выполнение лекарями операций. Лекари имели право производить все операции, многие из них хорошо знали как челюстно-лицевую хирургию, так и практическое зубоврачевание.

Дантисты и зубные лекари обслуживали зубоврачебной помощью придворную знать, высшие учебные заведения и некоторые закрытые учреждения. Имея широкую частную практику, они в основном занимались протезированием. Подлекари, лекарские помощники, фельдшеры и цирюльники производили малые операции, к числу которых относилась и экстракция зубов. Эта группа медицинских работников сыграла определенную роль в практическом зубоврачевании, так как она обслуживала неимущие слои городского, сельского населения и армию.

В среде лекарей и цирюльников помимо лечебной практики велась также определенная работа по поиску новых лекарств. О порядке ут-

верждения новых лечебных средств мы узнаем из журнала Медицинской конторы «О разрешении штаб-лекарю надворному советнику Никите Петрову Козловскому распубликовать в Московских ведомостях объявление об изобретенных им зубных каплях». В журнале записано: «По учиненной справке на основании предписания г-на гражданского генерал-штаб доктора 11 марта 1818 № 181 дозволить просителю припечатать в Московских ведомостях объявления о изобретенных им каплях от простой гнилости зубной и в том снабдить его свидетельством, а представленные им капли поручить госпитальному доктору Драницыну, что и останется впредь под его наблюдением, дабы он подобные пробы записывал в регистр, означая от кого, когда представлены и на самой склянке» (ЦИАМ, фонд 1, оп.1. дело № 2613).

В первой половине XIX в. зубоврачевание развивалось в рамках хирургии, поэтому сведения по вопросам зубоврачевания содержатся в литературе этого профиля.

Особую роль в развитии медицины сыграла С.-Петербургская медико-хирургическая академия, в которой сформировались первые в России научные медицинские школы: анатомическая школа П.А. Загорского и хирургическая школа И.Ф. Буша.

Эти школы воспитали целую плеяду талантливых хирургов, крупнейших ученых, прославивших отечественную медицину. Большой вклад в развитие анатомии, хирургии и зубоврачевания внесли П.А. Загорский, И.В. Буяльский, Х.Х. Саломон, П.А. Наранович, Н.И. Пирогов и др.

П.А. Загорский (1764–1846), профессор Петербургской медико-хирургической академии, где с 1799 г. читал курс анатомии и физиологии, основоположник научной анатомической школы, труды которого имели огромное значение для развития не только отечественной анатомии, но и других медицинских наук, в том числе и зубоврачевания. В его учебнике «Сокращенная анатомия» (1802) описано строение челюстно-лицевой области: анатомия зубов, жевательная мускулатура (ее функциональное назначение), слюнные железы, язык, даны основы кровоснабжения и иннервации челюстно-лицевой области.

И.Ф. Буш (1771–1843) заложил основы хирургической подготовки врачей и создал первую крупнейшую отечественную хирургическую школу. С 1793 г. он заведовал кафедрой анатомии, физиологии и хирургии Медико-хирургического училища при Кронштадском госпитале, в 1797–1800 гг. — кафедрой анатомии и физиологии Калининского медико-хирургического института; в 1800–1833 гг. руководил первой в России кафедрой хирургии Петербургской МХА. Он основал научные традиции, которые подготовили стремительный взлет хирургии в России, связанный с именем Н.И. Пирогова.

Деятельность И.Ф. Буша имела огромное значение для преподавания хирургии, в том числе челюстно-лицевой. Многие операции, выполненные в руководимой им хирургической клинике, относятся к области зубоврачевания. Новаторское значение имела и организованная им теоретическая подготовка лекарей, обеспечившая прочные знания, в том числе в области зубоврачевания.

В 1807 г. вышло в свет «Руководство к преподаванию хирургии» И.Ф. Буша, которое выдержало пять изданий и было единственным руководством по хирургии на русском языке. В этом труде освещены вопросы зубоврачевания по терапевтической, хирургической и зубопротезной помощи. Автор подробно изложил хирургию полости рта, носа, губ, щек, представил клиническую картину и лечение заячьей губы, номы, остеомиелита челюстей, эпюлисов, слюннно-каменной болезни. В руководстве описаны различные заболевания слизистой оболочки полости рта и языка: язвы, сыпи на слизистой оболочке полости рта, трещины, воспалительные заболевания языка и их лечение.

Значительное внимание в руководстве уделено удалению зубов. Разработаны показания и противопоказания к экстракции зубов, даны правила удаления зубов, представлено описание инструментария, применяемого при этом, описана реплантация зубов и показания к ней. Особый интерес представляет взгляд И.Ф. Буша на этиологию, клинику и лечение кариеса зубов. Причинами возникновения кариеса он считал как общие заболевания организма, так и местные воздействия. К местным факторам, кроме механических причин (трещин, повреждений эмали), он относил и «зубную нечистоту», т.е. микробный фактор в современной трактовке. Такое понимание причин возникновения кариеса свидетельствует о замечательном научном

предвидении И.Ф. Буша — он подметил все тонкости клинического проявления кариеса зубов. Касаясь вопроса распространения кариозной болезни, ученый отметил, что это заболевание встречается «чаще в молодом возрасте, нежели в старости».

При лечении зубов он обрабатывал кариозные полости «радирым орудием» с последующим заполнением их коричневым маслом или листовым золотом. При пульпите после выжигания раскаленной иглой пульпы зуба И.Ф. Буш рекомендовал пломбирование. Ученый описал верхушечные периодонтиты, расшатанность зубов. В руководстве были изложены вопросы зубопротезирования, включая съемное, несъемное и сложное протезирование. При несъемном протезировании промежуточные части он фиксировал проволокой к соседним зубам. При съемном фиксации протеза осуществлялась при помощи пружин, прижимающих его к альвеолярному отростку, или металлических штифтов, которые вводились в альвеолярный отросток. При сложном протезировании он применял obturаторы из мягкой губки, кожи, серебра.

Автор подробно изложил вопросы ортодонтии: описал причины неправильного прорезывания зубов, способы его исправления. К причинам неправильного прорезывания И.Ф. Буш относил ненормальное расположение зубных зачатков, чрезмерную «узость или широту» альвеолярного отростка, раннее или позднее прорезывание постоянных зубов, травмы и осложненный кариес. Большую роль он отводил общему состоянию организма ребенка в период формирования и прорезывания зубов. Неправильно прорезавшиеся одиночные зубы он исправлял их фиксацией нитками к соседним зубам. При значительных аномалиях прикуса И.Ф. Буш применял направляющий ортодонтический аппарат.

Первое оригинальное руководство по оперативной хирургии на русском языке было написано Х.Х. Саломоном (1796–1851), учеником и помощником И.Ф. Буша. В 1829 г. Х.Х. Саломон стал ординарным профессором, а с 1833 г. и до выхода в отставку в 1847 г. заведовал кафедрой академической хирургической клиники с курсом оперативной хирургии. В некоторых разделах «Руководства к оперативной хирургии» (1840) им были описаны челюстно-лицевые операции: трансплантация при некоторых хирургических операциях, методика их проведе-

ния, техника производства операций на голове. В 1842 г. Х.Х. Саломон был удостоен высшей научной награды того времени — Демидовской премии.

Существенный вклад в развитие зубоортодонтии внес выдающийся анатом и хирург И.В. Буяльский (1789–1866), ученик И.Ф. Буша и П.А. Загорского, с 1825 г. — профессор Петербургской МХА. В 1828 г. были опубликованы его «Анатомико-хирургические таблицы» — первый в России атлас по оперативной хирургии, в котором представлена техника производства многих операций, в том числе и зубоортодонтических. Им впервые в России была проведена операция односторонней резекции верхней челюсти по поводу новообразования, пластические операции — восстановление нижней губы из кожи подбородка. Деятельность И.В. Буяльского на поприще разработки медицинского инструментария имела большое значение для развития хирургии. И.В. Буяльский — один из первых хирургов России, применивший эфирный наркоз при производстве операций, крахмальную повязку при переломах костей, использовавший хлорную известь как средство предохранения от осложнений при операциях.

Ученик и помощник И.В. Буяльского П.А. Наранович (1801–1874) внес большой вклад в усовершенствование инструментария, в том числе и зубоортодонтического. Являясь незаурядным хирургом, П.А. Наранович произвел большое количество операций, среди которых были и зубоортодонтические: на околоушной слюнной железе, по поводу гемангиомы верхней губы.

В 1820 г. А.И. Поль (1794–1864) — профессор Московской медико-хирургической академии (с 1833 г.) и Московского университета (с 1845 г.) — произвел по собственной методике резекцию нижней челюсти при саркоме.

Н.И. Пирогов (1810–1881) — гениальный ученый, хирург и анатом, исследования которого положили начало хирургической анатомии, анатомо-экспериментальному, функциональному направлению в хирургии, военно-полевой хирургии, в 1847 г. спустя две недели после Ф.И. Иноземцева, провел под эфирным наркозом операцию по поводу рака молочной железы, и первый в России применил массовый наркоз в военно-полевых условиях. Н.И. Пирогов был хирургом-новатором, хирургом-экспериментатором.

Он приобрел большой опыт в производстве пластических операций на лице и был пионером в этой области хирургии. В 1835 г. в лекции по ринопластике, на основании своего богатого практического опыта ученый обосновал ценность пластических операций на лице, обеспечивающих не только ликвидацию физических недостатков, но и нормализацию психической деятельности пациента. Лекция была хорошо иллюстрирована схемами, которые демонстрировали методы кожной ринопластики в зависимости от характера и степени повреждения, с предпочтением пластики на ножке. За 20 лет, с 1836 по 1856 г., Н.И. Пирогов сделал около 40 ринопластик (во всем мире до 1836 г. была выполнена всего 71 операция).

Н.И. Пирогов великолепно владел техникой различных операций, в том числе и в полости рта. За время работы в клинике госпитальной хирургии и С.-Петербургской медико-хирургической академии Н.И. Пирогов сделал более 130 челюстно-лицевых операций (не считая удалений зубов). Сюда вошло 36 резекций челюстей по поводу новообразований, 5 операций вырезывания опухолей подъязычной слюнной железы, 25 операций иссечения нижней губы по поводу рака, 7 операций по поводу заячьей губы, 1 операция по поводу кисты нижней челюсти, около 40 ринопластик, 20 хейлопластик и 1 пластическая операция на лице.

Им было опубликовано большое количество научных работ, касающихся зубо-врачевания, многие из которых до сих пор представляют интерес для стоматологов. В 1841 г. в сообщении «О резекции верхней челюсти по поводу кариеса с неблагоприятным исходом» он поделился своим опытом хирургического лечения остеомиелита верхней челюсти. В 1850 г. ученый доложил материалы по теме: «Операция рака гайморовой пещеры». В 1855 г. вышла в свет работа ученого «Рак нижней губы», в которой приведены результаты подробного патолого-анатомического исследования эпителиального рака нижней губы и описаны хирургические методы лечения этого заболевания.

Исполняя обязанности управляющего Санкт-Петербургским заводом военно-врачебных заготовлений (бывшая «инструментальная изба»), Н.И. Пирогов создал различные типы хирургических наборов, в которых есть инструменты для челюстно-лицевых операций, зубо-врачебный инструментарий. Даже батальонные наборы Н.И. Пирогова

включали ключ зубной с тремя и двумя винтами и рукояткой, щипцы зубные кривые и козью ножку. По заказу Н.И. Пирогова был сделан ранец с хирургическими инструментами, куда входили зубной ключ, аппарат для перевязки переломов нижней челюсти, Т-образная головная повязка, повязка лицевая, носовая и другие предметы.

Анатомическое понятие «треугольник Пирогова» известно каждому современному стоматологу благодаря замечательному труду «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций», в котором Н.И. Пирогов описал доступ к язычной артерии, лежащей в треугольном пространстве.

Интересна тематика лекций, относящихся к зубо-врачеванию, прочитанных Н.И. Пироговым слушателям академии:

1. «Перевязка art. carotidis, subclaviae, anonomalis», 1843.
2. «О сошвении небной занавески», 1844.
3. «Об образовании искусственных губ», 1844.
4. «О подъязычной опухоли (ranula) и операции при этой болезни», 1846.
5. «О выпиливании верхней челюсти», 1847.
6. «О сшивании губ», 1848.
7. «О страдании челюстей вследствие поражения зубов», 1846, 1849, 1850, 1851.
8. «О раковидных язвах губ», 1848, 1849, 1850, 1851.
9. «О страдании желез губ», 1848.
10. «Перевязка art. carotis et lingualis», 1848.

И.П. Павлов так охарактеризовал деятельность Н.И. Пирогова: «Ясными глазами гениального человека, на самых первых порах, при первом прикосновении к своей специальности — хирургии, он открыл естественно-научные основы этой науки: нормальную и патологическую анатомию и физиологический опыт и в короткое время настолько на этой почве установился, что сделался творцом в своей области».

Челюстно-лицевые операции проводили и другие хирурги. Так, в 1838 г., в отчете Московской медико-хирургической академии о 150 важнейших операциях, проведенных А.И. Овером, приведено описание 5 полных и частичных «отнятий» верхней и нижней челюстей.

В первой половине XIX в. появляется много печатных работ рядовых русских врачей. Среди них особого внимания заслуживает труд

А.М. Соболева «Дентистика или зубное искусство о лечении зубных болезней с приложением детской гигиены».

А.М. Соболев родился в 1793 г., медицинское образование получил в Санкт-Петербургской медико-хирургической академии, по окончании которой был произведен в лекари и направлен в саперный батальон. После 5 лет службы в воинских частях, он был переведен на госпитальную работу. С 1821 г. А.М. Соболев работал в госпиталях, а в 1833 г. был зачислен на должность врача медицинской полиции. Прослужив 21 год в должности рядового врача, А.М. Соболев в 1854 г. ушел в отставку.

В 1829 г. А.М. Соболев издал книгу «Дентистика», в предисловии к которой пишет, что дентистика — один из разделов медицины, тесно связанный с другими медицинскими дисциплинами и подчиненный тем же законам развития. В задачу этой науки входит профилактика и лечение заболеваний зубов и полости рта. Книга А.М. Соболева — это настоящая энциклопедия передовых знаний в зубоврачевании того времени. В ней представлены все разделы зубоврачевания: терапия, хирургия, ортопедия и ортодонтия, профилактика заболеваний зубов.

Первая часть книги — основная — «Дентистика», включает в себя ряд разделов: «анатомическое описание зубов; разделение зубов; существо зубов; финифть зубов; о пользе зубов в жизни человека; о болезнях зубов вообще; о причинах болезни зубов; простуда зубов; нечистота зубов; зубной камень; шаткость зубов; костоедица зубов; зубная боль; флюс; наросты на деснах; ноздреватость десен; десневые свищи; неправильное прорезывание зубов; извлечение зубов; случаи, где нужно зуб извлечь; обстоятельства, возбуждающие извлечение зубов; орудия для извлечения зубов употребляемые; трудное прорезывание зубов у младенцев». Одно только перечисление разделов воспроизводит картину подробного исследования автором зубочелюстной системы.

А.М. Соболев высказал мысль о единстве зубочелюстной системы и ее связи с другими частями организма. К причинам заболеваний зубов автор относил сырой климат, чрезмерное питание, заболевания желудочно-кишечного тракта, частое употребление сладостей, кислот, условия труда. Соответственно лечение зубов, по мнению автора, должно быть комплексным и включать изменение жилищно-бытовых

условий, климата, работы, соблюдение диеты (свежая мясная и растительная пища, лимоны, клюква, брусника, персики и т.д.).

Описывая расшатанность зубов, А.М. Соболев отмечает воспалительные процессы в десне как проявление цинготной болезни. Причинами расшатанности, по его мнению, являются наследственные, алиментарные факторы и недостаток «чистого и здорового воздуха». Кроме консервативных методов лечения расшатанности зубов, автор предлагал хирургические (удаление сильно расшатанных зубов) и ортопедические (фиксация зубов с помощью деревянных или костяных пластинок, к которым крепятся расшатанные зубы крепкой ниткой или проволокой). А.М. Соболев сформулировал показания и противопоказания к удалению зубов, способы остановки кровотечения после этой операции, перечислил необходимый при этом инструментарий (английский ключ, щипцы прямые для передних зубов и изогнутые для коренных, крючок, пеликан, козья ножка). Об обезболивании автор не упоминает, на практике обезболивание будет применено после 1847 г. Из местных средств лечения А.М. Соболев рекомендовал полоскание дубовой корой, чернильными орешками.

При описании кариеса (костоедицы) зубов он затрагивал вопросы этиологии, клиники и лечения этого заболевания. В этиологии основное внимание автор придавал общим заболеваниям организма, не отрицая при этом наследственных факторов, в возможность изменения которых он твердо верил. К причинам возникновения кариеса автор относил социально-экономические факторы: тяжелые жилищно-бытовые условия (сырые и темные помещения), работа на вредных производствах и т.д. Такая оценка этиологических факторов, вызывающих заболевание зубов, являлась прогрессивной для того времени, если учесть, что во второй половине XVIII и в начале XIX в. в Западной Европе господствовала узколокалистическая теория кариеса.

В разделе, посвященном ортодонтии, излагая причины неправильного прорезывания зубов и методы лечения, автор предложил классификацию аномалий прикуса.

Вторая часть книги А.М. Соболева называется «Детская гигиена». В ней даны правила ухода за детьми с момента их рождения, чтобы сохранить их здоровыми, с зубами, устойчивыми к кариесу. Основными профилактическими мероприятиями, направленными на укрепление

здоровья детей, в том числе и зубочелюстной системы, автор считал соблюдение режима питания и общегигиенических правил.

В первой половине XIX в. появляется ряд переводных и оригинальных работ по зубоврачеванию, в их числе перевод А. Никитина (1821) с немецкого языка монографии К.Ф. Грефе по ринопластике, книги Б. Гана «Распознавание и лечение золотушной и английской болезни и трудного прорезывания зубов у детей» (1829).

В 1838 г. была издана книга «Санкт-Петербургский зубной врач», написанная зубным врачом Б.С. Вагенгеймом, иностранцем по происхождению, поступившим на русскую службу. Он правдиво отразил уровень зубоврачебной помощи в России в первой половине XIX в., который не уступал уровню зубоврачевания на Западе.

В книге дана краткая история зубоврачевания, анатомия, физиология зубов, пломбирование и протезирование зубов (в частности, фарфором), а также описаны физиологические механизмы зубной боли. Для предупреждения заболеваний зубов особое внимание автор придавал осмотру зубов, полости рта. Профилактические осмотры с последующей санацией полости рта уже тогда проводились во всех петербургских высших учебных заведениях. Б.С. Вагенгейм указал возраст, в котором целесообразно проводить санационные осмотры и определил сроки для их проведения.

О сложном положении зубоврачевателей России в середине XIX в. свидетельствуют сведения Медицинской конторы в 1853 г. о всех врачах и дантистах по Московской губернии. Отчет предназначался для Московского губернского правления и содержал перечень врачей (от докторов медицины и медико-хирургов до штаб-лекарей, лекарей, зубных врачей и «дантистов»). Сведения охватывали статистические данные по госпиталям, больницам при медицинском факультете университета, при полиции, училищах, богоугодных и благотворительных заведениях, тюрьмах и прочих местах, а также по вольнопрактикующим врачам – в основном дантистам. Согласно отчету во всех некоммерческих заведениях дантисты как врачебная профессия полностью отсутствуют. Исключение составил единственный «зубной лекарь второго отделения» – обладатель Золотой медали «За усердие» Петр Лазарик, который практиковал сразу в четырех учреждениях: в Московском училище ордена Святой Екатерины, Александровском учи-

лище, Московском воспитательном доме, а также при Московском театральном училище. Зато данные по московским частям (районам) уже содержат данные о вольнопрактикующих дантистах – 15 зубоврачебных кабинетов на весь город (ЦИАМ, фонд 1, оп. 2, дело № 641).

О низкой динамике выпуска дантистов, выдержавших экзамен на медицинском факультете Московского университета, свидетельствуют протоколы заседания Совета медицинского факультета за 1870 г. В числе успешно прошедших экзамен на звание «дантиста» насчитывалось всего 8 человек (5 русских и 3 инородца) (ЦИАМ, фонд 418, оп. 377, дело № 42).

1.4. Зубоврачевание во второй половине XIX – начале XX века в России

Происшедшие в России во второй половине XIX века социально-экономические сдвиги способствовали развитию естественных наук (физика, химия, биология и др.). Успехи патоморфологического, функционально-экспериментального, бактериологического научных направлений в медицине, совершенствование методов обезболивания, внедрение антисептики и асептики позволили усложнить оперативные вмешательства, разработать новые методы лечения, обосновать новые взгляды на этиологию и патогенез многих заболеваний.

В конце XIX в. вопрос специального одонтологического (зубоврачебного) образования привлекал внимание многих ученых, врачей, дантистов, зубных врачей. На введении высшего одонтологического образования настаивали Н.В. Склифосовский, А.К. Лимберг, С.П. Коломнин, А.И. Кудряшов, Ф.А. Звержховский. За открытие частных зубоврачебных школ выступали дантисты А.П. Синицын, И.И. Хрущов, Ф.И. Важинский и др. Тем не менее реальные перемены в зубоврачевании наступали крайне медленно. Как известно, медицинский факультет Императорского Московского университета, не имея в своей учебной программе отдельных курсов по зубоврачебной специальности, проводил экзамены вольнопрактикующих врачей на звание дантиста. Согласно распоряжению ректора Московского университета медицинскому факультету за 1870 г. «О допущении к установленному

испытанию на звание дантиста» претенденты подвергались трем экзаменам:

- 1) на знание строения человеческих челюстей, зубов и десен;
- 2) на знание болезней «в означенных частях случающихся и о способах их лечения местными средствами как единственно к употреблению дантисту дозволенными»;
- 3) выдержать «практические испытания в клинике и сделание нескольких операций на трупах и на живых людях» (ЦИАМ, фонд 418, оп. 377, дело № 42).

Российское законодательство в XIX в. явно не поспевало за насущными потребностями зубо врачевания. Так, к 1829 г. относится первое высочайше утвержденное положение Кабинета министров, объявленное Сенату министром внутренних дел «О допущении женщин к испытаниям на звание зубного врача» (первая – варшавская уроженка Назон). В 1838 г. Закон указывает, что кандидат должен иметь «свидетельство об обучении зубо врачевному искусству у известного дантиста не менее 3 лет» (Полное собрание законов от 1896 г.). Закон перечислял, какие должны быть экзамены по теории и практике зубо врачевания. Тем самым он лишь санкционировал давно существовавшую практику. В 1877 г. американский дантист, переехавший в Россию, Я.Л. Джемс-Леви (впоследствии учредитель Зубо врачевных курсов в Вильне, а еще позднее – 1-й Зубо врачевной школы в Варшаве) в своей работе «О дантистах» писал, что российское законодательство в отношении зубо врачевного дела не соответствовало состоянию научных знаний и требованиям жизни того периода (Доклад Санкт-Петербургского одонтологического Общества по реформе зубо врачевного образования, 1910). Как писало в 1900 г. «Одонтологическое обозрение», дальнейшее законодательство о дантистах по существу ничего не прибавляет, оставаясь неизменным до настоящего времени.

В 1882 г. в Санкт-Петербурге частный предприниматель дантист Ф.И. Важинский (1847–1910) на собственные средства открыл первую в России частную зубо врачевную школу, которая явочным порядком была разрешена Медицинским департаментом МВД. Школа располагалась на Литейном проспекте в помещении Императорского человеколюбивого общества (Мариинская больница). На первый курс было зачислено 70 человек, в школу принимались лица, окончившие



Тубин · 2011.

4 класса гимназии; затем требования стали возрастать, и уже с 1891 г. образовательный ценз поднялся до 6 классов среднего учебного заведения. Обучение в школе продолжалось 2,5 года. Окончившие школу могли выдержать экзамен в медико-хирургической академии или на медицинском факультете университета и получить звание зубного врача с правом выписывания лекарства. На протяжении 10 лет школа Важинского оставалась единственной зубоучебной школой в России, выпустив за это время 219 дантистов – 84 мужчины и 135 женщин (Комодзинская-Вонгль С.Э., 1907).

Следует отметить, что система подготовки специалистов путем ученичества продолжала действовать до начала XX в., несмотря на то что «абсолютная несостоятельность существующей системы обучения дантистов давно [была] признана и обществом, и лучшею частью самих дантистов» (Кудряшов А.И., 1905).

Лишь в 1891 г. был издан закон «О преобразовании обучения зубоучебного искусства», узаконивший учреждение в России зубоучебных школ (Кудряшов А.И., 1905). Он устанавливал два звания для специалистов по зубоучебанию: дантист и зубной врач. Звание дантиста приобреталось благодаря ученичеству в частном кабинете дантиста по индивидуальной программе с последующей сдачей экзамена комиссии при Императорской Военно-медицинской академии или университете; образовательный ценз предусмотрен не был. Дантисты были ограничены в профессиональных правах: например, они не должны были заниматься лечением болезней полости рта. Звание зубного врача получали выпускники зубоучебных школ с 2,5-летним курсом обучения по утвержденной законом программе. При этом необходимо было иметь общее образование не ниже 6 классов гимназии или приравненных к ней учебных заведений. Звание зубного врача присваивалось после сдачи экзамена при медицинском вузе (факультете университета). Обе эти категории специалистов общемедицинского образования не получали и к разряду врачей (лекарей) не относились. Врачи же, специализирующиеся на зубоучебании, именовались врачами-одонтологами.

Таким образом, закон не отменял ученичества при зубоучебных кабинетах, что вызвало неудовлетворение всей корпорации российских зубоучебателей, стремившихся к повышению общественного

статуса своей профессии. Новый устав не предусматривал прекращения подготовки дантистов путем ученичества, которое продолжалось в течение всего XIX столетия (до 7 мая 1900 г.). Дантист мог получить звание «зубной врач», сдав экзамены в зубоучебной школе, при этом «экзамен часто является пустой формальностью и счастливой лотереей; известно также, что нередко исход экзамена зависит от известной ловкости и вообще умения обделывать дела» (Розовский В.В., 1903).

Принятый в 1891 г. закон открыл коммерческие перспективы для зубоучебных школ. В том же году Я.Л. Джемс-Леви открыл такую школу в Варшаве, Т.А. Тычинский – в Одессе.

Первая зубоучебная школа в Москве была открыта в 1892 г. Ильей Матвеевичем Коварским (1856–1955), который возглавлял ее в течение 27 лет. И.М. Коварский, закончив Рижскую гимназию, в 1879 г. поступил на медицинский факультет Московского университета, после окончания которого работал в хирургическом отделении Московской Мариинской больницы. Решив избрать своей специальностью зубоучебание, И.М. Коварский в 1889 г. поехал в Германию, где закончил зубоучебную школу. Вернувшись из-за границы, он провел большую организационную работу для открытия в Москве первой зубоучебной школы, включавшую подготовку помещения для занятий, его оборудование, разработку программы обучения, подбор преподавателей, имеющих ученую степень, согласно Уставу, утвержденному Медицинским департаментом Министерства внутренних дел.

Первоначально школа размещалась на Петровке, затем – в Каретном ряду. По свидетельству инспекторов Управления, проверявших школу Коварского на Петровке, этот учебный центр включал две просторные амбулатории для приема больных, каждая со своим подъездом. В первой прием вели профессиональные врачи, во второй – практикующие студенты. Кроме того, школа располагала приемной, кабинетом осмотра больных, лабораторией искусственных зубов, лабораторией гипсовых препаратов, кабинетом для операций, кабинетом для наркоза. Инспекторы особо отмечали прекрасную оснащенность школы оборудованием, системой стерилизации инструментов и безупречной чистотой всех помещений.

После 2,5 лет обучения студенты 5-го семестра держали выпускные экзамены по следующим предметам: дентиатрия и протезное зу-

боврачевание, анатомия (общая и частная), гистология и физиология, хирургия (общая и частная), общая патология, общая диагностика и терапия, фармакология и рецептура. Среди учащихся преобладали женщины в возрасте от 19 до 30 лет (ЦИАМ, фонд 1, оп. 2, дело № 2165).

Кстати, повсеместное преобладание женщин среди учащихся зубо-врачебных школ объяснялось довольно тривиальным фактом: отсрочка по службе в армии действовала лишь до 22 лет, так что мужчины попросту не успевали заканчивать школы до призыва.

В дни декабрьского вооруженного восстания 1905 г. в здании школы было организовано оказание помощи раненым. После разгрома восстания зубо-врачебная школа была на долгое время закрыта как неблагонадежное учреждение.

Зубо-врачебные школы открывались только в университетских городах. С открытием школ увеличилось число частных зубо-врачебных кабинетов в других городах. В 1898 г. в России функционировало 9 зубо-врачебных школ.

Открытие первых русских зубо-врачебных школ положило начало качественно новому периоду в истории подготовки зубо-врачебных кадров – самостоятельному российскому зубо-врачебному образованию. Следует отметить, что государство никак не поддержало этот процесс, закрепив «частнопредпринимательский характер зубо-врачебных школ».

Отношение медицинского корпуса к обучению в зубо-врачебных школах было неоднозначным. Лучшие из школ превращались в солидные центры подготовки квалифицированных кадров. Так, старейшая Санкт-Петербургская зубо-врачебная школа Важинского даже ставила вопрос о своем переименовании в институт с переводом на себя из университета права выпускных экзаменов. Однако идея эта не получила поддержки врачей.

Следует отметить, что среди зубо-врачебных школ были и такие, которые отражали худшие черты коммерческой организации учебного процесса, чем добавляли аргументы тем, кто считал подготовку в частных учреждениях изначально порочной. В начале 1902 г. МВД издало

циркуляр «О контроле над обучением лиц, ищущих звания дантиста (в доп. к циркуляру МВД по Медицинскому департаменту от 29.02.1896 № 411 /по делу Бергера/ – «Об ограничении выдаваемых свидетельств»), в котором говорилось: «Дантисты и врачи, занимающиеся обучением, принимают к себе учеников в таком количестве, которое совершенно несоразмерно с какой бы то ни было возможностью фактического занятия обучением» («Одонтологическое обозрение» № 2, 1902 г.).

На втором Одонтологическом съезде его участники обсуждали вопрос о ходатайстве прекратить изжившую себя практику приписки учеников при зубо-врачебных кабинетах. И тут же на съезде, не дожидаясь официального распоряжения властей, единогласно взяли на себя обязательство впредь не принимать к себе лиц для обучения на звание дантистов. Председатель съезда А.К. Лимберг заметил по этому поводу: «Вотум о прекращении приписки учеников к кабинетам будет занесен на страницы истории русского зубо-врачебного дела как пример, когда целая корпорация во имя пользы науки и общественного блага сочла своим долгом единодушно поступиться дарованными ей законом правами!» (По материалам «Одонтологического обозрения»).

Вскоре после открытия первых отечественных зубо-врачебных школ был опубликован учебник петербургского дантиста предпринимателя И.И. Хрушова (1850–1915) «Полный зубо-врачебный курс» (1886). В созданной им в 1886 г. зубо-врачебной мастерской в Санкт-Петербурге изготавливали бормашины, зубо-врачебные кресла, оборудование и инструменты по образцам зарубежных фирм. На Всероссийской выставке 1896 г. в Н.-Новгороде мастерская Хрушова, представившая зубо-врачебные инструменты, книги рисунков на стекле и слепки с полости рта, была удостоена бронзовой медали. Следует отметить, что за назойливое саморекламирование И.И. Хрушов исключался из Одонтологического общества дважды: в первый раз не был оговорен запрет на восстановление в члены общества (Кунките М., 2005).

Вообще педальные бормашины в конце XIX – начале XX в. иногда закупались российскими дантистами в Америке, Англии, Германии, однако высокая стоимость аппаратов и отсутствие в России мастерских для их ремонта часто вынуждали зубных врачей работать ручными

дрелями. В 1908 г. стали выпускаться электрические бормашины, однако их использование также было сопряжено с определенными трудностями. Русский зубной врач А.В. Фишер в своем учебнике «Курс дентиатрии по программе зубоврачебных школ» (1903), давая характеристику электрическим бормашинам конца XIX – начала XX в., отмечал, что они «очень капризны, так как находятся в зависимости от постоянства действия электрической энергии, что у нас в России, не имея своей динамо-машины, трудно получить; аккумуляторы при зарядке малоопытными машинистами очень часто и быстро портятся».

Зубопротезированием в этот период занимались дантисты и зубные врачи, окончившие зубоврачебные школы, ибо, согласно закону, «всякий желающий посвятить себя зубоврачебной деятельности должен выучиться не только лечению зубов, их пломбированию, но и протезированию».

Специальных учебных заведений для подготовки зубных техников не было. По ремесленному уставу того времени зубные техники были причислены к ювелирному цеху и получали знания по специальности индивидуальным обучением у практиков или в частных зуботехнических мастерских.

Порядок подготовки зуботехнических кадров ни одним законом не регулировался, что также открывало дорогу для различных злоупотреблений. Не случайно в 1886 г. было выпущено специальное разъяснение Медицинского совета, в котором уточнялось, что «лица, именующие себя зубными техниками, не вправе самостоятельно изготавливать искусственные зубы, а могут заниматься этим лишь по заказу дантиста или под его ответственностью».

Попытки отдельных лиц в начале XX в. создать специальные школы для подготовки зуботехнических кадров были отклонены правительством, но было разрешено открытие ремесленных зуботехнических мастерских, которые выпускали «мастеров зуботехнического ремесла». Такие мастерские были открыты в Москве, Одессе и других городах.

В 1907 г. Сенат предоставил право Ремесленным управам производить испытания и выдавать дипломы на звание «мастера зуботехни-

ческого дела», причем никакой общеобразовательной и медицинской подготовки для этого не требовалось.

Пока зубоврачебная помощь оставалась в частных руках, о государственных зуботехнических лабораториях и подготовке зуботехнических кадров вопрос не поднимался. Первая зуботехническая школа была открыта лишь в 1919 г. на базе зубоврачебной школы И.М. Коварского.

Несмотря на расширение деятельности частных зубоврачебных школ в конце XIX – начале XX в. нехватка зубоврачебной помощи на всем пространстве империи была очевидной. В 1903 г. «Одонтологическое обозрение», констатируя отсутствие должной статистики по распределению населения, полу, возрасту, семейному положению, опубликовало статистику о состоянии зубоврачебной помощи в России на основе открытых данных.

Прирост населения империи в год составлял около 2 млн человек (если в 1897 г. оно составляло 129,3 млн человек (горожан 16,3 млн), то в 1900 г. – 135 млн (горожан – 17,5 млн).

В 1897 г. в России насчитывалось 1139 зубоврачевателей (141 зубной врач, 998 дантистов). В 1902 г. насчитывался 2231 зубоврачеватель (537 зубных врачей, 1658 дантистов).

В области зубоврачебной помощи средние данные ни о чем не говорили. По данным Медицинского департамента МВД, по Москве (население 1,2 млн) на 1 зубного врача приходилось 10 тыс. населения. В 1902 г. в целом по России с населением 140 млн человек на 1 зубного врача приходилось 63 тыс. человек. Если исключить столицы (С.-Петербург, Москву, Варшаву), то на 1 зубного врача приходилось 83 тыс. человек. При приросте населения в 2 млн в год количество зубных врачей и дантистов в год возрастало всего на 86 человек. Но сколько провинциальных городов вообще не имели ни одного зубного врача! По Киевской губернии ни одного врача не было в таких городах, как Канев с уездом (290 тыс. жителей), Липовец (211 тыс.), Тараща (232 тыс.).

Не вызывает удивления живучесть в народном зубоврачевании массового знахарства, шарлатанства, распространенности всевозможных неграмотных «лечебников» и пособий. Большинство «народных средств» было направлено не на лечение, а на притупление острой боли. Поэтому на первом месте в них стояли вещества «едкия и при-

жигающих»: крепкая водка, йод, березовый деготь, скипидар, камфора, острый перец.

За недостатком профессионально организованной общедоступной зубоветрачебной помощи в народе имели широкое хождение разного рода пособия для самолечения зубов в домашних условиях с использованием подручных средств. Типичный образец такой литературы представляет вышедшая в 1861 г. в переводе с французского брошюра «Народный зубной врач или искусство самому лечить простыми средствами зубную боль и флюсы». Понятно, что для отечественного профессионального зубоветрачевания подобные издания не представляли никакой ценности (ЦИАМ, фонд 418, оп. 368, дело № 162).

Значительные успехи российской одонтологии вступали во все большее противоречие с отсталой законодательной базой и совершенно неадекватно поставленной работой по оказанию зубоветрачебной помощи населению. На протяжении всего XIX в. и начала XX в. русское зубоветрачевание продолжало развиваться на личном энтузиазме ученых и врачей-практиков.

Для развития зубоветрачевания в России большое значение имела деятельность хирургов Военно-медицинской академии. Вопросам зубоветрачевания много внимания уделял ученик Н.И.Пирогова, заведующий кафедрой теоретической хирургии академии П.П. Заблоцкий-Десятовский (1816–1892). Особый интерес для зубных врачей имела его работа «О болезнях рта и соседних ему частей» (1856), в которой автор описал заболевания губ, десен, твердого и мягкого неба, языка, челюстей. Им была разработана техника операций при остеомиелитах челюстей, опухолях, двусторонних расщелинах неба. Непосредственное отношение к зубоветрачеванию имела работа П.П. Заблоцкого-Десятовского «О болезнях челюстной пазухи» (1854), в которой описана патология гайморовой полости, лечение гайморитов. Вопросу пластических операций в челюстно-лицевой области посвящена его статья «Об искусстве лечить безобразие лица по способу французскому» (1843). В популярной статье П.П. Заблоцкого-Десятовского «О сохранении зубов в здоровом состоянии» (1855), автор говорит о вреде зубных порошков из угля и хинина.

Деятельность С.П. Коломнаина (1842–1886) – заведующего кафедрой хирургической клиники той же академии была тесно связана с зубоветрачеванием. В статье «О резекции верхней челюсти по поводу опухоли» (1882) С.П. Коломнин поделился своим опытом применения интратрахеального наркоза. С.П. Коломнин неоднократно возглавлял комиссию по реорганизации зубоветрачебного образования.

Выдающийся хирург Н.А. Вельяминов (1855–1922) разработал новые методы лечения огнестрельных ранений, принципы оказания первой помощи, определяющей успеха дальнейшего лечения. Он одним из первых в мире предложил индивидуальный перевязочный пакет как «обязательную противогнилостную перевязку не только в госпиталях и лазаретах, но и на поле сражения». В 1896 г. Н.А. Вельяминов сделал доклад «К вопросу об операциях в полости рта».

Во второй половине XIX в. появилось много сообщений о производстве зубоветрачебных операций: Э.В. Каде (1862), К.Ф. Гепнер (1886) проводят операцию уранопластики, М.С. Субботин (1873) оперирует на нижней челюсти по поводу рака, а в 1894 г. он докладывает «Об операции волчьей пасти и ее значении для речи и питания».

Вопросы зубоветрачевания нашли отражение не только в трудах хирургов, но и в работах других специалистов. Так, в 1894 г. прозектор М.А. Батуев (1855–1917) опубликовал монографию «К морфологии коронки зубов человека и животных».

Большое значение для развития детского зубоветрачевания имела деятельность многих сотрудников кафедры педиатрии Военно-медицинской академии. В учебной программе по детским болезням 1862 г. был специальный раздел основ детского зубоветрачевания, который включал стоматиты катаральные, дифтеритические, скорбутные, язвенные, описание затрудненного прорезывания зубов и осложнений при этом. Программа по детским болезням 1869 г. содержала более широкий круг вопросов по детскому зубоветрачеванию: болезни полости рта, болезни слюнных желез, врожденные пороки развития губ и рта, стоматиты, молочницу, ному.

Много внимания детскому зубоветрачеванию уделял профессор Н.П. Гундобин (1860–1908), хорошо знакомый с его практическими разделами. В 1894 г. вышла в свет его работа «О прорезывании зубов

у детей», в которой был проанализирован сложный физиологический процесс в организме ребенка, связанный с прорезыванием зубов.

О развитии отечественного зубоврачевания свидетельствовали диссертационные работы второй половины XIX в.

Среди многочисленных диссертаций, посвященных различным вопросам зубоврачевания, можно отметить следующие. Диссертация А.Х. Пандера «De dentium structure» (1856), выполненная под руководством гистолога И.А. Маркузена, известного своими работами в области эмбриогенеза, в том числе гистогенеза зубов, была посвящена изучению структуры зубных тканей. Диссертация В.М. Антоневиича «О реплантации и трансплантации зубов» (1885) была первым оригинальным исследованием не только в отечественной, но и в мировой литературе по данной проблеме.

В конце XIX в. появился ряд работ, посвященных изучению ферментативной способности пищеварительного тракта, в том числе и полости рта. В 1870 г. В.В. Пашутиным, создателем первой крупной патофизиологической школы в России, была защищена диссертация «Некоторые опыты над ферментами, превращающими в глюкозу крахмал и тростниковый сахар», выполненная в лаборатории И.М. Сеченова. Этой же проблеме была посвящена диссертация И.П. Коровина «К вопросу об уподоблении крахмальной пищи грудными детьми» (1874), одна из первых работ по физиологии пищеварения.

Проблема профилактики и лечения кариеса зубов нашла отражение в диссертации А.К. Лимберга «Современная профилактика и терапия кариеса зубов» (1891), где автор представил клиническую классификацию кариеса зубов, систематизировал диагностику и изложил принципы лечения этого заболевания. Впервые в мире им был разработан метод плановой санации полости рта у детей, введены профилактические осмотры детей с заполнением санационных карт. Метод профилактики, предложенный А.К. Лимбергом, нашел широкое применение в практике здравоохранения советского периода.

Изучению заболевания пульпы зуба при различных общих недугах организма была посвящена диссертация А.И. Кудряшова (1894). Автор

нанес удар по господствовавшим в то время концепциям этиологии кариеса зубов. Он впервые указал на наличие в пульпе клеток ретикуло-эндотелиальной системы.

Лечение зубов с воспаленной пульпой было описано в диссертации И.А. Краузе (1897), результаты которой небезынтересны современным стоматологам, занимающимся лечением пульпитов биологическим методом.

Одним из основоположников научного зубоврачевания в России по праву можно назвать Николая Васильевича Склифосовского (1836–1904) – выдающегося деятеля отечественной медицины, крупнейшего представителя послепироговской хирургии, который многое сделал для совершенствования медицинского образования, в том числе и зубоврачебного.

Н.В. Склифосовский настаивал на включении зубоврачевания как науки и самостоятельного раздела медицины в программу высших медицинских учебных заведений. В 1879 г. в Москве на VI съезде русских естествоиспытателей и врачей он сделал доклад «О прочности зубов у обитателей столицы», в котором на основе клинко-статистического метода указал на связь между заболеваемостью зубов кариесом и влиянием внешней среды, подчеркнув необходимость профилактики кариеса воздействием на организм в целом. Одной из мер профилактики он считал рациональную диету.

На этом же съезде по предложению Н.В. Склифосовского единогласно было принято решение о создании самостоятельных клинических доцентур по зубным болезням.

Н.В. Склифосовский был не только прекрасным диагностом, но и непревзойденным хирургом, владевшим техникой производства многих операций, в том числе и зубоврачебных. Операции при больших дефектах лица, выполненные Н.В. Склифосовским, были большим вкладом в развитие челюстно-лицевой хирургии. Он впервые в мире применил местное обезболивание раствором кокаина при операции по поводу расщелины твердого неба. Им был сконструирован аппарат, позволяющий поддерживать наркоз во время операции на челюстях и в полости рта, что позволило ему произвести такую редкую операцию,

как резекция обеих половин верхней челюсти с одновременным ортопедическим лечением. До этого в литературе было описано всего 12 подобных операций.

Большой интерес представляет работа Н.В. Склифосовского по лечению неподвижности нижней челюсти. Он разработал классификацию анкилозов нижнечелюстного сустава и предложил методику создания искусственного сустава в шейках суставных отростков. Его работа «Вырезывание языка после предварительной перевязки артерий», в которой он описал новый метод оперативного вмешательства, позволяющий подойти к корню языка через подъязычную область, перевязав с обеих сторон язычные артерии в «треугольниках Пирогова», представляет интерес и сегодня. Исследования о расстройстве функции глотания и речи и об утрате вкуса после этой операции имеют прямое отношение к физиологии. Такие операции относятся к разделу сложных вмешательств и до Н.В. Склифосовского никем не проводились. Он разработал правила ухода за послеоперационными больными, их кормления и транспортировки.

В работе «Восстановление седлообразно запавшего носа» ученый проанализировал результаты оперативных вмешательств, проведенных им по методу профессора П.И. Дьяконова.

Ученый уделял огромное внимание зубоучению, способствовал его развитию как науки, занимался вопросами подготовки зубоучебных кадров. В 1888 г. Н.В. Склифосовским на должность ординатора факультетской хирургической клиники Московского университета был приглашен М.М. Чемоданов (1856–1908). С 1892 г. по совету Н.В. Склифосовского он начал заниматься стоматологией, работая в клинике, одновременно преподавал на зубоучебных курсах. М.М. Чемодановым были разработаны методика и показания к применению ампутационного метода лечения пульпита; он изучал вопросы лечения болезней молочных зубов и периодонтитов. М.М. Чемоданов был одним из инициаторов организации Московского одонтологического общества, в течение нескольких лет редактировал журнал «Одонтологическое обозрение».

В 1885 г. на медицинском факультете Московского университета по инициативе Н.В.Склифосовского при факультетской хирургической клинике, руководимой им, была создана первая в России

доцентура по одонтологии. Первым приват-доцентом стал Н.Н. Знаменский (1856–1915). Закончив в 1880 г. Московский университет, Н.Н.Знаменский в должности сверхштатного ординатора хирургического отделения факультетской клиники работал под непосредственным руководством декана факультета профессора Н.В. Склифосовского. В 1884 г. Н.Н. Знаменский защитил диссертацию по хирургии на степень доктора медицины. В этом же году он был принят в число приват-доцентов Московского университета для преподавания курса зубных болезней, провел большую подготовительную работу по созданию учебной базы для практических занятий по одонтологии, оснащению ее оборудованием, инструментарием, пломбирочными, перевязочными, зубопротезными и другими материалами. Н.Н. Знаменский составил учебную программу по одонтологии, одобренную и утвержденную Н.В. Склифосовским. Программа предусматривала изучение анатомии, физиологии, освоение методов исследования полости рта. Раздел «Болезни зубов» включал анатомию, гистологию зубов, описание заболеваний челюстей и ячеистого отростка, слизистой оболочки полости рта, языка, слюнных желез. Студенты и врачи под руководством специалистов по зубоучению должны были осваивать консервативное и оперативное лечение кариеса зубов и его осложнений, технику экстракции зубов, методы реплантации, имплантации и др.

Н.Н. Знаменский писал: «Требуется знание производства различных операций на живых людях; следовательно, от него (дантис-та-одонтолога) требуется знание известного отдела оперативной хирургии. Он должен, таким образом, отражать на себе, в своей деятельности то направление, какое имеет современная хирургия». Далее он отмечает: «Принципы Листера и в одонтологии должны быть точно так же строго проводимы, как они проводятся в современной хирургии». Таким образом, Н.Н. Знаменский одонтологию тесно связывал с общей хирургией.

В 1894 г. медицинскому факультету Московского университета было разрешено проводить экзамены на звание зубного врача для лиц, окончивших зубоучебные школы. Практические испытания по протезной технике и пломбированию зубов было поручено принимать Н.Н. Знаменскому, а клинические испытания – ординарному про-

фессору Л.Л. Левшину. В 1905 г. практические занятия на доцентском курсе по одонтологии проводили уже три приват-доцента, доктора медицины Н.Н. Знаменский, Г.И. Вильга и М.Б. Янковский.

Гилярий-Здислав Вильга (1864–1942) в 1887–1893 гг. обучался на медицинском факультете Императорского Московского университета. За успехи в учебе в 1894 г. университет командировал молодого лекаря за границу «для дальнейшего усовершенствования в науках», и в течение 3 лет он совершенствовался в Германии в области одонтологии; после возвращения поселился в Москве, где занимался хирургией и зубными болезнями. В 1903 г. он защитил докторскую диссертацию «О зубах в судебно-медицинском отношении» — первую отечественную диссертацию по судебной одонтологии (Свадковский Б.С., Посельская В.Н., 1975), которая долгие годы в России была единственным руководством для зубных врачей и судебно-медицинских экспертов.

Г.И. Вильга был активным организатором Всероссийских одонтологических съездов в Москве (1908) и в Харькове (1911). Ученый, пропагандируя одонтологию среди врачей различных специальностей, на VI одонтологическом съезде сказал: «...одонтология, ставши на научную почву, стала равной другим отраслям медицины». В докладе «Альвеолярная пиорея и ее лечение» он представил анализ причин этого заболевания, изложил различные методы лечения и профилактики. На VIII съезде Общества русских врачей по инициативе Г.И. Вильга были прочитаны три доклада по вопросам зубо­вра­че­ва­ния (М.М. Чемоданов, Г.И. Вильга, В.П. Бекаревич). В 1900 г. он открыл в Москве зубо­вра­че­б­ную школу, которая с 1918 г. стала учебно-вспомогательной базой кафедры хирургии челюстей и полости рта с одонтологической клиникой Московского университета. После 1917 г. Вильга занимался организацией стоматологической помощи, в 1924 г. покинул Россию и переехал в Польшу, во время Второй мировой войны в 1942 г. погиб.

В 1892 г. была открыта доцентура по зубным болезням в Военно-медицинской академии (ВМА). Ее основателем был приват-доцент П.Ф. Федоров, возглавлявший ее в течение 22 лет. Выпускник Гатчинского Николаевского сиротского института Петр Федорович Федоров в 1881 г. с отличием закончил академию и в должности младшего врача Архангельской флотской роты проходил службу на военной паровой

шхуне «Полярная Звезда». Уже в это время он заинтересовался проблемами зубо­вра­че­ва­ния и с целью исследования распространенности кариеса начал проводить осмотры полости рта матросов и местного населения. В 1885 г. защитил диссертацию «Всасывает ли неповрежденная человеческая кожа лекарственные вещества из распыленных водных растворов». В конце 80-х годов XIX столетия П.Ф. Федоров был переведен в Кронштадт и продолжил службу в морском госпитале, одновременно он преподавал хирургию в Кронштадтской фельдшерской школе и обучал воспитанников удалению зубов. В 1889 г. он опубликовал книгу «Зубы и их сохранение», где представил статистический материал, свидетельствующий о широком распространении кариеса зубов среди служащих армии и флота, описал анатомические особенности всех групп зубов, их иннервацию и кровоснабжение, порядок прорезывания, физиологическое и эстетическое значение зубов, их значение как органа речи; проследил взаимосвязь заболеваний зубов с функциональным состоянием других органов и систем организма. В 1892 г. вышла книга П.Ф. Федорова «Экстракция зубов» — одно из первых в России учебное пособие по «зубной хирургии», где автор обосновал показания и противопоказания к операции удаления зуба, описал технику удаления зубов с учетом анатомических особенностей и необходимый инструментарий, возможные осложнения во время и после экстракции зубов; уделил внимание вопросам асептики и обезболивания.

В 1892 г. П.Ф. Федоров был назначен конференцией академии на должность приват-доцента по зубным болезням. В его программу по проведению занятий входили следующие разделы: анатомия, гистология, иннервация зубов и их надкостницы; практические выводы из патологии зубов; значение здоровых и больных зубов для организма; учение о зубной костоеде; учение о пломбах; пломбирочные материалы: смолы, гуттаперча, цементы, амальгама, олово, золото; методы применения, показания и противопоказания к употреблению; зубо­вра­че­б­ный инструментарий: зеркала, пинцеты, экскаваторы, эмалевые ножи; клиника зубной костоеды, острого и хронического пульпита с дифференциальной диагностикой и лечением; о зубных свищах: причины, признаки, течение и лечение; экстракция зубов: показания, противопоказания, инструменты, подробное изложение всех приемов

самой операции; гигиена полости рта, зубные капли, эликсиры, порошки; общие теоретические сведения о протезировании рта.

Таким образом, П.Ф. Федоров был пионером в деле создания теоретических и организационных предпосылок для появления в будущем трех основных дисциплин в стоматологии: терапевтической, хирургической и ортопедической (Прохватилов Г.И. и др., 2006).

Создание и деятельность одонтологических доцентур имели исключительное значение для оформления одонтологии как самостоятельной научной и учебной дисциплины.

Первая самостоятельная кафедра одонтологии в России была открыта в 1892 г. при Императорском клиническом институте великой княгини Елены Павловны (Клиническом институте усовершенствования врачей в Санкт-Петербурге). Цикл лекций по одонтологии читал А.К. Лимберг, в январе 1899 утвержденный в звании почетного профессора Императорского клинического института (Соловьев М.М., 2000). По словам жены А.К.Лимберга, «хотя этот факт и открыл эпоху в истории развития русского зубо­вра­че­ва­ния, но практические результаты от него последовали самые маленькие — в виде возможности для приезжающих из провинции врачей немного знакомиться с основами зубо­вра­че­ва­ния. Что могла сделать почетная кафедра без штатов, без средств, без инвентаря, почти без помещения? На нее поступили кое-какие пожертвования, и она держалась главным образом самопожертвованием самого профессора (и работал даром, и инструменты нес свои и т.д.) и готовностью зубных врачей прийти ему на помощь только для того, чтобы работать под его руководством» (Лимберг Е.А., 1926).

Александр Карлович Лимберг (1856–1906) — первый профессор зубо­вра­че­ва­ния, один из основоположников высшего стоматологического образования и детского зубо­вра­че­ва­ния в России, окончил Военно-медицинскую академию в 1882 г., но еще на 4-м курсе он сдал экзамен на звание дантиста с правом открытия кабинета, в котором бесплатно лечил своих коллег-студентов. С осени 1882 г. по приглашению педагогического совета он читал курс дентиатрии и вел практические занятия в первой зубо­вра­че­б­ной школе Ф.И.Важинского. В апреле 1884 г. на заседании «С.-Петербургского общества дантис-

тов и врачей, занимающихся зубо­вра­че­ва­нием» он сделал доклад «О необходимости обязательного высшего образования зубных врачей в России», опубликованный затем в журнале «Врач». А.К. Лимберг в 1886 г. организовал первую в России бесплатную школьную зубо­вра­че­б­ную амбулаторию. На заседании «Российского общества народного здравия» 12 марта 1889 г. в докладе «О зубах учащихся и организации зубо­вра­че­б­ной помощи в школах» А.К. Лимберг поставил вопрос о профилактике в деятельности зубных врачей. Пятилетний опыт работы зубо­вра­че­б­ных амбулаторий показал значительное уменьшение количества удалений после проведения санации. В 1891 г. А.К. Лимберг первый в России защитил диссертацию по одонтологии «Современная профилактика и терапия костоеды зубов». Крупный общественный деятель А.К. Лимберг был инициатором создания Общества дантистов и зубных врачей в Санкт-Петербурге. Под его непосредственным руководством были проведены первые одонтологические съезды в России (1896, 1899), на которых ставились и обсуждались вопросы профилактики заболеваний зубов у детей дошкольного и школьного возраста, лечения детей с врожденными расщелинами, а также предупреждения и лечения аномалий челюстей.

В 1899 г. при Санкт-Петербургском женском институте (ныне С.-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова) А.К. Лимбергом была организована еще одна одонтологическая кафедра, которой из-за болезни (чахотки) он руководил менее одного года (1900–1901). Очень непродолжительное время обязанности заведующего исполнял С.Я. Чистович, которого в 1901 г. сменил Ф.А. Звержховский (1873–1949), ученик А.К.Лимберга, который стоял во главе кафедры до 1919 г. Ф.А. Звержховский получил высшее медицинское образование в Военно-медицинской академии, в 1907 г. он защитил диссертацию «К вопросу об эмпиеме гайморовой полости». Из научного наследия Ф.А. Звержховского особого внимания заслуживает серия лекций по одонтологии для врачей и студентов — пятитомный труд «Основы дентиатрии». Во время Первой мировой войны Ф.А. Звержховский был назначен инспектором челюстных лазаретов, а с сентября 1916 г. по март 1917 г. находился в действующей армии и руководил организацией и работой госпиталя для челюстно-лицевых раненых в Бухаресте.

В 1906 г. кафедра была преобразована в доцентский курс при кафедре госпитальной хирургии; с этого же года женскому институту было дано право принимать экзамены на звание зубного врача у лиц, окончивших зубоврачебные школы.

В развитии отечественной стоматологической службы на рубеже XIX–XX вв. огромную роль сыграли создание зубоврачебных обществ в различных городах России и проведение одонтологических съездов.

В 1883 г. в Санкт-Петербурге было создано «Первое общество дантистов России» и «Санкт-Петербургское общество дантистов и врачей, занимающихся зубоврачеванием». «Первое общество» было основано Ф.И. Важинским, а «Санкт-Петербургское общество дантистов и врачей, занимающихся зубоврачеванием» – А.К.Лимбергом; оно состояло из 13 членов (председатель – Я.О. Мурфий, вице-председатель – В.А. Праведный, секретарь – А.К. Лимберг). Местом собраний служили квартиры членов Общества по их предложению, членские взносы составляли 10 руб. в год (А.А.Лимберг и др., 2003). С 1898 г. «Санкт-Петербургское общество дантистов и врачей, занимающихся зубоврачеванием» стало называться «Санкт-Петербургским зубоврачебным обществом».

В 1891 г. было организовано «Московское одонтологическое общество», в которое входили М.М. Чемоданов, Г.И. Вильга, И.М. Коварский, П.Г. Дауге и др. Первые научные одонтологические общества повлияли на развитие зубоврачевания в России. Они спланировали кадры зубных врачей, организовывали и проводили научные зубоврачебные (одонтологические) съезды, способствовали развитию научного зубоврачевания. Кроме научных, были созданы и профессиональные общества, на которых решались многие социальные вопросы. В 1899 г. было организовано «Российское одонтологическое общество».

В становлении зубоврачебной науки большое значение имел первый русский одонтологический периодический печатный орган «Зубоврачебный вестник» (1885).

Основателем журнала был дантист А.П. Синецын, а главным редактором – Ф.А. Звержховский. Журнал, который просуществовал до 1917 г., став своеобразным организационным центром, вокруг которого объединились разрозненные общества дантистов различных городов, большое количество зубных врачей, работавших на периферии. «Зубоврачебный вестник» способствовал подготовке и организации одонтологических съездов, научной пропаганде, отображая развитие науки и зубоврачебного дела в России.

В Москве с 1899 по 1915 г. выходил журнал «Одонтологическое обозрение» под редакцией И.М. Коварского и Г.А. Ефрона, а в С.-Петербурге в 1906 г. А.В. Фишер начал издавать журнал «Зубоврачебное дело».

В 1896 г. в Нижнем Новгороде состоялся первый съезд русских дантистов. Всего за период до революции 1917 г. состоялось шесть одонтологических съездов (1896, 1899, 1902, 1905, 1907, 1912) и пять Всероссийских делегатских съездов союза зубных врачей, созданного в 1905 г. по инициативе А.В. Фишера, Г.И. Вильги и П.Г. Дауге. Эти съезды сыграли исключительную роль в развитии научной мысли по одонтологии, в подготовке кадров и организации общественной зубоврачебной помощи в России. На них обсуждались актуальные проблемы зубоврачевания: развитие обезболивания, методы хирургических вмешательств, болезни зубов и их связь с общим состоянием организма и многое другое.

Итак, за тысячелетнюю историю Российского государства только в конце XIX в. зубоврачевание стало оформляться как самостоятельная медицинская дисциплина.

Зубоврачебную помощь населению в конце XIX в. оказывали в основном вольнопрактикующие специалисты, иностранцы, приехавшие в Россию за легким заработком. Зубные врачи работали в частных зубоврачебных кабинетах или частных лечебницах, причем зубоврачебная помощь в лечебницах была более квалифицированной, чем в кабинетах.

Открытие частных зубоврачебных школ сыграло положительную роль в подготовке дипломированных специалистов по зубоврачева-

нию. В то же время число зубных врачей по-прежнему оставалось ничтожным. И в этих условиях вводятся ограничения на открытие новых кабинетов. Согласно циркуляру Медицинского департамента МВД «О правилах открытия и внутреннего устройства зубо-врачебных кабинетов» за 1902 г. указывалось, что «Зубным врачам разрешается быть владельцами только одного зубо-врачебного кабинета» (ЦИАМ, фонд 1, оп. 2, дело № 2612).

Имеются свидетельства о стремлении властей ограничить открытие новых и перерегистрацию открытых зубо-врачебных кабинетов для владельцев — представителей национальных меньшинств. В подборке документов МВД под заглавием «О неразрешении открытия в Москве зубо-врачебных кабинетов» на стандартные запросы от 13 владельцев кабинетов следуют не менее стандартные ответы: «Московский Обер-полицеймейстер представил его Императорскому высочеству Московскому генерал-губернатору ходатайство дантиста (имярек) о разрешении ему открыть (продолжить работу) в г. Москве зубо-лечебный кабинет. Его Императорское высочество в силу Высочайшего повеления от 24 апреля 1903 г. изволил отклонить означенное ходатайство» (ЦИАМ, фонд 1, оп.1, дело № 2781).

Известно немало других стеснений в работе зубных врачей. Достаточно упомянуть запрет для выпускников зубо-врачебных училищ и школ на преподавательскую деятельность по своей специальности (разрешалась только для врачей общемедицинского профиля). Обращает на себя внимание опека над зубо-врачебными школами со стороны полиции. В этой связи достаточно сослаться на выдержку из сообщения в Медицинский департамент супругов Трофимовых о распорядке работы их лечебницы зубов и полости рта: «...паспорта пациентов регистрируются в полиции, лечебница состоит под надзором Московского обер-полицеймейстера и под управлением Московского врачебного управления» (ЦИАМ, фонд 1, оп. 2, дело № 2682).

Характерно, что даже в этих стесненных условиях русские одонтологи демонстрируют поразительный уровень сознательности и патриотизма. В годы Японской войны они обращаются в правительство с просьбой о развертывании бесплатных кабинетов в действующей армии. На своем первом одонтологическом съезде в Нижнем Новгороде они поднимают вопрос о несовместимости рекламы с зубо-

врачебной деятельностью. На втором съезде Московское одонтологическое общество предложило взять на себя «очень обширный труд зубной переписи школьников всех учебных заведений г. Москвы». Русские зубные врачи ходатайствовали о разрешении значительно расширить предоставление бесплатной помощи неимущим классам.

Обращает на себя внимание социально ответственное отношение медицинской интеллигенции к состоянию народного здоровья: на протяжении XIX в. продолжали развиваться традиции оказания бескорыстной помощи (в том числе зубо-врачебной) нуждающимся в ней неимущим пациентам.

Бесплатную помощь жителям Санкт-Петербурга оказывали зубные врачи ИЧО: на 1 октября 1864 г. их было трое, в 1873 г. в ведении Медико-филантропического комитета состояло 6 зубных врачей, а в 1913 г. в лечебнице для проходящих служили уже 9 зубных врачей и за год они безвозмездно оказали помощь почти 2300 пациентам. ИЧО, равно как и Мариинское ведомство (Ведомство учреждений императрицы Марии Федоровны; именно ему принадлежит приоритет создания «серьезной и дельной» организации бесплатного зубо-врачевания детей из учебно-воспитательных учреждений), были приравнены по статусу к государственным министерствам. К концу XIX в. только в ведении Медико-филантропического комитета ИЧО было около 20 медицинских заведений, лечивших бедняков «без различия пола, возраста, звания и вероисповедания».

Зубо-врачебный прием велся и в больницах, и в амбулаториях системы Российского общества Красного Креста (лечебницы при Георгиевской и Крестовоздвиженской общинах, Максимилиановской лечебнице и др.). Так, в хирургической амбулатории при Георгиевской общине с 1885 г. поработали по крайней мере 20 дантисток; с 1895 г. там был открыт самостоятельный зубо-врачебный кабинет на три зубо-врачебных кресла. «Зубо-врачебный вестник» в 1900 г. по случаю 50-летнего юбилея Максимилиановской лечебницы отмечал, что там уже давно идут амбулаторные приемы по зубным болезням, на которых безвозмездно работают до 35 зубных врачей и дантистов

(Кунките М., 2005). Всего на рубеже веков в С.-Петербурге было 79, а в Москве – 61 благотворительное медицинское учреждение.

Существовала также традиция оказания помощи бедным пациентам в зубоврачебных школах: именно там учащиеся городских училищ, нижние чины жандармерии и военных частей, стоящих в городе, и другие могли получить бесплатное лечение. Вообще в зубоврачебных школах услуги стоили дешевле, чем в лечебницах и кабинетах. В связи с началом войны с Японией 1904–1905 гг. учредитель и заведующий 2-й зубоврачебной школы в Санкт-Петербурге И.А. Пашутин выступил с предложением к зубным врачам оказать бесплатную помощь солдатам, отбывающим на театр военных действий (Кунките М., 2005).

Однако все сказанное о бесплатном лечении касалось городской, преимущественно столичной (Санкт-Петербург, Москва, Варшава) медицины. Только с земств начинается организация бесплатной медицинской помощи основному населению страны – крестьянам.

Введенный в практику земств принцип бесплатности медицинской помощи в дальнейшем стал основополагающим принципом государственного здравоохранения в СССР и, в частности, советской стоматологии.

Земская медицина – одна из самых ярких страниц исторического развития здравоохранения и лечебного дела в нашей стране и специфичное явление российской жизни, не имевшее аналогов в других странах, – стала создаваться в связи с проведением в 1864 г. земской реформы (продолжение «великих реформ», начатых в 1861 г. Манифестом императора Александра II Освободителя об отмене крепостного права) и введением в 34 из 89 губерний (в 1911 г. земскими стали еще 6 западных губерний) земского самоуправления.

В «Положении о земских учреждениях» (1864) вопросы здравоохранения были отнесены к числу необязательных повинностей земства, однако вскоре они вышли в местных бюджетах на первое место, составляя до 40% всех расходов. Это было вызвано требованиями реальной жизни на селе: больницы были в губернских и уездных городах, а сельское население (а Россия оставалась сельскохозяйственной

крестьянской страной) оставалось без медицинской, а тем более без врачебной помощи; характерны были исключительно высокая смертность трудоспособного населения и постоянная угроза возникновения эпидемий.

В основу организации медицинского дела в земствах впервые был положен участковый принцип: врач участковой больницы на 10–20 коек (стационарная система пришла на смену первоначально разъездной системе) обслуживал территориальный участок радиусом 10–40 верст лечил больных в стационаре и вел амбулаторный прием приходящих больных. Постепенно число врачей на селе увеличивалось, улучшалась материальная база сельской медицины. Так, если в 1870 г. в земских губерниях насчитывалось 613 врачей, то в 1910 г. их было уже больше трех тысяч; за те же годы число сельских лечебниц возросло почти в 10 раз. В начале XX в. (1905) типичный врачебный участок имел радиус меньше 20 верст с числом жителей около 25 тысяч (Сорокина Т.С., 2010). Организующей силой земской медицины были губернские съезды врачей, а методическим центром и трибуной – съезды Общества русских врачей в память Н.И.Пирогова, отличавшиеся демократичностью, участием тысяч врачей, в том числе из далекой провинции. На первом Пироговском съезде Н.В.Склифосовский в обращении к участникам съезда отметил, что земский врач стал к 1890-м гг. «основной фигурой медицины» в России.

Сведений о состоянии зубоврачебной помощи в рамках земской медицины крайне мало, что не может удивлять, так как зубоврачевания как самостоятельной формы медицинской помощи сельскому населению просто не было. Данные отчетов земских больниц по поводу обращаемости за зубоврачебной помощью выглядели по свидетельству «Зубоврачебного вестника» (1885, № 9, с. 9; № 11, с. 15–16), например, следующим образом (*таблица*).

Таким образом, обращаемость по поводу заболеваний зубов была крайне низкой – в пределах 10% от общего числа обращений за амбулаторной помощью, что было обусловлено отдаленностью медицинской помощи, низкой санитарной культурой сельских жителей, боязнью высокой оплаты за лечение (Троянский Г.Н., Белолопоткова А.В., 1991).

**Обращения в земские больницы по поводу заболеваний зубов
(1883–1884 гг.)**

№	Уездные больницы	Всего амбулаторных обращений	Из них по поводу заболеваний зубов	
			абс.	%
1	Александровская	79765	887	1,2
2	Архангельская	2005	189	9,4
3	Буйская	10660	175	1,6
4	Молвитинская	8927	212	2,3
5	Нижегородская	5499	90	1,6
6	Полтавская	12913	176	1,4
7	Равенбургская	24415	111	0,4
8	Симбирская	59242	1473	2,5

К 1887 г. в России в 43 губерниях было 372 дантиста и 225 учеников при них («Зубоврачебный вестник». 1889. № 9. С. 127–128). Основная масса дантистов практиковала в крупных городах, остальные распределялись по 1–2 специалиста на губернию, а в некоторых губерниях (например, Оренбургской или Уфимской) их не было вообще.

Зубоврачебная специальность не сразу получила в земствах права гражданства. На земских собраниях, заседаниях санитарных советов многие выступали против такой инициативы: «Своевременно ли приглашать зубных врачей, когда не удовлетворена общая потребность во врачебной помощи, не будет ли роскошью для голодной и болеющей деревни зубоврачебная помощь?». Но раздавались и голоса защитников идеи приглашения зубных врачей. Так, в Пермской губернии председатель губернской управы говорил: «С удовольствием могу удостоверить, что Верхотурское земство — одно из первых в губернии учредило должность зубного врача и убежден, что оно не сделало ошибки, так как теперь потребность в зубной помощи является потребностью широких районов, и для меня нет сомнения, что земству пора организовать зубоврачебную помощь как предупреждение от многих болезней, связанных с болезнью зубов» («Зубоврачебный вестник». 1911. № 9. С. 824–825).

Следующий документ подсказывает нам, что и в начале XX в. отсутствие дантиста в земской больнице никого не удивляло. «При Ветлужской земской больнице с июня 1909 г. открыт зубоврачебный кабинет, оборудование которого — кресло, инструменты, пломбы и прочее стоило около 400 руб. Зубной врач приглашен земством с тем, чтобы 5 месяцев в году он работал при Ветлужской земской больнице, а остальные 7 месяцев — в лечебницах уезда, по одному месяцу в каждой.

За первый месяц зубным врачом Р.Н. Мильтоновой принято при Ветлужской больнице 303 больных с зубными болезнями, сделавших 743 посещения. Запломбировано зубов 362, причем в 100 случаях вложена металлическая пломба, 120 — гуттаперчивая и 42 — цементная. Удалено зубов 110. Вскрыто полостей и вложено болеутоляющих средств 261.

Большинство обратившихся — больные города Ветлуги, но следует отметить и значительное число крестьян (142), которые охотно по несколько раз приходили «чинить» зубы. В некоторые дни количество больных в амбулатории зубного врача было настолько значительно, что приходилось отказывать в приеме и ограничивать число больных до 20 утром и 10 вечером. Можно думать, что в следующие месяцы дело урегулируется, и количество больных будет меньше, так как в первые месяцы открытия зубоврачебного кабинета у многих явилось желание поправить зубы в бесплатной земской амбулатории, и бывали случаи, когда зубному врачу приходилось пломбировать по 16 зубов за раз у пациентов, не принимавших никогда примитивных профилактических мер по уходу за зубами» («Врачебно-санитарный обзор» Костромской губернии. 1909. № 6).

Кто же в отсутствие дантистов осуществлял в земских больницах зубоврачебную помощь? Яркая картина того, как в действительности оказывалась неотложная помощь при острой зубной боли, сохранилась в художественной литературе. В «Записках юного врача» М.А.Булгакова отображены многие подлинные случаи его врачебной работы в земской больнице села Никольское Сычевского уезда, а затем в земской городской больнице Вязьмы в той же Смоленской губернии. Сычевская земская управа в связи с переводом в Вязьму 18

сентября 1917 г. выдала Булгакову удостоверение с развернутой характеристикой его работы в Никольском: «...С 29 сентября 1916 г. и по 18 сентября сего 1917 г. состоял на службе Сычевского земства в должности врача, заведовавшего Никольской земской больницей, за какое время зарекомендовал себя энергичным и неутомимым работником на земском поприще. При этом, по имеющимся в Управе сведениям, в Никольском участке за указанное время пользовалось стационарным лечением 211 человек, а всех амбулаторных посещений было 15361. Оперативная деятельность врача М.А. Булгакова за время его пребывания в Никольской земской больнице выразилась в следующем: было произведено операций: ампутация бедра 1, отнятие пальцев на ногах 3, выскабливание матки 18, обрезание крайней плоти 4, акушерские щипцы 2, поворот на ножку 3, ручное удаление последа 1, удаление атеромы и липомы 2 и трахеотомий 1; кроме того, производилось зашивание ран, вскрытие абсцессов и нагноившихся атером, проколы живота (2), вправление вывихов; один раз производилось под хлороформным наркозом удаление осколков раздробленных ребер после огнестрельного ранения». Как видно, стоматологические вмешательства в этот список не вошли, однако из «Записок юного врача» становится очевидным этот аспект деятельности будущего писателя.

«...Дело было в том, что хотя на свете и существует фельдшер Демьян Лукич, который рвет зубы так же ловко, как плотник — ржавые гвозди из старых шалевок, но такт и чувство собственного достоинства подсказали мне на первых же шагах моих ... что зубы нужно выучиться рвать и самому. Демьян Лукич может и отлучиться или заболеть, а акушерки у нас все могут, кроме одного: зубов они, извините, не рвут, не их дело...

Щурясь с мудрым выражением и озабоченно покрякивая, я наложил щипцы на зуб, причем, однако, мне отчетливо вспомнился всем известный рассказ Чехова о том, как дьячку рвали зуб. И тут мне впервые показалось, что рассказ этот несколько не смешон. Во рту громко хрустнуло, и солдат коротко взвыл: “Ого-о!” После этого под рукой сопротивление прекратилось, и щипцы выскочили изо рта с зажатым кровавленным и белым предметом в них. Тут у меня екнуло сердце,

потому что предмет это превосходил по объему всякий зуб, хотя бы даже и солдатский коренной. Вначале я ничего не понял, но потом чуть не зарыдал: в щипцах, правда, торчал и зуб с длиннейшими корнями, но на зубе висел огромный кусок ярко белой неровной кости.

“Я сломал ему челюсть”, — подумал я, и ноги мои подкосились. Благословляя судьбу за то, что ни фельдшера, ни акушерок нет возле меня, я воровским движением завернул плод моей лихой работы в марлю и спрятал в карман. Солдат качался на табурете, вцепившись одной рукой в ножку акушерского кресла, а другую — в ножку табурета, и выпученными, совершенно ошалевшими глазами смотрел на меня. Я растерянно ткнул ему стакан с раствором марганцевокислого кали и велел: “Полощи”... Отставив стакан с калием, я набрасывался на солдата с комками марли и забивал зияющую в челюсти дыру. Марля мгновенно становилась алой, и, вынимая ее, я с ужасом видел, что в дыру эту можно свободно поместить больших размеров сливу ренклюд.

“Отделал я солдата на славу”, — отчаянно думал я и таскал длинные полосы марли из банки. Наконец кровь утихла, и я вымазал яму в челюсти йодом. — Часа три не ешь ничего, — дрожащим голосом сказал я своему пациенту. — Покорнейше вас благодарю, — отозвался солдат, с некоторым изумлением глядя в чашку, полную его крови. — Ты, дружок, — жалким голосом сказал я, — ты вот чего... ты заезжай завтра или послезавтра показаться мне. Мне... видишь ли... нужно будет посмотреть... У тебя рядом еще зуб подозрительный... Хорошо? — Благодарим покорнейше, — ответил солдат хмуро и удалился, держась за щеку...» (Булгаков М.А., 1926).

Статистические данные говорят о том же. Так, в 1909 г. 97,7% больных, обратившихся за зубоврачебной помощью, были приняты фельдшерами и врачами общей практики и только 2,3% — зубными врачами. Таким образом, ответ на вопрос, оказала ли земская медицина прямое влияние на развитие зубоврачебной помощи сельскому населению России, может быть только отрицательным. С другой стороны, не приходится сомневаться в значительной роли, которую земская медицина сыграла в процессе становления одонтологии в конце XIX — начале XX в. Очевидные направления этого воздействия

включали ростки профилактического подхода (который в дальнейшем станет ведущим в терапевтической, ортопедической и тем более детской стоматологии) и научно-общественный фактор формирования одонтологии (связанный с земским движением мощный импульс к подъему всех форм общественной деятельности в России). Кроме того, бесплатность некоторых видов медицинской помощи неимущим позволяет рассматривать земскую медицину как продолжение гаазовской (по имени знаменитого московского «святого доктора» Ф.П. Гааза) традиции бескорыстного врачебного служения своему народу.

Начало XX в. в России ознаменовалось небывалым ростом промышленности. За пять лет (1908–1913) промышленное производство возросло на 54%, общее число рабочих увеличилось на 31%. Внешняя торговля стала высокоприбыльной. Российская империя экспортировала треть товарной продукции зерновых и стала самым крупным в мире поставщиком зерна. Быстро росли протяженность железных дорог, банковское дело. Достижениями мирового уровня было отмечено развитие отечественной культуры, науки.

В начале XX в. в зубо­вра­че­б­ном сообществе также необыкновенно активизировались дискуссии о путях дальнейшего развития отечественной одонтологии, которые обозначили очень разные позиции, обострились споры о статусе и месте зубо­вра­че­ва­ния в рамках общей медицины.

Характерным отражением своеобразного «комплекса неполноценности» в среде русских зубо­вра­че­ва­те­лей явилось замечание редактора «Зубо­вра­че­б­но­го вестника» Оболенского, который еще в 1885 г. в подтверждение своего отрицательного отношения к стремлению Ф.И. Важинского превратить свою школу в институт, восклицал: «Кто же пойдет только в узкие зубные врачи?! Все предпочтут полный курс с тем, чтобы уже позднее изучать для себя одонтологию» («Зубо­вра­че­б­ный вестник». № 4. 1885. С. 137). Поразительным рецидивом живучести подобных взглядов двадцать лет спустя стало предложение учредителей Московского одонтологического общества в параграфе 8

своего Устава исключить дантистов из его рядов. На волне возмущения, взорвавшего сообщество, этот параграф был вскоре отменен, но споры о конкуренции «трех категорий» практикующих зубо­вра­че­ва­те­лей — врачей (выходцев из общей медицины), зубных врачей и дантистов — продолжались с не меньшим пылом.

Поворотным пунктом в этих дискуссиях стал знаменитый доклад П.Г. Дауге «Наши профессиональные споры», прочитанный в Московском одонтологическом обществе и опубликованный в «Одонтологическом обозрении» (1905, № 10). Ученик И.М.Коварского, Павел Георгиевич Дауге (1869–1946) обучался также в Зубо­вра­че­б­ном институте Берлинского университета и в столичной зубо­вра­че­б­ной школе Е.Ф. Вонгль-Свидерской. В своем докладе П.Г. Дауге предложил при обсуждении статуса русского зубо­вра­че­ва­те­ля «опуститься из эмпирей чувств, желаний и эмоций» на твердую почву реальности и экономических законов. «Пока что, — подчеркивал П.Г. Дауге, — существование частнопрактикующих врачей-предпринимателей обеспечивается не слишком масштабным спросом платежеспособной клиентуры. А «коммунальная» помощь у нас еще не организовалась настолько, чтобы обеспечивать врачей-пролетариев в пользу менее имущих классов».

Сложилось три взгляда:

1. Растворить одонтологию в общей медицине.
2. Отменить зубо­вра­че­б­ные школы и понизить зубо­вра­че­ва­ние до уровня дантистского ремесла.
3. Устранить дантистов, оставив только зубных врачей.

«В стремлении идеализировать нашу специальность первые требуют, чтобы терапевты, хирурги, гинекологи и пр. обладали сведениями о строении и патологиях зубов, пульпы, периоста. На это каждый медик мог бы ответить словами поэта «Die kunst is lang, doch kurz ist unser leben». Одни ссылаются на пример Австрии, где общие врачи специализируются в зубные врачи, чем решается вопрос, должен ли зубной врач обладать медицинским образованием. Но этому аргументу можно противопоставить практику Германии, где наличием специальных зубо­вра­че­б­ных институтов решен вопрос о ненужности для дантистов общемедицинского образования.

Вторые требуют упразднения самого сословия зубных врачей. Ученики практикующих дантистов, — говорят они, — неизмеримо лучше овладевают делом, чем выпускники зубоучебных школ.

Третьи, что входят в корпорацию зубных врачей, настаивают на ликвидации дантистов (требование Одесского одонтологического общества)».

П.Г. Дауге уточняет: для практической медицинской деятельности требуются три фактора: 1. Субъект (врач). 2. Средства производства врачебного труда (инструменты и материалы). 3. Объект (пациент). В развитии общественного прогресса есть строгая закономерность. Только из верного понимания этих закономерностей и можно сделать справедливое заключение о ходе развития отдельных отраслей общественного труда.

Зубоучебный труд в России пока основывается, главным образом, на форме ремесленного труда и как таковой определяется главным образом спросом на продукты этого труда.

На современном культурном уровне развития общества его требования к зубоучебному труду основываются на двух сторонах дела — на сохранении больших зубов (медицинская сторона) и на замещении недостающих зубов искусственными (техническая сторона или ее сочетание с первой). Поэтому та группа, которая лучше умеет удовлетворять спрос потребителей, и одержит победу во взаимной конкуренции.

Однако с развитием зубоучебания на сцену выступила другая сторона дела — цеховые постановления, направленные против «не призванных». Отсюда произрастают и требования образовательного ценза, и высокомерие к ремесленничеству. При этом забывается, что сами формы цеховых правил всегда будут определяться не желаниями цеховиков, а публичным спросом и реальной жизнью.

Подводя итог своему анализу П.Г. Дауге резюмирует:

1. Одонтология есть медико-техническая специальность, и уже поэтому она не может быть чисто медицинской специальностью.

2. Сама природа зубоучебания (прямое мануальное и инструментальное обрабатывание больного участка) делает главной основой зубоучебания техническую ловкость.

3. Для практического зубоучебания имеют значение и требуют совершенствования лишь те общемедицинские принципы, которые имеют с ним непосредственную связь.

4. Общую тенденцию отражает очевидная конкурентоспособность зубоучебной специальности перед общемедицинской подготовкой, когда при одинаковом удовлетворении современного спроса пациентов первая требует значительно меньших затрат на подготовку самих специалистов.

5. Совершенствование преподавания зубоучебания должно идти путем расширения клинических, амбулаторных и лабораторных упражнений.

6. Для настоящей постановки специально зубоучебной технологии необходимо значительно расширить другие отделы вспомогательных наук, особенно химико-технического отдела.

Отвечая на претензии академических пуристов от медицины, П.Г. Дауге настойчиво проводил мысль: «Законы экономии труда говорят часто другое, чем наши личные чувства и пожелания. Эти законы регулируют условия прогресса таким образом, что они сбрасывают с пути все то, что не является прямо необходимым». Ссылаясь на пример США, «где нет искусственных препон для развития одонтологии, и прогресс зубоучебания совершается не путем слияния с общей медициной, а наоборот, — путем строгой дифференциации», П.Г. Дауге заключает: «Развитие зубоучебания пойдет своим путем!».

В заявке Московскому Врачебному управлению о разрешении созыва 5-го Съезда делегатов зубоучебных обществ России (1906) его организаторы в перечень обсуждаемых тем открыто включают требование коренной реформы всего строя зубоучебного дела в России. В их числе принципиальное преобразование общественного статуса зубных врачей, новое качество их правового положения. Все зубные лечебницы и школы предлагалось официально легализовать, зубные врачи должны быть допущены в корпус государственной службы (с выводом из податных сословий) со всеми вытекающими отсюда привилегиями. Участники съезда требовали снятия всех стеснительных мер в своей работе, введения полного профессионального права вра-

чей в принятии решений о проведении зубопротезных операций, а также полной свободы в руководстве учебными заведениями и преподавании в них, обязательного включения одонтологов в составы медицинских советов при всех губернских Врачебных управлениях. Несомненным показателем высокого уровня общественного самосознания зубных врачей было их ходатайство перед правительством о профессиональном объединении «на почве корпоративных интересов» (ЦИАМ, фонд 1, оп.2, дело № 3041).

В 1906–1907 гг. Министерство народного просвещения разработало проект нового положения для зубоврачебных школ, в котором предполагалось увеличение сроков обучения в зубоврачебных школах: вместо 2,5 лет 3,5 года.

Медицинская общественность России, правление Российского зубоврачебного союза, указывая на несовершенство проекта Министерства народного просвещения, выдвинули свой проект зубоврачебного образования, в котором предусматривалось открытие в университетских городах правительственных и частных зубоврачебных институтов с 4-годовалым сроком обучения и расширенной программой изучения различных медицинских дисциплин.

Оба проекта рассматривались в комиссии по народному образованию Государственной думы. Проект правления Российского зубоврачебного союза не выражал правительственного мнения и поэтому был отвергнут. В 1914 г. был утвержден новый проект Министерства народного просвещения, но и он не приобрел силы закона. До Октябрьского переворота 1917 г. оставался в силе проект Министерства народного просвещения 1907 г. Зубоврачебные кадры по-прежнему готовились в частных зубоврачебных школах. Специальной подготовки врачей, занимавшихся протезированием, не проводилось.

После закрытия в 1905 г. Первой московской зубоврачебной школы ее организатор И.М. Коварский разработал проект новой школы, строительство которой началось в Москве на Долгоруковской улице, дом 18 (в настоящее время это здание – один из корпусов Московского государственного медико-стоматологического университета). Новая школа была открыта в 1906 г. В ней были оборудованы 2 аудитории, клиническое и экстракционное отделения, амбулатория для

приема и лечения больных, химико-бактериологическая лаборатория, зубопротезная мастерская, первый в России одонтологический рентгеновский кабинет. Преподавателями в школе были опытные врачи и профессора медицинского факультета Московского университета: анатомию читал Н.В. Алтухов, физиологию – Л.З. Мороховец, хирургию – Ф.А. Рейн; П.В. Циклинская – одна из первых женщин-профессоров России – преподавала бактериологию, В.П. Карпов – гистологию, В.С. Богословский – фармакологию и рецептуру, доктор Л.А. Говсеев – одонтологию (впоследствии он создал первую кафедру одонтологии и челюстно-лицевой хирургии при Московском университете), приват-доцент А.П. Левицкий преподавал общую и частную хирургию, И.М. Коварский – протезное и оперативное зубоврачевание, М.М. Чемоданов вел занятия по дентитрии и зубоврачебной клинике, В.И. Перельман – протезную технику. Первое отечественное руководство В.И. Перельмана «Протезная техника» под редакцией И.М. Коварского было издано в 1910 г. Учащиеся школы посещали анатомический театр Московского университета, где проводили экстракцию зубов на трупах. Под руководством И.М. Коварского была разработана программа обучения, написаны учебные пособия. В 1914 г. А.И. Абрикосовым под редакцией И.М. Коварского была издана монография «Патологическая анатомия полости рта и зубов».

И.М. Коварский много внимания уделял научным проблемам зубоврачевания. Он опубликовал работу «К вопросу о сущности и лечении альвеолярной пиореи», в которой лечение пиореи сводил к полному удалению зубного камня на шейке и корне зуба, выскабливанию некротического края альвеолы, что соответствует современным рекомендациям при лечении пародонтита (пародонтита). Удаление зубов, лечение пульпитов, препарирование зубов проводилось при обезболивании раствором новокаина.

Обучение продолжалось 2,5 года. Завершив обучение, учащиеся сдавали экзамены на медицинском факультете Московского университета, после чего им присваивалось звание «зубной врач». Свидетельство о сдаче экзаменов и присвоении звания «зубного врача» подписывалось ректором МГУ и деканом медицинского факультета.

О развитии российского зубоврачевания к 1911 г. свидетельствует появление первых так называемых «повторительных» курсов усовершенствования врачей по одонтологии, которые стали открываться при частных зубоучебных школах.

Министерство внутренних дел по ходатайству Департамента народного просвещения обратилось к руководству медицинского факультета Московского университета с просьбой высказаться о целесообразности новых курсов. Руководство медфака сообщило, что при университете такие курсы действовали уже два года. Касательно открытия таких же курсов при зубоучебных школах оно признало, что «таковые могли бы привлечь, главным образом, зубных врачей, не имеющих степени лекаря, и с принципиальной стороны должны быть признаны желательными». Годом позже открываются уже официально признанные курсы усовершенствования врачей при Первой Московской зубоучебной школе (ЦИАМ, фонд 418, оп. 350, дело № 160).

За 27 лет своего существования Первая Московская зубоучебная школа подготовила около 2500 зубных врачей, что было существенным вкладом в развитие зубоврачевания. Если в 1898 г. в России функционировало 9 зубоучебных школ, то к 1916 г. их было около 20.

Армия обслуживалась лекарями и фельдшерами. К 1910 г. во всех госпиталях были открыты зубоучебные кабинеты.

Впрочем, общая статистика по вновь открытым частным зубоучебным кабинетам во всей Московской губернии по годовой описи Медицинского департамента МВД за 1913 г. продолжала оставаться весьма и весьма скромной. За весь год в большом регионе было открыто всего 12 зубоучебных кабинетов (Клязьма, Новогирьево, Перловка, ст. Подсолнечная, Богородск, Озера, Голутвин, Руза, Дмитров, 2-Серпухов, Бронницы) (ЦИАМ, фонд 1, оп.2). Согласно материалам Всероссийской гигиенической выставки 1913 г. амбулаторную стоматологическую помощь населению страны в 7% случаев оказывали врачи, имеющие общее медицинское образование, в 2,3% случаев зубные врачи, в 21,3% – врачи общей практики и фельдшера, в 69,4% случаев – исключительно фельдшерский персонал (Данилов Е.О., 1997).

С началом Первой мировой войны были прекращены поставки зубоучебного оборудования из-за рубежа. И.М. Коварский, Л.А. Говсеев и другие открыли первую Московскую лабораторию «КОГОРО» по изготовлению зубоучебного инструментария, снабжавшую зубоучебные кабинеты инструментарием отечественного производства.

Как любая война, Первая мировая принесла много жертв и разрушений. Среди ранений были и челюстно-лицевые повреждения, которые требовали специализированной помощи. Для таких раненых были открыты челюстно-лицевые лазареты. Первый такой лазарет был открыт в 1914 г. на средства Одонтологического общества при Свято-Троицкой общине Красного Креста, Главным врачом лазарета был Ф.А. Звержховский, а старшим хирургом – профессор Р.Р. Вреден, которых в последующем сменили Г.А. Ефрон и П.П. Львов. Один из госпиталей возглавлял Д.А. Энтин.

В период Первой мировой войны начинается заметное сближение зубных врачей и хирургов в понимании принципов оказания медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область.

В 1915 г. на благотворительные средства были созданы госпитали в Петрограде, Москве, Киеве, Смоленске и других городах. В конце того же года зубным врачом Киевского военного округа С.С. Тигерштедтом была разработана рациональная система иммобилизации при переломах челюстей с использованием гнутых алюминиевых шин, получившая большую популярность в Первую мировую войну. В его работе «Военно-полевая система лечения и протезирования огнестрельных челюстных ранений» (1916) было обосновано это новое направление в лечении повреждений челюстей. К.П. Тарасов и С.С. Тигерштедт для оказания первой помощи раненым на передовых позициях организовали «летучие отряды».

К 1916 г. на фронте было организовано несколько зубоучебных пунктов. Всего насчитывалось 34 зубоучебных кабинета с 39 зубными врачами, которые должны были обслуживать всю огромную армию.

По свидетельству В. А. Оппеля — автора системы этапного лечения раненых, в полевой санитарной службе царской армии и в большинстве тыловых госпиталей челюстно-лицевые ранения оперировали только в зависимости от наличия инфекционных осложнений. В подвижных лазаретах оперированных с повреждениями костей лица было 10%, в госпиталях тыла — 20%. Возвращение в строй этой категории раненых в войне 1914—1917 гг. не превышало 21,7%.

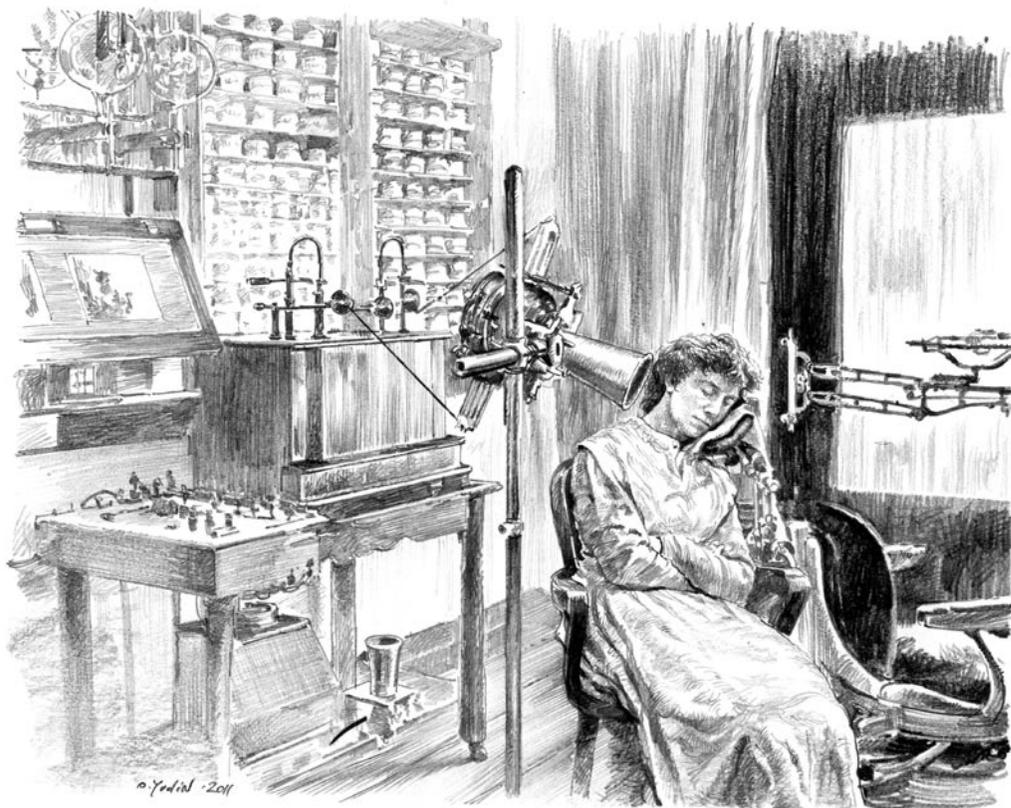
Г. И. Вильга в книге «Помощь на фронте раненым в челюсть» (1919) наметил основные принципы организации помощи при челюстно-лицевых ранениях. Он дал характеристику этих ранений и обосновал методы лечения.

К началу XX в. относится становление в России страховой медицины.

В 1912 г. третья государственная Дума принимает закон «О страховании рабочих на случай болезни». Особая роль в организации помощи застрахованным отводилась зубоохранительной корпорации, что было чрезвычайно важно в виду отсутствия специальных одонтологических клиник, за исключением единичных зубоамбулаторий в отдельных городах Российской империи (Данилов Е.О., 1997). Действовавшие правила оказания первой помощи через систему больничных касс позволяли постепенно расширять круг лиц, систематически получающих одонтологическую помощь (Гершанский И.А., 1915). По некоторым данным, на оплату зубоохранительных услуг уходило до 2/3 взносов застрахованных, причем в большинстве случаев эти услуги сводились к хирургической помощи по неотложным показаниям (Пахомов Г.Н., 1983). В организации медицинского обслуживания членов семей застрахованных особое внимание уделялось зубоохранительной помощи, которая включала пломбирование зубов, а иногда и зубное протезирование (Данилов Е.О., 1997).

После Февральской революции 1917 г. Временное правительство А.Ф.Керенского принимает изменения к действующему закону «О страховании на случай болезни», в котором предусматривался переход больничных касс на полное самоуправление с предоставлением пос-

ланием всех прав по организации медицинской помощи застрахованным. Стоматологическая помощь в рамках страхового обеспечения должна была включать не только лечебные, но и профилактические мероприятия. Для оптимизации зубоохранительной помощи планировалось создать зубоохранительные кабинеты при амбулаториях больничных касс с обеспечением каждой тысячи застрахованных одной должностью зубного врача (Розенфельд В., 1917).



Часть 2

Развитие стоматологии
как врачебной
специальности в СССР
и Российской Федерации

2.1. Общие вопросы возникновения, становления и развития отечественной стоматологии в XX веке

Октябрьская революция (Октябрьский переворот – по формулировке других историков) 1917 г. ознаменовала коренной поворот в развитии страны и становлении здравоохранения. 26 октября 1917 г. в Петроградском Военно-революционном комитете был создан медико-санитарный отдел – первая организация по управлению здравоохранением в Советской республике. Возглавил отдел М.И. Барсуков. При различных наркоматах (путей сообщения, внутренних дел, просвещения, социального обеспечения и др.) были организованы врачебные коллегии, которые 2 декабря 1917 г. опубликовали совместное «Обращение к медицинскому персоналу республики о борьбе с заболеваемостью, смертностью и антисанитарными условиями жизни широких масс населения», которое стало программным документом для развития здравоохранения.

11 июля 1918 г. В.И. Ленин подписал Декрет СНК РСФСР «Об учреждении Народного комиссариата здравоохранения», ставшего первым в мире Министерством здравоохранения. 17 июля 1918 г. коллегия Народного комиссариата здравоохранения приняла «Положение о зубо врачебной подсекции комиссариата и Ученой одонтологической комиссии» при ней (ГАРФ, фонд 482, оп.1, дело № 12, л.17). Возглавил зубо врачебную подсекцию зубной врач П.Г. Дауге. Для решения научно-методических вопросов, связанных с организацией зубо врачебной помощи в стране, П.Г. Дауге привлек группу ученых, передовых врачей и общественных деятелей: А.И. Евдокимова, Е.М. Гофунга, И.Г. Лукомского, А.А. Лимберга, М.О. Коварского, Н.И. Агапова, Н.А. Астахова, П.П. Львова, Г.А. Ефрона и др. Зубо врачебная подсекция должна была разработать и провести в жизнь все мероприятия по реформе зубо врачебного дела в республике. Основным вопросом, который надо было срочно решать, был вопрос организации зубо врачебной помощи населению страны, потребность в которой была очень велика. Оказывалась она в основном частнопрактикующими врачами и была платной, пользоваться ею могли только обеспеченные граждане.

В 1918 г. было опубликовано постановление Наркомздрава РСФСР «О трудовой повинности медицинского персонала», в котором впервые в истории России утверждалась норма обеспеченности населе-

ния зубо врачебными кадрами: 1 зубной врач на 10 тыс. городского и 1 зубной врач на 38 тыс. сельского населения, для крупнейших центров страны (Москва, Петроград, Киев и др.) – 1 зубной врач на 5 тыс. городского населения и 1 зубной врач на 3 000 детского населения.

Организация государственных зубо врачебных кабинетов и лабораторий требовала времени и немалых материальных затрат, средств на покрытие которых у государства не было, поэтому для создания государственных учреждений было решено использовать частные зубо врачебные кабинеты. 14 сентября 1918 г. было издано «Постановление относительно использования частных зубо врачебных кабинетов в интересах трудящегося населения», на основании которого все зубные врачи были обязаны оказывать трудящимся бесплатную зубо врачебную помощь. 17 сентября 1918 г. вышло еще одно постановление «Об учете зубо врачебных и зуботехнических принадлежностей и материалов». Учет имущества выявил практически полное его отсутствие. В конце сентября 1918 г. зубо врачебная подсекция разработала проект «Положения о национализации зубо врачебной помощи в Советской республике», по которому все частные кабинеты вместе с их оборудованием переходили в руки государства.

26 декабря 1918 г. НКЗ было издано постановление «О государственной организации зубо врачебной помощи в республике», в котором были определены конкретные пути ее становления и главные задачи: общедоступная, бесплатная квалифицированная зубо врачебная помощь, постепенная отмена частной практики, обеспечение зубо врачебными кадрами городского и сельского населения, правильное их распределение. 18 февраля 1919 г. на основании декрета Совнаркома РСФСР под контролем и управлением Наркомздрава были объединены все медицинские учреждения, находящиеся в ведении различных ведомств и организаций, в том числе и страховых.

Таким образом, после Октябрьской революции 1917 г. возникла государственная организация стоматологической помощи населению России. В 1918 г. была проведена национализация частных зубо врачебных кабинетов, с 1919 г. началось слияние страховой медицины, существовавшей с 1912 г., с государственной, с последующим полным исчезновением страховой медицины.

Начавшаяся в 1918 г. Гражданская война приостановила реализацию разработанных зубоврачебной подсекцией лечебных, организационных и профилактических мероприятий в области зубоврачевания. Введение в 1921 г. новой экономической политики сказалось и на организации зубоврачебной помощи населению. В условиях НЭПа расходы на здравоохранение должны были покрываться как государственными средствами, так и местными. Основные изменения касались перевода лечебных учреждений на местный бюджет, за исключением небольшой части амбулаторий крупных городов, поликлиник, обслуживающих школьников, а также рабочих государственных предприятий, работающих на восстановлении народного хозяйства страны, которые оставались на государственном обеспечении. Переход на местные средства из-за недостатка государственного финансирования «неблагоприятно, болезненно, а местами губительно отразится на работе органов здравоохранения» (Мирский М.Б., 2005).

Были разработаны временные нормы зубопротезной помощи, согласно которым участникам войны проводилось внеочередное бесплатное протезирование. Бесплатная медицинская, в том числе и зубопротезная помощь, оказывалась только застрахованным гражданам. Платную зубопротезную помощь можно было получить в государственных лабораториях на принципах себестоимости. 10 июля 1922 г. постановлением Народного комиссариата здравоохранения «Об использовании зубоврачебного имущества» был закреплен проект «Положения о национализации зубоврачебной помощи в Советской республике» (1918). Постановление подтверждало, что зубоврачебное имущество, «как фактически поступившее в ведение органов государственной власти, является имуществом государственным и ни в коем случае возврату в частное владение не подлежит» (Бюллетень Наркомздрава. 1922. № 4).

Таким образом, с 1922 г. частнопрактикующая зубоврачебная помощь окончательно прекратила свое существование в СССР.

Для сохранения лечебных учреждений Народный комиссариат здравоохранения часть из них передал на содержание промышленным предприятиям и страховым органам, в результате чего возникла сеть

зубоврачебных амбулаторий при заводах, государственных учреждениях, работающих на хозрасчете (1922). Это было хоть и временное, но все же отступление от основных принципов здравоохранения советского периода. П.Г.Дауге (1923) отметил, что между бурно растущим спросом на все виды квалифицированной помощи и реальной возможностью его удовлетворения существует колоссальная пропасть, которую в ближайшем будущем удастся смягчить лишь в ограниченной степени.

В 1923 г. Народный комиссариат здравоохранения издал циркуляр «О мероприятиях к улучшению зубоврачебного дела на местах», в котором лучшей организационной формой стоматологического обслуживания населения были признаны зубоврачебные кабинеты (отделения) при общих амбулаторно-поликлинических учреждениях, что способствовало укрупнению этих кабинетов до 4–5 и более рабочих мест. В 1924 г. на I Всероссийском одонтологическом съезде И.А.Клейтман для оказания зубоврачебной помощи городскому населению предложил заменить зубамбулаторию на зубполиклинику с обязательными основными и вспомогательными отделениями. Народный комиссариат здравоохранения издал циркуляр «Об улучшении постановки зубоврачебного дела в связи с современными профилактическими задачами» от 2 апреля 1925 г., в котором предполагалось расширение стоматологической сети за счет организации дополнительных кабинетов при амбулаторно-поликлинических учреждениях с целью обеспечения единого охвата дианмическим наблюдением диспансеризируемых контингентов населения. В циркуляре определялся объем санации и вводился обязательный для врача «профилактический минимум», включавший наложение 8–10 пломб в день.

В 1924 г. П.Г. Дауге отмечал, что для улучшения зубоврачебной помощи населению «... необходим переворот во всей внутренней методологии зубоврачебного труда, заменяющей индивидуально-случайный характер лечения методами организационно-планового подхода, поддающегося точному расчету» и «...уточнение самого учета, без какового немислимы ни госконтроль над работой, ни научная проверка фактических достижений в борьбе с заболеваемостью зубов». В 1926 г. П.Г. Дауге предложил систему учета и оценки зубоврачебного труда, которая получила название «трудовой единицы». С его слов: «В

основу нашей нормализации труда должно быть вложено не только количество пропущенных больных, но и конкретно достигнутый трудовой результат. А для измерения, для учета этого результата должно быть установлено определенное “мерило”, определенная “трудовая единица”, к которой с легкостью могут быть сведены все основные зубоветеринарные манипуляции». По предложению автора, одна «трудовая единица» составляла 20 минут – время, необходимое для лечения одного кариозного зуба. Понятие «трудовая единица» стало основным критерием оценки и учета зубоветеринарного труда в советской стоматологии (Лабунец В. А. и др., 2010).

Таким образом, в 20-е гг. произошло становление государственной системы одонтологической помощи, шел активный поиск путей совершенствования организации одонтологического обслуживания населения и было положено начало превращения зубоветеринарного в равноправную медицинскую дисциплину – стоматологию.

6 июня 1928 г. на III Всесоюзном одонтологическом съезде в докладе «Уроки 10-летнего государственного зубоветеринарного строительства» П.Г. Дауге отметил успехи в организации стоматологической помощи. К началу 30-х гг. в СССР функционировали различные типы стоматологических учреждений – специальные зубоветеринарные амбулатории (общего пользования, для застрахованных и школьно-профилактические), зубоветеринарные кабинеты при больницах и общих амбулаториях, отдельные зубоветеринарные кабинеты, самостоятельные зубопротезные учреждения. По данным на 1 января 1928 г., общее число зубных врачей в РСФСР, состоящих на государственной службе, составляло приблизительно 4600 человек, росло число посещений к зубным врачам, увеличивалось количество зубоветеринарных амбулаторий. В то же время докладчик отметил и недостатки, связанные главным образом с отсутствием профессионального руководства в центре и на местах, проблемы с кадровым и материально-техническим обеспечением стоматологической службы, существенные диспропорции в обеспеченности населения разных регионов стоматологической помощью. Даже в крупных городах бесплатная зубоветеринарная помощь

оставалась в значительной степени привилегией застрахованных лиц, получавших до 95% ее объема. Так, в 1925 г. в Ленинграде – лучшем регионе страны с точки зрения обеспеченности стоматологической помощью – на застрахованных и членов их семей приходилось почти 3/4 обращений за стоматологической помощью.

Реорганизация зубоветеринарного образования и зубоветеринарной помощи началась и в Украинской и других республиках. После окончания гражданской войны в январе 1920 г. был создан Наркомздрав УССР, который издал приказы «Об организации зубоветеринарной секции при губернских отделах здравоохранения» и «О государственной организации зубоветеринарной помощи в Украинской республике». Начала развиваться сеть государственных зубоветеринарных учреждений, стали готовиться кадры. В этой работе активное участие принимали профессор Е.М. Гофунг, Г.А. Маслов, К.П. Тарасов и др. Все это привело к тому, что уже к концу 1927 г. на Украине насчитывалось 1409 зубных врачей.

В годы индустриализации страны и коллективизации сельского хозяйства было издано постановление ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян», принятое 22 декабря 1929 г., в котором отмечались как успехи в здравоохранении, так и его недостатки: отставание развития здравоохранения от роста народного хозяйства и потребностей трудящихся. Это относилось и к стоматологической помощи как в городе, так и на селе. Всего по СССР в государственной сети количество зубных врачей к 1935 г. достигло 11599. Значительно расширилась и сеть зубоветеринарных учреждений, которая на тот период составила по Союзу 6961 учреждение (кроме ведомственных учреждений РККА).

Большую организационную и научно-методическую работу по совершенствованию зубоветеринарной помощи и внедрению научных достижений стоматологии в практику проводили Государственный институт стоматологии и одонтологии (ГИСО) в Москве, Ленинградский стоматологический учебно-практический институт, Научно-исследовательский институт в Одессе.

В мае 1937 г. в Московском стоматологическом институте состоялось совещание, на котором был обсужден план развития стоматологической помощи. В совещании приняли участие представители

Наркомздрава СССР и РСФСР, Московских областного и городского отделов здравоохранения, министерств Украинской, Белорусской, Грузинской ССР. Принятые решения были направлены на обеспечение стоматологической помощью населения промышленных районов и сельской местности, на увеличение сети стоматологических учреждений и соответствующих кадров, развитие челюстной хирургии и ортопедии, улучшение оборудования для стоматологических поликлиник и лабораторий.

Военные события на Дальнем Востоке (1938–1939) и в Финляндии (1939–1940) были первым испытанием для молодой отрасли медицины – стоматологии. Если во время империалистической войны 1914–1918 гг. смертность лиц, раненых в челюстно-лицевую область, составляла 53%, то во время боевых операций у реки Халхин-Гол этот показатель в войсковом районе равнялся всего лишь 0,4%. Во время советско-финляндского конфликта смертность раненых в челюстно-лицевую область в войсковом районе колебалась в от 0,4 до 1,1%. По данным Д.А.Энтина (1940), 63% раненых в челюстно-лицевую область специализированная помощь была оказана в войсковом районе.

В период военных действий стоматологи разрабатывали научные основы лечения челюстно-лицевых ранений, используя различные конструкции аппаратов и протезов для фиксации переломов челюстей, совершенствуя методы борьбы с осложнениями таких ранений и др.

Для организации качественной и своевременной помощи лицам с челюстно-лицевыми ранениями был произведен учет существующих клиник и специалистов, разработан норматив помощи для различных медицинских учреждений, предложены стандартные шины для оказания первой помощи и транспортировки раненых. Деятельность стоматологов по оказанию помощи раненым в челюстно-лицевую область в условиях войны проходила в тесном взаимодействии с работой челюстно-лицевых хирургов, ортопедов, оториноларингологов, офтальмологов, нейрохирургов и других специалистов.

Стоматологи справились с возложенными на них задачами; по словам И.Г.Лукомского, «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».

Опыт, приобретенный в период военных событий на Дальнем Востоке и в Финляндии, позволил создать систему доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной стоматологической помощи при ранениях лица и челюстей, разработать табели специального оснащения, образцы шин и т.п.

С первых дней Великой Отечественной войны стало ясно, что она принимает затяжной характер. По сравнению с предыдущими войнами изменился характер ведения боя, усложнилась военная техника, увеличилась ее поражающая сила, в военных действиях участвовали огромные людские массы. Необходимо было срочно менять тактику организации медицинской помощи, в том числе и стоматологической. «Всякая война заставляет хирургов и травматологов в сравнительно короткий срок переоценивать те ценности, которые накапливались иногда в течение многих лет в предвоенный период», – писал В.Ю.Курляндский в 1944 г.

Стоматологическую помощь в Красной Армии возглавил генерал-майор медицинской службы Давид Абрамович Энтин (1888–1957) – один из основоположников отечественной военной стоматологии. Д.А. Энтин в 1904 г. окончил зуботехническую школу Банка в Одессе и начал работать зубным техником, в 1908 г. экстерном сдал экзамены за 6 классов гимназии, а в 1910 г. – за 8 классов и получил среднее образование; в 1913 г., сдав экзамены экстерном, получил в Юрьевском университете диплом зубного врача, в том же году окончил зубоврачебную школу Вонгль-Свидерской в Петербурге и начал работать зубным врачом Петербургского лепрозория «Крутые ручьи». Для изучения проявлений проказы в полости рта он был командирован на о. Цейлон (где был придворным лекарем по зубным болезням у индийского магараджи) и в Японию (Иорданишвили А. К., 2008). Отчетом о работе стал доклад «Проявление проказы в полости рта», прочитанный Д.А. Энтиным 28 ноября 1914 г. на заседании Петербургского общества борьбы с проказой.

После вступления России в Первую мировую войну Д.А. Энтин вернулся на родину, работал старшим протезистом в челюстном лазарете Красного Креста в бывшей Свято-Троицкой общине сестер милосердия, а затем во вновь открытом на средства императрицы Марии Федоровны 10 июня 1915 г. в Петрограде «зубоврачебном лазарете» (хирургический госпиталь № 246 Красного Креста в Зимнем дворце).

В 1918 г. Д.А. Энтин поступил в Военно-медицинскую академию (ВМА), одновременно заведя организованной им зуботехнической лабораторией Петроградского губздравотдела; в 1919 г. отправился на фронт в качестве штатного зубного врача Башкирской дивизии и нештатного консультанта санитарного управления 7-й армии по организации и оказанию помощи челюстно-лицевым раненым. С 1924 г. начал преподавать одонтологию в ВМА, уделяя особое внимание вопросам лечения воспалительных заболеваний и травм челюстно-лицевой области, профилактике болезней зубов; именно с этого времени преподаванию дисциплины придается «военный уклон». С 1929 по 1951 г. он был начальником кафедры стоматологии (с 1942 г. — кафедра челюстно-лицевой хирургии со стоматологией) ВМА. Одновременно в течение ряда лет он являлся заведующим отделами детской (1926—1927 гг.) и терапевтической (1928—1937 гг.) стоматологии Ленинградского научно-практического стоматологического института, а также его научным руководителем (1931—1939 гг.). Д.А. Энтиным была подготовлена глава по повреждениям лица и челюстей, впервые включенная в учебник по военно-полевой хирургии (1931 г.), в 1940 г. под его редакцией вышел в свет учебник «Помощь на фронте раненым в челюстно-лицевую область», в 1939 г. им же опубликовано первое издание учебного пособия «Доврачебная помощь челюстным раненым». Проверкой разработанных в ВМА принципов оказания помощи челюстно-лицевым раненым стали боевые действия у реки Халкин-Гол в 1939 г., советско-финляндский военный конфликт в 1940 г.

С началом Великой Отечественной войны под руководством Д.А. Энтина были разработаны система оказания помощи и методы лечения челюстно-лицевых раненых на различных этапах эвакуации, составлены таблицы оснащения их в войсковом, армейском и фронтовом районах. Таким образом, Д.А. Энтин по праву считается основа-

телем военной челюстно-лицевой хирургии и военной стоматологии в целом в СССР; кроме того, он внес большой вклад в изучение проблем кариеса зубов и пародонтоза, ротового сепсиса, заболеваний пульпы и становление стоматологической науки в целом (Троянский Г.Н., 2004).

Стоматологической службой на Военно-морском флоте руководил В.М. Уваров. В блокадном Ленинграде организацией стоматологической помощи занимались А.А. Лимберг и П.П. Львов. В сентябре 1941 г. все эвакуогоспитали тыловых районов страны были переданы в ведение Наркомздрава СССР и ВЦСПС. Для руководства ими были созданы управления эвакуогоспиталей, возглавляемые опытными специалистами. Организаторами и руководителями стоматологической помощи в системе эвакуогоспиталей Наркомздрава СССР были И.Г. Лукомский, А.И. Евдокимов, Б.Н. Бынин и др.

В основе организации лечебно-эвакуационного обеспечения на фронте и в тылу было проведение единой системы этапного лечения раненых с эвакуацией их по назначению, сортировкой, последовательностью и преемственностью медицинской помощи на каждом этапе. Основными пунктами этапного лечения являлись: медико-санитарный батальон, челюстно-лицевые отделения специализированных хирургических полевых подвижных госпиталей (СХППГ), госпитальные базы армии и фронта. Раненые, нуждавшиеся в длительном лечении, эвакуировались за пределы фронта.

Успехам стоматологии во время Великой Отечественной войны в значительной мере способствовало создание сжатых инструкций для широкого и служебного пользования. Были изданы «Инструкции по вопросу санации полости рта у челюстных раненых» (1942), «Инструкция по лечению челюстно-лицевых ранений» (1942), «Лечение челюстно-лицевых раненых в эвакуогоспиталях» (1942), «Неотложная помощь челюстно-лицевым раненым» (1941), «Лечебно-эвакуационное обслуживание раненых в лицо и челюсть» (1941), «По вопросу эвакуации и сортировки челюстно-лицевых раненых» (1942), «Положение о челюстно-лицевых госпиталях системы Наркомздрава СССР и челюстно-лицевых отделениях при общих хирургических эвакуогоспиталях» (1942), «Организация и методы оказания стоматологической помощи на фронтах Отечественной войны» (1944) и др. В результате

этого во второй половине войны система оказания помощи челюстно-лицевым раненым приобрела еще более совершенную и стройную форму (Бернадский Ю.И., 1983).

Анализ лечения раненых в челюстно-лицевую область дал возможность рационально решить ряд вопросов военной челюстно-лицевой хирургии и ортопедии. Было признано эффективным раннее оперативное вправление отломков при лечении переломов челюстей в случаях безуспешного или малоэффективного эластического вытяжения. Нашли широкое применение активные методы хирургического лечения при огнестрельном остеомиелите челюстей, ранние пластические операции при наличии свежих рубцов и в только что закончившихся воспалительных процессах (Г.А. Васильев, Н.М. Михельсон, В.М. Мухин и др.). По показаниям проводились местные пластические операции при первичной хирургической обработке ран, при гранулирующих ранах (Л.Р. Балон, В.И. Кулаженко и др.). Хирурги-стоматологи пересмотрели сроки костно-пластических операций на нижней челюсти с 6–12 месяцев до 2–4 месяцев после ранения, а иногда и сразу после заживления раны и исчезновения признаков воспаления (Э.А. Александрова, Е.М. Жак, М.П. Жаков, Н.М. Михельсон, М.В. Мухин, И.М. Оксман и др.).

По мере накопления опыта стоматологи разрабатывали оригинальные методы лечения челюстно-лицевых ранений, применяли оригинальные конструкции репонирующих, шинирующих, формирующих и заменяющих шин, аппаратов и протезов. Для лечения и предупреждения осложнений использовали специальные аппараты для механотерапии и протезы при ложных суставах, микростомиях, неправильно сросшихся переломах. Разнообразие клинической картины ранений и заболеваний требовало разработки многочисленных модификаций методов ортопедического лечения челюстно-лицевых повреждений, изобретения различных аппаратов, шин и протезов.

В 1943 г. А.А. Лимберг предложил использовать для костной пластики нижней челюсти расщепленный отрезок ребра. Его метод получил широкое распространение в челюстно-лицевой хирургии. В 1946 г. вышла в свет его книга «Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела», которая была удостоена Сталинской премии. Предложенный В.Ф. Рудько аппарат для лече-

ния переломов нижней челюсти (названный его именем) применялся долгое время во время войны и после ее окончания; затем появились его многочисленные модификации, которые используют и в настоящее время.

Основы функционального направления при лечении переломов челюстей были разработаны В.Ю. Курляндским и изложены им в докторской диссертации (1943) и книге «Функциональный метод лечения огнестрельных переломов челюстей» (1944). Ученый обобщил и проанализировал накопленный опыт лечения огнестрельных переломов челюстей, научно обосновал преимущества одночелюстного шинирования, разработал показания к его применению, предложил комплекс общей и специальной лечебной физкультуры при челюстно-лицевых ранениях с применением механотерапевтических аппаратов.

В 1944 г. на IV пленуме ученого медицинского совета по челюстно-лицевой хирургии при медико-санитарном управлении Военно-морского флота с докладом «Ошибки в лечении челюстно-лицевых раненых» выступил И.Г. Лукомский, который отметил, что в 1943 г. результаты лечения такого вида ранений по основным показателям стали значительно лучше, чем в 1942 г. Функциональное лечение таких раненых привело к положительному результату.

Благодаря четко продуманной и организованной сети специализированных лечебных учреждений в действующей армии и в тылу было полностью излечено и возвращено в строй 85,1% раненых в челюстно-лицевую область, а в группе раненых с изолированными повреждениями мягких тканей лица – 95,5%. По количеству возвращенных в строй среди раненых разных групп раненые в лицо заняли первое место.

М.В. Мухин (1967) писал, что «такого большого числа вернувшихся в строй не было ни в одной из предыдущих войн и ни в одной армии государств, участвовавших во Второй мировой войне».

Вся стоматологическая помощь в военные годы в стране была направлена, главным образом, на лечение челюстно-лицевых раненых. В тылу стоматологическая помощь оказывалась, в первую очередь,

рабочим и служащим, работающим на оборонную промышленность. Поэтому на крупных оборонных предприятиях создавались медико-санитарные части (МСЧ), в состав которых входили закрытые стационары, поликлиники или амбулатории, стоматологические кабинеты, стоматологические отделения с зубопротезными лабораториями.

Объем медицинской помощи гражданскому населению во время войны был сокращен из-за разрушения амбулаторий и их закрытия на оккупированных территориях страны. В связи с временной оккупацией немцами Харькова и блокадой Ленинграда, где располагались заводы по производству зубопротезных материалов, значительно ухудшилось снабжение ими медицинских учреждений. За два первых военных года стоматологическая помощь сократилась вдвое; вообще за годы войны здравоохранение лишилось 6 тыс. больниц, 33 тыс. поликлиник, диспансеров и амбулаторий, 976 санаториев и 655 домов отдыха, 1125 санэпидстанций, 60 фабрик и заводов медицинской промышленности.

В декабре 1943 г. на коллегии Наркомздрава СССР были обсуждены основные направления развития стоматологической помощи в стране на ближайшие годы. Приказ Наркомздрава СССР № 654 предписывал к 25 января 1944 г. укомплектовать все вакантные должности зубными врачами и стоматологами за счет врачей, работавших в годы Великой Отечественной войны не по специальности. Предусматривалось организовать при стоматологических институтах клиническую ординатуру для подготовки специалистов. Приказ обязывал также медицинскую промышленность в ближайшее время обеспечить сеть зубопротезных и зуботехнических учреждений всеми необходимыми материалами и инструментарием. С конца 1943 г. число восстановленных и вновь организованных стоматологических учреждений стало возрастать; по сравнению с довоенным уровнем к 1 января 1945 г. их было уже 92% в городах и 80% в сельской местности. Зубопротезные отделения были восстановлены на 60% в городах и на 32% в сельской местности (И.Г. Лукомский, 1946).

В 1945 г. состоялась Всесоюзная конференция стоматологов, на которой был подведен итог колоссального опыта работы стоматологов на фронтах и в тылу страны. Обобщению опыта лечения раненых

с челюстно-лицевыми повреждениями в условиях военных действий были посвящены многочисленные публикации. Большое значение имели научные работы тех лет: «Военная челюстно-лицевая хирургия» Д.А. Энтина (1941), «Огнестрельные ранения лица и челюстей и их лечение» А.А. Лимберга (1941), «Лечение челюстно-лицевых повреждений в тыловых госпиталях» В.М. Уварова (1942), «Травматические остеомиелиты» И.Г. Лукомского (1942), «Пластические операции па лице» А.Э. Рауэра и Н.М. Михельсона (1943), «Восстановительная хирургия лица и других органов» Г.Р. Курбанова (1944), «Функциональный метод лечения огнестрельных переломов челюстей» В.Ю. Курляндского (1944) и др. Особое место занимает коллективный труд «Огнестрельные ранения и повреждения лица и челюстей», опубликованный в книге «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», в написании которого принимали участие виднейшие специалисты страны.

Военные медики с честью выполнили свой гражданский и профессиональный долг. Самоотверженный труд многих медицинских работников был отмечен орденами и медалями, а зубной врач Б.П. Бегоулев стал первым среди медиков Героем Советского Союза.

В послевоенные годы исключительное значение приобрело решение вопросов врачебно-трудовой экспертизы и правильное определение путей и возможностей трудоустройства и приспособления к труду инвалидов Великой Отечественной войны.

В.Ю. Курляндский писал: «...снижение инвалидности является благороднейшей задачей исследователя». В 1948 г. был издан его труд «Клиника и экспертиза трудоспособности при заболеваниях и повреждениях лица и челюстей», который был первой попыткой проанализировать и обобщить большой материал, накопившийся у отечественных специалистов и лично у автора по экспертизе трудоспособности и реабилитации инвалидов.

В 1946 г. в Москве при челюстно-лицевом госпитале был организован стоматологический центр, в котором был сформирован стоматологический совет. В состав совета вошли профессор А.Э. Рауэр, Н.М. Михельсон, И.Г. Лукомский, А.И. Евдокимов, Е.Е. Платонов,

А.Е. Верлоцкий, Б.Н. Бынин, И.М. Старобинский, Г.А. Васильев и другие специалисты. Центр осуществлял организационно-методическое руководство работой районных и городских стоматологов.

В 1950 г. увидела свет монография «Восстановительная хирургия лица» Н.И. Агапова, в которой автор обобщил опыт лечения челюстно-лицевых ранений методом реконструктивной хирургии. Николай Иванович Агапов (1883–1966) в 1909 г. окончил медицинский факультет Казанского университета, работал земским врачом, врачом-хирургом и стоматологом в Симбирске, Самаре, Казани и Иркутске; занимался челюстно-лицевой хирургией и преподавательской работой в Иркутском медицинском институте, где в 1921 г. организовал кафедру стоматологии. В 1926 г. Н.И. Агапов защитил докторскую диссертацию «Зубная система при врожденном сифилисе», в 1929 г. возглавил кафедру стоматологии медицинского факультета Северо-Кавказского университета в Ростове. В годы Великой Отечественной войны был ведущим челюстно-лицевым хирургом в специализированных госпиталях Ростова-на-Дону и Сочи. После демобилизации в 1946 г. Н.И. Агапов руководил курсом «стоматология» при кафедре госпитальной хирургии в Ростовском медицинском институте. В опубликованной им книге были представлены результаты оперативных вмешательств при различных повреждениях лица, языка, челюстей, небного свода с использованием местных тканей и филатовского стебля, а также приведен отчет о работе группы челюстно-лицевых отделений и госпиталей в г. Сочи за период 1941–1945 гг.

В первые послевоенные годы основное внимание организаторов здравоохранения было уделено ликвидации санитарных последствий войны, в том числе восстановлению разрушенной во время войны сети стоматологических учреждений.

В послевоенный период Министерством здравоохранения СССР были изданы приказы и инструктивно-методические письма, направленные на организацию и улучшение стоматологической службы в стране. Например, в приказе МЗ СССР от 10.09.1947 № 363 «О мероприятиях по улучшению стоматологической помощи» отмечалось

отсутствие профилактической направленности деятельности стоматологических учреждений и устанавливалась необходимость организации отделов, секторов и инспекций по стоматологической помощи в составе лечпрофуправлений и должностей внештатных областных и городских стоматологов при всех соответствующих отделах здравоохранения.

В июле 1949 г. вышел приказ МЗ СССР № 549 «Об улучшении стоматологической помощи населению», который обязывал устранить недостатки в работе стоматологической службы в РСФСР. На тот момент в республике было более 300 районов, в которых не было ни одного не только стоматолога, но и зубного врача. В союзных республиках (Таджикистан, Узбекистан, Туркменистан и др.) некоторые районы были полностью лишены стоматологической помощи. Больные были вынуждены ехать в Москву или другие крупные города, где они могли получить только консультативную помощь и рекомендации лечиться по месту жительства.

4 февраля 1950 г. МЗ СССР издало приказ, на основании которого были разработаны штатные нормативы медицинского персонала стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов, нормы нагрузки для врачей-стоматологов. 25 октября 1951 г. МЗ СССР разработало инструктивно-методическое письмо «О качественных показателях работы стоматологических поликлиник, отделений, кабинетов», где были рекомендованы определенные показатели по всем основным видам стоматологического приема. В том же году был издан приказ МЗ СССР № 977 «О предельных ценах на зубные протезы, ортопедической помощи детям и подросткам», согласно которому ортодонтическая помощь детям и подросткам должна была оказываться бесплатно, за счет ассигнований из бюджета.

Все эти меры способствовали совершенствованию советской стоматологической службы. За десять послевоенных лет число стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов в СССР увеличилось в городах в 1,2 раза и в сельской местности – в 2,5 раза, число зубопротезных учреждений увеличилось в городах в 3,5 раза, а в сельской местности – в 8,6 раза. Тем не менее уровень развития стоматологической помощи все еще отставал от потребностей населения (Данилов Е.О., 1997).

Согласно приказу МЗ СССР от 29 октября 1954 г. в городских лечебных учреждениях были установлены должности специалистов-стоматологов из расчета 3,5 врача на 10 тыс. населения. В 50-е гг. возникла характерная для дальнейшего развития отечественной стоматологической службы тенденция к развертыванию крупных поликлиник; число которых с 1950 по 1960 г. увеличилось, по данным А.Г.Сафонова (1964), в 2,5 раза.

В 1961 г. Совет Министров СССР вынес постановление «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению», в котором были отмечены факты, свидетельствующие об отставании стоматологической службы СССР, и намечена программа по преодолению имеющихся недостатков, реализация которой была воплощена приказом министра здравоохранения СССР № 386 от 2 сентября 1961 г.

Расширение сети стоматологических учреждений и рост численности стоматологических кадров обусловили дальнейшее расширение объема стоматологической помощи населению, увеличение числа посещений к врачам-стоматологам. В 1960-70-е гг. преимущественно развивалась сеть крупных стоматологических учреждений, чему способствовал положительный опыт организации стоматологической помощи в Ленинграде (Уваров В.М., Палкин И.И., 1964). Только за период с 1961 по 1965 г. число крупных стоматологических поликлиник увеличилось в 2 раза (Данилов Е.О., 1997). Следует отметить, что процесс укрупнения и специализации стоматологических учреждений в ряде случаев проводился без учета степени концентрации населения, развитости транспортных коммуникаций и др. (Белокурова Л.П., 1977).

5 июля 1968 г. ЦК КПСС и Совет Министров СССР приняли постановление № 517 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране», в котором предусматривалось улучшение стоматологической помощи населению страны за счет дальнейшего роста сети лечебных стоматологических учреждений, строительства крупных специализированных стоматологических поликлиник, зубопротезных лабораторий, оснащенных по последнему слову техники, совершенствования организационных форм стоматологической помощи. В 1970 г. был принят закон «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохра-

нении», который был призван способствовать дальнейшему улучшению охраны здоровья народа.

Задачи здравоохранения в области стоматологии на 1971–1975 гг. были отражены в докладе министра здравоохранения СССР Б.В. Петровского на Всесоюзном совещании актива работников здравоохранения (1971): «Нужно обратить особое внимание на развитие сети стоматологических поликлиник и стоматологических отделений, быстрее внедрять в практику стоматологических учреждений современные материалы и методы обезболивания, лечения и протезирования, улучшить профилактику, и прежде всего, среди детей» (Медицинская газета. 1971. 1 декабря. № 92. С. 2).

К началу 1970-х гг. обеспеченность врачами-стоматологами населения в городах СССР в среднем составляла 4,4 специалиста на 10 тыс. населения, причем большинство из них составляли врачи со средним образованием (Данилов Е.О., 1997). К 1972 г. в стране насчитывалось 783 самостоятельные стоматологические поликлиники, 13922 отделения и кабинета в городах, 10781 – в сельской местности.

Подъем материального и культурного уровня населения, успехи в развитии науки и техники повысили требования к оказанию медицинской помощи. В 1971–1975 гг. материальная база здравоохранения и медицинской науки получила дальнейшее развитие. 5 ноября 1976 г. вышло в свет постановление Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» и приказ министра здравоохранения СССР от 10 декабря 1976 г. за № 1166 «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению». Предусматривалось открыть еще 466 стоматологических поликлиник, ввести в строй 4390 стоматологических отделений и кабинетов, 702 зубопротезных отделения и кабинета, больше половины из них – в сельской местности; предполагался переход к участковому принципу стоматологического обслуживания, обеспечение круглосуточной неотложной стоматологической помощи в крупных городах страны, проведение эксперимента по учету труда стоматологов на основании фактически выполненной работы, а не в зависимости от числа посещений. Приказом МЗ СССР № 950 были утверждены новые штатные нормативы стоматологического персонала для амбулаторно-поликлинических учреждений.

Вплоть до 90-х гг. XX столетия улучшение стоматологической помощи шло по количественному пути увеличения кадров и числа стоматологических учреждений.

Число стоматологических поликлиник за 1980-е гг. увеличилось в 1,6 раза, обеспеченность врачами-стоматологами составила к 1990 г. в среднем 4,9 на 10 тыс. населения, однако стоматологическое обслуживание при этом практически не улучшилось (Данилов Е.О., 1997).

В приказе МЗ СССР «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» от 12 июня 1984 г. № 670 констатировалось отставание организации и качества стоматологической помощи от достижений медицинской науки и возможностей практики. В этом приказе предусматривалось выполнение целой программы мероприятий, а именно:

- обеспечить дальнейшее развитие сети стоматологических поликлиник, отделений, кабинетов, особенно детских;
- укомплектовать стоматологические поликлиники, отделения, кабинеты врачами и средним медицинским персоналом в соответствии с установленными штатными нормативами и обеспечить систематическое повышение квалификации;
- обеспечить организацию стоматологических кабинетов на всех промышленных предприятиях и высших учебных заведениях;
- обеспечить внедрение комплексной программы профилактики кариеса зубов;
- принять неотложные меры по обеспечению работы фтораторных установок;
- обеспечить плановую санацию полости рта детям, подросткам, взрослым;
- принять меры к внедрению в практику современных методов местного и общего обезболивания.

Согласно приказу МЗ СССР от 5 мая 1983 г. № 534 на базе нескольких поликлиник страны был проведен эксперимент, направленный на повышение эффективности стоматологической помощи населению путем увеличения ее объема за одно посещение; хорошие результаты свидетельствовали о целесообразности внедрения этого метода в

практику здравоохранения, однако при этом неизбежно вставал вопрос финансирования с учетом интенсивности деятельности стоматологических учреждений.

В 1987 г. в решении коллегии МЗ СССР «О состоянии стоматологической помощи в стране и мерах по ее улучшению» констатировалось несовершенство существующей системы учета деятельности стоматологических учреждений. Для ускорения развития стоматологической помощи населению, упорядочения системы учета труда врачей стоматологического профиля и ориентации их работы на конечные результаты приказом МЗ СССР «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема» от 25 января 1988 г. № 50 введена система учета труда врачей, основанная на измерении объема их работы в условных единицах трудоемкости (УЕТ). Был определен перечень из 183 видов работ с соответствующей их оценкой в УЕТ, являющихся экономическим эквивалентом трудозатрат на выполнение мероприятий по стоматологическому обслуживанию. УЕТ предлагалось рассматривать как элемент экономической оценки деятельности стоматологических учреждений и служб, на основе которого при разумном подходе может осуществляться финансирование стоматологической помощи, с учетом оказания максимально возможных объемов помощи населению в одно посещение (Лабунец В.А. и др., 2010).

Отмена учета и отчетности по посещаемости и переход к оценке работы стоматолога по УЕТ, по мнению В.К. Леонтьева (2005), стали первым этапом новейшей истории стоматологии, поскольку деятельность стоматолога стали оценивать по конкретной работе (а не по «посещениям»); стало возможным оказание максимальной помощи пациенту за одно посещение (что позволило сократить время лечения); был закрыт канал приписок; впервые в истории страны вся работа врача в одной из самых массовых специальностей была объективизирована.

К сожалению, на практике этот закон действует далеко не всегда; опрос руководителей стоматологических служб и учреждений из числа участников VII Всероссийского съезда стоматологов (2001 г.) по-

казал, что лишь единицы из них знают о существовании «Методических рекомендаций» Минздрава СССР (1988 г.) к приказу от 25 января 1988 г. № 50, и практически никто из них не использует их для обоснований требований при финансировании по УЕТ (Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., 2003).

Приказ МЗ СССР «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема» от 25 января 1988 г. № 50 также предусматривал совершенствование организации стоматологического приема путем максимального объема помощи в одно посещение. В то же время предоставление Минздравом СССР дополнительных прав руководителям органов и учреждений здравоохранения по введению индивидуальных для регионов штатных нормативов должностей и норм нагрузок привело к сокращению и общего числа посещений, и объема помощи, оказываемой пациенту в одно посещение. Таким образом, во второй половине 1980-х гг. отмечалось снижение всех основных показателей стоматологической помощи (Данилов Е.О., 1997).

В целях ускорения развития стоматологической помощи населению приказом МЗ СССР «О комплексной программе развития стоматологической помощи населению» от 18 ноября 1988 г. № 830 была утверждена комплексная программа развития стоматологической помощи в стране до 2000 г., в которой предусмотрено:

- увеличение численности врачей-стоматологов из расчета 5,9 должностей на 10 тыс. населения;
- увеличение числа стоматологических поликлиник, в том числе хозрасчетных;
- развитие стационарной стоматологической помощи;
- развитие материально-технической базы стоматологической службы;
- открытие новых стоматологических факультетов, факультетов усовершенствования врачей, подготовка научных и педагогических кадров;
- развитие детской стоматологии, особенно ортодонтической помощи;
- разработка и выпуск новых пломбирочных материалов;

- увеличение объема помощи при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки полости рта;
- широкое внедрение анестезиологических пособий в стоматологическую практику;
- создание центров по оказанию помощи больным с врожденными и приобретенными пороками развития;
- разработка и внедрение мероприятий по профилактике и ранней диагностике злокачественных новообразований челюстно-лицевой области;
- укрепление ортопедических отделений и зуботехнических лабораторий;
- совершенствование методов диагностики (рентгенография, функциональная диагностика).

90-е гг. XX столетия принесли коренные изменения в государственном устройстве страны. Произошел распад СССР. Все бывшие республики СССР получили самостоятельность и стали суверенными государствами. Россия стала Российской Федерацией. Деятельность лечебно-профилактических учреждений в Российской Федерации, в том числе и стоматологических, независимо от их организационно-правовой основы и формы собственности, регламентируется Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1.

С распадом СССР, формированием рыночных отношений в России, в организации, управлении и структуре стоматологической службы страны произошли серьезные изменения. В 1991 г. был введен в действие Федеральный закон РФ «О медицинском страховании граждан РФ», в 1993 г. Федеральный закон «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» с ориентацией на функционирование здравоохранения в системе рыночных отношений. Этот год официально считается началом периода реформирования системы здравоохранения РФ. Предпосылками к принятию этих законов служили недостатки финансирования здравоохранения, бесплатная бюджетная медицина, увеличивающаяся обращаемость за медицинской помощью при увеличении количества врачей, объема проводимых исследований и числа медицинских услуг. Рост количественных показателей деятельности здравоохранения не способствовал улучшению

показателей качества медицинской помощи (Лисицын Ю.П., Таранов А.М., Савельева Е.Н., 2001; Петухова В.В., Гурдус В.О., Айвазова М.В., Нестеренко Н.В., 2001).

Введение новой системы финансирования и организации здравоохранения предполагало оказание лечебно-профилактической помощи за счет государственных и накопленных личных денежных средств граждан. В качестве основы реформирования здравоохранения закон утверждал систему социального страхования в виде системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и добровольного медицинского страхования (ДМС). Закон направлял деятельность медицинских учреждений на получение прибыли от оказания медицинских услуг. Более того, деятельность лечебных учреждений в создавшихся условиях считается «предпринимательской» на условиях ДМС и «иной», т.е. частной предпринимательской (ст. 2, ФЗ РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1; ФЗ РФ от 9 января 1996 г. № 2). Закон был направлен на достижение главной цели реформирования здравоохранения – получения дополнительных источников финансирования и улучшения качества медицинской помощи населению в рамках программы государственных гарантий (Кучеренко В.З., 1997).

В основу государственного управления здравоохранением РФ были заложены следующие организационные принципы:

1. Общедоступность. Гарантированное право на бесплатное получение медицинских услуг, включенных в программу ОМС всех граждан, независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода. Нормы ОМС распространяются на работающих граждан с момента заключения с ними договора.

2. Государственность. Государство является непосредственным страхователем для неработающей части населения (учащиеся, студенты, пенсионеры).

3. Некоммерческий характер. Средства ОМС не могут стать доходом или прибылью юридических и физических лиц, являющихся учредителями страховых медицинских компаний.

4. Общественная солидарность и социальная справедливость. Все граждане имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств ОМС. Страховые платежи по ОМС увеличиваются за счет средств ОМС.

Согласно ФЗ РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991), обязательное медицинское страхование является всеобщим для населения России и реализуется в соответствии с программами (федеральными, территориальными), которые гарантируют объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам.

Согласно ФЗ от 2 декабря 2000 г. № 139 «О внесении изменений и дополнений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», в части четвертой ст. 20 гражданам России гарантируется оказание бесплатной медицинской помощи по базовой программе ОМС по перечню ее видов, включавшему стоматологическую помощь. Детям, подросткам, инвалидам, участникам ВОВ, беременным женщинам и родильницам, а также больным туберкулезом, онкологическими заболеваниями, психическими расстройствами, больным после инфарктов и инсультов гарантируются профилактические мероприятия. Объем медицинской помощи установлен нормативами «Программы государственных гарантий», утвержденной Постановлением Правительства РФ № 1096 от 11 сентября 1998, 2001 гг.

В связи с процессом освоения новых технологий профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний, внедрением современных материалов, инструментов, аппаратуры и в целях повышения эффективности работы и улучшения качества стоматологической помощи населению был издан приказ МЗ РФ «О совершенствовании системы учета труда врачей стоматологического профиля» от 2 октября 1997 г. № 289. Этот приказ, а также приказ МЗ РФ № 312 (1996), «Методические рекомендации» (2001) МЗ РФ совместно Минфином и Фондом ОМС стали законодательной базой, которая упорядочила и решила многие проблемы в работе стоматологов в новых экономических условиях.

Изданию приказа МЗ РФ «Об организации стоматологических учреждений в новых экономических условиях хозяйствования» от 6 августа 1996 г. № 312 предшествовали: недостаточное бюджетное финансирование стоматологических учреждений, невозможность фондов ОМС компенсировать дефицит бюджета, что привело к снижению уровня удовлетворения потребности в стоматологической помощи и ее качества, сдерживало внедрение в практику новых технологий. Ру-

ководителям органов управления здравоохранением было рекомендовано предусмотреть:

- бюджетное финансирование стоматологических учреждений в зависимости от выполненного объема работ (в УЕТ);
- расходы, не восстанавливаемые бюджетом или фондом ОМС, компенсировать за счет хоздоговорной деятельности в рабочее время;
- вести отдельный учет и накопление имущества, приобретенного в результате хоздоговорной деятельности;
- вести раздельный статистический и финансовый учет в зависимости от источников финансирования.

Этот приказ способствовал развитию системы платных услуг, что позволило изыскать дополнительные источники финансирования и предотвратить распад государственного сектора специальности, сохранить помещения и здания, улучшить материальное обеспечение поликлиник, обновить оборудование и материалы, увеличить зарплату сотрудникам стоматологических учреждений.

Для обеспечения граждан гарантированной бесплатной стоматологической помощью было решено провести реформирование стоматологической службы. Приказом МЗ РФ «Об утверждении плана мероприятий по подготовке проведения реформы стоматологической службы» от 2 июля 1999 г. № 259 утвержден план подготовки, предусматривающий порядок аренды, механизм приватизации стоматологических учреждений, их паспортизацию, разработку сроков гарантий и др.

Возникновение частного сектора специальности в конце 80-х – начале 90-х гг. ознаменовало новый период истории отечественной стоматологии.

Взаимодействие государственного и частного секторов складывается не в пользу государства: слабая материально-техническая база государственных учреждений, недостаточность бюджетного финансирования (в 1990-е гг. применительно к стоматологии оно упало до 20–40% от потребности), дефицит производственных площадей, износ зданий и помещений, особенно в сельской местности, низкая оплата труда врачей повлекли за собой отток квалифицированных кад-

ров из государственного сектора в частный. К 2000 г. в стране было более 5 тыс. частных стоматологических поликлиник и кабинетов, из них около тысячи – в Москве. В 2001 г. в Серпухове состоялся первый съезд частных стоматологов России.

С появлением фирм, выпускающих отечественные материалы и инструментарий, реализующих изделия зарубежных фирм, российским стоматологам стали доступны новейшие мировые технологии и методики. Стоматология стала более результативной: в клиническую практику вошли новые полимерные и стеклоиономерные пломбировочные материалы, металлокерамические конструкции протезов, стала развиваться трансплантология, начали внедряться современные хирургические методики лечения заболеваний пародонта. Медицинская информация стала более доступной: кроме журнала «Стоматология» (с 1922 г.), стали издаваться новые журналы «Новое в стоматологии» (Москва), «Пародонтология» (С.-Петербург), «Челюстно-лицевая хирургия» (Новосибирск), «Клиническая стоматология» (Москва), «Стоматология детского возраста и профилактика» и др.

С другой стороны, частный сектор стоматологии утратил основной принцип государственной стоматологии – плановую профилактику на основе профилактических осмотров, за которые так ратовал в конце XIX в. первый профессор зубоврачевания А.К. Лимберг.

Несмотря на то что в настоящее время основная роль отводится государственному сектору медицинских учреждений, стоматологическая профилактика как среди взрослых, так и среди детей теряет свою былую активность, что ведет к увеличению стоматологической заболеваемости.

Значительную роль в развитии отечественной стоматологии играли съезды стоматологов, а также создание всесоюзных и российских обществ стоматологов. Первые три всесоюзных одонтологических съезда (Москва, 1923, 1924; Ленинград, 1928) были посвящены проблемам кариеса зубов и болезни пародонта. IV Всесоюзный съезд стоматологов (Москва, 1962) – состоянию и перспективам развития стоматологической помощи населению, также обсуждались вопросы, связанные с кариесом зубов и его осложнениями. На V

Всесоюзном стоматологическом съезде (Киев, 1968) обсуждались вопросы стоматологической помощи детям. В программу VI Всесоюзного съезда стоматологов (Ленинград, 1975) были включены вопросы совершенствования стоматологической помощи населению, а также проблемы заболеваний пародонта. На VII Всесоюзном съезде стоматологов (Ташкент, 1981) обсуждались вопросы организации стоматологической помощи, проблемы профилактики и лечения воспалительных заболеваний и травм челюстно-лицевой области. VIII Всесоюзный съезд стоматологов (Волгоград, 1987) был посвящен вопросам ортопедической стоматологии.

Кроме Всесоюзного научного общества стоматологов, научные общества стоматологов имелись во всех союзных республиках; в 1965 г. было организовано Всероссийское научное общество стоматологов, которое возглавил член-корреспондент АМН, заслуженный деятель науки, профессор А.И. Евдокимов. Было проведено 6 всероссийских съездов стоматологов: I – в 1965 г. в Калинин, II – в 1970 г. в Смоленске, III – в 1976 г. в Волгограде, IV – в 1982 г. в Ульяновске, V – в 1988 г. в Новосибирске и VI – в 1996 г. в Москве.

Большую роль в развитии стоматологии сыграла зарегистрированная в феврале 1993 г. Министерством юстиции Стоматологическая ассоциация России (СтАР), основная роль которой заключается в защите и охране прав стоматологов перед лицом государства и общества. В апреле 1993 г. состоялся I съезд Ассоциации, на котором был избран первый президент СтАР заслуженный деятель науки РФ, профессор Е.В.Боровский. В мае 1994 г. состоялся II съезд, в сентябре 1996 г. – III съезд, на котором президентом стал академик РАМН, профессор В.К.Леонтьев.

Валерий Константинович Леонтьев родился 24 января 1939 г. в Баку. После окончания в 1962 г. с отличием стоматологического факультета Омского государственного медицинского института им. М.И. Калинина и клинической ординатуры по терапевтической стоматологии работал ассистентом кафедры биохимии того же института; с 1970 г. возглавлял Центральную научно-исследовательскую лабораторию Омского ГМИ; с 1980 г. заведовал вновь созданной в институте кафедрой стоматологии детского возраста; с 1986 г. – заместитель директора по научной работе Центрального научно-исследовательско-

го института стоматологии МЗ СССР, с 1986 г. – главный стоматолог Министерства здравоохранения СССР, с 1990 по 1993 г. – директор Центрального НИИ (оставался заместителем директора до 2003 г.), с 1996 г. по 2004 г. – главный стоматолог Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В сферу научных интересов В.К. Леонтьева входят фундаментальные проблемы стоматологии, профилактика стоматологических заболеваний, организация и управление стоматологической службой. В 1969 г. он защитил кандидатскую диссертацию «Белки минерализованных тканей здоровых зубов и при кариесе», в 1979 г. – докторскую «Кариес и процессы минерализации». Он выполнил ряд пионерских исследований: предложил молекулярную модель строения эмали зубов, доказал реминерализующую функцию слюны, изучил проблемы растворимости эмали зубов в норме и при патологии. На основе разработанного им механизма применения искусственной слюны созданы и внедрены в клиническую практику средства для профилактики кариеса (кальций-фосфат гели). При его непосредственном участии разработано и успешно применяется более 50 клинико-лабораторных методов изучения тканей и жидкостей рта, методики оценки тактильной чувствительности зубов и др. В 1999 г. он был избран членом-корреспондентом, в 2004 г. – академиком Российской академии медицинских наук.

С участием СтАР созданы 68 территориальных ассоциаций стоматологов, которые участвуют в осуществлении многих стоматологических проектов, в том числе в Стоматологической образовательной программе, которой охвачено более 1 млн первоклассников.

Главной задачей стоматологии на современном этапе является обеспечение качественной гарантированной бесплатной стоматологической помощи населению. Для успешного решения поставленных задач необходимо активное реформирование стоматологии, повышение уровня подготовки кадров врачей стоматологического профиля, внедрение в стоматологическую практику новейших достижений науки и техники с использованием современных технологических исследований.

2.2. Подготовка специалистов стоматологического профиля – зубных врачей и врачей-стоматологов

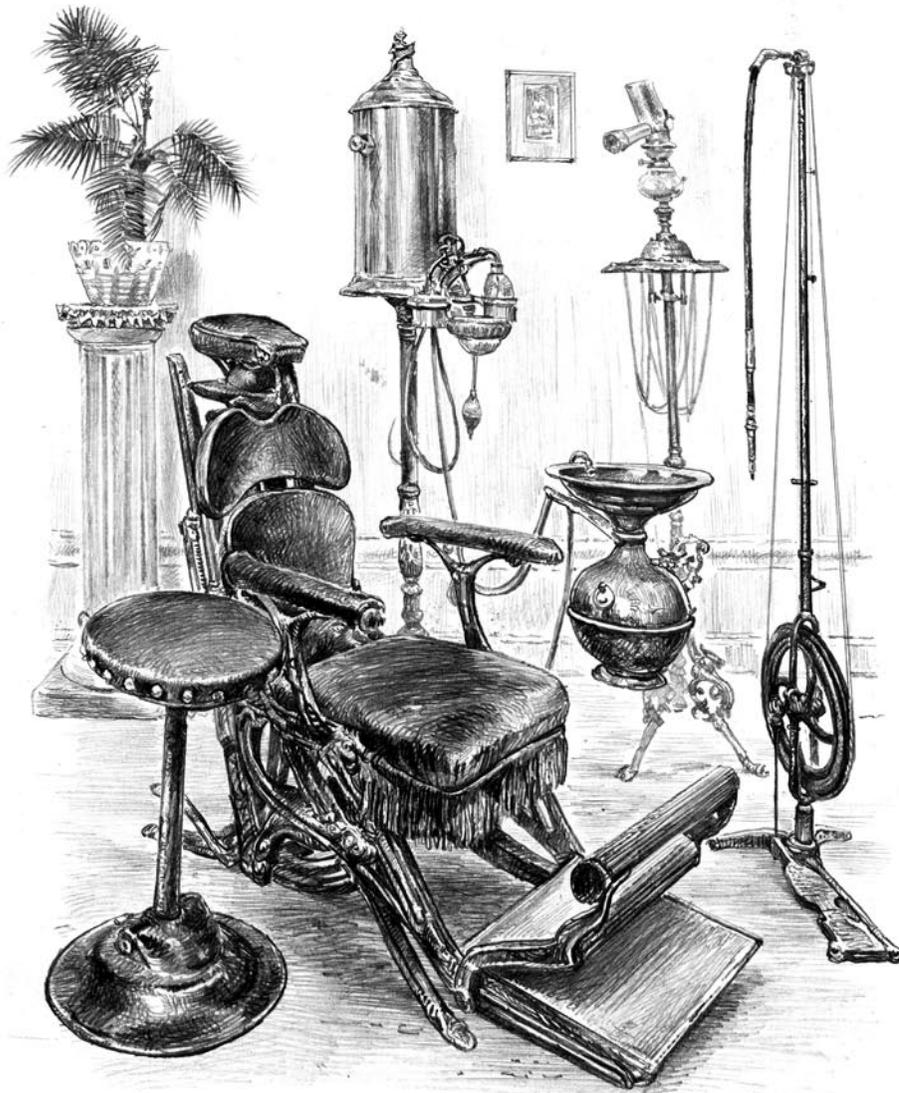
После победы Октябрьской революции 1917 г. зубные врачи и дантисты были уравнены в правах – им было присвоено звание специалистов по зубным болезням, тем более что было решено радикально изменить всю систему подготовки кадров. Были закрыты зубоучебные школы, а подготовка дантистов была прекращена еще в начале XX в.

1 октября 1918 г. вышел декрет Народного комиссариата здравоохранения и Народного комиссариата просвещения о реформе зубоучебного образования, в котором говорилось: «Отныне зубоучебное образование будет неразрывно связано со всей системой высшего медицинского образования».

На медицинских факультетах некоторых университетов стали создавать одонтологические отделения, в составе которых предусматривались три профильные кафедры: патологии и терапии зубных болезней, протезной техники, хирургии челюстей и полости рта. Но из-за отсутствия материальной базы и квалифицированных преподавателей открыть одонтологические отделения в те годы не удалось.

24 марта 1920 г. было издано постановление Наркомздрава и Наркомпроса о создании на медицинских факультетах государственных университетов кафедр одонтологии с соответствующими клиниками, на которых предполагалось преподавание специального курса по всем разделам стоматологии.

В 1919 г. профессором Н.А.Астаховым была организована кафедра одонтологии в Донецком медицинском институте, в 1920 г. профессор Л.А.Говсеев создал кафедру одонтологии и челюстной хирургии на медицинском факультете I Московского государственного университета, а в Казанском медицинском институте кафедру одонтологии и стоматологии открыл профессор П.А.Глушков. В последующие годы одонтологические кафедры при медицинских факультетах были открыты в Астрахани, Воронеже, Иркутске, Ленинграде, Минске, Тифлисе и других городах. Среди руководителей



кафедр были Н.И. Агапов, Г.И. Вильга, С.Н. Вайсблат, А.И. Евдокимов, А.И. Едидеридзе, П.Н. Карташов, К.И. Коган, А.А. Лимберг, И.Г. Лукомский, П.П. Львов, И.М. Старобинский, Г.Л. Фельдман, Д.А. Энтин и другие ученые.

В 1919 г. был организован Государственный одонтологический институт в Киеве, преобразованный позднее в одонтологический факультет Киевского медицинского института. Первым деканом факультета был заведующий кафедрой одонтологии и зубного протезирования профессор К.П. Тарасов.

В 1921 г. профессор Е.М. Гофунг организовал одонтологический факультет в Харьковском государственном медицинском институте, где занял должность декана факультета. Одонтологические факультеты на Украине, созданные в 1921 г., в 1930 г. были реорганизованы в стоматологические институты.

На одонтологических факультетах Украины стоматологические кадры стали готовить в течение 3,5 лет. Количество зубных врачей увеличилось, а качество подготовки из-за недостаточных общемедицинских знаний было невысоким. Против организации одонтологических факультетов выступал П.Г. Дауге, который так характеризовал одонтологические факультеты: «Одонтологический факультет был и остался реформированной зубоучебной школой, получившей громкую вывеску, но не изменившей своего внутреннего облика. Кончивший одонтологический факультет специалист является, в силу вещей, узким специалистом в своей области (не врачом в широком смысле этого слова), но, несомненно, с несколько повышенной биологической и общемедицинской подготовкой по сравнению с зубным врачом старой формации».

Специалистов по одонтологии на медицинских факультетах готовили путем прохождения специального курса стажировки в одонтологических клиниках и других лечебных учреждениях. Такую специализацию позднее проводил Государственный институт зубоучебания (ГИЗ), а также некоторые крупные показательные зубоучебные учреждения областных и республиканских центров. Реформа зубоучебного образования предусматривала повышение уровня медицинских знаний зубных врачей путем усовершенствования.

Первые курсы усовершенствования были открыты в 1919 г. в Москве. Курсанты, а это были зубные врачи, ранее закончившие частные

зубоучебные школы, в течение двух месяцев слушали лекции, выполняли практические задания по всем разделам зубоучебания.

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

2 апреля 1922 г. было издано постановление коллегии Наркомздрава РСФСР о создании Государственного института зубоучебания (ГИЗ). Институт был создан на месте бывшей зубоучебной школы И.М. Коварского (Долгоруковская, 18), а затем – Дома советского зубоучебания.

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

Первым директором института стал М.Б. Янковский (протоколы заседаний Зубоучебной секции Наркомздрава РСФСР, ГАРФ, фонд 482, оп. 1, дело № 538, л. 4.). Главным направлением научных исследований института стало стоматодонтологическое. Усилия сотрудников сосредоточились на решении 2 основных проблем: изучении природы кариеса зубов и альвеолярной пиорреи. Соратниками директора были такие видные ученые, как Я.С. Утштейн, М.С. Неменов, М.О. Коварский, Н.М. Вильник, А.И. Евдокимов. Последний после смерти М.Б. Янковского в январе 1923 г. был назначен исполняющим обязанности директора института, а затем утвержден в должности его руководителя (протоколы заседаний Зубоучебной секции Наркомздрава РСФСР, ГАРФ, фонд 482, оп. 1, дело № 538, л. 4; личное дело Евдокимова А.И.,

архив МГМСУ, фонд 1057, оп. 6, дело № 227, 145 л.). Организационный и административный талант заслуженного деятеля науки РСФСР, члена-корреспондента АМН СССР, Героя Социалистического Труда А.И. Евдокимова способствовал быстрому развитию института.

Оценивая итоги пятилетней деятельности ГИЗа, Н.А. Семашко в 1927 г. отмечал, что в стенах ГИЗа было подготовлено немало научных работников, которые двигают вперед дело научного и практического зубоврачевания; в нем могли на курсах усовершенствования пополнить и развить свои знания многие и многие сотни зубных врачей. Позднее народный комиссар здравоохранения так оценивал деятельность института: «...институт является теперь штабом многочисленной армии работников в области зубоврачевания, и если сейчас одонтологическое образование заняло свое место в рядах высшего медицинского образования, если созданы основы для дальнейшего развития зубоврачебного дела в Советском Союзе, если подготовлены командиры-организаторы государственного зубоврачевания, если зубоврачебная наука так двинулась вперед в нашей стране, то этим всем мы обязаны прежде всего Государственному институту стоматологии и одонтологии».

14 апреля 1927 г. Государственный институт зубоврачевания был переименован в Государственный институт стоматологии и одонтологии (ГИСО) (приказы по Народному комиссариату здравоохранения за 1927 г. ГАРФ, фонд 482, оп. 1, дело № 603, л. 50). ГИСО также готовил кадры и путем усовершенствования и специализации зубных врачей, окончивших медицинские факультеты, организовывал стоматологическую помощь населению, занимался разработкой научных проблем, в круг которых входили патология и терапия болезней зубов и полости рта, хирургия челюстно-лицевой области, зубочелюстная ортопедия и зубопротезирование.

В 1932 г. ГИСО был переименован в Государственный научно-исследовательский институт стоматологии и одонтологии (ГНИИСО), и лишь с этого момента научная работа института стала плановой. Кафедр в ГНИИСО не было; вместо них были созданы патологическое, морфологическое, хирургическое отделения, отделение соцстоматологии, лаборатория по стальному протезированию. В 1933 г. создается Центральная научно-исследовательская зубопротезная лаборатория для массового изготовления стальных зубных протезов.

1 сентября 1939 г. было проведено объединение ГНИИСО с МСИ в Московский государственный стоматологический институт (МГСИ), первым директором которого стал доцент Д.С. Дышлис. В том же году состоялся первый выпуск 79 врачей-стоматологов. К началу Великой Отечественной войны МГСИ представлял собой вуз с 25 кафедрами, в котором велась научно-исследовательская работа по изучению кариеса, пародонтоза, поражений слизистой оболочки полости рта, челюстно-лицевых травм.

Специализация и усовершенствование зубных врачей проводились и в научно-практических стоматологических институтах Киева, Харькова, Одессы, Горького, Минска.

В 1927 г. в Ленинграде был открыт Научно-практический стоматологический институт, организатором и директором которого был кандидат медицинских наук, доцент З.Б. Пирятинский.

Возрастала и потребность населения в зубном протезировании. Однако нехватка специалистов этого профиля приводила к тому, что врачи, занимающиеся лечением и удалением зубов, привлекались на должности протезистов, не имея соответствующей подготовки. Протезированием занимались даже зубные техники, несмотря на запрещение такой деятельности.

30 марта 1927 г. Наркомздрав издал распоряжение, в котором говорилось: «НКЗ считает возможным допустить квалифицированного техника к вспомогательным манипуляциям во рту, связанным со снятием слепка, определением системы протеза, прикуса и цвета зубов, с примеркой и сдачей протеза, причем ответственность за выполнение этих этапов в процессе протезирования целиком возлагается на врача (зубного). Также вспомогательные манипуляции разрешаются исключительно под руководством врача (зубного)».

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

техников в зубных протезистов. Научным руководителем курсов стал профессор И.Г. Лукомский. Подобные курсы были организованы и в других городах страны. Ими руководили профессора Н.И. Агапов, Е.М. Гофунг и др.

Возросшая потребность населения в специализированной стоматологической помощи повлекла за собой принятие решений комиссариатов здравоохранения ряда союзных республик (БССР – 1931 г., РСФСР – 1932 г. и др.) об открытии зубоучебных школ с трехгодичным сроком обучения, выпускающих зубных врачей (лиц со средним медицинским образованием).

Анализ материалов по развитию стоматологического образования показал, что до 1935 г. в стране не было единой системы подготовки кадров стоматологического профиля.

На Всероссийском совещании по зубоучебному образованию (1935) было отмечено, что «в РСФСР существует зубоучебное образование только как среднее медицинское образование, на Украине – только как высшее медицинское образование, на местах зубных врачей готовят всякий по-своему: существуют курсы по подготовке зубных врачей из лиц со средним медицинским образованием, шестимесячные, восьмимесячные, годовые, организованы курсы по переподготовке людей без всякого медицинского образования в течение нескольких месяцев. Одним словом, каждый решает этот вопрос по-своему».

Существующая система специализации врачей, окончивших медицинские факультеты, не решала проблемы подготовки будущих врачей-стоматологов. 9 июня 1935 г. был издан приказ Наркомздрава «О мероприятиях по подготовке к открытию стоматологических институтов», в котором были разработаны меры по подготовке стоматологических кадров.

Специалистов стоматологического профиля с 1935 г. стали готовить в стоматологических институтах с четырехлетним сроком обучения при образовательном цензе для поступающих в объеме полной средней школы. Стоматологические институты были открыты в крупных городах России.

9 июня 1935 г. на базе ГНИИСО был организован Московский стоматологический институт (МСИ) – высшее учебное заведение по подготовке врачей-стоматологов (приказы по Народному комиссариату здравоохранения за 1935 г., ГАРФ, фонд 482, оп. 1, дело № 708, л.л. 94, 98). Основной задачей МСИ стала подготовка врачей-стоматологов преимущественно для Российской Федерации. Организация теоретических, стоматологических и общеклинических кафедр, увеличение научно-педагогического персонала в институте позволили увеличить объем его работы. Оба института расположились в одном здании, имели одно руководство, финансовую и материальную части, практически не разграничивались. Институт стал единственной в РСФСР научно-исследовательской организацией, в задачи которой входили научная разработка проблем стоматологии, внедрение результатов исследования в массовую практику и подготовка кадров для стоматологических учреждений. С 1935 г. в МСИ открываются кафедры нормальной анатомии человека, биологии, общей химии, гистологии и эмбриологии, а в 1937 г. – кафедры терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии. В 1939 г. ГНИИСО и МСИ были объединены в один институт – Московский государственный стоматологический институт (МГСИ).

Помимо подготовки стоматологов в институтах продолжали готовить зубных врачей путем усовершенствования. Приказ Наркомздрава от 10 июня 1935 г. предусматривал создание годичных курсов усовершенствования зубных врачей, имеющих 10-летний стаж практической работы и определенные заслуги в научной или общественно-политической области. С 1936 г. обучение проводилось в течение двух лет, а затем срок обучения был увеличен до 2,5 лет. Курсы прекратили свое существование в мае 1939 г.

На основании постановления Совета народных комиссаров СССР от 8 сентября 1936 г. «О подготовке средних медицинских зубоучебных и фармацевтических кадров» зубных врачей стали готовить в зубоучебных школах с трехлетним сроком обучения и образовательным цензом не ниже 7 классов.

Таким образом, в 1936 г. была узаконена двухсистемная подготовка специалистов стоматологического профиля (зубные врачи и врачи-стоматологи).

К 1940 г. выпуск специалистов перекрывал потребность органов здравоохранения в стоматологических кадрах.

10 июня 1940 г. на заседании коллегии Наркомздрава СССР обсуждался вопрос о реорганизации стоматологического образования. В стране на тот момент сложились условия для перехода к единой системе подготовки кадров в стоматологических институтах и постепенного закрытия зубоучебных школ, поскольку они готовили специалистов слабой квалификации.

Осуществить этот план не удалось. Началась Великая Отечественная война, после окончания которой снова встал вопрос о подготовке стоматологических кадров. Комиссия во главе с профессором И.Г.Лукомским решила в послевоенный период сохранить двухсистемную подготовку специалистов.

В 1946 г. на кафедрах МГСИ была открыта клиническая ординатура.

20 сентября 1949 г. по приказу Минздрава СССР № 783 стоматологические институты были реорганизованы в медицинские стоматологические институты с пятилетним сроком обучения, что позволило улучшить качество подготовки стоматологических кадров в нашей стране. Программы и учебные планы первых двух курсов почти полностью совпадали с программами лечебно-профилактических факультетов, на специальные стоматологические дисциплины было выделено большее количество часов.

В 1950–1954 гг. произошло уменьшение количества выпускников врачей-стоматологов из-за перехода на пятилетний срок обучения, а также из-за закрытия некоторых стоматологических факультетов (Томск, Казань, Ленинград и др.). Были закрыты и многие зубоучебные школы. Уменьшение числа стоматологических институтов и зубоучебных школ, реорганизация части институтов в факультеты, сокращение приема учащихся сказались на приросте кадров стоматологов и зубных врачей: количество выпускников снизилось почти в 2,5 раза.

15 марта 1956 г. коллегия Министерства здравоохранения СССР признала необходимым расширить подготовку стоматологических кадров для страны. Начиная с 1957 г. стали открываться стоматологические факультеты при медицинских институтах в Воронеже, Омске, Ленинграде, Архангельске, Кемерово, Ставрополе, Чите, Калининске и других городах Советского Союза.

В 50-е гг. XX в. в систему высшего стоматологического образования было введено заочно-очное и вечернее обучение. В Московском медицинском стоматологическом институте (ММСИ) были созданы соответствующие факультеты, на ряде стоматологических факультетов — отделения. Заочно-очное обучение вводилось для зубных врачей, имеющих стаж работы по специальности не менее трех лет, по окончании института выпускники получали диплом врача-стоматолога. На вечерний факультет принимали лиц с законченным средним медицинским образованием.

В ММСИ осуществлялась подготовка научно-педагогических кадров и организаторов стоматологической службы для всей страны. В 1946 г. на кафедрах МГСИ (с 1949 г. — ММСИ) была открыта клиническая ординатура, а в 1950 г. — аспирантура. Обучение врачей в клинической ординатуре и подготовка научных работников в аспирантуре дали возможность выпускать специалистов высокой квалификации. Многие выпускники, закончившие ординатуру и аспирантуру, работали и работают заведующими стоматологическими кафедрами, преподавателями стоматологических факультетов медицинских вузов, главными стоматологами союзных и автономных республик, краев и областей, главными врачами и заведующими отделениями стоматологических учреждений.

Большую роль в подготовке стоматологических кадров сыграло постановление Совета Министров СССР от 12 августа 1961 г. «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению». В сентябре 1961 г. по приказу министра здравоохранения СССР № 386 министерства здравоохранения союзных республик было предложено разработать планы конкретных мероприятий по развитию стоматологической помощи населению своих республик на 1962–1965 гг. Приказом предусматривалось открытие или расширение стоматологических факультетов медицинских институтов, зубоучебных и зуботехнических отделений медицинских училищ для обеспечения подготовки врачей-стоматологов, зубных врачей, зубных техников. В результате разработанных и осуществленных Министерством здравоохранения СССР мероприятий был резко увеличен прием, а затем и выпуск врачей стоматологического профиля.

На IV Всесоюзном съезде стоматологов (1962) было отмечено, что «унификация учебного плана позволила Министерству здравоохране-

ния СССР создать единые программы по тематическим дисциплинам для студентов всех факультетов, в том числе стоматологических». Это имело огромное значение для подготовки высококвалифицированных врачей-стоматологов.

В 1963 г. в ММСИ была организована первая в СССР кафедра стоматологии детского возраста, которую возглавил профессор А.А. Колесов, а в 1968 г. — кафедра стоматологии детского возраста в ЦИУ врачей под руководством профессора Т.Ф. Виноградовой. Позднее кафедры стоматологии детского возраста были созданы в Пермском (зав. кафедрой проф. Е.Ю. Симановская), Калининском (зав. кафедрой проф. Р.Д. Новоселов), Полтавском (зав. кафедрой Л.П. Григорьева), Ленинградском (зав. кафедрой проф. М.М. Соловьев), Львовском (зав. кафедрой проф. Н.И. Смоляр), Минском (зав. кафедрой проф. Э.М. Мельниченко). На рубеже XX–XXI вв. в Российской Федерации насчитывалось 27 подобных кафедр.

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

Большую роль в организации стоматологической помощи играл и играет организованный в 1962 г. Центральный научно-исследовательский институт стоматологии (ЦНИИС, первый директор профессор А.И. Рыбаков), который был координирующим центром по научно-практическим проблемам стоматологии в Советском Союзе.

Большую работу по совершенствованию стоматологической помощи населению, внедрению новых методов профилактики и лечения стоматологических заболеваний проводили научные медицинские стоматологические общества. История их создания относится к дореволюционному периоду. Новым этапом в истории деятельности научных стоматологических обществ является создание Всесоюзного научного медицинского общества (1958). Окончательное оформление Всесоюзного и республиканских обществ стоматологов закончилось к 1962 г.

В подготовке высококвалифицированных специалистов большую роль играют институты усовершенствования врачей, в четырнадцати из которых есть кафедры стоматологического профиля. Факультет усовершенствования врачей-стоматологов, впервые созданный в 1968 г. при Московском медицинском стоматологическом институте, имеет самый богатый опыт подготовки врачебных и научных кадров. С 1971 г. ММСИ проводит циклы усовершенствования преподавателей стоматологических кафедр медицинских вузов.

Приказом министра здравоохранения СССР от 23 сентября 1974 г. с 1 сентября 1976/77 учебного года стоматологические факультеты были переведены на новый учебный план, согласно которому вводилась первичная специализация врачей-стоматологов в период обучения — субординатура и одногодичная постдипломная специализация выпускников — интернатура.

Важным событием для стоматологической общественности страны было постановление Совета Министров СССР от 5 ноября 1976 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению», в котором намечалось открытие новых факультетов (Новосибирск, Уфа, Красноярск, Тюмень, Хабаровск, Ижевск), увеличение приема студентов на существующие стоматологические факультеты.

Признанием успехов стоматологии советского периода явилось решение Всемирной организации здравоохранения организовать на базе Московского медицинского стоматологического института им. Н.А. Семашко (ММСИ) центр ВОЗ по подготовке стоматологического персонала в целях дальнейшего совершенствования подготовки стоматологических кадров.

В 80-е гг. XX столетия проблемная комиссия по научной организации учебного процесса при Главном управлении учебных заведений Министерства здравоохранения СССР выделила в специальную проблему построение модели специалиста-медика. Необходимо было создать стандарт выпускника медицинского института на современном этапе развития медицинской науки и практики. Группа сотрудников Московского медицинского стоматологического института (Г.Н. Троянский, В.Ф. Рудько, И.Ф. Ромачева, Н.Н. Каспарова, Н.И. Виннико-

ва, Г.И. Лернер, Е.С. Ирошникова, А.П. Воронов, С.И. Варенников, Н.И. Лукашова) создала проект модели врача-стоматолога, что позволило наметить мероприятия по ее внедрению в учебный процесс стоматологических вузов и факультетов страны.

Приказом министра здравоохранения СССР от 8 января 1980 г. руководство работой центра было возложено на ректора ММСИ, члена-корреспондента АМН СССР, профессора К.М. Лакина. Основными направлениями работы центра были:

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

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

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

К моменту распада СССР в стране функционировало 2 самостоятельных стоматологических института и 44 факультета, которые выпускали в год более 9 тыс. специалистов. Во всех этих учебных заведениях наряду с учебным процессом шла научно-исследовательская работа по всем разделам стоматологии, координатором ее с 1962 г. был Центральный научно-исследовательский институт стоматологии (ЦНИИС).

После 1990 г. в России сохранились один самостоятельный стоматологический институт в Москве и 31 стоматологический факультет при медицинских институтах и университетах, ежегодно выпускавшие до 4 тыс. врачей-стоматологов. Был взят курс на подготовку специалистов с высшим образованием, большая часть зубоучебных отделений при медицинских училищах прекратила свое существование.

В 1999 г. по приказу Минобразования от 24.08.1999 г. № 1405 и приказу Минздрава РФ от 10.08.1999 г. № 229 ММСИ был преобразован в Московский государственный медико-стоматологический университет, МГМСУ (с 2007 г. ректор – профессор О.О. Янушевич), в котором в 2001 г. был открыт факультет клинической психологии, в 2003 г. – НИМСИ (Научно-исследовательский медико-стоматоло-

гический институт), в 2004 г. – экономический факультет. Задачи и функции университета были значительно расширены как в области научных исследований, так и в практической деятельности. МГМСУ – головной университет по высшему стоматологическому образованию в стране. В МГМСУ разработана «Концепция совершенствования стоматологического образования в России» (1999), в основе которой лежит подготовка врача-стоматолога общей практики.

2.3. Подготовка зубных техников

Зубоучебная подсекция Наркомздрава РСФСР не раз ставила вопрос об организации подготовки зубных техников.

В 1919 г. было решено зуботехнические кадры в стране готовить в зуботехнических школах.



Ученая одонтологическая комиссия выработала положение, в котором говорилось: «Зуботехнические школы учреждаются с целью создания опытных, научно подготовленных специалистов в деле протезирования». 18 июля 1919 г. Наркомздрав издал постановление об открытии зуботехнических школ, утвердив «Положение о зуботехнической школе» и планы преподавания. В программу было введено изучение анатомии, химии, физики, металлургии и протезной техники. Зубоврачебная подсекция и коллегия Наркомздрава РСФСР в конце 1919 г. утвердили «Права и обязанности зубных техников». Тогда же в Москве по адресу Долгоруковская, д.18, в бывшей зубоврачебной школе И.М. Коварского была открыта первая зуботехническая школа. Ее директором был назначен Михаил Осипович Коварский – земляк и родственник Ильи Матвеевича Коварского. М.О. Коварский учился в зубоврачебной школе Д. Леви в Варшаве, диплом зубного врача получил на медицинском факультете Императорского Варшавского университета в 1895 г., с 1896 г. начал работать зубным врачом, с 1900 г. – в Москве. Практическую работу он сочетал с организационной и общественной деятельностью: был секретарем Московского одонтологического общества, в 1906 г. редактировал «Одонтологическое обозрение», в 1910 г. – «Журнал зубоврачевания и протезной техники»; с 1907 по 1910 г. состоял членом правления Всероссийского зубоврачебного союза. В 1914–1917 гг. был на фронте в качестве зубного врача при штабе армии. После революции был избран председателем Союза зубных врачей Москвы и Московской губернии, а также членом Научной одонтологической комиссии при Зубсекции Народного комиссариата здравоохранения. Почти четыре года – с 1919 по 1923 г. он был заведующим и председателем Педагогического совета организованной им зуботехнической школы. Он также принимал участие в организации Стоматологического института (1922 г.).

В 1920 г. были открыты зуботехнические школы в Саратове, Ленинграде, Одессе и ряде других городов страны. Программа преподавания была рассчитана на два с половиной года обучения. В циркулярах Наркомздрава от 2 января 1924 г. и от 11 января 1926 г. для подготовки зуботехнических кадров предусматривалось создание учебных заведений нового типа.

Кроме такой формы подготовки зубных техников, существовала и иная. В 1929 г. в Харькове, Тбилиси, Ростове-на-Дону, Орехово-Зуеве и ряде других городов были созданы опытно-показательные зуботехнические курсы. Продолжительность обучения на них была два года. В марте 1931 г. состоялся первый выпуск зубных техников во Всеукраинском зубопротезном техникуме в Одессе.

Главными вопросами для зуботехнических работников того времени были вопросы о правах и обязанностях зубных техников, реорганизации работы зуботехнических лабораторий, оплаты труда, разделения труда. Эти проблемы были разрешены лишь в 30-х гг. XX в.

В 1936 г. вышло постановление СНК СССР «О подготовке средних медицинских зубоврачебных и фармацевтических кадров».

С 1936 г. подготовка зубных техников проводилась в зуботехнических двухгодичных школах; поступающие должны были иметь 7 классов образования.

После Великой Отечественной войны зуботехнические школы были переданы в ведение министерств здравоохранения союзных республик. Изменилась организационная структура школ, и они превратились в самостоятельные медицинские учебные заведения, в которых при каждой школе было зуботехническое отделение, что обеспечивало планомерную подготовку зуботехнических кадров. Срок обучения на зуботехнических отделениях составлял 2 года на основе 7-классного образования средней школы.

Часть зубных техников, работавших в стоматологических поликлиниках, не имела зуботехнического образования, поэтому Министерство здравоохранения СССР 31 декабря 1947 г. утвердило положение об экстернате, который позволял повысить общеобразовательный и профессиональный уровень зубных техников. Для прохождения его зачислялись лица, имеющие образование не ниже 7 классов средней школы и производственный стаж в качестве зубного техника не менее двух лет. Экзамены и зачеты разрешалось сдавать в течение трех лет с момента подписания приказа о зачислении экстерном.

В 1952 г. вышел приказ министра здравоохранения СССР «Об организации вечерних отделений для подготовки без отрыва от

производства средних медицинских работников». Этим приказом устанавливался трехлетний срок обучения, а имеющим стаж работы по специальности не менее трех лет – 2 года. С 1 июня 1952 г. был прекращен дальнейший прием экстернов в средние медицинские и фармацевтические школы.

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

На зуботехнические отделения стали принимать лиц, имеющих образование в объеме 10 классов средней школы, обучение продолжалось в течение двух лет. В подготовке зуботехнических кадров, так же как и кадров стоматологов, огромное значение сыграло постановление Совета Министров СССР от 12 августа 1961 г. «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению», в котором предусматривалось увеличение приема учащихся на зуботехнические отделения.

По существующим нормативам на одну должность врача-ортопеда требуются две должности техника. С увеличением числа врачей стоматологического профиля должно было увеличиваться и количество зубных техников. Ортодонтические работы должны были выполнять зубные техники всех категорий согласно приложению 9 к приказу министра здравоохранения СССР от 9 сентября 1964 г. № 496 «Квалификационные характеристики зубных техников, полировщиков и литейщиков учреждений (отделов, отделений, лабораторий) зубопротезирования».

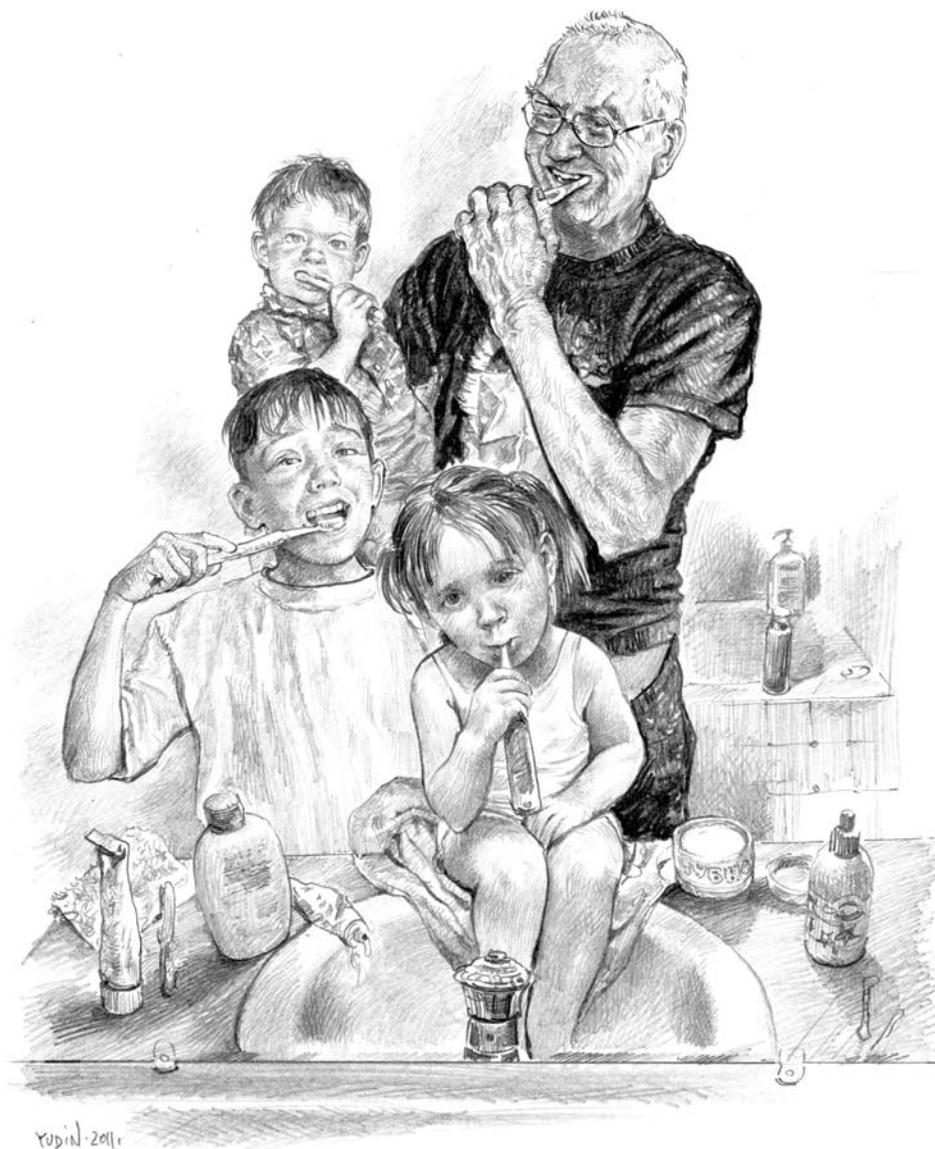
На основании приказа министра здравоохранения СССР от 9 сентября 1964 г. № 446 изготовление ортодонтических аппаратов отнесено к зубопротезированию, поэтому оплата труда зубных техников, полировщиков и литейщиков в учреждениях, находящихся на государственном бюджете, производилась по сдельно-премиальной системе.

Министерство здравоохранения СССР поставило перед министерствами здравоохранения союзных республик задачу значительно

увеличить число зубных техников в стране. Большую помощь зуботехническим отделениям медицинских училищ оказывали стоматологические факультеты медицинских институтов, превращая их в базовые училища. Примером этого может быть многолетнее сотрудничество между медицинским училищем № 1 Москвы и Московским медицинским стоматологическим институтом, ныне МГМСУ. В 1996 г. под руководством доцента Л.И. Гиллера в ММСИ была открыта кафедра стоматологии общей практики с курсом подготовки зубных техников, которую с 1999 г. возглавляет С.Д. Арутюнов.

Дальнейшее сотрудничество на договорных условиях двух названных выше учреждений предусматривает в ближайшие годы подготовку, кроме того, и средних медицинских работников с профилизацией для стоматологических учреждений. Это обусловлено тем, что при рациональной организации труда стоматолога часть манипуляций предполагается возложить на специально обученную медицинскую сестру, при этом объем помощи населению в области стоматологии может быть увеличен, что равносильно дополнительной подготовке нескольких тысяч врачей-стоматологов.

К 2000 г. в стране насчитывалось 22 000 зубных техников.



Часть 3

Основные направления и тенденции развития отечественной стоматологии как научно-учебной дисциплины и формирование ее современной структуры. Профилактическое направление в стоматологии. Развитие ведущих научных проблем в рамках основных стоматологических специальностей: терапевтическая, хирургическая и ортопедическая стоматология, детская стоматология и ортодонтия

Оформление стоматологии как научно-учебной клинической дисциплины в СССР состоялось в 20–30-е гг. XX в., когда были открыты профильные институты, факультеты и кафедры. Оно явилось закономерным итогом эволюционного развития одонтологии, которое произошло на фоне общемировой тенденции к дифференциации клинической медицины и было основой слияния уже сложившейся одонтологии как врачебной профессии и обозначившегося в хирургической клинике направления челюстно-лицевой хирургии, а также создания специализированных стоматологических стационаров и поликлиник и организации подготовки соответствующих кадров врачей-стоматологов. Исключительно важную роль на этом этапе имели организация таких научных центров, как два самостоятельных медицинских стоматологических вуза (в Москве и на Украине) и первое научно-исследовательское учреждение – Одесский НИИ стоматологии (1928), а на послевоенном этапе (1962) – Центральный научно-исследовательский институт стоматологии (Москва), а также деятельность видных ученых – основоположников стоматологии в СССР Е.М. Гофунга, А.И. Евдокимова, В.Ю. Курляндского, И.Г. Лукомского, Д.А. Энтина и др.

В соответствии с общемировой тенденцией к дифференциации и специализации науки в отечественной стоматологии также начался (с 1930-х гг.) процесс дальнейшей дифференциации, что привело к тому, что сформировались пять основных разделов стоматологии: терапевтическая и хирургическая, ортопедическая и детская стоматология, ортодонтия. Исследования, проведенные в разных регионах страны по названным направлениям (разделам), выявили характерные черты развития стоматологической науки и практики в СССР – профилактическое и функциональное (клинико-экспериментальное) направления и нозологический принцип.

Разработанные П.Г. Дауге положения социальной стоматологии, опиравшиеся на государственный характер медицины, принцип бесплатности медицинской помощи, профилактическое направление советского здравоохранения в целом, получили дальнейшее развитие в качестве неотъемлемого профилактического направления деятельности каждого из основных разделов стоматологии; в детской стоматологии этот принцип стал основополагающим. Функциональное

направление также получило развитие во всех разделах стоматологии и отражало общую тенденцию клинической медицины в первой половине XX в., проявляясь функциональным взглядом на проблемы патологии, клинико-экспериментальным подходом в научных исследованиях, особым вниманием к вопросам функциональной диагностики. Разработка классификаций болезней во всех разделах клинической медицины опиралась в то время на нозологический принцип (синдромный подход стал реально конкурировать с ним только во второй половине века), на научно разработанное понятие о болезни как нозологической единице. Это оказало прямое влияние на стоматологию, прежде всего в таких ее разделах, как терапевтическая стоматология, челюстно-лицевая хирургия, ортодонтия.

3.1. Профилактическая стоматология

История профилактики в отечественной стоматологии тесно переплетается с развитием профилактики в здравоохранении в целом. Основатель отечественного детского зубоврачевания А.К. Лимберг, организовавший в 1886 г. первую в России бесплатную зубоврачебную амбулаторию, выступил на заседании Российского общества здоровья 12 марта 1889 г. В своем выступлении он сказал: «Деятельность зубных врачей ограничивается пломбированием, выдергиванием больных и вставлением искусственных зубов. Профилактика и диетика не прилагаются к полости рта. Это забытый отдел. Он останется забытым до тех пор, пока не найдет себе научных возделывателей».

В годы становления стоматологии как науки (20–30-е гг. XX в.) началось активное формирование профилактического направления. При совершенствовании методов и средств профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта стоматологи на первое место всегда ставили общебиологические, общемедицинские принципы. Начало этому направлению положил П.Г. Дауге. Его труд «Социальные основы советской стоматологии» до сих пор является основополагающим по этой проблеме. Ученый писал: «...профилактика заболеваний зубов должна быть организована так, чтобы врачи-ортопеды оказались без работы».

Советская система санации полости рта, постепенно совершенствуясь, приобрела следующие отличительные черты:

- 1. Санация стала общедоступной, осуществлялась бесплатно в специальных лечебных учреждениях.*
- 2. Санация проводилась планоно, последовательно и систематически, начиная с периода появления первых постоянных зубов.*
- 3. Санация являлась обязательной для определенных групп населения, в первую очередь для детей и подростков, а также военнослужащих.*
- 4. Санация была построена на рациональных основах, отражающих закономерность возникновения и течения кариозного процесса в соответствии с коэффициентом нарастания кариеса по годам.*
- 5. Санация отличалась высокой профилактической активностью.*

Перед санацией была поставлена новая задача: не только остановить появление осложненных форм кариеса, но и предотвратить возникновение самых ранних форм указанного заболевания. Эта задача была решена благодаря открытию в СССР феномена непосредственной флюоризации зубов через неповрежденную эмаль (Лукомский И.Г., 1946). Д.А. Энтин первый из отечественных исследователей обнаружил процесс реминерализации эмали. И.А. Мейсахович предложил для реминерализации хлористый стронций. Министерство здравоохранения СССР в своих приказах (1948) регламентировало метод противокариозной флюоризации и включило его в качестве обязательного мероприятия при проведении плановой санации.

Большое значение для профилактики кариеса зубов приобрело искусственное обогащение питьевой воды соединениями фтора, которое впервые было применено в конце 40-х гг. XX столетия в США, Канаде и СССР.

Постоянными исследователями эффективности фторирования питьевой воды были А.И. Рыбаков, Г.Д. Овруцкий и др. Фторирование питьевой воды стало проводиться под контролем органов государственного санитарного надзора.

Для профилактики кариеса зубов профессор И.О. Новик применял костную муку, которая содержит все вещества (соединения фтора, кальция и др.), необходимые для своевременного созревания зубов. Для местных аппликаций зубов профессор Г.Н. Пахомов предложил реминерализующий раствор — вытяжку из костей крупного рогатого скота. Этот раствор носит название «реминерализующий раствор Боровского—Пахомова».

Существенный вклад в разработку методов профилактики кариеса зубов и других стоматологических заболеваний внес А.И. Рыбаков со своими сотрудниками. Отличительной особенностью этих исследований является изучение эпидемиологических условий в определенных географических и экономических регионах страны. Эта работа была высоко оценена ВОЗ, и ЦНИИС много лет являлся одним из ее региональных центров по изучению эпидемиологии стоматологической патологии. Эпидемиология кариеса зубов была изучена в Якутской АССР, Алтайском крае, Казахской ССР, в Москве. А.И. Рыбаковым и А.В. Граниным были предложены индифферентные сорбенты и ионообменные соединения для регулирования физиологического созревания эмали зубов, очищения слюны от чуждых организму соединений.

Наряду с местным управлением процесса созревания эмали зубов в комплекс мероприятий по профилактике кариеса зубов обязательно входят общемедицинские рекомендации по профилактике любой патологии: балансирование суточного пищевого рациона, коррекция двигательной активности, рациональный режим труда и отдыха, индивидуальные санитарно-гигиенические мероприятия.

Существенный вклад в развитие отечественной стоматологической профилактики внесли профессора Е.В. Боровский, А.А. Прохончуков, Т.Ф. Виноградова, Ю.А. Федоров. Проблеме стоматологической профилактики были посвящены научные труды: «Основы стоматологической профилактики» А.И. Рыбакова (1968), «Профилактика кариеса зубов» А.И. Рыбакова и А.В. Гранина (1976), «Кариес зубов и его профилактика» Г.Н. Пахомова (1976), «Кариес зубов» Е.В. Боровского и П.А. Леуса (1979).

Наряду с предупреждением развития кариеса зубов большое значение имеет профилактика заболеваний пародонта и патологии слизистой оболочки полости рта. На основании исследований А.И. Евдо-

кимова и его учеников основными мерами предупреждения патологии пародонта были предложены противосклеротические мероприятия. Этой теме были посвящены также работы Е.Е. Платонова, Т.Ф. Никитиной, Т.И. Лемецкой. Значительный вклад в изучение вопросов профилактики в стоматологии внесли профессора В.Ф. Рудько, В.Ю. Курляндский, М.И. Грошиков. Предупреждение развития кариеса зубов и патологии пародонта — это одновременно и предупреждение заболеваний горла, носа, уха, легких, суставов, сердца, не говоря уже о значительном эстетическом эффекте здоровых зубов.

Первая и единственная кафедра профилактики стоматологических заболеваний была создана в 1986 г. в ММСИ профессором П.А. Леусом, с 1990 г. кафедрой руководит профессор Э.М. Кузьмина.

Под ее руководством реализуется комплексная программа исследований по профилактике стоматологических заболеваний, основными направлениями которой являются:

- эпидемиологическое стоматологическое обследование населения и формирование банка данных стоматологической заболеваемости;
- обоснование новых методов и средств профилактики (экспериментальные и клинические исследования);
- разработка, внедрение и мониторинг программ профилактики среди различных групп населения в ряде регионов страны;
- создание модели стоматологического здоровья и выявление факторов риска, способствующих возникновению стоматологических заболеваний.

Сотрудники кафедры профилактики стоматологических заболеваний участвовали во внедрении ряда программ среди детей и взрослых, анализ которых выявил их высокую эффективность. Эффективность профилактики кариеса фторированием молока, примененного впервые в России в городах Смоленске, Майкопе и Воронеже, составила 60%. В последние годы профилактике уделяется особенно много внимания.

Методы профилактики в стоматологии включают (по В.К. Леонтьеву, 2002) три направления: воздействие на макроорганизм с целью

общего оздоровления пациента; противодействие патогенным влияниям в полости рта; усиление резистентности тканей органов полости рта к патогенным воздействиям. При этом используют три организационных подхода в профилактических мероприятиях: коммунальные методы — фторирование воды, молока, соли; групповые — в организованных группах детского населения; индивидуальные — работа с конкретным пациентом, учитывающая особенности его здоровья в целом и состояние зубочелюстной системы в частности. Признана высокая эффективность профилактических стоматологических программ государственного, регионального и учрежденческого характера. Комплексная система профилактики стоматологических заболеваний, разработанная в Советском Союзе, получила международное признание как оптимальная модель, рекомендуемая для использования во многих странах мира.

3.2. Вопросы обезболивания в стоматологии

Стоматология и челюстно-лицевая хирургия своими успехами в значительной степени обязаны разработке новых фармакологических препаратов и методов их использования, способствующих созданию благоприятных условий для выполнения любых стоматологических операций и поддержанию жизненно важных функций организма человека.

Повышение качества и эффективности лечения населения в условиях оказания массовой амбулаторной стоматологической помощи неразрывно связано с дальнейшим совершенствованием методов обезболивания и разработкой обезболивающих препаратов нового поколения.

Научный поиск ученых был направлен на совершенствование местного (С.Н. Вайсблат, М.М. Вейсбрет, М.Ф. Даценко, Н.Ф. Фетисов), смешанного (Н.Н. Бажанов, Ю.И. Бернадский, С.Н. Карпенко, И.О. Кругляков, Е.В. Скопец), интратрахеального и масочного ингаляционного (Н.М. Александров, Л.А. Алексеев, И.В. Бердюк,

Н.Д. Лесовая, Г.Г. Митрофанов) и гексеналового (Е.В. Скопец) обезболивания. Вопросы обезболивания обсуждались на I (1923), II (1925) и III (1928) Всесоюзных одонтологических съездах (Г.И. Коварский, Д.А. Энтин, С.Н. Вайсблат, В.М. Уваров и др.).

В нашей стране вопросы обезболивания в стоматологии впервые глубоко и всесторонне начал разрабатывать С.Н. Вайсблат (1887–1965), профессор, заведовавший с 1932 по 1957 г. кафедрой хирургической стоматологии Киевского медицинского стоматологического института. Именно он внедрил методику внутри- и внеротовой проводниковой анестезии челюстей. В 1926 г. С.Н. Вайсблат выявил преимущество проводниковой анестезии, «заключающееся в том, что сопутствующее ей “проводниковое обескровливание” уменьшает кровотечение из экстракционной и операционной раны, обеспечивая

более благоприятное оперирование и скорейшее заживление. Уменьшение кровотечения дает возможность лучше осмотреть операционное поле и лучше ориентироваться в ране... рана после удаления зуба, проведенного под проводниковой анестезией, заживает лучше, чем рана после удаления зуба без анестезии» (Вайсблат С.Н., 1962).

Профессор В.М. Уваров (1895–1982), начальник кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-морской медицинской академии в 1940–1960 гг., заведующий кафедрой терапевтической стоматологии I Ленинградского медицинского института им. И.П. Павлова в 1960–1971 гг., в работе «Экстраоральная мандибулярная анестезия» (1927) отметил, что местная анестезия в стоматологии всегда занимала ведущее место, и лишь в сложных случаях хирурги прибегали к общему наркозу. Ученый при наиболее сложных оперативных вмешательствах предложил методы экстраоральной анестезии при невозможности применить интраоральную. На III Всесоюзном одонтологическом съезде (1928) он сделал доклад «Регионарная анестезия при остеомиелитах челюстей», в котором подчеркнул преимущества проводникового обезболивания при остеомиелитах, так как применение общего наркоза, особенно при септических остеомиелитах, чревато для дальнейшего развития патологии.

Профессор Д.А. Энтин в книге «Военная челюстно-лицевая хирургия» (1941) расширил показания к анестезии как лечебному воздействию при обработке челюстно-лицевых повреждений.

В терапевтической стоматологии местную анестезию одним из первых в нашей стране применил профессор Л.С. Линденбаум. Уже к 1935 г. он обобщил результаты лечения больных с пульпитами под местным обезболиванием.

Профессор М.П. Жаков, долгие годы заведовавший кафедрой челюстно-лицевой хирургии Ивановского медицинского института, предложил при заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области применять тригеминосимпатическую лицевую блокаду новокаином (1955, 1958, 1965); профессор М.Ф. Даценко (заведующий кафедрой хирургической стоматологии Харьковского медицинского стоматологического института) рекомендовал использовать масляные растворы новокаина (1958); Д.А. Энтин (1945), С.Н. Вайсблат (1962) и др. — спиртовые растворы для пролонгирования действия анестетика.



Практическое применение нашли и другие местные анестетики: ксилокаин, оксикаин, мезокаин, лидокаин и др. В 1956 г. в Институте фармакологии и химиотерапии АМН СССР был синтезирован и изучен в лаборатории профессора Г.П. Пономарева первый отечественный амидный анестетик мезокаин (тримекаин). В стоматологической практике этот препарат впервые применил Ю.И. Бернадский (1957), руководивший курсом стоматологии на лечебном факультете Кубанского медицинского института (ныне Кубанская государственная медицинская академия). Кроме того, Ю.И. Бернадский оперировал детей и взрослых с челюстно-лицевой патологией сначала в Краевой больнице им. Очаповского, а с 1956 г. — в организованном им отдельном челюстно-лицевом стационаре при краевой стоматологической поликлинике. В 1960 г. им были опубликованы результаты 128 оперативных вмешательств под мезокаиновым обезболиванием. Ю.И. Бернадский и его сотрудники разрабатывали также методы местного потенцированного обезбоживания в хирургической стоматологии.

В условиях челюстно-лицевых стационаров перспективным оказался метод потенцирования местного обезбоживания посредством нейроплегических и ганглиоблокирующих препаратов (Ю.И. Бернадский), в условиях поликлиники использовали газовый наркоз с закистью азота (Бердюк Н.В., 1955, Митрофанов Г.Г., 1956), а также аппликационную (П.Г. Гузенко), регионарную и инфильтрационную анестезию. Местная анестезия — наиболее распространенный метод обезбоживания в поликлиниках (Рудько В.Ф., 1967; Панин М.Г., 1967; Бажанов Н.Н., 1968; Кабилов Н.М., 1968), однако в силу индивидуальных различий амбулаторных больных не всегда обеспечивает достаточный обезболивающий эффект и не лишена ряда недостатков.

При стоматологических вмешательствах для снятия эмоциональных реакций в поликлиниках пробовали применять малые транквилизаторы — атарактики (Бажанов Н.Н., 1965; Комендантова М.В. и др., 1965), звуковую анальгезию — «белый шум» (Мироненко Г.С., 1964, 1965, и др.), психопрофилактику и психотерапию (Сафонов В.А., 1964, 1966) и ряд других способов.

Возможности применения общего обезбоживания при непродолжительных вмешательствах в условиях стоматологической поликлиники и стационара изучали многие отечественные ученые. В России

эндотрахеальный наркоз с этой целью был впервые применен в клинике челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова 31 августа 1949 г. (Ю.В. Чуприна, Н.М. Александров). До 1955 г. наркоз эпизодически проводили анестезиологи общехирургических клиник, с апреля 1955 г. проведением эндотрахеального наркоза стал специально заниматься сотрудник клиники Н.М. Александров (впоследствии генерал-майор медицинской службы, главный стоматолог МО СССР, начальник кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ВМА им. С.М. Кирова); наркоз стали применять более широко (Муковозов И.Н., 1965). Наиболее стабильные положительные результаты наблюдались при сочетании закиси азота, фторотана и кислорода (Бажанов Н.Н., Александров В.Н., 1968).

Существенный вклад в решение проблемы обезбоживания в амбулаторной стоматологической практике у больных, перенесших инфаркт миокарда, страдающих гипертонической болезнью, лекарственной непереносимостью, нервно-психическими заболеваниями внес академик РАМН Николай Николаевич Бажанов (1923–2010). В 1950 г. он закончил Московский медицинский стоматологический институт им. Н.А. Семашко и продолжил учебу в клинической ординатуре кафедры общей хирургии ММСИ. С 1953 г. занимался лечебной, научной и педагогической деятельностью в 1-м Московском медицинском институте им. И.М. Сеченова; в 1956 г. защитил кандидатскую диссертацию «К вопросу о подготовке больных к операциям экстренной хирургии и стоматологии», в 1965 г. — докторскую диссертацию «К проблеме обезбоживания в клинике терапевтической стоматологии». С 1965 г. заведовал кафедрой стоматологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. На V Всесоюзном съезде стоматологов (1969) Н.Н. Бажанов и В.Н. Александров доложили о применении общего обезбоживания в стоматологической поликлинической практике; в связи со специфическими особенностями этого метода обезбоживания был поставлен вопрос о подготовке анестезиологов и формировании анестезиологической службы в условиях поликлиники.

В условиях стационара профессор Б.Д. Кабаков применял общий эндотрахеальный наркоз в 20% случаев.

Расширение диапазона оперативных вмешательств и внедрение в практику хирургической стоматологии современных методов обезболивания требовали максимального наблюдения за состоянием больного во время наркоза и операции. Профессор кафедры факультетской хирургической стоматологии с курсом имплантологии МГМСУ А.Ф. Бизяев во время стоматологических операций, проводимых под эндотрахеальным наркозом, предложил контролировать состояние больного непрерывной флеботонометрией.

Возрос интерес к наркозу закисью азота не только в общей хирургической, акушерско-гинекологической, но и в стоматологической практике. П.В. Черных (1971) показал, что наркоз закисью азота с кислородом обеспечивает достаточный болеутоляющий эффект при различных амбулаторных стоматологических вмешательствах. Техника его применения проста, не требует сложной премедикации больного, осуществляется без использования ротоглоточных obturаторов роторасширителей, что, безусловно, облегчает работу стоматолога.

В.С. Стародубцев (ММСИ) изучил клинику при наркозе трихлорэтиленом с закисью азота с кислородом в стадии анальгезии и наркоза пропанидидом (эпонтолом) при непродолжительных стоматологических вмешательствах. Он провел сравнительную оценку влияния трихлорэтилена, фторотана, а также пропанидида (эпонтола) на гемодинамику и дыхание при отсутствии премедикации, разработал показания к применению трихлорэтилена, фторотана, пропанидида (эпонтола) при кратковременных операциях в зависимости от особенностей патологического процесса и характера вмешательства.

В 1977 г. в ММСИ была открыта первая в России лаборатория по изучению методов обезболивания, а в 1986 г. была организована кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом высоких технологий в стоматологии (заведующий – профессор И.А. Шугайлов). С 1997 г. кафедрой руководит профессор С.А. Рабинович.

Современный уровень развития медицинских знаний и внедрение новейшего оборудования обеспечивает возможность проведения обезболивания при любом хирургическом вмешательстве в челюстно-лицевой области.

3.3. Основные проблемы терапевтической стоматологии в их развитии

По определению Е.В. Боровского (2006), терапевтическая (консервативная) стоматология занимается изучением причин возникновения и механизмов развития заболеваний зубов, околозубных тканей и слизистой оболочки рта, их диагностикой, разработкой методов лечения и профилактики. Ее формирование как отдельной ветви отечественной стоматологии проходило в 20–30-х гг. XX в. Об этом можно судить, например, по истории головного учебного заведения страны – МГМСУ. В официально открытом в апреле 1922 г. Государственном институте зубоврачевания было создано консервативное (терапевтическое) отделение, где основными исследовательскими проблемами были совершенствование методов диагностики и терапии ротового хронического сепсиса и изучение реактивной способности пульпы зуба. В 1937 г. в Московском стоматологическом институте А.И. Евдокимовым были организованы три самостоятельные кафедры: терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии.

Основоположниками терапевтической стоматологии как научного раздела в СССР следует считать (в порядке алфавита) Е.М. Гофунга, А.И. Евдокимова, И.Г. Лукомского, Е.Е. Платонова, Д.А. Энтина. При ее формировании главными социальными научными проблемами были изучение этиологии и патогенеза и разработка вопросов терапии и профилактики основных стоматологических заболеваний – кариеса зубов (поражает 70–90% населения) и пародонтоза (50–60%). По проблеме кариеса основы современных взглядов заложили исследования Д.А. Энтина, И.Г. Лукомского и созданных ими научных школ. В результате многолетних экспериментальных, клинических и эпидемиологических исследований советских ученых к 1970-м гг. была разработана рабочая концепция патогенеза кариеса зубов, отражающая местные и общие механизмы развития этого заболевания. Вопросы пародонтологии изучали Е.М. Гофунг, Д.А. Энтин и др. А.И. Евдокимов с сотрудниками разработал сосудистую теорию этиологии и патогенеза пародонтоза. Е.Е. Платонов, обнаружив первичные изменения в нервных волокнах пародонта, предложил нейрогенную концепцию развития альвеолярной пиореи (пародонтоза). VI Всесо-



юзный съезд стоматологов (1975) подвел итоги работы многих научно-исследовательских коллективов страны по этой проблеме; были обсуждены вопросы терминологии и классификации, этиологии и патогенеза, диагностики, профилактики и лечения болезней пародонта.

В результате дальнейшей дифференциации и специализации в современной терапевтической стоматологии различают кариеологию (ее предмет – повреждения зубной эмали), эндодонтию (болезни пульпы зуба), парадонтологию (заболевания околозубных тканей), учение о болезнях слизистой оболочки рта. Исследованиями в области эндодонтии занимались И.Г. Лукомский, С.М. Гофунг, А.И. Евдокимов, В.М. Уваров, Т.Т. Школяр, Л.Р. Рубин, Е.В. Боровский и др. Болезни слизистой оболочки полости рта изучали И.Г. Лукомский, А.И. Евдокимов, А.И. Рыбаков и др.

3.3.1. Кариес зубов

По определению ВОЗ (1963), кариес зубов представляет собой «локальный патологический процесс внешнего происхождения, имеющий место после прорезывания зубов, при котором происходит размягчение твердых тканей зубов, ведущий к образованию полости». Е.В. Боровский в 2004 г. дал современное определение кариеса зубов: «Кариес – патологический процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходят деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием полости». Кариес зубов – одно из самых распространенных заболеваний жителей планеты: в странах с хорошо развитой экономикой и высоким уровнем жизни 7–9 человек из десяти нуждаются в лечении зубов.

Экспериментальные исследования кариеса зубов в нашей стране начали проводиться еще в 20–30-е гг. XX столетия. Большое внимание изучению этиологии и патогенеза кариеса зубов уделяли П.Г. Дауге, А.И. Евдокимов, Н.И. Агапов, И.Г. Лукомский, Д.А. Энтин, Е.М. Гофунг, И.О. Новик, Е.Е. Платонов и др. Существуют сотни гипотез и теорий этиологии и патогенеза кариеса, разработанных зарубежными и отечественными учеными, но все огни – лишь шаги к разрешению этой проблемы.

Одна из теорий возникновения кариеса зубов – физико-химическая, сторонником которой был профессор Д.А. Энтин. В 1928 г. ученый установил различие в свойствах слюны у кариесрезистентных лиц и у лиц, с пораженными кариесом зубами. Зуб, по мнению Д.А. Энтина, является полупроницаемой перепонкой, а транссудат крови и слюны, являющийся для зуба внутренней и внешней средой, может обусловить благоприятное или неблагоприятное взаимодействие между зубом и средой. При благоприятных условиях обеспечивается нормальное питание эмали и дентина, благодаря чему формируются зубы, резистентные к кариесу. При неблагоприятных условиях нарушается питание зуба, что ведет к образованию кариеса. Эта теория кариеса послужила толчком для исследований проницаемости твердых тканей зуба для различных веществ.

В 1948 г. вышла монография заведующего кафедрой стоматологии I МОЛМИ им. И.М. Сеченова (1926–1952 гг.) профессора И.Г. Лукомского «Кариес зуба», в которой автор на основании клинического и экспериментального опыта дал анализ существовавших теорий кариеса, выдвинув «биологическую теорию кариеса зубов». Среди факторов, влияющих на развитие кариеса, ученый выделил внешние (экзогенные – недостаток витаминов В₁ и D, солей кальция, фосфора, фтора, ультрафиолетовых лучей) и внутренние (эндогенные – кровь). Нарушение внешних факторов приводит к изменению минерального и белкового обмена в организме, а это приводит к эндогенным изменениям, влияющим на трофику эмали и дентина. В результате в твердых тканях зуба развиваются процессы, приводящие к дисминерализации эмали, затем к деминерализации эмали и дентина, и в конечном счете к образованию кариозной полости. Важную роль в возникновении кариеса автор отводил фтору, поэтому впервые для профилактики кариеса И.Г. Лукомский (1946) предложил местную обработку зубов фторсодержащей пастой.

Профессор А.Э. Шарпенак (1895–1969), заведующий кафедрой биохимии ММСИ (личное дело Шарпенака А.Я., архив МГМСУ, фонд 1057, оп.1, дело № 670, 211 л.) установил, что пища, бедная витамином В₁ и некоторыми незаменимыми аминокислотами, способствует возникновению кариеса (1949). Это позволило ему прийти к заключению, что нарушения белкового обмена в зубе приводят к накоплению

в организме и в зубе пировиноградной кислоты, развитию процесса протеолиза, обеднению зуба белками, что и вызывает возникновение кариеса.

Проблемой этиологии и патогенеза кариеса зубов (1957, 1965) длительное время занимались профессор Е.Е. Платонов (1901–1969), заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ММСИ с 1951 по 1968 г. (личное дело Платонова Е.Е., архив МГМСУ, фонд 1057, оп.2, дело № 112, 94 л.) и его сотрудники. Е.Е. Платонов высказал предположение о роли микроэлементов в патогенезе кариеса зубов и руководил исследованиями качественного состава слюны, в ходе которых были получены интересные данные по белковому, аминокислотному и ферментному ее составу. Применяя новейшие методы исследования, Е.Е. Платонов и Е.В. Боровский изучали содержание микро- и макроэлементов в твердых тканях зуба. Исследования проводились совместно с различными научными учреждениями Москвы (ЦНИИС, Институт биологической и медицинской химии, ЦНИИ туберкулеза, МГУ и др.) и кафедрами ММСИ (патологической физиологии, рентгенологии и радиологии, внутренних болезней, гистологии, патологической анатомии и др.). Особенно плодотворным оказалось научное сотрудничество с кафедрой патологической физиологии (заведующий – академик АМН СССР, профессор Н.А. Федоров, позднее профессор В.В. Михайлов, профессор А.И. Воложин) и лабораторией патологической физиологии ЦНИИСа (заведующий – профессор А.А. Прохончуков).

Внедрение в 1950 г. Н.А. Федоровым метода радиоактивных изотопов позволило экспериментально изучить влияние нервной трофики и эндокринной системы на жизнеспособность эмали, выявить роль слюны и функции слюнных желез, витаминов, минерального и белкового обмена в проницаемости тканей зуба и др. Результаты исследований показали, что нарушение минерального, белкового и углеводного обмена – один из ведущих патогенетических факторов в механизме развития экспериментального алиментарного кариеса зубов (Прохончуков А.А. и др., 1973).

Патологию твердых тканей зуба у лабораторных животных ученые получили воздействием на центральную нервную систему и ее периферические отделы (Энтин Д.А., 1929; Астанин П.П., Каушанс-

кий Л.И., 1931 и др.), повреждением одонтопластов (Лукомский И.Г., Васильев Г.А., 1929), изменением алиментарных факторов (Каушанский Л.И., 1935), в том числе авитаминозами (Серебренникова Н.Г., 1935; Михайлова А.А., 1936), созданием хронической кишечной интоксикации (Каушанский Л.И., 1938), воздействием на эндокринную систему (Новик И.О., 1940; Либина А.Ю., 1940) и другими факторами. Содержание белых крыс на сахарозо-казеиновой кариесогенной диете в лабораторных условиях привело к получению алиментарного кариеса (С.А.Никитин, М.Г.Бугаева, 1954) в нескольких поколениях животных.

Экспериментальное направление исследований этиологии и патогенеза кариеса зубов в 70-х гг. XX в. развивал коллектив исследователей ЦНИИСа под руководством профессора А.А. Прохончукова в сотрудничестве с кафедрой терапевтической стоматологии ММСИ во главе с профессором Е.В. Боровским. Исследователями было выявлено, что радиоактивные изотопы в зависимости от возраста животных, состояния их здоровья, вида изотопа по-разному включаются в эмаль и дентин зубов крыс. Е.В. Боровский получил данные, которые позволили ему предположить, что поступление минеральных солей в пораженную кариесом эмаль (реминерализация) происходит из слюны.

Работы А.А. Прохончукова и Е.В. Боровского раскрыли тонкие механизмы исчезновения минеральных солей из эмали и их поступление в дентин. Применение новых биофизических методов исследования — микрорентгенографии и рентгеновской микроскопии — позволило получить важные для понимания патогенеза кариеса зубов и его патогенетической профилактики результаты. Данные свидетельствовали, что в возникновении и развитии кариеса зубов превалируют три процесса: деминерализации, дисминерализации и реминерализации, что позволило по-новому трактовать некоторые вопросы этиологии и патогенеза кариеса зубов.

А.А. Прохончуков, Е.В. Боровский, А.В. Гранин, Г.Н. Пахомов выявили, что кариес у разных людей и даже у одних и тех же людей в разные периоды их жизни проявляется по-разному как клинически, так и морфологически. Преобладание в определенный момент процесса деминерализации, дисминерализации или реминерализации зависит от состояния организма, питания, качества и количества слю-

ны и других факторов. Приостановка кариозного процесса, а также обратное его развитие, возможно при высокой активности процесса реминерализации.

Учитывая, что мягкие и твердые ткани зубов сорбируют из слюны полезные и необходимые элементы и соединения (А.И. Марченко, А.А. Прохончуков, Е.В. Боровский, А.В. Гранин и др.), ученые направили свои усилия на разработку лечебно-профилактических составов паст с полезными для организма компонентами. В результате были предложены пасты с фторидом натрия. Большое внимание было уделено разработке специальных медикаментозных средств для профилактики кариеса зубов. В ЦНИИСе для этих целей были разработаны фторсодержащие таблетки (И.Г. Гинзбург), лаки и гели для покрытия зубов (М. Татжитдинова, Н.В. Морозова). Изучив фторсодержащие медикаментозные средства, стоматологи стали активно применять для предупреждения кариеса зубов электрофорез с растворами фторида натрия.

Перспективность этого метода профилактики подтвердили эпидемиологические исследования, выявившие взаимосвязь между распространенностью кариеса и содержанием фтора в водоемных источниках страны: на Украине (Габович Р.Д., 1950; Новик И.О., 1953), в Латвийской ССР (Вигдорчик В.Я., 1954; Тремайне Л.Б., 1962), Азербайджанской ССР (Ахмедов А.А., 1962; Базиян Г.В. и др., 1965), в Ленинграде (Палкин И.И., Колегов Н.И., 1964), Калинин (Абакумова Н.А.), ряде городов Среднего Поволжья (Овруцкий Г.Д., Петухов Н.И., 1963), на Кольском полуострове (Афанасьев Б.Г., 1960) и ряде других регионов Советского Союза. На пленуме Всесоюзного общества стоматологов в Алма-Ате в 1964 г. был подведен итог этой работы, который выявил обратную зависимость между содержанием фтора в воде и распространенностью кариеса.

Г.Н. Пахомов с помощью рентгеноструктурного анализа уточнил морфологические особенности изменений твердых тканей зуба при кариесе в стадии пятна. Совместно с Е.В. Боровским им было разработано и предложено для практического применения, в виде аппликаций, средство для профилактики кариеса зубов — реминерализующий раствор, который был получен из трубчатых костей крупного рогатого скота.

Профессор кафедры терапевтической стоматологии ММСИ В.К. Патрикеев (1915–1981) (личное дело Патрикеева В.К., архив МГМСУ, фонд 1057, оп.1, дело №1174, 51 л.), изучая особенности проявления и течения флюороза у людей, его взаимосвязь и влияние на развитие кариеса зубов, развернул первую электронно-микроскопическую лабораторию для проведения исследований по ультраструктуре эмали и дентина зубов при некариозных поражениях. Его ученик Ю.М. Максимовский продолжил эти исследования.

Академиком АМН СССР, профессором А.И. Рыбаковым и профессором А.В. Граниным (1970) была разработана методика патогенетической профилактики кариеса, которая была апробирована в первых классах некоторых московских школ. Комплекс применяемых мероприятий базировался на основных общемедицинских принципах профилактики любой патологии, в том числе и кариеса зубов. В 1970 г. А.И. Рыбаковым была также обнародована рабочая концепция патогенеза кариеса зубов, в основу которой были положены возрастные особенности формирования и развития зубочелюстной системы человека, влияние внешних и внутренних факторов на развитие кариеса зубов. Им впервые было введено понятие «пусковой механизм», который предопределяет развитие кариеса у того или иного человека. Исследования А.И. Рыбакова по изучению эпидемиологии кариеса зубов в нашей стране позволили проследить взаимосвязь кариеса зубов с патологией внутренних органов.

В.К. Леонтьев одним из первых раскрыл механизм деминерализации эмали, тактильной чувствительности зубов, создал молекулярную модель строения эмали зубов, искусственную слюну, разработал методы электрометрической диагностики зубов. В 1969 г. он защитил кандидатскую диссертацию «Белки минерализованных тканей здоровых зубов и при кариесе», в 1979 г. — докторскую диссертацию «Кариес и процессы минерализации».

Над проблемой кариеса зубов в 70-е гг. плодотворно трудились ученые-стоматологи всего Советского Союза. Успешно работала школа казанских стоматологов под руководством профессора Г.Д. Овруцкого, разрабатывая вопросы аллергии и реактивности организма при патологии полости рта. Учеными впервые были получены данные о зависимости развития и течения кариеса зубов от иммунологичес-

кого состояния организма, были раскрыты механизмы влияния фтора на организм (1966).

Украинские стоматологи (Н.А. Кодола, Ю.А. Федоров, Р.Г. Синицын, И.О. Новик) изучали содержание микро- и макроэлементов в тканях зуба на разных стадиях его развития, морфологию эмали при применении некоторых биофизических методов исследования в детской стоматологии. При создании новых косметических и лечебно-профилактических средств гигиены полости рта ученые включали соединения фтора и кальция.

Работы в этом направлении проводились на кафедре терапевтической стоматологии Донецкого медицинского института под руководством профессора В.Р. Окушко, который выявил ведущую роль акселерации в распространенности кариеса зубов у современного человека (1971).

Исследования профессора И.А. Бегельмана в Одесском НИИ стоматологии привели к заключению, что с возрастом сопротивляемость к кариесу резко возрастает.

Наряду с разработкой вопросов, связанных непосредственно с этиологией, патогенезом, клиникой, диагностикой, лечением и профилактикой кариеса зубов, разрабатывались вопросы, связанные с такими осложнениями кариеса зубов, как пульпит и периодонтит.

Профессор М.И. Грошиков (1921–1984) на кафедре пропедевтики терапевтической стоматологии ММСИ в течение многих лет занимался всесторонним изучением пульпита и периодонтита. Широко известен его метод пломбирования зубов фосфат-цементом с включением биомицина. С помощью радиоактивных изотопов был обоснован метод завершущего пломбирования каналов зубов при периодонтитах (Грошиков И.М., Прохончуков А.А., 1963). Изучив на крысах распределение биомицина в зубах и челюстных костях, М.И. Грошиков (1965) использовал полученные данные как обоснование для применения этого антибиотика при лечении периодонтитов.

Модель экспериментального пульпита на крысах разрабатывали В.В. Паникаровский, А.А. Прохончуков, Н.А. Жижина и Л.С. Григорян (1966). В экспериментах на собаках было изучено влияние различных антибиотиков на воспаленную пульпу (Школяр Т.Т., Мухин Н.А., 1963; Зайцев Б.Н., 1964; Сомова К.Т., 1964; Медведева И.И., 1966), что позволило более активно применять антимикробные средства при ле-

чении пульпитов. В практику стоматологов внедрялись пенициллин (Т.Т. Школяр др.), биомицин (Т.Т. Школяр, М.И. Грошиков и др.), стрептомицин (Т.Т. Школяр, Л.С. Заславский и др.). Для замешивания антибиотиков использовали различную основу (дистиллированная вода, различные масла, новокаин, бальзам Шостаковского и др.).

Дальнейшее развитие стоматологии шло по пути поиска новых препаратов для сохранения жизнеспособности пульпы; принципиально новый подход к лечению определило широкое применение кальцийсодержащих препаратов.

Пломбирование кариозных полостей – завершающий этап в лечении заболеваний зубов. Многие авторы изучали эффективность пломбирования в клинике и эксперименте, вскрывали его недостатки и разрабатывали методы их устранения (Крупников В.И., 1935; Бегельман И.А., 1939; Берри М.Я., 1954, 1955; Школяр Т.Т., Зверева С.А., 1954; Данилевский Н.Ф., 1956; Сеницын В.Я., 1956, и др.). Интерес исследователей к вопросам пломбирования особенно повысился после появления в 1952 г. быстротвердеющей пластмассы (Иванов В.С., 1961; Батрак И.И., 1965, и др.). Оказалось, что наряду с положительными свойствами новый пломбировочный материал обладал недостатками: изменение объема, раздражение пульпы, плохая прилипаемость (Данилевский Н.Ф., Кодола Н.А., Марченко А.И., 1958); все это привело к необходимости применения в глубоких полостях защитных прокладок (Липец М.С., 1955; Вайнштейн Б.Р., Городецкий Ш.И., 1961; Альшиц А.А., 1964).

В 1962 г. на IV Всесоюзном съезде стоматологов были обсуждены проблемы кариеса зубов, дано клиническое обоснование различных методов диагностики и лечения патологии зубов у детей (Т.Ф. Виноградова), вопросы разработки новых пломбировочных материалов (силицина – Г.Д. Овруцкий, других материалов – А.И. Рыбаков, В.С. Иванов, Г.Я. Горовой).

Разработка рецептов новых пломбировочных материалов и проверка качества пломбирования ими зубов привели к внедрению в клиническую практику полимеров на основе эпоксидных смол, амальгам, галлия и др. (А.И. Рыбаков, В.С. Иванов, Б.Я. Горовой, М.З. Штейн-гарт, Т.Ф. Стрелюхина, Д.М. Каральник и др.); в дальнейшем появились пломбировочные материалы нового поколения.

В настоящее время исследования по изучению этиологии и патогенеза кариеса зубов продолжают (Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев, В.С. Иванов и др.), применяются новые методы лечения кариеса, разрабатываются новые пломбировочные материалы с улучшенными свойствами (хорошая прилипаемость, нетоксичность, быстрое отверждение, разнообразная расцветка и др.), новые технологии их изготовления, новые лекарственные препараты, методы обезболивания.

3.3.2. Заболевания пародонта

Патология пародонта по степени значимости занимает второе место после кариеса зубов: ее выявляют у 70% населения. Это широкая общемедицинская проблема, разработкой которой занимаются не только терапевты-стоматологи, но и ортопеды, и хирурги-стоматологи, и не только стоматологи.

Термин «амфодонт» впервые в 1905 г. предложил Н.Н. Несмеянов в своей диссертации «Альвеолярная пиорея зубов (амфодонтиты)». Позднее вместо термина «альвеолярная пиорея» в практику вошел термин «пародонтоз», предложенный зарубежными авторами.

Большое внимание проблеме пародонтоза уделяли отечественные исследователи Е.М. Гофунг, Д.А. Энтин, А.И. Евдокимов, И.Г. Лукомский, Е.Е. Платонов, П.П. Львов, И.О. Новик и др.

Одним из пионеров пародонтологии был профессор Е.М. Гофунг (1876–1944), организатор и декан одного из первых одонтологических факультетов на Украине, в последующем – проректор по учебной и научной работе Харьковского стоматологического института, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии того же института, а с 1943 по 1944 г. – кафедрой терапевтической стоматологии Московского стоматологического института (личное дело Гофунга Е.М., архив МГМСУ, фонд 1057, оп. 1, дело № 401, 26 л.).

Е.М. Гофунг рассматривал пародонтоз как своеобразное хроническое заболевание пародонта эндоэкзогенного происхождения, со-

провожающееся прогрессирующей деструкцией костной альвеолы и альвеолярного края челюсти, ослаблением околозубной связки, расшатыванием и выпадением зубов. «Пародентоз не есть инфекционное заболевание, имеющее своего специфического возбудителя: здесь имеется налицо смешанная инфекция; все микробы полости рта при нарушении биологического равновесия на соответствующей почве могут сделаться патогенными», — писали Е.М. Гофунг и И.Г. Лукомский в 1937 г.

Начиная с 1924 г., работы по изучению пародонтоза велись на кафедрах стоматологии Военно-медицинской академии и Ленинградского стоматологического института под руководством профессора Д.А. Энтина, который в послевоенные годы заложил патогенетические основы лечения пародонтоза. По мнению Д.А. Энтина, многообразие клинических форм заболеваний краевого пародонта исключало возможность создания ясной классификационной схемы; по этой причине он выдвинул термин «пародонтопатия», характеризующий, с одной стороны, непрерывность в патологии части и целого, с другой — указывающий на сложность патогенетических связей заболеваний краевого пародонта.

Среди многочисленных исследований этой патологии особое место занимают работы (1928, 1940, 1956, 1975) члена-корреспондента АМН СССР, директора ГИЗ и ГИСО (1923–1930 гг.), профессора А.И. Евдокимова (1883–1979). Выступая на III Всесоюзном одонтологическом съезде (1928) с докладом «Альвеолярная пиорея и обуславливающие ее факторы», А.И. Евдокимов заложил основы научного подхода к изучению воспалительных и дистрофических заболеваний пародонта. На основании своих исследований и исследований учеников (П.Ф. Беликов, О.Г. Кюзель, В.Ф. Гроссе, Е.М. Приказчикова, Б.И. Мигунов и др.) он сформулировал сосудистую теорию этиологии и патогенеза пародонтоза. По мнению А.И. Евдокимова, в развитии дистрофии и капиллярно-сосудистых нарушений в пародонте играют роль многообразные этиологические факторы общего и местного характера, среди которых местная кислородная недостаточность является одним из важнейших звеньев. Суть изменений сосудов при развитии пародонтоза, по мнению А.И. Евдокимова, сводится к сужению, нарушению их проницаемости, изменению эластичности за счет про-

растания в стенки сосудов избыточного количества соединительной ткани, отложения гиалина; как выяснилось, изменения сосудов при пародонтозе аналогичны таковым при атеросклерозе. К разработке этой проблемы были привлечены ученые различных специальностей: физиологи биохимики, микробиологи, анатомы, гигиенисты, гистологи и др.

Наряду с исследованиями А.И. Евдокимова, эту проблему с различных позиций решали многие ученые. Заведующий кафедрой стоматологии I Ленинградского медицинского института им. И.П. Павлова в 1923–1946 гг. профессор П.П. Львов (1884–1946) установил связь между пародонтозом и функцией эндокринных желез (1933). Заведующий кафедрой стоматологии Украинского института усовершенствования врачей в 1926–1941 и 1945–1952 гг. профессор Л.М. Линденбаум отметил при пародонтозе развитие гиперергического состояния (1940).

Первый в Казани профессор кафедры одонтологии П.А. Глушков описал симптомокомплекс альвеолярной пиореи у животных, полученный в лабораторных условиях. В 1937 г. была издана его работа «К вопросу о нейротрофической природе альвеолярной пиореи». Ему же принадлежит инициатива лечения альвеолярной пиореи с применением новокаиновой блокады.

В 60-е гг. XX в. на кафедре терапевтической стоматологии ММСИ проблемой патологии пародонта занимался профессор Е.Е. Платонов (1901–1969), в клинко-экспериментальных условиях обнаруживший первичные изменения в нервных волокнах пародонта (а не в сосудистой системе), что свидетельствовало о патогенетической связи патологии пародонта с нарушением нервной трофики мягких и твердых тканей. В 1940 г. Е.Е. Платонов защитил докторскую диссертацию «Роль нервной системы в патогенезе альвеолярной пиореи». В разработанной им классификации болезней пародонта были использованы собирательное понятие «пародонтопатия», термины «пародонтоз» (дистрофический процесс в околозубных тканях), гингивит (заболевание воспалительного происхождения, в том числе без изменений в костной ткани лунки, и последующие стадии, которые он назвал «пародонтитом»). Последователи Е.Е. Платонова исследовали состояние тканей пародонта у лиц с различными заболеваниями внутренних

органов, при аномалиях прикуса, при морфологических изменениях пародонта, при различном содержании микроэлементов в твердых тканях зуба и др.

Гигиеническое направление при лечении пародонтоза разрабатывали Ю.А. Федоров и В.В. Володкина в Одесском научно-исследовательском институте стоматологии. Ю.А. Федоров предложил средства гигиены полости рта (эликсиры, зубные пасты), которые оказались эффективными при лечении пародонтоза. Позднее был налажен их промышленный выпуск, и они широко применялись в РСФСР.

Изучение проблемы пародонтоза в Киевском медицинском институте происходило под руководством профессора Н.Ф. Данилевского (1968, 1975, 1977, 1978). Было выявлено значение дефицита витамина Е при возникновении пародонтоза. Ученые создали экспериментальную модель этого заболевания, результаты исследований легли в основу рабочей классификации пародонтоза, в которой была обоснована необходимость выделения обострившихся и хронических форм пародонтоза. При лечении пародонтоза была апробирована методика применения протеолитических ферментов (трипсина и химиотрипсина) в сочетании с антибиотиками и сульфаниламидными препаратами. Метод получил широкое распространение в стоматологических учреждениях страны.

Проблема пародонтоза нашла отражение в работах заведующего кафедрой ортопедической стоматологии Одесского медицинского института им. Н.И. Пирогова (1962–1977 гг.) профессора В.И. Кулаженко и его учеников. В.И. Кулаженко отметил, что компенсаторные возможности тканей пародонта, пораженного атрофическим процессом, снижены или совсем отсутствуют в результате атрофии лунок зубов и потери опоры со стороны соседних зубов. В.И. Кулаженко разработал методику вакуумного лечения пародонтоза, им же был сконструирован аппарат для вакуумкюретажа десневых карманов при пародонтозе. Метод нашел признание и широко применялся в стоматологических поликлиниках нашей страны и за рубежом.

Длительное время изучал особенности развития, диагностики и лечения пародонтоза у детей профессор И.О. Новик. С 1934 по 1941 г. он был проректором Украинского научно-исследовательского института стоматологии в Одессе, с 1947 г. заведовал кафедрой терапев-

тической стоматологии Киевского стоматологического института, с 1956 г. — кафедрой терапевтической стоматологии Киевского медицинского института. Богатый опыт изучения этиологии и патогенеза пародонтоза, клиники, диагностики и лечения его в 1958 г. был обобщен И.О. Новиком в книге «Клиника и лечение пародонтоза (амфодонтоза)».

Некоторые вопросы патологии пародонта были изучены в Казанском медицинском институте на кафедре терапевтической стоматологии (заведующий — профессор Г.Д. Овруцкий). Под руководством Г.Д. Овруцкого изучались иммунологические аспекты проблемы; ученым была предложена оригинальная классификация пародонтоза, в которой впервые была зафиксирована стабилизация патологического процесса в пародонте.

Начиная с 1952 г. под руководством заведующего кафедрой ортопедической стоматологии Казанского медицинского института (1956–1969 гг.) профессора И.М. Оксмана (1892–1978) проводились морфологические исследования пульпы, иннервации зубов, пораженных пародонтозом, изучение резервных сил пародонта отдельных зубов и всей зубочелюстной системы в норме и при пародонтозе (1952 г. и др.). Было доказано, что атрофия лунки, обнажение шейки и корня зуба истощает резервные силы пародонта, вызывая субкомпенсацию и декомпенсацию опорного аппарата зуба, которые требуют иммобилизации зубов с помощью шин, используя для опоры более устойчивые зубы. Для диагностики ранних форм пародонтоза и сходных с ним заболеваний И.М. Оксман использовал методы капилляроскопии, электротермометрии и др.

В 1968 г. в докторской диссертации «Физические методы диагностики, профилактики и лечения пародонтоза и их роль в диспансеризации больных пародонтозом» А.С. Заславский (заведующий кафедрой терапевтической стоматологии Дагестанского медицинского института в 1970–1973 гг.) в экспериментальной ее части выявил дистрофические изменения надкостницы и сосудов пародонта у собак. Ученому удалось проследить идентичность изменения тканей пародонта при экспериментальном и клиническом пародонтозе. Для лечения пародонтоза автор применял комплексные физиотерапевтические методы.

Заведующий кафедрой госпитальной ортопедической стоматологии ММСИ им. Н.А. Семашко (1952–1977; личное дело Курляндского В.Ю., архив МГМСУ, фонд 1057, оп.1, дело № 1095, 157 л.) профессор В.Ю. Курляндский впервые 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 под действием эндогенных факторов. Характерной особенностью пародонтоза, по его мнению, является развитие вторичных травматических наслоений на основное поражение, что приводит к неравномерному течению заболевания вследствие развития травматических узлов. Осложнения, возникшие при этом, играют ведущую роль. В зависимости от степени развития патологического процесса в опорном аппарате зубов, учитывая компенсаторные возможности и его резервные силы, В.Ю. Курляндский предложил использовать блокирование зубов как метод лечения (1956). Ученый предложил метод расчета остаточной жевательной мощности отдельных зубов, зубных рядов и зубочелюстной системы в целом, с учетом поражения опорного аппарата зубов с помощью пародонтограммы (одонтопародонтограммы, 1958). Анализ одонтопародонтограммы создает условия для оценки статуса, механизма образования патологического процесса, позволяет наметить пути его ликвидации, оценить прогноз его течения.

Различия в терминологии, классификациях заболеваний пародонта и методов их лечения существовали в СССР до VI Всесоюзного съезда стоматологов (Ленинград, 1975), когда было решено упорядочить все обозначения, разработать единую классификацию и выработать эффективные единообразные методы лечения.

В резолюции съезда было записано, что необходимо больше уделять внимания ортопедическому и хирургическому разделам комп-

лексного лечения пародонтоза, разрабатывать научные основы организации пародонтологической помощи. Были обсуждены основные аспекты этой сложной и важной для здравоохранения проблемы: вопросы терминологии и классификации, этиологии и патогенеза, диагностики, профилактики и лечения болезней пародонта. В рекомендациях съезда отмечалась целесообразность обозначения дистрофически-воспалительных процессов в тканях пародонта термином «пародонтоз», в качестве рабочей классификации болезней пародонта съезд рекомендовал классификацию, выдвинутую ЦНИИС и ММСИ. Было предложено широко внедрять комплексную терапию с применением ортопедических и хирургических мероприятий, которая бы повышала результативность лечения, внедрять систему профилактики на основе ее общих принципов. При проведении научных исследований по изучению пародонтоза предлагалось учитывать медико-географические особенности распространенности этой патологии.

В 1977 г. в работе «Критерии излечиваемости пародонта» А.И. Евдокимов и Т.В. Никитина предложили свою концепцию развития пародонтоза, в которой отметили, что понятие «излечиваемость пародонтоза» оценивается в зависимости от стадии развития патологического процесса и возможных его исходов. Авторы подробно описали терапевтические и хирургические методы лечения пародонтоза с применением на любой стадии развития заболевания стимуляции реактивности организма, используя средства неспецифической (биостимуляторы, белковые анаболики, микробные полисахариды, аутогемотерапия) и специфической (анаболические стероиды, остеогенная цитотоксическая сыворотка, тирокальцитонин) терапии. Особое место при этом было отведено тирокальцитонину, который оказывает противовоспалительное и противоотечное действие, что в сочетании со способностью тормозить резорбцию ткани позволяет добиваться оптимального эффекта при лечении пародонтоза (Никитина Т.В. и др., 1973). Для восстановления функциональной активности соединительнотканевых компонентов пародонта авторы рекомендовали шире использовать ферменты, мукополисахариды (гепарин), биологически активные вещества (фтор, кальций, ферроцирон), а также антиатеросклеротические препараты (астероид, препараты йода, метионин, липокаин и др.) в сочетании с рациональным питанием (раститель-

ная диета, овощи, фрукты, творог, сыр, ограничение белковой пищи). Было отмечено, что комплексное лечение позволяет в 65–85% случаев добиться благоприятных исходов.

В 1977 г. заведующий кафедрой госпитальной ортопедической стоматологии ММСИ член-корреспондент РАМН профессор В.Н. Копейкин в монографии «Ортопедическое лечение заболеваний пародонта» представил современные методы исследования пародонта, изучил процессы перераспределения напряжений в челюстных костях. В основе функционирования тканей пародонта, по мнению ученого, лежат связи между строением и особенностями биохимических процессов. В докторской диссертации «Клинико-экспериментальное обоснование ортопедических методов лечения пародонтоза» (1980) ученый выявил взаимосвязь между морфологическим строением и биохимическими процессами, лежащими в основе функционирования тканей пародонта. В.Н. Копейкин концентрировал внимание на этиологических и патогенетических аспектах диагностики пародонтоза.

Метаболические и иммунологические процессы в организме больных пародонтозом изучали Б.Д. Кабаков и Э.В. Бельчиков (1972), В.С. Иванов (1981), А.И. Рыбаков (1975) и Т.В. Никитина (1982), которые считали нарушения иммунологической реактивности организма ведущим звеном в патогенезе пародонтоза.

В 80-е годы XX столетия на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии ММСИ были подробно изучены патоморфология, клинические проявления заболеваний пародонта, что потребовало пересмотра существовавшего в нашей стране воззрения о наличии одной нозологической формы — пародонтоза (только первично дистрофического процесса в костной ткани с последующим воспалением десны). Гингивит рассматривали как симптом пародонтоза. Между тем исследования сотрудников кафедры свидетельствовали в пользу ведущего значения воспаления в тканях пародонта и наличия самостоятельных заболеваний первично воспалительного характера (гингивит, пародонтит) наряду с пародонтозом — заболеванием первично дистрофической природы. В структуре пародонтальных заболеваний преобладают гингивит и пародонтит. Ученые ММСИ предприняли попытку пересмотра классификации болезней пародонта с учетом собственных исследований и рекомендаций ВОЗ. В 1980 г. была опубликована классификация болезней пародонта (Лемецкая Т.И., 1980),

в которой были выделены воспалительные заболевания пародонта — гингивит, пародонтит и дистрофические — пародонтоз, пародонтолиз, опухоли и опухолевидные заболевания. Эта классификация легла в основу классификации, принятой в 1983 г. на XVI пленуме Всесоюзного общества стоматологов и рекомендованной для применения в научной, педагогической и лечебной работе.

Проблема пародонтоза остается актуальной и в наши дни. А.И. Грудянов и Г.М. Барер (1994) показали, что только у 12% населения пародонт здоровый, у 53% отмечены начальные воспалительные явления, а у 12% — поражения средней и тяжелой степени. Многочисленные эпидемиологические исследования отечественных и зарубежных авторов показывают, что чаще всего патология пародонта встречается в молодом возрасте (гингивит), а после 30 лет — пародонтит. По данным ВОЗ (1990), высокий уровень заболеваний пародонта в 53 странах мира отмечен в возрастной группе 15–19 лет (55–99%) и в возрасте 35–44 лет (65–98%).

Таким образом, распространенность заболеваний пародонта в обществе не снижается, а значимость изучения этого раздела стоматологии и потребность в подготовке высококвалифицированных кадров возрастает.

В 2005 г. в МГМСУ была открыта кафедра пародонтологии и гериатрической стоматологии ФПКС (заведующий — профессор О.О. Янушевич, с 2007 г. — ректор МГМСУ). В том же году в Москве состоялся I съезд Ассоциации пародонтологов России «Пародонтология — настоящее и будущее». Президентом ассоциации стал заведующий кафедрой госпитальной терапевтической стоматологии МГМСУ, председатель проблемного учебно-методического совета по стоматологии Минздрава РФ, декан стоматологического факультета МГМСУ профессор Г.М. Барер. В научную программу съезда были включены темы, посвященные общим аспектам современной пародонтологии; этиологии и патогенезу заболеваний пародонта; комплексной диагностике, современным технологиям, хирургическим и фармакотерапевтическим методам лечения внутрикостных дефектов; перспекти-

вам применения в пародонтологии диплоидных и стволовых клеток; аугментации кости; выбору ортопедической конструкции и имплантации при заболеваниях пародонта; средствам гигиены для лечения патологии пародонта; пластике мягких тканей и т.д.

3.3.3. Патология слизистой оболочки полости рта

Изучением этиологии, патогенеза, диагностики, клиники и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта ученые занимались с давних пор, однако решение этой проблемы стало возможным только при тесном взаимодействии дерматологов, стоматологов, патофизиологов, морфологов и других специалистов.

Комплексный подход к изучению данной проблемы позволил в 60-е гг. XX столетия значительно расширить диапазон знаний в этой области. Этому способствовали работы И.Г. Лукомского, А.И. Евдокимова, А.И. Рыбакова, Б.И. Мигунова, Л.И. Фалина, Б.М. Пашкова, А.Л. Машкиллейсона и др.

С течением времени накапливался опыт лечения и диагностики этой патологии. Появились первые классификации заболеваний слизистой оболочки полости рта, описанные в учебниках по терапевтической стоматологии Е.М. Гофунга и Д.А. Энтина (1938), И.Г. Лукомского (1945), Я.С. Пеккера (1950), Н.И. Агапова (1959) и др.

Большую роль в изучении патологии слизистой оболочки полости рта сыграла научная дерматостоматологическая школа ММСИ, возглавляемая с 1953 по 1973 г. заслуженным деятелем науки РСФСР, профессором Б.М. Пашковым (личное дело Пашкова Б.М., архив МГМСУ, фонд 1057, оп.1, дело № 975, 211 л.). Под его руководством были разработаны новые методы диагностики и лечения многих видов патологии слизистой оболочки полости рта, разработаны методы коррекции осложнений, появившихся в связи с внедрением в клиническую практику антибиотиков и гормональных средств. На кафедре воспитали целую плеяду специалистов в области патологии слизистой оболочки полости рта (Б.Г. Стоянов, Т.Н. Антонова, Г.Д. Савкина,

А.Л. Машкиллейсон и др.). Учениками Б.М. Пашкова были изучены поражения слизистой оболочки полости рта и губ при некоторых дерматозах и сифилисе (А.Л. Машкиллейсон), разработана диагностика и лечение предопухолевых изменений слизистой оболочки полости рта, пузырчатки (Н.Д. Шеклаков).

Большое значение для понимания патогенеза некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта, имели исследования профессора П.Г. Снякина по изучению ее функциональной мобильности. Эти разработки легли в основу дальнейшего изучения этих проблем на кафедре терапевтической стоматологии ММСИ, что позволило результаты этих исследований изложить в главе «Заболевания слизистой оболочки полости рта» в учебнике по терапевтической стоматологии.

Работы по изучению заболеваний слизистой оболочки полости рта проводились и в ЦНИИСе, где в 1964 г. был открыт первый в стране терапевтический стационар на 20 коек. Институтом был накоплен большой опыт по диагностике и лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Кафедра терапевтической стоматологии ЦОЛИУ врачей базировалась в ЦНИИСе, исследования сотрудников этой кафедры были тесно связаны с исследованиями, проводимыми в ЦНИИСе.

Труд А.И. Рыбакова «Стоматиты» (1964) обобщил результаты исследований по проблеме, связанной с патологией слизистой оболочки полости рта.

В 1965 г. состоялся I Всероссийский съезд стоматологов, посвященный проблемам патологии слизистой оболочки полости рта. Съезд наметил направления исследований по этой важной проблеме, разработал меры по улучшению научно-исследовательской работы и внедрению ее результатов в практику здравоохранения.

Изучение патологии слизистой оболочки полости рта проводилось на основе и в тесной связи с патофизиологией, патоморфологией, биохимией, микробиологией и другими науками. Итогом этих работ было выявление роли вирусов в этиологии некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта и разработка методов их патогенетического лечения.

Многие научные коллективы СССР посвятили свои исследования этой проблеме. Украинские профессора А.И. Марченко (1966),

И.О. Новик (1971) разрабатывали вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, а также особенности всасывания различных веществ слизистой оболочкой полости рта. Профессор Г.Д. Овруцкий (Казань) изучал изменения общей иммунологической реактивности организма в связи заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Местные проявления и особенности течения заболеваний слизистой оболочки полости рта изучал профессор В.А. Епишев (Узбекистан, 1970). Влияние профессиональных вредностей на слизистую оболочку полости рта исследовал профессор Р.Я. Пеккер (Кемерово, 1970).

Различные проявления патологии слизистой оболочки полости рта разрабатывались и в других медицинских институтах: Калининском – профессор Т.Т. Школяр, Смоленском – профессор М.В. Бусыгина. Основное направление научных работ профессора М.В. Бусыгиной было изучение состояния слизистой оболочки полости рта при хронической инфекции и интоксикации организма: при лепре (1969), туберкулезе, хронической алкогольной и одонтогенной интоксикации.

Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта имеет огромное значение в практике врача, так как позволяет ориентироваться в многообразии нозологических форм, правильной постановке диагноза, выбору рациональной терапии и проведению профилактических мероприятий. В 1978 г. А.И. Рыбаковым и Г.В. Банченко была предложена систематизация патологических состояний.

В настоящее время кафедры кожных и венерических болезней, стоматологические кафедры медицинских институтов и университетов страны продолжают активно разрабатывать эту проблему.

3.4. Основные проблемы хирургической стоматологии

Зубная операция – удаление зуба – относится к самым древним приемам народного зубо врачевания, однако современная хирургическая стоматология сложилась в СССР только в 30-х гг. XX в. на основе объединения традиционной хирургии ротовой полости (в рамках ремесленного зубо врачевания) и хирургии челюстно-лицевой облас-



ти как самостоятельного раздела врачебной хирургической науки и практики. Ее оформление в качестве самостоятельной медицинской специальности связано с организацией в 1935 г. 11 стоматологических институтов с выделением кафедр по основным разделам стоматологии, которые стали научными, лечебными и педагогическими центрами специальности.

Основоположниками хирургической стоматологии в СССР были московский стоматолог А.И. Евдокимов, положивший начало клинко-анатомическому направлению исследований в этом разделе, и челюстно-лицевые хирурги А.Э. Рауэр (Москва) и А.А. Лимберг (Ленинград), а также московские хирурги Н.М. Михельсон и Ф.М. Хитров (пластическая хирургия), ленинградский стоматолог Д.А. Энтин (военная челюстно-лицевая хирургия). В возрастающем темпе до начала Великой Отечественной войны наблюдалось развитие практической, научной и учебной основ хирургической стоматологии, усовершенствование подготовки специалистов. Этому способствовали организация отделений хирургической стоматологии в стоматологических амбулаториях и поликлиниках, открытие специализированных стоматологических стационаров.

Наряду с удалением зубов, основными направлениями хирургической стоматологии являются имплантология, гнойная хирургия ротовой полости (включая ротовой сепсис; успехи в лечении этих заболеваний были связаны, прежде всего, с появлением и широким применением антибактериальных средств), челюстно-лицевая хирургия. Проблемы травматологии и восстановительной хирургии челюстно-лицевой области разрабатывались как одноименными кафедрами в институтах усовершенствования врачей (Москва, Ленинград и др.), так и в специализированных челюстно-лицевых отделениях, открытых в 1930-е гг. в институтах травматологии и ортопедии в крупных городах страны (Москва, Ленинград, Харьков, Свердловск и др.). Важную роль в развитии челюстно-лицевой хирургии в период Великой Отечественной войны 1941–45 гг. и в послевоенные годы сыграли специализированные челюстно-лицевые госпитали.

3.4.1. Гнойная хирургия полости рта

Проблема ротового сепсиса, научное и практическое значение которой ни у кого не вызывала сомнений, всегда была предметом пристального внимания хирургов-стоматологов. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области занимают значительное место в хирургической стоматологии, составляя от 75 до 95% всех воспалительных процессов. Среди них наиболее часто встречаются острый периодонтит, обострение хронического периодонтита, острый гнойный периостит челюсти, острый остеомиелит челюсти, абсцесс, флегмона, лимфаденит.



В 1925 г. на II Всероссийском одонтологическом съезде с докладом о ротовом сепсисе выступил профессор С.Н. Вайсблат (с 1927 г. — заведующий первого челюстно-лицевого отделения на Украине, в 1929—1953 гг. — заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Киевского института усовершенствования врачей, в 1938—1941 гг. — декан стоматологического факультета, заместитель директора по научной работе, в 1938—1953 гг. — главный стоматолог Министерства здравоохранения УССР). На III Всесоюзном одонтологическом съезде (1928) в число программных была включена тема «Патология и терапия апикальных периодонтитов». С основными докладами выступили: А.В. Рывкинд «Патология апикальных пародонтитов», Б.И. Гаухман «Консервативное лечение апикальных пародонтитов», А.А. Кьяндский «Хирургическое лечение апикальных пародонтитов», Я.С. Пеккер «К вопросу о роли зубной системы в этиологии затяжных септических заболеваний», Г.Н. Могильницкий «Сепсис и экстракция зуба», Н.А. Астахов «Основные выводы из клиники периапикальных заболеваний» и др.

Профессор Н.А. Астахов (с 1919 г. — заведующий организованной им кафедры стоматологии в Донском медицинском институте, с 1921 г. — руководитель доцентуры, а позднее — кафедры стоматологии в Государственном ордена Ленина институте усовершенствования врачей им. С.М. Кирова) в своем докладе отметил: «...проблема так называемого орального сепсиса, имеющая тесное отношение к нашей программной теме, носит характер еще далеко не законченной в научном отношении трактовки и переживает в данный момент ту острую стадию экспериментально-лабораторных увлечений, в которой с окончательными выводами нам, клиницистам, необходимо повременить».

С докладами об остеомиелите челюстей на съезде выступили профессоры П.П. Львов, В.М. Уваров, И.Г. Лукомский и др. Заведующий кафедрой стоматологии I Ленинградского медицинского института им. И.П. Павлова (1923—1946) профессор П.П. Львов в докладе: «Одонтогенные остеомиелиты челюстей» заострил вопрос на остром инфекционном остеомиелите нижней челюсти одонтогенного происхождения по причине его большей частоты, тяжести течения и значения для клиники. Ученый предложил клиническую классификацию

остеомиелитов, подробно остановившись на постановке диагноза и методах их лечения.

В.М. Уваров (начальник кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-морской медицинской академии в 1940—1960 гг., заведующий кафедрой терапевтической стоматологии I Ленинградского медицинского института им. И.П. Павлова в 1960—1971 гг.) на большом клиническом стационарном и амбулаторном материале (за год 371 случай) изложил методы лечения остеомиелитов.

В 1930 г. вышла монография А.И. Евдокимова «Топографическая анатомия полости рта и смежных полостей», с которой началось клинично-анатомическое направление в развитии гнойной хирургии челюстно-лицевой области. Александр Иванович Евдокимов (1883—1979) в 1902 г. окончил фельдшерское училище, в 1912 г. — зубоучебную школу в Москве, в 1919 г. — медицинский факультет Воронежского университета. В 1922—1930 гг. он возглавлял Государственный институт зубоучебания (ГИЗ), позднее преобразованный в Государственный институт стоматологии и одонтологии (ГИСО); в 1930—1932 гг. заведовал кафедрой стоматологии Центрального института усовершенствования врачей в Москве, в 1933—1934 гг. — кафедрой стоматологии Воронежского медицинского института, в 1934—1938 гг. — созданной им кафедрой стоматологии во 2-м Медицинском институте. В течение 25 лет (с 1938 по 1963 г.) заведовал кафедрой хирургической стоматологии Московского медицинского стоматологического института (в 1943—1950 гг. — директор ММСИ). Был инициатором создания Центрального научно-исследовательского института стоматологии (ЦНИИ стоматологии), где с 1963 по 1968 г. занимал должность заместителя директора по научной работе.

Результатом большой исследовательской работы коллектива кафедры хирургической стоматологии ММСИ, руководимой А.И. Евдокимовым, было появление новых данных об этиологии, патогенезе, дифференциальной диагностике и терапии одонтогенных остеомиелитов и периоститов челюстей. Анализ результатов исследования большого клинично-анатомического материала позволил А.И. Евдокимову разработать классификацию флегмон и абсцессов челюстно-лицевой области. Исследование им реактивности соединительной ткани, активности щелочной фосфатазы плазмы крови, фагоцитарной реакции

крови, лейкоцитарной формулы, химического состава крови и слюны и т.д. расширило представление о клинике, морфологии и патофизиологии воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

Благоприятное течение и успешное лечение воспалительных процессов обязано:

- применению антибиотиков;
- пенициллино-новокаиновой блокаде;
- использованию глухого шва или биопластики костных полостей;
- использованию тканевой и физической терапии.

В 60-е гг. XX в. ученые, занимаясь клиническими и экспериментальными исследованиями, выявили причины острых гнойных процессов, особенностей их клинического проявления и лечения. Заведующий кафедрой пропедевтики хирургической стоматологии ММСИ им. Н.А. Семашко (1955–1972) профессор Г.А. Васильев, изучая причины одонтогенных воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи, разработал патогистологическую характеристику одонтогенных гайморитов, для лечения которых было предложено использование протеолитических ферментов, закрытие перфораций дна гайморовой полости и др.

Четкое знание топографии соединительнотканевых промежутков и фасций соответствующих участков челюстно-лицевой области позволило подробно изучить клинику одонтогенных воспалительных заболеваний. По данным В.Ф. Войно-Ясенецкого (1946) и Г.А. Васильева (1957), гнойные процессы, фокус которых находится в подвисочной или крылонебной ямках, приводили иногда к летальным исходам. Широкое применение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов значительно изменило течение этой патологии, но и в настоящее время одонтогенные гнойные воспалительные процессы, локализующиеся в подвисочной и крылонебной ямках, приводят к тяжелым осложнениям. Поздняя диагностика абсцессов и флегмон околоушно-жевательной области приводит к вторичному кортикальному остеомиелиту угла и ветви нижней челюсти (Г.А. Васильев, А.И. Евдокимов).

Несвоевременное лечение флегмон околоушно-жевательной области нередко приводит к секвестрации ветвей челюсти (А.И. Евдокимов, Г.А. Васильев, В.М. Уваров, П.М. Егоров и др.). Для вскрытия

абсцессов и флегмон околоушно-жевательной области учеными были предложены различные методы оперативных вмешательств. Разрабатывая план оперативного вмешательства при вскрытии гнойных очагов околоушно-жевательной области, выбор направления разреза имеет большое значение.

Клиническая картина одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей существенно отличается от проявления этих процессов у взрослых и имеет ряд особенностей (А.И. Евдокимов).

На V Всесоюзном съезде стоматологов (1968) профессор Г.И. Семенченко в докладе «Одонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области в детском возрасте» отметил, что тяжелое течение воспалительного процесса у детей приводит к быстрому переходу заболевания в хроническую форму. Своевременная диагностика заболевания, правильное и эффективное его лечение, ведут к скорейшему выздоровлению, минуя тяжелые общие и местные осложнения.

В 1973 г. на заседании XII Пленума правления Всесоюзного научного общества стоматологов академик АМН СССР, профессор А.И. Рыбаков и профессор И.И. Ермолаев (заместитель директора по научной работе в ЦНИИ стоматологии в 1968–1973 гг., заведующий кафедрой хирургической стоматологии ЦОЛИУ врачей в 1973–1978 гг.) в докладе «Состояние проблемы одонтогенной инфекции на современном этапе развития стоматологии» отметили рост воспалительных процессов среди населения, которые «...снова стали представлять угрозу для здоровья и жизни человека», протекая с тяжелыми осложнениями, такими как медиастиниты и абсцессы головного мозга, «которых мы почти не знали в нашей практике в течение многих лет». По данным ученых, число больных с одонтогенными остеомиелитами челюстей в структуре госпитализированных в стоматологические стационары десять лет назад в среднем было около 6%, спустя десятилетие этот показатель вырос более чем в два раза. Профессор Ю.И. Бернадский (1975) отметил, что число больных с одонтогенными и неодонтогенными острыми гнойными процессами (остеомиелиты, флегмоны, абсцессы, фурункулы) в 1972 г. увеличилось в 4,5 раза по сравнению с 1965 г., при этом у 80% больных наблюдались одонтогенные формы флегмон.

На пленуме прозвучал доклад В.А. Дунаевского, Л.Р. Балона, Д.М. Соловьева «Современные пути изучения патогенеза, клиники, профилактики и лечения при острой одонтогенной инфекции», а Ю.И. Бернадский, А.Э. Гуцан и соавт., М.В. Костылев и соавт., Н.А. Плотников и др. представили большой материал по организации помощи больным с воспалительными процессами челюстно-лицевой области. В.В. Паникаровский и А.С. Григорян разработали новую классификацию воспалительных процессов костей лица, К.А. Молчанова и соавт. отметили изменения биохимических показателей при профилактике осложнений у больных с флегмонами челюстно-лицевой области.

Несколько докладов были посвящены новым препаратам в комплексном лечении острой и хронической одонтогенной инфекции, изменениям гемостаза при одонтогенной инфекции, принципам лечения тромбозов челюстно-лицевой области.

В последующий период было проведено значительное число клинических и экспериментальных исследований, которые внесли новые данные в патогенез, клинику и лечение острых гнойных процессов. В 1978 г. вышла монография Ю.И. Бернадского и Н.Н. Заславского «Очерки гнойной челюстно-лицевой хирургии», в которой подробно изложены клиническая характеристика, дифференциальная диагностика и методы лечения одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

А.И. Рыбаков в статье «Важная проблема современной стоматологии» (1981) подчеркнул, что вопрос лечения больных с воспалительными процессами челюстно-лицевой области является сложным, ибо «он относится уже к разряду не только стоматологических, но и общехирургических, терапевтических и инфекционных пациентов».

Проблема гнойной хирургии челюстно-лицевой области, постоянно находясь в центре внимания стоматологов, требовала и требует знаний микробиологии, фармакологии, физиотерапии и других дисциплин, и решение ее возможно только комплексными методами.

Важным звеном в лечении гнойных процессов челюстно-лицевой области является процесс реабилитации больных в послеоперационном периоде. «Накопленный опыт многих стоматологических лечебных учреждений убедительно показал, — писал А.И. Рыбаков, — что реабилитация стоматологических больных является наиболее эффективным методом послегоспитального лечения при гнойных заболеваниях челюстно-лицевой области, которую нужно широко внедрять».

3.4.2. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области

Проблема травматологии и восстановительной хирургии челюстно-лицевой области была предметом обсуждения на многих съездах, пленумах научных медицинских стоматологических обществ.

В предвоенный период разработке основных положений травматологии и восстановительной хирургии челюстно-лицевой области посвятили свои труды А.А. Лимберг, А.Э. Рауэр, А.И. Евдокимов, П.П. Львов, Н.М. Михельсон, В.М. Уваров, Д.А. Энтин, И.Г. Лукомский, Г.А. Васильев, Л.А. Кьяндский, И.А. Бегельман и др.

В 1927 г. был издан учебник «Основы практической травматологии» под редакцией А.Л. Поленова, в котором раздел «Повреждения скелета и мягких частей лица и полости рта» был написан А.А. Лимбергом. Александр Александрович Лимберг (1894—1974), сын Александра Карловича Лимберга, в 1916 г. окончил зубоучебную школу Вонгле, в 1919 г. — Военно-медицинскую академию. Со дня открытия 1 апреля 1918 г. Стоматологического института при Военно-медицинской академии занимал в нем должность зубного врача-ординатора, с декабря 1919 г. — должность хирурга-ординатора, после слияния Физико-хирургического и Ортопедического в Центральный травматологический институт заведовал челюстно-лицевым отделением. В период с 1920 по 1954 г. А.А. Лимберг работал ассистентом кафедры одонтологии I Ленинградского медицинского института, состоял профессором и заведовал кафедрой одонтологии во II Медицинском

институте, кафедрой хирургической стоматологии в Ленинградском стоматологическом институте, кафедрой челюстно-лицевой хирургии в Ленинградском педиатрическом институте (Козлов В.А., 1994). Первый опыт применения проволочных шин при огнестрельных ранениях А.А. Лимберг приобрел в 1916 г., в 1922 г. на IV съезде русских хирургов он изложил основные принципы закрепления отломков при переломах челюстей. В последующие годы А.А. Лимберг выступил с рядом предложений по применению оригинальных способов иммобилизации беззубых отломков нижней челюсти при помощи внеротового вытяжения проволочной петлей, с предложением применения стандартных шин для закрепления отломков верхней и нижней челюстей на ПМП, стандартных шин для экстренного закрепления отломков при множественном переломе челюсти. В 1940 г. опубликована его книга «Шинирование при переломах челюстей». Итоги клинических наблюдений, полученных во время боев в Монголии (1939 г.) и Финской кампании (1939–1940), легли в основу книги «Огнестрельные ранения лица и челюстей и их лечение» (1941). В 1935 г. А.А. Лимберг организовал кафедру челюстно-лицевой хирургии в Ленинградском институте усовершенствования врачей. Его работы по хирургической стоматологии были посвящены, главным образом, вопросам пластической хирургии. Монография А.А. Лимберга «Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела», опубликованная в 1946 г., была отмечена в 1948 г. Сталинской премией II степени. Свой 40-летний опыт работы А.А. Лимберг обобщил в капитальном руководстве «Планирование местнопластических операций», изданном в 1963 г. При производстве пластических операций А.А. Лимберг значительно усовершенствовал методику формирования филатовского стебля, разработав показания к его применению, значительно расширив возможности использования его в пластической хирургии лица.

Одним из основоположников отечественной челюстно-лицевой хирургии был А.Э. Рауэр (1871–1948), ученик профессора В.Н. Розанова, основатель и заведующий челюстно-лицевым отделением лечебно-протезного института (ЦИТО) в 1922–1948 гг., основатель и заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии ЦОЛИУ врачей (1932–1948). Его руководство «Переломы челюстей и повреждения мягких тканей лица в мирное и военное время» (1940) имело боль-

шое практическое значение для стоматологов. С именем А.Э. Рауэра связаны значительные успехи в хирургическом лечении патологии челюстно-лицевой области, он, по свидетельству Н.М. Михельсона, «был единственным хирургом в Москве, занимавшимся специально этим делом». Важные проблемы челюстно-лицевой травматологии и пластической хирургии были освещены в монографии А.Э. Рауэра, Н.М. Михельсона «Пластические операции на лице», впервые опубликованной в 1943 г. За эту книгу, содержащую результаты научных исследований и описание новых, оригинальных методов хирургических операций, получивших широкое применение в практике, в 1946 г. авторам была присуждена Государственная премия СССР.

Монография А.И. Евдокимова «Топографическая анатомия полости рта и смежных областей» (1930) обозначила начало клинко-анатомического направления в хирургии челюстно-лицевой области.

Кроме кафедр челюстно-лицевой хирургии в институтах усовершенствования врачей (Москва, Ленинград и др.), в 30-е гг. XX столетия были открыты институты травматологии и ортопедии с челюстно-лицевыми отделениями в таких крупных городах, как Москва, Ленинград, Харьков, Свердловск и др., где оказывали специализированную помощь и разрабатывали методы лечения повреждений челюстно-лицевой области. Вопросы хирургической стоматологии стали предметом внимания многих исследователей.

Знания, накопленные челюстно-лицевой хирургией и ортопедией в период Великой Отечественной войны значительно расширили практические границы специальности и укрепили ее теоретические основы. Челюстно-лицевые госпитали были прекрасной школой, в которой совершенствовали свое мастерство первоклассные специалисты. Так, например, профессор А.И. Евдокимов был одним из организаторов и руководителей стоматологической помощи в системе эвакогоспиталей Наркомздрава СССР. В качестве консультанта Главного управления эвакогоспиталей принимал непосредственное участие в лечении раненых в руководимой им клинике, в челюстно-лицевых отделениях госпиталей, в специализированном госпитале. Профессор Г.А. Васильев служил в разных госпиталях, в Главном военном госпитале был начальником челюстно-лицевого отделения; профессор В.И. Заусаев был ведущим хирургом медико-санитарного батальона,

а с 1944 г. — главным хирургом челюстно-лицевого отделения эвакогоспиталя на Прибалтийском фронте и в Японии.

В условиях необходимости скорейшего возвращения раненых в строй остро встал вопрос о целесообразности ранних пластических операций на лице. Были пересмотрены довоенные установки о сроках пластических операций, расширены показания к ранней пластике травматических дефектов лица (Н.М. Михельсон, А.А. Лимберг, А.Э. Рауэр и др.).

После окончания войны стоматологи-хирурги, используя военный опыт, активно взялись за разработку вопросов хирургической стоматологии. Ведущую роль в их исследованиях играл коллектив кафедры хирургической стоматологии Московского государственного медицинского стоматологического института, которой руководил профессор А.И. Евдокимов (Г.А. Васильев, В.Ф. Рудько, В.И. Заусаев). Медицина советского периода проделала большую работу по восстановительному лечению инвалидов войны, среди которых значительное место занимали инвалиды, имевшие тяжелые повреждения зубочелюстной системы. В послевоенный период ученые обосновали показания к ранней и отсроченной костной пластике нижней челюсти (А.И. Евдокимов, А.А. Кьяндский, А.А. Лимберг, М.В. Мухин, В.Ф. Рудько и др.).

Тематика исследований значительно расширялась, появились новые имена ученых (Н.Н. Бажанов, Н.А. Плотников, В.Ф. Чистякова и др.), которые разрабатывали различные вопросы хирургической стоматологии: замещение резерцированной части нижней челюсти при адантинوماх (Ю.И. Бернадский), применение эпидермальных кожных лоскутов (М.В. Костылев), применение пластмасс (В.И. Кулаженко, М.В. Мухин и др.) и др.

Развитию челюстно-лицевой хирургии способствовали работы Н.М. Михельсона (1883—1963). С 1936 по 1948 г. он был заместителем директора МОИТОП по научной работе, с 1948 по 1962 г. заведовал кафедрой челюстно-лицевой хирургии ЦОЛИУ врачей. В докторской диссертации и монографии «Применение трупного хряща в клинике» (1946) Н.М. Михельсон обобщил опыт использования трупного хряща для свободной пересадки, тем самым хирурги получили для замещения дефектов твердых тканей доступный материал, легко поддающийся

обработке. Кроме того, Н.М. Михельсон впервые произвел операцию восстановления языка после ранения его с полным отрывом, применив филатовский стебель; предложил миопластику поврежденной губы путем пересадки части мышцы другой губы, способы восстановления ушных раковин, века и глазного ложа. Н.М. Михельсон отмечал, что «даже маловидный для постороннего глаза рубец часто служит предметом внимания и тревоги для больного. Последний часто придает большое значение наружному виду самого рубца, чем тем подчас тяжелым нарушениям функции какого-либо органа, которые вызваны данным рубцом» (1957). Н.М. Михельсон рассматривал пластику кожного покрова лица как срочную операцию, выполнение которой необходимо уже при первичной хирургической обработке раны.

Большой вклад в развитие отечественной хирургической стоматологии внес Г.А. Васильев (1902—1974), ученик и помощник А.И. Евдокимова, заведовавший кафедрой пропедевтики хирургической стоматологии ММСИ им. Н.А. Семашко (1955—1972; личное дело Васильева Г.А., архив МГМСУ, фонд 1057, оп.2, дело № 342, 161 л.). В 1959 г. А.И. Евдокимов вместе с Г.А. Васильевым издали учебник «Хирургическая стоматология»; несколько изданий выдержал учебник Г.А. Васильева «Хирургия зубов и полости рта» для учащихся средних медицинских учебных заведений.

Развитие восстановительной хирургии челюстно-лицевой области при врожденных уродствах лица как самостоятельной дисциплины началось в середине 70-х гг.

Первые операции по устранению врожденных уродств лица были проведены Ф.М. Хитровым (1903—1986). Федор Михайлович Хитров в 1927 г. окончил медицинский факультет Северо-Кавказского университета и начал работать врачом в г. Грозном, прошел специализацию по хирургии у профессора Н.И. Напалкова. С 1932 г. работал в Центральном институте травматологии и ортопедии (ЦИТО) под руководством А.Э. Рауэра. В 1941—1980 гг. возглавлял клинику челюстно-лицевой хирургии ЦИТО, ставшую с 1962 г. основой соответствующего подразделения ЦНИИ Стоматологии МЗ СССР, вел педагогическую работу в ЦИУ врачей и во II МОЛМИ им. Н.И. Пирогова.

Ф.И. Хитров и его ученики разработали ряд новых методов пластики врожденных и приобретенных дефектов лица с использованием прилежащих тканей и филатовского стебля; в 1949 г. он защитил докторскую диссертацию «Пластика носа филатовским стеблем после огнестрельных повреждений». Ему принадлежат оригинальные труды по ринопластике, формированию входа в гортань и глотку «Т-образным стеблем», по созданию скелета гортани из гомохряща, по устранению глоточный и пищевой стом с помощью «кожной трубки». Им впервые осуществлена реконструкция пищевода и дыхательных путей при полном отрыве гортани, пищевода, усовершенствованы способы хирургического лечения больных с врожденными расщелинами губы и неба, обоснованы показания к фрагментарной остеомии в сочетании с кортикотомией при исправлении тяжелых деформаций верхней челюсти. Монография Ф.М. Хитрова «Пластическое замещение дефектов лица и шеи филатовским стеблем» (1954) была отмечена премией им. С.И. Спасокукоцкого, а его классический труд «Дефекты и рубцовые заращения глотки шейного отдела пищевода, гортани и трахеи и методика их устранения» (1963) был удостоен в 1964 г. Ленинской премии.

Методы хирургического лечения врожденных расщелин неба и приобретенных дефектов его у взрослых, предложенные В.И. Заусаевым (1969), позволили значительно сократить сроки лечения и обеспечить хорошие отдаленные результаты.

Расширенный пленум Всесоюзного научного медицинского общества стоматологов и 1-я выездная сессия ЦНИИС (1963) были посвящены вопросам этиологии, патогенеза, лечения врожденных расщелин верхней губы и неба, организационным мероприятиям по диспансеризации детей с врожденными расщелинами губы и неба, методам хирургического и ортодонтического лечения, вопросам профилактики и лечения послеоперационных деформаций губы, носа, неба, челюстей. Разработка комплексных методов лечения, улучшающих косметический и функциональный эффект лечения губы и неба, приобрела первостепенное значение.

На V Всесоюзном съезде стоматологов (1968) профессор В.С. Дмитриева отметила, что мало внимания в стоматологии уделяется вопросам травматологии детского возраста. Она выделила важные, по ее мнению, на тот момент мероприятия:

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

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

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

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

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

6. Издание пособий и руководств по лечению всех видов травмы челюстно-лицевой области у детей.

В.М. Месина (1971; ЦНИИ Стоматологии) провела исследование «Врожденные расщелины неба (этиология, клиника, лечение)», в котором как возможный этиологический фактор в генезе расщелин верхней губы и неба она выделила вирус краснухи и предложила вакцинацию женщин детородного возраста, разработала методы диагностики и лечения больных с расщелинами неба.

Классификации врожденных расщелин лица, предложенные профессором Ю.И. Бернадским в соавт. и профессором Л.Е. Фроловой, нашли широкое применение в нашей стране.

Развитие анестезиологии, реаниматологии и совершенствование техники операций позволили производить операционные вмешательства в более раннем возрасте. Пластика верхней губы у новорожденных при врожденных расщелинах губы была предложена профессором Л.Е. Фроловой (1956) и стала проводиться в родильных домах или специализированных хирургических отделениях для новорожденных на 2–4-й или после 11–14-го дня жизни ребенка.

Б.Я. Булатовская (1974) показала целесообразность и необходимость комплексного лечения детей с врожденными расщелинами губы и неба (хирург, ортодонт, логопед и другие специалисты) в детских садах и в специальных интернатах.

Профессор М.М. Соловьев (заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. И.П. Павлова с 1991 г.) в работе «Современное состояние проблемы острой одонто-

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

В 1991 г. был создан Центр детской челюстно-лицевой хирургии, который возглавил профессор В.В. Рогинский. Ученый создал новые направления в челюстно-лицевой хирургии: дистракционный остеосинтез костей лица, стереолитографическое и компьютерное моделирование. Он участвовал в создании новых композиционных биозамещающих материалов.

В настоящее время, когда не утихают локальные военные конфликты, стоматологам-хирургам приходится решать много проблем, связанных с лечением сложных травматических челюстно-лицевых повреждений, при применении новых видов оружия с большой поражающей силой, с использованием пуль со смещенным центром тяжести. Лучшие стоматологи-хирурги продолжают разрабатывать новые методы оперативных вмешательств, совершенствовать виды обезболивания, сокращать сроки лечения челюстно-лицевых повреждений, внедрять новые формы реабилитации таких больных.

Нельзя не отметить принципиальное событие в истории отечественной челюстно-лицевой хирургии, которое произошло в самом конце XX в.: приказом МЗ РФ от 27.08.1999 г. № 337 из стоматологических дисциплин была исключена челюстно-лицевая хирургия, которая тем самым получила однозначный статус одной из многих хирургических дисциплин. Квалификационную специальность «челюстно-лицевой хирург» стали присваивать выпускникам стоматологического, лечебного и педиатрического факультетов медицинских вузов после окончания клинической ординатуры и получения сертификата на основа-

нии итогов теоретической и практической подготовки. Это спорное решение проигнорировало как исторический опыт формирования хирургической стоматологии в СССР, так и тот факт, что большинство специалистов данного профиля по основной специальности были в то время врачами-стоматологами. Внедрение приказа № 337 во врачебную практику привело к большому притоку в стоматологические поликлиники, стационары, отделения и центры челюстно-лицевой хирургии врачей лечебного и педиатрического профиля, что вызвало возражения у ряда видных специалистов-стоматологов (Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010).

3.4.3. Доброкачественные и злокачественные новообразования полости рта

Новообразования, по данным Всемирной организации здравоохранения, наряду с сердечно-сосудистой патологией и гриппом наиболее широко распространены среди населения земного шара. Во многих странах, в том числе и в Советском Союзе, была создана специальная онкологическая служба, функционировала система научных и лечебно-профилактических онкологических учреждений. Руководящим и координирующим центром не только для нашей страны, но и для многих зарубежных европейских стран в области онкологии был Всесоюзный онкологический научный центр АМН СССР, возглавляемый академиком АМН СССР, профессором Н.Н. Блохиным.

Проблемы онкологии челюстно-лицевой области обсуждались в 1925 и 1928 гг. на II и III Всесоюзных одонтологических съездах.

Профессор С.Н. Вайсблат в работах «Местная фиброзная остеодистрофия челюстей», «Профилактика и ранняя диагностика злокачественных новообразований рта» изложил клинические и рентгенологические признаки ранней диагностики злокачественных новообразований челюстей, дифференциальную диагностику фиброзной остеодистрофии и другие вопросы.

Исследования, связанные с изучением этиологии, патогенеза и лечения опухолей челюстно-лицевой области, проводились на кафедре хирургической стоматологии Ленинградского медицинского института, возглавляемой в 1969–1990 гг. профессором В.А. Дунаевским. По его инициативе в 1969 г. на базе городской онкологической больницы Ленинграда впервые в Советском Союзе был организован онкостоматологический стационар. Основным направлением научных исследований кафедры, помимо изучения патогенеза и совершенствования методов лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, было совершенствование методов диагностики, комплексного лечения и реабилитации больных с опухолями челюстно-лицевой области.

Среди доброкачественных опухолей человеческого организма особое место занимают ангиомы. Чаще всего они встречаются у детей. Работы по изучению гемангиом и лимфангиом лица, челюстей и органов полости рта в течение многих лет проводились на кафедре госпитальной хирургической стоматологии ММСИ под руководством А.И. Евдокимова и В.Ф. Рудько.

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

В Тбилисском институте усовершенствования врачей, в клинике хирургической стоматологии, возглавляемой в 1960–1986 гг. профессором А.И. Едиберидзе (1898–1986), были изучены вопросы диагнос-

тики и лечения опухолей челюстно-лицевой области (1964, 1968). В качестве лечебных мероприятий особо важное место было отведено химиотерапии и электрокоагуляции. Для химиотерапии были применены интратуморальные и перитуморальные инъекции склерозирующих веществ (йод, спирт, новокаин), для электрокоагуляции — аппарат для хирургической диатермии.

Большое внимание разработке этой проблемы на протяжении ряда лет уделял профессор А.А. Колесов (1921–1990), который обобщил эти материалы в докторской диссертации «Первичные опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей» (1963), которые, по его данным, составляют 22% от общего числа новообразований челюстей. Им для удаления опухолей (выскабливания, спиливания, резекция челюсти) были предложены различные виды оперативных вмешательств. А.А. Колесов предложил проводить работу по лечению данной патологии совместно с онкологическими диспансерами. С 1963 г. А.А. Колесов заведовал кафедрой стоматологии детского возраста ММСИ им. Н.А. Семашко, в 1973 г. в работе «Диагностика опухолей челюстно-лицевой области у детей» (в соавторстве с В.В. Рогинским и В.В. Паникаровским) он обобщил опыт работы с опухолевидными заболеваниями у детей. Авторы пришли к выводу, что принципы современной и правильной диагностики опухолей у детей должны строиться на классических методах исследований (клиническом, рентгенологическом и гистохимическом), дополненных всеми вспомогательными методами (включая панорамную рентгенографию, гистохимию и биохимию), так как современная и правильная диагностика является главным условием успешного лечения опухолей.

Изучением опухолей челюстно-лицевой области на кафедре стоматологии детского возраста ММСИ занимался В.В. Рогинский (род. в 1936 г.), который в докторской диссертации «Доброкачественные опухоли, опухолеподобные и гиперпластические процессы лицевого скелета у детей» (1981) выявил распространенность данной патологии среди детей и предложил методы хирургического лечения. В.В. Рогинский разработал схему-группировку, основанную на клиническом и гистогенетическом принципах, с использованием гистологических критериев и номенклатуры классификаций ВОЗ. С 1985 г. В.В. Рогинский работает в Центральном научно-исследовательском институте

стоматологии, а в 1991 г. возглавил (на общественных началах) Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии.

Ученые разрабатывали вопросы, связанные со злокачественными опухолями слюнных желез. Опыт, накопленный в этой области, изложен в трудах А.И. Пачеса (1968), Н.Д. Бойкова (1976) и др.

ВДнепрпетровскоммедицинскоминститутенакафедрехирургической стоматологии, которой заведовал профессор Е.С.Малевиц, научные исследования были направлены на изучение и лечение доброкачественных и злокачественных новообразований лица и органов полости рта.

В настоящее время в Российском онкологическом центре им. Н.Н.Блохина РАМН располагается клиническая база кафедры госпитальной хирургической стоматологии МГМСУ (заведующий профессор С.Ю.Иванов). Ученые продолжают искать оптимальные принципы решения вопросов диагностики и лечения новообразований, которые могут спасти или продлить жизнь больным.

3.4.4. Дентальная имплантология

Стоматологическая имплантология, возродившаяся в середине XX в., переживает бурное развитие. Лечение с использованием имплантатов вызывает интерес как у специалистов, так и у пациентов.

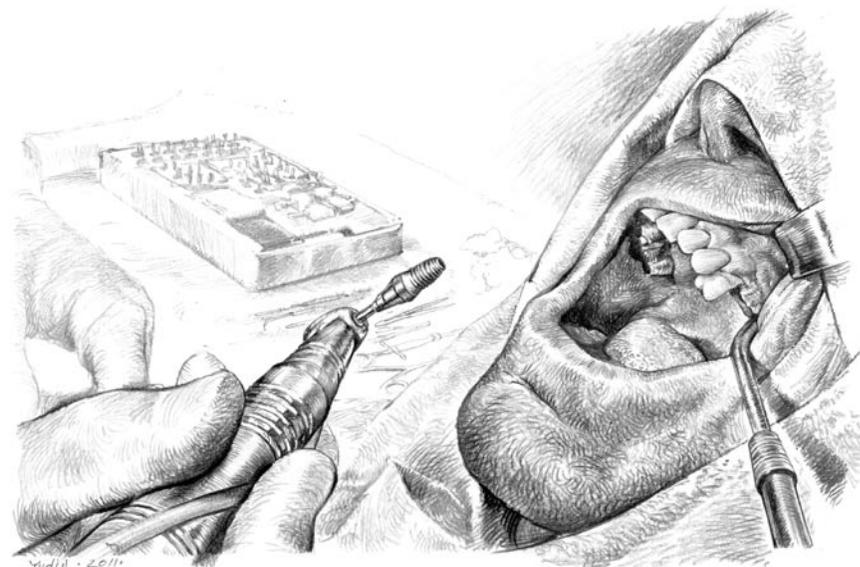
Оригинальным исследованием не только в отечественной, но и в мировой литературе по этой проблеме, была диссертация В.М. Антоновича «О реплантации и трансплантации зубов» (1885).

Одним из первых врачей, кто начал заниматься имплантологией, был выпускник Московского университета, доктор медицины, приват-доцент Н.Н. Знаменский (1856–1915).

В 1880 г. он, закончив медицинский факультет Московского университета, был избран на должность ординатора факультетской хирургической клиники. В 1884 г. ученый защитил диссертацию на степень доктора медицины «О перевязывании почечуных узлов прямой кишки» и ему было предложено место приват-доцента для препода-

вания зубных болезней. После 3-месячной командировки в Европу с целью ознакомления с состоянием одонтологии, при поддержке Н.В. Склифосовского с 1885/86 учебного года на медицинском факультете Московского университета была открыта первая в России доцентура по одонтологии, руководить которой стал Н.Н. Знаменский. Труды Н.Н. Знаменского по имплантологии, основанные на патолого-анатомических и клинических наблюдениях, привлекли внимание специалистов.

Первая работа Н.Н.Знаменского под названием «Имплантация искусственных зубов» была доложена в 1891 г. на IV Пироговском съезде врачей и опубликована в журнале «Медицинское обозрение». В ней он писал: «Если посаженный человеческий зуб прирастет в ячейке только механически, то само собою является такого рода заключение, что вместо человеческого зуба может прирасти механически в ячейку и всякий другой искусственный зуб, как асептическое тело. Разумеется, такой зуб должен быть сделан из вещества очень прочного и неспособного подвергаться рассасыванию, будет ли это фарфор, металл или ему подобное». Таким образом, термины «имплантат», «имплантация», предложенные Н.Н. Знаменским, подразумевают применение



предметов, изготовленных из небιологических материалов, которые вводятся в организм для длительного функционирования. В качестве имплантата были взяты искусственные зубы, изготовленные целиком из фарфора, из фарфора с корнями из стеклянной массы и каучука.

27 ноября 1890 г. Н.Н.Знаменский провел свой первый эксперимент. После обезболивания 2% раствором морфия у собаки были удалены резцы, затем, расширив каждую ячейку, в них поместили фарфоровые зубы с нарезками по периферии корня. Эксперимент завершился клиническими наблюдениями. Первый опыт имплантации зубов не получил развития, имплантаты отторглись через 20–35 дней. Несмотря на неудачу в эксперименте и в клинике, Н.Н.Знаменский проследил патоморфоз при имплантации. Кроме того, он первым сделал в апикальной части своего имплантата сквозное отверстие, для прорастания в него кости, назвав такую конструкцию окончатой. Эта идея нашла применение в большинстве современных конструкций внутрикостных имплантатов.

В России одонтопластика, в том числе реплантация, трансплантация и аллотрансплантация, начала активно развиваться в 50-е гг. XX в. Первые результаты были неутешительными: имплантируемый в челюсть материал подвергался резорбции или же отторгался. Были сделаны попытки использовать для имплантатов пластмассу, плексиглас, хромокобальтовые сплавы.

Второй этап развития имплантологии в России связан с именами В.Г. Елисеева и Э.Я. Вареса, которые, изучая асептическое воспаление от введения в подкожную соединительную ткань стерильных целлоидиновых трубочек, заметили, что соединительная ткань, врастая в отверстия трубочек, обрастает ее по окружности и, превращаясь в рубцовую соединительную ткань, плотно удерживает трубочку на протяжении жизни животного. Выяснилось, что соединительная ткань, врастая в каналы пластмассового имплантата, может замещаться костной тканью.

В 1954 г. по поручению профессора А.И. Евдокимова Э.Я.Варес имплантировал в лунку удаленного зуба подготовленный пластмассовый имплантат. После того, как в каналы вросла соединительная

ткань, ученый с помощью соединительного штифта укрепил коронковую часть искусственного зуба. Однако впоследствии подвижность имплантата стала возрастать, возникли деструктивные изменения кости альвеолы и его пришлось удалить.

В 1956 г. вышла работа Г.Б.Брахман, которая расширила представления о новом разделе стоматологии; в том же году С.П.Мудрый для двухэтапной внутрикостной имплантации использовал плексиглас.

В медицинской печати стали появляться статьи с противоречивой оценкой имплантации искусственных зубов, что привело к появлению в 1958 г. Указа Минздрава СССР о запрете имплантации в отечественной стоматологии.

Тридцать лет понадобилось отечественным стоматологам, чтобы вернуться к этой проблеме. За это время мировая стоматология, развивая различные методы имплантации, создала школы имплантологов, разработала инструментарий и оборудование, выпустила набор имплантатов по системе Бранемарка. В 1978 г. был достигнут стандарт, позволяющий получать хорошие результаты (Швеция).

Третий этап развития имплантологии в СССР связан с именами исследователей из Каунаса: профессора С.П. Чепулиса, О.П. Сурова, А.С. Черникиса.

С 1979 г. начались подготовительные работы для изготовления имплантатов и инструментария. Но только в 1981 г. ученые приступили к клиническим исследованиям и первым имплантациям.

В 1983 г. благодаря хорошим результатам применения титановых имплантатов в Москве была открыта экспериментальная лаборатория зубной имплантации и протезирования.

Четвертый этап развития имплантологии в СССР начинается в 1986 г., когда Минздрав СССР издал приказ № 310 «О мерах по внедрению в практику метода ортопедического лечения с использованием имплантатов», открывший путь развитию метода в масштабах СССР. Через два месяца после выхода приказа было открыто отделение имплантологии в ЦНИИС, под руководством А.И. Матвеевой.

Большой вклад в развитие отечественной имплантологии в 80–90-х гг. XX в. внесли врачи А.С.Черникис, В.А.Воробьев, Б.П.Марков, В.В.Лось, Э.Г.Амрахов, И.В.Балуда, С.П.Чепулис, М.З.Миргазизов, Т.Г.Робустова, В.Н.Олесова, А.А.Кулаков и др. Они были первыми разработчиками отечественных имплантатов в форме корня зуба.

В 1993 г. официально была организована секция дентальной имплантации при Стоматологической ассоциации России, которую возглавил М.З. Миргазизов, автор первой учебной литературы по этой теме (главы в «Руководстве по ортопедической стоматологии»), с 2001 г. – профессор кафедры клинической стоматологии и имплантологии Института повышения квалификации Федерального управления «Медбио-экстрем» МЗ РФ. В Москве, Омске и Самаре были защищены первые докторские диссертации (А.И. Матвеева, В.Н. Олесова, В.В. Трофимов), издана первая монография (О.Н. Суров); в Санкт-Петербурге начали проводиться регулярные научно-практические семинары. В том же году было налажено производство имплантатов, которые имеют винтовые конструкции как для одноэтапной, так и для двухэтапной операции.

В 1994 г. в ММСИ была организована кафедра хирургической стоматологии и имплантологии (заведующий профессор С.Ю. Иванов).

Изучение клинико-теоретических вопросов и полученные положительные результаты при использовании плоских имплантатов нашли место в публикациях В.М.Безрукова, А.И.Матвеевой, А.А.Кулакова, А.И.Ушакова, С.Ю.Иванова. Преимуществом плоских имплантатов является возможность протезировать пациента через 3-4 недели после хирургического вмешательства. Это обстоятельство определило широкое распространение плоских имплантатов. В России с 1998 г. стали широко применять плоские отечественные имплантаты «ВНИИМТ», «Конмет» и др.

По инициативе профессора М.З. Миргазизова с 2002 г. учрежден журнал «Российский вестник дентальной имплантологии».

В настоящее время исследования ученых направлены на разработку показаний и противопоказаний к применению имплантов, развитие материаловедения, профилактику осложнений.

3.5. Основные проблемы ортопедической стоматологии

Ортопедическая стоматология как третья стоматологическая специальность оформилась в середине 30-х гг. XX в. (до 1936 г. этот раздел был известен как зубопротезирование). С первых лет ее становления наметились основные направления исследований: анатомо-физиологическое, клинико-экспериментальное, техническое в их тесной взаимосвязи. В 1920-е гг. проблемам массового зубопротезирования были посвящены исследования Е.М. Гофунга, Д.А. Энттина и др. Задачу четко сформулировал И.Г. Лукомский (1932): «Разработка основ патофизиологии ротового пищеварения должна лечь в основу выработки показаний к массовому протезированию. Вместо научно обоснованных показаний и противопоказаний к протезированию мы имеем домашние рассуждения о том, что вставить зубы



всегда лучше, чем не вставить». Новый этап в развитии ортопедической стоматологии связан с концепцией функциональной патологии зубочелюстной системы, разработанной во второй половине XX в. В.Ю. Курляндским. Клинико-экспериментальные исследования стоматологов позволили на научной основе уточнить и систематизировать показания и противопоказания к ортопедическому лечению (Д.А. Калвелис, Рига, и др.) и оценить эффективность различных видов протезов.

Были разработаны новые сплавы металлов, по своим свойствам не уступающие золоту, в результате чего страна получила значительную экономию золота. Изготовление фарфоровых коронок, цельнолитых металлических коронок, облицованных фарфором (металлокерамика), ситаллов, цельнолитых мостовидных протезов, облицованных фарфором, цельнолитых съемных конструкций – бюгельных протезов было шагом в улучшении эстетических свойств протезов и способствовало качественному улучшению ортопедической помощи. Вместе с тем длительная изоляция отечественной науки от мировых достижений и отсутствие рыночных механизмов экономического развития обусловили резкое отставание ортопедической стоматологии в СССР от мировых стандартов в отношении аппаратуры, материалов и технологий, а соответственно и в качестве зубопротезного обслуживания пациентов.

3.5.1. Диагностика болезней зубов и показания к зубному протезированию

В первые годы после революции, во время гражданской войны основной задачей, стоящей перед зубопротезированием, было удовлетворение минимальных запросов населения в зубных протезах при ограниченных возможностях лечебных учреждений и огромном числе нуждающихся в этом виде помощи. С расширением зубоврачебной сети, улучшением ее технического оснащения и совершенствованием медицинских знаний показания к зубному протезированию расширялись и начали соответствовать научно обоснованному лечению.

Научные показания к протезированию зубов и челюстей основываются на данных о степени функциональных нарушений в зубочелюстной системе.

Профессор Н.И. Агапов (в 1926 г. организовал кафедру стоматологии медицинского факультета Иркутского университета и руководил ею до 1929 г.) в 1927 г. впервые в стране применил статический метод исследования зубочелюстного аппарата для определения функциональной недостаточности зубных рядов. Ученый, учитывая количество и мощность корней отдельных зубов, величину их режущего края и жевательной поверхности, расположение зуба в зубном ряду, предложил функциональную способность интактного жевательного аппарата брать за 100%. Функциональная ценность каждого зуба оценивалась соответствующим коэффициентом в процентах, в зависимости от величины его жевательной поверхности. Степень поражения зубной системы устанавливалась путем вычитания коэффициентов отсутствующих зубов и их антагонистов из общей суммы коэффициентов жевательной эффективности. Несмотря на некоторые недостатки, этот метод применялся в зубопротезировании для расчета степени поражения зубочелюстной системы при восстановлении жевательной функции.

Профессор С.Е. Гельман, заведовавший кафедрой ортопедической стоматологии Иркутского стоматологического института в 1941–1943 гг., впервые в нашей стране исследовал степень функциональной недостаточности зубочелюстной системы путем применения функциональной жевательной пробы. Изучая физиологию акта жевания в норме и при потере зубов, он определил зависимость функции жевания от наличия дефектов зубных рядов. В статье «О показаниях и противопоказаниях к зубопротезированию» (1935) ученый подтвердил, что на первом месте стоят показания к зубопротезированию при потере жевательной мощности более чем на 60%, на втором месте – при потере 20–50%, при потере 20% протезирование не показано, отсутствие передних зубов служит достаточным основанием для протезирования в косметических целях.

Свою схему учета степени поражения жевательного аппарата и определения нуждаемости в протезировании предложил в 1933 г.

Б.Б. Брандсбург, в 1927–1934 гг. заведовавший кафедрой протезного зубочелюстного Харьковской медицинской академии. Взяв цифровую систему Дюшанса, основанную на принципе сравнения всех зубов с малым резцом, который был принят за единицу жевательной выносливости зуба, автор рассчитал коэффициенты работы каждого зуба. Ученый выделил три степени поражения зубных рядов, в зависимости от потери их рабочей силы:

I степень – потеря рабочей силы больше чем наполовину – абсолютное показание к протезированию;

II степень – потеря рабочей силы менее чем наполовину – протезирование показано;

III степень – утрата 1/4 или менее рабочей силы зубных рядов – срочное протезирование не показано.

Утрата двух и более резцов по профессиональным и косметическим признакам является абсолютным показанием к протезированию.

С накоплением знаний по физиологии и патологии полости рта, при изучении влияния пережевывания пищи на функцию желудочно-кишечного тракта появилась необходимость в разработке функциональных методов исследования патологии зубочелюстной системы.

Профессор И.С. Рубинов (с декабря 1952 г. возглавлял кафедру ортопедической стоматологии Ленинградского стоматологического института, с 1960 г. – кафедру ортопедической стоматологии Первого Ленинградского медицинского института) модифицировал жевательную пробу С.Е. Гельмана: при нормальном акте жевания он применял различные по физическим свойствам продукты: орех, сухарь, свежий хлеб. Согласно полученным данным, у людей с полноценным жевательным аппаратом разжевывание одного ядра ореха до акта глотания проходит в среднем за 14 сек. Это время удлиняется с потерей зубов. При разжевывании мягкой пищи патология жевательного аппарата мало отражается на времени. Изучая функциональную способность жевательного аппарата, И.С. Рубинов предложил разработанный им метод мастикацииографии (1938), с помощью которого он отметил роль рефлексов при обработке пищи в полости рта. Этот метод позволил получить данные о функциональном состоянии жевательного аппарата.

Для оценки состояния сохранившихся зубов были применены различные методы исследования: определение подвижности зуба, выявление наличия или отсутствия воспалительных процессов, определение выносливости зуба к нагрузке и т.д. Выносливость к нагрузке зубов устанавливалась с помощью специальных аппаратов-гнатодинамометров (А.Т. Бусьгин, И.С. Рубинов, М.С. Тиссенбаум и др.). Метод жевательной пробы, мастикацииография, гнатодинамометрия вошли в широкую поликлиническую практику и применяются в научно-исследовательской работе и в настоящее время.

Важным этапом в разработке показаний к протезированию стала новая концепция, разработанная профессором В.Ю. Курляндским, названная им «функциональной патологией» зубочелюстной системы. Ученый, анализируя состояние зубочелюстной системы, для обоснования выбора конструкции протеза учитывал состояние пародонта, силовое соотношение зубных рядов. Состояние пародонта, функциональная ценность имеющихся зубов устанавливаются по степени атрофии костной ткани, которая выявляется как зондированием, так и рентгенологически. Ученый предложил фиксировать результаты клинического обследования состояния пародонта в специально разработанной схеме – пародонтограмме (амфодонтограмме). Заполнение и анализ пародонтограммы дает наглядное представление о состоянии пародонта, степени атрофии лунок зубов, силовом соотношении зубов в единой зубочелюстной системе.

Опыт работы кафедры ортопедической стоматологии ММСИ, ряда поликлиник Москвы и других городов страны показал, что клиническое обследование состояния пародонта, фиксируемое в пародонтограмме, дополненное рентгенологическими исследованиями, является основой диагностического процесса. В работе «Клинические наблюдения о влиянии мостовидных протезов на пародонт опорных зубов» (1967) И.В. Ушаков (в течение 5 лет заведовал кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Иркутской медицинской академии, с 1997 г. – профессор кафедры стоматологии Российской медицинской академии последипломного образования) сравнил методы Н.И. Агапова и В.Ю. Курляндского для оценки состояния пародонта и правильного выбора конструкции протеза. Автор пришел к выводу, что метод В.Ю. Курляндского

более достоверен и позволяет в 10 раз снизить количество врачебных ошибок при расчете числа опорных зубов для той или иной конструкции протеза.

Определяя жевательную эффективность зубочелюстного аппарата, И.М. Оксман (Казань) в 1955 г., разработал коэффициенты для утерянных зубов верхней и нижней челюстей, которые отличались от коэффициентов, предложенных Н.И. Агаповым. Ученый обозначил функциональную ценность жевательного аппарата в виде дроби, где числитель — коэффициент утраты жевательной эффективности верхних зубов, а знаменатель — коэффициент утраты нижних зубов. Автор утверждал, что кроме учета функциональной ценности утерянных зубов, следует учитывать и функциональное состояние оставшихся зубов по их подвижности:

- зубы с патологической подвижностью I степени, леченные по поводу кариеса — нормальные;
- зубы с патологической подвижностью II степени — сохраняют 50% жевательной ценности;
- зубы с патологической подвижностью III степени, многокорневые зубы с острым периодонтитом — считать отсутствующими.

И.М. Оксман учитывал не только потерю зубов, но и состояние оставшихся зубов, а также резервы жевательного аппарата. Предложенный И.М. Оксманом метод был внедрен в поликлиническую практику.

Вопросы разработки показаний и противопоказаний к протезированию отражены в работах А.М. Гузикова, А.Л. Грозовского, А.Я. Катца, М.С. Неменова, а в более поздние годы — в работах А.И. Бетельмана, А.Т. Бусыгина, Е.И. Гаврилова, В.Н. Копейкина, В.А. Пономаревой и др.

Экспериментальные и клинические исследования стоматологов позволили разработать показания и противопоказания к протезированию, установить взаимосвязь функции жевательного аппарата и работы пищеварительного тракта, оценить эффективность различных видов протезов.

3.5.2. Анатомо-физиологические исследования в ортопедической стоматологии

В работах отечественных стоматологов значительное место отводится изучению роли акта жевания в регуляции функций желудочно-кишечного тракта и влиянию его на общее состояние организма. Эти исследования, основанные на работах И.П. Павлова, подтвердили рефлекторную деятельность пищеварения, усиление сокообразовательной функции желудка и поджелудочной железы.

Исследования, проведенные Б.А. Торчинским в 1935–1937 гг., показали, что недостаточность жевательного аппарата до 9–15% замедляет эвакуацию пищевых веществ из желудка на 2–2,5 часа. Восстановление жевательной функции путем протезирования восстанавливает и эвакуаторную способность желудка до 42–46%. Значительный вклад в изучение взаимосвязи между физиологическими процессами в желудочно-кишечном тракте и состоянием жевательного аппарата внесли также Б.Н. Бынин, С.Е. Гельман, Д.А. Энтин. По их мнению, нарушение деятельности одних процессов неизбежно отражается на состоянии других.

Физиологическое направление в ортопедической стоматологии развивал А.И. Бетельман (1889–1980), в 1941–1945 гг. заведовавший кафедрой ортопедической стоматологии Киевского медицинского института.

Он установил взаимосвязь между деятельностью органов полости рта с деятельностью всего организма в целом, взаимосвязь между формой и функцией жевательного аппарата. Исследования А.И. Бетельмана нашли отражение в его многочисленных работах: «Взаимосвязь между состоянием зубочелюстной системы и секреторной деятельностью слюнных желез» (1938), «Значение акта жевания в пищеварительном процессе» (1940) и др. Анализируя результаты экспериментов по влиянию различных питательных веществ на слюноотделение, А.И. Бетельман отметил, что во время акта жевания пища подвергается воздействию двух факторов: механического и секреторной деятельности слюнных желез.

Продолжением исследований отечественных стоматологов по изучению взаимосвязи функции жевательного аппарата и желудочно-кишечного тракта явились работы И.С. Рубинова, изучавшего функцию глотания и жевания, а также нервнорефлекторную координацию жевательной системы. Основные положения своего учения он изложил в монографии «Физиология и патофизиология жевания и глотания» (1958). И.С. Рубинов отметил, что использование физиологических методов исследования (мастикациография, электромиомастикациография, миотонометрия) позволяет выяснить нейродинамические связи между отдельными элементами зубочелюстной системы в норме и при патологии.

Вопросами нейрофизиологии жевания, слюноотделения, механизмов болевых синдромов занимался В.А. Мечиташвили (1923–1990), с 1963 по 1987 г. заведовавший кафедрой ортопедической и хирургической стоматологии Тбилисского института усовершенствования врачей. Он и его ученики изучали вопросы функционального состояния, тонуса жевательной и мимической мускулатуры при дефектах и деформациях зубочелюстной системы и влияния на него ортопедического лечения. В 50-е гг. XX в. В.А. Мечиташвили впервые ввел осциллографический метод исследования функционального состояния зубочелюстной системы, который позволил учитывать функциональное состояние не только жевательных мышц, но и их центральных иннервационных механизмов. Исследования ученого по нейрофизиологии жевания решением XVII Международного стоматологического конгресса (Париж, 1961) были отмечены «Свидетельством признательности за вклад в стоматологию».

Изучение иннервации зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта и жевательных мышц способствовали пониманию физиологических функций и развития патологических процессов. Нейрогистологические исследования иннервации отдельных элементов зубочелюстной системы значительно расширили представления о рецепторном аппарате, микроморфологии и патологической анатомии различных структур зубочелюстной системы.

В монографии «Материалы к учению об иннервации зуба и слизистой оболочки полости рта» (1947) И.М. Оксман показал, что «срав-

нительное морфологическое изучение иннервации слизистой оболочки полости рта в норме и патологии, а также в эксперименте имеет важное значение для понимания патогенеза и течения патологических процессов, возникающих в жевательном аппарате». В трудах И.М. Оксмана и его учеников (А.И. Яшиной, Я.С. Кнубовца и др.) было выдвинуто положение о нервной регуляции жевательного давления при помощи рецепторов периодонта и его афферентной системы, с одной стороны, и двигательных нервов жевательных мышц как эфферентной части рефлекторной дуги – с другой.

Исследования А.Т. Бусыгина, А.И. Дойникова, В.А. Пономаревой и др. значительно расширили представления о строении челюстей и суставов, изменений их морфологической структуры в зависимости от возраста, потери зубов, различных функциональных нарушений.

В работе «Возрастные особенности строения восходящей ветви нижней челюсти» (1953, 1961), а также в монографии «Строение челюстных костей» (1962) А.Т. Бусыгин (1911–1989) описал новые данные о возрастных особенностях и нормальной структуре челюстных костей. Он разработал методику изготовления препаратов челюстных костей для изучения структур последних на границе макро- и микроскопической видимости. В докторской диссертации «Структуры челюстных костей взрослого человека в норме и при некоторых патологических состояниях» (1963) А.Т. Бусыгин выявил патолого-анатомические различия между функциональной травмой и пародонтозом, обобщив свои исследования на основе болевой чувствительности пародонта к восприятию жевательного давления в норме, при пародонтозе и деформациях зубных рядов. С 1966 по 1984 г. А.Т. Бусыгин заведовал кафедрой ортопедической стоматологии Смоленского медицинского института. Дальнейшие работы А.Т. Бусыгина и его учеников (В.Н. Гинали, Т.Д. Еганова, К.В. Ружковский) выявили новые данные о деформации височно-нижнечелюстного сустава при потере зубов, о строении слизистой оболочки протезного ложа, о восстановлении речи при протезировании беззубых челюстей.

Изучение различных факторов, приводящих к перестройке челюстных костей, в ММСИ проводил А.И. Дойников (1918–2006), в 1962 г. организовавший самостоятельную кафедру факультетской ор-

топедической стоматологии и заведовавший ею более 30 лет. В работе «Изменение структуры кости нижней челюсти в связи с потерей зубов» (1966) он отметил, что с потерей зубов происходит значительная атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти и уменьшение площади кости в ее поперечном сечении. Внутри кости возникают склеротические изменения: балочки губчатого вещества уплотняются и уменьшаются по площади. В докторской диссертации «Изменение макроскопического и микроскопического строения челюстных костей в связи с возрастом и потерей зубов. Влияние зубного протезирования» (1967). А.И. Дойников, проанализировав значительный клинический и секционный материал, изучив макро — и микроскопическое строение челюстей, проведя экспериментальные исследования на животных, пришел к выводу, что костная ткань, несмотря на физическую прочность и относительную сложность строения, реагирует на физиологические и патологические процессы всего организма перестройкой и изменениями многих биологических структур. Макроскопическое и микроскопическое строение челюстных костей значительно меняется, в зависимости от частичной и особенно полной потери зубов. Ученый экспериментально доказал, что протезирование задерживает возникновение изменений в строении челюстных костей.

В.А. Пономарева на основе клинических наблюдений и экспериментов на животных сделала важный для практической и теоретической стоматологии вывод: полноценная функция зубов — одно из основных условий сохранения нормального уровня минерального обмена и структуры челюстной кости. Постоянное механическое давление на подлежащую костную ткань, по ее мнению, создает физиологическое раздражение, необходимое для поддержания обмена веществ в тканях пародонта. В докторской диссертации «Перестройка зубочелюстной системы при образовании зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов и подготовка полости рта к протезированию (клинико-экспериментальное исследование)» (1968) В.А. Пономарева разработала диагностику выделенных ею клинических форм феномена Попова и дифференциальную диагностику сходных с ним форм, специальные методы подготовки полости рта к протезированию.

Физиологическое направление в ортопедической стоматологии успешно разрабатывалось на кафедрах Рижского, Краснодарского, Тбилисского и других медицинских институтов. Д.А. Калвелис, И.Х. Пинский, И.М. Гагуа и др. продолжили клинико-экспериментальные исследования регуляции функции органов жевательного аппарата.

На кафедре ортопедической стоматологии Рижского медицинского института под руководством профессора Д.А. Калвелиса — основателя биоморфологического направления в стоматологии, были продолжены физиологические исследования челюстно-лицевой области. Ученый показал, что функциональная способность зубов зависит от ряда внутренних и внешних причин. Д.А. Калвелис пришел к выводу, что рациональность и целесообразность определенного вида ортопедического лечения зависят не только от характера заболевания, но и от ответной реакции организма на лечебные мероприятия.

Физиологические и патологические процессы, происходящие в полости рта, качественные и количественные сдвиги в слюноотделении и секреции желудочного сока, при интактных зубных рядах, нарушении их целостности, пародонтозе и аномалиях прикуса были изучены профессором И.Х. Пинским. С 1962 по 1970 г. он заведовал кафедрой ортопедической стоматологии Кубанского медицинского института. В докторской диссертации «Слюноотделительные рефлексy до и после укрытия различных рецепторных зон слизистой оболочки полости рта съемными протезами различных конструкций и материалов» (1967), в монографии «Изменения слизистой оболочки полости рта при ношении съемных протезов» (1968) И.Х. Пинский дал оценку реакции слюнных желез на локальные воздействия различных раздражителей, дозируя силу раздражителя и т.д. Ученым был сконструирован специальный аппарат для электрозаписи движения нижней челюсти, количества выделившейся слюны в каплях, времени подачи раздражителя в точные интервалы времени.

Врач-стоматолог Грузинской ССР И.М. Гагуа в кандидатской диссертации «Влияние материалов, применяемых в зубопротезировании,

на некоторые составные части слюны» (1937) и в докторской диссертации «Влияние механической обработки зубов различных видов на количество и состав слюны» (1951), изучил секрецию и состав слюны при заболеваниях зубочелюстной системы, ортопедическом лечении. Исследования слюноотделительной функции способствовали рациональному ортопедическому лечению больных с различной патологией зубочелюстной системы.

3.5.3. Протезирование челюстей при полном отсутствии зубов

Протезирование при полном отсутствии зубов представляет собой одну из сложнейших проблем ортопедической стоматологии. Решение этой проблемы возможно только при комплексном изучении причин нарушения функции и анатомии жевательного аппарата, которые приводят к полной утрате зубов.

Протезирование челюстей при полном отсутствии зубов, по мнению В.Ю. Курляндского (1955), состоит из трех взаимозависимых положений:

- фиксация и стабилизация протезов на беззубых челюстях;
- определение необходимой, строго индивидуальной величины и формы протезов для восстановления внешнего вида лица;
- конструирование зубных рядов в протезах для синхронной работы всех органов челюстно-лицевой области, участвующих в обработке пищи, речи, дыхании.

Поиск способов фиксации протеза имеет свою историю:

- использование отталкивающих пружин, магнитов, присосов;
- применение выдвижных захватов на уровне 1-го и 2-го моляров протезов (А.Я. Катц);
- применение хирургических методов для улучшения условий протезирования беззубых челюстей (В.Ю. Курляндский и М.В. Мухин, Б.К. Мироненко);
- попытки увеличить объем атрофированного альвеолярного отростка путем ауто-, гомо-, гетеро- и аллопластики (Г.Б. Брахман).

Однако эти методы не нашли широкого применения в клинике ортопедической стоматологии. Функциональный эффект таких протезов с пружинами и магнитами был весьма невелик, при разжевывании пищи они были мало устойчивы. Попытка использовать метод, построенный на разнице атмосферного давления, так называемый метод присасывания, не дал положительного результата: малая площадь присасывания вела к гипертрофии слизистой оболочки протезного ложа, а увеличение площади присасывания за счет каучуковых подкладок вело к гигиеническому дискомфорту.

В 60-е гг. XX столетия была предпринята попытка применить хирургические методы для улучшения условий протезирования беззубых челюстей. В 1958 г. В.Ю. Курляндский и М.В. Мухин провели операции по имплантации металлического каркаса в нижнюю челюсть. Б.К. Мироненко под руководством В.Ю. Курляндского в кандидатской диссертации «Хирургические методы формирования ложа для протеза на беззубой нижней челюсти при значительной или полной атрофии альвеолярного отростка фронтального участка» (1964) описал формирование ложа протеза хирургическим методом. Однако широкого практического применения эти методы не нашли. Описаны случаи вживления в тело альвеолярного отростка челюсти инородных тел (имплантация), которые частично выступают над его поверхностью и служат для фиксации протезов кламмерами или другими приспособлениями (Э.Я. Варес и др.). Как правило, попытки вживления инородных тел, выступающих над уровнем тела челюсти, заканчивались неудачей: вокруг штифтов возникали нагноительные процессы, а имплантаты выталкивались грануляционными тканями.

Ученые пытались увеличить объем атрофированного альвеолярного отростка путем ауто-, гомо-, гетеро- и аллопластики. Так, например, Г.Б. Брахман подсаживала под надкостницу кусочки трупного хряща или имплантатов из пластмассы АКР-9 или ЭГмасс-12 для формирования альвеолярного отростка в местах наибольшей атрофии тела нижней челюсти.

Б.Н. Бынин и А.И. Бетельман придавали большое значение физическим методам фиксации протеза, к которым они относили адгезивность и функциональную присасываемость. Для достижения адгезивности поверхность зубного протеза должна точно отражать макро- и

микрорельеф слизистой оболочки протезного поля, а между соприкасающимися поверхностями должен быть тонкий слой слюны, который обеспечивает максимальное прилипание протеза к слизистой оболочке.

Разработка методов фиксации и стабилизации при полном отсутствии зубов неразрывно связана с тщательным исследованием анатомо-топографических особенностей беззубых челюстей.

Г.Б. Брахман в работе «Условия фиксации полного протеза на беззубой нижней челюсти» (1940), проанализировав анатомо-физиологические условия нижней челюсти, пришла к выводу, что «для лучшей фиксации протеза необходим строгий учет окружающей активной мускулатуры и слизистой оболочки».

Изучая топографические особенности мест прикрепления мышц на беззубых челюстях, В.Ю. Курляндский разработал классификацию беззубых челюстей и описал ее в монографии «Протезирование беззубых челюстей» (1955).

В основу классификации им были положены изменения топографии мест прикрепления мышц из-за отсутствия зубов и атрофии альвеолярных отростков. На верхней челюсти В.Ю. Курляндский выделил три типа, на нижней — пять типов атрофии челюстей. Классификация по Курляндскому позволяет детализировать диагноз, выявить факторы, благоприятствующие фиксации протеза или препятствующие ей, т.е. позволяет прогнозировать влияние атрофии альвеолярного отростка на результаты ортопедического лечения и, таким образом, предусмотреть возможные осложнения и избежать ошибок при изготовлении полных съемных протезов.

Свою классификацию беззубых челюстей в 1962 г. предложил И.М. Оксман. Беззубые челюсти (верхнюю и нижнюю) ученый разделил на 4 типа, по степени и равномерности их атрофии и конфигурации альвеолярного отростка, обобщив данные в монографии «Клинические основы протезирования при полном отсутствии зубов» (1962).

Для повышения качества протезирования беззубых челюстей большое значение имеют исследования мягких тканей протезного поля: анатомическая и физиологическая структура слизистой оболочки, ее податливость и степень подвижности.

Е.И. Гаврилов (1913—1992; заведующий кафедрой ортопедической стоматологии Калининского медицинского института в 1960—1986 гг.) считал, что различная степень вертикальной податливости слизистой оболочки полости рта зависит от густоты сосудистой сети подслизистого слоя. Он ввел понятие буферных зон и описал их расположение в работе «Топография буферных зон верхней беззубой челюсти» (1963). Буферными зонами Е.И. Гаврилов называл участки слизистой оболочки твердого неба с обширными сосудистыми полями, обладающими рессорными свойствами. Для определения топографии буферных зон, автор провел гистологическое исследование тканей протезного поля верхней челюсти, что позволило ему «нанести на проекцию твердого неба примерную схему расположения буферных зон протезного поля верхней челюсти». Е.И. Гаврилов выявил, что изменение слизистой оболочки и атрофия альвеолярного отростка связаны с нарушением трофики тканей.

Различная степень податливости слизистой оболочки протезного ложа служит основанием для использования так называемых компрессионных и разгружающих слепков. Стремление создать замыкающий клапан по краю протеза для лучшей его фиксации стимулировало разработку методов получения индивидуальных ложек и функциональных слепков. Учет функционального состояния слизистой оболочки переходной складки, клапанной зоны и других анатомических образований, меняющих свое положение при работе жевательной и мимической мускулатуры, языка, при движениях нижней челюсти, является основой всех функциональных методов получения слепков.

М.С. Неменов (1876—1944), заведовавший протезно-ортопедическим отделением Государственного института зубоврачевания (ГИЗ) с его открытия в 1922 г., руководивший кафедрой ортопедической стоматологии ГНИИСО с ее создания в 1937 г., в работе «К технике

функционального оттиска» (1929) отмечал, что для получения функционального слепка необходимо изготовление предварительной модели, затем индивидуальной ложки и снятие с ее помощью компрессионного слепка в центральном соотношении челюстей. В 1929 г. А.Г. Лебит, заведовавший протезным отделением лечебно-протезного института Мособлздравотдела, в статье «Проблема функциональных слепков и постановка зубов в анатомическом артикуляторе» указал на необходимость перехода от простых гипсовых слепков к функциональным.

Разногласия во взглядах по поводу границ протезов и методики снятия слепков нашли отражение в классификации слепков при протезировании беззубых челюстей.

Б.Н. Бынин под функциональным слепком подразумевал оттиск, точно отражающий рельеф мягких тканей челюстей во время их деятельности; анатомический слепок он определял как отпечаток челюсти в покое. Е.М. Гофунг различал протезный, ортодонтический и ортопедический оттиски. Протезный оттиск он подразделял на анатомический и физиологический, или функциональный. А.И. Бетельман все слепки для беззубых челюстей разделил по двум признакам: по высоте краев и по степени отжатия слизистой оболочки. По первому признаку слепки подразделяются на анатомические, функциональные и присасывающие, по второму — на разгружающие и компрессорные. В.Ю. Курляндский делил слепки на произвольные и ограниченные. Ограниченный слепок дает копию ткани будущего ложа протеза в различном состоянии, поэтому следует различать статический, компрессионный и функционально-компрессионный слепки.

Е.И. Гаврилов и И.М. Оксман в учебнике «Ортопедическая стоматология» (1968) за основу классификации взяли:

- 1) последовательность лабораторных этапов изготовления протезов и клинических приемов обследования больного, разделяя оттиски на предварительные (ориентировочные) и окончательные;
- 2) способ оформления краев оттиска, различая оттиски на анатомические и функциональные;
- 3) степень давления, различая оттиски под давлением (компрессионные) и без давления (некомпрессионные).

Работа по проверке различных методов получения оттисков под давлением проводилась в ЦИУ врачами Н.В. Калининой под руководством Л.В. Ильиной-Маркосян на протяжении 10 лет на кафедре ортопедической стоматологии Центрального института усовершенствования врачей. На основании проведенных исследований Н.В. Калинина предложила для получения оттисков использовать «принцип избирательного давления на отдельные участки протезного ложа в зависимости от функциональной выносливости подлежащих тканей» с функциональным оформлением краев оттиска во всех отделах клапанной зоны с максимальным использованием площади протезного поля.

В 30-е гг. XX столетия широкое распространение получил метод снятия функционального слепка (метод ЦИТО), предложенный Г.Б. Брахман и З.В. Коппом. Этот метод был описан в первом отечественном учебнике «Ортопедическая стоматология» (Н.А. Астахов, Е.М. Гофунг, А.Я. Катц, 1940), суть которого заключалась в изготовлении восковой индивидуальной ложки. Восковая ложка обжимается на челюсти в полости рта больного без предварительного получения гипсовой модели.

А.Я. Катц утверждал, что гипсовые слепки, снятые с помощью индивидуальных ложек, не являются «функциональными» и должны быть отнесены к категории «анатомических», в которых края имеют более правильную высоту и форму. Отпечатки подвижной слизистой оболочки во всех фазах ее функционального перемещения не могут быть получены с помощью жидкого гипса, так как с момента схватывания гипса заканчивается его формирование.

Метод создания клапана вокруг протеза для его лучшей фиксации на беззубых челюстях (особенно на нижней челюсти) был предложен в 50-х гг. XX столетия венским врачом Гербстом. В Московском и Казанском институтах проводилась работа по проверке этого метода: в ММСИ — Я.Б. Ковалевой и Н.И. Лариным (1958), в КГМИ — К.И. Кутуевой (1959) и др. В дальнейшем при использовании различных оттискных материалов отечественного производства были разработаны новые модификации этого метода (Я.Б. Ковалева, Г.Г. Насибулин и др.).

Для успешного протезирования беззубых челюстей большое значение имеет выявление закономерностей строения и функциональных взаимоотношений отдельных органов сформированной зубочелюстной системы, изучение артикуляции и окклюзии, построения зубных рядов.

Е.М. Гофунг в 1913 г. дал определение окклюзии и артикуляции: «Под окклюзией надо разуместь соотношение зубных рядов между собой в момент покоя, причем обе челюстные головки покоятся на дне суставных ямок. Артикуляция же — это соотношение зубных рядов при естественных движениях нижней челюсти».

А.Я. Катц (1938) термином «артикуляция» определил всевозможные положения и перемещения нижней челюсти в отношении верхней при участии жевательной мускулатуры; под «окклюзией» он понимал то положение нижней челюсти, при котором меньшая или большая часть артикулирующих зубов находится в контакте и рассматривал ее как частный случай артикуляции.

Б.Н. Бынин назвал артикуляцию как соотношение зубных рядов при любых движениях нижней челюсти, а окклюзию — как соотношение зубных рядов при жевательных движениях. Б.Н. Бынин придавал большое значение артикуляционному равновесию как фактору, определяющему терапевтическую эффективность ортопедического лечения. «Артикуляционное равновесие», по Б.Н. Бынину, это не столько соотношение зубных рядов, сколько их функциональная приспособляемость.

Разрабатывая вопросы артикуляции и окклюзии, А.М. Гузиков (1930—1931) отметил, что в сложной системе артикуляционного равновесия принимают участие многие компоненты: форма зубных дуг, суставной путь нижней челюсти, жевательная мускулатура, «окклюзионная плоскость», высота бугров зубов. По мнению ученого, для рационального протезирования челюстей при полном отсутствии зубов роль каждого компонента очень велика.

В.Ю. Курляндский утверждал, что выделение окклюзионных состояний в биодинамике зубочелюстной системы имеет большое теоретическое и практическое значение, так как их изучение позволило

установить наличие функциональной взаимосвязи между различными элементами этой системы.

В августе 1936 г. на II Украинском стоматологическом съезде в Харькове А.К. Недергин отметил, что протез как инородное тело должен быть точнейшим образом приспособлен к анатомическим условиям беззубых челюстей. Материалы доклада легли в основу работы «Ревизия основных положений учения об артикуляции» (1938).

В нашей стране широкое применение получили анатомические артикуляторы А. Гизи (1924), построенные на основе изучения механики движения нижней челюсти. В докладе на заседании Казанского одонтологического общества (1928) и в работе «Постановка зубов для беззубого рта по Гизи» (1931) И.М. Оксман отметил как положительные стороны, так и недостатки этой постановки.

Отечественные стоматологи-ортопеды, изучая строение и функцию жевательного аппарата, стремились создать аппаратуру, воспроизводящую движение нижней челюсти.

В 1930—1931 гг. Я.М. Хайт изготовил первый отечественный анатомический артикулятор СИА-1, Н.П. Сорокин предложил свою конструкцию артикулятора, которая была значительно проще иностранных.

Функциональная ценность протезов зависит от индивидуального строения зубочелюстного аппарата. Выявление этих закономерностей у лиц, утративших все зубы, достигается дополнительными исследованиями:

- запись сагиттального суставного пути (внеротовая и внутриротовая);
- запись угла резцового пути;
- запись угла бокового суставного пути;
- формирование окклюзионных кривых.

Запись всех движений нижней челюсти может быть произведена одновременно. Внутриротовая запись пришлифовыванием окклюзионных поверхностей для анатомической постановки зубов в шарнирном окклюдаторе с использованием феномена Кристенсена впервые была предложена А.Я. Катцем и З.П. Гельфандом (1937). Недостаток

артикуляторов Гизи и Хайта, а иногда и отсутствие опыта обращения с ними, привели к тому, что постановку зубов осуществляли в окклюдаторах по способу постановки по стеклу (М.Е. Васильев), имитирующему горизонтальную протетическую плоскость.

При протезировании беззубых челюстей для определения размеров нижнего отдела лица широко применялся анатомо-физиологический метод. При определении центрального соотношения челюстей для фиксации окклюзионной высоты нижнего отдела лица были разработаны инструментальные методы.

В 1964 г. Г.Г. Насибулин под руководством И.М. Оксмана в диссертации «Материалы к вопросу определения высоты прикуса и центральной окклюзии при протезировании беззубых челюстей» проанализировал антропометрический и анатомо-физиологический методы определения высоты прикуса. Ученый предложил свой метод определения центрального соотношения челюстей с помощью рентгенографии височно-челюстного сустава. Сконструированный им прибор «Краниостат», позволял стандартизировать укладку и тем самым получать идентичные снимки.

Для повышения функциональной эффективности зубных протезов, предупреждения воспалительных и атрофических процессов слизистой оболочки и костной ткани полости рта были разработаны и внедрены в практику двухслойные базисы (И.И. Ревзин и др.). Е.О. Копыт в работе «Значение двухслойного базиса протеза в эффективности протезирования беззубых челюстей» (1967) показал, что при неблагоприятных анатомо-топографических условиях протезного ложа базис протеза должен быть дифференцированным.

В исследованиях ученых значительное место отводилось технике изготовления протезов для беззубых челюстей.

В.Ю. Курляндский в 1955 г. предложил бесплепчный метод изготовления протезов. В.Н. Копейкин в 1959 г. разработал метод, позволявший получить базис протеза из быстротвердеющей пластмассы, одномоментно, непосредственно в полости рта больного. Одновре-

менно велись работы по изготовлению протезов с металлическим базисом при полном отсутствии зубов (В.Ю. Курляндский, В.Н. Копейкин, И.С. Падарьян, З.С. Василенко и др.).

Изучение роли нервно-рефлекторных механизмов в процессе пользования полными зубными протезами было проведено в Ленинградском медицинском институте на кафедре ортопедической стоматологии под руководством И.С. Рубинова. На основании анализа мастикациограмм, функциональных жевательных проб, данных миотонометрии и гнатодинамометрии было отмечено, что после перестройки рефлексов, ведущих к выработке наиболее рациональных совершенных движений нижней челюсти, жевательной мускулатуры и постановки зубов, обеспечивающей окклюзионный функциональный контакт в области передних зубов, наблюдалось улучшение эффективности жевания.

В настоящее время исследования по улучшению функции жевания при полном отсутствии зубов продолжают. В настоящее время ведутся научные изыскания по совершенствованию технологии съемного протезирования, успешно внедряются методы микроволновой полимеризации базисных пластмасс, разрабатываются новые рецепты пластмасс как для твердых, так и для мягких слоев базисов, совершенствуются и создаются новые типы артикуляторов, методы изготовления индивидуальных ложек, виды воска, термопластические массы, а также методики паковки и полимеризации пластмасс (Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов / под ред. И.Ю. Лебеденко, Э.С. Каливграджияна, Т.И. Ибрагимова. – 2005).

3.5.4. Протезирование челюстей при заболеваниях пародонта

Проблема пародонтоза и других заболеваний пародонта является одной из основных проблем стоматологии. Комплексное изучение вопросов клиники, этиологии, патогенеза пародонтоза позволило наметить пути лечения, основой которого является общее лечение ор-

ганизма, причем местной терапии, ортопедическим мероприятиям отводится значительное место.

Решение многих сложных вопросов протезирования при пародонтозе неразрывно связано с изучением патологических процессов в полости рта, которые приводят к потере зубов, а также с вопросами изучения артикуляционного равновесия и различных видов окклюзии.

На ранних стадиях лечения заболеваний пародонта ортопедическими методами основной задачей было укрепление расшатанных зубов путем изготовления различных конструкций протезов (Неменов М.С., 1939).

Впервые в нашей стране роль артикуляционного равновесия в этиологии и патогенезе пародонтоза проанализировал Б.Н. Бынин (1891–1951), заведовавший кафедрой ортопедической стоматологии ММСИ с 1943 по 1951 г. (личное дело Бынина Б.Н., архив МГМСУ, фонд 1057, оп.1, дело № 233, 50 л.). Результаты своих исследований он суммировал в учебнике «Ортопедическая стоматология» (1947).

Новое, оригинальное направление в ортопедическом лечении пародонтоза было создано в период 1940–1970-х гг. В.Ю. Курляндским и его учениками. Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор В.Ю. Курляндский с 1952 по 1977 г. заведовал кафедрой госпитальной ортопедической стоматологии ММСИ им. Н.А. Семашко. В 1953 г. в монографии «Ортопедическое лечение при амфодонтозе» на основе большого опыта в изучении этиологии заболеваний зубочелюстной системы, установлении различных симптомов и характера морфологических и функциональных нарушений позволило В.Ю. Курляндскому впервые теоретически обосновать новый взгляд на этиологию и патогенез пародонтоза, разработать концепцию, названную им «функциональной патологией зубочелюстной системы». Главный стоматолог Министерства здравоохранения СССР профессор В.Ф. Рудько в своем докладе на IV Всесоюзном съезде стоматологов (1962) 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».

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 пирорей (амфодонтоза) и травматической артикуляции» (1953, 1956), «Функциональная патология зубочелюстной системы. Диагностика и методы лечения» (1966). Системный подход к объяснению патологии, попытка свести аналитически разрозненные материалы в некое единство помогли создать модель заболеваний зубочелюстной системы в эксперименте, выделить различные нозологические формы ее поражения (прямой и отраженный травматические узлы, травматическая артикуляция, 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 определял функциональную патологию зубочелюстной системы: «Это патологическое состояние, обусловленное влиянием нормальной (при ослабленном морфологическом субстрате), исключенной, ослабленной или чрезмерной функции. Функциональная патология может возникать с момента рождения человека и протекать на протяжении всей 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 разным направлениям, результаты исследований способствовали 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 (1929–1998; в 1977–1998 гг. заведующий кафедрой госпитальной ортопедической стоматологии МГМСУ) в докторской диссертации «Клинико-экспериментальные обоснования ортопедических методов лечения пародонтита» (1980) и многочисленными работами учеников.

В диссертации «Вторичная частичная адентия и состояние костной ткани альвеолярных отростков челюстей» (1965) В.Ю. Миликевич доказал, что с помощью радиоактивных индикаторов можно выявить нарушения минерального обмена, которые при функциональной патологии зубочелюстной системы носят генерализованный характер, а изменения обменных процессов в костных тканях предшествуют морфологическим и клиническим.

Теоретическое и математическое обоснование применения различных конструкций бюгельных и мостовидных протезов дал Г.П. Соcнин. Ученый разработал показания к их применению на основании данных интенсивности и распределения нагрузки, силового соотношения и резервных сил пародонта.

В.А. Пономарева на основании экспериментальных данных показала, что после потери зубов, под влиянием измененной функции, происходит значительная перестройка в зубочелюстной системе, которая характеризуется изменением костной структуры в виде истончения и фрагментации балочек, а также выраженной остеокластической резорбции. Параллельно атрофии кости в недогруженном участке возникают значительные изменения в нервном аппарате пародонта.

Морфологические исследования и клинические наблюдения, которыми с 1952 г. занимался И.М. Оксман, выявили значительные изменения нервного аппарата пародонта и пульпы зубов при пародонтите.

Для диагностики ранних форм пародонтита и сходных с ним заболеваний И.М. Оксман предложил использовать капилляроскопию, электротермометрию и другие методы исследования, а для его лечения рекомендовал свои конструкции шинирующих аппаратов, укрепляю-

щихся с помощью штампованных полукоронки и экваторных коронок в сочетании с литой балочной шиной, обеспечивающей надежную иммобилизацию подвижных зубов и удовлетворяющей клинические и эстетические требования.

А.И. Бетельман и его ученики (А.Д. Мороз, А.Д. Мухина и др.) при лечении пародонтита опирались на следующие принципы:

- правильное распределение и уменьшение жевательного давления на оставшиеся в полости рта зубы;
- возвращение утраченного функционального единства в зубной системе;
- предохранение зубов от травмирующего действия горизонтальных нагрузок.

Исходя из этого, А.И. Бетельман рекомендовал применять, кроме выравнивания окклюзионной поверхности, ортодонтические и ортопедические мероприятия.

Вопросы патогенеза, клиники и лечения пародонтита и сходных с ним форм заболеваний зубочелюстной системы разрабатывались в Калининском медицинском институте профессором Е.И. Гавриловым и его учениками. В учебнике Е.И. Гаврилова и И.М. Оксмана «Ортопедическая стоматология» (1968) отмечено постепенное развитие травматической окклюзии при пародонтите; в начальных стадиях болезни пародонт приспосабливается к изменившимся условиям, справляясь с функциональной нагрузкой, которая некоторое время не проявляет своего «губительного» действия. Продолжающаяся дистрофия пародонта приводит к потере устойчивости зубов, что обуславливает развитие вторичного травматического синдрома.

Задачей ортопедического лечения пародонтита, по мнению Е.И. Гаврилова, является возвращение зубной системе утраченного единства, правильное распределение жевательного давления среди оставшихся зубов, уменьшение нагрузки на зубы, наиболее пораженные пародонтитом, за счет зубов, у которых пародонтит лучше сохранен, предохранение зубов от травмирующего действия горизонтальной перегрузки.

Профессор В.И. Кулаженко (1918–1977) с 1962 по 1977 г. заведовал кафедрой ортопедической стоматологии Одесского медицинского института им. Н.И. Пирогова, изучал компенсаторную возможность

тканей пародонта, пораженного атрофическим процессом. В результате было выявлено, что она или снижена или совсем отсутствует в результате атрофии лунок зубов и потери опоры со стороны соседних зубов. Поэтому ортопедическое лечение должно быть направлено как на восстановление жевательной функции, так и на укрепление оставшихся зубов. При помощи сконструированного им аппарата В.И. Кулаженко предложил вакуумный метод лечения пародонтоза (1962).

С 1953 г. в Полтавском (бывшем Харьковском) медицинском стоматологическом институте под руководством М.Р. Мареев разрабатывались методы ортопедического лечения в комплексной терапии пародонтоза. В работе «Применение ортопедических методов в комплексной терапии пародонтоза» (1958) он отметил, что лучшим методом лечения пародонтоза считается комплексный, включающий наряду с другими лечебными мероприятиями и фиксацию подвижных зубов путем шинирования: несъемные шины, шины-протезы, дуговые протезы, съемные капповые шины и капповые шины-протезы (Л.П. Григорьева, В.Л. Устименко, Н.А. Добитко, В.П. Климова, Л.Н. Манзюк и др.).

С 1961 г. вопросы диагностики и лечения больных пародонтозом нашли отражение в работах кафедры ортопедической стоматологии Львовского медицинского института под руководством Я.М. Збаржа.

Разработка данной проблемы выявила ряд нозологических форм поражения зубочелюстной системы и открытие возможностей для патогенетической терапии (Копейкин В.Н., 1980). Все это дало основание для пересмотра тактики ортопедического лечения, особенно при профилактических мероприятиях.

Таким образом, в ходе многолетних исследований доказано, что ведущая роль в поражении зубочелюстной системы принадлежит функции. Развитию клинического направления в ортопедической стоматологии в значительной степени способствовала тесная ее связь с научными достижениями терапевтической, хирургической стоматологии и других медицинских специальностей, целенаправленные исследования в области морфологии, физиологии, патофизиологии зубочелюстной системы.

3.5.5. Материаловедение в ортопедической стоматологии: металлы и сплавы, пластические и слепочные массы

В 1896 г. на I съезде дантистов в Нижнем Новгороде зубной врач А.И. Ковалев, выступая с докладом «Металлические капсульные коронки», первым в России предложил метод изготовления коронок из алюминия. У этого метода оказалось много противников и работа была приостановлена, хотя вопросы применения алюминия в зубопротезировании стали предметом обсуждения на I и II Одонтологических съездах (1896, 1899).

Для оказания специализированной ортопедической помощи населению страны в первые годы советской власти необходимо было срочно решать проблемы материального обеспечения развивающейся стоматологии. Для этого надо было наладить государственное снабжение зубоортопедических учреждений оборудованием, инструментарием и материалами, что требовало развития отечественной медицинской промышленности. Необходимо было разрабатывать новые, более дешевые и доступные металлы и сплавы.

В первые годы советской власти проблемой номер один стала замена золота другими, близкими по биологическим свойствам, но более дешевыми сплавами.

Несмотря на тяжелые экономические условия, уже в 1921 г. в мастерских Наркомздрава РСФСР было налажено производство первых отечественных материалов: дентина, амальгамы, фосфатцемента и т.п. Поиск материалов, позволявших решать вопросы массового зубного протезирования, привели к зарождению важного раздела ортопедической стоматологии – материаловедения. Требовались материалы не только с высокими технологическими свойствами, но и абсолютно безвредные для организма человека.

В 1923 г. для изготовления несъемных протезов И.А. Клейтман вновь предложил алюминий, но его предложение осталось без внимания.

К 30-м гг. в ортопедической стоматологии были разработаны и внедрены в практику два основных метода изготовления различных конструкций протезов с применением металлов и сплавов:

1. Гальванический метод с применением электролитической меди, серебра и сплавов с последующим хромированием (Г.Г. Беркович, С.С. Шведов и др.) или золочением протезов.

2. Изготовление протезов из кислотоупорной стали (С.С. Асс и Д.Н. Цитрин).

Хромирование протезов было более перспективным, но технология такого изготовления протезов только зарождалась, опыта в работе с неблагородными металлами у врачей не было.

Прекращение исследований по изготовлению зубных протезов с помощью гальванического метода дало толчок к разработке кислотоупорной стали.

Нержавеющая сталь впервые была изготовлена в 1912 г. в Германии на заводе Круппа. В 1926–1927 гг. в России появились гильзы из крупновской стали для изготовления коронок. Для термической обработки гильз требовалась специальная аппаратура, которой в стране практически не было. В 1928 г. на Златоустовском заводе инженером-металлургом Крутицким была изготовлена сталь, содержащая 18–20% хрома, 7–9% никеля и 0,2–0,4% углерода, которая по своим свойствам была идентична крупновской. В 1929 г. в Свердловске была организована научно-исследовательская лаборатория по разработке и изучению нержавеющей стали для зубного протезирования, руководить которой стал зубной врач С.С. Асс. В том же году на Уралмаше была открыта опытно-штамповочная мастерская для производства кламмеров и зубов из нержавеющей стали. Позднее специальную нержавеющую сталь марки 2А освоили на заводе «Электросталь» (Московская обл.).

Экспериментальные работы, проведенные в Государственном институте стоматологии и одонтологии (ГИСО), выявили значительные экономические преимущества зубных протезов из стали по сравнению с дорогостоящими протезами из золота. 8 июня 1932 г. в Госплане СССР состоялось совещание, на котором обсуждался вопрос использования стали в зубном протезировании (1,5 т в год).

В 1931 г. Д.Н. Цитрин впервые разработал рецепт припоя для нержавеющей стали, а в 1932 г. – новый, улучшенный его состав (серебро, медь, никель, бериллий, марганец, цинк, магний, кадмий) без содержания золота. По его инициативе в 1933 г. в Государственном научно-исследовательском институте стоматологии и одонтологии (ГНИИСО) была создана центральная научно-исследовательская зубопротезная лаборатория для массового изготовления зубных протезов из стали. Лаборатория занималась изучением коррозионной стойкости различных материалов в среде, приближенной к среде полости рта. Популярность протезирования зубов нержавеющей сталью повышалась, за первые 5 месяцев 1933 г. в ГИСО было изготовлено 994 коронки из золота и 2063 – из стали (Троянский Г.Н., 1970).

В 1937 г. было отмечено, что освоенные лабораторией института и изготовленные на заводах СССР новые марки стали дали возможность при протезировании полностью заменить импортную сталь на отечественную (по рецепту ГИСО, ЭИ-95). Сталь ЭИ-95 лучше других удовлетворяла всем требованиям, была дешевой, высокотехнологичной, обеспечивающей хорошее качество зубных протезов. Разработка сплавов, приближающихся по своим свойствам к золотым, позволила делать протезы высокого качества. В создании таких сплавов участвовали Д.Н. Цитрин, И.О. Новик, М.С. Липец.

В 1939 г. И.О. Новик разработал рецепт сплава из палладия, золота и серебра и припоя для него, который по составу был идентичен основному сплаву. По качественным показателям «Платинит», так он был назван, превосходил немецкий сплав «Альба».

М.С. Липец и А.И. Шпагат с 1943 г. начали разрабатывать сплавы на серебряно-палладиевой основе. В те времена сплавы на серебряно-палладиевой основе не были внедрены в практику ортопедической стоматологии.

Сороковые годы – это был новый этап в разработке сплавов металлов. Изучение ЭДС полости рта, проведение спектрального анализа слюны, гистологических и гистохимических исследований, изучение обменных процессов позволили получить новые данные по физиологии и патофизиологии зубочелюстной системы, реакции тканей полости рта на различные виды материалов протезов.

С.С. Асс, М.Р. Марей, А.Т. Бусыгин, А.М. Парфенова и др. выявили, что при использовании протезами из нержавеющей стали в полости рта могут возникать микротоки, которые вызывают сухость, жжение, красноту, боль слизистой оболочки полости рта, а также нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта. Поиск заменителя дорогостоящего золота привел к разработке метода гальванопластики в стоматологии, а технология ее применения дала толчок разработке специальной аппаратуры.

С 1954 г. в научно-исследовательской лаборатории ММСИ под руководством В.Ю. Курляндского стали разрабатывать новые составы сплавов, припои. Были предприняты попытки заменить спайку деталей протезов бесприпойным методом. Спайка была заменена электронно-лучевой сваркой в вакууме и аргоно-дуговой сваркой, а позднее — ультразвуковой и лазерной. Сравнение качества паяных 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 1968 г. по проблеме «Применение сплавов металлов в стоматологии» была проведена Республиканская конференция, на которой было заслушано 55 докладов.

Основное внимание сотрудников лаборатории было сосредоточено на разработке сплавов на основе палладия, серебра и золота. Первые серебряно-палладиевые сплавы были разработаны в 1962 г. совместно с Московским заводом спецсплавов. За 10 лет применения серебряно-палладиевых сплавов на кафедре ортопедической стоматологии ММСИ более 4000 больных получили зубные протезы из этих 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 стоимости золота.

В это же время на кафедре при изготовлении зубных протезов началось внедрение методов электрохимии (П.М. Яценко). Применение

гальванотехники шло по двум направлениям: гальваностегии (тонкое покрытие готовых протезов) и гальванопластики (изготовление протезов). Оба этих метода имеют свои преимущества: при гальваностегии используются драгоценные металлы для покрытия конструкций из хромокобальтовых сплавов, второй способ, благодаря индивидуальному исполнению, предполагает высокую точность прилегания протеза. Актуальность этих разработок очевидна и в настоящее время.

Для точности изготовления металлических конструкций зубных протезов были разработаны и внедрены в практику новые аппараты: параллелометр, аппарат для обработки гипсовых моделей, вакуумный вибростол, пескоструйный аппарат, аппарат для электрополировки и т.д. Создание этих и других аппаратов — результат совместного труда сотрудников Всесоюзного научно-исследовательского института хирургической аппаратуры и инструментария (Е.М. Любарский, С.М. Эйдинов, А.Н. Ковшов, М.П. Горячев и др.) и Московского медицинского стоматологического института (В.Ю. Курляндский, В.Н. Копейкин).

В Центральном научно-исследовательском институте стоматологии был разработан формовочный материал «Кристосил» для отливки огнеупорных моделей и литейных форм (И.И. Ревзин и др.). Улучшению качества бюгельных и шинирующих протезов послужил «Бюгелит» (В.Н. Копейкин, Е.М. Любарский), состоящий из высокопрочного гипса.

Ленинградский завод зубоортопедических материалов совместно с ЦНИИ стоматологии выпустил кобальтохромовый сплав (КХС) для стоматологических целей.

В 70-е гг. в ММСИ под руководством В.Ю. Курляндского коллектив кафедры ортопедической стоматологии и ГосНИИ стекла для изготовления индивидуальных зубных коронок и металлокерамических зубных протезов создал первый отечественный ситалл «Сикор».

Ситаллы — это стеклокристаллические материалы, полученные из стекол определенного состава путем термообработки, в результате которой образуются мелкие кристаллы размером от долей микрона

до 1–3 мкм и остаточная стеклофаза. Ситаллы за счет их мелкокристаллической структуры отличаются от фарфоров лучшими физико-механическими свойствами. Свойства ситаллов можно заранее проектировать при расчетах их составов. Получение ситаллов с заранее заданными свойствами определяется их составами и режимами термообработки. По ряду характеристик ситаллы не имеют себе равных среди материалов минерального происхождения. Кроме того, в ситаллах меньше микротрещин, меньше объемных дефектов, неизбежных при обжиге изделий.

С 1979 г. 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 в ММСИ и ГИСе в 1979 г., отличается высокой адгезией к металлическим каркасам зубных протезов. Ситалл «Симет» рекомендован к производству в 1990 г.

В последнее десятилетие в ММСИ внедряются новые методы лечения вкладками из ситалла (компьютерное фрезерование), используется метод плазменного напыления при мостовидном протезировании, совершенствуются новые палладиевые и золото-платиновые сплавы «Супер-КМ», разрабатываются сплавы на основе титана и циркония для зубных протезов, золотого сплава-припоя, не содержащего кадмий и многое другое.

Ситаллы «Сикор» и «Симет» и литевой ситалл предназначены для несъемного протезирования и являются индифферентными биосовместимыми материалами. Кроме индифферентных материалов, на кафедре ГОС ММСИ и в НИИ стекла был разработан биоактивный ситалл, ускоряющий регенеративные процессы в организме и предназначенный для восстановления дефектов костных тканей челюстей, внутрикостного эндопротезирования.

Серийный выпуск материала «Сикор» был осуществлен в 1983 г. Ленинградским заводом «Медполимер», с которым кафедра тесно сотрудничала (В.Н. Копейкин). Позднее под руководством В.Н. Копейкина, а в дальнейшем И.Ю. Лебеденко, были созданы четыре ситалловых материала, три из которых являются биоиндифферентными и предназначены для зубного протезирования, а также биоактивный

«Биоситалл» для имплантации с целью восстановления костных дефектов челюстей.

Сотрудники кафедры госпитальной ортопедической стоматологии МГМСУ для контроля качества металлокерамических и металлокомпозитных зубных протезов применяют различные методы: акустический, тепловизиографический, капиллярный

Целенаправленная разработка материалов и технологий изготовления протезов позволяет в настоящее время решать вопросы качественного и эстетически обоснованного ортопедического лечения населения.

Параллельно с разработкой металлов и сплавов стоматологи проводили и проводят исследования по созданию пластических масс для базисов съемных протезов. С 20-х гг. XX в. развивая отечественную промышленность по созданию зубоврачебных материалов, отечественная стоматология уже практически не зависела от поставок иностранных фирм.

Стоматологи установили (В.А. Аронсон, Д.Л. Горкин, В.Ю. Курляндский, К.Н. Кутуева, И.О. Новик, М.С. Тиссенбаум, Д.Н. Цитрин и др.), что каучук как основной материал для изготовления базисов протезов имеет ряд недостатков. Это побудило исследователей к поиску более совершенных материалов. И.О. Новик в 1933 г. для изготовления съемных протезов предложил применять крезолоформальдегидную смолу под названием трикаен, а в 1934 г. он, видоизменив ее, назвал стомалитом.

С.С. Шведов на основе фенолформальдегидных смол разработал пластмассу – эфнелит (1934), а в 1940 г. О.М. Баркман, И.Г. Лукомский, Я.Л. Раев и М.С. Шнейдер предложили свою модификацию смолы, назвав ее альдолитом. Низкая эластичность, цветонеустойчивость, сложность технологического процесса, не обеспечивающая получения протезов более высокого качества, чем каучуковые, не способствовали внедрению указанных масс в практику. Поиск заменителей каучука не прекращался. В 1934 г. на основе акриловых смол был предложен препарат неогеколит. Исследовательские работы по применению пластмасс акриловой группы начались в 1938–1939 гг.

В 1940 г. А.М. Кипнис опубликовал первое предварительное сообщение о применении новой зубопротезной массы «Стомакс», которую он в 1941 г. описал в монографии «Теория и практика зубопротезной массы «Стомакс».

В 1941 г. Б.Н. Бынин сделал сообщение о клинико-экспериментальных испытаниях пластмассы АКР-7, разработанной сотрудниками Центрального института травматологии, ортопедии и протезирования (ЦИТО) совместно с сотрудниками Научно-исследовательского института пластмасс. Препарат АКР-7, а в дальнейшем усовершенствованный АКР-10, разработанный Б.Н. Быниным, М.Б. Выгодской, А.Г. Голубковой, З.В. Коппом, М.Л. Манукяном, В.А. Марским, Г.С. Петровым, А.А. Пешехоновым, И.И. Ревзиным, С.С. Шведовым, получил широкое распространение в клинической практике. К разработке новой пластмассы были привлечены как стоматологи, так и токсикологи, химики и другие специалисты. Широкому внедрению пластмассы акриловой группы способствовали и всесторонние экспериментальные исследования ее физико-механических и химических свойств.

За период 1940–1953 гг. авторским коллективом Центрального института травматологии и ортопедии было разработано около 10 рецептов пластмасс. Результаты исследований, проведенных стоматологами в лаборатории пластмасс ЦИТО, легли в основу применения пластмасс в различных отраслях медицины. В настоящее время пластмассы применяют в хирургии и общей ортопедии, офтальмологии, гистологии, анатомии и медицинской промышленности. В ортопедической стоматологии пластмассы акриловой группы стали основным материалом.

Внедрение препаратов пластмасс в медицину было высоко оценено государством, присудившем в 1950 г. Б.Н. Бынину, З.П. Коппу, М.Л. Манукяну, В.А. Марскому и И.И. Ревзину Сталинскую премию.

В 1954 г. для фиксации пластиночных протезов М.А. Нападов применил быстротвердеющие пластмассы. Результаты исследований свойств быстротвердеющих пластмасс были обнародованы А.Э. Рофес, М.А. Нападовым, В.Д. Безуглым, Л.И. Мацем и В.И. Дмитриевой. В 1963 г. вышла монография Я.М. Збаржа «Быстротвердеющие пластмассы в зубном и челюстном протезировании». Быстротвердею-

щие пластмассы (пластмассы холодного отвердения) нашли широкое применение в терапевтической стоматологии, ортодонтии, ортопедии, челюстно-лицевой хирургии и других разделах стоматологии.

Помимо работ по созданию и совершенствованию рецептур пластических масс, совершенствованию конструкций и методов изготовления из них зубных протезов, были проведены многочисленные эксперименты по внедрению их в клинику. Токсикологические свойства пластмасс, их биологическую совместимость с тканями организма, влияние ее на ферменты слюны, микрофлору полости рта изучали Г.Б. Брахман, Б.Н. Бынин, Э.Я. Варес, К.Н. Кутуева, В.Н. Копейкин, И.М. Оксман, И.И. Ревзин, Д.Н. Цитрин, А.М. Кипнис и др. Клинические наблюдения, целью которых было выявление влияния съемных протезов на ткани полости рта, проводились А.В. Высоцкой, З.С. Василенко, Г.А. Кудиновым, В.Ю. Курляндским, И.О. Новиком, Л.А. Пашковской, И.И. Ревзиным, Л.И. Солодиловым, Д.Н. Цитриным.

Эластичные пластмассы были применены в качестве имплантата (Г.Б. Брахман) при восстановлении альвеолярного отростка челюстей при чрезмерной его атрофии, для мягкой прослойки базисов пластиночных протезов (В.В. Андреев, И.И. Ревзин, Н.В. Калинина), для элементов obturаторов при дефектах мягкого неба (Л.В. Ильина-Маркосян). Эластичным материалом с улучшенными по сравнению с АКР-9 свойствами следует признать препарат ЭГмасс-12 на основе полихлорвиниловых смол (И.И. Ревзин, В.А. Марский и др.), но клинические и экспериментальные наблюдения показали, что через 4–6 месяцев эластичность ЭГмасс-12 снижается.

В 1966 г. на основе акриловых смол был разработан препарат «Эладент-66», предназначенный для мягкой подкладки под базис съемных протезов.

В поисках массы со стабильными эластичными свойствами Е.В. Груздкова, Н.К. Власова, В.В. Паникаровский, Л.А. Брусова совместно с инженерами-химиками Е.И. Смагиным, А.В. Зуевой и М.В. Крюковой провели экспериментальные исследования резин на основе полиметилвинилсилоксанового каучука марки СКТВ-1.

Экспериментальные исследования показали его биологическую индифферентность и стабильность эластических свойств.

Разработка новых пластмасс проводится в трех направлениях:

- 1) совершенствование рецептуры препаратов акриловой группы;
- 2) изучение и создание материалов на основе новых полимеров;
- 3) разработка новой технологии изготовления протезов.

Впервые в Советском Союзе метод химической пластификации (отказ от введения в пластмассу активных веществ, раздражающих ткани полости рта) начал осваивать В.Н. Копейкин (1959). Ученый совместно с сотрудниками Научно-исследовательского института пластмасс В.Н. Котрелевым, Т.Д. Кострюковой и В.В. Тарасовым разработал рецептуру новой пластмассы на основе полиэфирных смол — поликарбоната, названного ими «Карбодент». В.Н. Копейкин разработал технологию изготовления протезов из термопластических масс и сконструировал аппарат для изготовления протезов методом литья под давлением. Его исследования были продолжены В.Л. Гросманом.

Качество лечения в ортопедической стоматологии тесно связано с совершенствованием и развитием стоматологического материаловедения. Успехи химии в разработке высокопрочных полимеров и полимеров с заданными свойствами позволяют получить более совершенные материалы и пластмассы.

Зубные протезы изготавливают по моделям, полученным по индивидуальным слепкам, точность которых зависит от свойств слепочных материалов. Самым распространенным слепочным материалом, применявшимся в клиниках ортопедической стоматологии многие годы, был гипс.

Массы «Стенс», «Керра», гуттаперча и другие слепочные композиции — продукция иностранных фирм. Благодаря достижениям химии по разработке высокомолекулярных соединений и улучшению свойств различных полимеров, были созданы и внедрены в производство отечественные слепочные материалы.

В 1940 г. О.И. Кругляков в Одесском научно-исследовательском стоматологическом институте проводил лабораторно-клинические исследования слепочного материала на основе агар-агара, который получил название «гидроколлоидная оттискная масса». При нагрева-

нии он становится пластичным и без компрессии слизистой оболочки полости рта, без смещения подвижных зубов обеспечивает получение точных слепков.

Возглавив в 1952 г. кафедру ортопедической стоматологии ММСИ и научно-исследовательскую лабораторию при ней, В.Ю. Курляндский определил круг задач, стоящих перед коллективом: изучение функциональной патологии зубочелюстной системы, разработка методов ортопедического лечения при кариозных поражениях зубов и связанных с ними изменений в опорном аппарате зубов, челюстно-височных суставах и 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, изучение этиологии, патогенеза и новых методов лечения аномалий развития зубочелюстной системы.

В научно-исследовательской лаборатории при кафедре были созданы исследовательские группы:

- металлы и их сплавы;
- гальванопластика в стоматологии;
- полимеры в стоматологии;
- методы акустики в стоматологии;
- применение излучения квантового генератора в стоматологии;
- группа патофизиологии.

Группа сотрудников, которая занималась пластмассами и другими полимерными материалами, 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 зуботехничес-

кой лаборатории, где они служат в качестве базисных материалов для изготовления искусственных зубов и коронок, слепочных и других вспомогательных материалов.

К тому времени были достигнуты определенные успехи в разработке специальных полимерных материалов для стоматологии. Работы вели несколько организаций: Минздрава СССР и РСФСР, Минздрава УССР, Минхимпрома СССР и др.

Работники Харьковского завода медицинских пластмасс и стоматологических материалов вместе с сотрудниками ЦНИИСа разработали и наладили промышленный выпуск целого ряда полимерных материалов и изделий из них, в том числе искусственных зубов.

В 1960 г. Б.Р. Вайнштейн разработал слепочные термопластичные массы на основе пентаэритритового эфира канифоли, которые стали выпускать под названием «масса оттискная термопластичная» и в зависимости от состава имеет различные качественные показатели и назначение — получение слепков с беззубых челюстей, слепков для перебазировки протезов в ортодонтии и челюстно-лицевой ортопедии. В 1963 г. он предложил термопластическую массу «Стомапласт», которая приобретала пластичность при температуре полости рта. Масса предназначена для получения функциональных слепков с беззубых челюстей. Харьковский завод зубоорудочных материалов разработал компрессионный слепочный материал «Дентафоль» на основе природных смол и полимеров. Д.Н. Цитрин предложил четыре композиции слепочных масс на основе эпоксидных смол.

Для получения слепков с беззубых челюстей П.А. Мороз в 1966 г. рекомендовал применять массу на основе канифоли, в основу разработки («Стомапласт» и «Дентафоль») был положен принцип получения пластичности массы под влиянием температуры полости рта и получения слепков по методике, предложенной Гербстом.

Стремление к увеличению точности воспроизведения тканей протезного ложа, облегчению работы при снятии слепков, безболезненного выведения затвердевшей массы из полости рта, особенно при подвижных, конвергирующих и аномально расположенных зубах стимулировало разработку эластичных слепочных материалов. Основным требованием при изготовлении слепочных материалов было создание на исходном этапе жидкой или пластичной консистенции,

оказывающей минимальное или незначительное давление на слизистую оболочку рта, что позволило применять разгружающие и не деформирующие слизистую оболочку полости рта слепки.

Отечественная промышленность стала выпускать слепочные материалы на основе альгинатов: альгеласт, стомальгин, новальгин. Кроме того, были созданы слепочные материалы на основе синтетических полимеров, которые выгодно отличались от альгинатных, изготавливаемых из природного сырья.

В 1954 г. появляются высокоэластичные тиоколовые, а в 1956 г. — силиконовые материалы. Конец 50-х и начало 60-х гг. XX в. во многих странах мира, в том числе и в Советском Союзе, характеризуется разработкой значительного количества слепочных материалов с заданными свойствами. В основном ассортимент их пополнялся за счет материалов с эластичными после отверждения свойствами. В настоящее время ассортимент материалов достаточно широк, и поставка их медицинской промышленностью удовлетворяет нужды лечебных учреждений.

Химики и стоматологи большое внимание уделяли слепочным материалам на основе синтетических каучуков: полисульфидного и кремнийорганического. Выпускаемый отечественной промышленностью силиконовый материал «Сиаласт» был предложен в 1960 г. М.М. Тернером, Е.Г. Ароновым и Р.М. Рапопортом.

С 1963 г. в научно-исследовательской лаборатории по изучению стоматологических материалов для зубного и челюстно-лицевого протезирования ММСИ Л.И. Гиллером был предложен однокомпонентный слепочный материал на основе полидиметилсилоксанового каучука, который получил название «Силан».

В Постановлении Совета Министров СССР от 12 августа 1961 г. «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению» впервые в истории стоматологии была поставлена задача полностью удовлетворить потребности населения в стоматологической помощи. В целях обеспечения своевременного и полного выполнения указанного постановления 2 сентября 1961 г. был издан приказ Министра здравоохранения СССР № 386 «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению». Выполнение этих законодательных актов способствовало широкому применению высокочастотного литья, для

чего был значительно увеличен выпуск заготовок из хромокобальтового сплава, альгинатных и силиконовых слепочных масс, сополимерных материалов для зубных протезов на основе метилметакрилата.

В 1967 г. в лаборатории ММСИ были изучены свойства эластичной силиконовой пластмассы «Ортосил» — мягкой прокладки в двухслойных базисах. Клинические испытания этой пластмассы показали: она нетоксична, без запаха и вкуса, не изменяется в размерах как при изготовлении, так и при пользовании ею. Пластмасса обладает минимальной водопоглощаемостью, стойкостью в слабых щелочах и кислотах, стойкостью к стиранию и прочной связью с жестким базисом протеза, со временем не теряет эластичность. «Ортосил» был рекомендован к применению в качестве зубопротезного материала для повышения функциональной эффективности при протезировании беззубых челюстей.

Важной проблемой в ортопедической стоматологии была проблема воздействия акриловых пластмасс на организм. Основное внимание исследователей было уделено изучению реакции слизистой оболочки полости рта на механические факторы воздействия со стороны протеза, токсикологическое влияние пластмасс, изменение состава слюны. Было отмечено, что пластмассовый протез может вызвать воспаление слизистой, атрофию подлежащей кости (вследствие повышенного давления) и механические травмы. Известно, что непереносимость к акрилатам может быть и аллергической природы. Возникла необходимость в изучении природы непереносимости протезов из акрилатов, а также в поиске средств и методов, позволяющих отдифференцировать аллергическую природу этой непереносимости.

В 70-е гг. в лаборатории ММСИ начались работы по внедрению спектрального анализа при изучении аллергологических реакций организма на пользование протезами. Было установлено, что явления непереносимости могут быть обусловлены химическим воздействием на слизистую оболочку полости рта, повышенной чувствительностью аллергологической природы. Было обосновано применение некоторых аллергологических проб (реакция OVARY), 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 клиники. 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.

В последнее десятилетие разработано большое количество пластических масс нового поколения, позволяющих снимать точные слепки и не оказывать вредных воздействий на слизистую оболочку полости рта.

Сегодня материаловедение входит в учебный план в стоматологических институтах, так как знание свойств материалов, используемых при изготовлении зубных протезов, является гарантом их качества.

3.6. Детская стоматология

Детская стоматология изучает профилактику, клинику, диагностику и методы лечения заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта, языка и губ, диагностику и профилактику зубочелюстных аномалий с учетом возрастных особенностей ребенка и влияния данных заболеваний на растущий организм в целом (Детская терапевтическая стоматология / под ред. В.К. Леонтьева и др., 2010).

Как отмечал заведующий первой в России кафедрой стоматологии детского возраста А.А. Колесов, детская стоматология выделилась в самостоятельную дисциплину из общей стоматологии, поэтому истории их развития тесно связаны. Первые описания стоматологических заболеваний у детей в отечественной литературе относятся к XIX в. В одном из первых отечественных руководств по акушерству и педиатрии «Искусство повивания, или Наука о бабичьем деле» Н.М. Амбодик-Максимович описал заболевания зубов и слизистой оболочки полости рта, дефекты уздечки языка, предложил хирургическое лечение заячьей губы, дал сведения о гигиене полости рта ребенка. Причины неправильного прорезывания зубов и способы их устранения были изложены в учебнике русского хирурга И.Ф. Буша «Руководство к преподаванию хирургии» (1807—1808). В одном из первых оригинальных трудов по зубоучреждению на русском языке — книге штаб-лека-

ря А.М. Соболева «Дантистика, или зубное искусство лечения зубных болезней с приложением детской гигиены» (1829) автор сообщал, «как должно содержать детей с самого рождения, дабы через то соблюсти их здоровье и предохранить зубы от порчи», предложил классификацию аномалий прикуса с указанием их этиологии и способа лечения. Вопросы детской стоматологии были освещены в руководстве «Общая и частная терапия болезней детского возраста» (1896) основоположника возрастной анатомии, педиатра, профессора Н.П. Гундобина (1860–1908), а также в опубликованных им лекциях о прорезывании зубов у детей.



В XIX в. стоматологические заболевания у детей рассматривались в рамках педиатрии. Так, в учебной программе по детским болезням 1862 г. был специальный раздел основ детской стоматологии, посвященный стоматитам, затрудненному прорезыванию зубов и осложнениям при этом, а в программа 1869 г. включала изучение болезней полости рта, слюнных желез, врожденных пороков развития губ и рта, стоматитов, молочницы, номы.

Выдающиеся деятели отечественной медицины XIX в. уделяли большое внимание вопросам детской стоматологии. Н.И. Пирогов производил пластические операции на лице у детей, в том числе хейлопластику. Н.В. Склифосовский (1872), отмечая большую распространенность кариеса зубов у детей, указывал на необходимость систематического наблюдения и своевременного лечения этого заболевания.

В конце XIX – начале XX в. появилась специализированная стоматологическая помощь детям Пионером стоматологии детского возраста в России считают А.К. Лимберга, который в 1886 г. организовал первую в России бесплатную школьную зубоорачебную амбулаторию. На I Всероссийском съезде зубных врачей и дантистов (1896) комиссия под руководством А.К. Лимберга разработала проект организации, в котором были заложены основы плановой санации полости рта школьников. Через 5 лет регулярной работы школьных зубоорачебных амбулаторий А.К. Лимберг констатировал значительное уменьшение количества удалений зубов у учащихся.

В 1903 г. Обществом охраны народного здоровья была организована первая бесплатная благотворительная помощь школьникам в зубоорачебной амбулатории (заведующий В.А. Дубровин); затем на благотворительных началах были открыты еще три школьные амбулатории.

После Великой Октябрьской социалистической революции в основу организации стоматологической помощи детям была положена плановая профилактическая санация полости рта. В мае 1918 г. была создана зубоорачебная секция при Наркомздраве, которую возглавил П.Г. Дауге. В 1919 г. в Москве работало 8 специализированных кабинетов по приему детей, а организованное детское население было взято на учет для проведения плановой санации полости рта. Доклад П.Г. Дауге «Организация систематической борьбы с костоедой зубов

среди школьников РСФСР» лег в основу «Инструкции зубоветеринарной секции лечебного отдела Наркомздрава о проведении санации зубной системы у детей» (1922).

Развитию и совершенствованию методов плановой санации полости рта способствовали труды Н.И. Агапова, доказавшего необходимость полного оздоровления зубов в детском возрасте. Николай Иванович Агапов — основатель кафедры стоматологии в Иркутском (1921), Ростовском-на-Дону (1929) университетах, курсов переквалификации зубных врачей, зубных врачей-протезистов и стоматологов (1935), автор 63 работ, многие из которых составной частью вошли в его учебное издание «Клиническая стоматология детского возраста». Н.И. Агапов научно обосновал метод плановой профилактической санации полости рта, включая оздоровление молочных зубов и даже предупреждение образования аномальных прикусов.

Большую роль сыграли также работы И.Г. Лукомского (1946), предложившего одновременно с плановой санацией полости рта проводить местную противокариозную флюоризацию.

На I, II и III одонтологических съездах обсуждались вопросы профилактики заболеваний зубов у детей дошкольного и школьного возраста, лечения детей с врожденными расщелинами, а также предупреждения и лечения аномалий челюстей. Так, на I Всероссийском одонтологическом съезде (1923) выступал немецкий профессор Адольф Канторович с докладом «О санации полости рта у детей». На II Всесоюзном одонтологическом съезде (1925) обсуждался «перспективный строительный план государственной зубоветеринарной помощи», который предусматривал перенесение «центра тяжести в область систематической санации полости рта подрастающего поколения...». На III Всесоюзном одонтологическом съезде (1928) вновь были заслушаны доклады о профилактике стоматологических заболеваний среди школьников. Вопросы организации и методики проведения плановой профилактической санации обсуждались на Всесоюзных съездах стоматологов, пленумах Всесоюзного и Всероссийского научных стоматологических обществ. В рекомендациях VII Всесоюзного съезда стоматологов (1981) было записано: «Просить Минздрав СССР ввести в номенклатуру врачебных специальностей специальность “врач-стоматолог детский”», так как особенности детского организма требуют

полного отказа от схематического переноса накопленного опыта лечения взрослых на ребенка. В соответствии с этими рекомендациями в 1984 г. приказом Минздрава СССР в номенклатуру врачебных специальностей введен «врач-стоматолог детский», утверждено Положение о детском стоматологе, введена интернатура, а также разработана инструкция о порядке аттестации детского стоматолога на соответствие занимаемой должности и на врачебную категорию.

По инициативе основоположников отечественной стоматологии профессоров А.И. Евдокимова, В.Ю. Курляндского, Е.Е. Платонова в 1963 г. в Московском медицинском стоматологическом институте была организована первая в Советском Союзе кафедра стоматологии детского возраста, которую возглавил профессор А.А. Колесов.

Под руководством А.А. Колесова было разработано 5 учебных программ по стоматологии детского возраста. На кафедре преподавали все стоматологические дисциплины детского профиля (терапевтическая стоматология, хирургическая стоматология, ортопедическая стоматология, ортодонтия).

В 1970 г. авторским коллективом кафедры под руководством А.А. Колесова был разработан и издан первый в стране учебник по стоматологии детского возраста, второе его издание вышло в свет в 1978 г., а третье, переработанное и дополненное, — в 1985 г. В учебнике «Стоматология детского возраста» (1970, 1978, 1985) А.А. Колесов отметил, что распространенность травм мягких тканей и костей лицевого скелета у детей составляет от 25 до 32,6%. В зависимости от причин и обстоятельств повреждения, А. А. Колесов различает 6 видов детского травматизма: родовой, бытовой, уличный, школьный, спортивный, прочий. Бытовая травма, по данным автора, занимает первое место среди прочих травм челюстно-лицевой области.

В 1963 г. А.А. Колесов предложил классификацию первичных опухолей и опухолеподобных образований челюстных костей. Он разделил их на первичные и вторичные, наряду с новообразованиями рассматривал дисплазии костей лица и другие опухолеподобные образования. В 1963 г. А.А. Колесов защитил докторскую диссертацию

«Первичные опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей», в которой разработал клинико-морфологическую группировку, отражающую морфологическое многообразие новообразований этой локализации, а также описал их клинические особенности и предложил рациональное лечение. А.А. Колесов проводил исследования в области онкологии и в последующие годы; итогом его наблюдений стала опубликованная в 1973 г. работа «Диагностика опухолей челюстно-лицевой области у детей» (в соавторстве с В.В. Рогинским и В.В. Паникаровским); в 1989 г. вышла в свет монография «Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков» (в соавторстве с Ю.И. Воробьевым и Н.Н. Каспаровой).

Кроме того, на протяжении многих лет А.А. Колесов занимался вопросами обезболивания при лечении зубов у детей в поликлинических условиях. На кафедре стоматологии детского возраста широко использовалась медикаментозная подготовка. При премедикации применяли наркотики (промедол) и транквилизаторы (элиниум и др.) На кафедре были выработаны показания и противопоказания к применению наркоза у детей. При кратковременных вмешательствах применяли закись азота с кислородом в различных пропорциях. Спокойное лечение зубов в течение 2 часов обеспечивала фторотан-закисно-кислородная смесь.

В 1968 г. была организована кафедра стоматологии детского возраста в Центральном институте усовершенствования (ЦИУ) врачей под руководством профессора Тамары Федоровны Виноградовой. Под ее руководством была разработана система последипломного обучения детских стоматологов и определена структура программы их обучения.

Основу «школы профессора Виноградовой» составили очень важные принципы: стоматология детского возраста — неотъемлемая часть педиатрии; детский стоматолог должен обследовать и лечить ребенка с позиции трех специалистов: терапевта, хирурга и ортодонта; зубочелюстная система детей имеет не отличающиеся от взрослых особенности, а закономерности развития и функционирования (Максимова О.П., 2008). На кафедре получила развитие проблема заболеваний

пародонта и слизистой оболочки полости рта, изложенная в работе «Заболевания пародонта и слизистой оболочки рта у детей» (1983, в соавторстве с О.П. Максимовой и Э.М. Мельниченко).

Сотрудники кафедры совместно с врачами поликлиники впервые в мире стали проводить регулярные диспансерные наблюдения детей у стоматолога; проводимые исследования позволили определить этапы внедрения диспансерных осмотров детей у стоматолога; детализировать распределение на группы дошкольников и школьников для наблюдения и лечения у участковых стоматологов и специалистов; создать планы-графики для каждого участка и комплекты документации, учитывающей показатели заболеваемости кариесом детей за каждый период наблюдения; полученные результаты легли в основу монографии «Диспансеризация детей у стоматолога» (1978). Т.Ф. Виноградова — автор ряда основополагающих трудов по терапевтической стоматологии детского возраста: «Клиника, диагностика и лечение заболеваний зубов у детей» (1967), «Руководство по терапевтической стоматологии» (1967), «Атлас по стоматологическим заболеваниям у детей» (2007) и др.

В последующем кафедры стоматологии детского возраста были созданы в ряде других медицинских институтах, всего в настоящее время в Российской Федерации насчитывается 27 кафедр.

Т.Ф. Виноградовой был наработан огромный опыт по оказанию стоматологической помощи детям через школьные стоматологические кабинеты, однако после распада СССР и перехода к рыночной экономике возник кризис школьной стоматологии, заключающийся в повсеместном закрытии кабинетов.

Это приводит к снижению охвата плановой санацией и диспансеризацией детского населения, росту стоматологической заболеваемости. Кризис школьной стоматологии с рядом обстоятельств, включая отсутствие соответствующей законодательной базы, низкий уровень материально-технического оснащения службы, сложности проведения лицензирования школьных стоматологических кабинетов, отсутствие мотивации администрации школ, невозможность качественного осуществления в школьных кабинетах некоторых совре-

менных технологий (лечение осложнений кариеса постоянных зубов), предвзятое отношение родителей и учеников к школьной стоматологии, проблемы кадровой обеспеченности (Кисельникова Л.П. и др., 2007). Для решения проблемы приказом МЗ РФ от 06.02.2001 № 33 «О введении специальности “стоматология профилактическая”» введена специальность «гигиенист стоматологический», который, в том числе, занимается профилактикой, учит детей правильно чистить зубы, своевременно диагностировать заболевания полости рта и отправляет школьников к стоматологу на стадии раннего кариеса.

По мнению Л.Н. Максимовской (2009), целенаправленное снижение стоматологической заболеваемости детского населения возможно путем реализации комплексной программы, включающей вопросы организации стоматологической помощи, профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний: кариеса зубов и его осложнений, воспалительных заболеваний пародонта, зубочелюстных аномалий. Осуществление данных мероприятий предусматривает совместную работу системы здравоохранения, народного образования и общественного питания.

3.7. Основные вопросы ортодонтии

В рамках детской стоматологии с 1960-х гг. (до этого в рамках ортопедической стоматологии) формировалось ортодонтическое направление советской стоматологии.

Ортодонтия от зубоврачевания дореволюционной России не получила существенного научного наследия. А.В. Фишер (1903) классифицировал методы лечения на механические (аппаратурные) и хирургические (удаление задержавшегося молочного, сверхкомплектного, рудиментарного зуба). В том же году один из основоположников отечественной стоматологии Г.И. Вильга опубликовал статью «Зубы в антропологическом отношении», посвященную вопросам ортодонтии, в которой предложил классификацию сроков прорезывания, рассасывания молочных зубов, минерализации постоянных, а также таблицу их длины, ширины и толщины. В 1910 г. были изданы «Основы зубоврачевания. Руководство по дентистрии для учащихся вь зубов-



рачебных школах» В.А. Дубровина, в котором были разграничены пассивная регуляция зубов, включающая в себя методику последовательного удаления, и активная, обеспечиваемая аппаратурным методом лечения. В том же году опубликовано руководство Е.М. Гофунга «Основы протезного зубопротезирования». В двухтомном руководстве по зубопротезированию Изачика (1915) раздел по ортодонтии под названием «Регулировка зубов» занимал всего 32 страницы (Троянский Г.Н., Миргазизов М.З., 1980). Прimitивные представления об ортодонтии содержались в общих курсах по одонтологии.

В России в первой половине XX в. ортодонтия входила в учебный план учащихся зубопротезных школ; программа предусматривала изготовление аппаратов и обтураторов на II курсе на фантомах, а с III курса — для больных (Персин Л.С., Алимова М.Я., 2004). В учебный план одонтологических факультетов медицинских институтов первой половины XX в. начиная с восьмого семестра студентам давали общие понятия о челюстной ортопедии и ортодонтии, на которые выделялось по 2 ч теории и практики в неделю (Гофунг Е.М., 1924), хотя вопросы ортодонтии, как и других стоматологических дисциплин, и раньше входили в обязательный экзамен.

Знаменательным событием для становления и начального развития ортодонтии стала организация первой в СССР кафедры ортодонтии под руководством К.П. Тарасова в Киевском медицинском институте: по одним источникам — в 1920 г. («Киевскому медицинскому институту — 150 лет. 1991»), по другим — в 1923 г. (Зубкова Л.П. и др., 1994). Последипломное ознакомление врачей с ортодонтией стало проводиться на курсах усовершенствования врачей в Центральном институте усовершенствования лишь с 1947 г. (Персин Л.С., Хорошилкина Ф.Я., 2001).

Большая заслуга в развитии ортодонтии принадлежит Н.И. Агапову (1883–1966), в 1926 г. организовавшему кафедру стоматологии медицинского факультета Иркутского университета, которой руководил до 1929 г. В 1929 г. он защитил диссертацию «Зубная система при врожденном сифилисе», за которую ему была присуждена ученая степень доктора медицины. В статье «Дистрофия зубной системы при врожденном сифилисе» (1927) Н.И. Агапов дал характеристику зубочелюстной системы каждого больного врожденным сифилисом с пе-

речислением ортодонтических нозологических единиц, в том числе слепоты и глухоты. В 1229 г. увидела свет важная для теории и практики ортодонтии работа «Симптоматическое значение аномалий зубной системы». С 1929 по 1941 г. Н.И. Агапов заведовал кафедрой стоматологии в Ростовском медицинском институте. В учебнике «Клиническая стоматология детского возраста» (1937) им были представлены основы ортодонтии, которые явились теоретической базой для подготовки врачей-педиатров и ортодонтов.

Оригинальные исследования этиологии и патогенеза зубочелюстных деформаций провела М.М. Ванкевич. Результаты своих наблюдений она представила в докладе на III Всесоюзном стоматологическом съезде (1928). М.М. Ванкевич обнаружила, что причиной аномалий прикуса является затрудненное дыхание из-за аденоидных разрастаний в верхних отделах дыхательных путей.

Клинические наблюдения и экспериментальные исследования, включая собственные, посвященные различным вопросам ортодонтии, были описаны С.С. Райзманом в первой отечественной монографии «Практическое руководство по ортодонтии», которая вышла в 1933 г. В этой работе были изложены основы эмбриологии полости рта, указаны сроки прорезывания зубов, изучена морфология молочного и постоянного прикуса, этиология аномалий окклюзии и артикуляции, давался анализ существующих классификаций, приводились известные методы лечения. Свой труд С.С. Райзман посвятил «энтузиасту и борцу за советскую стоматологию П.Г. Дауге».

С.С. Райзман провел оригинальные экспериментальные исследования на животных по изучению клинико-морфологических параллелей тканевых изменений при ортодонтическом лечении. Он моделировал зубочелюстные аномалии и проводил рентгенологические и морфологические сопоставления механизма тканевых изменений при ортодонтическом лечении. Свои многолетние наблюдения ученый обобщил в докторской диссертации (1947). Результаты его исследований значительно изменили принципы ортодонтического лечения. В статье «Экспериментально-рентгенографические исследования челюстей» (1954) С.С. Райзман убедительно доказал, что при перемещении зуба происходит не перемещение зуба и окружающих его тканей (Оппенгейм, Кингслей, Готлиб, Шварц, Гербст), а перестройка ок-

ружающих зуб тканей. Видимость перемещения создается благодаря тому, что в зоне давления происходит деструкция кости, а в зоне натяжения — преобразование молодой костной ткани.

Для становления ортодонтии как специальности большое значение имели исследования, проведенные представителями Ленинградской (А.Я. Катц, И.С. Рубинов) и Рижской (Д.А. Калвелис) школ.

Основоположителем функционального направления в отечественной ортодонтии следует считать А.Я. Катца (1883–1952), с 1935 по 1952 г. заведовавшего кафедрой ортопедической стоматологии Ленинградского медицинского стоматологического института. В 1933 г. А.Я. Катц, выступая на Ленинградской протезно-ортопедической конференции с программой профилактической ортодонтии, впервые изложил план и методические основы ортодонтического лечения зубочелюстной системы функционально-действующими аппаратами. Этот год по праву можно назвать основной вехой в развитии функционального направления в ортодонтии в нашей стране.

В докторской диссертации «Архитектура нижней челюсти в связи с расположением корней и устойчивостью зубной дуги у взрослого человека» (1935) А.Я. Катц представил результаты изучения строения кости в зависимости от функциональной нагрузки, проследив закономерности регенерации костной ткани в различные периоды их роста и формирования. В работе «Функция группы мышц, поднимающих нижнюю челюсть» (1936) А.Я. Катц изучил характер совместной деятельности жевательных мышц, а в статье «Лечение сформировавшихся аномалий прикуса» на основе обширного клинического материала он отметил положительные результаты лечения аномалий прикуса, предложенной им функциональной аппаратурой. А.Я. Катц и Е.Д. Лалетина в работе «Направляющие коронки с раздвигателями» описали лечение одного или нескольких смещенных верхних резцов с помощью нового оригинального несъемного ортодонтического аппарата. В работе «Наши установки и методы лечения в зубочелюстно-лицевой ортопедии (ортодонтии)» (1939), А.Я. Катц дал определение «функциональной нормы» зубочелюстного аппарата, в основе которой лежит

соотношение функциональных и анатомических особенностей жевательного аппарата с учетом относительной устойчивости его физиологического равновесия.

В отличие от ранее известных классификаций аномалий зубочелюстной системы Энгля, Симона, Хаулея и Канторовича, А.Я. Катц предложил свою классификацию аномалий зубочелюстной системы, в которой, кроме морфологических признаков аномалий, он уделял большое внимание функциональной характеристике жевательной мускулатуры.

Ученый подверг критике господствовавшие тогда в медицинской литературе взгляды зарубежных авторов на физиологию и патологию жевательного аппарата. А.Я. Катц создал новое функциональное направление в ортодонтии, суть которого заключалась в применении аппаратуры, являющейся физиологическим раздражителем, приводящей к перестройке челюстных костей, мышц и других тканей. Это направление и стало основой отечественной профилактики в ортодонтии. Профилактические мероприятия в ортодонтии, благодаря применению направляющих функциональных аппаратов, направлены на предотвращение развития стойких деформаций зубочелюстной системы. Даже в случаях применения механически действующих аппаратов в начале лечения, по мнению А.Я. Катца, продолжать его надо функциональными аппаратами.

На ранних стадиях развития зубочелюстных аномалий А.Я. Катц и его ученики (Е.Д. Волова, А.К. Выкшемский, Е.Д. Лалетина, К.Н. Новоторова, Л.В. Рожкова) применяли щадящую аппаратуру, которая предупреждала дальнейшее развитие аномалий.

Развивая функциональное направление в ортодонтии, ученик А.Я. Катца И.С. Рубинов (1907–1967) в 1938 г. применил новый функциональный метод исследования работы зубочелюстного аппарата — мастикациографию (метод исследования акта жевания). В работе «Клиника и функциональная терапия аномалий прикуса с точки зрения мастикациографии» (1951) И.С. Рубинов отметил, что, по данным мастикациограмм, можно наблюдать процесс перестройки жевательной функции и динамику ортодонтического лечения. В 1952 г. после смерти учителя И.С. Рубинов возглавил кафедру ортопедической стоматологии Ленинградского стоматологического института; под его

руководством были проведены исследования, продемонстрировавшие особенности функции жевания при зубном протезировании в зависимости от конструкции протезов, типоразмеров искусственных зубов.

Б.К. Костур (1964), используя мастикациографию и жевательную пробу по И.С. Рубинову, установила, что в период смены зубов происходят существенные изменения жевательной функции, а в процессе прорезывания постоянных зубов показатели жевательных движений нормализуются, повышая степень измельчения пищи. Автор показала, что в сменном прикусе процесс жевания является эффективным лишь при наличии окклюзионных контактов.

Профессор Д.А. Калвелис (1903–1988), с 1940 по 1974 г. заведовавший кафедрой ортопедической стоматологии Рижского медицинского института, все морфологические изменения в зубочелюстной системе при ортодонтическом лечении разделил на 4 стадии:

- 1-я – морфологические изменения при перемещении зубов;
- 2-я – тканевые преобразования в области срединного небного шва;
- 3-я – трансформация челюстной кости в результате ее нагрузки;
- 4-я – тканевые преобразования при сагиттальном перемещении зубных рядов и челюстей.

Ученый пришел к выводу, что тканевые изменения при действии функциональной и механической аппаратуры аналогичны. Анализируя характер и целесообразность применения непрерывно и прерывисто действующих аппаратов, Д.А. Калвелис отметил, что оба вида сил действуют строго периодически, с большей или меньшей продолжительностью. Изучая кровообращение в околозубных тканях, Д.А. Калвелис отметил, что в начале действия аппарата из-за сдавления периодонта кровообращение сначала нарушается, затем постепенно восстанавливается, поэтому тканевые изменения не успевают развиваться. Длительное нарушение кровообращения при продолжительном действии силы может привести к значительным деструктивным изменениям в тканях пародонта. Исходя из этого, Д.А. Калвелис рекомендовал применение такого ортодонтического лечения, при котором силы, развиваемые аппаратом, не превышают капиллярного давления.

Ученый неоднократно обращал внимание на то, что интенсивность и тяжесть тканевых преобразований при ортодонтической нагрузке на зубы зависит не только от силы и времени действия ортодонтическо-

го аппарата, его конструктивных особенностей, но и от реактивности организма, возраста, состояния здоровья.

Гистологические исследования подтвердили, что характер тканевых преобразований у человека в условиях ортодонтической клиники тождественен с таковыми у животных в эксперименте. Это обстоятельство позволило изучать тканевые изменения опытным путем, так как гистологические исследования клинического материала весьма затруднительны.

Для рационального лечения зубочелюстных аномалий, по мнению Д.А. Калвелиса, главным является учет функциональных и морфологических изменений, выявление особенностей течения и прогноз исхода лечения. Ученый указывал на необходимость индивидуального подхода при диагностике, оценке тяжести аномалии у каждого пациента, на целесообразность применения при ортодонтическом лечении малых сил, не превышающих капиллярного давления.

Большой клинический опыт позволил Д.А. Калвелису разделить признаки, характеризующие нормальное и патологическое состояние жевательного аппарата, на безусловные и относительные, а последние — на существенные и несущественные. Наибольшее внимание он уделял признакам, влияющим на структуру и функцию жевательного аппарата: вариация числа зубов, особое положение отдельных зубов, ненормальная форма зубных рядов, несоответствие величин и положения обоих зубных рядов (аномалия смыкания), своеобразное соотношение челюстей с черепно-лицевым скелетом и др. Из большого количества признаков Д.А. Калвелис выделил группу важных (относительно существенных) признаков, имеющих терапевтическое значение.

По мнению ученого, не все зубочелюстные аномалии нуждаются в лечении. Незначительное отклонение от нормы, не влияющее на функцию и внешность пациента, следует рассматривать как индивидуальную особенность, не требующую лечения, что соответствует отдельным положениям классификации зубочелюстных аномалий, принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), в которую включены аномалии «требующие и не требующие лечения». Результаты своих исследований биоморфологических основ ортодонтического лечения Д.А. Калвелис обобщил в учебнике «Ортодонтия» (1964).

Целый ряд исследований, способствовавших развитию отечественной ортопедии, был проведен на кафедре ортопедической стоматологии ММСИ под руководством заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора В.Ю. Курляндского.

В 1957 г. он опубликовал монографию «Зубочелюстные аномалии у детей и методы их лечения (ортодонтия)», в которой представил клинико-морфологическую классификацию зубочелюстных аномалий, основанную на взаимосвязи формы и функции. Ученый подробно изучил вопросы этиологии, профилактики, клиники и лечения аномалий зубочелюстной системы. Им были разработаны ортодонтические аппараты: коронка со съемной наклонной плоскостью для перемещения и исправления положения зубов, аппарат со съемной направляющей плоскостью для исправления положения небностоящих фронтальных зубов верхней челюсти, аппарат с орально расположенной ортодонтической дугой, аппараты для сужения зубного ряда верхней челюсти и сагиттального сдвига нижней челюсти. Следует отметить, что В.Ю. Курляндский широко применял ортодонтическое лечение не только детей, но и взрослых (1956).

На кафедре было проведено экспериментальное изучение изменений в околозубных тканях при перемещении зубов у собак различных возрастов. В клинико-экспериментальных исследованиях, посвященных этому вопросу (1951–1958), ученица В.Ю. Курляндского А.А. Аникиенко пришла к выводу, что «применение в эксперименте и клинике сил, вызывающих при вертикальном перемещении зубов неприятные и болевые ощущения, способствует целенаправленной перестройке зубочелюстной системы без возникновения процессов в зубных и околозубных тканях». Она доказала, что возрастные показания к вертикальному перемещению зубов могут быть значительно расширены. Начинать перемещение зубов лучше до полного формирования корней, раннее лечение тяжелых форм открытого прикуса более эффективно и протекает в более короткие сроки.

В диссертации «Ортодонтическое лечение и протезирование при недоразвитой верхней челюсти в сформированном прикусе» (1965) Л.С. Величко под руководством В.Ю. Курляндского выявил разно-

видности недоразвития верхней челюсти, разработал наиболее рациональные методы лечения, определил эффективность ортодонтического лечения недоразвитой верхней челюсти у взрослых и разработал показания к применению различных конструкций протезов.

В 1967 г. О.Н. Валенкова в диссертации «Функциональная характеристика жевательной мускулатуры в норме и при некоторых аномалиях зубочелюстной системы», используя миографию, мастикациографию, миотонометрию, пришла к выводу, что выявленные закономерности сократительных реакций и тонуса поверхностно расположенных жевательных мышц могут служить для изучения функциональной активности жевательной мускулатуры при ортодонтическом лечении больных с различными аномалиями.

Н.А. Моллаев воспроизвел в эксперименте расширение верхней челюсти и проследил динамику кальциевого обмена в тканях пародонта, небного шва и в костных тканях, отдаленных от непосредственного воздействия ортодонтического аппарата (1968). Изучая характер и динамику изменений кальциевого обмена в исследуемых тканях, в зависимости от силы и срока действия аппарата, отметил нормализацию кальциевого обмена в тех же костных тканях кроликов после расширения верхней челюсти и в период ретенции.

З.П. Чернопятова при лечении глубокого резцового перекрытия, применяя метод последовательной дезокклюзии (1969), установила высоту нижнего отдела лица с уменьшением глубины перекрытия во фронтальном участке зубных рядов.

Клинические и экспериментальные работы по определению возрастных показаний к ортодонтическому лечению проводились на кафедре ортопедической стоматологии ЦОЛИУВ.

В 1967–1973 гг. кафедру возглавляла профессор Л.В. Ильина-Маркосян (1901–1988). Основными направлениями работы кафедры были профилактика, диагностика и устранение нарушенной функции и формы зубо-челюстно-лицевой области. На этих принципах были основаны применявшиеся в клинике методы ортодонтического лечения не только детей, но и взрослых. Много лет Л.В. Ильина-Маркосян отстаивала свой принцип профилактики отклонений в развитии зу-

бочелюстной системы и раннего ортодонтического лечения детей без возрастных ограничений, который был принят в большинстве клиник страны. Большое внимание Л.В. Ильина-Маркосян уделяла разработке методов диагностики (телерентгенография, электромиография и др.), новых современных методов ортодонтического и ортопедического лечения больных.

В учебнике «Зубопротезная техника» (М.Е. Васильев, А.Л. Грозовский, Л.В. Ильина-Маркосян, М.С. Тиссенбаум под редакцией и при участии Б.Н. Бынина) Л.В. Ильина-Маркосян в разделе «Зубное протезирование в детском возрасте и ортодонтия» писала: «...протезы, применяемые в детской клинике, имеют особенности, обусловленные их назначением. Основной принцип их конструкции — это профилактика. Назначение всех детских протезов — поддерживать артикуляционное равновесие и предупреждать возникновение деформации зубочелюстной системы. В то же время протезы не должны препятствовать росту челюстей и зубных дуг, который заканчивается вместе с общим развитием организма». Ею были предложены и внедрены в практику ортопедического лечения детей новые конструкции протезов и аппаратов: штифтовой зуб, раздвижной мостовидный протез, съемный частичный пластиночный протез с раздвижным винтом и другие протезы и аппараты, получившие признание клиницистов. Она одна из первых поставила вопрос о необходимости участия ортодонт, ортопедов и логопедов в диспансеризации детей с врожденной расщелиной неба с рождения и до их совершеннолетия.

В 1948 г. было издано первое руководство Л.В. Ильиной-Маркосян «Зубное и челюстное протезирование у детей», которое в 1952 г. было издано на польском языке, а в 1956 г. — на немецком. В 1949 г. в работе «Профилактическое значение зубного протезирования у детей и подростков и подготовка к нему полости рта» она пишет, что «протезирование у детей имеет целью сохранение зубов и их нормальной функции». Л.В. Ильина-Маркосян не рекомендовала «несъемные протезы с двусторонним стабильным укреплением в области фронтальных зубов девочкам до 16 лет и мальчикам до 18 лет, в области моляров — девушкам до 18 и юношам до 20 лет». В 1962 г. Л.В. Ильина-Маркосян результаты своих многолетних исследований обобщила в

диссертации «Значение раннего ортопедического лечения для предупреждения стойких деформаций прикуса и лица».

Профессор Х.А. Каламкар (1927—1998), заведовавший кафедрой ортопедической стоматологии ЦОЛИУ врачей с 1976 г. до конца жизни, в работах «Влияние перестройки молочного прикуса функционально действующей ортодонтической аппаратурой на рост челюстных костей и формирование постоянного прикуса» (1964), «Морфологическая перестройка челюстно-лицевой системы при расширении верхней челюсти в периоде молочного прикуса» (1967) и др. разработал показания к применению механических и функционально действующих ортодонтических аппаратов для устранения зубочелюстных аномалий в различные возрастные периоды и их влияние на формирование и рост зубов, зубных рядов, прикуса.

Он изучал влияние перемещения молочных зубов на зачатки постоянных зубов, исследовал тканевые изменения в различных отделах челюстно-лицевой области при расширении верхней челюсти и мезиодистальных перемещениях челюсти при ортодонтическом воздействии в молочном прикусе.

Результаты клинко-экспериментальных исследований, проведенных Х.А. Каламкар, обобщены в его докторской диссертации «Морфологические изменения в зубочелюстной системе при ортодонтических вмешательствах в период молочного и сменного прикуса» (1967), в которой автор пришел к заключению, что ортодонтические аппаратные вмешательства в периоде молочного прикуса при применении слабых сил не оказывают отрицательного воздействия на зубочелюстную систему и, в частности, на зачатки постоянных зубов. При достаточных сроках воздействия аппаратов полученные результаты закрепляются, и исключается возможность рецидивов. Ученый обосновал раннее устранение зубочелюстных аномалий и возможность применения аппаратного лечения их в период молочного прикуса. Несомненную ценность представляет классификация зубочелюстных аномалий, предложенная им в 1972 г.

Первая в стране кафедра ортодонтии была организована в ЦОЛИУВ; с 1980 по 1997 г. ею заведовала профессор Ф.Я.Хорошилкина.

В 1960 г. она под руководством профессора Л.В. Ильиной-Маркосян защитила диссертацию «Аномалии положения верхних боковых резцов и клыков и методы их лечения», выявила разновидности аномалий, установила возрастные показания к ортодонтическому вмешательству и разработала методы их лечения. В докторской диссертации «Аномалии прикуса в антеро-постериальном направлении, методы их диагностики и лечения» (1970) Ф.Я. Хорошилкина, применив новые методы исследования, определила возрастные показания к выбору методов лечения этих аномалий, разработала и внедрила в клиническую практику новые конструкции ортодонтических аппаратов. В работе изложены методы лечения, приводящие к исправлению зубочелюстно-лицевых аномалий, устранению не только местных морфологических и функциональных нарушений, но и предупреждению таких последствий, как нарушение осанки, уменьшение жизненного объема легких, психопатии и др.

В 1972 г. была издана монография Ф.Я. Хорошилкиной «Функциональные методы лечения в ортодонтии», в которой особое внимание было уделено миогимнастике как методу профилактики и лечения в ортодонтии, систематизированы функциональные методы лечения (метод щитовой терапии, активаторы, регуляторы функций Френкеля и др.), разработаны показания к выбору того или иного метода лечения функциональными аппаратами. В монографии «Телерентгенография в ортодонтии» (1976) Ф.Я. Хорошилкина описала метод получения телерентгенограмм, способы их расшифровки и анализа, применение этого метода в клинических и научных исследованиях и оценка результатов исследования по данным телерентгенографии. В книге «Основы конструирования и технология изготовления ортодонтических аппаратов» Ф.Я. Хорошилкина и Ю.М. Малыгин (1977) разработали классификацию ортодонтических аппаратов, описав конструктивные особенности современных аппаратов и методы их изготовления.

Профилактическое направление в ортодонтии развивалось в Киевском медицинском институте им. академика А.А. Богомольца на кафедре ортопедической стоматологии под руководством профессора А.И. Бетельмана (1889–1980), позднее под руководством профессора С.И. Криштаба (1924–1984).

Учеными были разработаны методы лечения зубочелюстных деформаций, возмещения дефектов зубных рядов у детей, совершенствование методов протезирования у детей с врожденными расщелинами неба. При кафедре был организован кабинет профилактики и раннего лечения дефектов и деформаций зубочелюстной системы у детей.

В исследованиях профессора А.И. Бетельмана, заведовавшего кафедрой с 1941 по 1945 г., значительное место было отведено изучению этиологических факторов, особенно рахита, в развитии челюстно-лицевых деформаций у детей. В работе «Роль рахита в возникновении зубочелюстных деформаций» (1963) А.И. Бетельман продолжил мысль, высказанную ранее Н.И. Агаповым, А.Я. Катцем, Л.В. Ильиной-Маркосян и др., о том, что рахит является одним из важных этиологических факторов развития аномалий прикуса. В книге «Ортопедическая стоматология детского возраста» (Бетельман А.И., Позднякова А.И., Мухина А.Д., Александрова Ю.М., 1965) была дана классификация деформаций зубочелюстной системы, в которой была отражена не только морфологическая, но и функциональная характеристика деформаций.

С.И. Криштаб, заведовавший кафедрой с 1969 по 1984 г., в диссертации «Материалы к патогенезу и диагностике деформаций нижней челюсти» (1969) проследил морфогенез нижней челюсти, описал возрастные изменения и аномалии развития, привел дифференциальную диагностику отдельных форм аномалий. Ученый на основе своих исследований разработал показания и методы ортодонтического лечения аномалий нижней челюсти. Основные положения своих исследований он изложил в монографии «Аномалии нижней челюсти» (1975).

Исследования по различным разделам ортодонтии начиная с 1938 г., проводились на кафедре ортопедической стоматологии Казанского медицинского института, которой с 1956 по 1969 г. заведовал профессор И.М. Оксман (1892–1978).

Под руководством И.М. Оксмана была изучена связь между возникновением зубочелюстных аномалий и патологией лорорганов,

рахитом, туберкулезом и другими заболеваниями организма. А.А. Погодина изучала связь аномалий зубочелюстной системы с заболеваниями носоглотки (1958).

Изучение структуры твердых и мягких тканей зуба при различных аномалиях проведено Л.М. Демнером. В кандидатской диссертации «Кариес зубов у детей, болеющих туберкулезом» (1963) ученый показал, что хроническая туберкулезная интоксикация является одной из причин развития кариеса зубов и зубочелюстных аномалий. В 1972 г. Л.М. Демнер защитил докторскую диссертацию «Значение хронической инфекции (туберкулеза) в патогенезе аномалий зубочелюстной системы».

Вопросам этиологии и патогенеза зубочелюстных аномалий была посвящена кандидатская диссертация Е.Н. Сухорецкой (1969), в которой автор установила, что нарушение секреции гипофиза способствует развитию сагиттальных аномалий прикуса.

Перестройке зубочелюстной системы, в частности височно-челюстного сустава, посвящена диссертация Г.Г. Насибуллина «Клинико-рентгенологические и морфологические исследования височно-челюстного сустава при ортопедических вмешательствах и сагиттальных аномалиях прикуса» (1975), в которой были выявлены морфологические реактивные изменения в височно-нижнечелюстном суставе под действием ортодонтической аппаратуры.

Под руководством профессора И.М. Оксмана в 1966 г. М.З. Миргазизов защитил кандидатскую диссертацию «Значение рахита в возникновении зубочелюстных аномалий у детей», где на основе экспериментальных и клинических исследований были изучены механизмы нарушения развития и роста челюстных костей и формирования прикуса при рахите.

Разработке принципов диагностики и планирования лечения зубочелюстных аномалий с использованием биометрических методов и обоснования их применения в ортодонтии была посвящена докторская диссертация М.З. Миргазизова (1978), заведовавшего кафедрой ортопедической стоматологии Кемеровского медицинского института (1991–2002).

Ученый представил оригинальную диагностическую измерительную технику, позволяющую с большой точностью проводить трехмерные линейные, угловые и радиальные измерения на моделях челюстей и лица. Им были предложены новые методы исследования зубочелюстной системы: планиметрический способ анализа боковых телерентгенограмм головы, методика количественной оценки зубных рядов, прикуса и лица, способ изготовления гнатостатических моделей челюстей, метод планирования и прогнозирования лечения аномалий прикуса на основе комплексного использования гнатостатических моделей, боковых и фасных телерентгенограмм головы. Автор автоматизировал наиболее сложные и громоздкие методы исследования, в частности анализ моделей прикуса, телерентгенограмм головы. М.З. Миргазизовым получены систематизированные данные о закономерностях взаимосвязей между морфологическими элементами прикуса, лицевым скелетом и основанием черепа в норме и при аномалиях прикуса. В книге «Рентгеноцефалометрическая диагностика и планирование лечения аномалий прикуса с использованием уравнений регрессии» (1976) была представлена новая методика рентгеноцефалометрической диагностики и планирования лечения аномалий прикуса, основанная на использовании уравнений регрессии, выражающих корреляционные связи между основными элементами зубочелюстной системы. На основе методов теории информации М.З. Миргазизов дал количественную оценку информативности признаков нормы и аномалий развития зубочелюстной системы. Опыт использования методов прикладной математики в ортодонтии автор изложил в книге «Применение математической статистики и ЭВМ для обработки данных в ортодонтии» (1980).

На кафедре ортопедической стоматологии Иркутского медицинского института под руководством доцента А.К. Недегина была изучена саморегуляция зубочелюстных аномалий.

В работе «О возможности саморегуляции зубочелюстных аномалий» (1964) Л.А. Молокова, обследовав тысячу детей, пришла к выводу, что саморегуляция зубочелюстных аномалий наблюдается в 16,8% случаев.

Большое внимание А.К. Недергин уделял вопросам классификации и диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий. В основе зубочелюстно-лицевых аномалий, по А.К. Недергину, лежат нарушения формы, размеров и взаимоотношения челюстей.

Одним из основных направлений в научной работе кафедры ортопедической стоматологии Воронежского медицинского института была разработка способов диагностики и лечения аномалий и пороков развития зубочелюстной системы у детей.

В работе «Прогеническое состояние зубных рядов у детей и их дифференциальная диагностика и лечение» Н.Н. Циагурова показала, что при обследовании 2000 детей в возрасте от 5 до 14 лет с различными аномалиями зубочелюстной системы, прогеническое соотношение зубных рядов составляет 35% от общего количества аномалий. На основании клинических, антропометрических, фотометрических, рентгенологических и функциональных исследований детей было выделено 5 клинических форм прогенических соотношений зубных рядов, что позволило более точно проводить дифференциальную диагностику и назначить обоснованное лечение.

В диссертации А.К. Ярового «Возрастные особенности функций жевания у детей с нормальным жевательным аппаратом и ее изменения при аномалиях развития зубочелюстной системы» (1967) было выявлено, что функция жевания у детей с нормальным жевательным аппаратом подвержена непрерывным изменениям, различным по величине и характеру в разные возрастные периоды. С ростом ребенка сокращается продолжительность жевания, затрачивается меньшее количество жевательных движений, повышается жевательная эффективность. Происходят существенные изменения в характере движения нижней челюсти. Однако наряду с тенденцией улучшения функции жевания с увеличением возраста ребенка у детей 6, 10 и 12 лет показатели состояния функции жевания значительно ниже, чем у младших по возрасту детей.

В кандидатской диссертации А.К. Крицкого «Применение функционального глоточного obturator для восстановления речи у детей с врожденными расщелинами неба» (1970) было установлено большое

количество экзогенных и эндогенных факторов, вероятных причин расщелин неба. У всех больных с расщелинами неба было обнаружено понижение слуха, что затрудняет контроль над регуляцией тембра голоса, выработку правильных артикуляционных стереотипов и удлиняет сроки логопедических занятий. Использование компенсаторной функциональной активности мышц глотки было положено в основу конструирования функционально-глоточного obturator, при котором закрытие носоглотки в процессе речи и глотания осуществляется за счет получения точного контакта между стенками глотки и неподвижной obturiрующей частью. Его образование способствует изготовлению глоточной части по функциональному оттиску, полученному при помощи специальной термопластической массы и оформленному посредством 6 специальных проб, позволяющих отобразить микрорельеф слизистой оболочки и функциональное положение стенок глотки и мягкого неба. Эта оригинальная работа имеет большое практическое значение.

В кандидатской диссертации В.А. Сломовой «Механографическая характеристика функции жевания» описаны разработанные автором методы исследования функциональных движений нижней челюсти, позволяющие дать оценку трехмерным жевательным движениям и характеризующие состояние зубочелюстной системы как в норме, так и при аномалиях. Автором было сконструировано и изготовлено специальное устройство для записи движений нижней челюсти и пульт управления, которые в комплексе с регистрирующими устройствами, составили механограф, что значительно упростило запись трехмерных жевательных движений.

Значительная работа по изучению этиологии, патогенеза, клиники и лечения аномалий зубочелюстной системы проводилась в Одесском научно-исследовательском институте стоматологии, где отдел ортодонтии в 1958–1965 возглавлял Э.Я. Варес, впоследствии заведующий кафедрой ортопедической стоматологии Львовского медицинского института.

Используя рентгенологический метод, Э.Я. Варес с 1961 г. проводил исследования закономерности роста челюстных костей. В 1967 г.

ученый защитил докторскую диссертацию «Закономерности роста челюстных костей и их значение для практики ортодонтии», в которой он объяснил механизм и закономерности роста челюстных костей у человека. Многие положения его диссертации вошли в практику. Главным научным направлением работы Э.Я. Вареса с сотрудниками было изучение регуляции роста челюстей (основной фактор успешного ортодонтического лечения). Логическим продолжением этой работы стали исследования, посвященные изучению возможностей ортопедического перемещения среднего отдела лица путем раскрытия швов на границе висцерального и мозгового отделов черепа. Экспериментально была доказана и в клинических условиях проверена возможность раскрытия швов лицевых и других костей средней части лица, что имеет большое практическое значение при устранении нарушений в среднем отделе лица.

В Харьковском институте усовершенствования врачей под руководством профессора М.А. Нападова были разработаны и внедрены в практику новые конструкции и технология изготовления ортодонтических аппаратов из самотвердеющих пластмасс, применены психотерапевтические приемы в ортодонтии.

Докторская диссертация «Некоторые виды зубочелюстных деформаций, их профилактика, диагностика и лечение» была защищена М.А. Нападковым в 1968 г. В диссертации были разработаны принципы диагностики зубочелюстных деформаций у детей с применением антропометрических и графических методов, обоснованы понятия нормы и патологии прикуса. При протезировании детей с дефектами зубных рядов им были предложены упрощенные конструкции протезов с применением современных самотвердеющих пластмасс. Впервые в СССР М.А. Нападковым были изданы атласы по ортодонтии: «Ортодонтический атлас», «Этиология, патогенез и профилактика деформаций зубочелюстной системы» (1967) и «Ортодонтическая аппаратура» (1968).

Исследования в области ортодонтии проводились на кафедрах ортопедической стоматологии Полтавского медицинского стоматологического института (зав. кафедрой профессор Г.Б. Шилова).

В 1971 г. она защитила докторскую диссертацию «Некоторые физиологические реакции организма ребенка при лечении аномалий ортодонтическими аппаратами». Ортодонтическое лечение Г.Б. Шилова рассматривает как воздействие на весь организм. При лечении ортодонтическими аппаратами и в период адаптации к ним у больных вырабатываются определенные физиологические стереотипы. Реакция организма ребенка на аппарат и ортодонтическое лечение во многом зависит от особенностей его нервной системы, что необходимо учитывать врачу-ортодонт.

Помимо ортодонтических и ортопедических методов лечения аномалий зубочелюстной системы в нашей стране применяли и хирургические методы.

Профессор А.А. Лимберг в 1923 г. на I Всероссийском одонтологическом съезде выступил с докладом «К вопросу о пластической остеотомии нижней челюсти с целью исправления аномалии прикуса и контуров лица» и одним из первых в России предложил хирургические методы лечения резко выраженных зубочелюстных аномалий.

Хирургическим методам лечения зубочелюстных аномалий были посвящены работы И.М. Старобинского (1925), П.А. Глушкова (1928), Е.Е. Бабицкой (1930), З.И. Штробиндера (1931), М.С. Асс (1936) и др.

В последующие годы методы хирургического лечения аномалий зубочелюстной системы разрабатывались А.А. Лимбергом, А.Э. Рауэром, А.Я. Катцем, В.С. Дмитриевой, В.Ф. Рудько, Г.И. Семенченко, В.А. Богацким и др.

Внедрила в практику несъемные ортодонтические аппараты (брекет-системы) при лечении детей и взрослых пациентов с заболеваниями тканей пародонта в сочетании с деформациями лицевого скелета профессор Г.Б. Оспанова.

Она стояла у истоков организации специализированного ортодонтического отделения в ЦНИИ стоматологии и долгие годы возглавляла его; под ее руководством были разработаны отечественные брекет-системы, ортодонтические дуги с эффектом «памяти формы»,

ортодонтический инструментарий и налажен их промышленный выпуск. Г.Б.Оспанова – автор более 70 научных работ, посвященных актуальным вопросам организации ортодонтической помощи, профилактики и лечения пациентов с зубочелюстными и лицевыми деформациями и аномалиями прикуса.

В 1989 г. на базе ММСИ совместно с фирмой «Шой-Дентал» (ФРГ) был создан центр по ортодонтии «Ортодент». Директором центра был назначен профессор Л.С.Персин.

В задачи центра входило внедрение современных технологий в стоматологическую практику, обучение и стажировка отечественных и зарубежных студентов, проведение симпозиумов и курсов, организация и проведение выставок, разработка компьютерных программ по диагностике и лечению зубочелюстных аномалий.

В 1989 г. Л.С. Персин в докторской диссертации «Клинико-рентгенологическая и функциональная характеристика зубочелюстной системы у детей с дистальной окклюзией зубных рядов» отразил взаимосвязь морфологических и функциональных нарушений в зубочелюстной системе. На основе многофакторного анализа были определены варианты параметров телерентгенограмм, которые обуславливают возникновение дистальной окклюзии зубных рядов. Ученый разработал способ оценки координированной деятельности мышц-антагонистов и синергистов.

В 1990 г. в ММСИ была создана кафедра ортодонтии и детского протезирования, заведовать которой стал профессор Л.С. Персин, ныне член-корреспондент РАМН. Основным научным направлением кафедры является комплексная диагностика зубочелюстных аномалий, разработка современных методов лечения аномалий зубов, зубных рядов, внедрение компьютерной техники. В отделении функциональной диагностики разработаны и применяются различные методы диагностики, позволяющие оценить функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области (электромиография, миоэлектрометрия), височно-нижнечелюстных суставов (аксиография, фоноаксиография), пародонта зубов (периотестометрия).

Кафедра располагает компьютерными программами для анализа антропометрических, функциональных, телерентгенографических показателей зубочелюстной системы, позволившими компьютеризировать ведение историй болезни. Сотрудником кафедры В.А. Тугариным, совместно с производственной фирмой «Ортодент-Т» разработана технология лечения зубочелюстных аномалий с помощью брекет-системы.

В развитии ортодонтии нашли отражение новейшие достижения науки и техники: математическое моделирование для диагностики и прогнозирования результатов лечения, объемная телерентгенография, позволяющая оценить единое изображение мягких и твердых тканей черепа.

Применяется метод «оптического слепка»: с помощью специальной камеры сканируется протезное поле, а после компьютерной обработки получают объемное изображение. Проводится медико-генетическое консультирование.

В 1995 г. была утверждена врачебная специальность «стоматолог-ортодонт». Важнейшим этапом в развитии отечественной ортодонтии стало создание в том же году Ассоциации ортодентов России, которая объединила более 200 ортодентов. Первым президентом был избран профессор Л.С.Персин. В 1996 г. на II съезде ортодентов было уже более 400 участников ближнего и дальнего зарубежья. В 2001 г. Ассоциация была переименована в Профессиональную организацию ортодентов России. С 1998 г. начато издание журнала «Ортодонтия».

История развития отечественной ортодонтии показывает, что за сравнительно короткий промежуток времени отечественные ученые создали прочную теоретическую основу современной ортодонтии с ее передовым профилактическим направлением. Особенно перспективным остается внедрение в практику ортодонтии методов диспансеризации.

З а к л ю ч е н и е

Основные черты истории отечественной стоматологии

Проведенный анализ материалов по истории зубопротезирования и стоматологии за тысячелетний период их развития позволяет выделить некоторые узловые моменты и характерные черты становления этой области медицины в России. Можно говорить о том, что элементы зубопротезирования наглядно прослеживаются в медицине Киевской Руси, Московского государства и Российской империи, однако переход зубопротезирования от целительства в рамках народной медицины и ремесленного зубопротезирования к одонтологии как медицинской специальности произошел в России только на рубеже XIX–XX вв., а формирование отечественной стоматологии как научно-учебной клинической дисциплины состоялось в СССР в 1920–30-е гг. на основе слияния сложившейся уже врачебной профессии — одонтологии и обозначившегося в хирургии направления — челюстно-лицевой хирургии.

Мы выделили пять этапов истории отечественного зубопротезирования и стоматологии. Мы полагаем, что среди критериев, используемых для вычленения и разграничения отдельных этапов истории стоматологии, решающую роль играют дисциплинообразующие факторы и их составляющие: развитие научной, лечебной и технической базы; система подготовки специалистов, их место и роль в здравоохранении; появление их профессиональных объединений и печати; наличие университетского образования и университетской науки по специальности; организация специализированной врачебной службы.

На первом историческом этапе медицина Древней Руси, Московского государства и Российской империи XVII–XVIII вв. предостав-

ляет нам многочисленные свидетельства наличия сведений о болезнях зубов и способах их лечения, однако, как и в средневековой Европе, это лечение осуществлялось в рамках народной медицины, было частью безбрежного моря народного «самообслуживания» в лице местных знахарей и целителей. Зубоволоки — народные врачеватели зубов — пользовались рукописными книгами (лечебники, травники, зелейники), содержащими сведения о лекарственных растениях (настой трав, припарки из семян и пр.), владели способами укрепления зубов проволочными «шинами», ставили пломбы на зубные «чревоотчины». Верхушечный слой населения обслуживали иностранные лекари.

В XVIII в. продолжалась политика привлечения иностранных лекарей, но одновременно преобразовательные проекты «императора-зубодёра» Петра I (музейная коллекция сохранила 73 зуба, лично и успешно удаленных императором), учреждение Аптекарского приказа, открытие госпитальных школ, поднятых потом до уровня медико-хирургических училищ, а затем и образование академий (1798), знаменовали первые шаги развития медицины в России как государственной системы. Недаром звание «зубной врач» появилось в период открытия постоянных военных госпиталей, а на их базе — госпитальных школ, в которых преподавание велось на практической основе, у постели больного.

В первой половине XIX в. (второй период истории отечественного зубопротезирования) хирургия развивалась уже не как ремесленная специальность, противопоставляемая дипломированной медицине (терапии), а как полноправная ветвь официальной (научной) медицины; в рамках хирургии стало формироваться особое направление — челюстно-лицевая хирургия. В то же время зубопротезирование приобретает все более четкое понятийное оформление. Первые «правила об экзаменах» уже называют своим именем специальность — «зубной лекарь». Утвержденные в 1838 г. врачебные правила включают вполне оформленную специальность «дантист».

Особенность в развитии отечественной медицины этого периода состоит в том, что при совершенно недостаточных масштабах подготовки врачей, в России образуются два мощных центра формирования высококачественной подготовки медицинских кадров — Медико-хирургическая академия в Санкт-Петербурге и Московский университет.

Не случайно именно в Медико-хирургической академии складываются две крупнейшие научные школы – анатомическая П.А. Загорского и хирургическая И.Ф. Буша. П.А. Загорский в изданной в 1802 г. «Сокращенной анатомии...» изложил основы анатомии челюстно-лицевой области. В «Руководстве к преподаванию хирургии» И.Ф. Буша (1807–1808) представлены основы хирургической и терапевтической стоматологии, зубопротезного дела, профилактики болезней зубов. Еще раньше, в 1784–1786 гг. вышла книга основоположника отечественного акушерства Н.М. Максимович-Амбодика «Искусство повивания или наука о бабичьем деле», где подробно описаны болезни полости рта в период беременности (патология десен, пульпиты, молочница), а также дефекты уздечки языка, предложено хирургическое лечение заячьей губы. Таким образом было положено начало отечественной литературе по стоматологии.

Ученик П.А. Загорского и И.Ф. Буша крупнейший русский хирург допироговского времени И.В. Буяльский ввел в хирургию операцию резекции верхней челюсти при ее опухолевом поражении, успешно делал пластическую операцию восстановления нижней губы из кожи подбородка; как управляющий Петербургским хирургическим инструментарным заводом он разрабатывал новые зубоорудительные инструменты. С именем великого хирурга России Н.И. Пирогова связаны разработка методов пластических операций на лице и, прежде всего ринопластики, успешное выполнение многих других операций челюстно-лицевой хирургии, изготовление наборов хирургических, в том числе зубоорудительных, инструментов.

В третьем периоде (вторая половина XIX – начало XX в.) закладываются основы будущего организационного оформления стоматологии как самостоятельной врачебной профессии и одного из научных разделов клинической медицины. В формировании этого раздела участвовали крупнейшие отечественные хирурги. Так, например, ученик Н.И. Пирогова П.П. Заболотский-Десятковский опубликовал классические труды «О болезнях челюстной пазухи» (гайморовой полости; 1851) и «О болезнях рта и соседних ему частей» (1856) с подробным описанием способов их оперативного лечения. Операции в челюстно-лицевой области, проведенные С.П. Коломниным и Н.В. Склифосовским, были доступны только хирургам самого высоко-

го уровня оперативного мастерства. Особенности челюстно-лицевых огнестрельных ранений, неотложную помощь и оперативные пособия при них изучал один из ведущих отечественных военно-полевых хирургов Н.А. Вельяминов.

В российском зубоорудительном деле второй половины XIX в. особое значение приобретают принципиально важные научные выводы, связанные с комплексным подходом к заболеванию зубов как отражению общего состояния организма; постановка на повестку дня государственной политики вопросов принятия профилактических мер в борьбе с болезнями; акцент на оздоравливающем значении диеты. Однако эти достижения в теории и практике зубоорудительного дела имеют ничтожные масштабы организации зубоорудительной помощи по Российской империи в целом.

К переломным моментам в истории становления отечественного зубоорудительного дела следует отнести появление профессии одонтолога. Этот перелом наступил на рубеже XIX–XX в. под влиянием комплексного воздействия внешнеисторических (по отношению к стоматологии) факторов (социально-экономический прогресс, влияние войн, профилактическое направление земской медицины; стремительное развитие как естествознания, в том числе анатомии и физиологии, бактериологии и иммунологии, клинко-экспериментального метода в патологии, так и техники) и дисциплинообразующих факторов – так называемой внутренней истории науки.

К факторам внутренней истории (применительно к формированию одонтологии) можно отнести революционные преобразования в хирургии: появление и внедрение в оперативную практику наркоза, антисептики и асептики, методов борьбы с кровотечением, топографической анатомии, с резким повышением хирургической активности и расширением круга оперативных вмешательств, обусловившие стремительное развитие многих ее разделов, включая челюстно-лицевую хирургию; развитие и совершенствование специального медицинского образования; появление первых профильных стационарных лечебных учреждений; проявления общественной медицины в одонтологии (организация научных обществ, съездов, журналов по специальности).

Совершенствование системы профессионального образования в XIX в. во многом обязано в России частному почину самих врачей.

Наиболее передовые из них настаивали, хоть и безуспешно, на введении высшего одонтологического образования (Н.В. Склифосовский, А.К. Лимберг, И.М. Коварский и др.): добиться разрешения правительства на такое нововведение в тот период не удалось. Первая частная «Русская школа для изучения зубоврачебного искусства Ф.И. Важинского» открылась в столице империи в 1881 г. (Аржанов Н.П., 2003) и положила начало отходу от повсеместной практики цехового ученичества дантистов — отходу, подхваченному во всех университетских городах.

После 10-летних проволочек власти утверждают закон «О преобразовании обучения зубоврачебному искусству» (1891), который узаконил существование зубоврачебных школ и легализовал звание зубного врача для выпускников этих школ (к концу века их было всего 9), сдавших экзамен в университете, а всех оставшихся «за бортом» практиков ремесленного зубоврачевания сохранил дантистами. В отношении постановки систематического образования для зубных техников правительство было настроено отрицательно и настаивало на сохранении цехового ученичества, относя этот важнейший сектор зубоврачевания к ювелирному делу.

К концу XIX в. относятся организация Н.В. Склифосовским первой самостоятельной клинической доцентуры по одонтологии при кафедре факультетской хирургической клиники Московского университета (1885 г.) и открытие первой в России самостоятельной кафедры одонтологии в Клиническом институте усовершенствования врачей (А.К. Лимберг, 1899 г., Санкт-Петербург).

Другая особенность развития отечественного зубоврачевания в рассматриваемый период связана с социально ответственным отношением медицинской интеллигенции к состоянию народного здравоохранения. Эта тенденция проявилась, прежде всего, в организации первым профессором одонтологии и пионером отечественной детской стоматологии А.К. Лимбергом в 1886 г. первой в России бесплатной школьной зубоврачебной амбулатории, в пропаганде им и его последователями профилактических мер в широких массах народа, в разработке им идеи плановой санации полости рта.

Получила развитие информационная сторона зубоврачебного дела, связанная с изданием книг отечественных и зарубежных авто-

ров, налаживанием выпуска профессиональной периодики, подготовкой первых фундаментальных учебных пособий и программ, которые одним своим появлением придали мощный импульс организации систематической профессиональной подготовки зубных врачей. Список выдающихся отечественных изданий для них открыл в 1829 г. труд А.М. Соболева «Дентистика или зубное искусство о лечении зубных болезней с приложением детской гигиены», продолжила книга Б.С. Вагенгейма «Санкт-Петербургский зубной врач» (1838) и завершили учебник И.И. Хрушова «Полный зубоврачебный курс» (1886), где были изложены все разделы зубоврачевания, работа одного из основоположников отечественной педиатрии Н.П. Гундобина «О прорезывании зубов у детей» (1894) и фундаментальный пятитомник «Основы дентиатрии» Ф.А. Звержховского — уже в начале XX в. (1909–1914). Имена российских ученых и практиков зубоврачевания становятся известными читающей публике империи. Среди множества диссертаций должны быть отмечены первая в мире работа «О реплантации и трансплантации зубов» (1885) В.М. Антоневича; исследование о профилактике кариеса «Современная профилактика и терапия костоеды зубов» (1891) А.К. Лимберга; диссертация о пульпе зуба (1894) А.И. Кудряшова.

Начинается выпуск профильных периодических медицинских изданий. В их числе «Зубоврачебный вестник» Ф.А. Звержховского (1885–1917); «Одонтологическое обозрение» И.М. Коварского и Г.А. Ефрона (1899–1915), «Зубоврачебное дело» А.В. Фишера (с 1906 г.). Периодические медицинские издания естественным образом становятся центрами консолидации одонтологической научной мысли, эффективной трибуной для формирования корпоративной солидарности, которая также сыграла роль мощного катализатора научно-практического прогресса в российском зубоврачевании.

В 1880–1890-х гг. в обеих столицах империи были созданы научные зубоврачебные общества. В 1891 г. А.К. Лимберг инициирует создание в С.-Петербурге Общества дантистов и зубных врачей, и в том же году по инициативе Г.И. Вильги, И.М. Коварского, М.М. Чемоданова создается Московское одонтологическое общество; в 1899 г. Ф.А. Звержховский со своими единомышленниками основывает Российское одонтологическое общество. В 1896 г. в Нижнем Новгороде

состоялся первый съезд дантистов России; до революции 1917 г. было проведено 6 общероссийских одонтологических съездов и 5 Всероссийских делегатских съездов созданного в 1905 г. Союза зубных врачей; они сыграли исключительную роль в развитии отечественного зубоврачевания.

Таким образом, в начале XX в. российская одонтология представляла собой определенную отрасль здравоохранения с собственной инфраструктурой для подготовки кадров, профессиональными объединениями, систематическими научными исследованиями. Вместе с тем в течение третьего периода истории отечественной стоматологии не удалось приблизиться к решению проблемы обеспечения населения России зубоврачебной помощью: ее уровень оставался крайне низким. Так, в 1909 г. 97,7% больных, обратившихся за зубоврачебной помощью, были приняты фельдшерами и врачами общей практики и только 2,3% – зубными врачами.

После революции 1917 г. Народный комиссариат здравоохранения приступил (во главе с наркомом Н.А.Семашко и руководителем зубоврачебной подсекции П.Г.Дауге) к созданию государственного зубоврачевания в стране, что ознаменовало начало четвертого (советского) периода истории отечественной стоматологии. Основными задачами системы зубоврачевания в то время были организация массовой зубоврачебной и зубопротезной помощи и подготовка кадров стоматологов. В 1920 г. в соответствии с постановлением Народных комиссариатов здравоохранения и просвещения на медицинских факультетах университетов были созданы кафедры стоматологии.

Становление стоматологии как клинической науки и массовой врачебной специальности в СССР в 20–30-е гг. XX в. явилось закономерным итогом эволюционного развития одонтологии, произошло на фоне общемировой тенденции к дифференциации клинической медицины и имело в своей основе объединение зубоврачевания и челюстно-лицевой хирургии, создание сети специализированных стоматологических стационаров и поликлиник и организацию подготовки соответствующих кадров врачей-стоматологов. Исключительно важную роль на этом этапе имела организация таких научных центров, как два самостоятельных медицинских стоматологических вуза (в Москве и в Украине), и первое научно-исследовательское учрежде-

ние – Одесский НИИ стоматологии (1928), а на послевоенном этапе (1962) – Центральный научно-исследовательский институт стоматологии (Москва). К 1990 г. в СССР действовали два стоматологических института (московский и полтавский) и 44 стоматологических факультета (общий прием на первый курс составил 8700 человек).

Исследования, проведенные в научных центрах, созданных в Москве, Ленинграде, в Украине и в других регионах, выявили характерные черты развития стоматологической науки и практики: профилактическое и функциональное (клинико-экспериментальное) направление и нозологический принцип.

Разработанные П.Г. Дауге положения социальной стоматологии, опиравшиеся на государственный характер медицины, принцип бесплатности медицинской помощи, профилактическое направление советского здравоохранения в целом, провозглашенные советским государством в качестве основных принципов строительства новой медицины в СССР, получили дальнейшее развитие в качестве неотъемлемого профилактического направления деятельности каждого из основных разделов стоматологии; в детской стоматологии этот принцип стал основополагающим. В 1986 г. в Московском медицинском стоматологическом институте была создана самостоятельная кафедра профилактики стоматологических заболеваний. Важнейшими слагаемыми профилактического метода стали организационный принцип диспансеризации населения; плановая санация ротовой полости; фторирование воды и молока; гигиеническое воспитание населения; эпидемиологические исследования с выявлением факторов риска.

Функциональное направление также получило развитие во всех разделах стоматологии, что отражало общую тенденцию клинической медицины в первой половине XX в. Функциональный взгляд на проблемы патологии, клинико-экспериментальный подход в научных исследованиях, особое внимание к вопросам функциональной диагностики были в равной мере характерны и для клиники внутренних болезней (Бородулин В.И., 2011), и для хирургии (Мирский М.Б., 2000).

Разработка классификаций болезней во всех разделах клинической медицины опиралась в то время на нозологический принцип (синдромный подход стал реально конкурировать с ним только во второй

половине века), на научно разработанное понятие о болезни как нозологической единице. Это оказало прямое влияние на стоматологию, прежде всего в таких ее разделах, как терапевтическая стоматология, челюстно-лицевая хирургия, ортодонтия.

В течение четвертого периода истории отечественной стоматологии в соответствии с общемировой тенденцией к дифференциации и специализации науки в стоматологии также начался процесс дифференциации. Еще в довоенные годы определились обусловленные задачами советского здравоохранения (решающая роль массовости охвата населения, а не качества стоматологической помощи) три профиля специализации врачей-стоматологов — терапевтическая, хирургическая и ортопедическая стоматология. В дальнейшем сформировались пять основных разделов стоматологии: терапевтическая и хирургическая, ортопедическая и детская стоматология, ортодонтия.

В компетенцию терапевтов-стоматологов входят диагностика, лечение и профилактика заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки ротовой полости. Основоположниками терапевтической стоматологии как научного раздела в СССР следует считать (в порядке алфавита) Е.М. Гофунга, А.И. Евдокимова, И.Г. Лукомского, Е.Е. Платонова, Д.А. Энтина. При ее формировании главными социальными научными проблемами были изучение этиологии и патогенеза и разработка вопросов терапии и профилактики основных стоматологических заболеваний — кариеса зубов (поражает 70–90% населения) и пародонтоза (50–60%). По проблеме кариеса основы современных взглядов заложили исследования Д.А. Энтина, И.Г. Лукомского и созданных ими научных школ. В результате многолетних экспериментальных, клинических и эпидемиологических исследований советских ученых к 1970 г. была разработана рабочая концепция патогенеза кариеса зубов, которая наиболее полно отражает механизм развития этого заболевания, с учетом роли местных и общих нарушений в организме, приводящих к развитию кариеса.

А.И. Евдокимов на основе своих исследований и исследований своих учеников сформулировал сосудистую теорию этиологии и патогенеза пародонтоза. Е.Е. Платонов, обнаружив первичные изменения в нервных волокнах пародонта, предложил нейрогенную концепцию развития альвеолярной пиорреи (пародонтоза). VI Всесоюзный съезд

стоматологов (1975) подвел итоги работы многих научно-исследовательских коллективов страны по проблеме «Пародонтоз». На этом съезде были обсуждены вопросы терминологии и классификации, этиологии и патогенеза, диагностики, профилактики и лечения болезней пародонта, что повлияло на дальнейшее изучение этой сложной и важной проблемы.

В современной терапевтической стоматологии происходит дальнейшая дифференциация знаний, что обусловило выделение более узких, специализированных ее разделов, таких как кариесология, эндодонтия (предмет которой — патология пульпы зуба), пародонтология, учение о болезнях слизистой оболочки ротовой полости.

Зубная операция — удаление зуба — относится к самым древним приемам народного зубоврачевания. Современная хирургическая стоматология оформилась на основе объединения традиционной хирургии ротовой полости в рамках ремесленного зубоврачевания и хирургии челюстно-лицевой области как самостоятельного раздела врачебной хирургической специальности. Наряду с удалением зубов, ее основными направлениями являются имплантология, гнойная хирургия ротовой полости (включая ротовой сепсис), челюстно-лицевая хирургия. Основоположниками хирургической стоматологии в СССР были московский стоматолог А.И. Евдокимов, положивший начало клинико-анатомическому направлению исследований в этом разделе, и челюстно-лицевые хирурги А.Э. Рауэр (Москва) и А.А. Лимберг (Ленинград), а также московские хирурги Н.М. Михельсон и Ф.М. Хитров (пластическая хирургия), ленинградский стоматолог Д.А. Энтин (военная челюстно-лицевая хирургия).

Монография А.И. Евдокимова «Топографическая анатомия полости рта и смежных областей» (1930) обозначила начало клинико-анатомического направления в хирургии челюстно-лицевой области; под его руководством были проведены исследования, уточнившие представления о клинике, морфологии и патофизиологии воспалительных процессов в челюстно-лицевой области и позволившие разработать их классификацию. Успехи в терапии этих заболеваний были связаны, прежде всего, с появлением и широким применением антибактериальных средств. В 1980-е гг. в гнойную хирургию челюстно-лицевой области вошел провозглашенный А.И. Рыбаковым принцип

обязательного включения методов реабилитации больных в послеоперационном периоде.

Выход в 1927 г. учебника «Основы практической травматологии» под редакцией А.Л. Поленова, в котором раздел о травме лица был написан А.А. Лимбергом, и в 1932 г. руководства А.Э. Рауэра «Переломы и повреждения челюстей в мирное и военное время» стали основой развития в СССР травматологии и восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. Проблемы челюстно-лицевой хирургии разрабатывались как одноименными кафедрами в институтах усовершенствования врачей (Москва, Ленинград и др.), так и в специализированных челюстно-лицевых отделениях, открытых в 1930-е гг. в институтах травматологии и ортопедии в крупных городах страны (Москва, Ленинград, Харьков, Свердловск и др.). Важную роль в ее развитии в период Великой Отечественной войны 1941–45 гг. и в послевоенные годы сыграли специализированные челюстно-лицевые госпитали. Основные проблемы этого раздела были освещены в классических трудах А.Э. Рауэра и Н.М. Михельсона «Пластические операции на лице», А.А. Лимберга «Восстановительная хирургия лица», Ф.М. Хитрова «Пластическое замещение дефектов лица и шеи филатовским стеблем». Широкое признание получил учебник А.И. Евдокимова и Г.А. Васильева «Хирургическая стоматология», который отразил мировой и отечественный опыт, накопленный в данной специальности. Дальнейшее ее развитие связано с трудами Н.Н. Бажанова, В.С. Дмитриевой, В.В. Рогинского и многих других видных хирургов-стоматологов.

Ортопедическая стоматология как третья стоматологическая специальность оформилась в 1936 г.; до этого данный раздел был известен как зубопротезирование. С первых лет становления ортопедической стоматологии наметились основные направления исследований: анатомо-физиологическое, клинично-экспериментальное, техническое в их тесной взаимосвязи. Уровень практической врачебной и научной работы в этой области в особо высокой степени зависит от технической оснащенности. В СССР основными вопросами этой специальности были организация труда и повышение производительности работы врачей и зубных техников, централизация и механизация зуботехнических лабораторий, совершенствование экономических показателей

с целью массового изготовления современных и эффективных видов протезов. В 1920-е гг. проблемам массового зубопротезирования были посвящены исследования Е.М. Гофунга, И.Г. Лукомского, Д.А. Энтина и др. Задачу четко сформулировал И.Г. Лукомский (1932): «Разработка основ патофизиологии ротового пищеварения должна лечь в основу выработки показаний к массовому протезированию. Вместо научно обоснованных показаний и противопоказаний к протезированию мы имеем домашние рассуждения о том, что вставить зубы всегда лучше, чем не вставить». Новый этап в развитии ортопедической стоматологии связан с разработанной во второй половине XX в. В.Ю. Курляндским концепцией функциональной патологии зубочелюстной системы. Клинично-экспериментальные исследования стоматологов позволили научно разработать и систематизировать показания и противопоказания к ортопедическому лечению (Д.А. Калвелис, Рига, и др.) и оценить эффективность различных видов протезов.

Были разработаны новые сплавы металлов, по своим свойствам не уступающие золоту, в результате чего страна получила значительную экономию золота. Изготовление фарфоровых коронок, цельнолитых металлосплавных коронок, облицованных фарфором (металлокерамика), ситаллов, цельнолитых мостовидных протезов, облицованных фарфором, цельнолитых съемных конструкций — бюгельных протезов, было шагом в улучшении эстетических свойств протезов и способствовало улучшению качества ортопедической помощи. Вместе с тем длительная изоляция отечественной науки от мировых достижений и отсутствие рыночных механизмов экономического развития обусловили резкое отставание ортопедической стоматологии в СССР от мировых стандартов в отношении аппаратуры, материалов и технологий, а соответственно — в качестве зубопротезного обслуживания пациентов.

В СССР впервые в мире была создана научно обоснованная система медицинского наблюдения за развитием и состоянием здоровья ребенка, что было реализовано и в детской стоматологии. Еще в конце XIX в. пионер детского зубообращения в России А.К. Лимберг ввел представление о необходимости плановой санации ротовой полости у детей и организовал школьную зубообращающую амбулаторию. В 1922 г. был опубликован первый труд П.Г. Дауге по стоматологии де-

тского возраста в «Вестнике государственного зубоврачевания» под названием «Проект систематической борьбы с костоедой зубов в РСФСР», и в том же году в «Бюллетене народного комиссариата здравоохранения» была напечатана «Инструкция зубоветеринарной секции лечебного отдела Наркомздрава о проведении санации зубной системы у детей». На II Всесоюзном одонтологическом съезде (1925) было провозглашено, что государственная зубоветеринарная помощь должна базироваться «на широком профилактическом охвате подрастающего поколения с перенесением центра тяжести в область систематической санации полости рта...». На рубеже 1920–30-х гг. Н.И. Агапов научно обосновал метод плановой профилактической санации полости рта и доказал, что необходимы оздоровление не только постоянных, но и молочных зубов и предупреждение образования аномальных прикусов.

В 1930-е гг. наметились три направления стоматологических исследований в детском возрасте – терапевтическое, хирургическое и ортопедическое, но они развивались в рамках соответствующих разделов общей стоматологии. Первая в стране кафедра стоматологии детского возраста была открыта в 1963 г. А.А. Колесовым при поддержке А.И. Евдокимова, В.Ю. Курляндского, Е.Е. Платонова в Московском медицинском стоматологическом институте; здесь было объединено преподавание всех стоматологических дисциплин детского профиля: терапевтическая стоматология, хирургическая стоматология, ортопедическая стоматология, ортодонтия. Спустя 5 лет такая же кафедра была организована в Центральном институте усовершенствования врачей (1968; заведующая кафедрой Т.Ф. Виноградова); эти кафедры явились организационными, научно-методическими центрами развития новой дисциплины, которая быстро развивалась. Аналогичные кафедры были созданы в Пермском, Калининском (Тверском), Полтавском, Ленинградском им. академика И.П. Павлова, Львовском, Минском медицинских институтах (на рубеже XX–XXI вв. в вузах Российской Федерации насчитывалось 27 таких кафедр).

Различные вопросы детской стоматологии нашли отражение в трудах А.И. Евдокимова. Ему принадлежит мысль о плановой стоматологической санации (диспансеризации) детского и взрослого населения. В 1946 г. И.Г. Лукомский предложил одновременно с плановой

санацией полости рта проводить местную противокариозную флюоризацию. Плановая санация полости рта у детей в 1960-е гг. перешла в качественно новую форму — диспансеризацию детей со стоматологическими заболеваниями. Т.Ф. Виноградова предложила распределение детей по группам в зависимости от степени активности течения кариозного процесса; ей принадлежат обобщающие труды «Диспансеризация детей у стоматолога», «Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей», «Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей», «Руководство по терапевтической стоматологии» и др.

В 1983 г. на кафедрах стоматологии детского возраста был введен курс первичной профилактики. В 1984 г. Министерством здравоохранения СССР был издан приказ № 670 «Об улучшении стоматологической помощи населению», согласно которому в номенклатуру врачебных специальностей была введена специальность «стоматолог детский». В соответствии с этим приказом утверждено Положение о детском стоматологе, введена интернатура по детской стоматологии, а также инструкция о порядке аттестации детского стоматолога на соответствие занимаемой должности и на врачебную категорию. Были открыты самостоятельные детские стоматологические поликлиники со всеми видами специализированной стоматологической помощи. С этого времени детская стоматология была признана в СССР в качестве четвертой стоматологической специальности. Стратегия оказания помощи детям менялась от лечения по обращаемости через плановую санацию к диспансеризации. Стоматологическую помощь оказывали миллионам детей с момента их рождения и до совершеннолетия в специализированных детских стоматологических поликлиниках и в кабинетах, созданных в школах и дошкольных учреждениях.

В рамках главным образом детской стоматологии с 1960-х гг. (до этого – в рамках ортопедической стоматологии) формировалось ортодонтическое направление советской стоматологии. Основопологающий вклад в развитие отечественной ортодонтии внес А.Я. Катц, который в 1933 г. выступил с программой профилактической ортодонтии и изложил методические основы ортодонтического лечения функционально действующими аппаратами (так называемая направляющая

коронка Катца и др.), что стало основной вехой в развитии функционального направления в ортодонтии. Предложенная им классификация аномалий зубочелюстной системы (1939), кроме морфологических признаков, содержала функциональную характеристику состояния жевательной мускулатуры. В 1933 г. вышло первое отечественное «Практическое руководство по ортодонтии» С.С.Райзмана. Он также убедительно доказал (1954), что стоматолог-ортодонт имеет дело не с механическим перемещением зуба и окружающих его тканей, а с перестройкой этих тканей, что существенно повлияло на принципы ортодонтического лечения. Ученик А.Я. Катца И.С. Рубинов в 1950–60-е гг. обосновал учение о функциональных звеньях и рефлексах жевательного аппарата, которое стало теоретической базой физиологического направления в ортодонтии. Тогда же важную роль в развитии этой стоматологической специальности сыграли работы В.Ю. Курляндского и его научной школы на кафедре ортопедической стоматологии Московского медицинского стоматологического института, в которых получила научное обоснование ортодонтия сформированного прикуса, что обусловило распространение ортодонтического лечения на взрослое население. Кафедра челюстно-лицевой хирургии под руководством А.А. Лимберга (а затем — В.А. Козлова) в Ленинграде разрабатывала эффективные методы сочетанного хирургического и ортодонтического лечения и зубопротезирования при патологии челюстно-лицевой области.

С 1970-х гг. Ф.Я. Хорошилкина — руководитель первой в нашей стране кафедры ортодонтии, «отпочковавшейся» в 1980 г. от кафедры ортопедической стоматологии ЦИУ врачей, применив новые методы исследования, определила возрастные показания к выбору методов лечения зубочелюстных аномалий, разработала и применила новые конструкции ортодонтических аппаратов. В 1990 г. была организована кафедра ортодонтии и детского протезирования во главе с Л.С. Персиным, выделившаяся из кафедры детской стоматологии Московского медицинского стоматологического института; она стала научно-методическим центром ортодонтии. Во второй половине XX в. ортодонтическая помощь как взрослым, так и детям претерпела качественные изменения; появились эффективные методы диагностики, лечения, профилактики зубочелюстных аномалий.

С учетом рассмотренной сложной структуры стоматологии (пять специальностей) мы полагаем возможным к основоположникам стоматологии в СССР отнести таких авторов базисных исследований, создателей научных клинических школ, как (в порядке алфавита) Е.М. Гофунг, А.И. Евдокимов, А.Я. Катц, В.Ю. Курляндский, А.А. Лимберг, И.Г. Лукомский, А.Э. Рауэр, Д.А. Энтин.

Пятый, а в равной мере, и четвертый, периоды истории отечественной стоматологии демонстрируют решающую роль социально-исторического дисциплинообразующего фактора на определенных этапах развития науки и здравоохранения. С распадом СССР, наступлением в 1990-х гг. в России эпохи рыночных отношений, произошли принципиальные изменения в организации, управлении и структуре стоматологической службы. В здравоохранение была введена система платных услуг. Реальное управление здравоохранением, в том числе и финансирование, стало перемещаться в регионы. Недостаточность бюджетного финансирования (в 1990-е гг. применительно к стоматологии оно упало до 20–40% от потребности) обусловила быстрое развитие частной (платной) стоматологии (к 2000 г. в стране было более пяти тысяч частных стоматологических поликлиник и кабинетов, из них около тысячи — в Москве).

По справедливому замечанию В.К. Леонтьева, «в стоматологии гораздо шире (в десятки раз), чем в любой другой медицинской специальности, представлен альтернативный государственному рынок стоматологических услуг в самых различных формах — платные услуги, частные кабинеты, лечебно-профилактические предприятия, индивидуальные частные предприятия, аренда рабочих мест и др. Сейчас этот вновь созданный рынок приобретает цивилизованные формы» (Леонтьев В.К., 2002). Приходится, однако, признать очевидное: надежды на то, что рыночные отношения «сами собой» все отрегулируют, провалились полностью. Создание системы обязательного медицинского страхования в России распространилось и на стоматологию, но также не решило многих ее проблем. Поиски эффективной модели продолжаются.

В основе развития современной стоматологии как медико-технического комплекса лежат не только достижения медико-биологических наук и клинической медицины, в том числе челюстно-лицевой

хирургии, анестезиологии и фармакологии, но и появление новых технологий, новейшие разработки в области стоматологического оборудования и материаловедения. Положительным явлением этого времени стало значительное развитие отечественной промышленности, выпускающей стоматологическое оборудование и материалы относительно высокого качества.

В 1992 г. была создана Стоматологическая ассоциация России (СтАР), которая во многом способствовала активному реформированию стоматологии; с 1995 г. ежегодно проводятся российские съезды ассоциации, конференции, выставки. Кроме журнала «Стоматология» (с 1922 г.), стали издаваться новые журналы «Новое в стоматологии» (Москва), «Пародонтология» (С.-Петербург), «Челюстно-лицевая хирургия» (Новосибирск), «Клиническая стоматология» (Москва), «Стоматология детского возраста и профилактика» (Москва – С.-Петербург) и др.

География стоматологической науки в Российской Федерации существенно расширилась: наряду с Москвой, С.-Петербургом, Казанью, в ряде других университетских городов (Тверь, Иркутск и др.) сформировались крупные научные центры, которые с успехом решают как научные, так и организационные проблемы стоматологии. Московский государственный медико-стоматологический университет является головным вузом России по подготовке высококвалифицированных специалистов, разработке и внедрению новейших достижений стоматологии. Другим важнейшим научным центром стоматологических исследований является Центральный НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздравсоцразвития РФ (Москва).

Всесторонний анализ развития, достижений и неудач стоматологии советского периода, а также особенностей и сложностей ее постсоветского развития, с учетом опыта и тенденций мировой стоматологии, позволяет выявить и научно обосновать приоритеты в решении конкретных проблем современной стоматологии в России. Так, например, исторический опыт мировой и отечественной стоматологии позволяет думать, что эффективная стоматологическая помощь населению нашей страны в ближайшие годы возможна на основе модели, сочетающей конкурирующие друг с другом государственный, рыночный и ведомственный принципы ее организации.

Л и т е р а т у р а

1. Абрикосов А.И. Патологическая анатомия полости рта и зубов. – М.: Ломоносов. – 1914. – 159 с.
2. Агапов Н.И. Дистрофия зубной системы при врожденном сифилисе // Стоматологический сборник. – Л. – 1927. – С. 65–106.
3. Агапов Н.И. Симптоматическое значение аномалий зубной системы. – М.: Госмедиздат; Мосполиграф; Мысль печатника. – 1929. – 139 с.
4. Агапов Н.И. Клиническая стоматология детского возраста. – М.-Л.:Биомедгиз. – 1937. – 306 с.
5. Агапов Н.И. Восстановительная хирургия лица. – Ростиздат, – 1950. – 243 с.
6. Агапов Н.И. К вопросу определения жевательной функции зубных рядов человека // Стоматология. – 1956. – №3. – С. 40-46.
7. Александров Н.М. Интратрахеальный эфирно-кислородный наркоз при операциях на лице и челюстях // Труды ВМА. – Т. 66. – Л., 1957. – С. 197-203.
8. Алелеков А. Н. История Московского военного госпиталя в связи с историей медицины в России. – М. – 1907. – 658 с.
9. Альшиц А.М. Пломбирование кариозных полостей вкладками. – М.: Медицина, – 1969. – 244 с.
10. Аникиенко А.А. Изменения в зубных и околозубных тканях при вертикальном перемещении (вытяжении) зубов. Автореф. Дисс. ... канд. мед. наук. – М. – 1963. – 16 с.
11. Антоневиц В.М. О реплантации и трансплантации зубов. Дис. ... на степ. д-ра медицины лекаря. – СПб. – 1865. – 25 с.
12. Аржанов Н.П. Роли частной инициативы и государства в эволюции стоматологического образования в Российской Империи // «Стоматолог». – 2003. – № 2. – С. 66.

13. Архангельский Г.В. Историко-медицинский аспект изучения роли научных школ в развитии медицинской науки // Советское здравоохранение. — 1987. — № 6. — С. 61 — 64.
14. Астанин П.П., Каушанский Л.И. К вопросу об экспериментальном кариесе при нарушении иннервации // Советская стоматология. — 1931 — №6. — С. 19-23.
15. Астахов Н.А. Гофунг Е.М., Катц А.Я. Ортопедическая стоматология. — М.Л.: Медгиз. — 1940. — 380 с.
16. Бажанов Н.Н. К проблеме обезболивания в клинике терапевтической стоматологии. Дисс. ... д-ра мед. наук. — М. — 1965. — 414 с.
17. Бажанов Н.Н. Боль и лечение зубов. — М.: Медицина. — 1968. — 151 с.
18. Бассалык Д.А. Реформа зубоврачебного образования в 1918- 1920 гг. и ее развитие в РСФСР в годы первых пятилеток. — Стоматология. — 1961. — №5. — С.82-87.
19. Бассалык Д.А. Развитие высшего стоматологического образования в РСФСР. Дис.... канд. мед. наук. — Л.. — 1963. — 315 с.
20. Батуев Н. А. К морфологии коронки зубов человека и животных: Анат.-антропол. исслед. — Спб.: Воен. тип. — 1894.
21. Бахерахт А.Г. Практические рассуждения о цинготной болезни. — СПб. — 1786.
22. Бегельман И.А. Современное состояние проблемы кариеса // Стоматология. — 1952. — №1. — С. 3-10.
23. Бегельман И.А. Теоретические основы проблемы кариеса зубов // Стоматология. — 1957. — №1. — С. 3-10.
24. Белокурова Л.П. Стоматологическая помощь населению и перспективы ее развития. Афтореферат дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1977.
25. Белолопаткова А.В., Троянский Г.Н. Зубоврачебная помощь в земской медицине // Стоматология. — 1993. — Т. 72, №1. — С. 65 — 66.
26. Бердюк И.В. Закись азота в амбулаторной практике хирургической стоматологии // Стоматология. — 1955. — № 4. — С. 26-28.
27. Бернадский Ю.И. Советская стоматологическая литература в период с 1917 по 1945 г.г. (Исторический, статистический, тематический и библиографический анализ с библиографическим указателем). Дис.... канд. мед. наук. — М. — 1947. — Т.1. — 203 с.; Т.2 — 730 с.; Т. 3 — 168 с.

28. Бернадский Ю.И. Применение местного непотенцированного и потенцированного мезокаинового обезболивания в хирургической стоматологии // Стоматология. — 1960. — № 2. — С. 48-50.
29. Бернадский Ю.И. советская стоматологическая литература (1917-1967) // Стоматология. — 1967. — № 4. — С. 16-18.
30. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии (Учебное пособие для институтов). — 2-е изд. — Киев: Высшая школа. — 1983. — 391 с.
31. Бернадский Ю.И., Заславский Н.И. Очерки гнойной челюстно-лицевой хирургии. — Ташкент: Медицина. — 1978. — 210 с.
32. Бернал Дж. Наука в истории общества. — М. — 1956. — с. 281
33. Бетельман А.И. Взаимосвязь между состоянием зубочелюстной системы и секреторной деятельностью слюнных желез // Стоматология. — 1938. — №6. — С. 89-93.
34. Бетельман А.И. Значение акта жевания в пищеварительном процессе. Дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1940.
35. Бетельман А.И. Роль рахита в возникновении зубочелюстных деформаций. // Стоматология. — 1963. — № 2. — С. 62-64.
36. Бетельман А.И., Позднякова А.И., Мухина А.Д., Александрова Ю.М. Ортопедическая стоматология детского возраста. Киев: Здоровье. — 1965. — 407 с.
37. Бидлоо Н.Л. Наставления для изучающих хирургию в анатомическом театре. М.: Медицина. — 1979. — 592 с.
38. Бизяев А.Ф. Эндотрахеальный метод наркоза в клинике хирургической стоматологии. Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1964. — 209 с.
39. Богоявленский Н.А. Древнерусское врачевание в X — XVII вв. — М.: Медгиз. — 1960. — 326 с.
40. Бойков В.П. Особенности хирургической тактики при распространенных и рецидивных злокачественных опухолях верхней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 1976. — 22 с.
41. Боровский Е.В. Леонтьев В.К. Этапы развития терапевтической стоматологии. В кн. Терапевтическая стоматология (Учебник). Под редакцией Е. В. Боровского. — М.: «МИА». — 2002.- с. 5 — 16.
42. Боровский Е.В., Леус П.А. Кариес зубов.- М.: Медицина. — 1979. — 225 с.

43. Бородулин В.И. Очерки истории отечественной кардиологии. — М.: Медицина — 1988. — С. 74 — 80.
44. Бородулин В.И. История медицины России. Клиника внутренних болезней во второй половине XIX — первой половине XX века. Цикл лекций — М. — 2011.
45. Брахман Г. Б. Условия фиксации полного протеза на беззубой нижней челюсти // *Стоматология*. — 1940. — №5. — С. 35-40.
46. Брахман Г.Б. Имплантат из пластмассы для пластического восстановления альвеолярного отростка нижней челюсти (клинико-экспериментальное исследование). Вопросы применения пластических масс в медицине. — М.: Медгиз. — 1956. — С. 133-140.
47. Булатовская Б.Я. Опыт комплексного лечения детей и подростков с врожденными расщелинами лица и неба в условиях централизованной диспансеризации. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Пермь. — 1974. — 54 с.
48. Булгаков М.А. Пропавший глаз. Медицинский работник. М., 1926, NN№36, 37.
49. Бусыгин А.Т. Возрастные особенности строения восходящей ветви нижней челюсти. — Ташкент: Медгиз УзССР. — 1961. — 172 с.
50. Бусыгин А.Т. Строение челюстных костей. — Ташкент: Медгиз УзССР. — 1962. — 120 с.
51. Бусыгин А.Т. Структуры челюстных костей взрослого человека в норме и при некоторых патологических состояниях. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М. — 1963. — 18 с.
52. Бусыгина М.В. Клинико-рентгенологическое и морфо-логическое исследование полости рта и челюстных костей при лепре. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Смоленск. — 1969. — 20 с.
53. Буш И.Ф. Руководство к преподаванию хирургии. 3 ч. — СПб. — 1807.
54. Бынин Б.Н., Бетельман А.И. Ортопедическая стоматология. — М.: Медгиз. — 1947. — 395 с.
55. Вагенгейм Б. Санкт-Петербургский зубной врач. Рассуждение о приличном обхождении со здоровыми и больными зубами. — СПб. — 1838.
56. Вайнштейн Б.Р., Городецкий Ш.И. Пломбирование зубов литыми вкладками. — М. — 1961. — 156 с.

57. Вайсблат С.Н. Проводниковое обескровливание как важное достоинство проводниковой анестезии зубоврачебной хирургии // *Стоматология*. — 1937. — № 5. — С. 92-94.
58. Вайсблат С.Н. Местное обезболивание при операциях на лице, челюстях и зубах. 7-е изд. — Киев: Госмедиздат УССР. — 1962. — 470 с.
59. Валенкова О.И. Функциональная характеристика жевательной мускулатуры в норме и при некоторых аномалиях зубочелюстной системы. Дис. ... канд. мед. наук. — М. — 1967. — 310 с.
60. Ванкевич Н.М. К вопросу об этиологии аномалий прикуса. В кн.: Труды III Всесоюз. одонтол. Съезда. — Л. — 1929. — С. 377-398.
61. Варес Э.Я. Реакция соединительной ткани на полиметилметакрилат в реакциях тканей амфодонта на имплантацию искусственных зубов. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 1955. — 26 с.
62. Васильев Г.А. Хирургия зубов и полости рта: Учебник для зубоврачебных школ. — М.: Медгиз. — 1951. — 344 с.
63. Величко Л.С. Теоретическое и патогенетическое обоснование методов ортопедического лечения заболеваний пародонта. Дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1979. — 355 с.
64. Вильга Г.И. Зубы в антропологическом отношении // *Русский антропологический журнал*. — 1903. — № 2. — С. 71-73.
65. Вильга Г.И. Помощь на фронте раненым в челюсть: Руководство. — М: НКД. — 1919. — 113 с.
66. Виноградова Т.Ф. Клиника, диагностика и лечение заболеваний зубов у детей. — М. — 1968. — 230 с.
67. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. — М.: Медицина. — 1978. — 184с.
68. Виноградова Т.Ф. Атлас по стоматологическим заболеваниям у детей. — М.: МЕДпресс-информ. — 2007. — 168 стр.
69. Виноградова Т.Ф., Максимова О.П., Мельниченко Э.М. Заболевания пародонта и слизистой оболочки рта у детей. — М.: Медицина. — 1983. — 208 с.
70. Виноградова Т.Ф., Максимова О.П., Рогинский В.В. Стоматология детского возраста. Руководство для врачей. — М.: Медицина. — 1987. — 528 с.
71. Войно — Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. Изд-е 2-е, значительно дополненное. — М.: Медгиз. — 1946. — 542 с.

72. Врачебные наставления о любострастных болезнях, кои приключаются в разных частях человеческого тела, сочиненныя славным врачом И.И. Пленком. Пер. с лат. Н. М. Максимовича-Амбодика. — Град С. Петра. — 1790.
73. Гаврилов Е.И. Топография буферных зон верхней беззубой челюсти // *Стоматология*. — 1963. — № 6. — С. 55-59.
74. Гаврилов Е.И., Оксман И.М. Ортопедическая стоматология. — М.: Медицина. — 1968. — 450 с.
75. Гагуа И.М. Влияние механического раздражения зубов различных видов на количество и состав слюны. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Тбилиси, 1951. — 15 с.
76. Гельман С.Е. Функциональная жевательная проба // *Советская Стоматология*. — 1932. — Т.11. — №9. — С. 11-31.
77. Гершанский И.А. Больничные кассы и зубо-врачебная помощь рабочим // *Зубо-врачебный ежемесячник*. — 1915. — №1. — С. 28-38.
78. Глушков П.А. К вопросу о нейротрофической природе альвеолярной пиорреи // *Нервная трофика*. — 1937. — №2. — С. 49-56.
79. Голиков И.И. История деяний Петра Великого (и дополнения к ним). — М. — 1788-89, с 1790-97.
80. Горбушина П.М. Сосудистые новообразования лица, челюстей и органов полости рта. — М.: Медицина. — 1978. — 150 с.
81. Гофунг Е.М. Основы протезного зубо-врачевания: Практическое руководство для зубных врачей и учащихся в зубо-врачебных школах. — Х.: «Печатник». — 1910. — 181 с.
82. Гофунг Е.М. Зубо-врачебное образование на Украине // *Х.: Научная мысль*. — 1924. — №1. — С. 60—69.
83. Гофунг Е.М. Учебник терапевтической стоматологии. — М.: Медгиз, 1946. — 510 с.
84. Гофунг Е.М., Лукомский И.Г. Стоматология. — Киев.: Госмедиздат УССР. — 1937. — 322 с.
85. Гофунг Е.М., Энтин Д.А. Терапевтическая стоматология. — М.-Л.: Мед. Гиз. — 1938. — 285 с.
86. Грошиков М.И. Активный метод лечения хронического периодонтита (Клинико-экспериментальное исследование). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1966. — 19 с.

87. Грошиков М.И. Профилактика и лечение кариеса зубов. — М.: Медицина. — 1980. — 130 с.
88. Гундобин Н.П. О прорезывании зубов у детей. — СПб. — 1894.
89. Данилевский Н.Ф. Патогенез, клиника и лечение пародонтоза (Клиническое и экспериментально-морфологическое исследование). Дис. ... д-ра мед. наук. — Киев. — 1968. — 517 с.
90. Данилевский Н.Ф. Реабилитация больных пародонтозом. — В кн.: Тезисы 5-го съезда стоматологов УССР. — Одесса. — 1978. — с. 61-63.
91. Данилевский Н.Ф., Вишняк Г.Н. пародонтоз у детей и подростков. — М.: Медицина. — 1977. — 222 с.
92. Данилевский Н.Ф., Колесова Н.А. Особенности метаболизма и структуры околозубных тканей при пародонтозе // *Стоматология*. — 1975. — №3. — С. 11-14.
93. Данилишина Е.И. Основные этапы и направления развития отечественного акушерства (XVIII — XX вв.). — Докт. дисс. — М. — 1998.
94. Данилов Е.О. Стоматологическая служба России в историческом аспекте // *Пародонтология*. — 1997. — №3(5). — С. 74-82.
95. Данилюшевская В.И. развитие челюстно-лицевой хирургии в СССР (К истории стоматологии 1914-1925). — Дис.... канд. мед. наук. — М. — 1964. — 302 с.
96. Дауге П.Г. К пятилетию государственного зубо-врачевания в РСФСР // *Одонтология и стоматология*. — 1923. — №1. — С. 51-56.
97. Дауге П.Г. Новые принципы интенсификации и нормализации зубо-врачебного труда // *Одонтология и стоматология*. — 1924. — №4(6). — С. 68-72.
98. Дауге П.Г. К вопросу о трудовой единице // *Труды II Всесоюзного Одонтологического съезда*. — М. — 1926. — С.128-130.
99. Дауге П.Г. К пятилетнему плану государственного зубо-врачебного строительства // *Одонтология и стоматология*. — 1929. — №10. — С. 3-6.
100. Дауге П.Г. Уроки 10 лет государственного зубо-врачебного строительства // *Труды III Всесоюзн. одонтол. Съезда*. — Л. — 1929. — С. 11-20.
101. Дауге П.Г. О едином одонтологическом фронте // *Одонтология и стоматология*. — 1929. — №11. — С. 5.
102. Дауге П.Г. Социальные основы советской стоматологии. — М.: Гос. мед. изд-во. — 1933. — 388 с.

103. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство под ред. В. К. Леонтьева, Л. П. Кисельниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2010. — 896 с.
104. Дойников А.И. Изменение структуры кости нижней челюсти в связи с потерей зубов // Материалы итоговой конференции по проблеме «Функциональная патология зубочелюстной системы». — М. — 1966. — С. 14-16.
105. Дойников А.И. Изменения макроскопического и микроскопического строения челюстных костей в связи с возрастом и потерей зубов. Влияние зубного протезирования (Клинико-экспериментальное исследование). Автореф. Дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1967. — 23 с.
106. Доклад С.-Петербургского одонтологического Общества по реформе зубоврачебного образования // Зубоврачебный Вестник. — 1910. — № 6. — С. 498-507.
107. Домострой (Серия «Литературные памятники»). — СПб.: Наука. — 1994.
108. Дубивко С.А. Клиника и лечение деформаций зубных дуг. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань. — 1964. — 16 с.
109. Дубровин В.А. Основы зубоврачевания: Руководство по дентиатрии для учащихся в зубоврачебных школах. — СПб. — 1910.
110. Евдокимов А.И. Альвеолярная пиорея и обуславливающие ее факторы // Труды III Всесоюзного одонтологического съезда (6-12 июня 1928г.) под общ. ред. Н.А. Астахова. — Ленинград, — 1929. — С. 341-350.
111. Евдокимов А.И. Клиника и патогенез пародонтоза. Дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1940. — 298 с.
112. Евдокимов А.И. Краткий очерк о развитии и состоянии советской стоматологии (1917-1947) // Стоматология. — 1947. — №4. — С. 3-8.
113. Евдокимов А.И. Проблемы пародонтоза (Амфодонтоза), альвеолярная пиорея и значение ее в системе лечебно-профилактических задач здравоохранения // Тезисы докл. I Всерос. конф. Стоматологов. — М. — 1956. — С. 35-37.
114. Евдокимов А.И. Советская стоматология (1917—1957гг.) // Стоматология. — 1957. — №5. — С. 3-11.
115. Евдокимов А.И. Настоящее и прошлое советской стоматологии (1917-1967) // Стоматология. — 1967. — №5. — С. 6-13.

116. Евдокимов А.И. Факторы этиологии и патогенеза пародонтоза // Стоматология. — 1975. — №3. — С. 6-14.
117. Евдокимов А.И., Мелик-Пашаев Н.Ш. Топографическая анатомия полости рта с кратким обзором пограничных областей. — М.,Л.: Гос. мед. изд-во. — 1930. — 203 с.
118. Евдокимов А.И., Никитина Т.В. Критерии излечиваемости пародонтоза // Стоматология. — 1977. — №5. — С. 14-21.
119. Егорышева И.В., Гончарова С.Г. Медицинская деятельность Императорского человеколюбивого общества (1804-1816 гг.) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2009. — №2. — С. 58-61.
120. Едиберидзе А.И. Смешанные опухоли слюнных желез. — Тбилиси. — 1964. — 180 с.
121. Едиберидзе А.И., Бадзошвили Н.Г. Клиника и лечение ангиом лица и полости рта // Труды V Всесоюзн. съезда стоматологов. — М. — 1968. — С. 211-213.
122. Епишев В.А. Клиническое, электронно-микроскопическое и экспериментально-морфологическое исследование полости рта при хроническом гастрите. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Киев. — 1970. — 25 с.
123. Жилина В.В. Основные этапы развития стоматологической помощи в городах РСФСР (по материалам Москвы и некоторых других городов). Дис.... канд. мед. наук. — М., 1955. — 277 с.
124. Заблочный-Десятковский П.П. О болезнях рта и соседних ему частей. — СПб. — 1856.
125. Заблудовский П.Е. История отечественной медицины. — М., ЦИУ врачей. — 1960. — 398 с.
126. Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М.. История медицины. — М.: Медицина. — 1981. — 352 с.
127. Загорский П. Сокращенная анатомия или руководство к познанию строения человеческого тела в пользу обучающихся врачебной науке. — СПб.: Типография Государственной Медицинской коллегии. — 1802.
128. Звержховский Ф.А. К вопросу об эмпиеме гайморовой полости. — Спб.: Тип. Г. И. Зархи. — 1904. — 337 с.
129. Звержховский Ф.А. Основы дентиатрии. СПб. — 1909. -118 с.
130. Знаменский Н.Н. Имплантация искусственных зубов // Медицинское обозрение. — 1891. — №35 (3). — С. 261-275.

131. Зубкова Л.П., Хорошилкина Ф.Я. Лечебно-профилактические мероприятия в ортодонтии. — Киев: Здоровье. — 1993. — С. 343.
132. Зубопротезная техника. Учебник для учащихся зубоврачебных и зуботехнических училищ. Сост. М.Е. Васильев, А.Л. Грозовский, Л.В. Ильина-Маркосян, М.С. Тиссенбаум. 5-е изд., испр. и доп. — М.:Медгиз. — 1958. — 496 с.
133. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — М.: Медицина. — 1981. — 255 с.
134. Ильина-Маркосян Л.В. Значение раннего ортодонтического лечения для предупреждения стойких деформаций прикуса и лица. Дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1962. — Т. 1-3. — 870 с.
135. Ильина-Маркосян Л.В. Профилактическое значение зубного протезирования у детей и подростков и подготовка к нему полости рта // Стоматология. — 1949. — №2. — С. 49-50.
136. Ильина-Маркосян Л.В. Зубное и челюстное протезирование у детей. — М.: Медгиз. — 1951. — 255 с.
137. Иорданишвили А. К. Давид Абрамович Энтин: выдающийся ученый, клиницист и организатор здравоохранения — основоположник российской военной стоматологии (к 120-летию со дня рождения) // Медицина. XXI век. — 2008. — №3 (12). — С. 84-96.
138. Кабаков Б.Д. Обезболивание в стоматологии (Вехи развития и современное состояние проблемы в Советском Союзе) // Стоматология. — 1967. — №1. — с. 15-20.
139. Кабаков Б.Д., Бельчиков Э.В. Вопросы иммунологии пародонтоза. — Л.: Медицина. — 1972. — 189 с.
140. Кабилов Н.М. Оценка боли и обезболивания в экспериментальной и клинической стоматологии // Стоматология. — 1968. — №1. — С. 109-112.
141. Каламкарров Х.А. Влияние перестройки молочного прикуса функционально-действующей ортодонтической аппаратурой на рост челюстных костей и формирование постоянного прикуса // Стоматология. — 1964. — №5. — С. 80.
142. Каламкарров Х.А. Морфологическая перестройка челюстно-лицевой системы при расширении верхней челюсти в период молочного прикуса // Стоматология. — 1967. — №5 — С. 73-76.

143. Каламкарров Х.А. Морфологические изменения в зубочелюстной системе при ортодонтических вмешательствах в периоде молочного и сменного прикуса. Дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1967. — 467 с.
144. Калвелис Д.А. Ортодонтия. Зубочелюстные аномалии в клинике и эксперименте. — Л.: Медицина. — 1964. — 238 с.
145. Калинина Н.В. Методика получения дифференцированных оттисков при протезировании беззубых челюстей. — М. — 1966. — С. 84.
146. Катц А.Я. Лечение сформировавшихся аномалий прикуса // Советская стоматология — 1936. — № 3. — С. 69-78.
147. Катц А.Я. Функция группы мышц, поднимающих нижнюю челюсть // Советская стоматология. — 1936. — №3. — С. 56-68.
148. Катц А.Я., Лалетина Е.Д. Направляющие коронки с раздвигателями // Советская стоматология. — 1936. — №3. — С. 79-82.
149. Катц А.Я. Наши установки и методы лечения в зубочелюстной ортопедии (ортодонтия) // Стоматология. — 1939. — №1. — с. 73-90.
150. Кац М.С. История советской стоматологии (краткий очерк). — М.: Медгиз. — 1963. — 117 с.
151. Киевскому медицинскому институту 150 лет // Стоматология. — 1991. — №6. — С. 70-72.
152. Кисельникова Л.П., Мчедлидзе Т.Ш., Хошевская И.А., Фадеев Р.А., Поздякова О.С. Современная концепция школьной стоматологии (7 лет от постановки проблемы до ее реализации) // Институт стоматологии. — 2007. — №3(36). — С. 28-32.
153. Коварский М.О. Очерки истории зубоохранения в России XVIII и начала XIX вв. // Одонтология. — 1929. — № 2-3. — С. 63-71.
154. Коварский М.О. реформа зуботехнического образования // Одонтология и стоматология. — 1927. — №5. — С. 20-22.
155. Козлов В.А. Александр Александрович Лимберг. (К 100-летию со дня рождения) // Стоматология. — 1994. — №2. — С. 94-96.
156. Колесов А.А. Первичные опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей. Дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1963. — 168 с.
157. Колесов А.А. Общее обезболивание при лечении зубов у детей в амбулаторных условиях // Стоматология. — 1970. — №1. — С. 46-48.
158. Колесов А.А. Стоматология детского возраста. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина. — 1978. — 504 с.

159. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. — М.: Медицина. — 1989. — 304 с.
160. Колесов А.А., Рогинский В.В., Паникаровский В.В. Диагностика опухолей челюстно-лицевой области у детей // *Стоматология*. — 1973. — №3. — С. 62-64.
161. Комодзинская-Вонгль С.Э. О зубоортодонтическом образовании женщин в России // *Зубоортодонтический Вестник* — 1907. — № 11. — С. 863-867.
162. Копейкин В.Н. Ортодонтическое лечение заболеваний пародонта. — М.: Медицина. — 1977. — 174 с.
163. Копейкин В.Н. Клинико-экспериментальное обоснование ортодонтических методов лечения пародонтоза. Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1980. — 359 с.
164. Копыт Е. О. Значение двухслойного базиса протеза в эффективности протезирования беззубых больных. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 1967. — 19 с.
165. Костур Б.К. Особенности индивидуального развития функции жевания у человека в возрасте от 7 до 20 лет. Материалы у Ленинградской научной стоматологической конференции. — Л. — 1964. — С. 49-50.
166. Крицкий А. В. Применение функционального глоточного obturatora для восстановления речи у детей с врожденными расщелинами неба. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 1970. — 20 с.
167. Криштаб С. И. Материалы к патогенезу и диагностике деформаций нижней челюсти. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Киев. — 1968. — 20 с.
168. Криштаб С.И. Аномалии нижней челюсти. — Киев: Здоровье. — 1975. — 168 с.
169. Кудряшов, А.И. Об изменениях пульпы зуба при общих болезнях организма. Диссертация. — СПб. — 1894. — 44 с.
170. Кудряшов А.И. О зубоортодонтии в России вообще и о зубоортодонтической помощи в нашей армии в частности // *Зубоортодонтический Вестник*. — 1905. — №9. — С. 638-659.
171. Куклин Г.С. Организация стоматологической помощи в СССР. — М. — 1974 — 20 с.
172. Кулаженко В.И. Пародонтоз и его лечение с применением вакуума. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Одесса. — 1962. — 16 с.

173. Кулаженко В.И. Вакуумный и электровакуумный метод диагностики и лечения стоматологических и некоторых воспалительно-дистрофических заболеваний. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук // Одесса, 1967. — 34 с.
174. Кунките М. Зубы на выставочной полке // *Dental Market*. — 2004. — №4. — С. 70 — 77.
175. Кунките М. Благотворение зуболечением // *Dental Market*. — 2005. — №1. — С. 74 — 77.
176. Курбанов Г. Р. Восстановительная хирургия лица и других органов. — Баку: АЗЕРНЕШР. — 1944. — 212 с.
177. Курляндский В.Ю. Функциональный метод лечения огнестрельных переломов челюстей. — М. — 1944.- 303 с.
178. Курляндский В.Ю. Клиника и экспертиза трудоспособности при заболеваниях и повреждениях лица и челюстей // М.: ЦИЭТИН, "Московский рабочий". — 1948. — 191 с.
179. Курляндский В.Ю. Амфодонтограмма как объективный метод изучения функционального состояния зубочелюстной системы // Тезисы докл. научной конференции ММСИ. — М. — 1953. — С. 8-11.
180. Курляндский В.Ю. Ортодонтическое лечение при амфодонтозе. — М.: Медгиз. — 1953. — 252 с.
181. Курляндский В.Ю. Протезирование беззубых челюстей // М.: Медицина. — 1955. — 207 с.
182. Курляндский В.Ю. Ортодонтическое лечение альвеолярной пиореи (амфодонтоз) и травматической артикуляции. — М.: Медгиз. — 1956. — 289 с.
183. Курляндский В.Ю. Функциональная патология зубочелюстной системы. Диагностика и методы лечения. Мат. Итог. Конф. «Функциональная патология зубочелюстной системы». — М. — 1966. — С. 26.
184. Кучеренко В.З. Политика структурной перестройки сектора лечебно-профилактической помощи городскому населению // Проблемы городского здравоохранения: Сб. науч. тр. под ред. Н.И. Вишнякова. — СПб. — 1997. — Вып. 2. — С. 17-20.
185. Лабунец В. А., Диев Е. В., Диева Т. В., К истории становления системы учёта и нормирования труда медицинских работников в клинической стоматологии // *Вісник стоматології* — 2010. — № 3. — С. 86-90.

186. Левит М.М. Медицинская периодическая печать России и СССР (1792 – 1962). – М. – 1963. – С. 108.
187. Левицкий А.П. Материалы к истории зубо­вра­че­ва­ния в России // Одонтологическое обозрение. – 1899. – № 1, 3, 8, 9. – 1900. – № 1, 2, 3.
188. Лемецкая Т.И. Иммуноморфологическая характеристика тканей десны при заболеваниях пародонта // Стоматология. – 1980. – Т. 59. – №4. – С. 4-5.
189. Леонтьев В.К. Кариес и процессы минерализации. Разработка методических подходов, молекулярные механизмы, патогенетическое обоснование принципов профилактики и лечения. Дис. ... д-ра мед. наук. – Омск. – 1978. – 541 с.
190. Леонтьев В.К. Механизмы декальцинации эмали и ее способность противостоять растворению // Стоматология. – 1978. – №6. – С.72-75.
191. Леонтьев В.К. О состоянии стоматологии в России и перспективах ее развития (отчетный доклад на VI Всероссийском съезде стоматологов) // Стоматология. – 2002. – №1. – С. 75-84.
192. Леонтьев В.К. Профилактика стоматологических заболеваний // Терапевтическая стоматология (Учебник). Под редакцией Е.В. Боровского. – М.: «МИА». – 2002. – с. 755 – 784.
193. Леонтьев В.К. Что может быть дальше государственной стоматологией России? // Институт стоматологии. – 2005. – № 1. – С. 10-13.
194. Леонтьев В.К., Петрович Ю.А. Биохимические методы исследования в клинической и экспериментальной стоматологии. – Омск. – 1976. – с. 7.
195. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т. Развитие и обоснование системы УЕТ в новых экономических условиях деятельности стоматологических служб и учреждений России // Маэстро стоматологии. – 2003. – №1(10). – С. 23-34.
196. Леус П.А., Боровский Б.В. Этиологические факторы и механизм развития кариеса зубов // Стоматология. – 1976. – №5. – С. 84-86.
197. Либина А.Ю. Морфологические изменения в зубах и парадентальных тканях при экспериментальном атиреозе // Проблемы стоматологии. – Харьков. – 1940. – Т.1. – С. 10 – 42.

198. Лимберг А.А. К вопросу о пластической остеотомии нижней челюсти с целью исправления аномалии прикуса и контуров лица // Труды 1-го Всероссийского одонтологического съезда. – М. – 1924. – С. 43-46.
199. Лимберг А.А. Повреждения скелета и мягких частей лица и полости рта // Основы практической травматологии под ред. Поленова А.Л. Л.: Кубуч: 1927. – 514 с.
200. Лимберг А.А. Шинирование при переломах челюстей // Л.: Медгиз, 1940. – 64 с.
201. Лимберг А.А. Огнестрельные ранения лица и их лечение. – М.: Медгиз. – 1941. – 60 с.
202. Лимберг А.А. Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела. – Л.: Медгиз. – 1946. – 191 с.
203. Лимберг А.А. Планирование местно-пластических операций на поверхности тела. – Л.: Медгиз. – 1963. – 598 с.
204. Лимберг А.А., Иванов А.С., Федоров Ю.А. и др. 120 лет Научному медицинскому обществу стоматологов Санкт-Петербурга, его научно-практическая, педагогическая и общественная деятельность // Пародонтология. – 2003. – №3(28).
205. Лимберг А.А., Кьяндский А.А. Огнестрельные ранения лица и челюстей. – Л.: Медгиз. – 1950. – 20 с.
206. Лимберг А.А., Львов П.П. Учебник хирургической стоматологии. – М.; Л.: Медгиз, 1938. – 505 с.
207. Лимберг А.К. Современная профилактика и терапия кариеса зубов. Дис. ... на степ. д-ра медицины. – СПб. – 1891. – 174 с.
208. Лимберг А.К. О зубах у учащихся и организации зубо­вра­че­бной помощи в школах // Зубо­вра­че­бный вестник. – 1900. – №6. – С. 303-319.
209. Лимберг Е.А. К 20-летию со дня смерти проф. Александра Карловича Лимберга // Журнал одонтологии и стоматологии. – 1926. – № 1. – С. 99–101.
210. Линденбаум Л.М. Патогенез парадентозов в свете учения об аллергии. – Киев. – 1940. – 132 с.
211. Липец М.С. Вкладки и полукоронки при лечении и протезировании зубов. – М. – 1955. – 94 с.
212. Лисицын Ю.П. История медицины. – 2-е изд. М.: Гэотар-Мед, 2008. – 400 с.

213. Лисицын Ю.П., Таранов А.М., Савельева Е.Н. Система страхования в здравоохранении : учеб.-методич. Пособие. — М.: Федер. Фонд обязат. мед. страхования. — 2001. — 224 с.
214. Литаврин Г.Г. Византийский медицинский трактат XI—XIV вв. (по рукописи Cod. Plut. 7, 19 Библиотеки Лоренцо Медичи во Флоренции). — М.: Византийский временник. — 1971. — Т. 31. — С. 260, 264.
215. Лихтерман Б.Л. Нейрохирургия: становление клинической дисциплины. — М. — 2007. — 312 с.
216. Лохтева Г.Н. Материалы Аптекарского приказа — важный источник по истории медицины в России XVIII в. В кн. «Естественнонаучные знания в Древней Руси. — М.: «Наука». — 1980. — С.151.
217. Лукомский И.Г. От зубоврачевания к стоматологии // Сов. Стоматология. — 1932. — №11-12. — С. 5-11.
218. Лукомский И.Г. Развитие научной стоматологии в СССР // Стоматология. — 1937. — №5. — С. 27-42.
219. Лукомский И.Г. Травматические остеомиелиты челюстей огнестрельного происхождения. — Уфа. — 1942.
220. Лукомский И.Г. Основные черты реформы зубоветеринарного и стоматологического образования // Стоматология. — 1945. — №3. — С. 50-52.
221. Лукомский И.Г. Ошибки в лечении челюстно-лицевых ранений // Стоматология. — 1945. — №1. — С. 62-65.
222. Лукомский И.Г. Об улучшении оказания зубоветеринарной и стоматологической помощи в СССР // Стоматология. — 1946. — № 3. — с.55.
223. Лукомский И.Г. Предупреждение кариеса зубов с помощью местной флюоризации // Стоматология. — 1946. — №2. — С. 10-13.
224. Лукомский И.Г. Кариес зубов. — М.: Медгиз. — 1948. — 236 с.
225. Лукомский И.Г. Противокариозная флюоризация. — М.: «Медгиз», 1955. — 53 с.
226. Львов П.П. Альвеолярная пиорея. — Л.: Медгиз. — 1933. — 60 с.
227. Максимова О.П. С низким поклоном (Т.Ф.Виноградова) // Кафедра. — 2008. — Т. 7, №3.
228. Максимович—Амбодик Н.М. Искусство повивания, или Наука о бабичьем деле. — СПб.: Императорская тип. — 1784 — 1786; Хрестоматия по истории медицины. — М.: Медицина — 1968. — С.177-195.

229. Максимовская Л.Н., Кузьмина Э.М., Вагнер В.Д., Васина С.А., Кисельникова Л.П.. Основные направления развития школьной стоматологии в России // Российская стоматология. — 2009. — №1. — с. 60-62.
230. Малевич О.Е., Комок А.С. и др. Показатели иммунологической реактивности у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области // Стоматология. — 1981. — №3. — С. 48.
231. Марей М.Р. Применение ортопедических методов в комплексной терапии пародонтоза // Проблемы стоматологии. — Киев. — 1958. — Т.4. — с. 335-344.
232. Марченко А.И. Исследование биологических механизмов всасывания слизистой оболочки полости рта и языка. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Киев. — 1966. — 28 с.
233. Материалы для истории медицины в России. Вып.4. — СПб. — 1885. — С. 4-8.
234. Мессина В.М. Врожденные расщелины неба (Этиология, клиника, лечение). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1971. — 29 с.
235. Миргазизов М.З. Значение рахита в возникновении зубочелюстных аномалий у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань. — 1966. — 30 с.
236. Миргазизов М.З. Принципы диагностики и планирования лечения зубочелюстных аномалий с использованием биометрических методов и обоснование их применения в ортодонтии. Дис. ... д-ра мед. наук. — Казань. — 1978. — 410 с.
237. Миргазизов М.З., Изаксон В.Ю. Применение методов математической статистики и ЭВМ для обработки данных в ортодонтии. Методические рекомендации. — Кемерово. — 1980. — 190 с.
238. Миргазизов М.З., Колотков А.П., Кошкин Г.А. Рентгеноцефалометрическая диагностика и планирование лечения аномалий прикуса с использованием уравнений регрессии. — Кемерово. — 1976. — 91 с.
239. Мироненко Б.К. Хирургические методы формирования ложа для протеза беззубой нижней челюсти при значительной или полной атрофии альвеолярного отростка фронтального участка. Дис. ... канд. мед. наук. — М. — 1963. — 247с.
240. Мироненко Г.С. Музей стоматологии в Санкт-Петербурге // Дантист.— Май-июль 1996 г.

241. Мироненко Г.С., Вайнбойм Р.И. Звуковая аналгезия как метод обезболивания при препарировании твердых тканей зуба // *Стоматология*. – 1965. – №4. – С. 20-23.
242. Мирский М.Б. История отечественной трансплантологии. – М.: Медицина. – 1985. – 240 с.
243. Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. Очерки истории. – М.: Наука – 2000. – С. 615.
244. Мирский М.Б. Медицина в России X-XX веков. Очерки истории. – М. РОССПЭН. – 2005. – с. 380.
245. Митрофанов Г.Г. Обезболивание закисью азота при стоматологических операциях. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1956. – 143 с.
246. Михельсон Н.М. Трупный хрящ как материал для свободной пересадки // *Хирургия*. – 1939. – №10. – С. 29-30.
247. Михельсон Н.М. Применение трупного хряща в клинике. – М. – 1946.
248. Михельсон Н.М. Восстановительные операции челюстно-лицевой области. – М.: Медицина. – 1962. – 336 с.
249. Моллаев Н.А. Изменение минерального обмена в костных тканях при расширении верхней челюсти. Дис. ... канд. мед. наук. – М. – 1968.
250. Молокова Л.А. О возможности саморегуляции зубочелюстных аномалий // *Стоматология*. – 1964. – № 5. – С. 77-80.
251. Мудрый С.П. Использование вживленных корней зубов с приспособлением для фиксации протеза. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев. – 1956. – 12 с.
252. Муковозов И.Н. Общая анестезия в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. – Л.: Медицина. – 1965. – 167 с.
253. Мультановский М. П. История медицины. – М.: Медицина – 1961. – 347 с.
254. Мухин М.В. Развитие методов лечения повреждений челюстно-лицевой области // *Стоматология*. – 1967. – №4. – С. 1-5.
255. Нападов М.А. Ортодонтический атлас. – Киев: Здоровье. – 1967. – 117 с.
256. Нападов М.А. Этиология, патогенез и профилактика деформаций зубочелюстной системы. – Киев: Здоровье. – 1967. – 118 с.

257. Нападов М.А. Некоторые виды зубочелюстных деформаций, их профилактика, диагностика и лечение. Дис. ... д-ра мед. наук. – Киев. – 1968.
258. Нападов М.А. Ортодонтическая аппаратура. – Киев: Здоровье, 1968. – 138 с.
259. Насибуллин Г.Г. Клинико-рентгенологические и морфологические исследования височно-челюстного сустава при ортопедических вмешательствах и сагиттальных аномалиях прикуса. Дис. ... д-ра мед. наук. – Казань. – 1975. – 350 с.
260. Несмеянов Н., Материалы для изучения альвеолярной пиорреи зубов (*pyorrhoea alveolaris dentium*). Дисс. – М.- 1905;
261. Никитин С.А., Бугаева М.Г. Экспериментальный кариес у белых крыс // *Стоматология*. – 1954. – №1. – С. 9-17.
262. Никитина Т.В. Пародонтоз. – М.: Медицина. – 1982. – 256 с.
263. Новик И.О. Клиника и лечение пародонтоза (амфодонтоза). – Киев: Здоровье. – 1958. – 236 с.
264. Новик И.О. Болезни зубов и слизистой оболочки полости рта у детей. – М.: Медицина. – 1971. – 456 с.
265. Овруцкий Г.Д. Кариес зуба, его осложнения и реактивность организма. В кн.: Кариес зуба и реактивность организма. – Казань. – 1966. – с. 3-7.
266. Овруцкий Г.Д. Разработка и экспериментально-клиническое изучение кислородно-обтурационного метода лечения верхушечного периодонтита. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Казань. – 1966. – 27 с.
267. Огне-стрельные ранения и повреждения лица и челюстей // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг. Т VI. – Государственное издательство медицинской литературы. – 1952.
268. Оксман И.М. Материалы к учению об иннервации зуба и слизистой оболочки полости рта. – Казань: Татгосиздат, – 1947. – 114 с.
269. Оксман И.М. Клинические основы протезирования при полном отсутствии зубов. – Л.: Медицина. – 1967. – 174 с.
270. Оксман И.М., Яшина А.И., Башарова О.М. О гистологических изменениях нервов пульпы и корневой оболочки зуба при амфодонтозе // *Стоматология*. – 1952. – №3. – С. 8-14.

271. Окушко В.Р. Антропологические аспекты проблемы кариеса зубов и пародонтоза. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Кишинев. — 1971. — 19 с.
272. Панин М.Г. Клинико-экспериментальная оценка местного и резорбтивного действия тримекаина и новокаина, а также их комбинаций с андаксином при амбулаторных стоматологических операциях. Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1967. — 17 с.
273. Пахомов Г.Н. Кариес зубов и его профилактика. — Рига: Зинатне. — 1976. — 232 с.
274. Пахомов Г.Н. Перспективы развития стоматологической помощи в СССР // Основы организации стоматологической помощи населению. — М. — 1983. — С. 5-34.
275. Пачес А.И. Классификация опухолей челюстно-лицевой области // Стоматология. — 1968. — №4. — С. 76-79.
276. Пашков К.А. Развитие важнейших направлений в медицине России второй половины XIX века. Учебно-методическое пособие для студентов лечебного и стоматологического факультетов. — М.: Вече. — 2004. — 152 с.
277. Пашков К.А., Белолопаткова А.В. «Учебно-методическое пособие к семинарским занятиям по истории медицины» для студентов стоматологического факультета. — М.: Вече. — 2004. — 253 с.
278. Пашков К.А. Краткая история Московского государственного медико-стоматологического университета. — М.: «Вече». — 2005. — 62 с.
279. Пашков К.А. Зубоврачевание и стоматология в России IX-XX вв. Основные направления развития. М.: МГМСУ. — 2008. — 320 с.
280. Пеккер Р.Я. Материалы по изучению профессиональной патологии тканей полости рта и задачи стоматологической службы (По данным предприятий Кузбасса). Дис. ... д-ра мед. наук. — Кемерово. — 1970. — 320 с.
281. Персин Л.С. Клинико-рентгенологические и функциональные характеристики зубочелюстной системы у детей с дистальной окклюзией зубных рядов. Дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1988. — 468 с.
282. Персин Л.С., Алимова М.Я. История ортодонтии: образование, печать, профессиональные организации в первой половине XX века // Стоматология. — 2004. — №5. — С. 62-67.

283. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова СВ. Стоматология детского возраста. Изд. 5-е, перераб. и доп. — М.: Медицина. — 2006. — 640 с.
284. Персин Л.С., Хорошилкина Ф.Я. Преподавание ортодонтии в высших учебных заведениях России, в том числе в период последипломного обучения // Ортодент-инфо. — 2001. — №3. — С. 18-24.
285. Петухова В.В., Гурдус В.О., Айвазова М.В., Нестерова Н.В. Методические подходы к формированию сочетанных и многоуровневых программ медицинского страхования в современных условиях. Под ред. А.М. Таранова. — М.: Федер. фонд обязат. мед. страхования. — 2001. — 111 с.
286. Пирогов Н.И. Рак нижней губы // Друг здоровья. — 1855. — N34. — С. 145—147; 1855. — №35. — С.49—151.
287. Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8 томах. М. — 1957.
288. Платнер И. З. Основательные наставления хирургические, медицинские и рукопроизводные в пользу учащимся с прибавлением к тому изобретенных ... и других вещей к лекарскому искусству принадлежащих. Пер. с латинского М. Шеина. — СПб. — 1761.
289. Платонов Е.Е. Роль нервной системы в патогенезе альвеолярной пиореи. Дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1939. — 216 с.
290. Платонов Е.Е. Кариес зуба и лечебно-профилактические мероприятия // Стоматология. — 1957. — №5. — С. 26-35.
291. Платонов Е.Е. Патогенетические обоснования профилактики кариеса // Стоматология. — 1965.- №2. — С. 3-6.
292. Погодина А.А. О патогенезе аномалий зубочелюстно-лицевой системы и их связи с заболеваниями носа и глотки. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань. — 1958. — 11 с.
293. Позднякова А.И. Изменения в амфодонте перемещенных зубов при применении ортодонтической аппаратуры в эксперименте // Стоматология. — 1955. — №2. — С. 48-52.
294. Пономарева В.А. Перестройка зубочелюстной системы при образовании зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов и подготовка полости рта к протезированию. Автореф. дис.... д-ра мед. наук. — М. — 1968. — 26 с.
295. Попов С.С. История мировой стоматологии: мифы, легенды, реальность. — Омск: ГУИПП «Омский дом печати». — 2000. — 288 с.

296. Правила испытаний врачей, фармацевтов, ветеринаров, дантистов и повивальных бабок. 18/30 декабря 1845 г. — СП по МНП. Отд. 2. — 1840-1855.
297. Прохвятилов Г. И. Черныш В. Ф. Чепик Г. С. П.Ф. Федоров — основоположник отечественной военной стоматологии // Стоматология. — 2006. — №4. — С. 60.
298. Прохончуков А.А., Паникаровский В.В., Куликова В.С., Кускова В.Ф. Итоги 10-летнего изучения этиологии и патогенеза кариеса зубов // Труды Центр. НИИ стоматологии. — 1973. — Т. 4. — С. 46-54.
299. Райзман С.С. Практическое руководство по ортодонтии. — М.: Медгиз. — 1933. — 294 с.
300. Райзман С.С. Экспериментальные рентгенологические исследования челюстей // Стоматология. — 1954. — № 1. — С. 49.
301. Рауэр А.Э. Переломы челюстей и повреждения мягких тканей лица в мирное и военное время. — М.-Л.: Медгиз. — 1940. — 219 с.
302. Рауэр А.Э., Михельсон Н. М. Пластические операции на лице. — М.: Медгиз. — 1943. — 256 с.
303. Рауэр А.Э., Михельсон Н.М. Пластические операции на лице. 2-е изд., попр. и доп. — М.: Медицина. — 1954. — 302 с.
304. Рашкович М. Об уравнении в правах дантистов с зубными врачами // Зубоврачебный Вестник. — 1906. — № 6. — С. 446-449
305. Рогинский В.В. Доброкачественные опухоли, опухолеподобные и гиперпластические процессы лицевого скелета у детей. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1980. — 35 с.
306. Розенфельд В. Организация зубоврачебной помощи рабочим // Зубоврачебный вестник. — 1917. — № 10. — С. 355-358.
307. Розовский В.В. О дантистах поддельных и дантистах, безвинно страдающих // Зубоврачебный Вестник. — 1903. — 4. — с. 58-62.
308. Рубинов И.С. Клинико-функциональная терапия аномалий прикуса с точки зрения мастикациографии // Стоматология. — 1951. — №4. — С. 37-41.
309. Рубинов И.С. Физиологические пробы при учете эффективности акта жевания // Стоматология. — 1951. — № 1. — С. 51 -59.
310. Рубинов И.С. Физиология и патофизиология жевания и глотания. — Л.: Медгиз. — 1958. — 264 с.

311. Рудько В.Ф. Клиника и хирургическое лечение деформаций нижней челюсти методом плоскостной остеотомии ее ветвей (Клиническое исследование). Дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1967. — 485 с.
312. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов. Под ред. И. Ю. Лебедеико, Э. С. Каливрад-жияна, Т. И. Ибрагимова. — М.:МИА. — 2005. — 400 с.
313. Рыбаков А.И. Стоматиты. — М.: Медицина. — 1964. — 147 с.
314. Рыбаков А.И. Основные аспекты проблемы пародонтоза // Сто-матология. — 1975. — № 2. — С. 1-5.
315. Рыбаков А.И. Основы стоматологической профилактики. — М.: Медицина. — 1978. — 168 с.
316. Рыбаков А.И. Важная проблема современной стоматологии // Стоматология. — 1981. — № 2. — С. 6-8.
317. Рыбаков А.И., Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта. — М.: Медицина. — 1978. — 232 с.
318. Рыбаков А.И., Гранин А.В. Профилактика кариеса зубов. — М.: Медицина. — 1970. — 222 с.
319. Рыбаков А.И., Лурье Т.М. 60 лет советской стоматологии // МРЖ. — 1977. — Т. VII. — №11. — С. 1-4.
320. Сафонов А.Г. Пути дальнейшего совершенствования стоматоло-гической помощи в СССР // Стоматология. — 1964. — №1. — С. 3-8.
321. Свадковский Б.С, Посельская В.Н. О первой отечественной дис-сертации по судебной одонтологии // Судебная стоматология: сб. науч. тр. под ред Б.С.Свадковского. ММСИ им.Н.А.Семашко. — М. — 1975. — Выш. 2. — С. 20-23.
322. Семенченко Г.И. Одонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области в детском возрасте // Труды V-го Всесоюз. съезда стоматологов. — М. — 1975. — С.156-158.
323. Склифосовский Н.В. Вырезывание языка после предваритель-ной перевязки язычных артерий // Врач. — 1880. — Т. 1, №1. — С. 2-6; Т.1, №2. — С. 25-28.
324. Склифосовский Н.В. Прочность зубов у обитателей столицы // Врач. — 1880. — Т.1, №5, с.85-86; Т.1, №6. — С. 99-100.
325. Склифосовский Н.В. Восстановление седлообразно запавшего носа // Хирургическая летопись. — 1892. — Т.2, №4. — С. 535-536.

326. Скороходов Л.Я.. Краткий очерк истории русской медицины. – Л.: Практическая медицина. – 1926. – 262 с.
327. Соболев А.М. Дентистика или зубное искусство о лечении зубных болезней с приложением детской гигиены. – СПб. – 1829.
328. Соловьев М.М. Современное состояние острой одонтогенной инфекции и повреждений челюстно-лицевой области // *Стоматология*. – 1981. – №2. – С. 8-13.
329. Соловьев М.М. Первая кафедра одонтологии в России (к столетию создания) // *Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова*. – 2000. – Т.7, №2. – С. 13-15.
330. Сорокина Т.С. Зубоврачевание // *История медицины*. Изд. 9-е. – М. – 2009. – С. 457 – 463.
331. Сорокина Т.С. Земская медицина – приоритет России // *Земский врач* 2010. 1: 7-10.
332. СПб. Научно-историческая конференция, посвященная 290-летию со дня основания Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко // М. – 1998. – С. 1- 3.
333. Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти 1917-1924: Сб. документов и материалов. – М.: Медицина. – 1999. – 544 с.
334. Стародубцев В.С. Общая анестезия при непродолжительных стоматологических вмешательствах в условиях поликлиники и стационара. Дис. ... канд. мед. наук. – М. – 1971. – 268 с.
335. Сточик А.М., Загравкин С.Н. Медицинский факультет московского университета в XVIII веке. Изд. 2-е, дополн. – М.: Шико. – 2000. – 287 с.
336. Суров О.Н. Зубное протезирование на имплантатах. – М.: Медицина. – 1993. – 208 с.
337. Сухарев Г.Т. Динамика морфологических изменений зубных и околозубных тканей под воздействием ортодонтических аппаратов. Дис. ... канд. мед. наук. – М. – 1953. – 214 с.
338. Сухорецкая Е.Н. Прогения, клиника и лечение (Клинико-экспериментальное исследование). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань. – 1968. – 21 с.

339. Тигерштедт С.С. Военно-полевая система лечения и протезирования огнестрельных челюстных ранений. – Пг. – 1916. – 33 с.
340. Троянский Г.Н. История советской стоматологии. – М.: «Медицина». – 1983. – 143 с.
341. Троянский Г. Н. Краткие биографические данные и научные направления исследований отечественных ученых в области зубоврачевания и стоматологии. – М.: Вече. – 2004. – 167 с.
342. Троянский Г.Н., Белолопоткова А.В. Зубоврачебная помощь в земской медицине // *Сборник научных трудов НИИ им. Н.А. Семашко*. – М. – 1991. – С. 79-80.
343. Троянский Г.Н., Миргазизов М.З. Развитие отечественной ортодонтии. – Кемерово. – 1980. – 67 с.
344. Уваров В.М. Экспериментальная мандибулярная анестезия. В кн.: *Стоматологический сборник*. – Л. – 1927. – С. 128-133.
345. Уваров В.М. Регионарная анестезия при остеомиелитах челюстей // *Тр. III Всесоюзного Одонтологического съезда*. – Л., 1929. – С. 294-298.
346. Уваров В.М. Лечение челюстно-лицевых повреждений в тыловых госпиталях. – Киров. – 1942. – 74 с.
347. Ушаков И.В. Клинические наблюдения о влиянии мостовидных протезов на пародонт опорных зубов. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. – 1967. – 17 с.
348. Федоров П.Ф. Экстракция зубов. – СПб. – 1892. – 108 с.
349. Федоров П.Ф. Зубы и их сохранение. – СПб. – 1889. – 55 с.
350. Федоров Ю.А. Профилактика заболеваний зубов и полости рта. – Львов: Медгиз. – 1979. – 143 с.
351. Федоров Ю.А., Володкина В.В. Оценка очищающего действия гигиенических средств и качество ухода за полостью рта // *Терапевтическая и ортопедическая стоматология*. – Киев: Здоровье. – 1971. – С. 117-119.
352. Фишер А.В. Курс дентиатрии по программе зубоврачебных школ. – М. – 1903.
353. Фролова Л.Е. Врожденные расщелины верхней губы и их оперативное лечение в первые двое суток после рождения ребенка. Дис. ... д-ра мед. наук. – М. – 1962. – 306 с.

354. Хитров Ф.М. Пластика носа Филатовским стеблем после огнестрельных повреждений. Дис. ... д-ра мед. наук. — М. — 1948. — 306 с.
355. Хитров Ф.М. Дефекты и рубцовые заращения глотки, шейного отдела пищевода, гортани, трахеи и методика их устранения. — М.: Медицина. — 1963. — 216 с.
356. Хитров Ф.М. Пластическое замещение дефектов лица и шеи Филатовским стеблем. — М.: Медгиз — 1954. — 247 с.
357. Хорошилкина Ф.Я. Аномалии положения верхних резцов и клыков и методы их лечения. Дис. ... канд. мед наук. — М. — 1969. — 225 с.
358. Хорошилкина Ф.Я. Аномалии прикуса в антеропостериальном направлении, методы их диагностики и лечения. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М. — 1970. — 25 с.
359. Хорошилкина Ф.Я. Функциональные методы лечения в ортодонтии. — М.: Медицина. — 1972. — 144 с.
360. Хорошилкина Ф.Я. Телерентгенография в ортодонтии. — М.: Медицина. — 1976. — 151 с.
361. Хорошилкина Ф. Я., Малыгин Ю. М. Основы конструирования и технология изготовления ортодонтических аппаратов. — М.: Медицина. — 1977. — 264 с.
362. Хрущев И.И. Полный зубоорудительный курс. — СПб. — 1886. — 626 с.
363. Чернопятлова Опыт лечения глубокого резцового перекрытия у взрослых. Дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1970.
364. Черных П.В. Анальгезический наркоз закисью азота с кислородом в условиях амбулаторной стоматологии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 1971. — 19 с.
365. Шарпенак А.Э. Теоретические предпосылки к решению вопроса о причинах возникновения кариеса // Стоматология. — 1949. — № 1. — С. 46-49.
366. Шилова Г.Б. Некоторые физиологические реакции организма ребенка при лечении аномалий ортодонтическими аппаратами. Дис. ... д-ра мед. наук. — Полтава. — 1971.
367. Шрейбер И. Ф. Руководство к познанию и врачеванию болезней человеческих наружных и внутренних. Пер. с лат. Н. М. Максимовича-Амбодика. — СПб. — 1781.

368. Энтин Д.А. Физико — химическая теория кариеса // Одонтология и стоматология. — 1928. — №10. — С. 52-57.
369. Энтин Д.А. Достижения советской стоматологии в области изучения так называемой альвеолярной пиореи // Стоматология. — 1937. — №5. — С. 43-48.
370. Энтин Д.А. Доврачебная медицинская помощь и уход при челюстно-лицевых ранениях. — М.: Медгиз. — 1939. — 32 с.
371. Энтин Д.А. Организация помощи и лечения челюстно-лицевых раненых на опыте боевых операций у реки Халкин-Гол и в Финляндии в 1939 и 1940 г.г. // Стоматология. — 1940. — №5. — С. 9-21.
372. Энтин Д.А. Военная челюстно-лицевая хирургия. — М.: Медгиз. — 1941. — 221 с.
373. Энтин Д.А. Стоматология в Великой Отечественной войне. К истории военной челюстно-лицевой хирургии в СССР // Стоматология. — 1942. — №4. — С. 39-40.
374. Юдин С. С. Заметки по военно-полевой хирургии. — М.: Медгиз. — 1943. — 646 с.
375. Яровой А.К. Возрастные особенности функции жевания у детей с нормальным жевательным аппаратом и ее изменения при аномалиях развития зубочелюстной системы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Киев. — 1967. — 19 с.

Список архивных источников

Центральный исторический архив Москвы (ЦИАМ)

1. О запрещении разным лицам открывать зубоорудительные кабинеты (1904). ЦИАМ, фонд 1. оп.1 дело №2781.
2. Отчет Медицинской конторы в 1853 г. о всех врачах и дантистах по Московской губернии. ЦИАМ, фонд 1, оп. 2, д. №641.
3. Переписка с зубоорудительной школой Коварского о приеме в школу учеников (1894). ЦИАМ, фонд 1, оп. 2, дело № 2165.
4. Копии циркуляров медицинского департамента МВД о правилах содержания зубоорудительных кабинетов (1902). ЦИАМ, фонд 1, оп. 2, дело №2612.
5. Журнал Медицинской конторы «О разрешении штаб-лекарю надворному советнику Никите Петрову Козловскому опубликовать в Мос-

ковских ведомостях объявление об изобретенных им зубных каплях». ЦИАМ, фонд 1, оп.1. дело №2613.

6. О разрешении дантистам Трофиловым открыть в Москве лечебницу болезней зубов и полости рта (1903). ЦИАМ, фонд 1. оп. 2, дело №2682.

7. Переписка с канцелярией Московского градоначальника о разрешении Московскому зубоврачебному обществу созыва в Москве съезда делегатов всех существующих в России зубоврачебных обществ (1906 г.). ЦИАМ, фонд 1, оп.2, дело №3041.

8. Ответ руководства Медицинского факультета Московского университета на запрос Министерство внутренних дел о целесообразности «повторительных» курсов усовершенствования врачей по одонтологии (1911 г.). ЦИАМ, фонд 418, оп. 350, дело №160.

9. О рецензировании рукописи «Народный зубной врач или искусство самому лечить простыми средствами зубную боль» (1861). ЦИАМ, фонд 418, оп. 368, дело №162.

10. Об экзамене на звание дантиста (1870). ЦИАМ, фонд 418. оп. 377. дело №42.

Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ)

1. Декреты СНК РСФСР, положения и Постановления НКЗ РСФСР о социализации зубоврачебной помощи населению. «Положение о зубоврачебной подсекции комиссариата и Ученой одонтологической комиссии». ГАРФ, фонд 482, оп.1, дело №12, л.17.

2. Протоколы заседаний Зубоврачебной Секции Наркомздрава РСФСР. ГАРФ, фонд 482, оп.1, дело №538, л. 4.

3. Приказы по Народному Комиссариату Здравоохранения за 1927 г. ГАРФ, фонд 482, оп.1, дело №603, л. 50.

4. Приказы по Народному Комиссариату Здравоохранения за 1935 г. – ГАРФ, фонд 482, оп.1, дело №708, л.л. 94, 98.

Архив Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ)

1. Личное дело Платонова Е.Е. Архив МГМСУ, фонд 1057, оп.2, дело №112. – 94 л.

2. Личное дело Прохончукова А.А. Архив МГМСУ, фонд 1057, оп.7, дело №206. – 66 л.

3. Личное дело Евдокимова А.И. Архив МГМСУ, фонд 1057, оп.6, дело №227., 145 л.

4. Личное дело Бынина Б.Н. Архив МГМСУ, фонд 1057, оп.1, дело №233. – 50 л.

5. Личное дело Васильева Г.А. Архив МГМСУ, фонд 1057, оп.2, дело №342. – 161 л.

6. Личное дело Гофунга Е.М. Архив МГМСУ, фонд 1057, оп.1, дело №401, 26 л.

7. Личное дело Шарпенака А.Я. Архив МГМСУ, фонд 1057, оп.1, дело №670, 211 л.

8. Личное дело Пашкова Б.М. – Архив МГМСУ, фонд 1057, оп.1, дело №975, 211 л.

9. Личное дело Курляндского В.Ю. Архив МГМСУ, фонд 1057, оп.1, дело №1095, 157 л.

10. Личное дело Патрикеева В.К. Архив МГМСУ, фонд 1057, оп.1, дело №1174, 51 л.

11. Личное дело Федорова Н.А. Архив МГМСУ, фонд 1057, оп.1, дело 1592, 48 л.

Содержание

Предисловие	5
-------------------	---

Введение.

О периодизации истории отечественной стоматологии	7
---	---

Часть 1. Зубоврачевание в Киевской Руси (IX–XIII вв.), Московском государстве (XV–XVII вв.) и Российской империи (XVIII – начало XX в.)	13
--	----

1.1. Зубоврачевание в Киевской Руси	14
---	----

1.2. Зубоврачевание в Московском государстве	17
--	----

1.3. Зубоврачевание в XVIII – первой половине XIX века в России	20
--	----

1.4. Зубоврачевание во второй половине XIX – начале XX века в России	41
---	----

Часть 2. Развитие стоматологии как врачебной специальности в СССР и Российской Федерации	81
--	----

2.1. Общие вопросы возникновения, становления и развития отечественной стоматологии в XX веке	82
--	----

2.2. Подготовка специалистов стоматологического профиля — зубных врачей и врачей-стоматологов	111
--	-----

2.3. Подготовка зубных техников	123
---------------------------------------	-----

Часть 3. Основные направления и тенденции развития отечественной стоматологии как научно-учебной дисциплины и формирование ее современной структуры. Профилактическое направление в стоматологии. Развитие ведущих научных проблем в рамках основных стоматологических специальностей: терапевтическая, хирургическая и ортопедическая стоматология, детская стоматология и ортодонтия	129
---	-----

3.1. Профилактическая стоматология	131
--	-----

3.2. Вопросы обезболивания в стоматологии	135
---	-----

3.3. Основные проблемы терапевтической стоматологии в их развитии	141
--	-----

3.3.1. Кариес зубов	143
---------------------------	-----

3.3.2. Заболевания пародонта	151
------------------------------------	-----

3.3.3. Патология слизистой оболочки полости рта	160
---	-----

3.4. Основные проблемы хирургической стоматологии	162
---	-----

3.4.1. Гнойная хирургия полости рта	165
---	-----

3.4.2. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области	171
---	-----

3.4.3. Доброкачественные и злокачественные новообразования полости рта	179
---	-----

3.4.4. Дентальная имплантология	182
---------------------------------------	-----

3.5. Основные проблемы ортопедической стоматологии	187
--	-----

3.5.1. Диагностика болезней зубов и показания к зубному протезированию	188
---	-----

3.5.2. Анатомо-физиологические исследования в ортопедической стоматологии	193
--	-----

3.5.3. Протезирование челюстей при полном отсутствии зубов	198
---	-----

3.5.4. Протезирование челюстей при заболеваниях пародонта	207
--	-----

3.5.5. Материаловедение в ортопедической стоматологии: металлы и сплавы, пластические и слепочные массы	213
---	-----

3.6. Детская стоматология	227
---------------------------------	-----

3.7. Основные вопросы ортодонтии	234
--	-----

Заключение.

Основные черты истории отечественной стоматологии	256
---	-----

Литература	273
-------------------------	-----

Пашков Константин Анатольевич

**ЗУБОВРАЧЕВАНИЕ И СТОМАТОЛОГИЯ В РОССИИ:
ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ
(IX–XX ВЕК)**

Монография

Второе издание, переработанное и дополненное

В авторской редакции

Дизайн обложки
Е. Ашариной

Компьютерная верстка
В. Калинина

Подписано в печать 03.08.2011. Формат 60x84 ¹/₁₆.
Бумага офсетная. Печать ризографическая.
Гарнитура «Newton». Усл. печ. л. 17,67.
Тираж 500 экз. Заказ 08-11/01-2.

Издательство «Центр инновационных технологий».
420108, г. Казань, ул. Портовая, 25а.
Тел./факс: (843) 231-05-46, 231-05-61



420108, г. Казань, ул. Портовая, 25а.
Тел./факс: (843) 231-05-46, 231-05-61.
E-mail: citlogos@mail.ru
www.logos-press.ru