

П. Г. ДАУТЕ

ОРГАНИЗАТОР
СОВЕТСКОЙ
СТОМАТО-
ЛОГИИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЛАТВИЙСКОЙ ССР
ВСЕСОЮЗНОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО
СТОМАТОЛОГОВ
НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО СТОМАТОЛОГОВ
ЛАТВИЙСКОЙ ССР

П. Г. ДАУГЕ ОРГАНИЗАТОР СОВЕТСКОЙ СТОМАТО- ЛОГИИ

Материалы X пленума Всесоюзного научного медицинского общества стоматологов и VI выездной сессии ЦНИИС, посвященных столетию со дня рождения П. Г. Дауге и вопросам внедрения научных исследований в практику, состоявшихся 17—19 сентября 1969 года в г. Риге

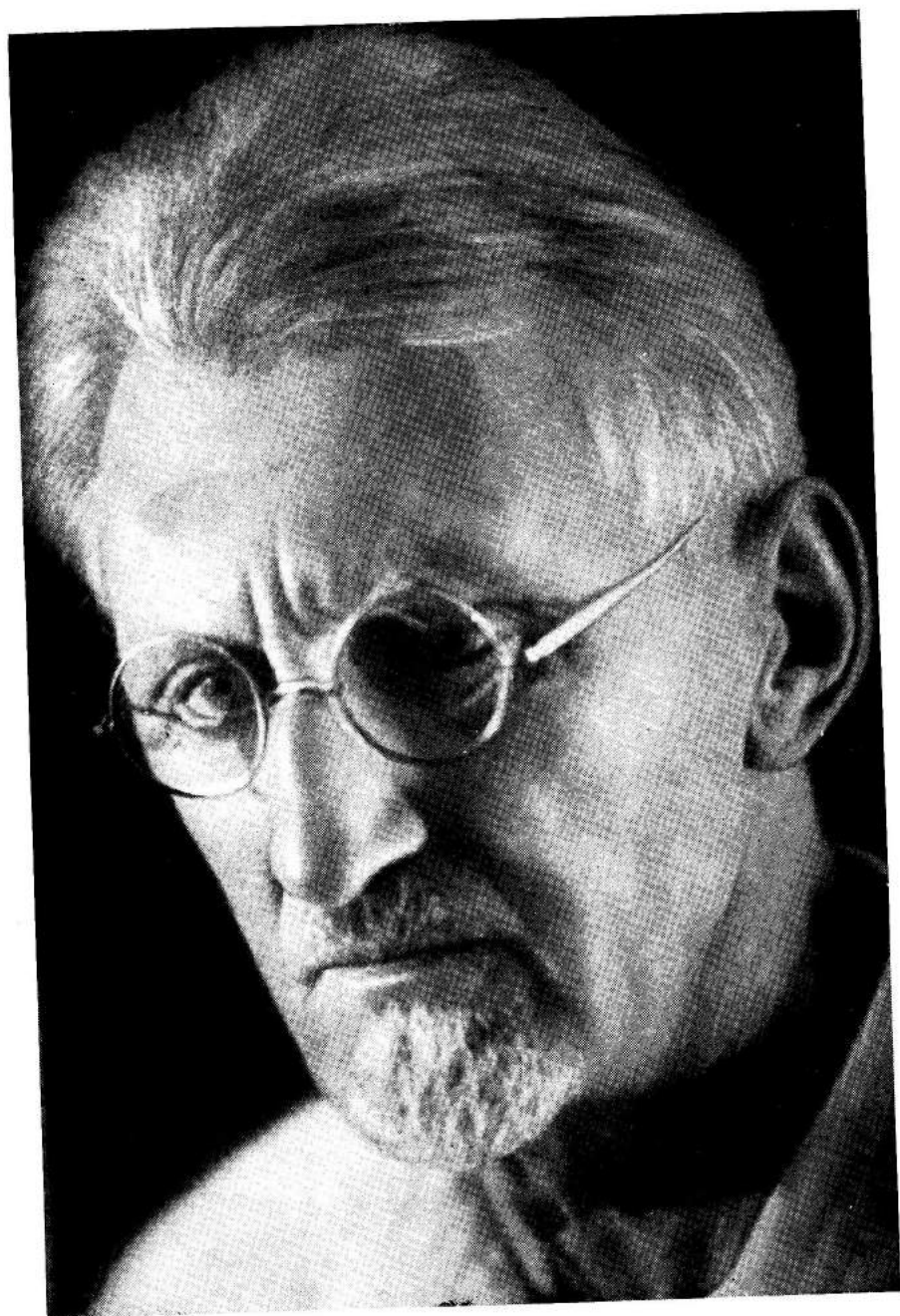
*Под общей редакцией
заслуженного деятеля науки Латвийской ССР,
профессора Д. А. КАЛВЕЛИСА*



Издательство «Звайгзне»
Рига 1971

617.5
Д 12

5-3-9
71



К СТОЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ П. Г. ДАУГЕ

ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ П. Г. ДАУГЕ

Проф. Д. А. КАЛВЕЛИС
(Рига)

22 августа 1969 года исполнилось 100 лет со дня рождения основоположника и организатора советской стоматологии, соратника В. И. Ленина, Павла Георгиевича Дауге. Он известен не только как талантливый организатор здравоохранения, но и как философ, литератор, публицист, издатель марксистской литературы, историк.

Стоматологическая общественность нашей страны знает П. Г. Дауге как выдающегося организатора и ученого в области социальной стоматологии. Он не только отлично знал свое дело, но и обладал исключительными душевными качествами. «Было время, когда руководителю достаточно было обладать лишь административными способностями. Теперь, особенно в такой сложной и деликатной области, как дело здравоохранения, надо еще знать дело, — указывал Н. А. Семашко, — и то обстоятельство, что П. Г. принадлежит к числу образованнейших зубных врачей, немало содействовало его успехам и достижениям в работе по строительству зубоучебного дела в СССР»¹.

В своей статье «Многогранная личность»² Н. А. Семашко

¹ «Одонтология и стоматология», 1928, № 2, 7.

² Там же.

указывает на две черты, которые так удачно сочетаются в личности П. К. Дауге. Это исключительная добросовестность в выполнении взятых на себя обязанностей, переходящая в прямой энтузиазм, что особенно ценил в Павле Георгиевиче В. И. Ленин. Н. А. Семашко указывал, что после разговора с Павлом Георгиевичем Владимир Ильич как-то сказал: «Как ни тяжело, надо просить П. Г. (Павла Георгиевича Дауге. — Д. К.) исполнить: видите, как человек относится к своему делу»¹. И еще одну черту Павла Георгиевича отмечает Н. А. Семашко — его кристальную честность.

Павел Георгиевич Дауге родился 22(9) августа 1869 года в Саукасской волости в семье сельского учителя Георгия Дауге, одного из пионеров народного образования в Латвии. Георгий Дауге заведовал школой, которую основал сам в 1856 году; она отличалась чрезвычайно широкой и необычной для того времени программой — здесь изучались немецкий язык, естествоведение, проводились практические занятия по садоводству и огородничеству и др.

Дом Георгия Дауге был центром различных культурных начинаний, местом для организации концертов, театральных представлений и празднеств.

В 1880 году в 11-летнем возрасте Павел Георгиевич Дауге поступил в Рижское городское реальное училище, которое окончил в 1886 году.

Отец П. Г. Дауге хотел, чтобы его сын тоже стал учителем, для чего послал его в Ирлавскую учительскую семинарию. Но через год в связи с болезнью Павел Георгиевич вынужден был прервать учение, однако сдав в 1888 году экзамен экстерном, он получает учительские права и, вернувшись в родные края, занимает место отца. Саукасской школой П. Г. Дауге руководил до 1893 года.

Начиная со школьной скамьи, в течение всей своей сознательной жизни, П. Г. Дауге активно занимался общественно-политической деятельностью. Так, будучи еще в реальном училище, он приобщился к чтению литературы о социалистическом движении, которое в то время фактически только зарождалось в России.

В 1892 году Павел Георгиевич начал сотрудничать в латышской прогрессивной газете «Диенас Лапа».

Большого удовлетворения работа в школе Павлу Георгиевичу не дала, он не мог смириться с постоянной зависимостью от местных властей и духовенства.

По совету студента-медика Ласмана П. Г. Дауге решил заняться зубо врачеванием. В 1893 году он уезжает в Берлин и

¹ «Одонтология и стоматология», 1928, № 2, 7.

поступает в зубо врачебный институт Берлинского университета. Там он прилежно изучает зубо врачевание, слушает лекции у выдающегося профессора В. Миллера и целиком уходит в кипучую общественную жизнь Германии того времени.

Будучи студентом, П. Г. Дауге установил тесные связи с марксистским студенческим кружком в Тартуском (Юрьевском) университете, одним из основателей которого был брат П. Г. Дауге Александр.

Общение с выдающимися социалистами Августом Бебелем, Карлом Либкнехтом, Паулом Зингером и др. и активное участие в общественной жизни окончательно сформировали из Павла Георгиевича убежденного марксиста. П. Г. Дауге не только слушал выступления ораторов-социалистов, но и сам выступал с докладами, например «О первых годах социал-демократического движения в Латвии».

Возвращаясь после окончания учебного года из Берлина, П. Г. Дауге привез домой в специальном чемодане с двойным дном значительное количество нелегальной литературы, которой долгое время пользовались члены марксистских кружков России.

Из-за тяжелых материальных условий повторно в Берлин П. Г. Дауге не поехал и для продолжения своего образования поступил в Петербургскую зубо врачебную школу. В Петербурге он был вынужден и работать, и учиться.

П. Г. Дауге становится активным участником латышского студенческого кружка, выступает с докладами по социальным вопросам. Так, например, он прочел на латышском языке доклад «О бедноте», популярно излагавший содержание I тома «Капитала» Маркса. Позже текст доклада был привезен в Латвию и получил широкое распространение среди рабочих рижских и липайских заводов.

Осенью 1895 года Павел Георгиевич для завершения своего образования переехал в Москву, где поступил в Московскую зубо врачебную школу, которую и окончил в 1897 году. По окончании школы он начал в Москве свою самостоятельную зубо врачебную практику.

В эти годы общественная деятельность Павла Георгиевича Дауге становится еще более интенсивной. Даже специальность свою он поставил на службу партийным и общественным интересам. Квартира его вскоре стала связующим звеном между рассеянными по всей России латышскими и русскими революционерами.

Павел Георгиевич Дауге выступал с докладами научного и профессионального содержания, участвовал в работе Президиума Московского одонтологического общества, Всероссийского зубо врачебного союза и Международной лиги гигиены полости рта. Он участвовал также в работе V Междуна-

родного съезда зубных врачей в 1909 году в Берлине, на котором была организована комиссия по борьбе с заболеваниями зубов и полости рта. По инициативе П. Г. Дауге была организована подобная комиссия и в России. Глубоко сознавая большое значение своей специальности, он упорно боролся за реформу зубоврачебного образования, доказывая необходимость высшего медицинского стоматологического образования.

В 1909 году по его инициативе был разработан проект зубоврачебного образования в России, который, однако, был отклонен Государственной думой. Зубоврачебная помощь в условиях царской России оказывалась частнопрактикующими зубными врачами. П. Г. Дауге боролся за организацию государственных зубоврачебных кабинетов и амбулаторий непосредственно на фабриках и в школах, где оказывалась бы бесплатная зубоврачебная помощь рабочим фабрик, и в особенности детям и школьникам. Но только после Великой Октябрьской социалистической революции сбылись чаяния Павла Георгиевича.

После создания Народного Комиссариата здравоохранения (11 июля 1918 г.) П. Г. Дауге вошел в состав Наркомздрава РСФСР как член первого состава коллегии, которому было доверено руководство зубоврачебной подсекцией. На этом трудном посту П. Г. Дауге оставался до 1929 года, когда по состоянию здоровья он вынужден был оставить его и заняться только научной, общественной и литературной деятельностью.

За заслуги в области стоматологии П. Г. Дауге был избран в 1929 году членом Международной зубоврачебной академии в Вашингтоне, а в 1935 году — почетным членом Венского зубоврачебного общества.

Громадные практические достижения в развитии советской стоматологии П. Г. Дауге обобщил в своем труде «Социальные основы советской стоматологии» (1933), который, по его словам, представляет итог мыслей и исканий, положенных в основу 13-летней работы по реформе зубоврачебного дела в РСФСР.

Вместе с тем П. Г. Дауге продолжал активно участвовать в общественно-политической жизни страны. Личное знакомство с В. И. Лениным, тесное сотрудничество с руководителями РСДРП(б) характеризуют его как последовательного марксиста-революционера.

После Великой Отечественной войны П. Г. Дауге вернулся в Ригу. Несмотря на преклонный возраст (76 лет), он работал в Институте истории партии при ЦК КП Латвии в качестве научного сотрудника. В этот период он написал работу «Революция 1905—1907 годов в Латвии», закончил I часть книги «Жизнь и деятельность П. Стучки». П. Г. Дауге было

присвоено почетное звание «Заслуженный деятель культуры Латвийской ССР».

Современник П. Г. Дауге Г. П. Ефрон отмечал характернейшую особенность его личности, столь своеобразной и яркой, которую лучше и полнее всего можно охарактеризовать словом горение.

П. Г. Дауге живо интересовался всем происходящим, установил связь со стоматологической общественностью нашей республики. Каждая встреча с ним была приятной и полезной. Ему были присущи большая энергия и витальность. Он очень охотно рассказывал о первом, исключительно сложном и трудном периоде организации советской стоматологии, причем так эмоционально, как будто это было в недавнем прошлом.

П. Г. Дауге принимал активное участие в обсуждении путей восстановления и реорганизации стоматологической службы в нашей республике, планировалось его выступление на заседании общества стоматологов. Но осуществить все это он не успел.

В письме от 9 августа 1946 года он писал: «Лежу уже второй месяц в больнице, тяжело болен, а поэтому не могу к Вам лично зайти». И далее следовала приписка: «По определению врачей мне придется здесь пролежать еще месяца 2—3».

Это было последнее письмо ко мне и вообще, должно быть, одно из последних писем в его жизни. Спустя неполный месяц, т. е. 2 сентября 1946 года, смерть прервала жизнь этого обаятельного, энергичного, кипучего человека.

П. Г. Дауге похоронен в Риге на кладбище Райниса неподалеку от могилы его друга, великого сына Латвии — Яниса Райниса.

ПАВЕЛ ГЕОРГИЕВИЧ ДАУГЕ — ОРГАНИЗАТОР СОВЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Доц. С. С. ВОЛЫНСКИЙ
(Москва)

Деятельность Павла Георгиевича Дауге, организатора советской стоматологии, ученого и видного революционного деятеля нашей страны, занимает значительную страницу в истории советского здравоохранения.

В течение ряда лет (с 1919 по 1929 г.) я имел счастливую возможность работать с П. Г. Дауге в Наркомздраве РСФСР, непосредственно участвовать во многих событиях, тесно связанных с его деятельностью. Я познакомился с П. Г. Дауге в 1913 году в Московском одонтологическом обществе. Уже в ту пору он имел большой опыт революционной работы и был известен как крупный специалист по зубоврачеванию.

В дореволюционной России государственной зубоврачебной помощи не существовало. Зубоврачевание было сосредоточено в крупных губернских и уездных городах, в частных зубоврачебных кабинетах. Царское правительство проявляло полное пренебрежение к разработке вопросов, связанных с заботой о здоровье широких масс населения.

Общественные условия в ту пору всячески препятствовали росту и развитию научной медицины, и в частности стоматологии. Большую инициативу проявляли одонтологические общества, которые пытались поставить зубоврачевание на научную основу. В те времена П. Г. Дауге уделял немало внимания и проявлял массу творческой энергии борьбе за организацию бесплатной помощи широким массам населения. Еще в 1909 г. П. Г. Дауге как представитель Всероссийского зубоврачебного союза выступил на V Международном зубоврачебном конгрессе в Берлине с докладом о необходимости реформы зубоврачебного дела в России. На конгрессе был избран специальный комитет общественной гигиены по борьбе с заболеваниями зубов и полости рта. В состав комитета вошли П. Г. Дауге, Ф. А. Звержковский, А. А. Редалье, М. А. Минкер и др.

После победы Великой Октябрьской революции выявились новые формы общественных отношений, а вместе с ними определялись и новые задачи здравоохранения. Зубоврачевание как органическая часть медицины вошло в систему советского здравоохранения и получило широкие возможности для дальнейшего развития.

11 июля 1918 г. на заседании Совета Народных Комиссаров было принято постановление об организации Народного комиссариата здравоохранения. Была сформирована первая коллегия, в которую вместе с Н. А. Семашко, З. П. Соловьевым, А. П. Голубковым, Е. П. Первухиным, В. М. Бонч-Бруевичем вошел и П. Г. Дауге.

Декрет о назначении П. Г. Дауге членом коллегии Народного комиссариата здравоохранения был подписан 18 июля 1918 г. В. И. Лениным, который ценил его как испытанного революционера и крупного деятеля общественной медицины.

Эта дата открыла эпоху в истории развития советского здравоохранения и стоматологии как неотъемлемой его части.

П. Г. Дауге стал во главе зубоврачебной подсекции Лечебного отдела Наркомздрава РСФСР.

Вот что он писал по этому поводу: «Я Владимиру Ильичу, а также Первухину изложил свои основные мысли, указав на необходимость абсолютно видоизменить все организационные формы зубоврачебного дела, представлявшего к тому времени исключительно сеть мелких частных кабинетов в зажиточных центрах городов и обслуживающих лишь платежеспособную буржуазную публику. Вместо частной практики я считал необходимым организовать обширные амбулатории и клиники для массового обслуживания рабочих и сельских мест. Кроме того, я указал на необходимость коренной реформы всего зубоврачебного образования и поднятия этой специальности на общий уровень всех медицинских специальностей, значит на необходимость открытия одонтологических кафедр при медицинских высших школах. Моя основная мысль была одобрена...»¹.

П. Г. Дауге было поручено разработать проект положения о зубоврачебной подсекции. Этим положением зубоврачебная помощь впервые была включена как органическое звено в систему советского здравоохранения.

«Октябрьская Революция, — писал впоследствии Дауге, — положила конец одонтологии как третьеразрядной медицинской дисциплины полуремесленной, полунаучной»².

В начале 1919 г. я был приглашен П. Г. Дауге на должность сотрудника зубоврачебной секции Народного комиссариата здравоохранения. Это был самый трудный и сложный период в работе Наркомздрава. Перед зубоврачебной секцией стоял ряд важных проблем и, прежде всего, организация зубоврачебной помощи бойцам Красной Армии, в том числе специализированной при челюстно-лицевых ранениях. Главной задачей в то время были разработка и проведение в жизнь всех мероприятий по реформе зубоврачебного дела на социалистических основах. По инициативе П. Г. Дауге к этому важному делу была привлечена группа ученых, передовых врачей и общественных деятелей: А. И. Евдокимов, Е. М. Гофунг, И. Г. Лукомский, Д. А. Энтин, А. А. Лимберг, Н. И. Агапов, М. О. Коварский, Н. И. Астахов, А. Е. Верлоцкий, П. П. Львов, Г. А. Ефрон, С. С. Волынский, Н. Н. Вильник, И. И. Фурман, Я. С. Утштейн, Н. Т. Хорава, Ю. К. Метлицкий и др.

Образовался коллектив, который сыграл в эти годы важную роль в разработке научно-методических вопросов,

¹ Архивные фонды Музея революции Латвийской ССР, инв. № 35—VII.

² Архивные фонды Музея революции Латвийской ССР, инв. № 110056/1530—VII.

связанных с организацией стоматологической помощи. Необходимо подчеркнуть, что, несмотря на ряд организационных трудностей, П. Г. Дауге своим талантом организатора, высоким авторитетом руководителя, сумел объединить вокруг себя преданный делу коллектив.

В исключительно сложной и трудной обстановке начиналась коренная перестройка стоматологической помощи. Строительство стоматологических учреждений проходило в условиях тяжелой экономической разрухи и иностранной интервенции. Почти отсутствовала государственная стоматологическая помощь населению. Незначительное количество зубо-врачебных кабинетов находилось в военных учреждениях и на железнодорожном транспорте. Империалистическая и гражданская войны и сопутствующая блокада привели к истощению материальных ресурсов. Ощущался острый недостаток в зубо-врачебных и зуботехнических кадрах. В стране отсутствовало производство оборудования и инструментария. Одна из труднейших задач того времени — оснащение лечебной сети оборудованием, инструментарием и материалами. Народный комиссариат здравоохранения принял постановление о национализации инвентаря частных зубо-врачебных кабинетов и лечебниц. Количество учтенного инвентаря было настолько незначительным, что не могло служить материальной базой для организации стоматологических учреждений. В то же время материальные ресурсы подходили к концу.

Встал вопрос о закупке оборудования и инструментария за границей. С этой целью П. Г. Дауге был командирован в Германию. Эта поездка послужила в известной мере поворотным пунктом для дальнейшего развертывания и снабжения стоматологических учреждений оборудованием и инструментарием.

Вот что пишет об этом трудном периоде П. Г. Дауге: «Интервенция и гражданская война привели страну к грани полного материального истощения. Промышленный застой, блокада, истощение старых запасов поставили под угрозу завоевания революции. Много героев пало на поле брани. Зубо-врачебная масса вынесла за эти годы на своих плечах нечеловеческую долю страданий, жертв и труда. Она с гордостью может оглянуться назад в сознании, что она честно, охраняя здоровье борющегося пролетариата, в самые тяжелые дни революции стала достойной участницей в ее полной победе»¹.

В конце 1918 года П. Г. Дауге представил в коллегию Наркомздрава доклад «О реформе зубо-врачебного дела в России», основные положения которого легли в основу Поста-

¹ «Одونتология и стоматология», 1927, № 5, стр. 8.

новления Наркомздрава РСФСР «О государственной организации зубоврачебной помощи в республике», в котором говорилось об общедоступной, бесплатной и квалифицированной зубоврачебной помощи. В постановлении говорилось о необходимости правильного распределения зубных врачей и оборудования зубоврачебных кабинетов, о бесплатности всех видов зубоврачебной помощи и о постепенной ликвидации частной практики.

В декабре 1918 г. Наркомздравом РСФСР было утверждено разработанное П. Г. Дауге «Постановление об образовании зубоврачебных ячеек при медико-санитарных отделах губернских советов депутатов трудящихся».

В этом постановлении были определены задачи и функции органов, ведавших зубоврачебным делом на местах.

Созданию сети зубоврачебных учреждений предшествовала большая подготовительная работа по оснащению оборудованием, инструментарием и материалами, производство которых еще не было налажено в советском государстве.

В связи с постепенно увеличивающимся ростом стоматологических учреждений и необходимостью их оснащения П. Г. Дауге был вторично командирован в 1921 году в Германию для приобретения оборудования. Стало очевидным, что перестройка зубоврачебного дела разворачивается успешно. Новые организационные принципы, положенные в основу строительства, получили широкое признание и начали претворяться в жизнь. В дальнейшем, в связи с подъемом народного хозяйства и улучшением благосостояния страны, быстрыми темпами расширялась и улучшалась организация и постановка стоматологической помощи.

Величайшей заслугой П. Г. Дауге является реформа зубоврачебного образования.

По личной инициативе П. Г. Дауге была создана Ученая одонтологическая комиссия, в которую вошли профессора и преподаватели, занимавшиеся разработкой вопросов стоматологической науки: А. И. Абрикосов, Г. И. Вильга, И. М. Коварский, А. И. Евдокимов, А. В. Мартынов, С. О. Стопницкий, С. О. Червинский, Л. А. Говсеев и др. Был составлен проект и впоследствии принято постановление. «Существующие зубоврачебные школы, — говорилось в постановлении, — как несоответствующие в научном отношении требованиям времени, подлежат закрытию. Зубоврачебное образование передается медицинским факультетам». Таким образом впервые в нашей стране подготовка одонтологов (впоследствии стоматологов) была передана в высшую медицинскую школу.

Необходимо отметить, что реформа проводилась в исключительно трудных условиях и в первые годы, естественно, не

могла полностью обеспечить квалифицированными кадрами стоматологические учреждения.

Велика заслуга П. Г. Дауге и в развитии стоматологической науки. По его инициативе в 1922 году в Москве был открыт Государственный институт зубоврачевания (ГИЗ), переименованный позднее в Государственный институт стоматологии и одонтологии (ГИСО). В 1923 году П. Г. Дауге пригласил на должность директора ГИСО А. И. Евдокимова, о котором позднее писал: «Его (Евдокимова) организаторский и административный талант, его умение привлекать сотрудников, воодушевлять их к творческой работе способствовали быстрому расцвету учреждения»¹.

ГИСО под руководством Александра Ивановича Евдокимова сыграл большую роль в изучении и разработке важных проблем научной и практической стоматологии. Институт вскоре превратился в крупный научный центр по усовершенствованию и специализации зубных врачей. В ГИСО была организована кафедра социальной патологии и гигиены полости рта, которой заведовал П. Г. Дауге. Вскоре были созданы научно-практические институты в Ленинграде, Харькове, Одессе. Много научных трудов и монографий было выпущено в первое десятилетие после Октябрьской революции. Это являлось ярким доказательством того, что советская стоматология обогатилась новыми научными достижениями. Выросла новая плеяда ученых-стоматологов.

Большой вклад внес П. Г. Дауге в развитие профилактического направления. Уже с первых шагов своей деятельности на посту руководителя зубоврачебной секции он уделял много внимания профилактике как основному методу борьбы со стоматологическими заболеваниями. Об этом говорится в постановлении «О государственной зубоврачебной помощи в Республике (1918)». Квалифицированная стоматологическая помощь должна строиться на принципах профилактики, главное внимание должно быть уделено плановой стоматологической санации, и в первую очередь детям.

Ряд важных научных и организационных проблем по стоматологической профилактике освещен в труде П. Г. Дауге «Социальные основы советской стоматологии», изданном в 1933 году.

П. Г. Дауге был инициатором и организатором первых трех Всесоюзных одонтологических съездов. Каждый из них является событием, исторической вехой в развитии стоматологической науки.

На I Одонтологическом съезде в Москве в 1923 году обсуж-

¹ «Одонтология и стоматология», 1927, № 2, стр. 8.

дались проблемы научной и социальной стоматологии. Был заложен первый фундамент наших взаимоотношений с зарубежными учеными и деятелями стоматологии.

В 1925 году в Москве был созван II Одонтологический съезд, сыгравший особую роль в развитии стоматологической науки. Он показал, что стоматология как равноправная медицинская дисциплина неразрывно связана со всей системой высшего медицинского образования. Открытие во многих медицинских ВУЗах стоматологических кафедр, достижения в подготовке врачебных кадров, а также успехи в научных изысканиях были расценены как крупные завоевания в истории советской стоматологии. В 1928 г. в Ленинграде был созван III Одонтологический съезд. Были представлены доклады по вопросам научной и практической стоматологии. Ряд докладов был представлен научными институтами и отдельными кафедрами. Это было ярким доказательством новых достижений в развитии научно-исследовательской работы.

С первых же дней своей работы в Наркомздраве П. Г. Дауге вынашивал мысль об издании журнала, который явился бы проводником новых идей в деле организации советской стоматологии. Но в условиях тяжелой экономической разрухи в первые годы Советской власти это было невыполнимо. В 1922 г. был выпущен один номер журнала под названием «Вестник государственного зубоврачевания», и только в 1923 году благодаря гигантским усилиям П. Г. Дауге издание журнала возобновилось под названием «Одонтология и стоматология». Редактором этого журнала до 1931 г. был П. Г. Дауге, соредакторами А. И. Евдокимов и М. О. Коварский.

29 января 1928 года медицинская общественность нашей страны широко отметила тридцатилетие научной, врачебной, педагогической и общественной деятельности Павла Георгиевича Дауге. На торжественное заседание собрались представители научных, общественных организаций, а также видные партийные и государственные деятели. В моей памяти до сих пор не сгладилось впечатление от этого знаменательного юбилея. Председательствовал Народный Комиссар Здравоохранения Н. А. Семашко. В своем приветственном слове он сказал: «...именно это сочетание в П. Г. Дауге старого революционера, крупнейшего организатора и выдающегося специалиста, образованного марксиста и дало возможность ему выявить громадные способности в области здравоохранения, и поставить дело зубоврачевания в нашей стране на такую высоту, которая видна за пределами Советского Союза...»¹.

¹ «Одонтология и стоматология», 1928, № 2, стр. 90.

Огромное количество приветственных писем и телеграмм из разных уголков нашей страны и зарубежных стран было получено Президиумом по чествованию П. Г. Дауге. Среди них были приветствия от Клары Цеткин, Марии Ильиничны и Анны Ильиничны Ульяновых, П. И. Стучки, П. Е. Первухина, П. Н. Лепешинского, Р. Пельше, М. Н. Покровского и многих, многих других.

В его многогранной, полной кипучей энергии деятельности большое место занимала общественная и общественно-политическая работа. Она была велика и многообразна. При всей своей занятости он уделял много внимания работе Московского и Ленинградского одонтологического общества. Часто выезжал на конференции в Ленинград, Минск, Горький и другие города Советского Союза. Тесное общение с врачебными массами, связь с руководителями на местах, а также огромная переписка с медицинскими и общественными организациями отнимали у него много времени и труда.

Природа одарила П. Г. Дауге многогранным талантом. Размышляя о роли П. Г. Дауге в развитии советского здравоохранения, я вспоминаю отдельные аспекты его деятельности: Дауге — руководитель советской стоматологии в молодом советском государстве, первый организатор стоматологической помощи, реформатор зубоврачебного образования, создатель профилактического направления в стоматологии, теоретик здравоохранения.

Он был строг прежде всего к самому себе. Настойчив и требователен в работе, отзывчив и чуток. П. Г. Дауге пользовался всеобщим признанием и глубоким уважением. На съездах, конференциях он заражал окружающих своим энтузиазмом и коммунистической убежденностью. Его скромность и личное обаяние снискали любовь всех знавших его и работавших с ним.

Мы глубоко чтим и храним память о крупном революционере и выдающемся деятеле советского здравоохранения.

ФИЛОСОФСКИЕ ВЗГЛЯДЫ ПАВЛА ГЕОРГИЕВИЧА ДАУГЕ

*Проф. В. А. ШТЕЙНБЕРГ, доц. П. В. ЛАЙЗАН
(Рига)*

Философское наследие Павла Георгиевича Дауге оставило заметный след в истории философской мысли народов СССР. Особенно большое влияние философское творчество

П. Дауге имело на развитие марксистско-ленинской мысли в Латвии.

Теоретическая деятельность П. Дауге охватывает многие области медицины, истории, литературоведения, педагогики, а также различные стороны философской науки. Он рассматривает проблемы диалектического и исторического материализма, истории философии, этики и эстетики. Его монография «Социальные основы советской стоматологии» (М., 1933) является не только научным исследованием по медицине, в ней решаются также важные философские проблемы медицины и критикуются многие идеалистические методологические концепции.

Работа П. Дауге «И. Дицген» (М., 1934) является одной из первых в нашей литературе, где с марксистской позиции исследуются философские взгляды И. Дицгена.

Монография П. Дауге «Жизнь и деятельность П. Стучки» (Рига, 1958) является не только капитальным и лучшим исследованием мировоззрения П. Стучки, но и непревзойденной до наших дней работой по истории развития марксистско-ленинской философской мысли в Латвии.

Книга П. Дауге «Райнис — певец борьбы, солнца и любви» (М., 1920), экземпляр которой хранился в личной библиотеке В. И. Ленина, является целой эпохой в освоении философского, эстетического и этического наследия классика латышской поэзии Я. Райниса.

Велико значение П. Дауге как переводчика марксистской литературы. Он перевел на русский язык и издал «Письма И. Н. Беккера, И. Дицгена, Ф. Энгельса, К. Маркса, Ф. А. Зорге и др.» (1907 г.). К этой книге по просьбе П. Дауге предисловие написал В. И. Ленин. После Великой Октябрьской социалистической революции, несмотря на огромную занятость, П. Дауге удается сделать переводы на латышский язык работ К. Маркса «К критике политической экономики», Ф. Энгельса «Анти-Дюринг», «Людвиг Фейербах и конец классической немецкой философии», В. И. Ленина «Империализм как высшая стадия капитализма» и др. П. Дауге является одним из создателей философской терминологии на латышском языке.

Революция, а тем более пролетарская, требует от масс всесторонней и самой энергичной деятельности, а от руководителей большого диапазона: ей нужны настоящие энциклопедисты. В значительной степени таким деятелем был и Павел Георгиевич Дауге.

Мировоззрение П. Дауге сформировалось под влиянием передового общественного движения в Латвии в конце XIX века, а затем, когда П. Дауге включился в борьбу рабочего класса в Латвии и позже в Москве, то в решающей степени

под влиянием трех русских революций, в которых рабочий класс проявил исключительную энергию и героизм. Теории П. Дауге учился у Маркса и Энгельса, и особенно у Владимира Ильича Ленина.

Можно с полным основанием сказать, что философскими идеями марксизма пронизано большинство работ П. Дауге, включая и медицинские труды. Так, в работе «О методах и принципах в зубо врачебном деле» (1909) П. Дауге развивал ленинскую критику «Вех», представлявших собою идеологическую реакцию в условиях поражения революции. Позже в философских произведениях «Отвращение к жизни и радость жизни» (1912) и «Абсолютный человек и абсолютная мораль» (1916) он дал философскую критику «веховцам» и одному из его вождей Н. Бердяеву. Эта критика полностью соответствовала ленинской линии в разоблачении русского либерализма, его философии и социологии. Заметим, что критика Бердяева П. Дауге сохранила свое значение и сегодня, ибо Бердяев, как известно, после Октября эмигрировал за границу и стал одним из лидеров ныне распространенного на Западе реакционного философского течения — экзистенциализма.

Непосредственно к философским проблемам П. Дауге обращается в 1893 году, когда он защищает марксистское учение о материалистическом понимании истории и пропагандирует принципы классовой борьбы пролетариата, особенно накануне первой русской революции в условиях обострившейся внутривластной борьбы между меньшевиками и большевиками. Известно, что уже в самом начале меньшевизм нес в себе дух индивидуализма, требований ничем не ограниченной свободы в обществе, дух преклонения перед отдельными «выдающимися» личностями. Против этого и выступил тогда П. Дауге в своей статье «Классовая борьба и руководство классовой борьбой» (1904, 1905): «Не буржуазные свободные индивиды поведут пролетариат к победе, а победивший пролетариат создаст свободных индивидов, у которых не будет ничего общего с буржуазной индивидуальностью», — писал П. Дауге.

П. Дауге был одним из первых марксистов в России, который обратил внимание на необходимость разоблачения субъективно-идеалистического и религиозно-мистического учения американского философа В. Джемса в области этики и сделал первые шаги в развитии этой критики.

В 1907 году П. Дауге пишет статью «Философия и тактика». В эти же годы он публикует и некоторые работы на естественнонаучные темы. Все они представляют собой опыт защиты диалектического положения о конкретном переходе к изучению действительности, об учете того важного обстоя-

тельства, что в ходе общественного прогресса существует «строгая законность» (т. е. закономерность).

К сожалению, в работе «Философия и тактика» выявились и серьезные слабости, которые переросли вскоре у автора в очень существенные философские ошибки. Последние четко выявились, когда П. Дауге после первой русской революции занялся переводом и изданием на русском и латышском языках трудов немецкого философа-марксиста рабочего Иосифа Дицгена. В трудах И. Дицгена были свои недостатки. Нашлись в то время люди, так называемые «дицгенисты» (Э. Дицген, Э. Унтерман), которые стали использовать эти слабости И. Дицгена, возводить их в абсолют, они провозгласили «новую философию», противопоставленную марксистской философии и материализму. Разумеется, это «новая философия» ничего общего не имела с подлинным И. Дицгеном. П. Дауге не разобрался в этом и оказался на какое-то время под влиянием «дицгенистов». Потребовалось вмешательство В. И. Ленина, который в книге «Материализм и эмпириокритицизм» подверг резкой критике всяких «дицгенистов», а заодно и П. Дауге.

Ленин тогда писал: «Дицген был марксист, и медвежьёу услугу оказывает ему Евгений Дицген и — увы! — товарищ П. Дауге, сочиняющие «натурмонизм», «дицгенизм» и т. п. «Дицгенизм» в отличие от диалектического материализма есть **путаница**, есть **шаг к реакционной философии**, есть попытка создать линию не из того, что есть великого в Иосифе Дицгене (в этом рабочем-философе, открывшем по-своему диалектический материализм, много великого!), а из того, **что есть у него слабого!**¹.

Ленинская критика решающим образом подействовала на П. Дауге. Он сумел исправить свои ошибки и снова выйти на правильную дорогу защиты и пропаганды диалектического и исторического материализма.

После Октября П. Дауге много внимания уделяет критике философского ревизионизма. Он критикует ложный взгляд оппортунистов II Интернационала, согласно которому марксизм не имеет своей философии и должен быть дополнен Кантом, Махом или «натурмонизмом». В процессе этой критики Дауге исправляет свои прежние ошибки «дицгенистского» толка. П. Дауге критикует претензии Э. Дицгена и Э. Унтермана подняться выше «узкого марксизма» и, дополнив марксизм «натурмонизмом», создать «широкий марксизм», который способствовал бы объединению большевиков с оппортунистическими направлениями. Он показывает, что ревизионисты

¹ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., т. 18, стр. 261.

не понимают материалистическую диалектику и диалектическую логику, что они со своим «логическим примирением» являются «буржуазной агентурой в рабочем движении»¹. П. Дауге заключает, что «дицгенизм» не имеет ничего общего с Дицгеном, и, приводя слова Ф. Меринга, пишет: «Мы знаем человека, от которого, будь он жив, «дицгенисты»... услышали бы отповедь, от которого им бы не поздоровилось. А человека этого звали Иосифом Дицгеном»².

П. Дауге в то же время, отмечая заслуги Ф. Меринга в защите философии марксизма, критикует его за отождествление диалектического материализма с механическим материализмом.

Защищая теорию познания диалектического материализма, П. Дауге критикует агностицизм. Возражая положению Геккеля, что «при современной организации нашего мозга перво-причина всех явлений непознаваема», П. Дауге пишет, что «человечеству доступны не только **относительные**, но и **абсолютные истины**».

Много труда вложил П. Дауге в ряд своих работ, посвященных проблемам марксистской этики: «Современный капитализм и этика», «О совести» и др.

П. Дауге критикует ошибки К. Каутского, который ищет происхождение нравственности в биологическом стремлении животных, в том числе и человека, к объединению, к координации действий, в бессознательном чувстве общественной **зависимости**. Критикуя работу К. Каутского «Этика и материалистическое понимание истории», П. Дауге пишет, что точка зрения К. Каутского приводит к «этическому индивидуализму, к этическому анархизму, к утере великого смысла партийной и общественной дисциплины...»³.

Отстаивая марксистско-ленинские принципы партийности и классовой этики, особое внимание П. Дауге уделяет защите ленинских положений о коммунистической морали. П. Дауге показывает, что марксисты отрицают не мораль вообще, а буржуазную мораль, и что основное содержание коммунистической нравственности определяет борьба за укрепление и завершение коммунизма⁴.

Всю свою жизнь П. Дауге настойчиво защищал идеи пролетарского интернационализма, был врагом буржуазной идеологии, всяких видов национализма и шовинизма. Его лучшие философские работы и сейчас не потеряли своего научного и воспитательного значения.

¹ П. Дауге, И. Дицген. М., Соцэкгиз, 1934, стр. 135.

² Там же, стр. 140.

³ Там же, стр. 116, 117.

⁴ Там же, стр. 105, 106.

П. Г. ДАУГЕ — ИССЛЕДОВАТЕЛЬ РЕВОЛЮЦИОННОГО ДВИЖЕНИЯ В ЛАТВИИ

Доц. Ю. Ю. СПРУЖ
(Рига)

Оценка деятельности Павла Георгиевича Дауге будет неполной, если не коснуться вопроса о значении его как историка — исследователя революционного прошлого латышского народа.

Соратник Владимира Ильича Ленина, участник трех революций П. Г. Дауге всегда был в гуще важнейших исторических событий. С его именем связаны многие славные страницы истории нашей страны в целом и Латвийской Советской Республики в особенности.

Выдающийся специалист, гражданин и патриот своей Родины, П. Г. Дауге не мог не интересоваться историей своего государства.

В самые последние годы своей жизни, после окончания Великой Отечественной войны и освобождения Латвии, П. Г. Дауге стал научным сотрудником Института истории партии при ЦК КП Латвии и занялся историческими исследованиями.

П. Г. Дауге написал две монографии: «Жизнь и деятельность П. И. Стучки» и «Революция 1905—1907 гг. в Латвии». Следует отметить, что работа о П. И. Стучке это не только биография ветерана революционного движения в Латвии. В ней даны материалы по истории Латвии конца прошлого и начала нынешнего столетия, в ней рассказано о латышском народе, о его рабочем классе и коммунистической партии.

В работе «Революция 1905—1907 гг. в Латвии» П. Г. Дауге вскрывает социальные причины революции, исследует ее этапы, показывает стратегию и тактику рабочего класса и крестьянства. В книге дана правильная оценка революции 1905—1907 гг. как народной революции, показана руководящая роль латвийской социал-демократии. Основным достижением революции 1905—1907 гг. в Латвии П. Г. Дауге считал сплочение и единение трудящихся всех национальностей на борьбу против немецких баронов, царского самодержавия и латышской буржуазии.

Кроме этих основных работ по истории П. Г. Дауге написал весьма большое количество журнальных и газетных статей, давая в них характеристику и оценку различным революционным и историческим событиям в жизни латышского народа. Как правило, Павел Георгиевич писал о тех вопросах и

исторических событиях, в которых сам принимал непосредственное участие.

Еще в конце 80-х годов прошлого века П. Г. Дауге стал принимать участие в революционной борьбе. Выдающуюся роль в формировании классового сознания латышского пролетариата и пропаганде марксистских идей сыграло общественно-политическое течение, известное под названием «Яуна страва» («Новое течение»). Оно возникло как идейное течение латышской прогрессивной демократической интеллигенции, которая занималась изучением марксизма, вела борьбу против националистической идеологии латышской буржуазии, выражала прогрессивные идеи в естествознании, художественной литературе и все более решительно пропагандировала марксизм легальными средствами.

Новотеченцами были такие талантливые сыны латышского народа, как П. Стучка, Я. Райнис, Ф. Розинь-Азис, Я. Янсон-Браун и П. Дауге, которые занимают выдающееся место в истории и культуре Латвии.

В начале 90-х годов прошлого столетия П. Дауге выступал с докладами о книге К. Маркса «Капитал» перед латышскими студентами Петербурга и учителями Латвии. А осенью 1893 года, когда П. Г. Дауге стал студентом зубоветеринарного факультета Берлинского университета, по заданию «Нового течения» он встречался с одним из руководителей Германской социал-демократии того времени Августом Бебелем и привез домой марксистскую литературу. П. Г. Дауге был первым марксистом в Латвии, который через газету «Диенас Лапа» («Листок дня») познакомил трудящихся Латвии с рабочим движением в Германии. В своей статье «Положение социал-демократов в Германии», напечатанной в газете «Диенас Лапа» за 1893 год, № 7, П. Г. Дауге дал отдельные тезисы Эрфуртской программы Германской социал-демократической партии. Среди марксистских кружков Латвии эта программа впоследствии получила широкое распространение. Оценивая ее, П. Дауге писал: «Вновь составленная программа построена на строго научных основах, придерживаясь экономических принципов Карла Маркса» («Диенас Лапа», 1893 г., № 7).

В Музее революции Латвийской ССР хранится личная библиотека П. Г. Дауге. Среди его книг можно найти многие, которые приобретены в Берлине в этот период его жизни.

В распоряжении П. Г. Дауге был полный комплект журнала «Neue Zeit» — теоретического органа социал-демократической партии Германии, начиная с 1878 г., когда редактором его был Ф. Энгельс. Небезынтересно отметить, что спустя много лет, в ноябре 1918 года, П. Дауге подарил комплект этого журнала В. И. Ленину, который в то время работал над книгой «Пролетарская революция и ренегат Каутский».

Работы П. Г. Дауге нам дороги тем, что во многих из них он по личным впечатлениям рисует светлый облик Владимира Ильича Ленина. Впервые он встретился с Владимиром Ильичем летом 1904 года, когда по поручению партийного комитета Московской организации ездил в Швейцарию с информацией о положении дел в Москве. В последующие годы связь П. Г. Дауге с В. И. Лениным была весьма тесной.

О В. И. Ленине Павел Дауге повествует в статьях «Мои воспоминания о Ленине» (1925 г.), «У постели раненого Ленина» (1927 г.), «Ленин и революция в Прибалтике» (1940 г.).

Показывая облик вождя, он писал: «Ленин всегда отличался чуткостью по отношению к товарищам и он этой своей душевной простоты никогда не оставлял ни на минуту». («Коммунист Советской Латвии», 1968 г., № 9, стр. 15).

«При встречах с Владимиром Ильичем, — свидетельствует далее П. Г. Дауге, — я всегда видел прежде всего доброго, отзывчивого товарища, который никогда за своими важными государственными делами ни на минуту не переставал быть человеком» («Коммунист Советской Латвии», 1968, № 9, стр. 20).

П. Г. Дауге участвовал в работе II съезда ЛСДРП в 1905 году, который принял первую программу партии. Он с полным правом считается одним из основоположников марксистской партии в Латвии. Позднее он участвовал в работе многих партийных съездов и конференций и всегда защищал ленинскую линию.

Основная заслуга П. Г. Дауге как историка — исследования по вопросу о распространении марксизма и революции 1905—1907 гг. в Латвии. Однако немало статей он посвятил освещению важнейшего периода в истории нашей страны — периоду подготовки и осуществления Великой Октябрьской социалистической революции.

С февраля по октябрь 1917 года П. Г. Дауге напечатал ряд статей в латышской большевистской газете «Социал-демократ» и в других большевистских изданиях. Они наглядно показывают, что в сложных политических условиях двоевластия он проводил в жизнь те директивы, которые разработал для большевистской партии В. И. Ленин.

В октябрьские дни П. Г. Дауге написал около 20 статей, в которых разъяснял латышским рабочим суть и значение происходящих событий. Он писал о нищете и голоде, которые остались в наследство от господства помещиков и буржуазии, и призывал народ активно строить новый мир. Позднее он дал оценку Великой Октябрьской социалистической революции в своих статьях «Героические октябрьские бои» и «Октябрьская революция в Латвии».

Павел Георгиевич Дауге горячо приветствовал восстановление Советской власти в Латвии в 1940 году. В журнале «Вестник Академии наук СССР» в конце 1940 года он напечатал статью «Латвия с 1918 по 1940 год». Воссоединение Латвийской Советской Социалистической Республики с братской семьей народов СССР он оценивал как логическое завершение той борьбы латышского трудового народа, которая была начата в 1905 г.

Работоспособность и энтузиазм П. Г. Дауге высоко ценил Владимир Ильич Ленин. Первый Народный комиссар здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко в своих воспоминаниях рассказывает, как отзывался Владимир Ильич о П. Г. Дауге: «Какие трудности не были, успехи огромного труда Павла Георгиевича определяли его неиссякаемая энергия, революционный опыт и большие специальные знания»¹.

Заслуги Павла Георгиевича Дауге как историка значительны. Его работы по истории революционного движения в Латвии используются в деле воспитания молодого поколения. Его воспоминания и многие статьи о В. И. Ленине являются ценным фактическим материалом, нередко служащим первоисточником при написании работ по истории революционного движения Латвии.

Павел Георгиевич Дауге был достойным учеником и соратником нашего гениального вождя В. И. Ленина.

П. Г. ДАУГЕ И СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА

Канд. мед. наук Л. Л. ДИПОВЕЦКАЯ
(Рига)

В теоретическом наследии П. Г. Дауге важное место занимают вопросы социальной гигиены. Его труды представляют значительный интерес для понимания путей развития социально-гигиенического направления в отечественной науке и во многом не утратили своего значения как в научном, так и в методологическом отношении.

Взгляды П. Г. Дауге на проблемы народного здоровья нашли отражение не только в трудах медицинского содержания, но и в ряде его работ по философии и общественно-политическим вопросам. И это не случайно — проблемы общест-

¹ «Одонтология и стоматология», 1929, № 10, стр. 76.

венного здоровья он всегда тесно связывал с социально-экономическими условиями жизни трудящихся, а борьбу за народное здоровье — с общеполитической борьбой пролетариата. Единственным путем, который может привести к действительному улучшению условий жизни трудящихся, П. Г. Дауге считал освобождение их от капиталистической эксплуатации. «Социальная работа, — писал он, — по нашим представлениям, охватывает широчайшее развитие всех человеческих отношений... Наша социальная работа охватывает все виды человеческой деятельности... — медицинские, педагогические, эстетические, моральные...»¹. Если учесть, что эти слова были напечатаны в 1912 г. на страницах подцензурного издания, то станет понятным их истинный смысл — не частичные реформы, а коренные социальные преобразования могут привести к действительному улучшению положения трудящихся, обеспечению здоровья народных масс.

Немало ценных мыслей о влиянии социальных и биологических факторов на человека, о необходимости социально-гигиенического подхода к проблемам медицины содержится также в дореволюционных работах П. Г. Дауге по вопросам стоматологии. В них он настойчиво подчеркивал мысль о том, что необходимым условием плодотворной деятельности врача любой специальности является широкий социально-гигиенический подход к проблемам охраны народного здоровья. «...Современное общество, — писал он в 1905 г., — требует в лице врача не только механического исполнителя своей профессии, но и гражданина с достаточно развитыми общественными понятиями, человека, социально высоко стоящего, человека, высоко ставящего и умеющего ценить и облагораживать людские отношения»².

Обращаясь к зубным врачам, П. Г. Дауге призывал их к широкой общественно-медицинской деятельности. «Превращение зубоврачебного дела из частного предприятия в общественное средство охранения народного здоровья — вот высокая цель, к которой мы должны стремиться. А наша ближайшая задача: очистить путь для такого развития»³, — писал П. Г. Дауге в 1909 г.

В трудах П. Г. Дауге послеоктябрьского периода вопросы социальной гигиены получили освещение преимущественно в применении к задачам организации стоматологической помощи населению и научным проблемам стоматологии. Этим

¹ П. Дауге. Отвращение и радость жизни (на лат. яз.) Валка, 1912, стр. 41.

² «Одонтологическое обозрение», 1905, № 9—10, стр. 525.

³ «Зубоврачебный вестник», 1909, юбилейный вып., стр. 145.

вопросам посвящены многочисленные статьи ученого, его выступления на съездах, а также его капитальная монография «Социальные основы советской стоматологии». В 1922 г. П. Г. Дауге начал читать курс лекций по «социальному зубо-врачеванию» в Государственном институте стоматологии и одонтологии, а в 1928 г. возглавил вновь созданную по его инициативе кафедру социальной гигиены и профессиональной патологии этого института.

В трудах П. Г. Дауге сделана первая в отечественной медицине попытка рассмотреть проблемы организации стоматологической помощи населению и научные проблемы стоматологии с точки зрения социальной гигиены. Для социально-гигиенических взглядов П. Г. Дауге характерно безоговорочное признание необходимости учитывать как социальные, так и биологические факторы при изучении жизнедеятельности человека, его здоровья и болезней. «Все человеческие страдания, с которыми призвана бороться медицина, складываются из двух причин: причин внутренних, скрытых в человеческом индивидууме, и причин внешних, лежащих в окружающей среде, — в природе и в человеческом обществе. И не годится та наука, которая не способна найти синтез из анализа биологического человека и человека — члена общества»¹, — писал П. Г. Дауге.

Без учета социальных факторов, подчеркивал П. Г. Дауге, не только нельзя понять причины возникновения и характер течения многих болезней человека, но — и самое главное — невозможно найти действенные способы борьбы с ними. Для успешного решения этих задач, указывал П. Г. Дауге, необходим тесный союз медицины и науки о человеческом обществе — социологии. Разъясняя свою мысль П. Г. Дауге задает вопрос: «Сумела ли медицина как чистая наука раскрыть истинные причины человеческих страданий? Сумела ли она найти в своих богато обставленных лабораториях настоящие средства борьбы с теми массовыми заболеваниями, социальная сущность которых раскрыта лишь путем анализа законов человеческого общества?»²

На эти вопросы П. Г. Дауге дает ясный и обстоятельный ответ: «Прежняя буржуазная наука... не сумела этого сделать, так как она была насквозь пропитана духом индивидуализма и искала причины болезней в биологии изолированного субъекта. Несмотря на доведенные иногда до гениальности клинические и лабораторные исследования индивида,

¹ П. Г. Дауге. Социальные основы советской стоматологии, М., 1933, стр. 110.

² Там же, стр. 112.

несмотря на хитроумные рецепты и самые утонченные приемы, биологическая медицина оказалась бессильной в борьбе с такими болезнями, как туберкулез, сифилис, алкоголизм и т. д., социальный характер которых для каждого мыслящего врача вне всякого сомнения»¹.

П. Г. Дауге справедливо считал, что медицинская наука, поскольку она изучает болезни человека — болезни социального существа, может успешно решать стоящие перед ней задачи лишь в содружестве с социологией. «Медицина до сих пор топталась бы на месте, — писал он, — если бы она не нашла могучую союзницу в лице новой, весьма обширной науки — социологии или науки о человеческом обществе, раскрывшей законы человеческого сожительства, со всеми вытекающими из форм этого сожительства положительными и отрицательными явлениями. Лишь социология раскрыла широко перед нами как истинные причины социальных болезней, так и единственный рациональный способ борьбы с последними»².

П. Г. Дауге рассматривал социальную гигиену как науку, дающую обоснование государственной политике в области здравоохранения. Вместе с тем он подчеркивал, что действительное развитие этой науки без реформистских оттенков возможно лишь в условиях социалистического государства. Критикуя реформистский характер буржуазной социальной гигиены, П. Г. Дауге подчеркивал, что последняя служит интересам эксплуататорских классов, является «политикой одурачивания рабочих, политикой возвеличения благодетелей-капиталистов, отдающих якобы душу свою для блага застрахованных рабочих без малейших встречных претензий»³.

Полемизируя с буржуазными учеными, утверждающими мнимую независимость медицины как «чистой» науки от социально-экономической жизни общества, П. Г. Дауге ясно и определенно говорил о классовой политике советского здравоохранения, которая главное внимание уделяет охране здоровья трудящихся. Эта политика, подчеркивал он, является в то же время наиболее демократической, так как служит интересам огромного большинства населения.

Взгляды П. Г. Дауге по вопросам социальной гигиены базировались, таким образом, на марксистско-ленинском учении об обществе — марксистской социологии и отличались правильным решением вопроса об определяющем влиянии социально-экономических факторов на народное здоровье.

П. Г. Дауге справедливо считал, что социально-гигиениче-

¹ П. Г. Дауге. Социальные основы сов. стоматологии. М., 1933, стр. 113.

² Там же, стр. 113.

³ Там же, стр. 118.

ский подход должен лечь в основу развития всех отраслей медицинской науки. Врач любой специальности и профиля должен стать и социологом-исследователем группы заболеваний, соответствующей его специальности. Деятельность самого П. Г. Дауге является примером успешного использования методов социальной гигиены при исследовании вопросов стоматологии и стоматологической помощи населению.

Утверждая мысль о социальной обусловленности болезней человека, в том числе и болезней зубов, П. Г. Дауге еще в 30-х годах наметил новое направление в разработке одной из наиболее сложных и до настоящего времени окончательно не решенных проблем стоматологии — проблемы кариеса зубов. Подчеркивая необходимость изучения социальных факторов, способствующих возникновению кариозного процесса в зубах, П. Г. Дауге тем самым выступал против распространенных в стоматологической литературе тех лет узколокалистических представлений о кариесе зубов как физического или химического процесса, протекающем в эмали зуба, жизненность которой не признавалась большинством авторов.

П. Г. Дауге принадлежит заслуга первого серьезного обобщения с точки зрения социальной гигиены данных, накопленных наукой того времени по вопросу об этиологии и патогенезе кариеса зубов. В своих работах он наметил обширную программу комплексного изучения этого заболевания с учетом влияния различных факторов как биологического, так и социального характера на его возникновение и течение.

Правильность этого направления получила подтверждение на состоявшемся в октябре 1962 г. IV Всесоюзном съезде стоматологов. Мысли П. Г. Дауге продолжают творчески развиваться в трудах советских ученых.

Широкий социально-гигиенический подход к проблемам стоматологии, профилактическая направленность осуществленных под руководством П. Г. Дауге мероприятий в области стоматологической помощи населению были прогрессивными не только для своего времени, но и значительно повлияли на дальнейшее развитие стоматологии как науки.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА СТОМАТОЛОГОВ В РАБОТАХ П. Г. ДАУГЕ

Доц. В. П. ПАКАЛН
(Рига)

Организация стоматологической помощи после Великой Октябрьской социалистической революции являлась весьма сложной задачей. Национализация частных зубоучастков

кабинетов, использование страховых учреждений, а также привлечение частнопрактикующих врачей на государственную службу не могли обеспечить население стоматологической помощью в государственном масштабе. Коллегией НКЗ в 1918 году был утвержден следующий норматив: один зубной врач на 10 000 городского и один — на 38 000 сельского населения. Однако фактическое состояние в то время было значительно худшим: в Москве один врач обслуживал 8611 человек, в городах провинции — 21 635, а на селе один врач обслуживал 134 412 человек (П. Г. Дауге, 1924).

Учитывая указанные соотношения, существовавшие между находящимися на государственной службе зубными врачами и многомиллионным населением Советской России, П. Г. Дауге писал: «...Для этого требуется точный плановый учет всех элементов социально-организованного труда; требуется знакомство с законами развития зубоврачебного дела на западе и у нас; требуется выработка способов более рационального использования и распределения зубоврачебных сил, а также выбор более целесообразных методов лечения и протезирования». (П. Г. Дауге, 1927).

Умелое использование наиболее прогрессивных методов организации зубоврачебной помощи с введением профилактического направления, изменение старой методики лечебной работы помогли создать более или менее стройную систему стоматологической помощи населению, даже в самых тяжелых условиях первых лет существования нового социалистического государства. В многочисленных трудах П. Г. Дауге были намечены основные пути развития советской стоматологии, часть из которых не потеряли своей актуальности и до настоящего времени.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕТИ УЧРЕЖДЕНИЙ

Создание равномерной сети зубоврачебных учреждений по всей территории молодого Советского государства и улучшение зубоврачебной помощи сельскому населению (П. Г. Дауге, 1924, 1926, 1928) П. Г. Дауге считал первоочередным мероприятием. С целью повышения производительности труда врачей он высказался за создание в городах больших учреждений с внедрением дифференцированного приема по консервативному зубоврачеванию, по одонтохирургии и зубопротезированию (П. Г. Дауге, 1924, 1927, 1933).

Для проведения в жизнь этих мероприятий нужны были опытные специалисты, врачи-организаторы, и этому вопросу П. Г. Дауге придавал исключительно большое значение.

КАДРЫ

Для П. Г. Дауге было очевидным, что только специалист, обладающий широкими медицинскими знаниями, может оценить взаимосвязь между заболеваниями, научно обосновать методы лечения, а главное — придать зубоврачеванию профилактическое направление.

В результате большого труда самого Павла Георгиевича и его последователей в 1935 году высшее стоматологическое образование стало реальностью.

Великая Отечественная война, принеся большой урон нашему государству, задержала переход к единой системе высшего стоматологического образования.

Павел Георгиевич понимал, что повышение производительности труда врача в значительной степени зависит от вспомогательного персонала.

В выступлениях П. Г. Дауге много места отводилось необходимости подготовки специально обученных кадров высококвалифицированных сестер. (П. Г. Дауге, 1924, 1926, 1927). По этому поводу он писал: «Я категорически заявляю, что труд 10 зубных врачей без вспомогательного персонала будет менее продуктивен, нежели труд 5 зубных врачей с двумя сестрами». (П. Г. Дауге, 1927)

В настоящее время работа врача немыслима без помощи медицинской сестры, которая освобождает его от множества мелких манипуляций. Но в этом вопросе нам надлежит еще сделать многое.

ВВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Старые методы лечения не могли обеспечить стоматологической помощью всех нуждающихся в ней, поэтому П. Г. Дауге занялся реорганизацией существующей системы. Профилактический метод А. Канторовича, проведенный в то время среди детей г. Бонна, послужил основой для организации новой системы массовой зубоврачебной помощи населению в молодой Советской России. С первых лет существования Советского государства профилактический метод начал внедряться среди городских детских учреждений; прогрессивные замыслы П. Г. Дауге со временем вышли за пределы школьных зубоврачебных кабинетов. Профилактический метод П. Г. Дауге считал наиболее производительным и дешевым, поэтому стремился пропагандировать его как можно шире. «Обязательным, однако, я считаю проведение основного принципа советского зубоврачевания — категорический

переход на профилактическую систему» (П. Г. Дауге, 1924). По его мнению, профилактика заболеваний зубов и пародонта у взрослых должна стать основным направлением в работе стоматологических учреждений (П. Г. Дауге, 1924, 1925).

Кроме того, П. Г. Дауге предлагал проводить профилактику в плановом порядке на основах диспансеризации. Для успешного выполнения этой задачи необходимо было широкое распространение санитарно-гигиенических знаний среди населения (П. Г. Дауге, 1924, 1928).

Поскольку в тот период не было еще реальных условий для претворения в жизнь методов, указанных П. Г. Дауге, ему пришлось выдвинуть новые принципы организации работы с учетом конкретных условий. Было дано указание выделить из рабочего времени врача так называемый профилактический минимум — два часа в день или два дня в неделю для профилактической работы (П. Г. Дауге, 1927). Это время врач должен был использовать для профилактического лечения зубов с неосложненным кариесом. Введение этого предложения значительно увеличило количество наложенных пломб и вместе с тем дало реальные результаты в борьбе с кариесом.

ЕДИНИЦА УЧЕТА И НОРМА ТРУДА

Для учета проделанной врачом работы и сравнения достигнутых результатов различных лечебных учреждений необходимо было принять условную единицу учета врачебного труда. До настоящего времени нет единого мнения о том, как измерять проделанную врачом работу — количеством принятых пациентов или количеством проведенных манипуляций. П. Г. Дауге считал, что только количество проведенных манипуляций может дать представление об эффективности работы врача. Павел Георгиевич писал: «Число наложенных профилактических пломб становится показателем наших реальных достижений и одновременно превращается в ту трудовую единицу, в то мерило, при помощи которого вообще можно измерить и учесть работу зубного врача». (П. Г. Дауге, 1927). Время, необходимое для наложения пломбы при неосложненном кариесе, равное 10 минутам, и было предложено принять за трудовую единицу (П. Г. Дауге, 1924, 1927, 1933). При помощи этой условной единицы возможны определенный учет результатов работы и установление норматива, выработка которого становится обязательной для всех врачей.

Таким образом, применяемые в настоящее время единицы учета труда стоматолога базируются в основе своей на предложениях П. Г. Дауге и выведены в результате длительной и кропотливой работы.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Учитывая трудности того времени, П. Г. Дауге рекомендовал шире внедрять в практику односеансовые методы лечения пульпитов, избегать большого количества временных пломб и увеличивать количество накладываемых постоянных пломб и экстракций. (П. Г. Дауге, 1924). Удаление сильно разрушенных зубов позволяло больше времени уделять профилактической работе. В случаях, когда у больного проводилось лечение пульпитного зуба, рекомендовалось параллельно запломбировать один, два зуба с неосложненным кариесом.

Труды Павла Георгиевича Дауге не потеряли своей актуальности до настоящего времени и до сих пор оказывают заметное влияние на развитие советской стоматологии.

П. Г. ДАУГЕ — ОСНОВОПОЛОЖНИК ПЛАНОВОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Докт. мед. наук Л. Б. ТРЕЙМАНЕ
(Рига)

Плановая санация полости рта у детей является одним из наиболее ярких проявлений общественной формы стоматологической помощи, которая стала возможна в нашей стране после победы Великой Октябрьской революции. С этого периода начинается развитие профилактического направления советского здравоохранения вообще и плановой стоматологической помощи населению в частности.

11 июля 1918 г. П. Г. Дауге был назначен членом коллегии Наркомздрава и заведующим зубоврачебной секцией. Через несколько месяцев после организации зубоврачебной секции в первом номере журнала «Вестник социального зубоврачевания» (1919, № 1, стр. 6—12) была опубликована статья П. Г. Дауге «Деятельность зубоврачебной подсекции Народного комиссариата здравоохранения», где излагались основные принципы предстоящей реформы зубоврачебной помощи населению.

На II съезде заведующих зубоврачебными отделами, проходившем в мае 1920 г., когда в стране насчитывалось уже 1000 государственных зубоврачебных амбулаторий, в которых работало 1785 врачей, особое внимание было обращено на оказание зубоврачебной помощи городскому населению, с преимущественным охватом застрахованных лиц, детей школьного и дошкольного возраста, а также сельского насе-

ления, которое до революции было полностью лишено зубо-врачебной помощи.

Следовательно, уже в самых ранних постановлениях зубо-врачебной секции поднимается вопрос о необходимости проведения своевременного стоматологического лечения подрастающего поколения.

В дальнейшем этот курс превратился в стройную систему профилактического направления советской стоматологии, основоположником которой являлся П. Г. Дауге.

Летом 1921 года в коллегии НКЗ П. Г. Дауге зачитал обширный доклад, посвященный проекту организации систематической борьбы с кариесом зубов в СССР (П. Г. Дауге, 1933).

Узаконенную форму проект получил в виде циркуляра НКЗ за № 210 от 10 сентября 1923 г. В циркуляре указывалось на необходимость перенесения центра внимания с индивидуально-лечебной работы на организованные массово-профилактические мероприятия. Основным звеном этой работы должно стать систематическое лечение полости рта у школьников.

Каждый год на страницах журнала появлялись статьи П. Г. Дауге, посвященные принципам плановой санации полости рта у детей и анализу постановлений по их реализации.

В этот же период возникла децентрализованная форма санации полости рта у детей, которая и в настоящее время нередко используется не только на селе, но и в городе, как для обслуживания детей, так и для подлежащих плановому лечению групп взрослого населения.

Децентрализованная форма санации во всех случаях связана с определенными организационными затруднениями при ее проведении. Не трудно себе представить, что в период становления зубо-врачебной службы на фоне общих хозяйственно-организационных затруднений эта идея могла показаться мало реальной.

Однако, так же как во многих других подобных случаях, энтузиазм П. Г. Дауге не оставил равнодушными честных и трудолюбивых работников стоматологической службы, отдававших должное его прогрессивным стремлениям. Через несколько лет на страницах журнала «Одонтология и стоматология» уже печатались сообщения о результатах этой формы лечения. Так, Трайнина сообщала, что в 1927 г. в Москве была создана группа зубных врачей профилактических отрядов для обслуживания 6 волостей двух уездов Московской губернии. Было санировано 1500 школьников (1320 пломб, 418 экстракций, выданы зубные щетки и порошок). Проводились беседы по санитарно-просветительным темам. За три месяца было совершено 46 выездов, в которых участвовало 20

товарищей. В решении ряда вопросов административно-организационного и научно-практического порядка П. Г. Дауге исходил из принципа, что стоматология является одной из отраслей социальной гигиены.

Однако метод планового лечения школьников в широкую практику внедрялся очень медленно. В 1924 г. (журнал «Одонтология и стоматология», 1924, 3 (5), стр. 62—73) П. Г. Дауге писал, что существует несоответствие в распределении врачебных сил, не соблюдается циркуляр НКЗ от 10 сентября 1923 г., в котором было отчетливо указано на необходимость перенесения центра внимания на профилактическую работу среди детей и подростков. Из этого следует, что школьным лечебным учреждениям должно быть отведено главное место в числе прочих стоматологических учреждений, предусматривая для них по меньшей мере 10—15% всего численного состава врачей.

Более целесообразным П. Г. Дауге считал выделение лечебных школьных учреждений в особую категорию и с переводом на госбюджет, в целях проведения более полного охвата детей лечебной стоматологической помощью.

В начале 1925 г. был опубликован производственный план зубоврачебной части лечебного отдела НКЗ на 1924/25 г. («Одонтология и стоматология», 1925, № 1, стр. 87—88). В этот план, в частности, входило: разработка оснований для построения нормальной сети школьных профилактических зубо-врачебных амбулаторий и разработка мероприятий по организации санации полости рта детей школьного возраста (от 6 до 14 лет) в деревне путем систематических объездов деревень.

В обзорной статье о достижениях в области государственного зубоврачевания за 1924 г. П. Г. Дауге уже отмечал, что известным успехом является значительное развитие сети профилактических школьных зубных амбулаторий. «В этом отношении, — писал П. Г. Дауге, — Союз значительно опередил родоначальницу школьного зубоврачевания — Германию» (стр. 76).

На Втором всесоюзном одонтологическом съезде П. Г. Дауге прочел доклад «О состоянии зубоврачебной помощи в РСФСР и ее очередных задачах» (Труды Второго всесоюзного одонтологического съезда. М., 1927, стр. 29—37). Касаясь итогов оказания плановой помощи школьникам, П. Г. Дауге мог отметить уже конкретные результаты проделанной работы.

Введение профилактического минимума — два часа в день или два дня в неделю с обязательным выполнением 8—10 профилактических пломб в день — означало перенос центра тяжести работы в сторону профилактики. «Само собой

разумеется, — говорил П. Г. Дауге в своем выступлении, — что в самое ближайшее время нам не удастся охватить всей громадной массы деревенских детей для указанной профилактической цели, хотя это и является нашей прямой обязанностью. Зато мы должны на настоящем съезде поставить одним из основных программных требований — полный профилактический охват всех городских детей (около 3,5 миллионов), младшие школьные группы которых мы обязаны санировать еще в течение ближайшего года» (стр. 34).

В первом номере журнала «Одонтология и стоматология» за 1926 г. (стр. 51—55) была опубликована статья П. Г. Дауге «Некоторые цифры и выводы из области нашего государственного зубоврачебного строительства», в которой изложены очередные задачи по дальнейшему развитию стоматологической помощи населению. Со свойственной ему ясностью и убедительностью автор еще раз изложил важность профилактического направления и, в частности, подчеркнул, что для его осуществления должно быть усилено руководство работой на местах, должна быть усилена лечебная работа в отношении подрастающего поколения, а также среди рабочих различных производств с вредным влиянием на полость рта некоторых продуктов.

В 1927 году П. Г. Дауге в передовой статье журнала «Одонтология и стоматология», «Великий Октябрь и советское зубоврачевание» (1927, № 5, стр. 5—9) ярко охарактеризовал роль и достижения этой отрасли медицины: «В величайшем историческом перевороте, совершившемся за истекший десятилетний период во всей культурнохозяйственной жизни нашей страны, советское зубоврачевание занимает лишь скромное место. Тем не менее в нем отражается, как солнце в капле воды, вся сущность советского строя, весь дух нашей эпохи, все то новое и великое, чем так радикально наше пролетарское государство отличается от всех стран буржуазного запада» (стр. 5).

Радость и гордость, звучавшие в словах П. Г. Дауге были глубоко обоснованы: победу праздновало не только советское зубоврачевание в целом, это одновременно была и победа его личного героического труда, энтузиазма и глубокой веры в правильность позиций начатой реформы. 23 января 1928 г. по докладу П. Г. Дауге, была утверждена резолюция коллегии НКЗ, в 5-м пункте которой отмечалось: «Признавая исключительное значение систематической санации полости рта детей школьного возраста, коллегия считает необходимым, при проведении пятилетнего плана, принятие мер к поголовному профилактическому охвату в первую очередь всех городских детей школьного возраста, а также расширение профилактической работы среди деревенских детей» (стр. 43).

Крупным событием 1928 года был созыв Третьего всесоюзного одонтологического съезда. Съезд состоялся с 6 по 11 июня в Ленинграде. Председателем Президиума организационного бюро, так же как и на предыдущих съездах, был П. Г. Дауге.

На съезде обсуждались две программные темы: патология и терапия периодонтитов, санация полости рта, ее организация, методика.

По второму разделу был зачитан доклад П. Г. Дауге «Уроки 10-летнего государственного зубоврачебного строительства» («Одонтология и стоматология», 1928, № 8, стр. 52—60). В докладе рассматривались многие важные вопросы: материальная и техническая база, сеть государственных стоматологических учреждений, кадровый состав зубоврачебных работников, научная база, вопросы руководства на местах, роль профессиональных и общественных организаций.

Касаясь плановой санации, Павел Георгиевич указал, что одной из основных задач продолжает оставаться поголовный обязательный охват в перспективе пятилетнего плана всего организованного детства городов и что эта задача требует четкой отчетности и строжайшего единства работы.

Оценивая прошедший съезд, П. Г. Дауге отметил, что часть программы съезда, касающаяся вопросов социального зубо-врачевания, не в достаточной степени справилась со своими задачами, несмотря на то, что как раз по плановой санации в предыдущие годы накоплен богатейший материал.

В конце 1929 г. П. Г. Дауге оставил непосильную для его здоровья работу по руководству зубоврачебной секцией и возглавил кафедру социальной гигиены и профессиональной патологии зубов и полости рта Государственного института стоматологии и одонтологии, где со дня основания института читал лекции по этому предмету (Л. Л. Липовецкая, 1969).

Научное наследие П. Г. Дауге сконцентрировано в его капитальном труде «Социальные основы советской стоматологии» (1933). Здесь также изложены основные принципы проведения планового лечения кариеса зубов у школьников.

Первоначальное обследование рекомендуется проводить в школе, начиная с младших классов. Осматривать следует столько детей, сколько представляется возможным в дальнейшем вылечить, иначе это будет не только потерей времени, но и психологической ошибкой. Санируемый контингент желательно осматривать два раза в год.

Начинать санацию П. Г. Дауге рекомендовал с младших классов, постепенно увеличивая число санируемых. Кроме того, было предложено в августе каждого года проводить оздоровление полости рта поступающих в школу детей.

Критерием санированности под некоторым влиянием школы Кантаровича, имевшей в то время уже определенный опыт, П. Г. Дауге считал состояние постоянных зубов: «Рот школьника считается санированным, у которого произведена заблаговременная пломбировка прорезавшихся за период от 6 до 14-летнего возраста постоянных зубов, независимо от того, удастся ли одновременно привести в порядок молочные зубы».

Документация санации. Каждый ребенок должен иметь индивидуальную санационную карточку. Врачу необходимо вести месячную врачебную ведомость и годовую отчетность. Одним из необходимых мероприятий он считал подготовку специально обученных медсестер, что не только в 2—3 раза повысило бы продуктивность работы врача, но и дало бы возможность использовать труд сестры для ряда лечебных процедур, которые обычно выполняет врач.

Совершенными П. Г. Дауге считал 3 типа профилактических учреждений:

- 1) профилактические отделения при крупных центральных (областных, краевых, республиканских) стоматологических поликлиниках;

- 2) кабинеты при детских профилактических амбулаториях;

- 3) специальные централизованные детские профилактические стоматологические амбулатории.

С организационной точки зрения, по мнению П. Г. Дауге, наиболее себя оправдывает крупная стоматологическая поликлиника.

Таким образом, труду и таланту П. Г. Дауге мы обязаны тем, что плановая стоматологическая санация в настоящее время приобрела значительный удельный вес среди других методов медицинской профилактики и пользуется общим признанием в нашей стране и за ее рубежами.

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СТОМАТОЛОГИИ В ПРАКТИКУ (проблемные доклады)

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПО ВНЕДРЕНИЮ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО СТОМАТОЛОГИИ В ПРАКТИКУ

Член-корр. АМН СССР, проф. А. И. РЫБАКОВ
(Москва)

Коммунистическая партия и Советское правительство уделяют большое внимание развитию науки в стране и главным образом быстрейшему использованию в практике ее достижений. Конкретную программу действий для медицинских работников дает постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране», в котором намечены огромные задачи по дальнейшему развитию медицинской науки в стране. Постановление это успешно претворяется в жизнь во всех разделах медицинской науки и, в частности, в стоматологии. Научно-исследовательские и учебные институты, кафедры стоматологии медицинских вузов и научно-исследовательские лаборатории разработали и внедрили интересные, необходимые практике методы диагностики, профилактики и лечения стоматологических заболеваний.

В последние годы стоматологи получили аппарат для обезболивания твердых тканей зуба, новую модель высокочастотной малогабаритной установки для точного литья протезов, огнеупорную массу «Кристасил», новые пломбировочные материалы из эпоксидной смолы, новые аппараты для зубопротезных работ, аппарат для сшивания челюстей при переломах, новую конструкцию вакуумного аппарата, новые методы диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, разработанную схему стоматологической профилактики.

Опубликованы новые учебники и монографии, которые освещают современное состояние стоматологии. Институты и кафедры издали ряд методических разработок о новых методах диагностики и лечения. Все это является значительным вкладом в советское здравоохранение. Однако достигнутые успехи еще не могут полностью удовлетворить постоянно растущие потребности практики.

Предстоит большая, трудная и кропотливая работа по созданию новых методов диагностики, профилактики и лечения во всех разделах стоматологии, а также по внедрению их в практику. Для развертывания изысканий новых методов в предстоящем пятилетии необходимо решить ряд организационных вопросов. Без правильной организации в науке нельзя решить даже самых незначительных задач.

Прежде всего следует остановиться на составлении планов исследовательских работ. К сожалению, в этом деле у нас нет еще четких представлений, особенно при составлении долгосрочных планов. Нередко планы составляются с запозданием, когда фактически оформляются уже полученные результаты, часто дублированные. Подчас на факультетах и кафедрах планируются непосильные работы, изобилует многообразие. При выполнении работ пользуются устаревшими методиками. Теоретические кафедры проводят мало исследований, важных для практического здравоохранения. Редко ведут совместные работы с клиническими кафедрами. Выполнение тем затягивается на многие годы. При современном развитии науки тематика стареет очень быстро, поэтому особенно важно вовремя пересматривать ее, отказываться от устаревших, бесперспективных тем в пользу новых, соответствующих требованиям современной теории и практики.

Основным недостатком планирования научных исследований в стоматологии, а отсюда и внедрения научных достижений в практику является разобщенность и распыленность исследований. Не сосредоточивается внимание на главных направлениях. Порочность некоторых научных планов заключается и в том, что они широко не обсуждаются, а составляются в узком кругу. А ведь ни одна исследовательская

работа не должна начинаться без всестороннего изучения намеченных вопросов. Для этого необходима достаточно широкая информация по интересующим проблемам. Нужно хорошо знать, что сделано и что делается в этом направлении. Анализируя планы кафедр факультетов страны, мы иногда сталкиваемся с полным незнанием состояния вопроса в стране и за рубежом. При таком планировании мы вряд ли получим эффективные результаты. В постановлениях ЦК КПСС, Совета Министров СССР и в решениях Министерства здравоохранения СССР с целью более успешного удовлетворения практического здравоохранения рекомендуется активное планирование, т. е. некоторым научным учреждениям и кафедрам следует давать определенные задания с заранее ожидаемыми результатами.

Активное планирование встречает нередко сопротивление со стороны руководителей учреждений и кафедр, т. к. оно уже предусматривает результаты и повышает ответственность за выполнением задания.

Головному институту по стоматологии ЦНИИСу дано право давать учреждениям-исполнителям определенные задания. И мы будем широко претворять это в жизнь, учитывая возможность того или иного учреждения.

В планировании научных исследований по стоматологии нужно предусматривать как непосредственное оказание помощи практическому здравоохранению, так и решение более крупных проблем — таких, например, как выявление этиологии и патогенеза кариеса зубов, пародонтоза, заболеваний слизистой оболочки полости рта, врожденных расщелин, травм, вопросов детской стоматологии. На основе указанных исследований необходимо разработать патогенетические эффективные методы профилактики и лечения.

Разработка и внедрение в практику новых методов, аппаратов и средств требует ряда уточнений. Прежде всего, при выполнении научных работ необходимо решить вопрос об их завершении. Следует своевременно продумать, как практически использовать ту или иную работу. Из-за недопонимания этого вопроса нередко интересное, нужное исследование остается не внедренным. Для быстреего внедрения научных исследований в практику Министерство здравоохранения СССР предусматривает следующее.

1. При выполнении научных работ следует доводить исследовательские разработки до непосредственного внедрения их в практику.

2. Внедрение в практику научных исследований должно осуществляться самими институтами, учеными, главными специалистами, главными врачами лечебных учреждений, научными обществами стоматологов.

3. Созданные методы, способы, аппараты, инструменты, препараты могут внедряться после необходимого оформления путем передачи в лечебные учреждения (желательно при этом участие самого автора), заводы или лаборатории. Необходимо опубликовывать монографии, статьи, издавать методические письма (где преимущественно должно быть описано «не что делать, а как делать»), проводить семинары по новым методам, специальные циклы усовершенствования, обсуждать на заседаниях стоматологических научных обществ.

4. Ответственность за внедрение в практику новых методов, оборудования, средств и инструментов возлагается на авторов, руководителей учреждений, где разработано предложение, главных специалистов и руководителей учреждений, где проводится их испытание и изготовление.

Особо следует обратить внимание на то, чтобы все новое было не уделом отдельных лиц, а достоянием всех специалистов.

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В ПРАКТИКУ

Проф. Г. М. ИВАЩЕНКО
(Москва)

Большое внимание к проблемам стоматологии со стороны партии и правительства позволило значительно расширить не только лечебную сеть, но и создать новые факультеты, кафедры и, наконец, открыть Центральный научно-исследовательский институт стоматологии — ЦНИИС.

Благодаря этому научные исследования в области терапевтической стоматологии теперь не только увеличились в объеме, но и приняли новый качественный характер, они стали комплексными и отличаются взаимопроникновением в различные отрасли знания, особенно в биологию, физику, химию, электронику, математику, географию и др.

Такой тесный контакт с представителями других наук, с учеными, инженерами и производственниками способствует проведению научных исследований на высоком современном уровне с использованием совершенной техники, в том числе рациональной эксплуатации дорогостоящей аппаратуры и приборов.

Характерной чертой научных исследований в области терапевтической стоматологии стало широкое участие в ней

практических врачей. Это свидетельствует о высоком уровне их подготовки.

Обсуждая состояние внедрения в практику результатов научных исследований, пленум Ученого совета Министерства здравоохранения Союза ССР от 30 мая 1968 г., в своем решении рекомендует ряд методов внедрения в практику результатов научных исследований, а именно: опубликование в печати; издание методических писем; сообщения на симпозиумах, конференциях и съездах; различные формы усовершенствования и переподготовки врачей; разработку новых методик, оформление технической документации по линии Комитета по новой технике и др.

Важной формой внедрения в практику является завершение исследовательских работ с оформлением авторского свидетельства или патента на изобретение или диплома на открытие.

На X пленуме, посвященном столетию со дня рождения виднейшего стоматолога — ученого и организатора Павла Георгиевича Дауге, были подведены итоги внедрения в практику научных достижений.

По материалам отчетов, находящихся в распоряжении Проблемной комиссии, имеются следующие данные (за три года с 1966 по 1968 г.):

опубликовано работ — 392;

издано монографий, сборников, учебников — 15;

издано методических писем — 6;

подано заявок на изобретения и рационализации — 121;

защищено кандидатских диссертаций — 23;

защищено докторских диссертаций — 9.

Приведенные цифры охватывают выполнение и внедрение в практику только плановых работ по главной проблеме «Основные стоматологические заболевания, их предупреждение и лечение».

Анализ отчетов показывает, что на 49 существующих научных и учебных базах по терапевтической стоматологии (в двух научных институтах, в двух учебных Медицинских стоматологических институтах, на 34 факультетах и 11 кафедрах ГИДУВ) при правильной расстановке сил и средств можно было бы ожидать значительно большего внедрения научных работ в практику. Кроме того, видимо, в отчет Проблемной комиссии не попадают работы, выполненные в стоматологических лечебных учреждениях, которых сейчас в стране насчитывается около 25 000, где бесспорно ведется немало научно-практических исследований.

Вместе с тем нельзя не отметить, что наши ученые, работающие в области терапевтической стоматологии, провели большую по масштабу научную работу и сумели дать нашей Ро-

дине много интересных, оригинальных и научных, в практическом и теоретическом отношении, работ, дали новые методы и средства для диагностики и лечения больных. Многие из этих работ известны не только у нас в стране, но и за рубежом.

К таким трудам в первую очередь следует отнести «Руководство по терапевтической стоматологии», изданное в 1967 г. под редакцией члена-корреспондента АМН СССР, профессора А. И. Рыбакова, а также вышедший в 1968 г. учебник А. И. Рыбакова и Е. Е. Платонова «Терапевтическая стоматология».

Большую роль в деле доведения достижений научной стоматологии до широкой практики сыграл впервые вышедший в нашей стране в 1966 г. «Справочник по стоматологии» под редакцией проф. А. И. Рыбакова, проф. Г. М. Иващенко и доцента Т. М. Лурье при участии большого коллектива ученых нашей страны. Этот справочник разошелся небывало большим тиражом — 85 000 экземпляров.

Эти труды вышли при совместном творческом участии ученых ЦНИИС, ММСИ и ЦОЛИУ, а в них были использованы также работы ученых Москвы, Ленинграда, Киева, Одессы, Казани и др., т. е. самых крупных научных стоматологических центров Советского Союза, что обеспечило высокий уровень этих трудов и их популярность как у нас, так и за рубежом.

О новом отношении к терапевтической стоматологии свидетельствует и тот факт, что к нам обращались из издательства «Медицина» с просьбой написать в современном аспекте главы по вопросам стоматологии для «Справочника практического врача» (вышел в 1967 г. — автор проф. Г. М. Иващенко), аналогичные главы были написаны для новых изданий в 1970 г. этого же справочника и для справочника фельдшера.

Таким образом, наши научные и практические достижения внедряются не только в практику врачей, но и фельдшеров.

Большую роль во внедрении наших достижений в практику играет журнал «Стоматология» (редактор проф. Г. А. Васильев) и «Медицинский реферативный журнал» 12-й раздел (редактор член-корр. АМН СССР проф. А. И. Рыбаков).

Рост научной мысли позволил в последние годы внедрить в практику новый раздел стоматологии — космической стоматологии.

Таковы наши успехи по внедрению в практику научных исследований по общим проблемам терапевтической стоматологии.

Следует остановиться также на некоторых частных вопросах. Что внедрено в практику для лечения кариеса зуба и его осложнений?

Трехлетние исследования ЦНИИС (Г. М. Иващенко и

А. В. Винниченко) и Казанского ВНИИМИ (Т. С. Шигабутинов, А. М. Кувалдина) закончились созданием комплекта т. н. стержневых ручных инструментов в виде малого, среднего и большого наборов, которые будут выпускаться под названием «Набор для эндодонтии», предназначенный для прохождения, расширения и пломбирования полости зуба, особенно в корневой ее части. Коллектив Казанского завода медицинского инструментария (МИЗ) взялся за изготовление этих наборов.

Большой интерес представляет внедрение в практику новых полимерных пломбировочных материалов на основе эпоксидных смол, это всем хорошо известные «Дентоксил» и «Эпоксидент», созданные под руководством А. И. Рыбакова коллективом авторов ЦНИИС, ЦОЛИУ, ВНИИМП (Москва) и Охтинского химкомбината (Ленинград). Эти материалы оправдали себя и открыли новые возможности в пломбировании зубов, поэтому не случайно они получили высокую оценку на ВДНХ.

Большой интерес представляет и другой новый безртутный металлический пломбировочный материал на основе металла галлия, разработанный коллективом ЦНИИС (А. И. Рыбаков, И. И. Ревзин, Д. М. Каральник и С. Т. Рогова). Материал на основе галлия заменяет амальгамы и теперь наши врачи получают новые безртутные металлические пломбы.

Заслуживает внимания пломбировочная паста «Кальмицин», содержащая гидрат окиси кальция, предложенная ленинградцами доц. Т. Ф. Стрелюхиной, Т. В. Беловой, О. А. Виссарионовой и Л. А. Никитиной; большим успехом в клиниках пользуется такой быстротвердеющий полимерный материал, как «Норакрил-65» Харьковского ЗЗМ.

Второй важной проблемой современной стоматологии является пародонтоз. В настоящее время в ЦНИИС под руководством А. И. Рыбакова проводится разработка обширной программы научных поисков, направленной на решение этой важной проблемы в целом. Желательно, чтобы к этой программе присоединились и другие учреждения страны.

За последние годы для обследования больных, страдающих пародонтозом, у нас внедрено ряд интересных физических методов исследований и приемов функциональной диагностики, как например: методика термометрии зубодесневых карманов до и после лечения пародонтоза и гингивитов, предложенная проф. Г. М. Иващенко в ЦНИИС; измерение болевой чувствительности слизистой оболочки рта, разработанное Л. А. Пашковской в Одесском НИИС; измерение биоэлектрических параметров пародонта (В. С. Радченко — ОНИИС); капилляроскопия и графия с помощью специально разработанных приборов (О. С. Тронова, В. С. Радченко, В. Е. Приемский и др.), в том числе метод исследования состояния пародонта и сли-

зистой оболочки с помощью вакуум-электронного аппарата, предложенного проф. В. И. Кулаженко (Одесса).

Оригинальными являются некоторые новые методы лечения пародонта, внедренные Одесским НИИС. Так, Ю. А. Федоров и В. В. Володкина внедрили в практику электрофорез глицерофосфатом кальция, а А. И. Марченко предложил метод диатермокоагуляции зубодесневого кармана.

Интерес представляет целая система рабочих схем, разработанных проф. Г. М. Иващенко и канд. мед. наук Т. В. Никитиной (ЦНИИС), с целью углубленного изучения пародонтоза, унификации методов исследования и преемственности полученных данных различными учреждениями. Речь идет о специальной рабочей классификации пародонтоза; схемах комплексного обследования и лечения больных в поликлинике с учетом стадии заболевания и наличия фоновых (сопутствующих) заболеваний (аналогичные схемы Г. Д. Савкина составила для стационара); составлена развернутая история болезни, рассчитанная на последующую многогранную научную разработку; разработана карта диспансерного учета больных пародонтозом. Так обстоит дело с внедрением в практику последних научных разработок по проблеме пародонтоза.

В проблеме пародонтоза существует одно несоответствие, а именно: клиницисты, накапливая колоссальный объем наблюдений, не могут пока самостоятельно объяснить некоторые из них, здесь нужна помощь теоретиков и экспериментаторов, но она, к сожалению, еще далеко не полная.

Особое место в борьбе с кариесом зубов и пародонтозом играет профилактика этих распространенных заболеваний.

Наиболее мощным профилактическим мероприятием кариеса зубов в настоящее время является сбалансированное по всем показателям питание беременных женщин и потомства после рождения, направленное на полноценное созревание твердых тканей зуба у детей. Указанная кариесопрофилактическая диета была предложена А. И. Рыбаковым (1968 г.). Подробные рекомендации по этому вопросу отражены в специальном методическом письме ЦНИИС «Стоматологическая профилактика у детей» (1969 г.), составленным А. И. Рыбаковым, А. И. Граниным. Имеются исследования Р. Д. Габовича, И. Г. Лукомского, Г. Д. Овруцкого, И. О. Новик, благодаря которым сегодня мы можем сказать, что в комплексе профилактики кариеса большую роль играет фтор. Фторирование питьевой воды уже внедрено в нескольких городах страны, — это большой успех.

До недавнего времени незаслуженно мало внимания уделяли вопросам гигиены полости рта. Стоматологи не контролировали выпуск по стране зубных щеток, зубного порошка, зубных паст и других средств гигиены. Никто систематически

не занимался вопросами гигиены полости рта у людей различных профессий.

По инициативе ЦНИИС и с разрешения Министерства здравоохранения СССР во второй половине 1968 г. было открыто отделение гигиены полости рта и зубов. За истекший год проделана большая организационная работа и мы имеем уже положительные результаты.

Большую роль по внедрению новых зубных паст сыграли работы Одесского НИИС под руководством Ю. А. Федорова.

Нельзя обойти еще один важный раздел нашей специальности, это вопрос об оборудовании, аппаратах, приборах и инструментарии.

В НИИС и ВНИИХАИ сконструирован аппарат для электрообезболивания зуба (авторы Г. М. Иващенко, Т. В. Никитина, Б. Н. Ростовцев и Н. С. Джаводян награждены медалями ВДНХ за 1968 г.). Аппарат запущен Казанским МИЗ в производство. Он особенно эффективен при лечении детей.

За последние 2—3 года Волгоградский завод внедрил ряд новых стоматологических установок и бормашин, как УС-30; УСУ-3м; УС-30/300; БЭС-10; стоматологических кресел КЗ-2; КЗ-3; КЗ-6; и КЗ-7 с кнопочным управлением и модель стула для врача.

Казанский МИЗ освоил хорошую модель турбинной приставки, выносливую и удобную в работе, а в настоящее время осваивает весьма нужный для нас гироматик — наконецник к бормашине для эндодонтии.

Следует отметить, что при освоении новых моделей заводы весьма затягивают сроки запуска в производство, особенно медленно осваиваются универсальные стоматологические установки, которые по своим качествам все еще значительно уступают зарубежным. Назрела необходимость открыть при стоматологических институтах и факультетах специальные кафедры по стоматологической технике и оборудованию.

Немаловажен также вопрос о гигиене труда и профессиональных заболеваниях врача-стоматолога. Соответствующие исследования ведутся в последние годы акад. А. А. Минх и проф. Г. М. Иващенко в ЦНИИС и ММСИ.

В постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мероприятиях по повышению эффективности работы научных организаций и ускорению использования в народном хозяйстве достижений науки и техники» говорится о планировании мероприятий по охране здоровья населения, а также о разработке долгосрочных, рассчитанных на 15—20 лет прогнозов развития важных направлений медицинской науки. Это значит, что в области терапевтической стоматологии мы должны заранее запланировать наиболее актуальные, фундаменталь-

ные исследования, определить наиболее плодотворное направление, с тем, чтобы максимально экономно и в сжатые сроки передать практике новые средства и методы предупреждения заболеваний и лечения больных.

Государство предоставляет нам огромные возможности и мы обязаны сделать все от нас зависящее, чтобы сократить сроки прохождения научных идей до практики.

Каждый руководитель научной работы знает, что срок ее выполнения можно значительно сократить, но этому обычно мешает многотемность, раздробление сил и оснащения. В таких случаях устранение неплановых тем и многотемности или временное целесообразное отстранение выполнения одной из них, позволит ускорить выполнение наиболее важного исследования, для того чтобы полученные данные скорее внедрить в практику здравоохранения, после чего вновь переключиться на задержанную тему и в свою очередь быстрее ее завершить. Но для этого руководитель должен уметь тщательно планировать и проводить экономический расчет своих исследований.

Нужно согласиться с мнением многих ученых, о чем не раз говорилось в печати, что потеря времени, а следовательно омертвление средств во многом зависит и от запоздалой информации. Несвоевременная информация в медицине приносит не просто экономический или финансовый ущерб здоровью людей. Вот почему мы должны предъявлять большие требования ко всем средствам информации. Однако не следует забывать, что и своевременно полученную информацию мы сами иногда задерживаем, теряем время и тем самым наносим ущерб здравоохранению.

Мы всегда должны помнить, что нам доверена медицинская наука и что мы призваны постоянно обогащать практических врачей новыми методами профилактики, диагностики и лечения стоматологических болезней и что быстрее внедрение в практику всех наших открытий и достижений в этом направлении будут способствовать улучшению охраны здоровья и продлению жизни наших советских людей.

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В ПРАКТИКУ

*Проф. И. И. ЕРМОЛАЕВ, докт. мед. наук. Т. М. ЛУРЬЕ
(Москва)*

Программой КПСС предусматривается полное удовлетворение потребности населения СССР в медицинской помощи. С этой целью планируется проведение широких мероприятий

по оздоровлению населения нашей страны, включая осуществление в полном объеме специализированной лечебной помощи. В связи с этим медицинской стоматологической науке надлежит достигнуть новых более высоких рубежей, осуществляя быстрое и по возможности широкое внедрение в практику здравоохранения новых эффективных средств и методов профилактики, диагностики и лечения основных хирургических заболеваний полости рта и челюстно-лицевой области. За несколько прошедших лет наши ученые обогатили здравоохранение оригинальными методами восстановительных операций с применением филатовского стебля (А. А. Лимберг, Ф. М. Хитров, М. В. Мухин, Л. Р. Балон и др.), немало сделано в области совершенствования методов лечения врожденных дефектов губы и неба (Ю. И. Бернадский, Л. Е. Фролова, Г. И. Семенченко, Ф. М. Хитров, В. И. Титарев, В. И. Заусаев и некоторые др.), улучшена методика костно-пластических операций (Б. Д. Кабаков, Н. А. Плотников и др.). Разработаны и внедрены в стоматологическую практику новые методы диагностики и лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области (Г. А. Васильев, Т. Г. Робустова, Л. Н. Ребеева и многие др.), ряд интересных исследований выполнен по вопросам онкологии челюстно-лицевой области (А. И. Евдокимов, Б. Д. Кабаков, Н. М. Александров, А. А. Колесов, И. И. Ермолаев, П. В. Наумов, В. С. Дмитриева, Е. С. Малевич и др.). Немало ценных предложений сделано по методике лечения травм челюстно-лицевой области (В. С. Дмитриева, Я. М. Збарж, В. И. Лукьяненко, И. С. Карапетян, М. А. Макиенко, М. Б. Швырков и многие др.). Большое число исследований посвящено разработке, обоснованию и внедрению современных методов обезболивания в хирургическую стоматологию (Ю. И. Бернадский, И. Н. Мукозовов, В. Ф. Бизяев, Н. Н. Бажанов, А. С. Добронравов, А. А. Чернышева, и многие другие). Отрадным и весьма знаменательным явлением мы считаем рост числа исследований организационного характера, направленных на изыскание научно обоснованных форм организации помощи хирургами-стоматологами (Т. М. Лурье, Л. Е. Фролова, Б. Я. Булатовская и некоторые др.). Это направление становится особенно важным сейчас, когда вопросы научной организации медицинской службы приобрели исключительное значение как у нас в стране, так и за рубежом.

Предварительный анализ материалов Всесоюзной проблемной комиссии по основным стоматологическим заболеваниям позволяет утверждать, что развитие стоматологической науки в области хирургической стоматологии за последние 5 лет происходит по тем же основным закономерностям, которым подчиняется развитие всей науки вообще. Отмечается ярко

выраженная тенденция к увеличению числа публикаций из года в год, от 8 до 15%. Неравномерный рост числа публикаций по годам обусловлен, вероятно, организационными моментами, временным сокращением числа изданий, ограничениями публикаций и т. д.

Увеличение числа публикаций, которые принято рассматривать как один из путей внедрения в практику научных достижений, свидетельствует прежде всего о резком росте числа научных сотрудников и практических врачей, занимающихся научными исследованиями в области хирургической стоматологии. Мы не располагаем достаточно полными и точными сведениями для глубокого анализа, однако и те материалы, которые имеются в нашем распоряжении, показывают, что число публикаций нередко растет, главным образом, за счет малосодержательных работ еще неопытных исследователей. В то же время удельный вес публикаций крупных ученых практически не растет и даже имеется явная тенденция к его относительному снижению. Нужно отметить, что подобное явление отмечается почти во всех отраслях знаний. Причин этому несколько, они достаточно известны и не требуют специального обсуждения.

Таким образом, можно было бы заключить, что с ростом числа публикаций, которые по неизвестным причинам и при молчаливом согласии ученых повсеместно рассматриваются как критерий оценки эффективности научного труда сотрудника, возрастет своеобразный коэффициент полезности исследований для практики здравоохранения. Так ли это? Нам кажется, что на этот вопрос не может быть односложного ответа.

Много лет назад Дж. Бернал (1939) указывал, что простая оценка ученого только по числу публикаций приносит большой вред. Ученые «стараются показать себя», печатая как можно больше статей, в результате чего издания переполняются незрелыми публикациями. В. В. Налимов и З. М. Мульченко, например, считают, что «мерой полезности публикации является ее цитируемость». Очень плохо, если работа в течение ряда лет не цитируется — это прежде всего является сигналом о том, что она практически не оказала влияния на развитие науки и, вероятно, не может быть полезной также для практики. Но может ли только цитируемость быть критерием эффективности труда ученого в нашей специальности? Нам кажется, что с этим можно согласиться только до известной степени... Так, например, кто-то разработал оригинальный, эффективный, но достаточно сложный хирургический метод. Описание этого метода он опубликовал, но не нашел последователей по той причине, что его искусство хирурга оказалось трудно повторимым, или вообще неповторимым как

яркий талант. Можно ли в этом случае ставить вопрос об отсутствии внедрения в практику данного метода? Мы считаем, что данный метод следует считать внедренным в практику, т. к. в течение всей своей научной деятельности этот хирург будет оперировать больных, применяя на практике свой метод. Однако такие случаи являются исключением и при массовых оценках они не должны отрицательно влиять на изучаемое явление в целом. Другим важным вопросом является «негативная» цитируемость, т. е. цитирование авторов с критическим анализом их ошибочных положений. Такие публикации еще приводятся, однако их влияние на развитие науки по существу можно рассматривать как отрицательное. В этом вторая и пока немалая трудность при оценке эффективности труда научного сотрудника. Мы полагаем, что в настоящее время в нашей специальности можно воспользоваться двумя критериями при оценке возможностей эффективности исследований, которые, до известной степени, могут служить показателями внедрения научных достижений в практику.

Первое — это соотношение числа опубликованных работ (за 5—7 лет) к числу цитируемых в других публикациях. Этот своеобразный коэффициент может быть наиболее полезным для оценки действительной эффективности труда научного коллектива (кафедры, отдела, отделения и т. п.).

Второе — ежегодный углубленный анализ отчетов проблемных комиссий или институтов с изучением прилагаемых планов и материалов по реализации результатов исследований в практику. В итоге данного анализа можно получить многие полезные сведения для предварительного суждения о направлении исследований, возможном практическом эффекте или даже вероятных экономических выгодах или дополнительных затратах. Но такой анализ обязательно предполагает высококачественный исходный материал.

Обратимся, например, к некоторым показателям выполнения плана научных исследований за 1968 г. и внедрения отдельных результатов в практику, табл. 1. Из приведенной таблицы видно, что за 1968 г. по хирургической стоматологии было выполнено 389 работ, из них: докторских диссертаций — 9, кандидатских — 57, подготовлено статей — 323.

Наибольшее число исследований было посвящено вопросам травматологии, что отражает, естественно, повышенный интерес к этой актуальнейшей проблеме хирургической стоматологии, а также объясняется и прошедшим в 1968 г. Всесоюзным пленумом научного медицинского общества стоматологов по вопросам организации помощи и лечения травмы челюстно-лицевой области. По онкологии, врожденным расщелинам и воспалительным процессам число работ примерно

находится на одном уровне в течение ряда лет. Постепенно уменьшается число исследований по вопросам восстановительной (пластической) хирургии челюстно-лицевой области. До известной степени сохраняется интерес к изучению заболеваний слюнных желез, при этом растет удельный вес иммунологических исследований. Резко сократились публикации по обезболиванию в хирургической стоматологии, что пока не полностью объяснимо, ибо проблема обезбоживания еще далека от разрешения. Вероятно, создавшееся положение связано с какими-то явлениями, которые надлежит изучить более детально. Резко и совершенно необоснованно спал интерес к изучению невралгии тройничного нерва, чем в течение многих лет успешно занимались хирурги-стоматологи. Из приведенных данных можно наглядно судить об удельном весе основных направлений научных исследований в нашей специальности, которые представляются наиболее актуальными для практики или интересными в научном отношении.

Таблица 1

Тематика и число выполненных научных работ
по хирургической стоматологии в 1968 г.

Тематика исследований	Докторские диссертации		Кандидатские диссертации		Статьи	Всего работ
	защищено	представлено	защищено	представлено		
Воспалительные процессы	—	1	2	4	37	44
Травма	—	2	6	7	149	164
Опухоли	2	—	2	4	38	46
Врожденные расщелины лица	—	2	4	5	32	43
Вопросы восстановительной хирургии	2	—	2	3	29	36
Заболевания височно-нижнечелюстного сустава	—	—	2	1	6	9
Заболевания слюнных желез	—	—	—	2	15	17
Обезболивание в хирургической стоматологии	—	—	1	2	5	8
Анатомия челюстно-лицевой области	—	—	1	3	2	6
Невралгия тройничного нерва	—	—	—	1	2	3
Прочие	—	—	2	3	8	13
Всего:	4	5	22	35	323	389

Как же обстоит дело с внедрением результатов исследований, имеющих выраженную клиническую направленность, в практику здравоохранения. Из анализа представленных отчетов можно выбрать только около 20 работ, результаты которых авторами предложено внедрить в практику лечебных учреждений. При более детальном изучении отчетных карт по выполненным работам (с клинической направленностью) за 1968 г. можно было бы внедрить уже более 100 работ, результаты которых фактически применяются на практике в том или ином виде. Возникает, естественно, вопрос, в чем причина такой разницы? Ответ прост — не совсем четкое понимание авторами этого важного положения, определяющего в большей степени оценку эффективности научных исследований.

Многие понимают внедрение в практику односложно: применение того или иного диагностического или лечебного метода в различных лечебных учреждениях страны, не принимая во внимание его использование там, где он разработан. Не учитываются, например, предложения по новой методике моделирования эксперимента, лабораторного исследования и т. п., что имеет также большое значение для успешного развития науки.

К сожалению, встречаются еще в большом числе отчеты о работах, исполнители и отчасти руководители которых безответственно относятся к этому важному делу. Так, например, в подробно составленных отчетах кафедр хирургической стоматологии Ставропольского медицинского института, Новокузнецкого института усовершенствования врачей, Московского медицинского стоматологического института совершенно отсутствуют сведения о возможных путях внедрения в практику результатов научных исследований. По некоторым отчетам вообще не представляется возможным сделать какие-либо заключения в силу недостаточной ясности изложения всего отчета (Ташкентский, Кишиневский, Алма-атинский, Минский медицинские институты). Все это свидетельствует о том, что наблюдается целый ряд существенных упущений в системе организации той работы, которая должна помочь осуществлению объективной оценки степени эффективности научных исследований по хирургической стоматологии.

Выполняя Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 24 сентября 1968 г. «О мероприятиях по повышению эффективности работы научных организаций и ускорению использования в народном хозяйстве достижений науки и техники», мы должны поставить перед собой ряд конкретных задач, направленных на улучшение всей системы организации научно-исследовательской работы в области хирургической стоматологии. Прежде всего, необходимо наладить действенную двустороннюю обратную связь между центральной про-

блемной комиссией и непосредственными исполнителями научных тем, осуществить всесторонний анализ выполняемых работ, обращая особое внимание на внедрение результатов клинических исследований в практику. Исключительно важным вопросом является улучшение системы планирования научных исследований на всех этапах. Следует чаще использовать имеющуюся, но не применяемую на практике возможность централизованного планирования тем-заданий, в которых должны конкретно предусматриваться пути и сроки внедрения достижений науки в практику. Например, критерием оценки эффективности работы наших научных коллективов, вероятно, должны являться результаты научного анализа деятельности коллектива (количество и цитируемость публикаций, число и характер методов внедрения в практику и т. п.) за определенный отрезок времени. Только такими путями можно увеличить эффективность научных исследований и максимально ускорить внедрение их результатов в практику.

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В ПРАКТИКУ

*Заслуженный деятель науки РСФСР, проф. Е. И. ГАВРИЛОВ
(Калинин)*

Прежде чем решить вопрос о том, какие наиболее ценные предложения следует рекомендовать к безоговорочному внедрению в клинику ортопедической стоматологии, следовало решить два следующих вопроса.

Первый — что понимать под внедрением результата научного исследования в практику? Решая этот вопрос, мы пришли к заключению, что внедрение в практику проходит несколько стадий: доклад на заседании научного общества, на научной конференции, публикация в журналах и, наконец, практическое применение предложения (метода, способа и др.) в клинике ортопедической стоматологии. Высшей формой внедрения в практику следует считать применение результата исследований как диагностического, лечебного или профилактического средства. Но высшая форма внедрения научных достижений невозможна без предварительной стадии, т. е. обсуждения и апробации.

Второй вопрос — какие результаты исследований следует рекомендовать к внедрению в практику? Только что предложенные, совершенно новые или уже известные в литературе

и апробированные отдельными клиниками, но не получившие всеобщего распространения? После некоторых размышлений мы пришли к выводу, что рекомендации к внедрению должны даваться любому предложению, если его применение улучшит диагностику, ортопедическую терапию и профилактику какого-либо поражения зубо-челюстной системы.

При оценке различных предложений следует учитывать возможность субъективного подхода, иногда сопровождающегося ажиотажем, грубым навязыванием. Естественно, что это не имеет ничего общего с наукой, и такие предложения очень быстро забываются. Так произошло с некоторыми рецептурами оттисковых масс, металлических сплавов и др. Поэтому рекомендации подлежат предложения, апробированные в нескольких учреждениях, известных своими объективными нелицеприятными заключениями.

Еще одно замечание к вопросу об авторских правах и притязаниях на них. Дело в том, что заявление «наш метод», «мы предложили», «наша идея», «наша теория» в настоящее время могут вызвать улыбку, если вспомнить, что известный философ Джон Бернал сказал: «В настоящее время легче создать новую теорию, чем доказать, что она ранее не была известна».

Следует настаивать на широком внедрении тех достижений ортопедической стоматологии, которые способны коренным образом изменить эффективность ортопедической терапии какого-либо заболевания зубо-челюстной системы.

В первую очередь, нужно обратить внимание на необходимость широкого внедрения аппаратурно-хирургических методов устранения аномалий зубо-челюстной системы. Лечение аномалий с помощью различных механически действующих и функциональных аппаратов получило широкое применение и дает хорошие результаты. Тем не менее этот метод имеет свои недостатки, заключающиеся в продолжительности лечения, что, естественно, с трудом переносится больными. Кроме того, аппаратурные методы лечения не всегда эффективны в старшем возрасте, когда структуры костей становятся малоподатливыми. Поэтому для сокращения сроков лечения предложены различные операции на челюстях и альвеолярном отростке, ослабляющие кость и способствующие более быстрому исправлению деформаций и закреплению зубных рядов в новом положении. К таким операциям относится компакто-остеотомия, предварительная редрессация зубов с последующим медленным аппаратурным перемещением. Главное, как показали работы многих клиник (Ленинградская, ЦИУ, Калининская, Киевская), заключается здесь в том, что предварительная декортикация ускоряет последующее аппаратурное воздействие и обеспечивает стойкие результаты.

Операцию следует применять при сужении верхних зубных рядов, при перекрестном прикусе, при лечении прогнатии с удалением премоляров, при исправлении положения отдельных зубов, лечении некоторых форм прогении. Метод ограничен теми же противопоказаниями, что и всякое хирургическое вмешательство. Он не может также применяться у больных с чрезмерным развитием органа, где показана его резекция или остеотомия. Подобная хирургическая подготовка больных перед ортодонтическим вмешательством пока что не вышла из стен отдельных клиник. Но мы осмелимся рекомендовать этот метод, который назван аппаратурно-хирургическим, для применения в практике всех лечебных стоматологических учреждений. Метод доступен и, сокращая сроки лечения, дает хороший эффект в достижении желаемого результата.

Аппаратурно-хирургический метод нашел применение в ортопедической практике и при устранении вторичных деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов. Они опасны нарушениями привычных движений нижней челюсти, функции жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава, а иногда и функциональной перегрузкой зубов, блокирующих движение нижней челюсти. Кроме того, вторичные деформации затрудняют рациональное протезирование, а у некоторых больных, когда деформации прикуса особенно глубоки, протезирование становится невозможным. Поэтому устранение вторичных деформаций является не только мерой профилактики артропатий и функциональной перегрузки, но и создает условия для целесообразного протезирования. В настоящее время нельзя себе представить квалифицированное протезирование при изъянах зубных рядов без устранения вторичных деформаций. Их устраняют повышением высоты прикуса, укорочением выдвинувшихся зубов, удалением и ортодонтическим методом с помощью накусочных протезов. Последние позволяют изменить окклюзионные взаимоотношения за счет изменения формы и величины альвеолярного отростка. Этот метод, являющийся по существу ортодонтическим, предложен давно, но пока не занял подходящего ему места в подготовке больных к протезированию. Распространение указанного метода следует приветствовать, так как он сохраняет жевательный аппарат и выгодно отличается от других, при которых зубы удаляются или повреждаются сильным стачиванием с предварительной депульпацией или без нее.

Ортодонтический метод перестройки альвеолярного отростка сместившихся зубов применялся В. А. Пономаревой, Н. И. Карпенко и др. Недостатком его является продолжительность лечения, что, естественно, задерживает его применение.

В последние годы для ускорения перестройки альвеоляр-

ного отростка под воздействием накусочных протезов предложена предварительная хирургическая подготовка в виде декорткации альвеолярного отростка сместившихся зубов. В нашей клинике разработаны показания к этому методу, изучены осложнения, ближайшие и отдаленные результаты. Однако этот метод не показан при пародонтопатиях, обнажении шеек и корней сместившихся зубов, очагах хронического воспаления в верхушечном периодонте, хронических заболеваниях сердечно-сосудистой и нервной систем.

Большинство операций проводится амбулаторно. Лишь отдельных больных, требующих предварительной медикаментозной подготовки, необходимо госпитализировать на короткий срок в клинику. Специальный интерес представляют особенности последующего ортодонтического лечения больного. Опыт убеждает в том, что съемный накусочный протез (вернее, базис протеза с фиксирующими элементами) следует заранее изготовить и наложить его до операции, причем протез не должен повышать высоту прикуса. Операцию следует проводить после адаптации больного к протезу и устранения всех имеющихся недостатков в его фиксации и соответствии границам протезного ложа.

Заранее подготовленный накусочный протез с повышением высоты прикуса накладывается через 2—3 дня после операции. В течение 7—10 дней больные ежедневно осматриваются. Это требуется и для контроля за заживлением раны и за привыканием больного к повышенной высоте прикуса. В случае появления болей в суставе и мышцах высоту прикуса следует уменьшить. Однако при разобщении прикуса на 2—3 мм между центральными резцами подобное явление встречается редко.

Операция кортикотомии заключается в следующем. На верхней челюсти делают трапециевидный или углообразный разрез слизистой оболочки альвеолярного отростка, отступая от шеек зубов на 0,5 см. Предпочтение следует отдать углообразным разрезам, особенно тогда, когда за сместившимися зубами находятся моляры, расположенные в правильной окклюзии. При недостаточном обзоре операционного поля углообразный разрез можно дополнить вертикальным.

Углообразные или трапециевидные разрезы на нижней челюсти, проходящие ниже шеек боковых зубов, открывают небольшую площадь операционного поля, ограниченную снизу *m. mylohyoideus*. Отслаивать эту мышцу нецелесообразно из-за возможных послеоперационных осложнений. Более удобны горизонтальные разрезы на нижней челюсти на уровне межзубных сосочков. Вертикальные разрезы на верхней и нижней челюсти проводят так, чтобы линия разреза сли-

зистой оболочки альвеолярного отростка не совпадала с линией будущей кортикотомии.

Кортикальная пластинка снимается борами с вестибулярной и небных сторон в виде буквы П до обнажения губчатого вещества. Поперечная линия декортикации на верхней челюсти располагается выше проекции верхушек зубов и равняется приблизительно величине, на которую произошло смещение. Поскольку небные корни покрыты толстым слоем кортикальной пластинки, здесь шаровидными борами дополнительно наносится ряд отверстий в шахматном порядке (решетчатая декортикация).

На нижней челюсти с вестибулярной и язычной сторон проводится комбинированная декортикация (ленточная и решетчатая), причем с язычной стороны горизонтальная линия остеотомии проходит выше прикрепления *m. mylohyoideus*. В случае поверхностного расположения корней зубов, во избежание их повреждения, остеотомия в горизонтальном направлении не проводилась.

Первые признаки наступившей перестройки выявляются через 14—20 дней. Это проявляется в понижении высоты прикуса и уменьшении разобщения между центральными зубами. К 30—40 дням перестройка становится настолько заметной, что на это обращают внимание сами больные. Одновременно в это время возникают боли под протезами. К 40—60 дням появляется значительное балансирование лечебно-накусочных протезов вследствие их оседания; гиперемии слизистой оболочки альвеолярного отростка под базисом, повреждение десневого края плечом удерживающего кламмера. Эти симптомы являются показанием к перебазировке протеза. Подобные явления менее выражены при применении опорно-удерживающих кламмеров и окклюзионных накладок. При использовании опорно-удерживающих кламмеров при двусторонних концевых изъянах атрофия альвеолярного отростка более выражена под дистальным концом седла протеза.

Увеличение пространства для протезирования при устранении деформаций окклюзионной поверхности происходит не только за счет перестройки альвеолярного отростка сместившихся зубов, но и атрофии беззубого альвеолярного отростка под базисом лечебно-накусочного протеза. Чем больше сроки пользования лечебно-накусочными протезами, тем больше выражена атрофия альвеолярного отростка.

Следует также заметить, что исправление грубых деформаций возможно при комбинации различных методов. Одним из них является метод стачивания жевательных бугров. Это тем более необходимо, что зубы, не участвующие в разжевывании пищи, сохраняют не по возрасту выраженные бугры. Поэтому лечение накусочными протезами прекращается, когда стано-

вится ясным, что дополнительным стачиванием бугров грубая деформация окклюзионной поверхности зубных рядов будет устранена.

Сравнивая наши данные о сроках устранения деформации окклюзионной поверхности с данными Н. И. Карпенко (1968), проводившим устранение этих деформаций только накусочными протезами, можно отметить, что декортикация с последующим ортодонтическим воздействием значительно сокращает сроки подготовки больных к протезированию.

Миогимнастические упражнения для лечения и предупреждения аномалий зубо-челюстной системы были предложены очень давно. В последнее время этот метод стал развиваться, но широкого распространения еще не получил. Объясняется это отсутствием соответствующих организационных форм, которые были найдены лишь в последнее время, и внедрение их в практику стоматологии следует считать первойшей необходимостью.

Прежде всего, данный метод лечения аномалий должен входить как обязательная часть плановой санации полости рта детей дошкольного возраста. Планирование и организация всей ортодонтической помощи детям в городах должны быть возложены на специально созданный методический центр при городской стоматологической поликлинике во главе с опытным врачом-ортодонтом. Этот центр должен руководить обследованием детей в детских дошкольных учреждениях, организацией их лечения, в том числе и миофункциональным методом.

Для проведения миогимнастических упражнений нужно подготовить зубных врачей, имеющих достаточные знания анатомии, физиологии и патологии полости рта. Обучение зубных врачей приемам миофункционального лечения нужно организовать в институтах усовершенствования. Зубные врачи в данном случае становятся помощниками стоматологов, т. е. находят свое подлинное место в соответствии с уровнем их медицинской подготовки. Практически лечение начинается в детских дошкольных учреждениях, где формируются группы детей (не более 5 человек) с одинаковыми аномалиями. С ними и проводит занятия зубной врач-инструктор по миогимнастике. Один зубной врач может заниматься с несколькими группами.

Контроль за лечением, предупреждением осложнений ведет врач-ортодонт, который осматривает детей не реже одного раза в две недели.

Если необходимо проводить профилактику аномалий, то предложенный метод является неотъемлемой частью этой профилактики. Для отдельных форм аномалий миогимнастика является и основным лечебным методом.

Привычные вывихи и подвывихи нижней челюсти относятся к распространенному заболеванию височно-нижнечелюстного сустава. Между тем известные консервативные методы их лечения в настоящее время не могут удовлетворить больных. Не получили широкого применения и съемные ортопедические аппараты Шредера, К. С. Ядровой, З. Н. Померанцевой-Урбанской и др. Дело в том, что они ограничивают размах движений нижней челюсти за счет давления на слизистую оболочку, вызывая боль, пролежни и др.

Ю. А. Петросовым разработана и внедрена в практику несъемно-ограничивающая шина для лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти. Аппарат фиксируется на ортодонтических коронках, которые изготавливаются на второй премоляр и первый моляр верхней и нижней челюсти. Ограниченное открывание рта осуществляется шарниром, состоящим из двух частей, подвижно соединенных между собой.

Несъемно-ограничивающая шина применена 150 больным при лечении привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти в клинике ортопедической стоматологии Калининского государственного медицинского института и Краснодарской поликлинике № 1 крайздраотдела. Из 92 человек, прослеженных в отдаленные сроки после лечения, у 85 был достигнут стойкий терапевтический эффект. Сроки лечения привычных вывихов и подвывихов нижней челюсти несъемно-ограничивающей шиной в среднем составляют 4—5 месяцев.

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ МАТЕРИАЛОВЕДЕНИЯ В ПРАКТИКУ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Проф. И. И. РЕВЗИН
(Москва)

Достижения ортопедической стоматологии неразрывно связаны с успехами в области стоматологического материаловедения.

Повышение эффективности лечения, совершенствование конструкций протезов и различных лечебных аппаратов, применяемых в ортопедии, невозможно без наличия высококачественных основных и вспомогательных материалов, а также совершенствования технологических процессов их изготовления.

До Великой Октябрьской социалистической революции

стоматологические материалы в стране совершенно не производились и потребность в них удовлетворялась за счет импорта.

Развитие материаловедения в стоматологии началось только после революции. За сравнительно короткий срок, несмотря на большие трудности, в стране были налажены совершенно новые виды производства. В настоящее время наша промышленность полностью обеспечивает потребность ортопедической стоматологии всеми необходимыми материалами.

Большую роль в развитии и создании отечественного стоматологического материаловедения на основе достижений науки и техники имели работы советских стоматологов Б. Р. Вайнштейна, М. Б. Выгодской, В. А. Марского, И. И. Ревзина, Д. Н. Цитрина, О. М. Круглякова, А. Н. Жагот и др., а также работников промышленности Е. Г. Аронова, В. Д. Безуглого, М. М. Гернера, Л. Н. Мац, З. С. Марецкой и др.

Немалый вклад внесли такие учреждения, как ЦИТО, Харьковский и Ленинградский заводы зубопротезных материалов, ММСИ, Одесский научно-исследовательский институт, ВНИИХАИ, а также отдельные кафедры стоматологических факультетов (Казани, Перми и другие). Общеизвестным центром творческой мысли и ведущей организацией в области материаловедения стал Центральный научно-исследовательский институт стоматологии.

Определенный научный интерес представляет история основных этапов развития материаловедения в отечественной стоматологии вообще, и в частности в ортопедической стоматологии.

В 1919 году Государственный исследовательский керамический институт (ГИКИ) в Ленинграде приступил к изучению состава импортных цемента и способа их изготовления. Несмотря на общие трудности, в стране уже в 1925 г. были выпущены первые отечественные цементы «Детрит» и «Сольвард».

В 1927 г. был выпущен препарат «Фиксит» для фиксации коронок и для временных пломб.

В 1929 г. после создания оборудованной лаборатории были получены цементы «56» и «60», которые получили широкое признание во всей стоматологической сети страны.

Помимо цемента для лечения кариеса зубов было налажено производство амальгам.

За последние годы наблюдается улучшение качества как цемента, так и амальгам.

Ленинградский завод зубопротезных материалов в настоящее время освоил выпуск новых образцов фосфат-цемента «Висфат», силикатного цемента «Силицин» и силико-фосфатного цемента «Силидонт», а также новую амальгаму марки «МО» (медно-оловянную).

В 1930—1932 гг. Д. Н. Цитриным был разработан и предложен рецепт нержавеющей стали для зубных протезов. Протезы из нержавеющей стали заменили дорогостоящее золото и платину, что позволило в короткий срок удовлетворить большую потребность населения в несъемном протезировании, одновременно это послужило стимулом к разработке новых конструкций протезов.

В 30-х годах были изготовлены первые фарфоровые зубы отечественного производства, которое было освоено на фарфоровом заводе им. Ломоносова в Ленинграде. На базе отдельного цеха этого завода в дальнейшем был создан Ленинградский завод зубопротезных материалов. Такой же завод был организован в г. Харькове. Открытие этих заводов позволило отказаться от импорта многих дорогостоящих материалов, в том числе и искусственных зубов.

Новой эрой в развитии ортопедической стоматологии была разработка пластмассовых масс на основе акриловых смол. В 1940 г. в результате самостоятельных исследований, проведенных сотрудниками Центрального научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (И. И. Ревзин, Б. Н. Бынин и др.), удалось разработать и внедрить в практику зубного протезирования пластмассу АКР-7. Благодаря высоким механическим свойствам и простой технологии АКР-7 выгодно отличался от каучука и сразу занял ведущее место среди материалов, применявшихся для изготовления базисов съемных протезов.

Вскоре, в 1943 г., на основе акриловой пластмассы в ЦИТО был разработан рецепт пластмассы для изготовления зубных протезов под цвет естественных зубов.

С 1945 г. ортопедическая стоматология обогатилась эластическими пластмассами АКР-9, ЭГМАСС-12, в которых особенно нуждалось челюстно-лицевое протезирование. Применение мягких эластических подкладочных из указанных материалов дало возможность освоить производство новых съемных протезов с повышенной адгезией и менее травматических для слизистой оболочки полости рта. В настоящее время в ЦНИИС проведены исследовательские работы по применению различных эластичных силиконовых каучуков. Кроме этого, путем двойной или тройной сополимеризации метилметакрилата с другими мономерами (этилметакрилат, метилакрилат и др.), достигнуто значительное повышение качества акрилатов. В результате совместных работ ЦНИИС с ХЗЗМ были разработаны новые рецептуры базисных материалов, как АКР-15 и акрел.

Разработаны новые эластические материалы «эладент» и др. СХБ-20 — материал для боксерских шин и др.

Одновременно наша отечественная промышленность освоила производство новых пломбировочных материалов из быстротвердеющих пластмасс, полимеризация которых проходит без подогрева при температуре полости рта. Например, на Харьковском заводе зубоврачебных материалов, такие работы ведутся с 1952 г. и за этот период им был выпущен ряд препаратов: АСТ-1, АСТ-2, 2А, 2Б, Норакрил, Норакрил-65. Одновременно Ленинградским заводом зубоврачебных материалов был освоен выпуск препаратов «Сокриз» и «Бутакриз». Таким образом, за сравнительно короткий срок была проделана большая и кропотливая работа больших коллективов специалистов по освоению производства указанных пломбировочных материалов из пластмасс.

Пластическая масса на основе акриловых смол, как у нас в стране, так и за рубежом, является основным материалом, из которого до настоящего времени изготавливают зубные протезы.

Значительные успехи достигнуты в выпуске искусственных зубов из акрилатов, являющихся главной составной частью протеза. В настоящее время у нас налажен выпуск одно-, двух- и трехцветных зубов, которые обеспечивают высокие функциональные и косметические качества протезов. За последние годы на Харьковском заводе зубоврачебных материалов достигнуты определенные успехи в разработке и выпуске новых пластических оттисковых материалов.

Как известно, точность оттиска зависит в большей мере от качества оттискового материала, в связи с чем к ним предъявляются особые технические и медицинские требования. Для того чтобы удовлетворить все требования клиники протезирования, в настоящее время промышленностью выпускается большой набор оттисковых материалов, обладающих различными свойствами, как например материалы на основе альгината натрия, силиконового каучука, цинкэвгеноловой и тиоловой пасты и др.

В настоящее время мы имеем и совершенные моделировочные материалы, позволяющие повышать качество изделий: воск для базисов, воск для мостовидных работ, вкладок и бюгельных протезов.

Определенные успехи достигнуты на Ленинградском заводе зубоврачебных материалов. Здесь разработана рецептура и выпускается фарфоровая легкоплавкая масса ФЛ-1 для изготовления фарфоровых коронок, а также освоено производство различных абразивных материалов.

Массовый и доступный характер ортопедической стоматологической помощи населению в нашей стране во многом зависит от наличия простой по управлению и высокопроизво-

дительной аппаратуры для отливки протезов из стали и других сплавов.

Проводимые в 1956 г. экспериментально-исследовательские работы позволили разработать и изготовить промышленную высокопроизводительную специальную центробежную печь (конструкции С. Д. Богословского и В. А. Марского).

ЦНИИСом разработано три типа высокочастотной аппаратуры для стоматологических целей. ЦНИИС изготовил также все рабочие чертежи и передал их в промышленность. Это позволило промышленности с 1961 г. выпускать серийно высокочастотную литейную аппаратуру типа № 1 и 2, а в настоящее время разработана и передана для серийного выпуска аппаратура № 3, которая идет и на экспорт за границу.

Сейчас в стране действует свыше 150 литейных, многие из которых являются централизованными.

Благодаря переходу на высокочастотное литье значительно улучшилось качество изготавливаемых мостовидных протезов из нержавеющей стали, кроме того, ортопеды получили возможность изготавливать точные микропротезы — полукоронки и вкладки. Эта аппаратура позволяет отлить в день несколько тысяч деталей. На одну отливку (кювету) требуется всего 40—45 секунд.

В немалой степени успеху качественных отливок способствует хромокобальтовый сплав, выпускаемый Ленинградским заводом зубоорудийных материалов. Этот сплав экспортируется за границу.

Одним из самых современных видов протезирования является бюгельное. Изготовление цельнолитых бюгельных протезов потребовало разработки совершенно новой технологии. За последние годы ЦНИИСом в этом направлении проделана значительная работа, в частности по подбору отечественных хромокобальтовых сплавов, которые обладают хорошими литейными свойствами и хорошо поддаются механической обработке.

Наиболее прогрессивным и оправданным методом изготовления бюгельных протезов является отливка прямо на керамических моделях цельнолитых бюгельных каркасов из хромокобальтовых сплавов. Определенная работа в этом направлении проделана ЛЗЗМ и ВНИИХАИ. В ЦНИИС разработана рецептура специальной огнеупорной массы «Кристосил» для моделей, на которых производится отливка протеза. Одновременно разработаны и ряд приспособлений для улучшения технологии изготовления бюгельных протезов (параллелометр и др.). В настоящее время для больных изготовлено несколько тысяч бюгельных протезов, которые показали хорошие клинические результаты.

Достижения и опыт, накопленный нами в течение многолетней работы, широко внедряются в практику. Так, на базе ЦНИИС готовятся техники-бюгелисты, на нашей базе кафедрой ЦИУ врачей проводятся занятия с врачами ортопедами. Начиная с 1965 г. на ВДНХ проводятся ежегодные декадни по освоению высокочастотного литья, на которые приезжают сотни людей со всех концов страны.

Достигнутые успехи в области стоматологического материаловедения стали возможны благодаря тесному содружеству нашего института ЦНИИС с ведущими научными техническими учреждениями страны (МХТИ им. Менделеева, НИИПМ, институт элементоорганических соединений и др.).

Тесное содружество с Харьковским и Ленинградским заводами зубоврачебных материалов позволяет в кратчайшие сроки внедрять результаты исследований, новые разработки в широкую клиническую практику.

В настоящее время протезы, изготовленные из пластмассовых, металлических и других отечественных материалов, отвечают современным косметическим и функциональным требованиям.

Дальнейшему совершенствованию ортопедической помощи во многом будет способствовать более широкое применение сополимерных акриловых материалов, внедрение мягких пластмасс, оснащение сети необходимыми аппаратами для внедрения бюгельного протезирования (параллелограммы, компактными высокочастотными печами), а также улучшение качества отпускаемого для стоматологических целей сырья.

ИНСТИТУТЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ — БАЗЫ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРАКТИКУ

Проф. В. С. ДМИТРИЕВА
(Москва)

Перед советской наукой, в том числе и перед медицинской, стоят большие и важные задачи. Деятельность наших ученых должна быть направлена на выполнение исследований по актуальным современным проблемам, на всемерное ускорение научно-технического прогресса, на быстрее внедрение в практику результатов научных исследований.

Следует подчеркнуть, что в медицине, так же как и в других отраслях научных знаний, между достижениями науки и практической их реализацией нередко оказывается значительный разрыв. Поэтому, естественно, возникает необходимость бы-

стрее продвигать достижения науки в практику. С этой точки зрения институты усовершенствования имеют большие возможности.

Только в ЦОЛИУ врачей на кафедрах стоматологического профиля ежегодно повышают свои знания в среднем 700 врачей-стоматологов. В настоящее время кафедры стоматологии имеются в 11 институтах усовершенствования врачей (Москва, Ленинград, Киев, Харьков, Казань, Минск, Запорожье, Новокузнецк, Ташкент, Баку, Тбилиси). Нет кафедр усовершенствования по стоматологии в 7 республиках (Казахская, Туркменская, Таджикская, Молдавская, Эстонская, Литовская, Латвийская).

Одной из основных задач усовершенствования является ознакомление слушателей с новейшими данными по тому или иному вопросу стоматологии.

Как показывает опыт кафедр стоматологии ЦОЛИУ врачей, при изложении учебной программы используется материал исследований ученых-стоматологов как в нашей стране, так и за рубежом.

Однако более значительное место при внедрении научных исследований в практику принадлежит тем разделам, которыми занимаются сотрудники соответствующей кафедры или базы, на которой работает кафедра.

Подтверждением сказанного может служить внедрение научных исследований в практику по определенным разделам хирургической стоматологии на ряде кафедр хирургической стоматологии ГИДУВов. Профессору А. А. Лимбергу и его сотрудникам принадлежит заслуга не только разработки метода пластики местными тканями, но и широкое внедрение его в практику. Это в такой же степени касается классических операций, разработанных А. А. Лимбергом и П. П. Львовым для пластики неба при врожденной расщелине и оперативном лечении анкилоза и микрогении. На кафедре ЦОЛИУ врачей, возглавляемой долгие годы проф. А. Э. Рауэром и Н. М. Михельсоном, как при их жизни, так и в настоящее время, большое внимание уделяется лечению переломов костей лицевого скелета, повреждению мягких тканей, пластике филатовским стеблем. За 38-летнее существование кафедры методы, предложенные и апробированные сотрудниками, стали достоянием широкой массы практических врачей.

Изучение специфических воспалительных заболеваний, и особенно актиномикоза челюстно-лицевой области, дало возможность кафедре хирургической стоматологии Минского ГИДУВа (зав. каф., проф. К. И. Бердыган) широко внедрить в практику методы диагностики и лечения не только специфических, но и одонтогенных воспалительных процессов. В Запорожском ГИДУВе (зав. каф., доц. К. И. Татаринцева)

значительное место в научных исследованиях занимает тематика, направленная на изучение таких стоматологических амбулаторных операций, как операция удаления зуба, оперативное лечение околокорневых кист с сохранением здоровых зубов, прилежащих к оболочке кисты. Разработаны методы остановки кровотечения после операции удаления зуба и метод щадящего атипичного удаления остатков корней зубов — все широко внедрено в практику, благодаря популяризации среди врачей-курсантов.

Исключительно велика роль внедрения научных исследований в практику кафедр терапевтической стоматологии. Примером может служить одна из ведущих кафедр терапевтического профиля, кафедра ЦОЛИУ врачей, возглавляемая членом-корреспондентом АМН СССР, проф. А. И. Рыбаковым. Преимущество кафедры, так же как и других кафедр стоматологии ЦОЛИУ врачей, расположенных на базе научно-исследовательского института, в том, что в практику внедряются не только исследования сотрудников кафедры, но и института. Иллюстрацией сказанного могут служить показатели по внедрению в практику исследований кафедры терапевтической стоматологии ЦИУ и ЦНИИС.

За последние несколько лет широко внедрены в практику:

1) «дентоксид» — пломбировочный материал на основе эпоксидной смолы (Ленинградский завод зубоврачебных материалов);

2) подготовлена техническая документация для выпуска опытной партии двух материалов (Харьковский завод зубоврачебных материалов);

а) эпоксидный пломбировочный материал холодного отверждения,

б) материал для пломбирования корневых каналов;

3) изучены и разработаны методы применения декамина для лечения глубокого кариеса, пульпита, периодонтита;

4) разработан и внедрен в практику метод лечения многоформной экссудативной эритемы;

5) разработаны и внедрены методы лечения пульпита; периодонтита, пародонтопатий с применением кортикостероидов (13, 23, 19-я поликлиники г. Москвы);

6) разработана модификация метода внутриканальной УВЧ-терапии;

7) разработана модель экспериментального стоматита. На основе этого метода сделаны рекомендации целевого обследования печени у больных с афтозным стоматитом.

Как указывает зав. кафедрой терапевтической стоматологии Ленинградского ГИДУВа доцент Н. М. Абрамов, требования курсантов и задачи институтов усовершенствования заставляют преподавателей систематически знакомиться и внедрять

достижения научных исследований в практику. Методы внедрения этих достижений, по данным Н. М. Абрамова, различны и проводятся: 1) в лекционном курсе; 2) на практических занятиях непосредственно на базе; 3) путем посещения других научных и практических учреждений города, где курсанты знакомятся с теми или иными методиками или способами лечения. Кафедра терапевтической стоматологии Ленинградского ГИДУВа придает большое значение посещению других учреждений, где широко внедрены в практику результаты ее научных исследований; 4) научные достижения ленинградской кафедры, а также других кафедр обсуждаются на административных совещаниях главных врачей и заведующих отделениями. На этих совещаниях заведующие кафедрой систематически освещают как новые и наиболее рациональные формы обслуживания населения, так и новые методы лечения. Подобный контакт с руководителями службы в городе позволяет наиболее оперативно апробировать любую новую методику.

Научные достижения внедряются и путем широкого участия кафедры в областных и городских научно-практических конференциях. Ежегодно кафедра принимает участие в двух-трех таких конференциях.

Кафедра терапевтической стоматологии Харьковского ГИДУВа широко внедрила в практику бальнеофизиотерапию в комплексном лечении больных глоссалгиями вне курорта (зав. кафедрой доцент В. А. Никитин).

На кафедре Киевского ГИДУВа (зав. проф. А. М. Солнцев) с целью внедрения научных исследований в практику издаются методические письма, которые утверждаются МЗ УССР и реже СССР.

Кафедра терапевтической стоматологии Тбилисского ГИДУВа (зав. доц. Е. А. Шанидзе) уделяет большое внимание внедрению в практику исследований, направленных на профилактику стоматологических заболеваний.

Кафедры ортопедической стоматологии ГИДУВов также уделяют большое внимание внедрению в практику научных исследований. Примером может служить внедрение в практику ряда методик, разработанных на кафедре ортопедической стоматологии Харьковского ГИДУВа (зав. проф. М. А. Нападов):

1) перебазирование пластинчатых съемных протезов с помощью самотвердеющих пластмасс;

2) шинирование при пародонтозе с помощью самотвердеющих пластмасс;

3) комплексное лечение пародонтоза с применением терапевтических, хирургических и ортопедических мероприятий;

- 4) упрощенная методика изготовления бюгельных протезов;
 - 5) новая технология изготовления съемных протезов с металлическими базами;
 - 6) новые конструкции и технология изготовления ортодонтических аппаратов из самотвердеющих пластмасс;
 - 7) новый метод диагностики деформаций зубо-челюстной системы путем реконструкции гипсовых моделей;
 - 8) новый метод устранения вредных привычек у детей с применением гипноза и внушения;
 - 9) новый метод конструирования зубных рядов по сферическим поверхностям;
 - 10) новые формы жевательных искусственных зубов;
 - 11) постановочная пластинка;
 - 12) линейки для оформления валиков;
 - 13) новые конструкции съемных протезов с амортизаторами жевательного давления;
 - 14) новые конструкции протезов с функционально-техническими формами базисов;
 - 15) цельнолитые конструкции несъемных протезов, изготавливаемые на высоко-частотной установке;
 - 16) разработаны совместно с инженерами-химиками материалы и клинические методики их применения (Альгеласт-1, Стомалгин, Дентол, Ортокор, Новальгин, Тиодент, АКР-100 ст., Протакрил, Редонт, Карбопласт, Акрел, АКР-П и др., моделировочная пластмасса);
 - 17) сотрудники кафедры принимали участие в разработке проспекта материалов, выпускаемых Харьковским заводом зубо-врачебных материалов.
- Кафедра ортопедической стоматологии Киевского ГИДУВа (зав. проф. А. Н. Губская) уделяет значительное внимание внедрению в практику предупреждающих и устраняющих дефектов и деформаций зубочелюстной системы.
- Суммируя факторы, способствующие внедрению научных исследований в практику, необходимо подчеркнуть следующие моменты.
1. При дифференциации профильных стоматологических кафедр можно наиболее продуктивно сочетать науку и практику. Как указал в статье «Эффективность науки» («Правда» от 3. III 1969 г.) академик А. Имшенецкий: «Одной из наиболее характерных особенностей развития современной науки, бесспорно, следует считать ее дифференциацию и специализацию, которая в дальнейшем будет еще более усиливаться».
 2. Сокращение длительности циклов усовершенствования до 1—2 месяцев, широкое внедрение заочно-очного обучения, тематических и выездных циклов — все это способствует внедрению научных исследований в практику.

3. Одним из перспективных видов усовершенствования, способствующих внедрению в практику научных исследований, среди большого количества врачей является обучение по телевидению, которое введено в ЦОЛИУ по предложению ректора М. Д. Ковригиной. Первый опыт кафедр терапевтической, хирургической и детской стоматологии, когда на цикле обучалось одновременно 700 врачей-стоматологов Москвы и Московской области, с убедительностью подтверждает целесообразность этого метода усовершенствования врачей-стоматологов.

4. Большое значение имеют семинары для заведующих кафедрами, доцентов и ассистентов медицинских вузов и стоматологических факультетов, которые уже несколько лет проводятся на кафедрах стоматологического профиля в ЦОЛИУ врачей. Обмен опытом между преподавателями ГИДУВов и медицинских институтов в значительной степени способствует внедрению научных исследований в практику.

5. Более эффективным для внедрения научных исследований является творческое сотрудничество кафедр институтов усовершенствования и научно-исследовательского института стоматологии.

6. Внедрение научных исследований в практику будет способствовать увеличению циклов усовершенствования по социальной гигиене и организации здравоохранения для стоматологов, о чем убедительно свидетельствует опыт кафедр стоматологии ЦОЛИУ врачей.

7. Необходимо в ближайшее время составить перспективный план усовершенствования врачей-стоматологов на выездных циклах в тех республиках, где нет институтов усовершенствования или кафедр стоматологического профиля.

Следует подчеркнуть также необходимость повышения эффективности научно-исследовательской работы на кафедрах стоматологического профиля институтов усовершенствования врачей и помнить, что в принятом Постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мероприятиях по повышению эффективности работы научных организаций и ускорению использования в народном хозяйстве достижений науки и техники» предусмотрено усиление планового начала как необходимой предпосылки повышения эффективности научных исследований и быстреего освоения их результатов в практике.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ОПЫТ РАБОТЫ ОДЕССКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВА- ТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА СТОМАТОЛОГИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ В ПРАКТИКУ ДОСТИЖЕНИЙ НАУКИ ПО РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ПРОБЛЕМЕ «ОСНОВНЫЕ СТОМАТО- ЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ»

*Проф. А. И. МАРЧЕНКО, канд. мед. наук В. В. ВОЛОДКИНА
(Одесса)*

Практическая ценность выполненных научно-исследовательских работ определяется не только их новизной, но и степенью внедрения их в практическую деятельность лечебно-профилактических учреждений.

В Украинской ССР вопросами внедрения достижений стоматологической науки в практику занимаются стоматологические кафедры и проблемные комиссии научно-исследовательских институтов. Они отбирают наиболее ценные предложения для внедрения и свои рекомендации представляют в республиканскую проблемную комиссию, которая работает при Головном Одесском научно-исследовательском институте стоматологии.

После соответствующей апробации и отбора поступивших

предложений проблемная комиссия составляет республиканский план внедрения по итогам законченных работ.

Проект республиканского плана внедрения рассматривается в ученом совете и Управлении лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения УССР.

Одобренные предложения и рекомендации включаются в план организационных мероприятий Министерства, в котором предусмотрено издание методических писем, изготовление опытных образцов, приборов, аппаратов и лечебных средств.

Такой план обсуждается на коллегии и после его утверждения находится на контроле.

Практическая реализация результатов научных достижений осуществлялась публикацией работ, изданием методических писем, внедрением в практику изобретений и рационализаторских предложений.

Наименование предложений для внедрения	1966	1967	1968	ВСЕГО
Авторские свидетельства	12	13	14	39
Удостоверения на рацпредложения	36	32	52	120
Издательская работа				
Статьи в журналах и сборниках	254	301	541	1096
Тезисы докладов	207	180	77	464
Монографии	1	5	2	8
Сборники	5	7	5	17
Методические письма	15	31	15	61

По результатам научных исследований, в 1969 г. подлежало внедрению в практику:

а) по методам диагностики и лечения — 28 предложений, оформленных в виде методических писем, из них по терапевтической стоматологии — 11, хирургической стоматологии и рентгенологии — 12, по ортопедической стоматологии — 5.

Наиболее активно внедряют результаты своих исследований Одесский НИИС (13 методических писем), Одесский медицинский институт (9 методических писем), Киевский медицинский институт (5 методических писем);

б) по препаратам и лекарственным формам — 10 предложений, из них наиболее значительные:

зубные пасты «Жемчуг», «Бело-розовая», «Ромашка», разработанные в Одесском НИИС, материал для снятия оттисков с беззубых челюстей и слепочная масса для дублирования моделей, пластмасса для изготовления точно прилегающих протезов (Одесский НИИС);

в) по приборам, аппаратам, инструментам — 16 предложений, разработанных, главным образом, в Одесском НИИС и

Одесском медицинском институте. Наиболее значительными из этих предложений являются электронно-вакуумный аппарат В. И. Кулаженко для определения амплитуды податливости слизистой оболочки полости рта, электронно-вакуумный аппарат для лечения несрастающихся переломов костей, электронно-вакуумный аппарат для введения лекарственных средств путем ионофореза в условиях вакуума, аппарат В. Н. Володкина для изгибания ортодонтических пружинящих петель, устройство для вибрационного массажа слизистой оболочки полости рта (ОНИИС), аппарат для лечебной и транспортной иммобилизации переломов нижней челюсти (Винницкий медицинский институт), портативная бормашина Спутник-2 (Николаевский облздравотдел) и другие приборы.

Важным звеном по обеспечению внедрения в практику являются областные научно-практические конференции, межрайонные практические семинары. Министерство здравоохранения УССР и облздравотделы всемерно поощряют и оказывают помощь в организации и проведении таких конференций с изданием материалов докладов.

В 1965—1968 гг. было проведено 28 областных научно-практических конференций стоматологов и зубных врачей.

На конференциях были представлены доклады научных сотрудников и практических врачей. На высоком уровне с привлечением большого количества практических врачей проходят конференции в гг. Луганске, Херсоне, Виннице, Львове, Луцке, Запорожье, Харькове, Одессе. Так, на Херсонской областной конференции (1968) из 35 докладов 28 было представлено практическими врачами, на Луганской (1967) — 41 из 73 докладов, на Винницкой (1967) — 41 из 74. В докладах освещались самые разнообразные вопросы, имеющие практическое значение.

Много докладов было посвящено сравнительной оценке различных методов лечения пульпитов, периодонтитов, пародонтоза. Большое место среди докладов занимают работы, обобщающие опыт проведения плановой санации дошкольников и школьников, а также освещаются методы санации и диспансеризации организованных групп населения, промышленных рабочих (Донецкая, Запорожская, Луганская, Волынская, Харьковская и другие области). Часть докладов посвящена диагностике заболеваний челюстно-лицевой области, различным методам оперативных вмешательств при врожденных уродствах, воспалительных заболеваниях. Освещаются вопросы травматизма и меры борьбы с ним.

Доклады по ортопедической стоматологии включают освоение новых методов и материалов для протезирования, их сравнительную оценку.

Многое из того, что предложено в научных учреждениях,

находит отклик у практических врачей и внедряется в практику.

На заседаниях областного общества стоматологов изучаются инструктивно-методические письма, организуются выездные семинары в отдаленные районы области. За 1965—1967 гг. врачи области ознакомились с 8 методическими письмами по терапевтической стоматологии, 3 письмами по организации стоматологической помощи, 4 письмами по хирургической стоматологии и 7 письмами по ортопедической стоматологии. 68 стоматологов и зубных врачей повысили свою квалификацию в институтах усовершенствования врачей, в Одесском научно-исследовательском институте стоматологии, 62 зубных врача повысили свою квалификацию при областной поликлинике. В области за 1965—1967 гг. было проведено 13 научно-практических семинаров.

В лечебной работе врачи широко применяют пломбирование пластмассой, биологические методы лечения пульпитов, заапикальную терапию периодонтитов, вакуум-массаж при лечении пародонтоза, электрообезболивание гиперестезии дентина, прополис и другие средства и методы. Значительно расширилось применение новых оттисковых масс, бюгельное протезирование, изготовление функциональной аппаратуры для ортодонтического лечения.

Во всех областях Украины созданы крупные областные стоматологические поликлиники, которые стали организационно-методическими центрами и базами повышения квалификации для врачей. Через такие поликлиники научные учреждения СССР и отдельные сотрудники имеют возможность достаточно эффективно внедрять в практику здравоохранения результаты научных исследований.

О ПУТЯХ И ФОРМАХ ВНЕДРЕНИЯ В ЖИЗНЬ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОГИИ

Проф. Г. Д. ОВРУЦКИЙ
(Казань)

Внедрение в жизнь результатов научных изысканий является естественной потребностью каждого исследователя и прямым долгом советского ученого. Большие надежды государство и народ возлагают на ученых-стоматологов, численность которых за последнее десятилетие возросла чуть ли не вдвое. Увеличилось и число специалистов-теоретиков, привлекаемых

к изучению различных проблем стоматологии. По данным Ю. И. Бернадского (1967), советскими стоматологами опубликовано около 25 тысяч работ. Однако, если для фундаментальных научных исследований публикация сама по себе является «выходом в практику», то для исследований научно-практического характера помимо публикации работы, как правило, требуется использование и других каналов.

Весьма широко используется такой путь внедрения достижений стоматологической науки в практику, как издание методических писем, указаний и рекомендаций. Но иногда эти материалы не доходят до исполнителей на местах, бывают случаи, когда одновременно из двух или нескольких научных учреждений поступают методические указания, содержащие совершенно несовместимые рекомендации.

Известны такие парадоксальные случаи, когда с целью внедрения в практику результатов исследований издаются методические письма, вместо того, чтобы организовать промышленный выпуск соответствующего препарата.

Методические письма как форма внедрения достижений науки и практики в жизнь должны особенно широко использоваться для распространения передового опыта, научной организации труда врачей и их помощников, а также с целью пропаганды сведений о новых прописях или уже имеющихся препаратах.

Обеспечение промышленного выпуска разработанных учеными препаратов, аппаратов, инструментов и т. п. является одним из непременных условий внедрения в жизнь достижений науки. К сожалению, деятельность существующей при Минздраве СССР стоматологической комиссии по новой технике, призванной внедрять в производство лучшие образцы, предлагаемые учеными, не может быть признана достаточно оперативной. До сих пор вопрос о внедрении того или иного образца решается на основании одной или в лучшем случае двух рецензий. Такая система оценки не свободна от субъективизма.

Необходимо разработать определенные требования, которые должны стать непременными для того, чтобы рекомендовать промышленности то или иное предложение.

Разработка таких критериев ведется во Всесоюзном научно-исследовательском институте медицинских инструментов. Было бы целесообразно, определенными критериями, а не произвольными мнениями, пользоваться всем организациям, которые апробируют то или иное новшество. Нельзя рекомендовать научным учреждениям или отдельным ученым, компетентным в данной области, давать заключения о ценности того или иного предложения, без достаточной проверки в соответствии с принятыми для этого стандартами (критериями).

Не перечисляя отдельно предложений, родившихся на нашей кафедре, принятых многими практическими учреждениями, хочется заметить, что результаты некоторых научных исследований удается внедрить путем личного контакта сотрудников кафедры с коллективами врачей. В этом отношении показательно, что методы, разработанные или освоенные на той или иной кафедре, с особым постоянством внедряются в практику тех лечебных учреждений, которые находятся с ними в контакте. В этой связи большого внимания заслуживает пропаганда признанных установок той или иной кафедры путем выездов научных работников в города и районы, где студенты данного ВУЗа проходят производственную практику. Такая форма внедрения хороша и тем, что ученый очень скоро получает обратную информацию о ценности своего предложения и применимости его в конкретных условиях. У советского ученого должно хватить энергии для того, чтобы внедрить результаты своего труда. Вместе с тем, у него должно хватить трезвости и для того, чтобы отказаться от внедрения предложения, неприемлемого для практики.

Использование достижений науки на практике зависит и от того, насколько в них заинтересованы практические работники. Вот почему, наряду с борьбой за высокую идейную сознательность врача и целесообразностью привлечения практических врачей к участию в научно-исследовательской работе, необходимо пересмотреть те показатели, по которым оценивается практическая работа врача-стоматолога.

Мы не претендуем на сколь-нибудь полное освещение вопроса о формах и путях внедрения результатов достижений науки в жизнь. Несмотря на это, хочется коснуться той формы внедрения, которая, как показывает шестилетний опыт нашего института, обеспечивает максимальное использование итогов научных изысканий: о научно-исследовательской работе на хозяйственно-договорных началах с промышленными предприятиями или научно-исследовательскими учреждениями, нестоматологического профиля.

Так, например, в соответствии с договором между Менделеевским химическим заводом и Казанским медицинским институтом, кафедра терапевтической стоматологии в содружестве с кафедрой гигиены труда разработали систему мер по предотвращению кислотного некроза зубов у рабочих и служащих, соприкасающихся в процессе труда с минеральными кислотами и их парами. Администрация завода все до единой рекомендации приняла и внедрила в жизнь. В течение последних лет заболеваемость кислотным некрозом зубов на предприятии существенно снизилась. Предложенные нами методы определения индивидуальной чувствительности зубов

к действию паров минеральных кислот используются на заводе в интересах рационального трудоустройства. Рекомендации по выбору методов лечения распространенных заболеваний зубов у лиц, работающих в атмосфере паров кислот, позволили повысить прежде крайне незначительную терапевтическую эффективность вмешательств на зубах у рабочих кислотных производств.

Все это привело к заметному снижению заболеваемости зубов и других органов, что, по подсчетам экономистов, привело к определенному повышению производительности труда. На предприятиях химической промышленности используется разработанный нами (Г. Д. Овруцкий, Л. Г. Берг, А. С. Япеев, А. Галиуллин, 1968) в содружестве с химиками Казанского университета универсальный метод очистки невентилируемых помещений от паров минеральных кислот.

Примером немедленного внедрения в жизнь результатов исследований по хоздоговору может служить и выполненная нами (Г. Д. Овруцкий и Т. С. Шигабутдинов) работа по определению ориентировочной годовой потребности Советского Союза в зубных борах различных типоразмеров. Наши рекомендации утверждены Госпланом СССР и приняты промышленностью.

Внедрение результатов научных изысканий по стоматологии в жизнь — это не только дело престижа учреждения или отдельных ученых, но и прямой долг, который должен явиться ответом на заботу народа, партии и правительства, проявляемую к развитию советской стоматологии.

ПУТИ И ФОРМЫ ВНЕДРЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОДЕССКИМ НИИ СТОМАТОЛОГИИ

Канд. мед. наук Ю. А. ФЕДОРОВ, В. Н. КУЗНЕЦОВ
(Одесса)

Важнейшим конечным результатом любого научного исследования является внедрение его в практику. Итоги клинических исследований должны использоваться в повседневной практике врача, результаты экспериментальных работ могут быть также учтены клиницистами или использованы в будущем, а новые оригинальные методики исследований могут применяться в аналогичных профильных лабораториях.

В Одесском НИИ стоматологии используются следующие основные формы внедрения законченных научных работ в практику здравоохранения:

- а) опубликование законченных работ в печати;
- б) изложение в докладах, на семинарах, декадниках, симпозиумах, конференциях и съездах;
- в) обучение врачей новым методам диагностики, лечения и протезирования путем подготовки на рабочих местах;
- г) обучение новым методам диагностики, лечения и протезирования врачей различных областей УССР сотрудниками института во время выездов для консультативной и методической помощи;
- д) опубликование и распространение методических писем и ежегодных конъюнктурных обзоров о состоянии стоматологической помощи в УССР;
- е) изготовление и распространение опытных образцов, разработанных новых материалов, приборов и инструментов;
- ж) промышленный выпуск разработанных в институте материалов.

Соответственно этим формам имеются конкретные пути внедрения в практику предложений, разработанных в институте. Это прежде всего уже установившаяся и оправдавшая себя в течение нескольких лет практика внедрения по единому республиканскому плану, составленному ученым советом Министерства здравоохранения УССР, а также реализации плана оргмероприятий, подготовленного Управлением лечпрофпомощи Министерства здравоохранения УССР. В эти планы внедрения входили наиболее ценные и перспективные предложения, которые реализовались в республике. На основании результатов научных исследований, работы изобретателей и рационализаторов, в течение 1966—1967 гг. мы предложили для республиканских планов внедрения 22 методических письма, 9 приборов и инструментов, 18 различных материалов и препаратов. В планы внедрения 1966—1968 гг. было включено 16 методических писем (из которых уже изданы 13), 9 приборов и инструментов (в 5 случаях изготовлены небольшие партии опытных образцов), 6 материалов и препаратов (из которых 2 уже производятся промышленным путем, а 2 реализованы в виде небольших опытных партий).

Ряд предложений института демонстрировались на ВДНХ СССР и УССР: зубные пасты «Жемчуг» и «Бело-розовая», агаровая дуплексная масса, жидкость для расширения корневых каналов, масса для дублирования огнеупорных моделей и др. В частности, зубная паста «Жемчуг» в 1967 г. была удостоена диплома ВДНХ СССР III степени.

Методические письма, посвященные современным методам диагностики, лечения и протезирования, издавались тиражом

2500—5000 экземпляров и рассылались бесплатно во все стоматологические учреждения УССР. В частности, были изданы и распространены методические письма, в которых представлены результаты оригинальных клинических исследований, обобщен опыт собственных методов лечения, диагностики и протезирования. Назовем некоторые из них.

1. Пломбирование зубов быстротвердеющей пластмассой (В. И. Митина).
2. Организация и методика плановой санации полости рта у детей (Р. Г. Синицин, В. Н. Кузнецов).
3. Лечение острых и обострившихся периодонтитов (А. И. Марченко, Б. В. Башкиров).
4. Организация работы хозрасчетного зубопротезного учреждения (Л. А. Пашковская, Е. С. Штеренталь).
5. Лечение системной гиперестезии дентина при пародонтозе (Ю. А. Федоров, В. В. Володкина).
6. Применение прополиса в стоматологии (А. И. Марченко, В. И. Митина).
7. Методика изготовления облегченных конструкций протезов с применением эластических пластмасс (Л. А. Пашковская).
8. Симультанная томография зубочелюстного аппарата (В. Н. Панов).
9. Основы гигиены полости рта при пародонтозе (Ю. А. Федоров, В. В. Володкина).

Большое значение имеет публикация оргметодотделом института ежегодных конъюнктурных обзоров состояния стоматологической помощи в республике. Систематический и последовательный анализ стоматологической помощи в УССР помогает лучше организовать стоматологическое обслуживание населения республики.

Важным разделом внедрения результатов научных исследований в практику стоматологии является своевременная публикация в печати последних достижений науки. Особенно это касается практических методических и других предложений, которые не требуют для их внедрения серийного выпуска, промышленного производства и т. п., а могут быть воспроизведены после ознакомления со статьями. В частности, по рекомендациям института была организована профилактика кариеса зубов у детей в Харькове и Одессе (М. М. Киселева, В. А. Ковшовская).

За последние годы сотрудниками института опубликовано около 700 работ, табл. 1.

Большой вклад в реализацию результатов научных исследований внесли изобретатели и рационализаторы института. Только за последние годы в Комитет по изобретениям и открытиям СССР от института было направлено 64 заявки, на кото-

рые уже получены 39 авторских свидетельств, в том числе на аппараты и приборы — 13, на материалы и препараты — 12, на способы лечения и диагностики, методы лабораторных исследований — 14.

Таблица 1

Публикация результатов научных исследований в печати за 1965—1968 гг.

Вид издания	1965	1966	1967	1968	Всего
Статьи в журналах и сборниках	52	129	136	105	422
Тезисы докладов	111	77	41	31	260
Сборники трудов	1	—	2	2	5
Монографии, руководства, справочники	1	—	2	1	4
Санпросветлитература	1	2	—	—	3
Всего:	166	208	181	139	694

Так, сотрудниками института были разработаны рецептуры шести новых паст, предложены приборы для изготовления пружинящих петель, электромассажа десен, исследования абразивных свойств зубных гигиенических средств, инструменты для применения в ортодонтии и зубном протезировании, способы лечения заболеваний зубов и протезирования, методы лечения заболеваний слизистой оболочки, новые материалы для ортопедической и терапевтической стоматологии, новые методики подготовки препаратов кости и зубов для исследования в электронной микроскопии и другие изобретения.

За этот же период рационализаторы института внесли около 70 рационализаторских предложений, большинство из которых были реализованы в лечебных учреждениях г. Одессы и республики. В 1967 г. институт совместно с Одесским областным советом ВОИР издал сборник, в котором были описаны 52 изобретения и рацпредложения.

Одним из эффективных и быстрых путей внедрения результатов научных исследований в практику здравоохранения является ознакомление практических врачей с новыми достижениями науки путем проведения тематических семинаров, областных научно-практических конференций, а также при помощи непосредственной демонстрации новых методов лечения и диагностики в практических лечебных учреждениях. В табл. 2 сведены данные об участии сотрудников института в различных конференциях, съездах, симпозиумах, а также о выездах в области УССР для оказания организационно-методической помощи местным органам здравоохранения.

Таблица 2

**Мероприятия по внедрению результатов научных исследований в
практику стоматологии в 1966 году**

Проведенные мероприятия	I квартал		II квартал		III квартал		IV квартал	
	число выездов	число участников	число выездов	число участников	число выездов	число участников	число выездов	число участников
Выезды в области УССР	11	21	11	33	17	41	39	95
Участие в областных семинарах и конференциях	5	18	5	11	5	17	15	46
Участие в республиканских и союзных симпозиумах, конференциях, съездах	8	55	13	28	15	88	36	171

Не менее важным является внедрение новых методов диагностики, лечения и протезирования при подготовке врачей и среднего медицинского персонала на рабочих местах. За последние годы в институте повысили квалификацию 463 специалиста, в том числе 297 врачей и 166 средних медицинских работников. Все они познакомились с последними результатами научных исследований в различных отделах и лабораториях института и, в свою очередь, передавали приобретенный опыт в лечебных учреждениях своих областей.

Однако, наряду с определенными успехами в деле внедрения результатов научных исследований в практику здравоохранения, имеют место существенные недостатки. Это, прежде всего, долгий, сложный и ничем не оправданный путь внедрения предложений в промышленное производство. Так, по некоторым материалам, рекомендованным институтом для серийного производства и одобренным многими ведущими специалистами (корневой цемент «Гваякрил», агаровая отгисная масса, особо прочная пластмасса для производства искусственных зубов, агаровая масса для дююлирования огнеупорных моделей и др.) ведется переписка в течение нескольких лет. Они нужны практическому здравоохранению, их запрашивают отдельные врачи и лечебные учреждения, а вопрос об их промышленном выпуске остается открытым.

Вследствие отсутствия специальной производственной базы и материальных средств очень сложно осуществлять выпуск опытных образцов приборов, аппаратов и инструментов, необходимых для более широкой апробации их в лечебных учреждениях страны.

Информация о новых методах лечения, диагностики и про-

тезирования, а также о новых зарегистрированных изобретениях поставлена неудовлетворительно, в связи с чем иногда происходит дублирование поисков, «изобретение» уже изобретенного.

Для безусловного и успешного выполнения постановлений ЦК КПСС и Советского правительства «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране» и «О мероприятиях по повышению эффективности работы научных организаций и ускорению использования в народном хозяйстве достижений науки и техники», для более гармоничного развития медицинской науки и быстрой реализации и внедрения достижений науки в практику стоматологии необходимо изменить существующий порядок рассмотрения предложений институтов. Установить конкретные сжатые сроки апробации и время, необходимое для решения вопроса о промышленной реализации предлагаемых материалов, препаратов, приборов и инструментов, а также расширить права учреждений республиканского подчинения в решении вопросов о целесообразности внедрения того или иного предложения. Следует предоставить институтам право решения и необходимые материальные средства для изготовления опытных образцов приборов, аппаратов и инструментов, что ускорит их апробацию и последующее внедрение.

В целях улучшения информации о новых предложениях институтов, практических лечебных учреждений и отдельных исполнителей, следует в медицинском реферативном журнале создать раздел, в котором периодически освещать краткое содержание изданных методических писем, давать описание зарегистрированных изобретений, помещать краткую характеристику новых аппаратов, приборов, инструментов и материалов. Все это будет способствовать быстрейшему внедрению результатов научных исследований в практику здравоохранения, содействовать дальнейшему развитию медицинской науки в стране.

О ВНЕДРЕНИИ В ПРАКТИКУ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА КАФЕДРЕ СТОМАТОЛОГИИ БелГИДУВа

Проф. К. И. БЕРДЫГАН
(Минск)

В современной стоматологии существует ряд нерешенных проблем, над многими из которых работает кафедра стоматологии БелГИДУВа.

Известно, что самой частой причиной потери зубов являются

осложнения и последствия карнеса, к которым относятся и радикулярные кисты челюстей. Вопрос об отношении к причинным и прилежащим к кисте зубам до сих пор остается спорным. Одни авторы считают необходимым причинные зубы удалять, другие — сохранять, но при условии резекции выступающей в полость кисты части корня зуба. Безусловно, последний метод является общепринятым, но и он не лишен недостатков — резецированные корни зубов становятся менее устойчивы, особенно, если резецируется значительная часть его. Кроме того, при этом открываются инфицированные дентинные каналы и ответвления макроканалов, которые зачастую мешают ликвидации околоверхушечных очагов.

Клинические наблюдения ассистента кафедры Т. Ф. Околот убедительно доказали, что в громадном большинстве случаев цистэктомия возможна без резекции верхушек причинных и прилежащих к кисте зубов. Таким методом были получены благоприятные ближайшие и отдаленные результаты при 252 операциях кист.

В клинике разработан простой по технике выполнения хирургический метод лечения невралгии тройничного нерва, заключающийся в резекции участка периферического ствола тройничного нерва с последующей электрокоагуляцией. С применением этого метода мы добились хороших ближайших результатов (в 90% случаях).

В последние годы в печати немало появляется работ, посвященных вопросам лечения травм челюстно-лицевой области, и, особенно, переломов нижней челюсти.

С 1964 г. мы применяем для иммобилизации челюстных отломков пластмассово-алюминиевые шины, лишенные многих недостатков, присущих другим современным методам лечения переломов челюстей.

Положительные результаты экспериментальных исследований дали возможность широко использовать новую методику в клинике и сделали незаменимой при лечении переломов челюсти самой различной локализации. Этим методом вылечено более 200 больных с переломами нижней челюсти с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Предложенная нами модификация пластмассово-алюминиевой шины имеет следующие положительные стороны: а) прочно фиксирует отломки челюсти; б) хорошо удерживается на зубах не только постоянного, но и молочного и смешанного прикуса; в) дает возможность сохранять функцию нижней челюсти на период лечения перелома; г) шина проста в изготовлении, не требует ежедневного наблюдения и коррекции; д) облегчает питание и уход за больными; е) не вызывает воспалительной реакции со стороны слизистой оболочки по-

лости рта; и) легко снимается (С. Н. Цымбалюк и В. В. Пузиков).

Уже на протяжении ряда лет в нашей клинике при лечении пародонтоза применяется оксигенотерапия путем введения кислорода под слизистую альвеолярного отростка с помощью инъекционной иглы. Данный метод лечения сочетается с другими консервативными, а также хирургическими и ортопедическими методами. Эффективность его определяется путем изучения напряжения кислорода в тканях полярографическим методом. Клинические наблюдения дают нам основания оптимистично относиться к оксигенотерапии (К. М. Троицкая).

Ряд исследований проводится по изучению характера распространения одонтогенной инфекции в челюстно-лицевой области (К. И. Бердыган).

ОСНОВЫ НАУЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА И УПРАВЛЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

В. А. САФОНОВ

(Ленинград)

Научная организация труда и управления в лечебном учреждении — это система плановых и взаимосвязанных мероприятий, основанных на последних достижениях социологии, психологии, экономики, статистики, а также техники и медицины (физиологии, психофизиологии, гигиены и др.), передового опыта работы и направленных на обеспечение максимальной производительности труда и лучших качественных показателей лечебной работы при минимальных затратах времени и энергии медицинского работника и на сокращение затраты времени у больного на обследование и восстановление работоспособности.

Как показывает практика и анализ литературных данных, работа по внедрению организации труда и управления в медицинском учреждении на научной основе должна обязательно проводиться в определенной последовательности.

Мы разделили проведение этой работы, до некоторой степени условно, на четыре основных периода.

1. Организационный период включает следующие основные вопросы: 1) создание руководящего органа по организации труда и управления на научной основе (комитета, совета, лаборатории);

2) распределение обязанностей среди лиц руководящего органа с выделением ответственных за общее руководство,

проведение исследований, разработка мероприятий по НОТ, сбор информации, а также ответственных по контролю за эффективностью внедренных мероприятий и ведение документации;

3) составление плана работы на организационный период с отражением следующих основных моментов:

а) проведение психологической подготовки с разъяснением цели, важности и необходимости внедрения НОТ;

б) изучение основных принципов НОТ и управления в лечебном учреждении всеми категориями работников;

4) знакомство и овладение основными исследовательскими приемами и методиками, связанными с разработкой мероприятий по внедрению НОТ (фотография рабочего дня, хронометраж, физиологические и социологические исследования).

II. Период изучения и анализа состояния организации труда и управления в лечебном учреждении, в котором проводятся следующие основные мероприятия:

1) проведение исследований (хронометража, фотографии рабочего дня и т. д.) с целью выявления непроизводительных затрат рабочего времени у различных групп работников, причин и степени физического и умственного утомления и т. д.;

2) выявление нарушений в эстетическом оформлении помещений, возможности более рациональной расстановки и использования оборудования и помещения;

3) пересмотр функциональных обязанностей работников учреждения, изучение потоков больных;

4) обработка и анализ полученных данных с определением способа проведения в жизнь необходимых мероприятий;

5) изыскание материальных возможностей на организационные преобразования с согласованием в вышестоящих и финансовых органах.

III. Период внедрения отдельных элементов организации труда и управления на научной основе начинается с составления плана по внедрению элементов НОТ с учетом экономических возможностей.

Осуществляется плановое внедрение отдельных элементов НОТ на рабочих местах медицинских работников и административно-хозяйственной службы. К работе привлекаются широкие массы коллектива, курирующие и шефские организации.

Проводятся исследования по качественному состоянию лечебно-профилактической работы.

Продолжаются социологические исследования по вопросу более тесного делового контакта администрации с общественными организациями.

Проводится контроль и анализ эффективности внедренных мероприятий по НОТ, вносятся коррективы.

Организуется пропаганда об успехах по результатам внедрения НОТ.

IV. В период комплексного внедрения организации труда и управления на научной основе в первую очередь проводится обоснованная разработка плана по комплексному внедрению НОТ и управлению в практику организационной и лечебно-профилактической работы с последующим согласованием и утверждением в вышестоящей инстанции.

Осуществляются повседневная работа по оказанию оперативной помощи и контроль со стороны руководящего органа по комплексному согласованному внедрению НОТ и управления в структурных подразделениях лечебного учреждения.

Проверяется эффективность НОТ и управления на качественные и количественные показатели лечебной работы.

Определяется экономическая эффективность результатов внедрения НОТ с подготовкой изменения штатного расписания с целью более эффективной расстановки и использования кадров.

Проводятся обмен опытом работы по НОТ с другими медицинскими учреждениями и конференции по итогам научной организации труда и управления в лечебном учреждении.

Внедрение и совершенствование организации труда и управления на научной основе вносит существенный вклад в дело улучшения медицинской помощи и является значительным резервом, который может быть использован немедленно и без значительных затрат материальных средств. Неотложными задачами являются выпуск методического письма, организация научно-методических центров (лабораторий) по НОТ и управлению в отделах здравоохранения с привлечением узких специалистов и при активном участии НИИ. Организацию подобного рода центров необходимо рассматривать как базу для организации в будущем научно-исследовательских институтов по научной организации труда.

К МЕТОДИКЕ ИЗУЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Г. Х. ЕРМОЛАЕВА
(Москва)

Вопросы совершенствования организационных форм медицинской помощи населению привлекают все большее внимание организаторов здравоохранения (И. Д. Богатырев; Г. В. Базиян, Г. А. Новгородцев и др.).

Первостепенное значение приобретают вопросы планирования медицинской помощи населению, в том числе рабочим и служащим промышленных предприятий при массовых видах медицинского обслуживания, особенно стоматологического. Научно обоснованная организация и планирование стоматологической помощи невозможны без всестороннего изучения пораженности болезнями зубов и полости рта с учетом некоторых социально-гигиенических факторов у рабочих и служащих промышленных предприятий.

Для решения вопроса о потребности в стоматологической помощи и правильной ее организации на промышленных предприятиях необходимо было изучить пораженность рабочих и служащих болезнями зубов и полости рта. В соответствии с поставленной задачей в промышленном отделении больницы № 40 г. Москвы были проведены осмотры полости рта и зубов этого контингента.

Перед осмотрами с медицинским персоналом проводились инструктивные занятия по методике ведения работы, заполнению необходимой документации и т. д. Обследование полости рта и зубов проводилось по единой программе. Оно сочеталось с изучением возможного влияния различных видов производств (химических и других) на уровень пораженности рабочих и служащих болезнями зубов и полости рта. Для исследования были взяты предприятия наиболее характерные для того или иного вида промышленности.

Для снижения возможных индивидуальных ошибок при выявлении стоматологических заболеваний осмотры проводились бригадой врачей стоматологов в составе пяти человек, совместно со средними медицинскими работниками на здравпунктах, в цехах и отделах предприятий. Врачи с помощью инструментов осматривали полость рта, записывая весь стоматологический статус. Средний медицинский персонал помогал в организации работы, проводил регистрацию осматриваемых контингентов и выносил все необходимые данные в контрольные журналы.

Для регистрации различных форм кариеса зубов, пародонтоза, отложений зубного камня, заболеваний слизистой оболочки полости рта, наличия протезов и нуждаемость в них была применена «Карта осмотра полости рта», предложенная ЦНИИС и дополненная нами в соответствии с поставленной задачей. В паспортную часть были включены вопросы: образование, стаж работы на данном производстве, профессиональная вредность. Нас также интересовало наличие у обследованного контингента соответствующего хронического заболевания и в каком лечебном учреждении по поводу него наблюдается больной, а также где обследованный последний раз прошел санацию полости рта.

Для изучения влияния социологического фактора на заболеваемость зубов и полости рта у рабочих и служащих промышленных предприятий был проведен анкетный опрос этого контингента по специально составленной программе. В анкете нашли также отражение вопросы возрастного-полового состава, образования, стажа работы на данном производстве, профессиональной вредности, пораженности зубов и полости рта. Для изучения причин недостаточно полного охвата врачами-стоматологами санацией полости рта рабочих и служащих промышленных предприятий в анкету был включен вопрос о причине отказа обследуемого контингента от осмотра полости рта и лечения пораженных зубов, а также отказа от протезирования. Анализ этого материала должен был помочь в какой-то степени изучить взаимосвязь между вышеперечисленными вопросами и сделать соответствующие выводы для улучшения организации стоматологической помощи рабочим и служащим промышленных предприятий.

Для получения репрезентативных данных, методом выборочного исследования, было обследовано представительное число каждой возрастной группы. Всего обследовано 7 133 человека, из них: мужчин — 3 036, женщин — 4 097.

По окончании осмотров материалы обследования были подвергнуты экспертной оценке. В соответствии с поставленной задачей была составлена программа шифровки материала. Все данные в «Картах» были зашифрованы, разработка их проводилась нами с помощью машиносчетных устройств.

Материал разрабатывался согласно поставленным задачам, результаты анализа материала заболеваемости выносились в таблицы в относительных и абсолютных показателях. В дальнейшем были использованы данные углубленной статистической разработки материала массовых стоматологических осмотров полости рта и зубов, рабочих и служащих промышленных предприятий, позволяющие дифференцированно учесть весь объем стоматологической помощи.

При изучении вопроса нуждаемости обследованных в стоматологической помощи выявлено, что на химическом производстве эта цифра составляет $86,1 \pm 0,31$, а на других производствах $81,0 \pm 0,5$ (стандартизованные показатели).

При анализе материала структуры пораженности кариесом зубов у обследованного контингента выявлено, что у **женщин** количество зубов, подлежащих лечению, составляет $1,0 \pm 0,24$, у мужчин $0,8 \pm 0,31$ (стандартизованные показатели).

Удельный вес лиц, имеющих заболевание слизистой полости рта, составил на химическом производстве $4,4 \pm 0,11$, на других производствах $3,5 \pm 0,12$ (стандартизованные показатели).

Изучение пораженности болезнями зубов и полости рта

рабочих и служащих промышленных предприятий, при обязательной статистической обработке материала, позволяет заранее определить объем, характер и вид стоматологической помощи на предприятиях в зависимости от вида производства.

Анализ материалов, освещающих состояние полости рта, а также нуждаемость в различных видах стоматологической помощи, является научно обоснованным для оптимальных расчетов сил и средств, разработки наиболее эффективных организационных форм стоматологической помощи на промышленных предприятиях в зависимости от вида производств и с учетом возможностей лечебных учреждений.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

(опыт Кузбасса)

Проф. Р. Я. ПЕККЕР, Б. С. БЕРШТЕЙН
(Кемерово)

Стоматологическая помощь рабочим и служащим промышленных предприятий осуществляется в соответствующих отделениях и кабинетах медико-санитарных частей, в стоматологических поликлиниках, отделениях и кабинетах по месту жительства. Формы организации стоматологической помощи на промышленных предприятиях, как было отмечено на расширенном пленуме Всероссийского научного медицинского общества стоматологов (Кемерово, 1966), отличаются большим разнообразием.

Некоторые формы организации стоматологической помощи на промышленных предприятиях использовались еще в первые годы становления советской стоматологии. Так, Хайтин (1926) сообщает о создании передвижных кабинетов на промышленных предприятиях Киева, а Мышковская (1926) пишет о том, что в Минске на промышленных предприятиях плановую санацию полости рта ведут 20 зубных врачей. Таким образом, более 40 лет тому назад в нашей стране проводилось оказание стоматологической помощи непосредственно на промышленных предприятиях, а в отдельных городах работали также передвижные бригады по санации полости рта.

Эти формы организации стоматологической помощи рабочим и служащим в течение длительного времени не получали должного развития, что видно на примере развития стомато-

логической службы на промышленных предприятиях Кузбасса. До 1961 г. в Кузбассе на промышленных предприятиях функционировало всего 11 стоматологических кабинетов. Постановление Совета Министров СССР о развитии стоматологической помощи (1961) создало реальную основу расширения и улучшения стоматологической помощи населению, а также преимущественного развития этой помощи рабочим и служащим промышленных предприятий. За короткий срок (1961—1963) на всех крупных промышленных предприятиях области были открыты стоматологические кабинеты. Таким образом, была решена задача обеспечения доступности стоматологической помощи трудящимся, что явилось первым этапом строительства стоматологической службы на промышленных предприятиях.

Анализ работы врачей этих кабинетов показал, что стоматологи (зубные врачи) медико-санитарных частей весьма мало занимались профилактической работой. В основном осуществлялось лечение по обращаемости. Поэтому дальнейшей задачей явилось обеспечение профилактической работы, в первую очередь проведение плановой санации полости рта с охватом максимального числа рабочих. Для этого был избран бригадный метод работы. Этот период в Кузбассе охватывает 1964—1966 гг.

Достоинством передвижных бригад стоматологов является относительно высокая экономичность в использовании кадров и оборудования, большая полнота охвата трудящихся плановой санацией полости рта. В качестве примера приводим результаты проведения бригадного метода санации на некоторых предприятиях города Кемерово (таблица).

Таблица

**Материалы о проведении санации полости рта рабочих
трех промышленных предприятий**

Название предприятия	Осмотрено	Нуждалось в санации		Санировано от нуждавшихся		Санировано в день на I врача
		в абсол. цифрах	в %	в абсол. цифрах	в %	
Азотно-туковый завод	2148	2106	98,9	1914	90,3	4,8
Коксохимический завод	2389	2261	94,6	2063	91,2	3,1
Завод «Карболит»	2672	2580	96,5	2342	90,0	3,7

Накопление опыта проведения плановой санации полости рта бригадным методом показало и определенные его недостатки.

Для проведения санации полости рта бригадным методом всех рабочих и служащих промышленных предприятий требовалось увеличение числа врачей в 4—5 раз. Неизбежно ухудшилось проведение санации полости рта других контингентов населения (дошкольников, школьников и др.). Использование же небольшого числа бригад приводило к тому, что на некоторых предприятиях проводилась полная санация полости рта всех рабочих и служащих, а на других эта работа не проводилась даже в минимальном объеме. В ряде случаев санация полости рта не заканчивалась зубопротезированием и т. д.

При проведении только бригадного метода плановой санации трудно было учесть медицинские и социальные показания. Особое значение плановая санация полости рта имеет для больных, страдающих хроническими заболеваниями внутренних органов, у беременных женщин, подростков, некоторых других контингентов. При использовании бригадного метода такие показания учесть трудно. Имеются и другие недостатки бригадного метода санации полости рта (А. И. Рыбаков, А. В. Гранин, 1969 и др.). К ним относятся: неполноценность, непоследовательность и незавершенность санации полости рта, отсутствие возможности лечения пародонтита и заболеваний слизистой оболочки полости рта, отсутствие динамического наблюдения, невозможность в ряде случаев применения наиболее современных методов лечения ввиду отсутствия необходимого оборудования и т. д.

Это означает, что несмотря на экономичность и полноту охвата санацией полости рта больных, организованных коллективов при использовании бригадного метода, последний не может являться основной формой организации обслуживания рабочих промышленных предприятий и других организованных коллективов.

Тщательное обследование, индивидуальное лечение, динамическое наблюдение, проведение индивидуальных и общих профилактических мероприятий на промышленных предприятиях — эти и другие основные принципы здравоохранения возможны лишь при цеховом принципе организации стоматологической помощи.

Врач цехового стоматологического участка должен знать особенности производства, условия труда и возможную профессиональную патологию полости рта и зубов рабочих и служащих. В обязанности врача входят оказание стоматологической помощи (по обращаемости), проведение плановой санации полости рта, диспансеризация рабочих и служащих по стоматологическим заболеваниям, определение временной утраты трудоспособности по поводу стоматологических заболеваний, организация и проведение общей профилактики заболеваний полости рта и зубов, санитарно-просветительная ра-

бота. Как и цеховые врачи других профилей, стоматолог должен работать в контакте со всеми службами медико-санитарной части, а также отделом техники безопасности предприятия. Такая форма организации работы, начиная с 1966 года, получает все большее распространение в Кузбассе. За этот период число цеховых стоматологов в области достигло 107.

Опыт работы стоматологической службы Кузбасса показывает, что только цеховой стоматолог может проводить широкие плановые оздоровительные мероприятия. Он может рекомендовать администрации ввести обязательные регулярные полоскания полости рта, медикаментозные и физиотерапевтические лечебно-профилактические процедуры и другие мероприятия для снижения профессиональной заболеваемости полости рта у рабочих тех или иных цехов или для снижения общей стоматологической заболеваемости.

Думается, что цеховой стоматолог на некоторых производствах должен принимать участие в предварительных (при поступлении на работу) осмотрах, так как в зависимости от конкретных производственных вредностей отдельные заболевания тканей полости рта целесообразно считать противопоказанием к приему на работу. Так, имеются официальные указания о том, что лица с заболеваниями зубо-челюстной системы не должны допускаться на производство фосфора, фтора, ртути; лица с гипоплазией эмали зубов — к работе в кислотных цехах, лица с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта — в цехах, где имеются гомологи бензола, пары и пыль песка, фено- и аминопласты и т. д.

Необходимо особо подчеркнуть, что организация стоматологической помощи по цеховому участковому принципу на деле обеспечивает преимущественное оказание помощи рабочим промышленных предприятий. Так, если в Кузбассе охват санацией полости рта населения в среднем составляет 13,1% (к числу всех жителей), то на цеховых участках этот показатель равен 54,6% (к числу всех рабочих). При санации полости рта промышленных рабочих учитываются медицинские и социальные показания. Так, охват санацией полости рта рабочих, страдающих хроническими заболеваниями внутренних органов (к числу лиц, состоящих на диспансерном наблюдении), составляет 92,1%, подростков (к их общему числу) — 86,2%, беременных — 98,0%.

9,4% всех рабочих и служащих находятся на диспансерном наблюдении у цеховых стоматологов по поводу различных стоматологических заболеваний. Удельный вес заболеваний, взятых на диспансерное наблюдение, к числу выявленных заболеваний составляет почти половину — 47,1%.

По сравнению с врачами общего стоматологического приема у цеховых стоматологов лучшие показатели работы. Если

нагрузка на одного врача по области в среднем составляет в час 3,4 трудовых единицы, то на цеховых участках — 4,0. На цеховых участках выше и качественные показатели. В частности, отношение числа зубов с неосложненным кариесом к числу зубов с осложненным кариесом в среднем по области составляет 2,9:1, а на цеховых участках 3,7:1. Отношение вылеченных зубов к удаленным соответственно составляет 2,1:1 и 2,5:1.

Цеховые стоматологи уделяют большое внимание санитарно-просветительной работе. Если в среднем по области 1 врач стоматолог затрачивает на санитарно-просветительную работу около трех часов, то цеховой стоматолог в среднем — 4,2 часа.

Таким образом, имеющийся опыт по организации стоматологической службы на промышленных предприятиях Кузбасса убеждает, что цеховой принцип должен являться основным, однако в зависимости от особенностей местных условий, возможно временное использование и других организационных форм работы.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

*Канд. мед. наук М. Н. ЦИНКЕР
(Кемерово)*

В своей работе «Основы стоматологической профилактики» А. И. Рыбаков (1968) обращает внимание стоматологов на то, что больные с пародонтозом нередко бывают тяжелее больных с общими заболеваниями, зачастую становятся нетрудоспособными, если их своевременно не лечить, и рекомендует повсеместно взять больных пародонтозом на диспансерное наблюдение. Такую же рекомендацию дают И. О. Новик, Н. Ф. Данилевский, Г. Н. Вишняк (1968) и многие другие, предлагая для этих целей организовать при стоматологических поликлиниках специализированные кабинеты.

Среди некоторой части стоматологов распространено мнение, что врачи специализированных кабинетов, пародонтологических отделений и специальных бригад должны проводить лечение и диспансерное наблюдение больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и пародонта. Другие предлагают организовать специальные «диспансеры» для этих целей (Н. М. Абрамов, Т. И. Андреева, Р. П. Иванова, И. А. Шустова, 1967).

Данные о частоте поражения населения пародонтозом, осложнения, которые могут быть вызваны хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта, не дают права сомневаться в необходимости организации диспансерного наблюдения за такими больными. Однако предложения о создании «диспансеров», пародонтологических отделений и бригад в составе поликлиник являются, по нашему мнению, ошибочными.

Для того чтобы проводить лечение и наблюдение всех больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и пародонта в специальных учреждениях, как предлагает Н. М. Абрамов и др., необходимо будет полностью реорганизовать всю стоматологическую службу, отделив «диспансеры» от стоматологических поликлиник. Участковые и цеховые стоматологи превратятся в диспетчеров, которые вынуждены будут направлять значительную часть больных в «диспансеры».

Организация лечения и диспансерного наблюдения больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и пародонта врачами специализированных кабинетов невыполнима из-за большой распространенности этих заболеваний. Такая методика работы может быть осуществлена, если в состав отделения, бригады ввести 15—20% стоматологов от общего количества врачей (И. О. Новик, Н. Ф. Данилевский, Г. Н. Вишняк, 1968), т. е. будет создана «поликлиника» в поликлинике.

Представляется целесообразным принятие следующего положения — диспансерное наблюдение всех категорий стоматологических больных, в том числе и с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и пародонта, должно проводиться цеховыми и участковыми стоматологами. Врачи, работающие в специализированных кабинетах, осуществляют консультативную и организационно-методическую помощь участковым стоматологам в разделе диспансеризации таких больных. В этом случае наблюдение и оздоровление наиболее многочисленной группы диспансерных больных (82,9% больных, состоящих на диспансерном наблюдении), профилактическая работа на промышленных предприятиях и территориальных участках по снижению заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта будет проводиться наиболее полно.

Участковые и цеховые стоматологи, работая с постоянным контингентом населения, осведомлены об условиях труда и быта жителей, санитарно-гигиенической характеристике участка и промышленных предприятий. Эти знания дают им возможность проводить профилактическую работу, направленную на оздоровление больных, состоящих на диспансерном наблюдении. Врач специализированного кабинета, не имея прикрепленного состава населения, не может проводить такую работу в полном объеме.

Опыт стоматологов Кузбасса, врачей-терапевтов нашей страны показал, что качественное диспансерное наблюдение за больными с различными заболеваниями, в том числе и стоматологическими, могут осуществлять только участковые и цеховые врачи.

Диспансерное наблюдение стоматологических больных участковыми и цеховыми стоматологами Кузбасса дало возможность увеличить число больных, взятых на диспансерное наблюдение при профилактических осмотрах (в ранних стадиях заболевания), до 26,8% в 1968 г. За время работы по участковому методу (1964—1969 гг.) стабилизировался состав больных, состоящих на диспансерном наблюдении; по состоянию на начало 1969 года эти больные распределялись следующим образом (в процентах от общего количества диспансерных больных): больные пародонтозом — 73,6%, болезнями слизистой оболочки полости рта — 9,3%, аномалиями развития и деформациями челюстей — 9,1%, неврологическими заболеваниями — 3,9%, врожденными расщелинами губы и неба 1,6%, доброкачественными новообразованиями — 0,5%, злокачественными новообразованиями — 0,2%, прочими заболеваниями — 1,8%.

Необходимо отметить, что практика работы лучших специализированных кабинетов Кузбасса (гг. Кемерово, Новокузнецк) показала, что одной из важнейших функций врача, работающего в кабинете, является учеба участковых и цеховых стоматологов по диагностике и лечению заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта. Кроме того, врачи кабинета совместно с заведующими отделениями поликлиник периодически проверяют качество лечения диспансерных больных, экспертизу их трудоспособности, помогают участковым и цеховым врачам в проведении санитарно-просветительной работы на участке.

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ОСНОВ ПЛАНОВОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ В ПРАКТИКУ

*Докт. мед. наук Л. Б. ТРЕЙМАНЕ, канд. мед. наук И. К. ИРГЕНСОН,
А. П. БЛУШ*

(Рига)

Плановая стоматологическая диспансеризация определенных групп населения представляет собой сочетание сложных и трудоемких лечебных, профилактических, методических и

организационных мероприятий. Осуществление этих задач требует от работников стоматологической службы творческого анализа и внедрения научных достижений и передового практического опыта.

1. Определение задач и объема работы по плановой санации. Специализированные осмотры школьников, проведенные сотрудниками кафедры ортопедической стоматологии Рижского медицинского института, показали большую распространенность стоматологических заболеваний. Так, на основании осмотров 11 197 школьников в возрасте 7—18 лет в 15 населенных пунктах республики установлено, что кариесом зубов поражено от $85,25 \pm 1,34\%$ до $96,40 \pm 2,29\%$ осмотренных. Интенсивность кариеса постоянных зубов в среднем колеблется в пределах $2,10 \pm 0,22$ до $4,69 \pm 0,20$ КПУ (Л. Б. Треймане, 1963, 1966). По данным А. П. Блуш (1966), в г. Риге распространенность кариеса зубов среди школьников наблюдается от 82,3% в младших классах до 97,1% в старших классах. Материалы о распространенности кариеса среди детского населения также приводят В. А. Байзума (1966), Э. П. Гравите (1963, 1966), В. А. Дзените (1964), А. Т. Сайва (1954), К. Б. Сегленице (1964) и др.

Как фактор, определяющий объем работы при повторной санации, изучалась динамика кариеса зубов. На основании повторных осмотров с интервалом в один год осматривались 811 школьников г. Риги в возрасте 7—18 лет. Установлено, что чистый прирост интенсивности кариеса зубов составляет в среднем 1,39 КПУ на одного осмотренного школьника. Отдельно была учтена частота рецидивов (вторичных кариесов), т. е. они увеличивают объем работы, не отражаясь на величине КПУ. Установлено, что рецидивы в среднем составляют 0,26 кариозных зуба на одного осмотренного. Вместе с приростом интенсивности кариеса это составляет 1,65 КПУ на одного школьника, или 28,54% исходной величины КПУ (Л. Б. Треймане, 1966). Аналогичные данные приводит А. П. Блуш (1966, 1968).

Значительная распространенность кариеса зубов говорит о необходимости проводить систематическое плановое лечение этого заболевания. Поэтому под руководством главного стоматолога республики проф. Д. А. Калвелиса с 1959 г. в Латвийской ССР ведется работа по организации планового лечения кариеса зубов у школьников и организованных детей.

Наряду с этим проводилось изучение распространенности других стоматологических заболеваний. Работы З. П. Ширика (1964, 1968), Г. Ю. Пакална (1964) и И. И. Ласовского (1964) показали, что среди детей и молодежи так же значительно распространены ортодонтические аномалии и пародонтопатии. Это послужило основанием для дальнейшей разработки орга-

низационных и методических установок для внедрения в практику комплексной плановой санации полости рта (Д. А. Калвелис, 1964; Д. А. Калвелис, А. П. Блуш, В. П. Пакалн, И. И. Ласовский и др., 1968).

2. Создание единой системы планирования, учета и отчетности. Для обеспечения постоянной организационной связи между отдельными сельскими участковыми стоматологическими кабинетами, поликлиниками районного центра или города, организационно-методическим центром и главным стоматологом республики введена следующая система планирования и отчетности.

Планирование ведется по принципу календарного и территориального планирования (М. О. Спрогере, 1964) с учетом объема работы, размещения санируемых контингентов и наличия передвижных стоматологических кабинетов или автобусов-амбулаторий (Б. Б. Долфия, 1964).

Система учета и отчетности со специальной документацией (Л. Б. Треймане, 1966, 1967) построена с целью обеспечения переноса необходимых сведений из отдельных санационных карт в классные и далее школьные отчеты, что в конце года суммируется в отчет о санации во всем врачебном участке. Ведущим стоматологом района (города) суммируются данные из отдельных участков. Сведения из отдельных районов и городов используются для сводных обзоров и ежегодного анализа состояния планового лечения школьников во всей республике (Л. Б. Треймане, 1967, И. К. Иргенсон, 1968).

3. Внедрение наиболее рациональных форм организации плановой санации. Большая распространенность кариеса зубов обуславливает чрезвычайно большой объем работы при проведении планового лечения детского населения. Необходимость провести эту трудоемкую работу полностью и по возможности в кратчайшие сроки приводит к тому, что одновременно существуют многие организационные формы плановой санации. Обобщение организационного опыта показало, что в нашей республике первичный охват стоматологической санацией организованных детей осуществляется двумя основными путями:

а) постепенный охват, т. е. постепенное ежегодное увеличение числа санированных детей (В. Я. Дзените, 1964),

б) ускоренный охват, путем использования временной помощи — выездных бригад Республиканской стоматологической поликлиники (З. Я. Мартынова, 1964) или временное привлечение к санации детей врачей взрослого населения (С. А. Краснопольская, 1964).

В работе применяются различные формы организации санации: централизованная, децентрализованная, смешанная, бригадный метод. Анализ работы показывает, что каждая из

этих форм имеет ряд особенностей и преимуществ (М. П. Бриге, 1964; В. О. Вайновская и И. П. Силс, 1964).

Все большее предпочтение отдается децентрализованной форме, о чем свидетельствует рост числа школьных стоматологических кабинетов. Несомненно положительно следует характеризовать мобильность стоматологической помощи: в большей части сельских районов для санации небольших школ применяют передвижные кабинеты, кроме того, для санации детей используются 5 автобусов — передвижных амбулаторий.

Широкие круги практических врачей привлекаются к научному анализу результатов своей работы (материалы 5-й Республиканской конференции стоматологов ЛатвССР, Рига, 1964; «Вопросы стоматологии детского возраста», материалы докладов 6-й Республиканской конференции стоматологов ЛатвССР, Рига, 1968).

Ежегодный анализ результатов плановой санации школьников свидетельствует, что в период с 1962/63 уч. г. по 1967/68 уч. г. наблюдалось значительное повышение показателей: в районах республики плановой санацией ежегодно охватывалось 60—90% школьников. Однако из сопоставления результатов санации с объемом проделанной работы (число посещений, пломб, число санаций) явствует, что такого уровня санации можно достичь, работая только с большой перегрузкой (И. К. Иргенсон, 1968). Регулярная перегрузка может отрицательно повлиять на качество работы и ограничить арсенал применяемых лечебно-профилактических мероприятий.

Изучение распространенности стоматологических заболеваний и объема работы по проведению диспансерного стоматологического лечения школьников показало, что существующие штатные нормативы, предназначенные в основном для лечения по обращаемости, не могут обеспечить решения задач, поставленных перед стоматологической службой в настоящее время. Особую актуальность эти вопросы приобретают в местностях с большой распространенностью стоматологических заболеваний, где наряду с методически и организационно рациональной постановкой работы необходима нормализация числа штатных должностей врачей-стоматологов и вспомогательного персонала.

ОПЫТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР

Доц. Н. А. ВИХМ, канд. мед. наук А. М. ҚЫДАР,
канд. мед. наук М. О. ЛЫВИ
(Тарту)

Одним из наиболее объективных показателей уровня профилактической, диагностической и лечебной работы вообще являются постановка и эффективность диспансеризации.

На IV Всесоюзном съезде стоматологов в 1962 г. А. И. Евдокимов указал на необходимость перейти к новому этапу — диспансеризации в стоматологии, который включал бы мероприятия по оздоровлению всех органов и тканей полости рта, челюстно-лицевой и шейной областей. На V Всесоюзном съезде стоматологов в 1968 г., посвященном вопросам детской стоматологии, также подчеркивалась важность диспансерного наблюдения детей с различными стоматологическими заболеваниями (А. И. Рыбаков, Т. Ф. Виноградова, Д. А. Калвелис, Л. Е. Фролова, Б. Я. Булатовская и др.).

За годы Советской власти в Эстонской ССР в общей системе стоматологической помощи населению важное место заняла систематическая плановая санация полости рта и диспансеризация детей. В ЭССР плановую санацию среди школьников и дошкольников начали проводить в 1955—1956 гг., в настоящее время она стала одной из форм стоматологической диспансеризации. В плане изучения краевой патологии у жителей республики выяснено, что распространенность и интенсивность кариеса зубов среди дошкольников высокая: от 3 до 6 лет достигает 44—85%, кп — соответственно — 1,28—4,22. Среди школьников пораженность зубов кариесом изменяется в связи с возрастом; также отмечаются некоторые различия в зависимости от местожительства (расположения районов) (В. Кийк, 1968; Т. Миллнер, 1968; А. Адари, 1968). В г. Тарту, например, с кариозными зубами в среднем 91% школьников, причем средний прирост кариеса за год на одного школьника 1,8 (В. Вихм, М. Симпсон, 1968).

В республике имеется самостоятельное стационарное детское отделение только при Тартуской городской стоматологической поликлинике, поэтому диспансеризация и плановая санация проводятся непосредственно в детских учреждениях передвижными, а также в части школ стационарными стоматологическими кабинетами. В первые годы существования передвижных стоматологических кабинетов детей обслуживал один стоматолог, а за последние годы внедрен бригадный метод обслуживания. Каждая бригада состоит из 2 или 3 врачей

и 1 медсестры. Организации более крупных бригад препятствует недостаток помещений в детских учреждениях. Бригадный метод по сравнению с обслуживанием детей одним врачом позволяет использовать стоматологические кадры и оборудование более рационально и обеспечить проведение санации полости рта у детей на должном уровне в более краткие сроки.

Диспансеризацию и последовательную санацию проводят всем детям в детских садах и в школах во всех классах, начиная с младших классов. Лечебную работу среди детей проводят комплексно, следуя инструкциям Министерства здравоохранения СССР.

Широко применяются у детей биологические методы лечения глубокого кариеса, пульпита и периодонтита, что не препятствует окончательному оформлению зубов и сохраняет функциональную целостность зубо-челюстной системы.

Для обслуживания детского населения в большинстве городов и районных центрах республики выделено 30% врачебных ставок из общих ставок стоматологов, в единичных городах меньше 30%. Одному врачу по республике в среднем приходится за год санировать около 2100 учеников и 300 дошкольников. Средние дневные показатели работы стоматологов при плановой санации — 16—17 посещений, 15 пломб и полное санирование 3,9 человека. Полный охват санацией за год всех школьников является весьма трудной задачей, а санация полости рта с интервалом в два года не соответствует профилактическим принципам. Из детей, санированных не ежегодно, нуждаются в санации больше 80%, причем, у них обычно наблюдается большое количество (6—8%) осложненных форм кариеса. В таблице приведены некоторые показатели, характеризующие объем работы по плановой санации полости рта школьников за 1967—1968 учебный год.

Дошкольники в детских коллективах в возрасте от 3 до 6 лет охвачены диспансеризацией и плановой санацией полностью по всей республике. Неорганизованные дошкольники обслуживаются по обращаемости стоматологом общего профиля или в стоматологическом кабинете детской поликлиники, и поэтому в их диспансеризации и систематической плановой санации наблюдается некоторая непоследовательность.

Методы профилактики кариеса и пародонтопатии у детей не нашли еще в республике всеобщего и планомерного внедрения.

В настоящее время созрели условия для ортодонтии как составной части комплексной плановой санации (Д. А. Калвелис, 1968). Наряду с выявлением у детей дошкольного и школьного возраста кариеса зубов, у них также учитываются различные зубо-челюстные аномалии. Распространение

Таблица

Объем работы по плановой санации полости рта у школьников за 1967—1968 учебный год

Город или район	Количество школьников	Количество осматриваемых школьников		Из осматриваемых школьников подлежащих санации		Санировано школьников из подлежащих санации		Санировано из общего количества школьников, %
		в абсолютных цифрах	в %	в абсолютных цифрах	в %	в абсолютных цифрах	в %	
Таллин	42,300	31,468	74,39	24,733	78,39	21,117	76,04	44,46
Харьюмас-ский р-н	10,234	9,809	95,85	6,912	70,46	5,544	80,21	54,17
г. Тарту	11,421	10,094	88,38	7,619	75,48	4,944	64,89	43,29
Тартуский район	4,928	4,242	86,07	3,513	82,81	2,628	74,80	53,32
Пярну	5,872	5,812	98,97	3,423	58,89	2,418	70,63	41,14
Вильянди	9,086	8,636	95,04	6,089	70,51	4,535	74,48	49,91
Кингисепп	5,293	5,146	97,22	3,949	76,73	2,556	64,74	48,29
Пайде	5,673	5,534	97,54	4,170	79,35	4,170	100	73,50

зубо-челюстных аномалий в ЭССР довольно высокое. По нашим данным (А. Кыдар, 1956), из 981 обследованного ребенка в городе Тарту зубо-челюстные аномалии выявлены у 3—6-летних детей в 35,9% случаев, у 7—9-летних — в 40,2%, 10—11-летних — в 47,7% и у 12—17-летних — в 46,0%. Позднее проведенные исследования во время 1963—1964 учебного года выявили зубо-челюстные аномалии у учеников первых классов в 56,33% и в 1966 г. произведенное исследование дошкольников в возрасте 3—6 лет в детских садах показало, что в 32,41% случаев дети нуждались в ортодонтическом лечении. В Раквереском районе зубо-челюстные аномалии среди учеников I классов встречались в 38,66%, а среди дошкольников — в 27,83% случаев; в Вильяндиском районе, по данным А. Адари (1968), встречались зубо-челюстные аномалии среди школьников, начиная с 7-летнего возраста, в 38,8% случаев.

Планомерная и системная диспансеризация детей с различными зубо-челюстными аномалиями проводится с 1963 г. в Тарту, с 1964 г. — в Таллине и Раквере, с 1965 г. — в Хаапсалу, с 1966 г. — в Нарве, с 1967 г. — Вильяндиском районе и др. На профилактических осмотрах дети с выявленными зубо-челюстными аномалиями были взяты на диспансерный учет, причем при диспансеризации они были распределены в группы по методу Осадчего, что облегчало в последующем проведение соответствующего лечения.

Учитывая большую распространенность зубо-челюстных аномалий в молочном прикусе и их склонность к прогрессированию, в городе Тарту с 1966 г. начата также диспансери-

зация детей дошкольного возраста — 3—6 лет, находившихся в детских садах.

Кроме диспансеризации детей с зубо-челюстными аномалиями, которые выявлены при профилактических осмотрах, проводимых специально ортодонтами, также берутся на учет те школьники и дошкольники, у которых зубо-челюстные аномалии обнаружены детскими стоматологами во время проведения плановой санации полости рта (ввиду недостатка в ортодонтах все детские коллективы не могут быть осмотрены ими). Постоянно, из года в год, увеличивается также обращаемость детского населения из районов (села) за ортодонтической помощью. Особым контингентом детей со стоматологическими заболеваниями, по поводу которых необходимо постоянное диспансерное наблюдение, являются дети с врожденными несращениями губы и нёба.

Диспансеризация детей с врожденными несращениями лица осуществляется в ЭССР консультативно-методическим лечебным центром, основанным при кафедре стоматологии Тартуского государственного университета на базе Тартуской республиканской клинической больницы в 1964 г. (основание — приказ Министерства здравоохранения ЭССР от 15/IV 1964 г. за № 84).

С этого же года хирурги-стоматологи Таллинской РК больницы начали проводить работу по учету и организации диспансерного наблюдения за этой группой детей. Со времени организации центра на диспансерный учет взято 375 больных.

Диспансерный центр обслуживается хирургом-стоматологом, ортодонтом и логопедом; другие специалисты — педиатр, невропатолог, отоларинголог, психиатр и др. — оказывают лечебную и консультативную помощь при необходимости.

С целью своевременного и последовательного лечения детей с несращениями лица сотрудниками республиканского консультативно-методического центра было составлено методическое письмо (от 20/VIII 1964 г.). Для регистрации всех проводимых лечебных мероприятий и анамнестических данных была разработана специальная карта диспансерного учета и наблюдения, которая заполняется на каждого больного. Кроме этой карты заполняется на больных, имеющих в анамнезе указание на обстоятельство наследственности, специальная карта генетического исследования.

Хейлопластику производили в ЭССР до 1964 г. обычно не раньше 6—12 месяцев. С момента диспансеризации, по примеру Л. Е. Фроловой и др., начато хирургическое лечение несращений губы в более ранние сроки. За время существования центра произведена ранняя хейлопластика у 42 детей. Из них у 20 детей операция несращения губы была произведена в родильном доме или родильном отделении районной

больницы на 1—10-е сутки после рождения ребенка. Операцию выполняла с этой целью вызванная бригада хирургов-стоматологов, состоящая обычно из двух врачей. Дети, у которых наблюдались наиболее тяжелые формы несращения губы (сквозные, двусторонние) или которым хейлопластика в первые сутки после рождения была противопоказана, поступали для операции в стоматологический центр в возрасте 1—3 месяцев.

Всем детям, у которых имелось несращение нёба, изготовляли плавающий obturator, который дети носят до уранопластики. Операция по поводу несращения нёба производилась обычно в дошкольном возрасте, т. е. в 6—7 лет. Дети с существенными расстройствами речи и слуха по исполнению 5 лет помещались в специальную школу-интернат для детей со слуховыми нарушениями.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ШКОЛЬНИКОВ

С. Я. ПОЛЯЧЕНКО
(Винница)

П. Г. Дауге (1924), Н. И. Агапов (1933) и др. указывали на необходимость подведения научного фундамента для оказания профилактической направленности в стоматологии. В последнее время специальная литература также широко обсуждает вопрос о необходимости научного подхода к решению кардинальных вопросов организации стоматологической профилактики (А. И. Рыбаков, 1961, 1963, 1968; В. Ф. Рудько, 1963 и др.). Особенно остро этот вопрос был поставлен на IV и V Всесоюзных съездах стоматологов (1962, 1968).

Проблема стоматологической диспансеризации детей не может быть решена постоянным увеличением врачебных кадров. Назрела острая необходимость рационального использования всех имеющихся внутренних резервов, основным из которых является повышение производительности труда врачей путем применения наиболее эффективных и экономичных методов организации санации.

Изучению качества работы, производительности и нормированию труда врача по условным трудовым единицам в отечественной литературе посвящено много работ (П. Г. Дауге, 1909, 1926; И. О. Ярослав, 1926; А. М. Берлин, 1926; Л. Г. Хейфиц,

1927; А. Г. Лебит, 1927; А. Е. Верлоцкий, 1927; И. О. Баранов, 1927; Л. А. Энтин, 1928; И. В. Геккер, 1931; И. З. Озерян, 1937; С. М. Гинзбург, 1934, 1938, 1940 и др.).

Однако вопросы повышения производительности труда врачей не могут учитываться только по объему выполненной работы. Первоочередное значение должно придаваться качеству санационной работы. Так, например, А. И. Бегельман, Т. Т. Школяр и С. А. Зверева (1954) установили, что 40% пломб через год после наложения оказываются в неудовлетворительном состоянии. Если учесть, что годовой прирост кариеса у детей в среднем составляет 0,3—0,4 (Р. Г. Синицын, Л. П. Пилипенко, 1963), то при подобном качестве работы объем ее будет увеличиваться ежегодно на 40%.

До настоящего времени дискуссионным является вопрос об эффективности различных методов проведения плановой санации полости рта у школьников. Нет единства взглядов о выборе оптимальных сроков повторных осмотров и санации. Не имеется еще должной формы учета и отчетности при проведении плановой санации полости рта, без которой организаторы стоматологической помощи и практические врачи не могут учитывать и контролировать санационную работу, производить ее анализ и дальнейшее планирование.

В доступной нам литературе свыше 400 работ освещают вопросы организации и проведения санации полости рта у школьников, осуществляемые различными методами. Однако «...несмотря на многообразие различных методов в литературе, нет работ, которые бы могли убедительно доказать преимущество того или иного метода. В абсолютном большинстве работ приводятся данные только о проведении санации полости рта, но не о результатах, которые получены вследствие ее»¹.

«Кроме того, до последнего времени не было достаточно научного подхода к изучению методов проведения профилактики»².

В гор. Виннице успешно применяется предложенный нами «сочетанный» метод плановой санации полости рта, заключающийся в комбинации централизованного и бригадного методов. При нем использована высокая производительность труда врачей при каждом организационном посещении поликлиники детьми и максимальность «охвата санацией» при работе врачей бригадным методом. Санируемый контингент посещает

¹ А. И. Рыбаков. Основы стоматологической профилактики. М., 1968, стр. 39.

² Там же, стр. 4.

поликлинику, в основном, один раз в год или полугодие (в зависимости от количества санаций в год), а окончание санации этого контингента проводится в школе бригадой из двух врачей и медицинской сестры.

Нет единства взглядов также на количество санаций в течение года, разнообразие мнений и взглядов дезориентирует организаторов стоматологической службы и практических врачей.

В городе Виннице были проведены специальные исследования с целью научного обоснования выбора наиболее рациональных методов проведения плановой санации полости рта у школьников, дающих максимальный санационный эффект при минимальной затрате рабочего времени врача.

Исследования проводились в течение семи лет (с сентября 1961 г. по сентябрь 1968 г.) под руководством профессора А. И. Марченко.

Исследование различных методов проведения плановой санации было поставлено на строго научных основах. На весь период исследования была отобрана постоянная группа из 8 врачей, имеющих различную квалификацию и стаж работы. По стажу работы врачи распределялись следующим образом: до 5 лет — 3 человека, от 5 до 10 лет — 2, от 10 до 25 лет — 2, свыше 25 лет — 1 человек. Объектом исследования явились учащиеся восьми школ города (№ 3, 4, 7, 14, 15, 17, 26, 29). К моменту начала исследования (1961) числилось 7218 учащихся, а при окончании исследования (1968) — 8641. Для работы врачей в школах были созданы стереотипные условия работы, крайне приближенные к естественным условиям поликлиники.

Была выработана единая методика диагностики, лечения и учета основных стоматологических заболеваний. В каждой школе санировались учащиеся всех классов. Очередность санации по классам не предусматривалась, а в каждом конкретном случае необходим был дифференцированный подход с учетом местных условий. Санация проводилась при шестидневной рабочей неделе (по 5,5 часа в день).

Исследовались следующие методы проведения плановой санации полости рта у школьников:

1. Работа в школе одного врача без медицинской сестры — вариант I.
2. Работа в школе бригады из двух врачей без медицинской сестры — вариант II.
3. Работа в школе врача с медицинской сестрой или опытной санитаркой — вариант III.
4. Работа в школе бригады из двух врачей с медицинской сестрой или опытной санитаркой — вариант IV.
5. Централизованный метод санации, в котором принимали участие все 8 врачей, — вариант V.
6. Предложенный нами «сочетанный» метод санации (с участием всех врачей) — вариант VI.

Ввиду отсутствия в школах необходимых по площади помещений бригады из 3—4 врачей организовывались лишь изредка. Учащиеся пяти школ санировались каждое полугодие, а трех школ (3, 4, 7-я) — один раз в учебный год. Для всех вариантов санации выборочно проводился хронометраж рабочего дня врача. Учитывалось «производительное время» рабочего дня врача (время, затрачиваемое врачом на мытье рук, опрос, осмотр, лечение, дачу назначений и оформление документации).

Была выработана специальная «Классная ведомость учета плановой санации полости рта у школьников», позволяющая учитывать всю санационную работу и эффективность ее, определять показатели кариеса и сроки сохранности пломб, анализировать и планировать всю санационную работу.

Помимо «Классной ведомости...» врачи на каждого учащегося заполняли «Санационную карту» (учетная форма № 267) и вели учет работы по форме № 39 — стомат.

Работа всех врачей еженедельно контролировалась заведующей отделением и главным врачом поликлиники или его заместителем. Ежемесячно каждый врач отчитывался о проведенной санационной работе. Выработанную нами ведомость учета регулярно заполняли врачи других лечебных учреждений, участвующих в проведении санации. Последнее обстоятельство позволило нам произвести сравнение эффективности санации различных учебных учреждений.

На наш взгляд, результаты санационной работы целесообразно расценивать по двум основным показателям: качественным и количественным. К качественным сторонам результатов санации относятся показатели снижения удельного веса осложненного кариеса и сроки сохранности пломб, что обеспечивает ощутимый экономический эффект.

К количественным показателям работы мы относим объем выполненной врачами работы (в пересчете на 1 врача в рабочий день в условных трудовых единицах) и «охват санацией» по Колегову (1967). «Охват санацией» представляет собой отношение суммы количества санированных лиц и не нуждающихся (здоровых плюс ранее санированных) в санации к общему количеству детей в школе, выраженное в процентах.

Репрезентативность сравнительной оценки результатов различных методов проведения плановой санации полости рта у школьников обеспечена большим количеством рабочих дней, проработанных врачами (табл. 1).

В среднем каждый врач за 7 лет санировал школьников 697,9 рабочих дней. Остальное время врачи санировали дошкольников и принимали детей в поликлинике по обращаемости.

Хронометрированием установлено, что «производительное время» рабочего дня врача при различных методах проведения плановой санации школьников выражается в следующих цифрах (в процентах): при I варианте — 67,9, при II — 83,6, при III — 78,7, при IV — 86,8, при V — 80,6 и при VI варианте санации — 88,7%. Наиболее продуктивно используется рабочее время при бригадном (86,8%) и «сочетанном» (88,7%) методах санации. Медицинская сестра повышает производительность труда врачей на $18,9 \pm 1,7\%$.

Таблица 1

Количество затраченных врачебных рабочих дней на определение эффективности различных методов проведения плановой санации полости рта у школьников города Винницы (1961—1968 гг.)

Вариант санации	Количество рабочих дней		
	при санации 1 раз в полугодие	при санации 1 раз в уч. год	всего
I	507	309	816
II	583	219	802
III	508	383	891
IV	881	517	1398
V	358	233	591
VI	641	444	1085
Итого	3478	2105	5583

Централизованный метод санации, имеющий много положительных сторон, по нашим данным, недостаточно эффективен. Несмотря на наиболее высокую производительность труда врачей при каждом организационном посещении поликлиники детьми, суммарная производительность труда при окончании санации резко снижается и дает меньшие показатели, чем при санации бригадным методом. Сравнительно низок и «охват санацией» (76,0%). Из числа лиц, нуждающихся в санации, saniруется 79,5%. Выполняется врачом в день $17,7 \pm 1,4$ условных трудовых единиц. Это объясняется тем, что 12,4% детей уклоняется от осмотра. В первое посещение поликлиники (в каждом полугодии или ежегодно) saniруется всего 68,2% лиц из числа нуждающихся в санации. Часть детей, требующих продолжения лечения, крайне неохотно посещает поликлинику. В назначенное время только 8,2% детей, требующих продолжения лечения, самостоятельно посещают поликлинику. Врачи простаивают в ожидании назначенных пациентов, и рабочее время расходуется нерационально (табл. 2).

Высокий процент нуждающихся в санации объясняется тем, что в табл. 2 представлены усредненные данные за 7 лет, т. е. с момента начала первичной санации школьников города.

Таблица 2

Основные суммарные показатели результатов специального исследования по определению эффективности различных методов проведения плановой санации полости рта у школьников города Винницы при двукратной и однократной ежегодной санации (1961—1968 гг.)

Вариант санации	Количество (физических лиц в течение года), %				Количество (в расчете на 1 врача в рабочий день — 5,5 часа)				
	осмотренных	нуждающихся в санации	санированных	охват санацией	запломбированных		удаление зубов и корней	санированных	выполненных условных трудовых единиц
					зубов	полостей			
I	95,0	60,4	89,7	89,1	8,5	9,4	1,1	4,1±0,3	15,8±1,4
II	97,4	56,9	92,0	92,9	11,2	12,5	1,7	5,0±0,4	19,0±1,6
III	93,5	58,1	90,8	88,5	9,7	10,9	1,6	4,3±0,4	16,8±1,5
IV	96,7	51,6	93,1	93,3	12,0	13,5	2,0	5,3±0,5	21,1±2,0
V	87,6	64,7	79,5	76,0	9,5	10,7	1,8	4,3±0,3	17,7±1,4
VI	97,9	50,2	95,9	95,6	15,2	16,7	2,4	6,6±0,6	25,7±1,9

В настоящее время показатели нуждаемости в санации находятся в пределах других величин и показаны в табл. 3. Работа врача или бригады врачей без вспомогательного персонала себя не оправдывает, так как «охват санацией» составляет 88,5—89,1%, а объем выполненной врачом работы колеблется в пределах устаревшей нормы — $15,8 \pm 1,4$ — $16,8 \pm 1,4$ условных трудовых единиц. Наиболее эффективны: бригадный метод (вариант IV) и «сочетанный» (вариант VI) метод проведения санации. «Охват санацией» находится в пределах 93,3—95,6%, а объем выполненной в день работы — от $21,1 \pm 2,0$ до $25,7 \pm 1,9$ условных трудовых единиц.

Особенно неудовлетворительны показатели санации у врачей общих поликлиник. Удельный вес осложненного кариеса находится в пределах 31,3—43,0%. Нуждаемость в санации достигает 60,3% из числа осмотренных, а объем выполненной врачами работы ниже на 12,4%, чем у врачей специализированных поликлиник. Все это, бесспорно, доказывает необходи-

Таблица 3

Сравнительная оценка некоторых показателей плановой санации полости рта у школьников города Винницы (1966—1968 гг.) в зависимости от количества санаций в течение года

Наименование показателей	Величина показателей	
	при однократной санации в течение года	при двукратной санации в течение года
Осматривается (физических лиц в течение года)	$92,6 \pm 4,1\%$	$96,1 \pm 2,5\%$
Нуждается в санации (физических лиц в течение года)	$58,1 \pm 3,4\%$	$41,6 \pm 2,4\%$
Санируется из числа нуждающихся (физических лиц в течение года)	$89,7 \pm 2,7\%$	$94,6 \pm 2,1\%$
Удельный вес осложненного кариеса молочных и постоянных зубов	$21,3 \pm 1,8\%$	$10,5 \pm 1,6\%$
Удельный вес осложненного кариеса постоянных зубов	$7,6 \pm 1,4\%$	$3,3 \pm 0,2\%$
Количество рабочего времени врача, расходуемого на лечение осложненного кариеса	$25,3 \pm 2,2\%$	$13,8 \pm 1,4\%$
Количество зубов, из числа ранее запломбированных цементами и пластмассами, нуждающихся в повторном лечении	19,7%	9,9%
Количество зубов, из числа ранее запломбированных амальгамами, нуждающихся в повторном лечении	6,7%	2,9%
Количество рабочих дней, необходимых для санации 1000 школьников бригадным методом (в течение года)	$111,1 \pm 6,7$	$106,7 \pm 5,9$
Количество рабочих дней, необходимых для санации 1000 школьников «сочетанным» методом (в течение года)	$90,7 \pm 6,2$	$89,4 \pm 5,8$

мость централизации стоматологической помощи детям в стоматологических поликлиниках, где администрация имеет возможность более мобильно руководить кадрами, усилить специализированный контроль, улучшить снабжение оборудованием и медикаментами.

Для перевозки передвижных кабинетов необходимо использовать младший медицинский персонал, а для организации рабочих мест — средний медицинский персонал, что экономит в год в среднем 8,4 рабочих дня для каждого врача, занятого плановой санацией. Благодаря снижению удельного веса осложненного кариеса, количество посещений поликлиники по обращаемости снизилось более чем в 2 раза.

С целью подтверждения целесообразности двухразовой в течение года плановой санации полости рта у школьников представляем сравнительные данные в табл. 3. В ней обобщены основные показатели, полученные после проведения плановой санации в течение 5 лет.

На двухразовую в течение года плановую санацию затрачивается меньше времени в результате того, что имеется меньший естественный прирост кариеса, более низкий удельный вес осложненного кариеса и меньшее количество зубов, требующих повторного лечения.

На основании вышеизложенного нами рекомендуется плановую санацию полости рта у школьников проводить каждое полугодие, применяя бригадный метод для школ, находящихся вдали от поликлиники, и «сочетанный» метод — для близлежащих от поликлиники школ.

При наличии в поликлинике автобуса для транспортировки школьников предпочтительнее применять только «сочетанный» метод санации, так как он эффективнее бригадного на 22 %.

При такой постановке плановой санации полости рта у школьников диспропорция между затрачиваемыми материальными средствами и полученными результатами будет сведена к минимуму.

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В ПРАКТИКУ

ВНЕДРЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ В ПРАКТИКУ

*Доц. Э. П. ГРАВИТЕ, асс. А. М. ОЗОЛИНЬ
(Рига)*

Наиболее эффективными средствами профилактики кариеса зубов являются рационализация питания и препараты фтора. Изучение характера питания, главным образом в закрытых детских коллективах, направлено на выявление фактического питания с целью устранения имеющихся дефектов, выработки конкретных указаний по организации питания и доведения его до уровня физиологических норм в целях профилактики кариеса зубов. Ранее нами проведенное (Э. П. Гравите, 1965, 1966, 1967, 1969) и вновь в более широком объеме начатое изучение питания (табличный расчет и химические анализы) в дошкольных детских учреждениях и в школах обычного и интернатного типа в гор. Риге и в районных городах республики показали, что самыми типичными ошибками являются: однообразие блюд, сверхмерное употребление углеводов, в том числе рафинированного сахара и жировых веществ. В связи с этим изменены желаемые соотношения пищевых компонентов. Сравнительно мало включено в меню овощей, молочных продуктов, рыбы, птицы.

Все это указывает на необходимость осуществления практи-

ческих мероприятий по рационализации питания детей, в первую очередь закрытых детских коллективов.

Группа врачей Рижской детской стоматологической поликлиники и некоторые сельские врачи обучались пользоваться таблицами для анализа химического состава детского питания. Они совместно с администрацией школ, медсестрой и диетсестрой добились некоторых успехов. Врачами Рижской детской стоматологической поликлиники уже проделана большая работа по реорганизации школьных буфетов в городе. Ликвидирована продажа во многих школах булочек, пирожных, печений и сладкого чая. Дети на сегодняшний день получают в школе горячие мясные, молочные и овощные блюда.

Широко развернута санитарно-просветительная работа среди учительского персонала, самих учеников и родителей. Акцентируется значение полноценного питания особенно в период развития и созревания зубов и организма в целом. В средних школах гор. Риги № 6, 45 и в школе-интернате № 5 перестроено меню. В него включено больше молочных продуктов, овощей, фруктов, снижено содержание углеводов. В некоторых дошкольных детских учреждениях республики начата комплексная профилактика кариеса: сбалансирования питания, обогащение пищи детей препаратами кальция, фосфора, витаминов. В целях поднятия иммунобиологической реактивности организма применяются: общее ультрафиолетовое облучение, водные процедуры и другие. Наши исследования и начатые мероприятия в этом направлении будут продолжены и расширены в целях возможного понижения интенсивности и экстенсивности кариеса зубов среди детского населения нашей республики.

Замещение кариозного дефекта зуба хорошим пломбировочным материалом предохраняет его на длительное время от дальнейшего разрушения. При пломбировании фронтальных зубов особенно важно восстановить анатомическую форму зуба материалом, внешне мало отличающимся от эмали зуба. Ввиду хрупкости силикат-цементов надолго восстановить отсутствующий угол или режущий край зуба им невозможно. Поэтому стоматологи начали применять для этой цели быстротвердеющие акриловые пластмассы.

При клиническом испытании первых образцов пластмасс «АСТ-2», «АСТ-2А» (производства Харьковского завода зубо-врачебных материалов) и «Дуракрила» (чехословацкий препарат) было обнаружено изменение цвета пломб, плохое краевое прилегание, вредное влияние на пульпу (А. М. Озолинь, 1960, 1961, 1962, 1963).

С января 1963 г. мы применяем улучшенную быстротвердеющую пластмассу «Норакрил» (харьковский препарат). По

сравнению с пластмассами прежних марок она отличается большей цветостойкостью.

При правильной технике пломбирования плохие качества пластмассы можно устранить или снизить до минимума.

С целью компенсации контракции пластмассы во время твердения надо соблюдать следующее: а) смесь порошка-жидкости не должна быть слишком жидкой, а только в консистенции сырого песка, тогда соотношение между порошком и жидкостью будет оптимальным, пломба даст наименьшую усадку и быстрое затвердевание; б) полость следует заполнять с небольшим избытком; в) пломбу до полного затвердения следует по возможности придавить пальцем, предварительно покрыв ее целлофаном. Для пломбирования аппроксимальных дефектов необходимо пользоваться матрицей.

Для лучшего прилипания пластмассы к стенкам полости и фиксации ее необходимо соблюдать следующие моменты: а) формировать полость с хорошими ретенциями и дополнительными нарезками-бороздками, сформированными маленьким шаровидным или колосовидным бором. Такие закругленные нарезки можно выстлать тонким слоем подкладки, не нарушив ретенционные места. При восстановлении больших углов центральных зубов (а у боковых резцов и при маленьких дефектах) для надежной фиксации пломбы всегда надо делать дополнительную полость по направлению к слепой ямке или на режущем крае (при его стертости). Опорное плечо — пришеечный край — должен быть всегда плоским и достаточно широким, а добавочная площадка — достаточно глубокой и широкой. При значительных дефектах в депульпированных зубах пломба укрепляется с помощью штифта, зацементированного в корневом канале. Свободный конец штифта изгибается в виде петли. Во избежание отлома пластмасса должна толстым слоем прилегать к краям полости. Это достигается не скашиванием края полости, а сглаживанием (финиром, карборундовым камнем) по ходу эмалевых призм;

б) во время пломбирования полость должна быть чистой и сухой;

в) пластмассу следует вносить в полость сразу после замешивания, когда наблюдается наилучшая прилипаемость;

г) после появления пластмассовых ниточек пломбирование следует прекратить, нажав однократно пальцем на пломбу, и оставить ее в покое до полного затвердения.

После затвердения трудно заметить тонкий слой пластмассы, покрывающий здоровую эмаль рядом с пломбой. Если этот слой не снят, ухудшаются условия самоочищения пломбы, и может возникнуть вторичный кариес. В пришеечном районе такая пломба может раздражать десну. Поэтому окончательная шлифовка и полировка пломбы производится не раньше

чем через сутки карборундовым диском, финиром, полиром. Окончательную полировку желательно произвести пемзой с глицерином или окисью магния с водой.

Пластмассу надо предохранять от любого загрязнения во время замешивания, во время полимеризации от соприкосновения со слюной, кровью, различными медикаментами, жирными веществами (воск, вазелин), которые могут нарушить процесс затвердевания и вызвать перекрашивание ее.

Клинические наблюдения показывают, что пластмасса «Норакрил» через 3—4—5 лет немного темнеет, ее поверхность легко стирается. Вдоль краев пластмассовой пломбы иногда видны желтоватые или коричневые полосы. Это мелкие щели между пломбой и полостью зуба, которые в дальнейшем перекрашиваются. Положительным свойством акрилата является то, что к поверхности пломбы хорошо пристает свежезамешенная пластмасса, поэтому стертые или изменившие цвет поверхности легко возобновить, не меняя всей пломбы (А. М. Озолин, 1965, 1966, 1967).

В экспериментальных исследованиях выявилось, что быстротвердеющие акриловые пластмассы без фосфат-цементной подкладки вызывают патологические изменения в пульпе. Фосфат-цементная подкладка в мелких и средних полостях предохраняет пульпу от вредного действия мономера. В глубоких же полостях в отдельных случаях наблюдалось воспаление пульпы вблизи искусственной полости и при наличии подкладки (А. М. Озолин, 1961, 1963).

Анализ клинического материала показал, что раздражение пульпы может быть обратимым. Поэтому при глубоких полостях, а также при первично сформированных полостях (гипоплазия), особенно у молодых пациентов, сразу после препаровки полости пластмассой не следует пломбировать, а покрыть цинк-эвгенолом и выждать (1—2 недели) до ликвидации раздражения, возникающего от препаровки. При этом снижается и проницаемость дентина. В противном случае изменения пульпы, вызванные пластмассой, могут стать необратимыми. Показания к пломбированию пластмассой зубов у детей резко ограничены, поскольку у них фосфат-цементная подкладка не всегда предохраняет пульпу от вредного действия мономера.

Пластмасса показана в основном при пломбировании углов и режущих краев передних зубов, больших апроксимальных и пришеечных дефектов при условии, что основание полости покрывается фосфат-цементной подкладкой. В боковых зубах пластмасса не может заменить серебряную амальгаму, и применять ее рекомендуется там, где амальгама противопоказана.

О результатах применения нашей методики пломбирования пластмассой доложено на заседании научного общества

стоматологов ЛатвССР (1958, 1964, 1965), республиканских стоматологических конференциях (1960, 1964, 1968), научной сессии Рижского медицинского института (1961), собрании актива стоматологов ЛатвССР (1964).

Пломбирование быстротвердеющими пластмассами широко внедрено в поликлиническую практику республики.

ВНЕДРЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО ПРЕПАРАТА, СОДЕРЖАЩЕГО ГИДРАТ ОКСИ КАЛЬЦИЯ — КАЛЬМЕЦИН В ПРАКТИКУ

*Доц. Т. Ф. СТРЕЛЮХИНА,
асс. Т. А. БЕЛОВА
(Ленинград)*

Вопросам сохранения пульпы при лечении глубокого кариеса и обратимых форм пульпитов уделяется большое внимание в терапевтической стоматологии. Успех лечения в значительной мере зависит от возможности стимулировать процессы регенерации и защитные функции пульпы. Применяющиеся для этой цели лечебные подкладки и пасты готовятся врачами *ex tempore* и содержат обычно комбинации антибиотиков и сульфаниламидных препаратов. Сочетание компонентов паст не всегда бывает оправданным, степень их активности заранее не известна и может быть недостаточной, так как чувствительность микрофлоры воспаленной пульпы к применяемым антибиотикам бывает пониженной. Обладая бактерицидными свойствами, пасты недостаточно активизируют дентиногенную функцию пульпы. Создание более действенных, удобных в применении лекарственных препаратов — актуальная задача терапевтической стоматологии.

На основании литературных данных (M. Hoffman, R. Glass, H. Zander, 1949; H. Berk, M. Cochen, 1954; Y. Sowden, 1957; H. Taatz, 1957 и др.), гидрат окиси кальция обладает бактерицидным действием в сочетании со способностью стимулировать пластическую функцию пульпы. Об успешном применении гидрата окиси кальция при лечении глубокого кариеса и воспаления пульпы биологическим методом сообщали и отечественные авторы (М. М. Берман, В. Е. Гофунг, М. И. Дементьева, 1964; П. И. Рощина, 1965; И. И. Тарасенко, 1965; Ф. Г. Гасимов, 1966; С. В. Макаров, 1966).

В лаборатории Ленинградского завода зубоврачебных материалов О. А. Виссарионовой и Л. А. Никитиной при участии Т. Ф. Стрелюхиной и Т. А. Беловой, сотрудников кафедры терапевтической стоматологии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова,

в 1965 г. создан лечебный препарат кальмецин. Ему приданы свойства, необходимые для материала, употребляющегося в качестве подкладок, что обусловлено химическим составом порошка и жидкости. Создание соответствующего состава вызвало значительные трудности. Необходимо было подобрать такое сочетание компонентов порошка и жидкости, которое обеспечивало бы получение пасты, отвечающей определенным медико-техническим требованиям.

В качестве жидкости были опробованы растворы поливинилового спирта, глицерина и карбоксиметилцеллюлозы различных концентраций, эйгенол, клей БФ-6. При многочисленных лабораторных испытаниях лучшие результаты были получены с 1%-ным раствором карбоксиметилцеллюлозы. Дополнительное регулирование пластичности, связанности пасты, ускорения сроков схватывания осуществлялось изменением состава порошка — добавлением к гидрату окиси кальция определенного количества окиси цинка, подвергнутой соответствующей термической обработке. Введение в порошок небольших количеств сухой плазмы человеческой крови и альбумида повысило бактерицидность препарата и свойства, стимулирующие регенерацию пульпы.

Порошок и жидкость кальмецина при замешивании образуют пластичную тестообразную массу, легко укладываемую на дно кариозной полости, прилегающую к ее стенкам. Время твердения кальмецина 4—5 минут, после внесения на дно кариозной полости он схватывается через 2—3 минуты.

Механическая прочность кальмецина соответствует прочности затвердевшего искусственного дентина, она достаточна для конденсации пломб из зубоврачебных цемента и быстротвердеющих пластмасс. При конденсации пломб из амальгам их следует дополнительно покрывать более прочным подкладочным материалом — фосфатцементом. Термоизолирующие свойства кальмецина аналогичны фосфатцементу. Кальмецин рентгеноконтрастен. Наиболее существенным свойством кальмецина следует считать щелочную реакцию как в пластичном, так и в затвердевшем состоянии ($Ph=11-12$).

Бактериологическая проверка показала, что кальмецин обладает бактерицидными свойствами, выраженными в отношении золотистого стафилококка, зеленыщего стрептококка и кишечной палочки в большей степени, чем у фосфатцемента. Очевидно, бактерицидное действие кальмецина определяется высокой щелочной реакцией препарата, что обуславливает одновременно и его выраженное противовоспалительное действие.

Способность кальмецина защищать пульпу от токсических градиентов, проникающих из постоянных пломб, и стимулировать дентиногенную функцию пульпы изучалась в экспери-

менте на зубах собак (Т. Ф. Стрелюхина, 1967). При слое в 1 мм, покрывающем обнаженный при формировании полости дентин, кальмецин полностью предохранял пульпу от раздражения силикатными цементами. Кроме того, он стимулировал дентинообразующую функцию пульпы — вторичный дентин откладывался в большем количестве в более ранние сроки, чем при пломбировании фосфатцементом.

Клиническая проверка показала, что отдаленные (до 2—3 лет) результаты лечения глубокого кариеса (95 зубов), покрытие случайно вскрытого рога пульпы (26 случаев), лечение хронического фиброзного воспаления пульпы (38 случаев) при применении кальмецина были положительными. Во время контрольных осмотров жалоб на вылеченные зубы больные не предъявляли, пульпа сохраняла нормальную электропроводимость, при рентгенологической проверке определялось отложение заместительного дентина.

Опытные партии кальмецина с подробной инструкцией по его применению были направлены в поликлиники Ленинграда, Москвы, Риги и других городов Союза. Завод зубоврачебных материалов получил положительные отзывы из 21 поликлиники, подтвердившие наши данные. Всего были прослежены отдаленные результаты применения кальмецина в 1925 случаях глубокого кариеса, 216 случаях простого хронического пульпита и при случайно вскрытом роге пульпы в 85 случаях.

В настоящее время кальмецин выпускается заводом зубоврачебных материалов и широко применяется в стоматологической практике в качестве лечебной прокладки.

ЭПОКСИДНЫЕ КОМПОЗИЦИИ ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕЛЕЙ И ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ И ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ

*Член-корр. АМН СССР, проф. А. И. РЫБАКОВ,
доктор мед. наук В. С. ИВАНОВ,
канд. мед. наук М. З. ШТЕЙНГАРТ,
канд. техн. наук Б. Я. ГОРОВОЙ,
канд. техн. наук Е. М. БЛЯХМАН.
(Москва)*

В Постановлениях ЦК КПСС и Совета Министров СССР большое значение придается разработке и внедрению в практику новых эффективных методов лечения различных заболеваний, в том числе и стоматологических. Учитывая, что основ-

ной контингент больных по терапевтической стоматологии составляют больные с кариесом и его осложнениями, а основным методом его лечения является своевременное пломбирование зубов, разработку и внедрение новых более современных пломбировочных материалов следует считать одним из реальных способов улучшения стоматологической помощи населению.

Из группы синтетических смол, полученных в последнее время, наибольший интерес для стоматологии представляют эпоксидные смолы, благодаря их высокой адгезии к различным материалам (в том числе и к тканям зуба), механической и химической устойчивости. На протяжении 1961—1969 гг. авторский коллектив ЦНИИСа, кафедры стоматологии ЦОЛИУ врачей и химиков ВНИИМП, а также Охтинского химкомбината создал несколько новых пломбировочных составов на основе эпоксидных смол, провел экспериментальную и широкую клиническую проверку. Один из них получил название дентоксид, второй — эпоксидент, остальные — названия пока не имеют.

Эпоксидент имеет некоторые преимущества перед дентоксидом, относящиеся как к составу, так и к методике приготовления пломбировочной массы, а именно: он состоит из смеси трех порошкообразных смол, приготовленных в виде таблеток. Это создает большие удобства в работе, освобождая врача от необходимости готовить смесь в определенных пропорциях, к тому же применение нового отвердителя — нечувствительного к присутствию влаги при отверждении композиции — улучшает качество материала.

Лабораторная проверка физико-химических свойств дентоксида и эпоксидента (механическая прочность, усадка, адгезия, набухание и др.) в сравнении с существующими пломбировочными материалами показала превосходство новых материалов по целому ряду показателей.

Изучение краевого прилегания с помощью красителей и изотопа кальция также выявило ряд преимуществ эпоксидных материалов перед цементами, пластмассами, амальгамами.

Гистологическое изучение пульпы зубов собак в различные сроки после пломбирования различных по глубине полостей без прокладки, а также реакции ткани на имплантацию и клинические наблюдения с изучением электровозбудимости пульпы зубов показали отсутствие токсического действия полностью отвержденных материалов на пульпу зубов.

Микробиологические исследования показали антимикробную активность материалов после введения в их составы де-камина.

Клиническая проверка эпоксидных материалов по общему проценту неудовлетворительных пломб в сравнении с другими материалами свидетельствует о большей эффективности их применения по сравнению с цементами, пластмассами, амальгамами.

Наряду с этим широкая клиническая проверка эпоксидных материалов показала, что хотя материалы и обладают рядом хороших качеств — универсальностью, биологической переносимостью, пластичностью, — однако они не лишены недостатков, главными из которых являются изменение цвета пломб и в меньшей степени изменение объема, а также необходимость подогрева стекла.

Нами разработаны и изучаются пломбировочные составы на основе эпоксидных смол и сочетания последних с акриловыми смолами и различными наполнителями, отверждающиеся без дополнительного температурного толчка.

Некоторые из этих материалов еще находятся в экспериментальной стадии проверки и нуждаются в дальнейших клинических и лабораторных испытаниях для получения окончательной оценки их эффективности, безопасности, экономичности, эстетичности и прочих качеств, которые требуются от качественного пломбировочного материала. Однако уже сейчас можно сказать, что в смысле удобств приготовления и применения они имеют ряд преимуществ перед эпоксидентом и дентоксидом.

Значительный интерес представляет использование композиций на основе эпоксидных смол в качестве материала для пломбирования корневых каналов, учитывая их высокую адгезию, устойчивость к влаге, безвредность неотвержденной смолы и биологическую инертность отвержденных композиций. Большое значение имеет также возможность введения в состав композиций различных антимикробных препаратов антибиотиков, антисептиков, анестетиков и их способность диффундировать из отвержденного материала в течение длительного времени, а при наличии свободных аминогрупп в их молекуле, отверждать эпоксидные смолы. При создании пломбировочных материалов для корневых каналов использовались эпоксидные смолы ЭД-5, ЭД-6, КДЖ; в качестве наполнителей — окись цинка, порошок фосфатцемент, сернистый барий и углекислый висмут; в качестве тиксотропных веществ — аэросил (диоксид кремния) и белая сажа (полимерный гидрат диоксида кремния). Отвердителями служили диэтилен-триамин (ДТА), ортоксифенилметилэтилендиамин (АФ-2) и И-5М (продукт конденсации жирных кислот растительных масел и ДТА).

Сравнительное определение цитотоксического действия

пломбировочных материалов в клеточной культуре (И. Н. Чупрунова, 1969) показало, что эпоксидная композиция на основе ЭД-6 оказалась менее токсичной в сравнении с фосфат-цементом.

Клиническое изучение результатов применения эпоксидных материалов для пломбирования каналов показало, что непосредственные осложнения при лечении хронических периодонтитов наблюдались в 8,7% случаев.

Клинико-рентгенологическое обследование через 1—3 года после лечения выявило 85,3% положительных результатов, причем полное восстановление периодонтального очага отмечено в 49,5%, частичное — в 35,8% случаев, т. е. применение эпоксидных материалов для лечения периодонтита стоит в ряду современных методов.

Давая общую оценку применяющимся пломбировочным материалам, следует признать необходимым дальнейшее совершенствование силикатных и силикофосфатных цемента, быстротвердеющих пластмасс, серебряной амальгамы; наладить выпуск амальгамосмесителей, изолирующих и защитных лаков; снять с производства медную амальгаму как материал, отличающийся высокой токсичностью и не удовлетворяющий требованиям эстетики.

Необходимо резко увеличить число материалов для заполнения корневых каналов, ибо в настоящее время заводы выпускают лишь один материал подобного назначения — парацин. Стоматологам необходимы специальные материалы для пломбирования каналов при пульпите, периодонтите.

Следует признать целесообразным сосредоточить координацию всей научно-исследовательской работы по разработке и совершенствованию пломбировочных материалов в Центральном научно-исследовательском институте, расширив дальнейшие научные изыскания в этой области.

Учитывая огромное значение пломбировочных материалов и инструментов в лечении кариеса зубов, пульпита, периодонтита, их влияние на организм в целом, необходимо ввести курс материаловедения в стоматологических институтах и на факультетах.

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЗУБОВ МАТЕРИАЛА НА ОСНОВЕ ГАЛЛИЯ

*Член-корр. АМН СССР, проф. А. И. РЫБАКОВ,
проф. И. И. РЕВЗИН,
канд. мед. наук Д. М. КАРАЛЬНИК,
С. Т. РОГОВА
(Москва)*

Вопрос о замене амальгам, ввиду токсичности паров ртути даже в малых концентрациях при длительном их воздействии на организм, ставился неоднократно (А. Н. Львов, 1937; А. С. Заславский, 1963; С. И. Козловский, 1965 и др.).

В качестве заменителей амальгамы были предложены различные сплавы на основе галлия с различными наполнителями. Идея применения сплавов на основе галлия связана с отсутствием токсического действия галлия на организм (Dudley, Zevine, 1949; Andrews и др., 1953; Т. А. Рощина, В. В. Подосиновский, 1967 и др.).

Ряд авторов (Smith и др., 1956; О. И. Кругляков, 1966) показали, что наиболее удачной композицией является медь-галлий-олово. Основным препятствием в использовании предложенных паст являлось недостаточно быстрое твердение и недостаточная их пластичность из-за высокого содержания наполнителя. Использование нагретого инструмента (Л. П. Филипенко, 1965) для увеличения пластичности при конденсации и ускорения твердения пасты является весьма неудобным и нежелательным в стоматологической практике. Поэтому, несмотря на заманчивость предложения заменить токсичную ртуть галлием, широкого применения оно до сих пор не нашло.

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии совместно с Государственным научно-исследовательским и проектным институтом редкометаллической промышленности «Гиредмет» провел многочисленные исследования по изысканию быстротвердеющих галлиевых паст. Для приготовления паст применяли порошки различных металлов и сплавов (хрома, кобальта, меди, никеля, молибдена, серебра и др.) с разными величинами удельной поверхности и насыпного веса.

Задача создания быстротвердеющих галлиевых паст была решена путем применения мелкодисперсных порошков карбонильного никеля особой структуры, обладающих развитой поверхностью, легко доступной для смачивания жидким галлием.

Порошки представляют собой сферические или нитевидные конгломераты.

В качестве жидкой составляющей пасты применили эвтектический сплав галлий-олово (11 весовых процентов олова). Этот сплав плавится около 20°С и при комнатной температуре находится в жидком состоянии. Оптимальное весовое соотношение порошка к жидкому сплаву составляет 1:2. Разрабатывая новый материал, мы стремились использовать современную технологию приготовления его — точное дозирование, механическое смешивание. Так был использован амальгамосмеситель, разработанный во ВНИИХАИ. Порошок и жидкость в определенном соотношении помещали в полиэтиленовую капсулу и подвергали осевой вибрации в течении 25—75 секунд. Материал после смешивания достаточно пластичен и значительно легче амальгамы втирается в стенки полости зуба. Время до начала «схватывания» составляет 5—10 минут, что вполне достаточно для успешной постановки и формирования пломбы.

В лаборатории проведено сравнительное изучение некоторых прочностных характеристик галлиевого материала (названного галлодент) и отечественных амальгам, выпускаемых Ленинградским заводом зубоврачебных материалов. Испытания проводили на образцах, по объему близких к пломбе.

Изучение микротвердости показало, что в течение первых суток по скорости твердения галлиевая паста близка к медной амальгаме и превышает серебряную. Через неделю микротвердость галлиевых образцов выше, чем у амальгам.

Как видно из табл. 1, прочность при сжатии быстрее нарастает у галлиевого материала, на втором месте — медная амальгама «МО», далее — серебряная амальгама.

Таблица 1

Изменение предела прочности при сжатии амальгам и галлодента в течение суток

Материал	Предел прочности при сжатии, кг/см ²				
	2 часа	4 часа	6 часов	8 часов	24 часа
Медная амальгама «МО»	379 ±22,78	706 ±75,90	1161 ±124,5	1220 ±98,65	1286 ±78,78
Серебряная амальгама	151 ±8,33	264 ±16,94	777 ±47,45	1047 ±73,44	2846 ±106,6
Галлодент	642 ±44,1	1034 ±81,1	1179 ±117,9	1400 ±106,70	2617 ±97,99

Так, в течение первых четырех часов твердения предел прочности при сжатии у галлодента в 1,5—2 раза превышает соот-

ветствующую величину медной амальгамы и в 4 раза — серебряной амальгамы. Это очень важно, так как именно в первые часы после пломбирования в пломбах могут происходить те или иные нарушения (изменение формы, отлом и др.).

Таблица 2

**Показатели прочности амальгам и галлодента через
сутки и неделю**

Материал	Предел прочности							
	при сжатии, кг/см ²		при изгибе, кг/см ²		при ударе, кг/см ²		при срезе, кг/см ²	
	сутки	неделя	сутки	неделя	сутки	неделя	сутки	неделя
Медная амальгама «МО»	1286 ±78,78	1530 ±56,79	332 9,3	386 ±7,28	5,33 ±0,26	7,23 ±0,44	126 ±2,3	133 ±9,42
Серебряная амальгама	2846 ±106,6	3157 ±97,93	704 ±35,14	739 ±29,65	12,23 ±1,08	18,7 ±2,8	223 ±17,08	256 ±6,68
Галлодент	2617 ±97,99	2894 ±171,5	730 ±31,84	839 ±28,14	18,58 ±2,81	36,45 ±2,03	212 ±14,14	265 ±14,75

Прочность при сжатии, изгибе и срезе серебряной амальгамы и галлодента через сутки и неделю вдвое превосходит прочность медной амальгамы. Прочность галлодента при ударе в 1,5 — 2 раза выше, чем серебряной амальгамы и в 3—5 раз выше, чем медной амальгамы (табл. 2).

Таким образом, новый пломбировочный материал обладает высокими механическими свойствами: не уступает серебряной амальгаме и значительно превосходит медную.

В связи с тем, что жидкий галлий хорошо смачивает различные материалы, мы ожидали высокую степень прилегания галлодента к тканям зуба. С помощью раствора изотопа Са⁴⁵ было проведено сравнительное исследование краевой проницаемости пломб из галлодента, серебряной амальгамы, силицина и норакрила-65. Из радиоавтографов видно, что галлиевые пломбы более плотно прилегают к тканям зуба, чем пломбы из амальгамы.

Предварительные исследования усадки и коэффициента теплового расширения выявили, что объемные изменения у галлодента близки к соответствующим показателям для серебряной амальгамы.

Наблюдения в течение 1,5 лет в клинике над 70 пломбами показали, что материал с успехом может быть использован для пломбирования кариозных полостей I, II и V классов. Нарушения краевого прилегания пломб не наблюдалось. Отрицательного действия пломбировочного материала на пульпу

не обнаружено. Электровозбудимость запломбированных зубов оставалась в пределах нормы. Из недостатков следует отметить изменение пломб в цвете, однако цвет зубов при этом не менялся.

Таким образом, разработанный нами пломбировочный материал на основе галлия по пластичности, скорости твердения, физико-механическим и другим свойствам полностью удовлетворяет клинику терапевтической стоматологии.

Применение для нового материала компонентов, уже выпускаемых отечественной промышленностью, позволит в значительной мере ускорить внедрение его в широкую медицинскую практику.

Новый пломбировочный материал прошел успешные испытания на кафедре терапевтической стоматологии ММСИ, в Центральной поликлинике Министерства обороны и научно-поликлиническом отделе ЦНИИС.

Решением Комитета по внедрению новой медицинской техники МЗ СССР рекомендован выпуск опытной партии пломбировочного материала на основе галлия для проведения широких клинических испытаний.

ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДА ИЗУЧЕНИЯ ПАРОДОНТОПАТИИ В ПРАКТИКУ

*Доц. В. П. ПАКАЛН,
канд. мед наук И. И. ЛАСОВСКИЙ,
канд. мед. наук И. Ж. РЕВЕЛЕ.*

(Рига)

Распространенность пародонтопатий среди школьников Латвийской ССР сравнительно высока. Наши наблюдения свидетельствуют о частоте пародонтопатий от 16,7% (Г. Ю. Пакалнс, 1964) до 39,1% (И. И. Ласовский, 1967) случаев. Разноречивость данных различных авторов в отношении частоты пародонтопатий может быть отчасти объяснена отсутствием единой методики обследования страдающих пародонтопатиями.

С целью получения сравнимых данных при обследовании больных пародонтопатиями на кафедре терапевтической стоматологии разработана методика обследования больных (И. И. Ласовский, 1967). Для этого в детской практике при обычном клиническом осмотре для учета состояния десен используется индекс РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный). Использование этого индекса позволяет легко про-

водить статистическую обработку клинического материала, а также следить за динамикой процесса. В затруднительных случаях уточнению границ воспаления десны помогает прижизненная окраска десны с помощью раствора йод-йодистого калия в модификации Д. Свракова и Ю. Писарева. Разработанная методика обследования больных в настоящее время внедряется в практику школьных стоматологов республики.

Наиболее трудным вопросом в пародонтологии является диагностика ранних стадий пародонтита, а также дифференциальный диагноз между хроническим гингивитом и пародонтитом. С целью изыскания путей ранней диагностики пародонтита исследования на кафедре ведутся в двух направлениях:

1) изучение кровоснабжения тканей пародонта с помощью реопародонтографии и исследование стойкости капилляров десны по методу В. И. Кулаженко;

2) биохимические исследования соединительной ткани пародонта.

В процессе возникновения и развития пародонтита наблюдаются поражения сосудов пародонта. Эти изменения появляются раньше других изменений и с течением заболевания достигают различной степени. В поисках метода ранней диагностики пародонтита М. Ф. Крауклите (1963, 1964), Б. И. Шриц (1964), И. И. Ласовский (1964, 1965) применили метод реографии для исследования кровообращения в тканях пародонта. Данный метод позволяет оценить состояние сосудистой стенки и степень кровенаполнения тканей.

И. И. Ласовский с помощью метода реопародонтографии и дозированного вакуума провел углубленное исследование состояния тканей пародонта в норме, при хроническом гингивите и пародонтите. Выявлено изменение показателей реопародонтограммы, характеризующих состояние сосудистой стенки, а также уменьшение кровенаполнения тканей пародонта при пародонтопатиях. Метод дозированного вакуума позволил установить у школьников, страдающих пародонтопатиями, снижение стойкости капилляров десны.

Пародонтит также характеризуется патологическими изменениями в альвеолярной кости и в соединительной ткани пародонта. Начальные стадии пародонтита клинически протекают иногда с наличием ограниченных районов воспаления десневых сосочков. В морфологической картине пародонта в это время наблюдается изменение только в эпителии десны, однако это не исключает наличия биохимических изменений в соединительной ткани десны. При выраженных стадиях пародонтита отмечаются склероз соединительной ткани последней, размножение волокон и их гомогенизация. Резорбированную костную ткань замещает соединительная ткань. Эти

изменения позволяют думать, что уже в ранних стадиях пародонтоза происходят биохимические изменения в тканях пародонта.

Учитывая значительные изменения, происходящие в соединительной ткани пародонта при пародонтозе, И. Ж. Ревеле предприняла попытку изучить биохимические показатели, характеризующие состояние соединительной ткани при различных стадиях пародонтоза.

Эти исследования показали, что в ранних стадиях пародонтоза уменьшается оксипролин — показатель, свидетельствующий о снижении содержания коллагена. При первой стадии заболевания наблюдалось повышение количества гексозамина, свидетельствующее об изменении содержания мукополисахаридов основного вещества соединительной ткани. В выраженных стадиях повышалось содержание тирозина, показывающее повышение количества белков неколлагеновой природы (И. Ж. Ревеле, 1968).

Для изучения показателей соединительной ткани пародонта в динамике патологического процесса была разработана экспериментальная модель пародонтоза на собаках (М. Ф. Крауклите, Б. И. Шриц, И. Ж. Ревеле, 1966). Проведенные биохимические исследования на различных этапах патологического процесса показали уменьшение количества оксипролина и повышение гексозамина в тканях пародонта при начальных стадиях их воспаления (И. Ж. Ревеле, 1966).

В поисках некоторых профилактических направлений при пародонтопатиях доцентом В. П. Пакалн проведено изучение связи пародонтопатий с фактором питания в экспериментах на белых крысах. Было изучено влияние на ткани пародонта безбелкового рациона. Животные получили безбелковую пищу, и сравнительно быстро у них можно было обнаружить изменения в пародонте в виде резорбции альвеолярных отростков, образования глубоких патологических карманов, пролиферации эпителия (В. П. Пакалн, 1965, 1966).

Избыточное количество жиров в пищевом рационе, даже в сочетании с атерогенными веществами, не сопровождалось морфологическими изменениями, напоминающими пародонтоз. Костная ткань альвеолярных отростков была плотной, в ней наблюдалось много линий склеивания, свидетельствующих об активном новообразовании костного вещества (В. П. Пакалн). Таким образом, исследования показали, что отсутствие белка в пище весьма неблагоприятно влияло на ткани пародонта, в то время как атерогенная пища отрицательного влияния не оказала. Считая невозможным перенесение экспериментальных данных непосредственно в клиническую практику, можно сделать только предположение о значении этих факторов в предупреждении пародонтопатий у детей.

В настоящее время наиболее эффективным мероприятием в профилактике пародонтоза считаем своевременное выявление и лечение всех заболеваний пародонта в детском возрасте. Хронический гингивит у детей может явиться проявлением ранних стадий пародонтоза или может с течением времени переходить в пародонтоз. Отсутствие в настоящее время надежных методов определения ранних стадий пародонтоза и методов дифференциальной диагностики между хроническим гингивитом и пародонтозом заставляет относиться к хроническому гингивиту, как к предпародонтозному состоянию.

В нашей республике разработаны основы диспансеризации детей с заболеваниями пародонта (Д. А. Калвелис, А. П. Блуш, В. П. Пакалн, И. И. Ласовский, Л. В. Треймане, 1968). При профилактических осмотрах детей выявляются заболевшие пародонтопатиями. Всех детей разделяют на две группы. К первой группе относят детей с нормальными деснами при наличии предрасполагающих к пародонтопатиям факторов или с ограниченными участками воспаления десны в месте локализации травмирующих факторов. Проведение необходимых лечебно-профилактических мероприятий требует одного-двух посещений.

Ко второй группе относят детей, страдающих пародонтопатиями, которые подлежат диспансеризации:

1) дети, имеющие пародонтопатии и состоящие на учете в связи с наличием общего заболевания (диабет, туберкулез и др.).

2) дети, имеющие пародонтопатии с наличием ортодонтических аномалий;

3) дети, имеющие гипертрофические гингивиты и катаральные со значением РМА больше 6;

4) дети, у которых выявлен пародонтоз.

У этой группы детей в ходе плановой санации проводят как обязательные для первой группы лечебно-профилактические мероприятия, так и лечение пародонтопатий.

Данный метод диспансеризации внедряется в практику стоматологов республики, работающих в детских учреждениях.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ПАРОДОНТОЛОГИИ

*Канд. мед. наук В. Е. КРЕКШИНА
(Ленинград)*

Практика показывает, что лечение такого хронического заболевания, каким является пародонтоз, требует терпения и внимания как со стороны врача, так и со стороны больного.

Только систематическое и своевременное лечение дает возможность сохранить жевательный аппарат у этих больных на длительный период. Однако известно, что большинство больных пародонтозом прекращает лечение при первых признаках улучшения и возобновляет его при обострениях процесса, нередко меняя при этом и лечащих врачей и лечебное учреждение. Часть же больных пародонтозом обращается за помощью в настолько запущенных случаях, когда единственным методом лечения остается удаление зуба. Известное положение о том, что легче предупредить заболевание, чем лечить его, что легче вмешиваться на ранних стадиях, чем лечить запущенные формы, можно целиком отнести и к пародонтозу. В связи с этим встает вопрос о длительном и систематическом наблюдении за этой группой больных, вопрос о их диспансеризации.

На необходимость диспансеризации больных пародонтозом указывал еще профессор П. П. Львов в 1933 г., отмечавший положительное влияние этого метода. Несмотря на то, что преимущество диспансеризации совершенно очевидно, в пародонтологии этот метод не находит широкого применения. Нет единых установок по методике проведения, не разработаны нормы приема больных врачами пародонтологами, нет четкой и единой документации, не согласован вопрос о штатах пародонтологических кабинетов и пр.

Так, профессор И. О. Новик предлагает построить диспансерное наблюдение по типу участковости, указывая на необходимость систематического контроля больных не реже одного раза в год. Доцент Н. М. Абрамов с сотрудниками говорит о создании в поликлиниках специализированных кабинетов по совместному осмотру больных терапевтами, хирургами и протезистами. Для уменьшения нагрузки врачебного приема они рекомендуют выделять на одного врача пародонтолога 3—4 медицинских сестры. Н. М. Вихм считает необходимым выделить для этой цели зубных врачей. Все авторы отмечают необходимость образования специализированных кабинетов по приему больных пародонтозом, говорят об улучшении оснащения этих кабинетов. На протяжении 12 лет мы занимаемся диспансеризацией больных пародонтозом и у нас сложилось определенное мнение по этому вопросу. Под нашим наблюдением находится 275 больных пародонтозом в возрасте от 19 до 62 лет. Наблюдаемые нами больные после проведенного комплексного лечения вызываются на контрольные осмотры через 4—6 месяцев в зависимости от формы и стадии заболевания. В случае неявки в назначенный срок им посылается почтовое уведомление. На каждого больного помимо амбулаторной истории болезни заполняется диспансерный журнал, в котором подробно отмечаются данные анамнеза, стоматологиче-

ский статус, проведенное лечение, данные лабораторного и рентгенологического обследования. При каждой контрольной явке эти данные отмечаются в специальных графах. Наши многолетние наблюдения убеждают нас в эффективности диспансерного обслуживания больных пародонтозом. При повторных осмотрах нам никогда не приходится прибегать к повторению полного курса лечения. Вмешательство чаще ограничивается удалением зубных отложений, медикаментозной терапией, единичными кюретажами отдельных патологических карманов. При этом отмечается такая закономерность: чем дольше больной находится на диспансерном учете и чем он регулярнее является на осмотры, тем меньше приходится вмешиваться при каждом новом его посещении. В этом случае объем вмешательства уменьшается с каждым последующим осмотром. Отдаленные клинико-рентгенологические наблюдения наших больных свидетельствуют о стабилизации процесса. Особенно ярко это выявляется в сроки от 1,5 до 3 лет регулярного наблюдения за больными.

На основании своих наблюдений мы считаем диспансеризацию наиболее эффективной формой обслуживания больных пародонтозом и нас глубоко волнует создавшееся положение с внедрением этого метода в практику. Целесообразность метода никем не отрицается, но широкого распространения он не получает. Профессор А. И. Рыбаков на VIII расширенном пленуме общества в 1966 г. отметил: «Все говорят, что нужно проводить диспансеризацию, но как ее проводить — нет четкого представления». Своевременное замечание, к нему можно добавить, что при существующей нагрузке стоматологов и существующем штатном расписании наших лечебных учреждений этот вопрос не будет разрешен. Кто сейчас занимается диспансеризацией больных пародонтозом? В основном, это научные сотрудники и единичные практические врачи, диспансеризирующие небольшие группы больных с короткими сроками наблюдений. В настоящий момент мы можем говорить только о частичной диспансеризации больных пародонтозом, о диспансеризации отдельных организованных групп, исходя в каждом конкретном случае из местных условий. Но и для проведения такой частичной диспансеризации необходима перестройка врачебного приема. Сюда относятся образование специализированных кабинетов по приему больных пародонтозом, уменьшение числа первичных больных у врачей-пародонтологов в связи с их перегрузкой повторными больными, параллельное проведение санации полости рта у больных пародонтозом врачами санаторами для сокращения сроков лечения, выделение в помощь врачу пародонтологу двух медицинских сестер для ведения документации и помощи в практической работе, создание условий врачу пародонтологу для проведения хирургич-

ческого лечения пародонтоза. Все эти изменения необходимо учитывать для организации частичной диспансеризации. Для проведения же полной диспансеризации больных пародонтозом с массовыми профилактическими осмотрами для выявления ранних стадий заболевания необходима коренная перестройка в общегосударственном масштабе. О диспансеризации больных пародонтозом надо говорить в том же плане, что и о плановой санации детского населения. И в первую очередь, необходимо поднять научный уровень пародонтологии, улучшить подготовку кадров по этому разделу, создать условия для их работы, для чего, по нашему мнению, необходимо:

1. Создать институт пародонтологии, который явился бы научно-методическим центром по изучению этой проблемы.

2. При институтах усовершенствования врачей организовать циклы по пародонтологии.

3. В учебных планах стоматологических факультетов увеличить число часов по пародонтологии. Зимнюю производственную практику студентов на X семинаре посвятить этой проблеме. При организации интернатуры на стоматологических факультетах предусмотреть цикл пародонтологии.

4. Для систематизации научных работ и обмена опытом необходимо издание специального журнала по пародонтологии.

5. Организовать в медицинских училищах специальные курсы по пародонтологии для среднего медперсонала.

6. На местах выделить городские и районные специализированные поликлиники, которые должны играть роль организационного центра по оказанию помощи больным пародонтозом в данном районе. О структуре этих поликлиник, режиме их работы, штатах следует подумать. Может быть, целесообразно использовать принцип участковости, как предлагали украинские и эстонские товарищи. Может быть, эти поликлиники следует приравнять к туберкулезным и кожно-венерологическим диспансерам, как предлагали сотрудники Ленинградского ГИДУВа. Или будет выбран другой какой-то принцип работы — это дело вышестоящих организаций. В одном мы твердо убеждены, что эти поликлиники не должны быть хозрасчетными, как предлагали товарищи из Одессы, ибо в этом случае о диспансеризации не может быть и речи.

Все затронутые вопросы нельзя разрешить на местах, они в компетенции вышестоящих организаций, но без их разрешения вопрос о диспансеризации больных пародонтозом, вопрос об улучшении помощи этой группе больных так и остается в том же зачаточном состоянии, в котором он находится в настоящее время.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИБОРА ДЛЯ РЕЗКИ НЕДЕКАЛЬЦИНИРОВАННЫХ ЗУБОВ В ПРАКТИКЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ И ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Доц. Л. М. ДЕМНЕР
(Казань)

Изучение микроскопического строения твердых тканей зуба на серийных препаратах имеет значительные преимущества перед описанием гистологического строения зуба по одному или двум шлифам, как это было принято до недавнего времени. Еще более важно проводить на серийных шлифах патогистологические исследования. В 1960 г. нами был предложен прибор для получения серийных распилов и срезов недекальцинированного зуба.

Предложенный прибор и новая методика получения серийных препаратов недекальцинированного зуба облегчили сравнительное изучение строения интактных и кариозных зубов у здоровых и больных туберкулезом людей. Из 96 зубов получено 427 преимущественно продольных шлифов, что позволило установить топографию интерглобулярного дентина, особенно эмали, дентина и цемента при аномалиях положения отдельных зубов и их дисфункции.

Микроскопическое изучение продольно-сагиттальных, продольно-тангенциальных и поперечных шлифов в обычном и поляризационном микроскопах показало, что строение эмали и дентина неодинаково на различных уровнях зуба. На боковых шлифах в эмали значительно чаще встречаются эмалиевые пучки, чем в срединных шлифах того же зуба, они извилисты и проникают на значительное расстояние в глубину эмали. Более часто встречаются на боковых шлифах также эмалиевые пластинки, которые, продолжая ход эмалиевых пучков, теряют извилистость и, по мере приближения к поверхности эмали, выпрямляются.

В эмали молочных и постоянных зубов, удаленных у детей и подростков, больных туберкулезом, отмечаются участки пониженной минерализации, очень частые линии Ретциуса и более частые, чем в зубах здоровых детей, эмалиевые пластинки. На боковых шлифах и в поляризованном свете более часто определяются участки гипокальцификации эмали и неправильная ее призматическая структура. В зубах детей, больных туберкулезом, значительно чаще, чем у здоровых, обнаружен кариес эмали по ходу эмалиевых пластинок, менее четко выраженные полосы Гунтер-Шрегера, а благодаря серийным

шлифам обнаруживались иногда по несколько кариозных поражений воронкообразного и шаровидного характера в кажущемся интактном зубе. На эмалиево-дентинной границе отмечается иррегулярное расположение дентинных канальцев и местами их перегибы.

Поляризационная микроскопия серийных шлифов молочных и постоянных зубов позволила установить, что в постоянных зубах дентинные глыбки имеют, как правило, гиперболоидную форму, а в молочных зубах — шаровидную. Получив серийные шлифы, мы обратили внимание на неодинаковое количество, характер, форму и расположение интерглобулярного дентина в различных участках зуба. Мнения авторов (Meyer, Kronfeld, Ploder, Pröll и др.) относительно количества, локализации, этиологии и размеров интерглобулярного дентина весьма различны, однако большинство исследователей склонно считать увеличение количества и размеров интерглобулярного дентина в зубах явлением патологическим, связанным с теми или иными изменениями в организме, ослабляющими сопротивление зуба к кариозному процессу.

В каждом постоянном и молочном зубе, удаленном у детей, больных туберкулезом, мы находили интерглобулярный дентин. Закономерность его расположения, установленная на серийных шлифах, заключается в том, что в постоянных зубах количество интерглобулярного дентина увеличивается от центра к периферии, а в молочных — от периферии к центру. Даже во вторичном дентине, образовавшемся в области рога пульпы молочных зубов, имеется обильное количество интерглобулярного дентина. Появление его во вторичном дентине показательно и говорит о длительном и глубоком процессе нарушения обмена веществ в организме. По-видимому, в отдельных случаях можно говорить о первичной недостаточности обызвествления зуба, а в других — о вторичной.

Преимущество предложенного метода заключается еще в том, что из одного и того же зуба можно получить недекальцинированные и декальцинированные препараты. Из тех же 96 зубов, из которых было приготовлено 427 шлифов, одновременно удалось получить более 800 срезов, в связи с чем оказалось возможным определить изменения, возникающие в пульпе зуба при поражениях его твердых тканей, и наоборот. Тесная связь между нарушениями в эмали и дентине, с одной стороны, и пульпы — с другой и взаимная реакция этих тканей четко определяются при изучении пульпы на срезах тех же зубов, с которых получены шлифы. Реакция пульпы происходит в виде сетчатой атрофии, вакуолизации слоя одонтобластов, а в тех зубах, которые находятся в состоянии дисфункции, независимо от возраста, определяется большое количество дентиклей. Можно предположить, что у людей, больных туберку-

лезом, изменения в пульпе интактных зубов являются первичными, а нарушения в твердых тканях — вторичными.

На серийных шлифах, полученных при помощи предложенного нами прибора, удалось установить более полную картину бесклеточного и клеточного цемента на срединных и боковых шлифах. Определена резорбция цемента аномалийно расположенных зубов и зубов, удаленных у детей, больных туберкулезом. На срезах тех же зубов видно, что отдельные дефекты, возникшие вследствие резорбции, заполнены соединительной тканью с клеточными элементами. В толстом слое клеточного цемента большинства зубов, удаленных у детей, больных туберкулезом, и в некоторых зубах, находящихся в аномалийном положении, имеются поперечно перерезанные каналы, с которыми соединены отдельные отростки цементных клеток. Другие отростки этих же клеток соединены с дентинными каналами, и, таким образом, создается, вероятно, дополнительный, окольный источник питания дентина и эмали: периодонт — цемент — дентин — эмаль в том случае, когда пульпа зуба не в состоянии справляться с присущей ей функцией по причинам местного или общего характера.

Пользуясь методикой получения серийных недекальцинированных препаратов, шлифов и срезов одного и того же зуба, изучали изменения: при клиновидных дефектах и патологической стираемости зубов — аспирант Т. С. Чемикосова, при гипоплазии эмали — ассистент Н. В. Смоленцева и др.

Оказалось также возможным получать шлифы с пульпой, т. е. препараты, на которых можно одновременно изучать твердые и мягкие ткани. Получение подобных препаратов требует определенных навыков.

Промышленное изготовление предложенного и апробированного прибора способствовало бы более широкому распространению вышеуказанной методики.

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ СТОМАТОЛОГИИ НОВЫХ ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И МЕТОДОВ ИХ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Канд. мед. наук Ю. А. ФЕДОРОВ, проф. А. И. МАРЧЕНКО,
О. И. КРУГЛЯКОВА, В. Н. КОРЕНЬ, В. В. ВОЛОДКИНА,
Т. И. САПОНОВСКАЯ, Г. А. КОЖАНОВА*

(Одесса)

Недооценка гигиенических мероприятий при лечении таких заболеваний, как пародонтоз, гингивиты, кариес, протетические стоматиты и др., снижает эффект проводимых терапевти-

ческих вмешательств. Между тем, грамотно используя современные гигиенические средства, больной может стать активным помощником врача. Долгое время проблеме гигиены полости рта не уделялось должного внимания, и лишь за последние годы сотрудниками Одесского НИИ стоматологии были получены конкретные данные о роли тех или иных зубных гигиенических средств, предложены новые отечественные гигиенические и лечебно-профилактические зубные пасты, а также разработаны объективные методы их исследования.

Проблемная лаборатория Одесского НИИ стоматологии, созданная в 1960 г., разработала в содружестве с промышленными предприятиями Москвы, Николаева, Краснодара, Харькова и других городов ряд принципиально отличающихся от существующих новых зубных паст, часть из которых уже освоена промышленностью и широко используется в практике стоматологии.

Так, после длительной и тщательной экспериментальной и клинической проверки внедрена зубная паста «Лесная», содержащая 5% хвойно-каротинового экстракта и бальзамических веществ. Паста обладает выраженными дезодорирующими и пластическими свойствами, оказывает кровоостанавливающее и мягкое антисептическое действие. Применение ее в комплексном лечении пародонтоза позволяет в 98% случаев улучшить и закрепить результаты лечения, а при дальнейшем систематическом использовании отдалить возникновение рецидивов (Ю. А. Федоров, В. В. Володкина, 1964, 1965, 1968; В. В. Володкина, Ю. А. Федоров, В. И. Самодин, 1965, 1966, 1967). Сейчас эта паста, внедренная вначале лишь на Московской фабрике «Свобода», выпускается парфюмерными предприятиями Риги, Ленинграда, Харькова.

При непосредственной консультативной помощи института в 1960 г. Николаевским комбинатом «Алые паруса» была разработана солевая зубная паста «Бальзам», близкая по своим лечебно-профилактическим свойствам известной пасте «Поморин». В 1967 г. совместно с этим предприятием институтом была разработана рецептура и промышленная технология новой зубной пасты «Ромашка», содержащей водно-спиртовые настои ромашки и зверобоя. Наличие в пасте биологически активных веществ (азулен, дубильные вещества пирокатехиновой группы, каротин, аскорбиновая кислота, эфирные масла и др.) обуславливает ее выраженное противовоспалительное вяжущее и антисептическое действие. Использование пасты в комплексной терапии пародонтоза, гингивитов и протетических стоматитов позволило получить общие хорошие результаты лечения (Ю. А. Федоров, В. В. Володкина, В. Н. Корень, 1968).

Немаловажное значение для успешного лечения пародон-

тоза имеет своевременное удаление и предупреждение образования зубного камня, который, по данным А. П. Грохольского (1965, 1966), встречается при пародонтозе у большинства больных (до 93,1%). В целях предупреждения образования зубного камня по инициативе института совместно с фабрикой «Свобода» была разработана зубная паста, содержащая некоторые ферментные и солевые препараты. Экспериментальные и клинические исследования показали, что эта паста, выпускаемая фабрикой «Свобода» с 1967 г. под названием «Белорозовая», хорошо снимает мягкие зубные отложения, оказывает хорошее лечебное действие на мягкие ткани пародонта (Ю. А. Федоров, В. В. Володкина, 1968).

В результате длительных экспериментальных исследований и клинических наблюдений была разработана зубная паста, содержащая комплекс микроэлементов: кобальт, никель, ванадий, медь, цинк, молибден, марганец, серебро, железо и др.

В качестве источника микроэлементов была использована морская капуста, в которой содержатся также и другие биологически активные вещества: витамины А, В, С, альгин, соли. Технология изготовления пасты (обработка морской капусты цитратом натрия на холоде) позволяет сохранить в ней все полезные компоненты. Экспериментальные исследования на животных позволили установить противокариозное действие пасты (Ю. А. Федоров, 1965, 1966), а клинические наблюдения показали, что использование пасты в комплексной терапии пародонтоза дает возможность улучшить лечебный эффект более чем у 90% больных (В. В. Володкина, Ю. А. Федоров, 1965, 1967). В настоящее время фабрикой «Свобода» выпущена небольшая опытная партия пасты, разрабатывается технология ее промышленного производства.

Обезболивающее и хорошее противовоспалительное и антисептическое действие прополиса было использовано в зубной пасте, которую институт разработал совместно с Краснодарской парфюмерной фабрикой.

Паста, содержащая 0,5—1,0% спиртового раствора прополиса, отличается выраженными лечебно-профилактическими свойствами, способствует ликвидации остаточных воспалительных явлений в мягких тканях десны, снимает болевые ощущения. Клинические наблюдения показали, что паста с прополисом может успешно применяться в комплексной терапии пародонтоза, гингивитов и грибковых протетических стоматитов (В. Н. Корень, 1968).

Лечение генерализованной формы гиперестезии дентина при пародонтозе и патологической стертости зубов — весьма сложная и трудно выполнимая задача. Достаточно хороший эффект был получен при терапии этого патологического состояния назначением глицерофосфата кальция для приема внутрь

(Ю. А. Федоров, 1961, 1964). Однако местное лечение (втирание пасты из глицерофосфата кальция) при всей его простоте и доступности оставалось трудоемким. В связи с этим была разработана зубная паста «Жемчуг», в состав которой входили 2,5% глицерофосфата кальция, натриевая соль карбоксиметилцеллюлозы и другие препараты.

Больные пользовались пастой самостоятельно, отпала необходимость многократных посещений врача. Клинические наблюдения показали, что уже после 10—15 дней применения повышенная чувствительность дентина значительно снижается (Ю. А. Федоров, А. И. Марченко, В. В. Володкина, 1967). Паста «Жемчуг» с 1965 г. выпускается фабрикой «Свобода» (Москва). Опыт ее применения показал, что она с успехом может быть использована в комплексном лечении генерализованных форм гиперестезии дентина.

При непосредственном участии сотрудников института были разработаны и доведены до промышленного производства ряд новых гигиенических зубных паст: «Апельсиновая», «Ягодная», «Новая», выпускаемые сейчас предприятиями страны.

Однако разработка и внедрение новых лечебно-профилактических зубных паст были бы невозможны без теоретических данных и результатов исследования о проницаемости слизистой оболочки полости рта (А. И. Марченко, 1962, 1966), а также без данных об ионообменных процессах в твердых тканях зуба (Н. А. Федоров с соавторами, 1953; А. А. Прохончуков, 1955, 1965; Е. В. Боровский, 1958, 1966; Ю. А. Федоров, 1957, 1958 и др.), без исследований последних лет, свидетельствующих о реминерализующих свойствах слюны (Ю. А. Федоров, 1957; А. В. Гранин, 1966; Е. Н. Померанцева, 1967 и др.).

Большую роль при изучении и создании новых паст сыграли методы исследования зубных гигиенических средств, которые разработаны в Одесском НИИ стоматологии в эти годы. Методики микробиологических и химических анализов паст позволили изучить гигиенические свойства выпускаемых промышленностью образцов (Ю. А. Федоров, Л. А. Бланк, Г. М. Коган, 1965), а способ оценки абразивных свойств дал конкретный ответ на вопрос о стирающей способности зубных гигиенических средств (В. Н. Корень, Ю. А. Федоров, 1968).

Немаловажное значение имеет способ определения дезодорирующей и очищающей активности гигиенических препаратов. С помощью этого способа была дана конкретная оценка ряда зубных паст и эликсиров (А. И. Марченко с соавторами, 1968; Ю. А. Федоров, Т. И. Сапоговская, 1968).

Для оценки клинических результатов использовались известные биологические тесты: проба Шиллера-Писарева, метод изучения эмиграции лейкоцитов в полость рта по Ясинов-

скому, окраска зубных отложений йод-йодисто-калиевым раствором и др.

Результаты проведенной работы были обобщены в 20 статьях и двух методических письмах, изданных институтом в 1966 и 1969 гг. Разработанные методики используются в лабораториях промышленных предприятий и институтов пищевой промышленности. На основе проделанной работы могут развернуться более широкие и комплексные исследования по гигиене полости рта в Центральном и Одесском научно-исследовательских институтах стоматологии.

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В ПРАКТИКУ

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ОДЕССКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА им. Н. И. ПИРОГОВА И ОТДЕЛА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ОНИИС В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Проф. Г. И. СЕМЕНЧЕНКО, доц. В. И. ВАКУЛЕНКО,
доц. В. А. ЛУКЬЯНЕНКО
(Одесса)*

Научные исследования кафедры хирургической стоматологии Одесского медицинского института им. Н. И. Пирогова и отдела челюстно-лицевой хирургии Одесского научно-исследовательского института стоматологии за последние годы были направлены на комплексное изучение ряда хирургических заболеваний челюстно-лицевой области.

Костная пластика альвеолярного отростка и края грушевидного отверстия верхней челюсти с одновременной пластикой верхней губы при врожденных незаращениях лица. Восстановление непрерывности альвеолярного отростка и устранение недоразвития верхней челюсти у края грушевидного отверстия путем свободной костной пластики обеспечивают наилучшие функциональные и косметические результаты пластики верхней губы. Методика предусматривает возможность применения для костной пластики как аутокости, так и консервированной гомокости. При этом сквозные незара-

щения верхней губы и нёба переводятся в несквозные, что уменьшает возможность развития послеоперационной деформации верхней челюсти, улучшает условия для последующего восстановления нёба.

По этой методике проведено лечение 127 больных с врожденными незаращениями верхней губы и нёба в возрасте 2—6 месяцев. Описанная методика внедрена в практику путем опубликования в периодической печати, издания методического письма, монографии «Врожденные незаращения верхней губы и нёба». Данная методика демонстрировалась на ВДНХ СССР в разделе «Наука». В настоящее время операция костной пластики альвеолярного отростка и края грушевидного отверстия верхней челюсти с одновременной пластикой верхней губы при врожденных незаращениях верхней губы и нёба применяется в специализированных отделениях Черниговской, Николаевской, Херсонской областных больниц.

Костная пластика дефектов твердого нёба с одномоментной радикальной уранопластикой при врожденных незаращениях нёба. Методика предусматривает восстановление костного скелета нёба при радикальной уранопластике, что обеспечивает хорошие анатомические, функциональные и эстетические исходы лечения. Замещение дефекта твердого нёба осуществляется путем свободной костной пластики. Методика предусматривает возможность применения для костной пластики как аутокости, так и консервированной гомокости. Такая методика предупреждает развитие послеоперационной деформации верхней челюсти и создает нормальные условия для развития лицевого скелета, что позволяет производить оперативные вмешательства в раннем возрасте.

По этой методике проведено лечение 139 больных с врожденными незаращениями нёба в возрасте 4—7 лет.

Описанная методика внедрена в практику путем опубликования в периодической печати, издания методического письма, издания монографии «Врожденные незаращения верхней губы и нёба». В настоящее время операция костной пластики дефекта твердого нёба с одновременной уранопластикой при врожденных незаращениях нёба применяется в специализированных отделениях Черниговской, Николаевской областных больниц и на кафедре хирургической стоматологии Донецкого медицинского института.

Методика хирургического закрытия дефектов переднего отдела нёба при сквозных двусторонних незаращениях во время радикальной уранопластики. Эта методика дает возможность восстановить нёбо одномоментно, сокращает сроки лечения и в ряде случаев позволяет отказаться от применения филатовского стебля или закрытия подобных дефектов.

Методика, описанная в периодической печати, демонстрировалась на ВДНХ УССР. В настоящее время применяется в специализированных отделениях Черниговской, Николаевской, Хмельницкой областных больниц.

Хирургическое исправление недоразвития верхней челюсти. Методика состоит в остеотомии верхней челюсти и перемещении ее кпереди в положение правильного соотношения зубных рядов. Фиксация верхней челюсти в новом положении осуществляется с помощью ортопедического аппарата-шины в течение двух месяцев.

По этой методике проведено лечение 37 больных. Получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты лечения. Данная методика опубликована в периодической печати, описана в учебнике «Оперативная хирургия челюстно-лицевой области», демонстрировалась на ВДНХ УССР. В настоящее время применяется во многих специализированных лечебных учреждениях Советского Союза.

Хирургическое исправление прогнатии фронтального участка верхней челюсти. Методика состоит в удалении 4/4 или 5/5 зубов, резекции участка верхней челюсти на ширину лунок удаленных зубов и смещении фронтального участка верхней челюсти кзади в положение правильного соотношения зубных рядов. Прочная фиксация осуществляется специальными шинами в течение 1,5 месяцев.

По этой методике проведено лечение 53 больных. Получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты лечения. Данная методика опубликована в периодической печати, описана в учебнике «Оперативная хирургия челюстно-лицевой области», демонстрировалась на ВДНХ УССР.

Методика вытяжения нижней челюсти при лечении анкилоза височно-челюстного сустава обеспечивает одновременно с восстановлением подвижности нижней челюсти устранение ее недоразвития, позволяет производить лечение в раннем детском возрасте.

По этой методике проведено лечение 42 больных. Получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты лечения. Данная методика опубликована в периодической печати, демонстрировалась на ВДНХ УССР. В настоящее время применяется в специализированных отделениях областных больниц Черниговской и Николаевской областей.

Методика пересадки зубов при остром одонтогенном остеомиелите челюстей предусматривает сочетание общего и местного воздействия на патологический очаг с сохранением причинного зуба путем применения отсроченной операции реплантации его.

По этой методике проведено лечение 234 больных. Получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Данная методика опубликована в периодической печати, издано методическое письмо, демонстрировалась на ВДНХ СССР. В настоящее время применяется в специализированных лечебных учреждениях Одесской, Николаевской, Черниговской, Херсонской областей.

Методика лечения эпюлидов введением в ткань опухоли 80%-ного раствора этилового спирта. Выработаны показания к неоперативному способу лечения эпюлидов путем введения 80%-ного раствора этилового спирта в толщу опухоли с целью ее некротизации и отторжения.

По этой методике было проведено лечение 250 больных. Получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты лечения. Методика внедрена в практику путем опубликования в периодической печати и обучения врачей-стоматологов на рабочих местах.

Рентгеновский метод исследования кист, вросших в гайморовую полость. Разработаны способы многоосевого исследования различных отделов верхней челюсти, что позволяет выявить кисту в трудных для диагностики случаях, установить ее величину, форму, локализацию, взаимоотношения с носовой и гайморовой полостями. Это позволяет выбрать наиболее рациональный метод оперативного лечения. Методика применена у 178 больных. Издано методическое письмо.

Эндотрахеальный наркоз при операциях в челюстно-лицевой области в детском возрасте. Разработана методика психологической и медикаментозной подготовки детей к операции и наркозу. Изучены особенности вводного наркоза и интубации у детей при различных стоматологических заболеваниях. Предложена методика вводного наркоза и интубации по проводнику «вслепую» при наиболее сложных с анестезиологической точки зрения заболеваниях: анкилозах височно-челюстного сустава, рубцовых контрактурах и других заболеваниях, сопровождающихся резким ограничением движения полости рта. Предложен переходник с выдыхательным клапаном, что дает возможность использовать для наркоза у детей наркозные аппараты, предназначенные для взрослых. Изучено состояние гемодинамики, газообмена, содержание калия и натрия в крови детей на этапах наркоза и операций с различными способами дыхания. Все это позволило широко внедрить и усовершенствовать современный метод общего обезболивания в стоматологической практике у детей.

Коллектив кафедры большое внимание уделял внедрению полученных результатов научных исследований в практику здравоохранения.

Кроме таких способов внедрения, как опубликование в периодической печати, издание методических писем, монографий, большое внимание мы уделяем следующим формам:

- 1) ежегодному проведению семинаров (1 месяц) с областными специалистами по хирургической стоматологии;
- 2) выездам сотрудников кафедры в областные специализированные отделения.

При этом врачи осваивают новые методы диагностики и лечения больных, которые затем применяют в своей практической работе.

ВНЕДРЕНИЕ ИТОГОВ НАУЧНОЙ РАБОТЫ В ПРАКТИКУ — ПРЯМАЯ МОРАЛЬНАЯ И СЛУЖЕБНАЯ ОБЯЗАННОСТЬ КАЖДОГО УЧЕНОГО

Профессор Ю. И. БЕРНАДСКИЙ
(Киев)

Сотрудники кафедры хирургической стоматологии Киевского медицинского института прикладывают максимум усилий для своевременного внедрения итогов своих научных поисков в практику стоматологии. За последние 8 лет штатными сотрудниками кафедры или под их руководством выполнено 5 докторских и 24 кандидатских диссертаций, в каждой из которых представлен ряд практически важных и ценных рационализаторских предложений и изобретений, достойных внедрения в арсенал средств и методов практической деятельности врача.

Сотрудниками нашей кафедры итоги научных исследований внедряются в повседневную практику врачей следующими путями:

а) публикация статей, тезисов докладов, авторефератов по материалам диссертационных и годовых законченных исследований (297 публикаций в 1961—1968 гг.);

б) публикация методических писем (11);

в) выступления с докладами на заседаниях городского научного общества, конференциях, симпозиумах, заседаниях учебных советов и т. д. (186), выступления по радио и телевидению;

г) освещение научных достижений сотрудников кафедры на лекциях студентам стоматологического, лечебного и педиатрического факультетов, курсантам-преподавателям из других вузов республики, в собеседованиях с ординаторами и аспирантами кафедры и т. д.;

д) в фойе академической аудитории стоматологического

факультета, где имеет место большое скопление студентов и практических врачей, выставлены стенды: с перечнем конкретных научно-практических предложений сотрудников кафедры, с печатной продукцией сотрудников;

е) макеты диссертационных работ и т. д.;

ж) по ряду проблем, разработанных сотрудниками, составлены альбомы, смонтированы фотокиноленты, нарисованы таблицы, схемы, чертежи и т. п.

Мы полагаем полезным для практики стоматологии использование еще следующих форм внедрения научных достижений:

а) ежегодные Всесоюзные и республиканские стоматологические конференции изобретателей и рационализаторов с приглашением представителей больниц, поликлиник, институтов и других лечебных и научных учреждений;

б) публикация специальных ежегодных каталогов (перечней) изобретений и рацпредложений, надлежащим образом оформленных в БРИЗах при институтах, больницах и поликлиниках;

в) организация передвижных выставок научных достижений факультетов и институтов республики; эти выставки необходимо экспонировать в областных и городских стоматологических поликлиниках;

г) тезисы и материалы любого научного съезда или совещания необходимо рассылать его участникам не позже как за 1,5—2 месяца, чтобы они могли заранее изучить суть предстоящих докладов и в случае неясности их содержания выяснить непонятное непосредственно у докладчиков.

О ВНЕДРЕНИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В ПРАКТИКУ

Проф. Е. Ф. ЧЕРНОВ
(Алма-Ата)

Кафедра хирургической стоматологии Алма-Атинского Государственного Медицинского института была создана в мае 1962 г. За время существования кафедры ее сотрудниками защищены четыре кандидатские и две докторские диссертации. Все диссертации, выполненные сотрудниками кафедры, имеют определенное значение для практического здравоохранения. Доцент кафедры М. П. Осколкова в 1963 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Остаточные деформации верх-

ней губы и носа после операции по поводу врожденных расщелин и их хирургическое лечение».

Автором на основании анализа существующих методов хирургического лечения и собственных наблюдений (108 больных) был разработан наиболее эффективный метод операции по их устранению, в частности комплексное устранение деформации мягких и костных тканей пластикой гомохрящом, а также собственный рациональный метод ведения послеоперационного периода. Предложенная доц. М. П. Осколковой методика этих операций широко применяется в ЦИУ в г. Москве, Алма-Ате, в некоторых областных городах Казахстана.

Кандидатская диссертация А. К. Левенец (защищена в 1965 г.) была посвящена осложнениям со стороны гайморовой пазухи при операции удаления зуба, методам их лечения и профилактике. Большим достижением и заслугой автора является то, что в результате применения его научных предложений удалось снизить число рецидивов перфорационного отверстия до 1,8%. По данным же других авторов (Е. Я. Губайдулина и др.), они составляли 5—6% и более.

Ассистент Я. А. Раушенбах в 1966 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Особенности клинического течения флегмоны челюстно-лицевой области в возрастном аспекте». Исследования Я. А. Раушенбах, безусловно, позволили практическим врачам применять действенные меры профилактики острых гнойных заболеваний челюстно-лицевой области и правильным и своевременным проведением целого стройного комплекса лечебных мероприятий добиваться наилучших результатов при лечении этой группы больных.

В 1966 г. была защищена кандидатская диссертация ассистентом кафедры А. Н. Фокиной на тему «Затрудненное прорезывание нижних третьих моляров и экспертиза трудоспособности при осложнениях». В работе приведены сравнительные данные различных методов лечения и их связи с продолжительностью заболевания и длительностью пребывания на больничном листе. При показаниях к удалению зуба раннее хирургическое вмешательство сокращает продолжительность пребывания на больничном листе на срок до 2,3—2,8 дня.

В 1967 г. ассистентом кафедры Р. Г. Дмитриевой защищена кандидатская диссертация на тему «Заживление переломов тела нижней челюсти». В результате произведенных исследований автором было установлено, что сроки заживления переломов находятся в зависимости от сохранения или нарушения целостности сосудисто-нервного пучка в нижнечелюстном канале. Были изучены причины замедленной консолидации при переломах тела нижней челюсти; изучены результаты консервативного лечения переломов нижней челюсти с применением назубных проволочных шин и установлены сроки и показания

для применения хирургических методов лечения при переломах нижней челюсти.

Доцентом Д. Л. Корытным в 1968 г. защищена докторская диссертация на тему «Эволюция кожного аутотрансплантата». Экспериментальные исследования автора, проведенные на кроликах, позволили сделать заключение о необходимости стимуляции процессов регенерации в свободно пересаженных полнослойных кожных лоскутах. В качестве такого стимулятора он предлагает местное облучение монохроматическим красным светом, который способствует, по наблюдениям автора, более полному сохранению источников трансплантационной регенерации и более совершенному восстановлению структур нормальной кожи в короткий срок.

В 1967 г. защищена докторская диссертация Е. Ф. Черновым на тему «Устранение сочетанных дефектов лица филатовским стеблем». В основу работы положены результаты клинико-экспериментальных исследований, проведенные на 195 больных с обширными сочетанными дефектами лица, для устранения которых был применен филатовский стебель, а также эксперименты, проведенные на 126 кроликах. Автором предложено 18 схем устранения сочетанных дефектов лица, значительно облегчающих работу хирургов, особенно при планировании отдельных этапов миграции и устранении дефектов. Все предложения автора имеют большое практическое значение для хирургов, занимающихся пластической хирургией, так как они направлены на сокращение промежутков между этапами пластики с применением филатовского стебля и общей длительности пребывания больных с обширными дефектами лица на стационарном лечении и возвращении их к трудовой деятельности.

Предложенная модификация формирования филатовского стебля, а также и другие наши предложения, связанные с применением этого метода пластики, с успехом применяются не только в нашей клинике, но и во многих областных городах Казахстана и за его пределами (Фрунзе, Омск и др.).

Таким образом, все диссертационные работы, выполненные сотрудниками кафедры хирургической стоматологии АГМИ, несомненно, имеют большое значение для практического здравоохранения, а рациональные предложения и рекомендации авторов с успехом находят свое практическое применение в лечебных учреждениях Казахстана и за его пределами.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОТЕРМИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ СВОБОДНЫХ ПЕРЕСАДКАХ ТКАНЕЙ

Проф. Л. Р. БАЛОН, канд. мед. наук Р. К. КОЛТУН
(Ленинград)

Опыт применения гипотермического воздействия в клинике хирургической стоматологии I Ленинградского медицинского института им. академика И. П. Павлова на протяжении 12 лет и проведенные экспериментальные исследования с убедительностью доказывают необходимость дифференцированного применения температурных факторов при восстановительных операциях. Между тем до настоящего времени этот вопрос еще не получил в литературе достаточного освещения, о чем свидетельствует появление лишь единичных исследований в этом направлении. Отметим, что, несмотря на высказанное мнение о пользе местного охлаждения при восстановительных операциях еще в прошлом столетии (Ефрем Мухин, 1807; Н. И. Пирогов, 1835; Ю. К. Шимановский, 1865), это указание осталось незамеченным. Среди хирургов в течение длительного времени укрепилось мнение о целесообразности тепловых процедур при этих операциях.

В опубликованной в 1957 г. работе Л. Р. Балона «О применении местного охлаждения в восстановительной хирургии» впервые со времен Н. И. Пирогова указывается на целесообразность применения местной гипотермии в восстановительной хирургии с целью профилактики циркулярных расстройств и борьбы с ними.

Многолетние клинические и экспериментальные исследования сотрудников кафедры хирургической стоматологии I ЛМИ им. И. П. Павлова по применению местной гипотермии показали, что вначале питание тканей, частично отделенных от организма, осуществляется не только, а в ряде случаев не столько, за счет сосудистой сети, сколько за счет запасов веществ, сохранившихся в клетках и межклеточном веществе. В тканях, полностью отделенных от организма, жизнедеятельность в первые часы обеспечивается исключительно за счет последнего типа питания. Эти воззрения о питании свободно пересаживаемых трансплантатов позволили с совершенно новых позиций оценить значение температурных факторов в различные периоды течения раневого процесса. Естественно, что протекающие в живых тканях биохимические процессы при высоких температурах совершаются быстрее и энергичнее, чем при низких.

Такое представление о жизнедеятельности тканей в процессе их приживления послужило основанием для пересмотра

наших позиций в отношении применения тепловых и световых процедур, в послеоперационном периоде при свободных пересадках тканей применения в клинике не только местного послеоперационного охлаждения (Л. Р. Балон, 1955), но и предварительное охлаждение пересаживаемых тканей (Л. Р. Балон, Р. К. Колтун).

Предварительная гипотермия осуществляется охлаждением на льду или в сухой углекислоте до $+2$ — $+4^{\circ}\text{C}$ пересаживаемых тканей (кожа, хрящ, кость), погруженных в раствор Рингер-Локка с антибиотиками на 15—20 минут.

Послеоперационная местная гипотермия осуществляется на протяжении 4—5 суток прикладыванием к области пересадки резинового пузыря, грелки, наполненных льдом, или пропусканием через полиэтиленовую камеру воды, охлажденной до $+2$, $+4^{\circ}\text{C}$.

При использовании в клинике предварительного и послеоперационного гипотермического воздействия создается новая перспектива успешного выполнения пластических операций даже в крайне неблагоприятных условиях приживания свободных трансплантатов (рубцы после ожогов, после перенесенной туберкулезной волчанки, сифилиса и т. д.).

Несмотря на то что клинические данные с убедительностью подтверждают целесообразность применения местного охлаждения в первые 3—4 дня после свободной пересадки и нецелесообразность применения в этом периоде тепловых процедур, нами для более детального изучения влияния температурных факторов на обменные процессы был проведен ряд экспериментов.

В результате проведенных морфологических и гистохимических исследований удалось выявить определенные закономерности в разрушении питательных веществ при различных температурных факторах. В трансплантатах, подвергшихся тепловым процедурам (нагревание до $+36^{\circ}\text{C}$), наблюдалась деструкция тканей трансплантата, быстрое разрушение кислых мукополисахаридов, сукциндегидрогеназы, принимающих активное участие в процессах тканевого дыхания.

При воздействии низких температур значительно дольше сохраняется нормальная морфологическая структура тканей и более медленно исчезают кислые мукополисахариды и сукциндегидрогеназа, что свидетельствует о более длительном и экономном расходовании питательных веществ.

Полученные хорошие ближайшие и отдаленные результаты (свыше 200 свободных пересадок) у всех оперированных больных позволяют широко рекомендовать методику предварительного и послеоперационного гипотермического воздействия при выполнении восстановительных операций пластикой свободными аутоотрансплантатами.

ВНЕДРЕНИЕ РАННИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ В ПРАКТИКУ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Ст. научн. сотр. А. С. СИЛАЕВА
(Москва)*

Расщелины верхней губы и нёба, в особенности комбинированные, оказывают значительное влияние на развитие ребенка. Они приводят к расстройству дыхания, питания и речи, что, в свою очередь, может привести к другим заболеваниям.

Вопрос о возрасте, в котором следует проводить операции при врожденной расщелине верхней губы, различными хирургами решается по-разному.

Раньше большинство хирургов считало, что эту операцию целесообразно проводить детям в возрасте 6—10 месяцев. В 1956 г. Л. Е. Фролова предложила проводить пластику верхней губы в ранние сроки, т. е. в первые два дня после рождения ребенка.

Основанием для ранней операции является желание сохранить грудное вскармливание ребенка, что обеспечивает нормальное развитие его на первом году жизни, стремление родителей быстрее исправить видимый порок развития. Кроме того, восстановленная функция губы предупреждает развитие деформации зубо-челюстной системы.

Для проведения оперативных вмешательств по поводу врожденных расщелин верхней губы в ранние сроки врачи стоматологического отделения МОНИКИ выезжали в родильные дома Московской области.

Операции проводились под местной инфильтрационной анестезией 1/4%-ным раствором новокаина по методу Лимберга—Обуховой.

Пластика верхней губы в раннем возрасте нами произведена у 20 больных: мальчиков — 9, девочек — 11.

Полных (сквозных) расщелин 17, из них: односторонних — 16 (левосторонних — 11, правосторонних — 5); двусторонних — 1. Неполных расщелин — 3 (левосторонние).

При полных расщелинах верхней губы ширина щели у основания крыла носа достигала 2—2,5 см. Альвеолярный отросток верхней челюсти, как правило, был расщеплен и деформирован. При этом большой фрагмент альвеолярного отростка повернут вперед и кверху, а меньший — в нёбную сторону.

Исходы проведенных операций следующие:
первичное заживление имело место у 12 больных;
частичное расхождение швов у 6 больных;
полное расхождение швов у 2 больных.

Все дети хорошо перенесли операцию. В послеоперационном периоде осложнений не отмечалось. Клинические, лабораторные данные и вес детей, перенесших операцию, ничем не отличались от таких же показателей у здоровых детей этого же возраста.

В отдаленные сроки (через 1—1,5 года) наблюдалось сближение альвеолярных отростков верхней челюсти на месте ее расщепления.

Наш небольшой опыт показывает, что хирургическое лечение врожденных расщелин верхней губы в ранние сроки является вполне оправданным.

СОЧЕТАНИЕ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ЛИЦА И НЕБА С ДРУГИМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ЭТИХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО КОНСУЛЬТАЦИОННО- МЕТОДИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

*Канд. мед. наук Б. Я. БУЛАТОВСКАЯ,
Н. С. КУЗНЕЦОВА, Н. А. СОЛОМАХА
(Свердловск)*

Частота врожденных пороков развития человеческого плода, по данным Р. А. Малышевой (1959), Sesgin, Stark (1961) составляет от 1 до 3% числа нормально развитых новорожденных. Врожденный порок развития в виде различных форм расщелин лица и неба встречается в 12,8—36% (Н. А. Богораз, 1949; Г. М. Егнян, 1951) и занимает среди аномалий развития второе-третье место.

Проведенный анализ архивного материала по родильным домам г. Свердловска за одиннадцать лет (1956—1966) выявил, что врожденные расщелины лица и неба составляют 7,6% от всех уродств человеческого тела. По наблюдениям Rosenthal, Naug, Birkenfeld — по М. Д. Дубову (1953) врожденные расщелины лица и неба в сочетании с другими пороками развития составляют 7—31,8%, по данным С. И. Воздвиженского (1968) — 1,2%.

Такие большие процентные колебания врожденных уродств при их сочетании, по-видимому, связаны с нечеткостью понятия уродства и отсутствием резких границ между уродством, аномалией и вариацией.

В медицине врожденное уродство определяется как «стойкое нарушение взаимоотношений отдельных частей организма, возникшее в одну из стадий индивидуального эмбрионального развития, которое выходит за пределы этих взаимоотношений у данного вида» (А. А. Погодина, 1947). Это понятие было положено нами в основу диагностики различных пороков развития у детей, имеющих основное заболевание — врожденную расщелину лица и нёба.

В 1956 году в г. Свердловке при Институте травматологии и ортопедии был организован центр по диспансерному наблюдению за детьми с врожденными расщелинами лица и нёба. Наблюдение за комплексным лечением детей в центре осуществляют врачи различных специальностей: стоматолог-хирург, хирург-ортопед, стоматолог-ортодонт, окулист, педиатр, отоларинголог и психоневролог. В состав центра также входят логопед и медицинские патронажные сестры.

Постоянное наблюдение за этими детьми (в большинстве случаев со дня рождения) позволило выявить у них ряд других пороков развития.

Представленный нами материал охватывает одиннадцатилетний период наблюдения за 1100 детьми, состоящими на учете в нашем центре, из которых 198 имели и другие аномалии развития, что составляет 18%. У этих 198 детей врачами центра было выявлено 252 порока развития, причем 158 детей помимо расщелины лица и нёба имели один порок развития, 30 детей — два, 6 детей — три, один ребенок — четыре и 3 ребенка — пять. Таким образом, 40 (20%) детей из 198 были с двумя и более пороками развития.

Из этого числа детей изолированную расщелину губы имели 24 человека (12%), изолированную расщелину нёба 82 (41%) и комбинированную расщелину губы и нёба — 92 (47%).

Следовательно, более тяжелые формы расщелин чаще сочетались с другими аномалиями развития.

Из 198 детей мальчиков было 97, девочек — 101, среди них недоношенными родились 18, из двоен — 7.

Наблюдаемые дети были преимущественно от первой-второй беременности (184 ребенка).

Путем тщательного опроса родителей были получены сведения о наследственности у 147 детей. В 24 семьях (16,3%) детей у родных имелись различные врожденные уродства: расщелины губы и нёба в 18 случаях, шестипалость — в 2, глухонемота — в 3, отсутствие глаза — в 1 и множественные уродства — в 2.

Наблюдаемые у детей с врожденными расщелинами лица и нёба другие пороки развития были объединены в 7 групп: аномалии развития головы и головного мозга, внутренних органов, передней брюшной стенки, туловища и позвоночника, верхних конечностей, нижних конечностей и прочих аномалий.

Аномалии развития головы и головного мозга наблюдались в 124 (48%) случаях из 252 пороков развития, выявленных у 198 детей.

В этой группе пороков первое место занимала укороченная уздечка языка — 35 случаев. Подобную аномалию развития в комбинации с врожденной расщелиной лица описывает М. Н. Михайлов (1958). Тридцать детей с укороченной уздечкой языка оперированы.

Второе место занимали аномалии органа зрения — 34 случая. В числе этих пороков развития мы наблюдали: недоразвитие глазницы и асимметрию положения ее в 11 случаях, эпикантус, птоз и колобому век — в 15, микрофтальм, отсутствие глазного яблока, эктопию зрачков и колобому радужной оболочки в 8 случаях. Нередко наблюдались аномалии развития века, глазного яблока и слезовыводящих путей.

При врожденных расщелинах лица и нёба аномалии положения глазниц чаще встречаются на стороне расщелины губы.

У одного ребенка одновременно с косой врожденной расщелиной лица наблюдался дефект нижних век и нижних стенок глазницы в сочетании с микрофтальмом. В двух случаях у детей аномалия глаз сочеталась с врожденными свищами нижней губы и укороченной уздечкой языка. У одного ребенка правосторонняя полная расщелина губы и сквозная расщелина нёба были одновременно с недоразвитием глазных щелей и отсутствием правого глазного яблока. Этот ребенок родился недоношенным и в двухдневном возрасте погиб.

Все дети с врожденными пороками органа зрения и его придатков наблюдаются окулистом центра.

Третье место в данной группе составили 33 случая олигофрении, из них 26 в степени дебильности, 5 — имбицильности и 2 — идиотии.

Все эти дети находятся под постоянным наблюдением и лечением психоневролога центра. Шестнадцать детей из 33 обучаются во вспомогательной школе, один учится в речевой школе, двое находятся в доме инвалидов, пятеро не обучаемы и восемь детей-дошкольников воспитываются в домашних условиях. Один ребенок с олигофренией умер от пневмонии в двухлетнем возрасте.

Четвертое место в группе аномалий головы занимали свищи нижней губы — 7 случаев. На частое сочетание врожденных расщелин лица со слюнными свищами указывают В. И. Вакуленко (1964), А. А. Лимберг и П. П. Львов (1938), Ugonezew

ska-Minc (1952) и др., что, по мнению авторов, свидетельствует об общности этиологии этих пороков развития. У четверых детей свищи иссечены. По нашим данным, свищи нижней губы одинаково часто наблюдались как при расщелине губы, так и при расщелине нёба.

На пятом месте находились такие тяжелые пороки, как спинномозговая грыжа, имевшая место у двух детей, гидроцефалия — у двух, микроцефалия — у одного и краниостеноз — у одного ребенка. Пять из шести таких детей погибли в период новорожденности в родильном доме, вследствие нарушения деятельности основных жизненных органов.

Подобные аномалии развития в сочетании с расщелиной лица наблюдал Wassmund (1939).

Шестое место составляли аномалии развития органа слуха, которые наблюдались у 5 детей. Среди аномалий развития данного органа наблюдались торчащие уши в одном случае, недоразвитие ушных раковин с атрезией слухового прохода в трех случаях и привески уха в одном случае.

Ребенку по поводу торчащих ушей была сделана косметическая операция с хорошим эффектом. Двое детей с атрезией слухового прохода имели одновременно тяжелые пороки развития внутренних органов и погибли на 5—7-й день жизни. Двое детей наблюдаются отоларингологом центра до настоящего времени.

На седьмом месте находились три случая врожденной глухонмоты. Из трех детей двое обучаются в специальной школе, один ребенок погиб от сахарного диабета.

Помимо указанных пороков развития в группе аномалий развития головы и головного мозга у одного из детей наблюдался синдром Пьера Робена. Этот ребенок погиб в возрасте 11 месяцев от присоединившейся пневмонии.

Вторую группу составили пороки развития внутренних органов — 54 случая, или 21% всех пороков развития. Первое место в этой группе пороков заняли пороки сердца — 41 случай. Сочетание расщелины лица и нёба с пороком сердца было описано М. Д. Дубовым (1944), Beder и др. (1956). Caramelli, Reginato (1959).

Врожденные пороки сердца — одно из наиболее частых уродств человека. По нашим данным, частота этого порока составляет 3,7% от 1100 детей, находящихся под наблюдением центра.

По характеру пороки сердца распределялись следующим образом: тетраду Фалло имели 13 детей, фиброзластоз — 2, стеноз легочной артерии — 1, открытый боталлов проток — 4, дефекты перегородок сердца — 12, коарктацию аорты — 1, декстрокардию — 1, различные формы нарушения проводимости — 2, у 5 детей характер поражения сердца не уточнен.

в связи с чем им предстоит дополнительное обследование в кардиологическом отделении. У восьми детей, одновременно с врожденным пороком сердца, наблюдались аномалии головы, головного мозга, конечностей. Девять детей, имевших порок сердца, погибли, из них семь в возрасте до одного года и двое — старше года. Двум детям с тетрадой Фалло была произведена операция на сердце с хорошим клиническим эффектом.

Детям с врожденным пороком сердца по показаниям проводилась хейло- и уранопластика. Перед операцией они обследовались педиатром и кардиологом, особенно перед уранопластикой, с применением электрокардиографии, фонокардиографии, рентгеноскопии и функциональных нагрузочных проб.

Всего детям с врожденным пороком сердца сделана 41 операция, из них хейлопластик — 16, уранопластик — 18, различных корригирующих операций губы, носа и нёба — 7. Все дети хорошо перенесли операции, за исключением одного ребенка в восьмилетнем возрасте, погибшего после уранопластики на вторые сутки от сердечно-сосудистой недостаточности, обусловленной фиброэластозом, который не был диагностирован при жизни.

Наши наблюдения за детьми с врожденными пороками сердца показали, что при тщательном обследовании и соответствующей индивидуальной подготовке они могут быть оперированы по поводу врожденных расщелин лица и нёба.

Кроме порока сердца в данной группе наблюдались другие пороки развития внутренних органов: стеноз трахей — 1, пилоростеноз — 1, болезнь Гиршпрунга — 1, стеноз мочеочника — 2, дополнительный анус — 1, крипторхизм — 7. Из этих 13 детей трое погибли в возрасте до 1 года.

Наблюдения показали, что более тяжелые пороки развития внутренних органов встречались при более тяжелых формах расщелины лица и нёба.

В третью группу аномалий были отнесены пороки развития брюшной стенки, которые наблюдались в 18 случаях, что составляет 7% общего числа пороков. Среди них пупочная грыжа была у 13 детей, паховая — у 5. Эти пороки развития сочетались с другими аномалиями развития и по своему характеру непосредственной угрозы жизни ребенка не представляли. Пять детей из восемнадцати, имевших пупочные и паховые грыжи, прооперированы.

Четвертую группу составили аномалии развития туловища и позвоночника, которые наблюдались нами в 10 (4%) случаях. В эту группу вошли следующие пороки развития: незаращение дужек позвонков — 5 случаев, неправильное развитие грудной клетки — 3, болезнь Шпренгеля — 1 и кривошея — 1.

По нашим наблюдениям, у трех детей эти пороки развития сочетались с гидроцефалией и черепно-мозговой грыжей.

В литературе мы не встретили сообщений о сочетании расщелины лица с аномалиями туловища и позвоночника, по-видимому, подобные комбинации встречаются не часто.

В данной группе на четвертый день жизни погиб один ребенок с множественными аномалиями развития грудной клетки и головы.

Пятая группа включала аномалии развития верхних конечностей, которые мы наблюдали у 12 детей.

Подобные сочетания аномалий описаны В. И. Фребелиусом (1888), Е. Д. Ермольчик (1962). Среди этих аномалий наиболее часто встречались: синдактилия 9 случаев, недоразвитие и частичное отсутствие пальцев — 6, шестипалость — 2, отсутствие левой руки в средней трети плеча — 1, амниотические перетяжки пальцев рук — 1.

Таким образом, 12 детей имели 19 пороков развития (7,5%). У шести детей были одновременно аномалии развития рук и аномалии развития ног. Из этой группы трое детей были прооперированы: двум удалены шестые пальцы и одному устранена синдактилия.

Шестую группу составили аномалии развития нижних конечностей, которые мы наблюдали у 18 детей. Эти дети имели 24 (9,6%) врожденных порока: косолапость — 9 случаев, синдактилию — 7, недоразвитие и частичное отсутствие пальцев — 4, отсутствие стопы — 1, амниотические перетяжки — 1, недоразвитие левой ноги — 1, вывих бедра — 1. В большинстве наблюдений недоразвитие и отсутствие пальцев сочетались между собой и с амниотическими перетяжками. Несмотря на тяжелые анатомические и функциональные нарушения эти пороки развития не представляют опасности для жизни ребенка. У восьми детей были одновременно пороки головы и головного мозга, туловища и брюшной стенки. Четверо детей в данной группе оперированы: у одного устранена синдактилия, у трех — косолапость. Двое детей, у которых были пороки развития нижних конечностей одновременно с гидроцефалией, экзетировали в первую неделю жизни.

Седьмая группа — прочие аномалии развития — включала три случая врожденного наследственного гиперкератоза. Проявления гиперкератоза у детей были выражены нерезко. Они сочетались у одного ребенка с пороком сердца и у двух с укороченной уздечкой языка. Эти дети состоят на учете у дерматолога по месту жительства.

Изучение сопутствующих пороков развития показало, что расщелины лица и неба чаще встречаются с аномалиями развития головы и головного мозга, внутренних органов и конечностей.

Наблюдая детей с множественными аномалиями развития в нашем центре, мы отметили, что эти дети резко отстают в развитии в ранний период жизни, в отличие от детей, имеющих только расщелину лица и нёба. Так, из 142 детей, взятых на учет в период новорожденности, только 74 нормально развивались, остальные резко отставали в развитии. При множественных аномалиях развития у детей наблюдалась повышенная заболеваемость, особенно со стороны органов дыхания и ЛОР-органов.

Детям с множественными пороками развития врачами центра по показаниям регулярно проводилось соответствующее лечение. Из 198 детей — 160 были оперированы. Им была сделана 291 операция, из них: 242 по поводу расщелины губы и нёба (хейлопластика — 96, уранопластика — 94, корригирующие операции на верхней губе, носу и нёбе — 52), 49 по устранению других пороков (грыжесечение — 5, удлинение уздечки языка — 30, устранение косолапости — 3, синдактилии — 2, иссечение свищей — 4, ампутация шестого пальца — 2, восстановительная операция на сердце — 2, на ушах — 1).

Кроме того, с целью санации ЛОР-органов детям сделано 23 операции (аденотомия, тонзиллэктомия, конхотомия и др.).

Из 198 детей, имеющих множественные пороки развития, погибло 22 (11,2%) ребенка, из них 13 детей помимо расщелины лица и нёба имели один порок развития, 9 — два и более пороков.

Причинами смерти этих детей были тяжелые пороки развития, несовместимые с жизнью в 10 случаях, пневмония — в 9, сахарный диабет — в 1, асфиксия — в 1 и хронический нефрит — в 1.

Большинство детей с множественными пороками развития погибали, как правило, в первые месяцы и годы жизни. Так, из 22 детей 8 умерло в возрасте 7 дней, 8 — от 1 до 3 месяцев, один — в 11 месяцев и 5 — после года.

Из 176 оставшихся в живых детей полностью вылечено 63 и частично 113. Девять детей с полностью законченным лечением, достигшие возраста 15—16 лет, сняты с учета.

Из 113 детей с частично законченным лечением 23 сняты с учета в связи с переездом и 90 продолжают комплекс лечения в условиях диспансерного наблюдения в нашем центре.

ВЫВОДЫ

1. Сочетание врожденных расщелин лица и нёба с другими пороками развития, по нашим наблюдениям, составило 18%.

2. Изучение сопутствующих пороков развития показало, что расщелины лица и нёба чаще встречаются с аномалиями развития головы и головного мозга, внутренних органов и конечностей.

3. Более тяжелые формы расщелины лица и нёба чаще сочетаются с другими пороками развития.

4. Наши наблюдения за этими детьми показали, что дети с врожденным пороком сердца при тщательном обследовании и соответствующей индивидуальной подготовке могут быть оперированы по поводу врожденных расщелин лица и нёба.

5. Другие пороки развития при сочетании с врожденными расщелинами лица и нёба часто усугубляют общее состояние ребенка и увеличивают угрозу летального исхода, нередко являясь основной причиной смерти.

6. Наблюдение за детьми с множественными пороками развития в условиях консультационно-методического центра позволит выявить дополнительные пороки развития и, по возможности, предупредить развитие сопутствующих заболеваний и своевременно провести детям комплексное лечение.

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СПОСОБОВ РЕОПЕРАЦИЙ НА НЁБЕ ПОСЛЕ НЕУДАЧНОЙ УРАНОПЛАСТИКИ И ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Проф. В. И. ЗАУСАЕВ
(Москва)

Внедрение в практику здравоохранения разработанных в различных учреждениях методов исследования и лечения происходит относительно медленно. Основными способами внедрения в практику новых способов лечения и исследования идет путем опубликования работ в периодической печати, сборниках научных работ, докладов на съездах, пленумах, симпозиумах. Однако наиболее эффективным для внедрения является демонстрация новых методов в лечебном учреждении, где они разработаны, или приглашение исследователя в другое учреждение.

В настоящей работе, на основании большого опыта производства реопераций на нёбе после неудачной ураностафилопластики, приводятся данные нашей клиники о лечении 112 таких больных. Количество повторных операций по поводу врожденных расщелин нёба достигает 30% и более (Р. А. Ландо, Н. М. Михельсон, Обергмейер и др.), а по нашим данным — 31%. Такое большое количество реопераций на нёбе объясняется несовершенством существующих способов ураностафилопластики. Кроме того, оценка результатов операций часто производится на основании субъективных данных.

Для определения показаний к определенному способу операции при повторных операциях на нёбе учитывались не только клинические особенности наступивших изменений (рубцы, остаточные дефекты), но и недостаток тканей нёба на основании соответствующих измерений. Оценка результатов операций производилась также на основании измерений длины полученного нёба и сравнения его с «нормальным».

Из 112 больных, которым производились реоперации по поводу врожденных расщелин нёба, у всех было выраженное укорочение мягкого нёба, кроме того, у 39 из них были остаточные дефекты нёба. Все больные были в возрасте старше 16 лет.

Для определения показаний к выбору способа операции основное значение имеет расчет величины укорочения нёба.

Для определения «нормальных» размеров нёба были проведены измерения у 100 здоровых лиц старше 18 лет.

Измерения производились по срединной сагиттальной линии. Определялись расстояния от передних резцов (в плоскости жевательных поверхностей верхних зубов): до линии, соединяющей крючки крыловидных отростков; до передней поверхности язычка мягкого нёба (у основания его) и до задней стенки глотки.

Кроме того, производились вертикальные измерения от плоскости жевательных поверхностей верхних зубов до купола мягкого нёба на уровне линии, соединяющей крючки крыловидных отростков, степени опущения язычка мягкого нёба и высоты наиболее выбухающей части валика Passavant. Измерения до крючков крыловидных отростков производились потому, что этот пункт служит как бы осью, на которой совершается подъем и опущение мягкого нёба.

На основании данных, полученных после обработки измерений, обнаружены определенные закономерности в размерах, позволяющих проводить сравнительную оценку с размерами мягкого нёба, полученными после операции ураностафилопластики. Эти закономерности у мужчин и у женщин почти идентичны и для практических целей не имеют существенного значения. Так, установлено, что расстояние от задней стенки глотки до передней поверхности язычка мягкого нёба колеблется от 7 до 8 мм в плоскости жевательных поверхностей верхних зубов, опущение язычка мягкого нёба обычно составляет от 7 до 9 мм. Высота валика Passavant у мужчин и женщин также постоянна и находится выше плоскости жевательных поверхностей верхних зубов на 3—4 мм.

Кроме того, обнаружена определенная закономерность, зависящая от высоты купола мягкого нёба, от плоскости жевательных поверхностей верхних зубов. Оказалось, что расстояние от крючков крыловидных отростков до передней поверх-

ности язычка мягкого нёба (в плоскости жевательных поверхностей верхних зубов) почти всегда равно высоте купола мягкого нёба в срединной сагиттальной плоскости и представляет четверть окружности от линии, соединяющей крючки крыловидных отростков до основания язычка мягкого нёба. На основании получаемых размеров у каждого здорового человека можно легко высчитать истинную длину мягкого нёба по внутренней поверхности.

Кривизна внешней носовой поверхности нами рассчитывалась на основании допущения о том, что толщина мягкого нёба в верхнем отделе составляет около 100 мм, а в области язычка мягкого нёба — около 4 мм. Радиусом кривизны внешней поверхности мягкого нёба служит размер высоты купола мягкого нёба, увеличенный на 10 мм. Радиус проводится из точки на плоскости жевательных поверхностей верхних зубов (в срединной сагиттальной плоскости), смещенной от точки для внутреннего радиуса кпереди на 6 мм.

Таким образом, на основании измерений, проведенных на здоровых лицах, можно производить сравнение размеров мягкого нёба, полученных после операции ураностафилопластики, с размерами нормального мягкого нёба. Сравнение можно проводить не только в цифровых выражениях, но и на основании степени совпадения графического изображения, полученного после операции мягкого нёба, с построенным для данного больного графическим изображением нормального мягкого нёба (в зависимости от высоты купола мягкого нёба).

Измерения нёба при укорочениях мягкого нёба производились по тем же параметрам, что и при нормальном нёбе. Учитывая, что после первичных операций ураностафилопластики укороченное мягкое нёбо резко уплощается, расчеты остатков мягкого нёба в срединной сагиттальной плоскости производились на основе теоремы Пифагора.

Зная величину «нормального» мягкого нёба для высоты нёба у данного больного и величину укороченного мягкого нёба, легко вычислить истинное укорочение его (недостаток).

Для удобства выбора метода операции больные с укорочениями мягкого нёба в сочетании с остаточными дефектами нёба были разделены на 3 группы:

1) укорочение мягкого нёба до 25 мм — у 81 больного. При этом показано использование местных тканей;

2) значительное укорочение мягкого нёба (более чем на 25 мм) или в сочетании любого укорочения мягкого нёба с дефектом заднего отдела твердого нёба — у 19 больных. В этих случаях показано удлинение мягкого нёба и закрытие дефекта при помощи филатовского стебля;

3) укорочение мягкого нёба в сочетании с дефектом переднего отдела твердого нёба и альвеолярного отростка у 12 боль-

ных. Здесь, так же как и у больных 2-й группы, показано удлинение нёба и закрытие дефекта филатовским стеблем. При укорочении мягкого нёба до 25 мм 31 больному (из 81) были произведены операции типа радикальной ураностафилопластики, причем у 21 из них наступило повторное увеличение мягкого нёба. 12 больным была произведена фарингопластика, у двух из этих больных произошло отхождение лоскута, выкроенного из задней стенки глотки от мягкого нёба, а у 10 наблюдалась речь с глухим оттенком и воспалительные изменения в носоглотке и среднем ухе.

Учитывая недостаточную эффективность этих операций, нами была разработана модификация операции типа радикальной ураностафилопластики с одномоментной пересадкой тонкого кожного лоскута на носовую раневую поверхность слизисто-надкостничного лоскута. По этому способу было оперировано 38 больных, причем лишь у одного из них наступило повторное укорочение мягкого нёба. Контроль эффективности операции производился на основании измерений полученного после операции мягкого нёба и сравнения их с нормальными.

При укорочениях мягкого нёба (вторая группа) более чем на 25 мм или в сочетании с дефектом заднего отдела твердого нёба у 19 больных нами применялся способ операции, при котором филатовский стебель предварительно пересаживался на внутреннюю поверхность левой щеки. В следующий этап производилось отсечение остатков мягкого нёба от твердого и сшивание выкроенных лоскутов мягкого нёба между собой для формирования языка.

Затем для закрытия образовавшегося дефекта между сформированным задним отделом мягкого нёба с язычком и твердым нёбом на конце филатовского стебля формировалась кожная площадка для закрытия дефекта со стороны полости носа, а нижнему краю его придавали форму дефекта со стороны полости рта.

Дефект закрывался на 2 слоя одномоментно. В последующем после приживления стебля отсекалась ножка стебля от щеки, максимально иссекалась жировая клетчатка из стебля, закрывающего дефект, и окончательно формировалось мягкое нёбо.

Из оперированных этим способом 19 больных, у 15 достигнуто достаточное удлинение мягкого нёба, речь у них была хорошей или удовлетворительной. У 4 больных лечение не закончено в связи с отказом продолжать его.

При укорочении мягкого нёба (третья группа) в сочетании с дефектом переднего отдела твердого нёба у 12 больных закрытие дефекта и удлинение нёба также производилось при помощи филатовского стебля. В этих случаях филатовский стебель предварительно пересаживался на верхнюю губу,

затем производились типичные разрезы на нёбе, как при уронастафилопластике, отслаивались слизисто-надкостничные лоскуты и делались все манипуляции, характерные для радикальной операции (интерламинарная остеотомия), резекция заднегнутренних краев больших нёбных отверстий, филатовский стебель расщеплялся по бокам на две части, иссекался избыток жировой клетчатки.

Затем после сдвига нёба кзади кожными лентами из филатовского стебля послойно закрывали дефект в переднем отделе твердого нёба, у 12 больных получен хороший анатомический результат, проверенный на основании измерений нёба и построения графического изображения его. Речь у всех этих больных была хорошая. У одного больного наступил некроз филатовского стебля и речь осталась плохой.

Таким образом, на основании объективных методов оценки недостаточности мягкого нёба в сочетании с клиникой представляется возможным выбирать наиболее оптимальный метод операции, а после нее производить контроль на основании измерений и сравнения полученных размеров с нормальными.

ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКУ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

*Проф. Г. А. ВАСИЛЬЕВ, канд. мед. наук Е. С. МЕЧЕВА,
канд. мед. наук Л. А. ЮДИН, канд. мед. наук И. Ф. РОМАЧЕВА,
канд. мед. наук О. В. РЫБАЛОВ*
(Москва)

Усиление интереса, отмечаемое в последние десятилетия, к изучению заболеваний слюнных желез, способствовало появлению новых специальных методов исследования. Так, сиалография позволила установить изменения в протоках и паренхиме железы, возникшие под влиянием воспаления, опухоли, травмы и других патологических процессов слюнных желез, дала возможность следить за динамикой заболевания.

Однако этот метод исследования не позволяет выявить ранние стадии заболевания и нарушения функции железы. Количественное исследование секрета слюнных желез с помощью иглканюль или капсул несколько восполняет этот пробел. Собираение слюны одновременно из правой и левой слюнных желез позволяет выявить не только отклонения от нормы, но и установить разницу в количестве выделяющегося секрета из парных желез. Асимметрия секреторной функции

позволяет предположить наличие патологического процесса в железе.

Более точным исследованием функции слюнных желез является радиосиалография, разработанная Л. А. Юдиным, — это метод наружной регистрации интенсивности излучения над околоушными слюнными железами после внутривенного введения индикаторных количеств радиоактивного йода (J^{131}) или технеция (Tc^{99m}) (соответственно 0,4 мкк или 50—70 мкк на 1 кг веса тела).

Всего мы обследовали с помощью радиосиалографии 132 больных: при ксеростомии — 56 человек, при хроническом воспалении слюнных желез не калькулезного происхождения — 49 человек; с доброкачественными и злокачественными новообразованиями — 27 больных.

При ксеростомии I, II и III степени мы получали различные результаты радиосиалографии.

Так, у больных с ксеростомией I степени на радиосиалограмме отмечалось более интенсивное накопление радиоактивности как в концентрационной — второй фазе, так и в четвертой фазе — фазе продолжения концентрации.

При ксеростомии II степени наблюдалось нарушение концентрационной и экскреторной способности железы, что выражалось изменением соответствующих отрезков кривой и отсутствием продолжения концентрационного сегмента радиосиалограммы; концентрация радиоактивного вещества в железах ниже, чем в норме.

Для ксеростомии III степени характерно отсутствие концентрационного и экскреторного отделов радиосиалограммы. Кривая радиоактивности над сложными железами идет параллельно кривой радиоактивности крови.

Таким образом, радиосиалография при ксеростомии позволяет выявить различные степени нарушения функции слюнной железы (I, II и III степени).

В начальном периоде развития хронического паренхиматозного паротита и сиалодохита при одностороннем процессе отмечается повышение радиоактивности в области железы, что объясняется, по-видимому, компенсаторной реакцией паренхимы железы в ответ на развившийся патологический процесс. На радиосиалограмме при этом определяется нарушение функции железы I степени. В области противоположной клинически неизменной железы отклонений в радиосиалограмме обычно нет. Следует, однако, отметить, что у отдельных больных имело место при одностороннем паротите повышение радиоактивности в противоположной железе. Это позволило предположить наличие скрытого двустороннего сиало-

аденита. Дальнейшие наблюдения и дополнительные исследования подтвердили наше предположение. Таким образом, радиосиалография позволяет выявить самые ранние формы заболевания, не дающие еще выраженных клинических признаков.

При нарастании явлений хронического паренхиматозного паротита и сиалодохита при радиосиалографии наблюдается постепенное снижение радиоактивности над пораженной слюнной железой, укорочено время максимального накопления радиоактивности и менее выражена секреторная фаза, что свидетельствует о поражении паренхимы железы. На радиосиалограмме определяется нарушение функции железы II степени.

В поздней стадии хронического паренхиматозного паротита и сиалодохита отмечается выраженное снижение концентрации радиоактивного соединения в железе, что свидетельствует о глубоком поражении паренхимы железы. На радиосиалограмме определяется нарушение функции железы III степени (отсутствие секреторной функции железы).

Таким образом, радиосиалография позволяет характеризовать нарушения секреторной функции слюнных желез в различные периоды хронического паренхиматозного паротита и сиалодохита. Следует добавить, что путем радиосиалографий также представляется возможным выявить снижение функции железы при доброкачественных новообразованиях больших размеров и злокачественных опухолях. При доброкачественных опухолях небольших размеров отклонений не наблюдается. Это было нами использовано при проведении дифференциального диагноза между опухолью и хроническим воспалительным процессом.

Однако сиалография, количественное исследование секреции и даже радиосиалография не дают возможности выявить характер патологических изменений структурных элементов железы. Цитологическое исследование слюны, проведенное нами у 152 больных (3184 исследований), позволило уточнить характер морфологических изменений в слюнных железах.

При норме в секрете (слюне) околоушных и подчелюстных слюнных желез обнаруживаются лишь немногочисленные чешуйки и единичные клетки плоского эпителия. Иногда определяются единичные клетки цилиндрического эпителия.

В отличие от этого при острых сиалoadенитах в фазе серозного воспаления в секрете пораженных желез мы находим большое количество нейтрофилов, немногочисленные лимфоциты, имелись также клетки цилиндрического и плоского эпителия.

В фазе острого гнойного воспаления слюнных желез кроме перечисленных клеток мы обнаруживали ретикулярные клетки

и клетки кубического эпителия, что свидетельствовало о переходе воспалительного процесса на глубокие отделы железы. При такой цитологической картине течение сиалоаденита обычно бывало длительным и сопровождалось абсцедированием.

Хронические сиалоадениты некалькулезные мы делим на 3 формы: паренхиматозный; интерстициальный и сиалодохит, т. е. процесс с преимущественным поражением основных протоков.

По нашим исследованиям, каждой форме хронического сиалоаденита и сиалодохиту соответствует характерная цитологическая картина секрета.

При паренхиматозном сиалоадените, чаще при паротите, особенно в выраженных стадиях патологического процесса, мазки слюны бывают богаты клеточными элементами. Мы находили большие скопления нейтрофилов, многочисленные ретикулоэндотелиальные клетки. Нередко в значительном количестве обнаруживались гистиоциты, макрофаги, моноциты. В большем или меньшем числе встречались лимфоциты и лимфобласты и немногочисленные плазматические клетки. При этом помимо клеток цилиндрического эпителия с характерным строением мы наблюдали во всех препаратах эпителиальные клетки с измененной морфологией. Эти клетки происходят, очевидно, из вставочного или базального слоя эпителиальной выстилки протока, а появление их можно связать с развитием хронического воспалительного процесса.

В отличие от этого при хроническом интерстициальном сиалоадените препараты слюны бедны клеточными элементами.

Для хронического сиалоаденита свойственно наличие в мазках секрета (слюны) элементов воспалительного экссудата (нейтрофилов, микрофагов, ретикуло-эндотелиальных клеток), умеренного количества клеток цилиндрического и плоского эпителия, а также единичных клеток кубического эпителия; иногда встречаются скопления бокаловидных клеток.

В более поздних стадиях развития сиалоаденита мы нередко в препаратах обнаруживали скопления эозинофилов и комплексы эпителиальных клеток, по форме напоминавших железистый ацинус.

Исследование клеточного состава секрета в динамике под влиянием проводимого лечения позволяет заключить о благоприятных сдвигах.

Для слюннокаменной болезни помимо клеток воспалительного экссудата характерны немногочисленные эозинофилы и нити мицелия, однако других актиномицетов не обнаруживали. Наличие в слюне кристаллов солей может служить диагностическим признаком слюннокаменной болезни.

При первичном и вторичном поражении слюнных желез актиномикозом разницы в клеточном составе слюны нет. Наличие воспалительного процесса в железе подтверждалось нахождением в мазках большого количества нейтрофилов и других элементов воспалительного экссудата. Специфических для актиномикоза клеточных элементов мы не обнаруживали.

Таким образом, цитологическое исследование слюны позволяет не только уточнить диагноз заболевания, но и оценить эффективность проводимого лечения.

По диагностической значимости цитологическое исследование секрета при заболеваниях слюнных желез можно сравнить с прочно вошедшим в медицину исследованием осадка мочи и цитологическим исследованием отделяемого другими органами.

В заключение следует подчеркнуть целесообразность введения в практику стоматологических учреждений таких методов исследования, как радиосиалография и цитологическое изучение секрета слюнных желез, что позволит значительно снизить процент диагностических ошибок.

Следует отметить, что в патологии слюнных желез остается еще очень много неизученного, и поиски новых методов исследования в этой области являются целесообразными.

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ ТОТАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проф. А. Т. БУСЫГИН, доц. В. Н. ГИНАЛИ
(Смоленск)

С целью изучения топографических взаимоотношений элементов височно-челюстного сустава при целостности зубных рядов и при потере зубов нами разработан метод получения тотальных срезов указанного сочленения, взятых от трупов людей различного возраста.

Блоки височно-челюстного сустава мы брали в следующем порядке: для снятия черепной крышки делали анатомический разрез от уха, который продолжался до *processus mastoideus* другой стороны. Затем перерезали стенки наружного слухового прохода; кожу в области височно-челюстного сустава отслаивали от мягких тканей и специально изогнутой иглой проводили пилу Джигли в *incisura mandibulare* для перерезывания суставного отростка нижней челюсти. Со стороны полости черепа очерчивали на височной кости примерную границу участка височно-челюстного сустава с некоторым запасом костной ткани по сторонам. Костный блок указанного сустава выпиливали удлиненным металлическим фрезом, кото-

рый удерживался в зуботехническом наконечнике. После отделения костного блока от височной кости перерезали все мыщцы и связки височно-челюстного сустава, не нарушая целостности его элементов. Затем костный блок промывали в проточной воде и фиксировали в 10%-ном растворе формалина или в 70%-ном спирте. В тех случаях, когда вследствие обширной травмы черепа не было возможности взять блок височно-челюстного сустава целиком, использовали часть его элементов.

Для приготовления тотальных гистологических препаратов височно-челюстного сустава и отдельных его элементов, предназначенных особенно для исследования на границе макромикроскопической видимости, блоки сустава разрезали на две равные части в необходимой плоскости. Часть сустава, подлежащую гистологическому исследованию, после формалиновой или спиртовой фиксации декальцинировали. Для этого ее промывали в проточной воде в течение суток, затем проводили через спиртовой ряд, в котором концентрация спирта сначала постепенно возрастает до 96°, затем понижается в обратном порядке до 40°. После этого материал декальцинировали в сменяемой каждые сутки 7%-ной азотной кислоте до его смягчения. Срок декальцинации суставов, взятых от трупов взрослых людей, составлял 25—30 суток, от трупов детей — 7—10 суток.

Степень смягчения костных элементов височно-челюстного сустава определяли путем вкладывания в него иглы. Затем, материал, во избежание набухания соединительной ткани, помещали на сутки в 5%-ный раствор сульфата натрия. Участки сустава, взятые с избытком костной ткани, после декальцинации обрезали в границах височно-челюстного сустава таким образом, чтобы не нарушалась целостность его элементов.

Материал промывали в течение 20—25 часов в проточной воде, просушивали фильтровальной бумагой, проводили через ряд спиртов восходящей концентрации — 50, 60, 70, 80, 90°, 96-I, 96-II, 100-I, 100-II по 24 часа, через жидкость Никифорова — 24, затем заливали 2- и 4%-ным целлоидином на 48 часов каждым и 8—10%-ным целлоидином на 10 дней.

После этого участки сустава наклеивали на специально изготовленные дубовые блоки размерами 3,5×5,5×1,2 см. Для наклеивания участков сустава следует применять только твердые породы древесины, так как они почти не набухают и хорошо фиксируют исследуемый материал.

Дубовый блок с наклеенным на нем височно-челюстным суставом вставлялся в каретку большого санного микротомы, где и получали тотальные препараты височно-челюстного сустава (рис. 1) — толщиной в 20—25 микрон.

Применение описанной методики позволяет одновременно изучать морфологическую структуру тканей, различных по плотности, и их топографическое взаимоотношение. Метод приготовления тотальных препаратов можно применять не только

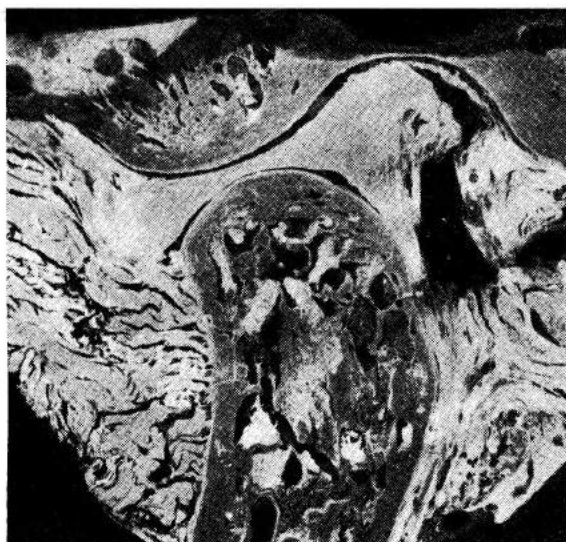


Рис. 1. Тотальный срез височно-челюстного сустава в сагиттальной плоскости

для исследования височно-челюстного сустава на границе макро-микроскопической видимости, но также и для исследования гистологических структур других областей зубо-челюстной системы.

О НОВОМ МЕТОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ КАПЮШОНА ПРИ ПЕРИКРОНАРИТЕ

*Доц. Г. Г. МИТРОФАНОВ, канд. мед. наук А. М. СОКОЛОВ
(Москва)*

Затрудненное прорезывание нижнего зуба «мудрости» и сопровождающие его осложнения в клинике хирургической стоматологии встречаются нередко (И. И. Орлов, 1930; С. А. Вайсблат, 1938, 1940; А. Н. Викторов, 1958; А. И. Евдокимов и Г. А. Васильев, 1959; М. Л. Гутгарц, 1964 и другие).

Лечебные мероприятия при этом заболевании делятся на консервативные и хирургические.

Описанные в литературе методы хирургического лечения — иссечение капюшона с применением различных инструментов — имели на различных этапах свои преимущества. К этим методам относятся хирургические методы иссечения капюшона с помощью специального ножа, предложенного П. Н. Слюсарь (1962), инструмента А. И. Шнейдера для иссечения капюшона, вращающегося цилиндрического ножа А. М. Бубнова (1964) и Г. Г. Ярошенко (1966), использование изогнутых по радиусу ножниц Н. П. Кулик (1966) и др.

Недостатком этих методов с применением различной формы инструментов является то положение, что после иссечения капюшона остается открытая раневая поверхность, которая гранулирует, а затем рубцуясь, зачастую вновь ведет к рецидиву. С целью предупреждения подобного исхода у 27 больных было проведено иссечение капюшона по разработанной нами методике. Из 27 больных рецидивы наблюдались лишь в 3 случаях.

Методика пластики капюшона при затрудненном прорезывании зуба «мудрости» заключается в следующем.

Под инфильтрационной, а по показаниям, под проводниковой анестезией (Sol. Novocoini hydrochlorici) режущие края нейрохирургических изогнутых ножниц накладываются в горизонтальной плоскости на ткани капюшона, который иссекается через всю их толщину по направлению снизу вверх, а снизу остается выстилка слизистой оболочки от бывшего капюшона. В результате иссечения образуется раневая поверхность в ретромолярной области. Затем передняя часть капюшона подтягивается снизу вверх и раневая поверхность закрывается после наложения кетгутовых швов. Данная методика позволяет отчасти предупредить вторичное заживление раны, а следовательно, уменьшить опасность рецидива.

Показания к проведению пластики капюшона при перикоронарите.

1. Запоздалое, но параллельное прорезывание зуба с законченным формированием его корней при явлениях рецидивирующего перикоронарита.

2. Своеобразное прорезывание зуба «мудрости» при параллельном его положении, сопровождающееся явлениями рецидивирующего перикоронарита.

3. Запоздалое, но параллельное прорезывание зуба «мудрости» с незаконченным формированием его корней при явлениях перикоронарита.

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА МИОСПОНГИОПЛАСТИКИ

Доц. Ю. А. ЗОРИН, асс. Р. Н. РАБОТЬКО, Б. В. КНЯЗЕВ
(Кемерово)

Проблема успешного оперативного лечения больших по размеру кист челюстей и других одонтогенных опухолей неразрывно связана с репаративной регенерацией, т. е. с полноценной перестройкой и восстановлением дефекта кости новообразованной костной тканью. Установлено, что предлагаемые способы заполнения костных полостей гипсом, гетерогенной костной щебенкой и другими материалами не ускоряют заполнение послеоперационного дефекта костной тканью, так как эти материалы не являются источниками костеобразования и, подвергаясь инкапсуляции, в большей степени возбуждают разрастание волокнистой соединительной ткани, чем костной.

Наши наблюдения по заполнению послеоперационных костных полостей нижней челюсти жевательной мышцей на питающей ножке (Ю. А. Зорин, 1960, 1964) показали, что и при таком способе пластики часто не происходит полного заживления дефекта кости в результате истощения на стадии репарации пластических свойств поврежденной костной ткани.

В целях стимуляции заживления больших послеоперационных костных полостей нами, по предложению профессора С. Н. Праведникова, разработан в эксперименте и внедрен в клиническую практику способ хирургического лечения кист челюстей с использованием миоспонгиопластики.

Сравнительные экспериментальные исследования, проведенные на 70 кроликах с заполнением свежееобразованных дефектов нижней челюсти а) кровяным сгустком; б) спонгиозой и в) измельченной мышцей со спонгиозой показали ускоренное заживление дефектов в условиях миоспонгиопластики. Все это, вместе взятое, позволило нам применить миоспонгиопластику в целях стимуляции заживления больших послеоперационных костных полостей при выполнении операции цистэктомии и некоторых других оперативных вмешательств.

Способ пластики заключается в следующем. На первом этапе операции производится небольшой разрез тканей по гребню подвздошной кости, затем долотом удаляется край кости и острой хирургической ложкой берется спонгиоза. В зоне операционного разреза иссекается мышца и рана донорского участка зашивается наглухо.

На втором этапе операции производится обычная хирургическая обработка патологического очага в челюстной кости (операция цистэктомия) и подготовка мышцы и спонгиозы

измельчением их ножницами. Доведенные до кашицеобразной консистенции мышца и спонгиоза смешиваются с антибиотиками и ими производится тщательное заполнение костной полости. На края раны накладываются глухие швы.

По разработанной нами методике в клинике хирургической стоматологии Кемеровского государственного медицинского института прооперировано 23 больных, среди которых женщин было 9 и мужчин — 14. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 15 лет — трое больных, от 16 до 20 лет — пять больных, от 21 года до 30 лет — трое больных, от 31 года до 40 лет — четверо и старше 40 лет — восемь больных. На верхней челюсти кисты локализовались в 7 и на нижней челюсти в 16 случаях. Размеры кист варьировали в широких пределах, но у большинства больных занимали область расположения нескольких зубов и распространялись на тело, угол, ветвь челюсти, врастали в верхнечелюстную пазуху и в носовую полость. Все кисты, включая фолликулярные, в большей или меньшей степени были нагноившимися.

Операции осуществлялись как доступом через рот, так и со стороны наружных покровов лица. Исходя из требований онкологии, в задачу оперативного вмешательства входило обязательное полное удаление оболочки кисты. Такая тактика относительно лечения кист челюстей, на наш взгляд, является наиболее правильной.

Послеоперационный период у всех больных протекал спокойно. На 6—7 сутки снимались швы. Заживление ран обычно происходило первичным натяжением. Лишь у одной больной при нагноившейся кистозной одонтоме отмечалось частичное расхождение швов в полости рта. У другого больного на фоне общего истощения имело место нагноение раны в подвздошной области, рана зажила вторичным натяжением.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 20 больных в сроки наблюдения от нескольких месяцев до 4 лет с момента проведения оперативного вмешательства. Сравнительные клинико-рентгенологические исследования в динамике показали более полноценную и быструю перестройку кости и ликвидацию послеоперационной полости во всех случаях удаления кист челюстей с использованием метода миоспонгиопластики.

Изучение серий рентгенограмм оперированных больных показало, что заживление костной полости с применением измельченной мышцы и спонгиоза происходит значительно быстрее и заканчивается образованием костного вещества обычной рентгеноморфологической структуры. Вначале на рентгенограммах бывают видны лишь тени мелких включений регенератора (спонгиоза), заполняющего всю костную полость. К концу второго месяца после операции происходит

рассасывание отдельных участков кости и сглаживание краев дефекта челюсти. На рентгенограммах в этот период времени структурный рисунок кости приобретает вид гомогенной субстанции — «облачка». Через 3—4 месяца уже отчетливо видны регенеративные сдвиги костеобразования и уменьшение размеров послеоперационной полости. В зависимости от первоначальных размеров и локализации кисты полное заживление дефекта кости наступало в сроки от 4 до 6,5 месяцев после операции.

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ ЧРЕЗКОЖНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ СПИЦАМИ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

Проф. М. А. МАКИЕНКО
(Куйбышев)

Чрезкожный остеосинтез металлическими спицами является простым, удобным видом лечения переломов челюстей по сравнению с другими хирургическими и консервативными методами. Между тем остеосинтез металлическими спицами в СССР применяется редко только потому, что лечебные учреждения не снабжены аппаратами для его осуществления (М. В. Мухин, 1959; А. И. Рыбаков, 1966). В 1959 г. М. А. Макиенко и А. М. Барановым был сконструирован аппарат для остеосинтеза переломов мелких костей металлическими спицами — АОЧ-3. При помощи аппарата АОЧ-3 нами разработан и применен чрезкожный и открытый остеосинтез при переломах нижней, верхней челюстей, сочетанных повреждений верхней и нижней и переломов у детей. В стоматологическом отделении первой кафедры госпитальной хирургии и на кафедре стоматологии Куйбышевского медицинского института за 9 лет (1960—1968 гг.) методом остеосинтеза металлическими спицами вылечены переломы челюстей у 400 больных.

В процессе работы мы предпочитали чрезкожный остеосинтез открытому. Чрезкожный остеосинтез проведен в 74,6% переломов, открытый — в 21,8%. Хорошее соединение отломков получено в 94,1% всех операций. В 5,9% наблюдений был проведен реостеосинтез. Повторность остеосинтеза не отразилась на положительных исходах лечения.

Учитывая простоту и эффективность остеосинтеза металлическими спицами в условиях стационара, этот метод был применен в 1967—1968 г. для лечения переломов нижней челюсти

в поликлиниках г. Куйбышева у 105 больных (А. И. Лихачка). Врачи поликлиник легко овладели методикой и охотно применили остеосинтез металлическими спицами аппаратом АОЧ-3 при переломах в пределах тела нижней челюсти у больных без травмы головного мозга. Металлические спицы вводятся в отломки челюстей без рассечения мягких тканей, что является положительной стороной метода для применения его в поликлинических условиях.

Чрезкожный остеосинтез металлическими спицами аппаратом АОЧ-3 в амбулаторных условиях является удобным методом и показан при переломах нижней челюсти — центральных, ментальных, тела и ангулярных без смещения отломков; при переломах с незначительным и легко устранимым смещением, переломах с наличием достаточного количества зубов и беззубых челюстей.

При остеосинтезе металлическими спицами в амбулаторных условиях нетрудоспособность больных уменьшается по сравнению с лечением консервативными методами больше чем в 2 раза. Если при лечении шинами Тигерштедта больные нетрудоспособны в среднем 30 дней, то при применении остеосинтеза металлическими спицами — 12,5.

Простота техники чрезкожного остеосинтеза металлическими спицами, нетравматичность вмешательства, раннее восстановление функции нижней челюсти, сокращение дней нетрудоспособности — все эти положительные стороны метода привлекают внимание многих врачей и побуждают их к применению его для лечения переломов челюстей.

В лечебных учреждениях г. Куйбышева этот метод нашел широкое применение.

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ ГОМОЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ОСТЕОПЛАСТИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Доктор мед. наук Н. А. ПЛОТНИКОВ
(Москва)

Вопросу костной пластики нижней челюсти посвящено много работ в виде отдельных статей, монографий и диссертаций. Однако эта проблема остается еще нерешенной. Большинство как отечественных, так и зарубежных хирургов для замещения дефектов нижней челюсти используют костные аутоотрансплантаты.

Несомненно, аутопластика играет большую роль в восстановительных операциях на нижней челюсти, тем не менее ей

присущ целый ряд недостатков, а именно: ее невозможно применять при лучевой болезни, детском и старческом возрасте, при системных поражениях скелета; невыполнимо взятие аутотрансплантата необходимой формы; затруднено произвести пластику височно-нижнечелюстного сустава; взятие аутотрансплантата сопряжено с большой дополнительной травмой для больного, что отягощает его общее состояние и удлиняет время операции, и, наконец, при аутопластике невозможно получить желаемую функцию и воссоздать правильную форму челюсти.

Вот почему вопрос о поисках нового пластического материала, который в какой-либо степени мог бы восполнить указанные недостатки, остается весьма актуальным.

Более 10 лет в стоматологической клинике МОНИКИ широко применяется разработанный нами новый метод замещения различных дефектов нижней челюсти лиофилизированным гомотрансплантатом, приготовленным из нижней челюсти. При применении этого пластического материала из нижней челюсти появилась возможность не только восстанавливать непрерывность кости, но и производить артопластику височно-нижнечелюстного сустава, при этом в условиях первичной костной пластики достигается анатомическое восстановление соотношения жевательной мускулатуры с челюстью гомотрансплантата. Это обеспечивает хорошую функцию и правильные контуры нижней челюсти, свободное и в полном объеме открывание рта, боковые движения челюсти, достаточную жевательную силу и создаются благоприятные условия для ношения съемного зубного протеза. Кроме того, больной избавляется от дополнительной травмы при получении трансплантата и сокращается срок лечения больного.

Гомопластическое устранение различных дефектов нижней челюсти нами было произведено 240 больным в возрасте от 5 до 76 лет.

При остеопластических операциях были использованы лиофилизированные костные гомотрансплантаты различной костной структуры, в том числе 158 трансплантатов из нижней челюсти.

Изучение отдельных результатов сроком наблюдения до 10 лет показало, что у 221 (92%) больных получены положительные клинические и рентгенологические результаты и только у 19 (8%) больных отдаленные результаты оказались отрицательными.

Настоящая методика внедрена в практику всех стоматологических клиник города Москвы. Кроме того, ее с успехом применяют в разных городах Союза: Киеве, Смоленске, Рязани, Горьком, Улан-Удэ, Архангельске и многих других.

Положительные качества гомопластической костной ткани,

консервированной методом лиофилизации, позволяют ставить вопрос о создании костного банка для консервации тканей и снабжения костнопластическим материалом всех стоматологических клиник, занимающихся остеопластикой нижней челюсти.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАРКОЗА ПРИ ПЛАСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ЛИЦА

*Проф. Е. С. МАЛЕВИЧ, доц. О. Е. МАЛЕВИЧ,
И. В. КАРМАЗИНА, В. И. СЛИВА, А. А. ВОДОТЫКА*
(Днепропетровск)

В детской хирургической стоматологии особенно остро стоит проблема внедрения общего обезболивания в практику операций по поводу врожденных расщелин лица. Больные с этим пороком развития подвергаются довольно обширным, травматическим и, подчас, неоднократным оперативным вмешательствам. Как показали данные исследований А. В. Коваля (1963, 1967), О. Е. Малевича (1967, 1968), З. И. Миканба и Р. А. Башиловой (1967, 1968), наличие врожденной расщелины оказывает влияние не только на функцию внешнего дыхания, но и на обменные и окислительно-восстановительные процессы. У лиц с расщелинами лица повышено потребление кислорода, у них уменьшены легочные объемы, снижен предел и разрыв дыхания. Согласно полученным О. Е. Малевичем данным, имеет место уменьшение активного вдоха и выдоха, компенсаторно увеличивается объем минутного дыхания, что приводит к состоянию гипервентиляции с истощением резервной щелочности и тенденцией к сдвигу рН крови в сторону дыхательного алкалоза. Окислительно-восстановительные процессы в организме таких больных находятся в напряженном состоянии, компенсаторные возможности дыхательной системы минимальные — на таком фоне даже незначительные нарушения газообмена, связанные с затрудненной вентиляцией, могут приводить к серьезным сдвигам в организме как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Исходя из этих предпосылок, вид и метод обезболивания при операциях пластики врожденных расщелин лица во многом определяют как результаты оперативного вмешательства, так и течение послеоперационного периода.

Некоторые из вышеперечисленных обстоятельств привели к публикациям, которые ставят под сомнение необходимость дальнейшего распространения общего обезболивания при пластике врожденных расщелин лица. К этому же течению, на наш взгляд, следует отнести и попытки модернизировать мест-

ную анестезию применением потенцирующих средств (Ю. А. Зорин, 1967; Л. Н. Чернышова, 1967; Ю. И. Бернадский, 1965, 1967, 1969). Такие утверждения не имеют достаточных оснований и их появление связано с неправильной организацией лечебной помощи больным с расщелинами лица. Принимая во внимание рекомендации Пятого Всесоюзного съезда стоматологов (1968), одобдившего тенденцию к централизации такой помощи в специализированных стационарах не менее чем областного масштаба, организационная сторона внедрения наркоза при операциях по поводу расщелин лица вполне разрешима, ибо за редким исключением, все областные больницы теперь имеют анестезиологическую службу. Можно считать, что установочные положения, высказанные И. И. Ермолаевым (1968) в отношении более широкого внедрения наркоза в детскую хирургическую стоматологию, в данном случае должны быть руководством как к практическим действиям, так и к планированию научных исследований в решении отдельных вопросов этой проблемы.

В работах А. Ф. Бизяева (1964), Ю. И. Горового (1964), И. В. Кармазиной (1969), Н. Д. Лесовой (1961), Н. В. Меняйлова (1965), О. Б. Рукавишникова (1967) и многих других основные положения подготовки больных с врожденными расщелинами лица к наркозу, премедикации, техники интубации, поддержания наркоза нашли свое отражение, однако, до настоящего времени остается ряд положений различно трактуемых отдельными авторами. Нет четкой позиции в отношении необходимости использования релаксантов и управляемого дыхания во время наркоза. Предложенные системы соединения наркозного аппарата и интубационной трубки не универсальны, не всегда автономны, что создает дополнительные трудности как для анестезиолога, так и для хирурга. Не получил окончательного разрешения вопрос о возможном применении при уранопластике, проводимой под наркозом, операционных положений, отличных от горизонтального. Опираясь на опыт проведения 250 наркозов во время операций пластики врожденных расщелин лица, мы хотим изложить свою точку зрения на вышеперечисленные проблемы.

В клинике хирургической стоматологии Днепропетровского медицинского института с 1962 по 1969 г. из 241 больного, оперированного под наркозом по поводу расщелин лица, в возрасте 4—9 лет было 135 человек, 10—14 лет — 42 человека, взрослые — 64 человека. В качестве основного наркотического вещества применялся эфир в 132 наблюдениях; закись азота с кислородом в 50, закись азота с эфиром в 30, фторотан в 29. При этом больным производились радикальные операции закрытия расщелин нёба обычными методами, пластика отверстий на нёбе после неудачных первичных опера-

ций, операции валлофарингопластики с использованием лоскута слизистой задней стенки глотки. В эту группу вошли 183 больных в возрасте от 4 до 42 лет, всем им во время операции придавали положение со свешенной с края стола головой (по Розе, 1874). У части этих больных (42 человека) интубация была проведена через рот, у остальных — через нос. Вторую группу в 48 человек составили больные, которых оперировали в возрасте 9 лет и старше по поводу вторичных деформаций верхней губы и носа после первичной хейлопластики. Интубация у них во всех случаях проводилась через рот, на операционном столе всех больных этой группы располагали горизонтально.

Для облегчения надежной фиксации интубационной трубки и узлов наркозного аппарата, нами предложена и широко применяется система приспособлений для проведения наркоза интубационным методом при операциях на лице, в полости рта и на шее («Стоматология», 1966, № 5, стр. 88—89). Выгодное отличие ее от ранее предложенных конструкций (Н. М. Александров, 1957; Ю. Н. Горовой, 1963; П. Я. Мачхелянц и Я. М. Шевах, 1963; Л. Т. Легейда, 1967) состоит в том, что в стандартное оснащение к наркозным аппаратам вносятся минимальные изменения, они обеспечивают возможность быстрого перехода с масочной подачи газовой смеси на трубчатую и наоборот. Вся система автономно и надежно закрепляется на голове больного, обеспечивая свободу ее движений во время операции и возможность перемещения больного на столе без дополнительного изменения всех приспособлений. Используя одни и те же детали, возможно проводить интубацию как через рот, так и через нос.

При пластических операциях по поводу врожденных расщелин нёба, строго горизонтальное положение больного создает большие трудности при выполнении этапов операции, поэтому применение одной из операционных позиций, облегчающих доступ к голове и шее больного совершенно необходимо. После появления монографии А. П. Зильбера (1961) многие хирурги и анестезиологи с большим предубеждением стали относиться к использованию во время операции уранопластики, проводимой под наркозом, операционных положений, отличных от горизонтального. В то же время такие авторы, как W. Norris, R. Sanders (1955), K. Bzoch (1960), У. Kestelyn (1963) и многие другие рекомендуют проводить подобные операции исключительно со свешенной с края стола головой больного. Учитывая настороженное отношение анестезиологов к положению по Розе и недостаточную изученность постральных реакций при нем, нами проведено обследование 46 детей, имеющих врожденные расщелины нёба. Изучено влияние положения со свешенной с края операционного стола

влияние положения со свешенной с края операционного стола головой на функции сердечно-сосудистой системы, внешнего дыхания и мозгового кровотока в бодрствующем состоянии. При этом оказалось, что 10—15-минутное пребывание в положении по Розе приводило к сдвигам, в основном, со стороны органов дыхания. У испытуемых имело место уменьшение легочных объемов, хотя компенсаторно учащалось дыхание, объем дыхания не достигал исходного уровня, имело место падение насыщения крови кислородом в пределах 2—4%. При электрокардиографическом исследовании, измерении артериального давления и пульса выраженных сдвигов перемена положения не вызывала. Существенных сдвигов также не было получено при реэнцефалографическом исследовании мозгового кровотока. Эти данные привели нас к убеждению в том, что у таких больных во время операции и наркоза основное внимание должно уделяться поддержанию адекватной вентиляции, а опасения застойных явлений в головном мозге недостаточно обоснованы.

Во время наркоза контроль пульса и артериального давления через каждые 5—10 минут, венозного давления через 15—20 минут, проведение непрерывной оксигеметрии, контроль CO_2 в выдыхаемой газовой смеси после интубации и затем через каждые 5—10 минут на протяжении всего наркоза, с нашей точки зрения, позволяют получить достаточную информацию о состоянии больного и в случае необходимости предпринять соответствующие меры по компенсации наступивших сдвигов. В этом же плане большую практическую ценность представляет возможность определения резервной щелочности и рН крови, так как это позволяет в случае необходимости провести тонкую коррекцию имеющихся изменений вливанием соответствующих растворов.

Гемодинамические сдвиги во время операции и наркоза у больных, оперированных в положении по Розе и при операциях в строго горизонтальном положении, были примерно однотипными. Проведенные замеры скорости кровотока в системе наружной сонной артерии и запись реэнцефалограмм в лобно-затылочном отведении, контроль кровотока в системе внутренней сонной артерии и мозговых артерий, показали, что незначительное замедление кровотока имело место у больных в горизонтальном положении, в положении же по Розе наблюдалась тенденция к ускорению кровотока. Благополучие в мозговом кровообращении подтверждается также и отсутствием каких-либо расстройств или осложнений, проявляемых клинически как во время операции, так и в послеоперационном периоде, хотя длительность пребывания больных под наркозом в таком положении иногда была свыше двух часов.

Немаловажную роль в сохранении стабильных гемодинамических данных во время наркоза и операции играет своевременное и адекватное восполнение кровопотери. Средние цифры кровопотери, по нашим наблюдениям, составляли при пластике нёба в возрасте до 9 лет в среднем 255—335 мл, у больных 10—14 лет — 292—425 мл, у взрослых — 325—585 мл. Во время корригирующих операций на губе и носе — 217—487 мл. Однако в отдельных случаях имела место кровопотеря и до 1050 мл.

Как показали результаты биохимических исследований крови у больных с врожденными расщелинами лица при уранопластике, проводимой под наркозом, для обеспечения достаточного уровня вентиляции необходимо прибегать к выключению собственного дыхания и проведению управляемого дыхания с периодической вентиляцией автоматами, работающими «по объему». При таком положении сдвиги в показателях, характеризующих окислительно-восстановительные процессы у этой категории больных, были примерно в тех же пределах, что и у оперируемых по поводу вторичных деформаций в условиях строгого горизонтального положения на столе и интубированных через рот.

По нашим наблюдениям, наибольший уровень сдвигов в кислотно-щелочном равновесии, углеводном обмене имел место к концу операции, однако сдвиги эти невелики и не выходили за пределы самостоятельно компенсируемых организмом больного. Развиваются они по типу легкого метаболического ацидоза, причем выражены в большей степени у детей младшего возраста. Их нельзя связать в какой-то степени с положением больного на оперированном столе, они больше зависят от вида операции или наркоза и возраста больного.

В первые сутки после операции у всех больных гемодинамические показатели приближались к дооперационным, однако во всех параметрах внешнего дыхания имелись заметные отклонения. У большинства больных снижались МОД, ЖЕЛ, увеличивалось поглощение кислорода в 1 минуту с параллельным увеличением коэффициента его использования. Таким образом, в силу специфических моментов (отек послеоперационной области, надевание защитной пластинки при уранопластике, отек и образование кровяных сгустков в носовых ходах при корригирующих операциях на носу и верхней губе) у всех больных в первые сутки наблюдались признаки гиповентиляции. К третьему дню после операции внешнее дыхание, газообмен, состояние углеводного и межклеточного обмена у большинства больных были близкими к дооперационным. В это же время гемодинамические показатели достигали исходного уровня. Следовательно, в течение первых трех

суток после операции организмы больных с врожденными расщелинами лица самостоятельно справляются с последствиями операционной травмы и наркоза.

Общее обезболивание, проводимое по эндотрахеальному способу, должно быть, по нашему мнению, методом выбора при операциях по поводу врожденных расщелин лица. Дальнейшие исследования следует направлять на внедрение наркоза при операциях в грудном возрасте, ибо это дает возможность получить не только полноценное обезболивание, но и управление физиологическими функциями организма ребенка, что особенно важно, когда имеется возможность развития осложнений со стороны дыхания.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗУБНЫХ ДУГ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ НЕСКВОЗНЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ НЁБА ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ

*Канд. мед. наук В. М. МЕССИНА, канд. мед. наук В. П. ОКУШКО,
Г. Б. ОСПАНОВА
(Москва)*

Одним из ведущих факторов в развитии деформации челюстей при врожденных расщелинах нёба считается уранопластика.

Для выяснения и уточнения деформирующей роли уранопластики нами проведен дисперсионный анализ измерений моделей челюстей детей в возрасте до 6 лет через 1—4 года после операции. Отдельно рассмотрены модели челюстей детей с расщелинами мягкого нёба, мягкого и частично твердого нёба и мягкого и твердого нёба.

Полученные данные представлены в таблицах.

Изучено 39 пар моделей челюстей 20 детей с расщелинами мягкого нёба. Правильное соотношение зубных рядов отмечено у 18 детей, у 2 — прямой прикус, который мы считаем начальной стадией фронтальной прогении.

При сравнении с дооперационными данными ухудшение не отмечено. Выявилось увеличение расстояния между клыками верхней челюсти на 9 мм, хотя оно и не достигло нормы. По другим трансверзальным размерам отмечено сужение верхней челюсти в области моляров, особенно вторых, на 2,96 мм в сравнении с нормой и на 1,76 мм в сравнении с дооперационными показателями.

Сагиттальные размеры верхней челюсти не отличались от нормы и от данных до уранопластики.

Таблица 1

Данные сравнения размеров челюстей при расщелинах мягкого неба до и после уранопластики при степени вероятности 95%

Расстоя- ние между зубами	Норма		До уранопла- стики		После ура- нопластики		Сравнение резуль- татов измерений до уранопластики с нормой				Сравнение результатов измерений после ура- нопластики с нормой				Сравнение резуль- татов измерений после уранопластики с дооперационными			
	$\bar{x}$	m	$\bar{x}$	m	$\bar{x}$	m	$\Delta\bar{x}$	me	f	t	$\Delta\bar{x}$	me	f	t	$\Delta\bar{x}$	me	f	t
III + III	32,6	0,334	31,1	0,383	32,0	0,372	-1,50	0,485	74	3,10	-0,60	0,472	76	1,97	0,90	0,534	46	1,68
IV + IV	35,2	0,322	33,85	0,424	33,5	0,490	-1,30	0,540	75	2,41	+1,70	0,594	76	2,87	-0,35	0,648	47	0,54
V + V	41,0	0,132	39,80	0,460	38,04	0,825	-1,20	0,562	74	2,14	-2,96	0,830	76	3,57	-1,76	0,945	46	1,86
I + V	26,5	0,235	26,2	0,371	26,5	0,312	-0,30	0,440	72	0,68	0	0,391	76	0	0,30	0,485	44	0,62
III + III	27,8	0,232	26,6	0,325	27,2	0,370	-1,20	0,400	74	3,00	-0,60	0,437	76	1,37	0,60	0,494	46	1,21
IV + IV	29,9	0,265	29,3	0,336	29,2	0,398	-0,60	0,428	76	1,40	-0,70	0,478	75	1,46	-0,10	0,524	47	0,19
V + V	42,1	0,252	40,2	0,363	40,1	0,435	-1,90	0,442	71	4,31	-2,00	0,502	72	4,00	-0,10	0,568	43	0,18
I + V	23,7	0,188	23,3	0,377	23,7	0,340	-0,40	0,421	74	0,95	0	0,389	76	0	0,40	0,508	46	0,79

Таблица 2

Данные сравнения размеров челюстей при расщелине мягкого и частично твердого нёба до и после уранопластики

Расстояние между зубами	Норма		До уранопластики		После уранопластики		Сравнение результатов измерений до уранопластики с нормой				Сравнение результатов измерений после уранопластики с нормой				Сравнение результатов измерений после уранопластики с дооперационными			
	$\bar{x}$	m	$\bar{x}$	m	$\bar{x}$	m	$\Delta\bar{x}$	mε	f	t	$\Delta\bar{x}$	mε	f	t	$\Delta\bar{x}$	mε	f	t
III + III	32,6	0,334	30,8	0,552	31,3	0,361	-1,80	0,624	70	2,89	-1,30	0,462	74	2,82	0,50	0,660	40	0,76
IV + IV	35,2	0,322	33,2	0,567	33,8	0,404	-2,00	0,659	70	3,04	-1,40	0,525	70	2,67	0,60	0,697	36	0,85
V + V	41,0	0,132	39,2	0,584	38,8	0,456	-1,80	0,666	69	2,70	-2,20	0,559	74	3,94	-0,40	0,740	39	0,54
от I до V	26,5	0,235	25,1	0,610	24,4	0,504	-1,40	0,653	67	2,15	-2,10	0,855	74	3,78	-0,70	0,790	37	0,89
III + III	27,8	0,232	26,3	0,393	25,7	0,332	-1,50	0,457	71	3,29	-2,10	0,405	72	5,19	-0,606	0,514	39	1,17
IV + IV	29,9	0,265	28,8	0,482	27,8	0,400	-1,10	0,550	71	2,00	-2,10	0,480	71	4,38	-1,00	0,625	38	1,60
V + V	42,1	0,252	39,6	0,441	39,7	0,335	-2,50	0,509	66	4,92	-2,40	0,419	73	5,73	0,10	0,554	35	0,18
от I до V	23,7	1,188	22,7	0,386	22,3	0,402	-1,00	0,430	69	2,33	-1,40	0,444	74	3,16	-0,40	0,556	39	0,72

Таблица 3

Сводные данные сравнения расщелин твердого и мягкого неба до и после уранопластики

Расстояние между зубами	Норма		До уранопластики		После уранопластики		Сравнение результатов измерений до уранопластики с нормой				Сравнение результатов измерений после уранопластики с нормой				Сравнение результатов измерений после уранопластики с дооперационными			
	$\bar{x}$	m	$\bar{x}$	m	$\bar{x}$	m	$\Delta\bar{x}$	me	f	t	$\Delta\bar{x}$	me	f	t	$\Delta\bar{x}$	me	f	t
III + III	32,6	0,334	31,0	0,529	31,1	0,294	-1,60	0,605	69	2,65	-1,50	0,414	84	3,63	0,10	0,605	49	0,17
IV + IV	35,2	0,322	33,4	0,593	32,9	0,230	-1,80	0,680	69	2,65	-2,30	0,406	84	5,67	-0,50	0,635	49	0,79
V + V	41,0	0,132	39,7	0,860	38,9	0,309	-1,30	0,920	67	1,41	-2,10	0,447	83	4,70	-0,80	0,915	46	0,87
от I до V	26,5	0,235	24,3	0,698	24,3	0,314	-2,20	0,739	69	2,98	-2,20	0,392	84	5,62	0	0,767	49	0
III + III	27,8	0,232	26,55	0,356	26,40	0,328	-1,25	0,425	67	2,94	-1,40	0,403	83	3,98	-1,15	0,485	46	0,31
IV + IV	29,9	0,265	29,20	0,513	28,20	0,299	-0,70	0,587	65	1,19	-1,70	0,400	82	4,25	-1,00	0,594	43	1,68
V + V	42,1	0,252	39,75	0,675	39,90	0,336	-2,35	0,720	60	3,26	-2,20	0,420	79	5,24	0,15	0,752	37	0,20
от I до V	23,7	1,188	22,55	0,344	22,56	0,256	-1,15	0,392	65	2,93	-1,14	0,318	82	3,59	0	0,427	43	0

Анализ измерений моделей нижней челюсти не выявил нарастания ее деформаций, имевшееся сужение в области вторых моляров оставалось в пределах дооперационного.

С расщелинами мягкого и частично твердого нёба изучено 36 пар моделей челюстей 21 ребенка. Не отмечено нарастания количества аномалий у этих детей в сравнении с дооперационным состоянием.

До уранопластики было выявлено отставание обеих челюстей в росте по всем сагиттальным и трансверзальным размерам в сравнении с нормой. После операции на нёбе все изучаемые размеры челюстей также остаются уменьшенными, но достоверной разницы между этими данными, с дооперационными не получено.

С расщелинами твердого и мягкого нёба изучено 43 пары моделей челюстей у 24 детей. Также не отмечено нарастания аномалийного расположения отдельных зубов и соотношений зубных рядов при сравнении с дооперационными. Выявлено даже некоторое улучшение, что связано с ростом и проводимым ортодонтическим лечением. Однако отмечается тенденция к сужению в области первых и вторых верхних молочных моляров, хотя оно в сравнении с дооперационными измерениями недостоверно.

При изучении трансверзальных размеров нижней челюсти также выявлена тенденция к уменьшению расстояния между клыками, первыми и вторыми молочными молярами.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что проводить уранопластику в раннем детском возрасте даже при несквозных расщелинах нёба и при правильном соотношении зубных рядов возможно только при условии ортодонтического наблюдения и лечения, следующего непосредственно за уранопластикой.

ИТОГИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Канд. мед. наук Э. В. КИМЕЛЕ
(Рига)*

Значение клинической цитологии доказано работами М. Г. Абрамова, Н. Н. Шиллер-Волковой, В. М. Брамберг и других.

В Латвийской республике имеются десять цитологических лабораторий, одна из них центральная при Республиканском

онкологическом диспансере, в которой систематически проводятся декады по отдельным вопросам цитологии и работает консультативный совет.

В клинике хирургической стоматологии Рижского медицинского института цитологическое исследование применено с 1963 г. у 560 больных. Исследованию подлежали те больные, у которых клинически трудно было дифференцировать воспаление от новообразований, банальную инфекцию от специфической, доброкачественные опухоли от злокачественных.

Работа произведена в тесном контакте с гистологами, и основными критериями правильности цитологического диагноза являлись результаты гистологических исследований тех же тканей.

Исследовали панхроматически (по Романовскому-Гимзе, Лейшану) окрашенный материал, полученный при пункции, отпечатки язв и операционного материала.

Эти наблюдения условно можно разделить на три группы.

I. Исследования, направленные на уточнение характера воспалительного процесса, произведены у 340 больных. По наличию и определенному соотношению элементов вазогенного и ретикулярно-эндотелиального происхождения можно было судить о реактивной способности организма, а в связи с этим и о клиническом прогнозе заболевания. У 5 из этих больных обнаружено специфическое воспаление — туберкулез.

II. Опухоли цитологически исследованы у 199 больных. Доброкачественные опухоли были диагностированы в 162 случаях, злокачественные — в 37.

Достаточно характерную цитологическую картину имеют остеобластокластомы, холестеатомы, дермоидные кисты, смешанные опухоли и другие.

Цитологическая картина пунктатов ряда доброкачественных опухолей (адамантином, миксом) только ориентировочно указывает на природу опухолей. Исследование отпечатков операционного материала дает более ясную картину, что позволяет определить микроскопическую структуру даже сложно построенных опухолей, как, например, цистаденолимфомы.

При злокачественных опухолях эпителиального происхождения в большинстве случаев представляется возможность распознавать гистологическую структуру опухоли.

III. Предраковое состояние — веррукозная и эрозивная лейкоплакия цитологически изучена у 21 больного. В цитологических препаратах всегда определялись в пластах или отдельно расположенные характерные ороговевшие и неороговевшие клетки поверхностного слоя многослойного плоского эпителия. Ни в одном случае изменений, характерных для злокачественных новообразований не наблюдали.

Цитологический диагноз дал нам правильную ориентацию

в 80% случаев. В отрицательные 20% входят также и те случаи, когда материал был непригоден для исследования.

В связи с относительно несложной техникой получения и подготовки материала для цитологического исследования метод получения материала мы начали внедрять в работу стоматологов республики.

По этому вопросу сделаны доклады на заседании общества стоматологов Латвийской ССР, прочитаны лекции для врачей-стоматологов факультета усовершенствования врачей и в районных центрах.

ЭЛАСТИЧНЫЕ ПОЛИМЕРЫ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА

*Доктор мед. наук Е. В. ГРУЗДКОВА
(Москва)*

В настоящем сообщении обобщен результат внедрения эластичных полимеров в восстановительной хирургии лица в Центральном институте травматологии и ортопедии и Центральном научно-исследовательском институте стоматологии Минздрава СССР.

Применение полимеров в клинике начато в январе 1952 года. Из многих экспериментально изученных нами полимеров были проанализированы результаты использования тех из них, которые имели решающее значение для развития и возрождения метода аллопластики. С 1952 по 1969 гг. произведено всего 462 операции с применением имплантатов из разных полимеров.

В отдельных наблюдениях использованы имплантаты из полиэтилена, из ПОВ-70 — композиции полиэтилена и полиизобутилена.

Наибольшее количество операций (391 из 462) с отдаленными сроками наблюдения (до 17,5 лет) выполнено с применением имплантатов из пластифицированного поливинилхлорида специальной марки (игелит) — препарата ЭГМАСС-12.

Положительные исходы получены у 406 больных, что составляет 94% к количеству оперированных больных, а к числу проведенных операций — 94,5%.

Имплантаты из ЭГМАСС-12 гибки и эластичны, хорошо моделируются и припасовываются. Однако после пребывания в тканях они в значительной мере утрачивают эластичность,

становятся более плотными. Поэтому для замещения дефектов мягких тканей необходимы полимеры со стабильной эластичностью.

Для этих целей проводилось изыскание и изучение других полимеров.

Большое экспериментальное исследование было проведено для изучения сополимера винилхлорида и бутилакрилата — СХБ-20, который оказался биологически индифферентным, но не решил проблемы получения материала со стабильной эластичностью. С применением имплантатов из СХБ-20 выполнено всего 5 операций.

Определенные успехи достигнуты введением в хирургическую практику силиконового каучука, который мы начали применять с ноября 1965 г.

Силиконовые эластомеры представляют собой кремнийорганические полимеры с длинной линейной цепью, обладают высокой стойкостью к старению, химически инертны.

Нами установлено, что имплантаты, изготовленные на основе силиконового каучука марки СКТВ-1 методами радиационной и химической вулканизации, биологически инертны, не токсичны, не вызывают аллергических реакций, сохраняют эластичность, приданную форму и размеры.

Эти клинические наблюдения относятся к 62 больным с дефектами и деформациями лица разной локализации, которым проведено 72 операции с применением 73 имплантатов из силикона химической и радиационной вулканизации и 7 имплантатов из ЭГМАСС-72.

По характеру деформаций больные распределены на 5 групп. Самую большую группу составляли 26 человек с микрогенией. Больные с деформациями носа и дефектами орбиты и скуловой кости составляют соответственно 14 из 13 человек, 6 человек имели изъяны мягких тканей лица, у трех больных устранены дефекты лобно-носоорбитальной области.

Методика пластических операций с применением имплантатов из силиконового каучука при устранении дефектов лицевого скелета мало отличалась от разработанной нами ранее.

При сочетанных обширных дефектах лица необходимость в членении имплантатов возникала крайне редко. Только в двух наблюдениях при замещении почти тотального дефекта глазницы и скуловой кости произведено формирование ложа из двух разрезов и расчленение имплантатов с соединением его частей «русским замком».

Вместе с тем выявились и некоторые другие различия в свойствах силикона и ЭГМАСС-12. Имплантаты из силикона труднее обрабатываются, чем из ЭГМАСС-12. При высверливании отверстий бор «вязнет» в силиконе, мелкие отверстия резко уменьшаются в диаметре. Из-за упругости силикон труд-

нее моделируется и припасовывается к деформированному отделу лицевого скелета. Указанные некоторые технические трудности не являются препятствием к его применению.

Стабильная эластичность и гибкость силикона, особенно в тонких слоях, позволила применить его в 6 наблюдениях для замещения атрофированной подкожножировой клетчатки при синдроме Барракера—Симонса, гемиатрофии лица и для устранения остаточных дефектов после кожной пластики.

Имплантация силиконовых тонких, гибких и эластичных пластинок в толщу обеих щек не препятствовала приему пищи, жеванию и хорошо корригировала грубый дефект мягких тканей лица. Нарушения функции мимической мускулатуры не наблюдалось. Отдаленные результаты прослежены до 2,5 лет. Больные вполне удовлетворены результатами проведенных вмешательств.

К особенностям развития метода аллопластики на данном этапе следует отнести возможность использования для выполнения одной операции полимеров с неодинаковыми свойствами или разных полимеров у одного и того же больного для устранения деформаций различных зон лица.

Так, например, у трех больных с деформациями носа имплантатом из силикона восстановлен рельеф спинки, а столбиком из ЭГМАСС-12, введенным в кожную перегородку, создана опора, перемещенному в правильное положение кончику носа.

У четырех больных с односторонней микрогенией было проведено по две операции. Имплантатом из силикона, введенным поднадкостнично, корригирована форма подбородка и тела нижней челюсти; вторым имплантатом из ЭГМАСС-12 был восстановлен контур угла нижней челюсти.

В трех наблюдениях при резкой скошенности кзади недоразвитого подбородка или когда имплантат охватывал край тела нижней челюсти в виде желоба для надежной фиксации применен циакриновый клей.

При проведении операций с применением имплантатов из силиконового каучука положительные результаты получены у 59 из 62 больных, что составляет 95,2%.

Имплантаты удалены в трех случаях у двух больных с микрогенией и у больного с синдромом Берри—Коллинса — из правой подглазничной области; вживление двух других имплантатов у этого же больного, подсаженных в левую подглазничную область и для коррекции микрогении, протекало без осложнений.

В связи с получением силикона, обладающего стабильными свойствами, выявилась реальная возможность производства стандартного комплекса имплантатов для пользования ими в стоматологических отделениях страны.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМЕРОВ СО СПЕЦИАЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ В ХИРУРГИИ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

*Проф. В. А. ДУНАЕВСКИЙ, канд. мед. наук Ю. А. ШЕЛОМЕНЦЕВ,
канд. мед. наук А. П. ТУМПЕНЕ
(Ленинград)*

Отечественными учеными, в частности группой химиков-технологов во главе с профессором Л. А. Вольфом, начиная с 1959 г., в Ленинградском текстильном институте им. С. М. Кирова осуществлено и продолжает совершенствоваться получение полимеров, в том числе волокон со специальными моно- или полипрофильными свойствами.

Исследованиями Ф. В. Хетагуровой (1961), И. А. Ермиловой (1965) и работами нашей клиники доказано, что полимеры, в том числе полиамидная нить, могут разрушаться за счет воздействия раневой микрофлоры. Поэтому разработка технологии получения антибактериальных волокон служит практическим клиническим интересам.

Наиболее изученную в клинике и эксперименте номенклатуру изделий из волокон с направленным действием представляют конструкции, изготовленные из волокна типа «летилан», который обладает антимикробным действием. Принцип, заложенный в основу получения волокон специального назначения, на примере летилана позволяет рассчитывать на длительный эффект, который определяется характером введенного в макромолекулу полимера лекарственного вещества. Это возможно благодаря тому, что полимер и лекарственное начало связаны химически. Такая взаимосвязь приводит к постепенной, дозированной миграции препарата в биологическую среду. Например, один из препаратов нитрофуранового ряда, введенный в макромолекулу поливинилспирта, позволяет добиться не только выраженной защиты полимерной конструкции, но и антибактериального эффекта в целом, особенно при одновременном введении в макроорганизм антибиотиков. Это соответствует современному представлению о комбинированном подавлении раневой инфекции.

С 1966 г. нами проводятся систематические клинико-экспериментальные исследования по изучению возможности применения в клинике различных изделий из летилана: летилан-лавсановый шовный материал, тампоны, дренажи, летилановая ткань и т. д. Проведенные к настоящему времени исследования выявили целесообразность внедрения названных изделий в практику повреждений мягких тканей лица и костей лицевого скелета, острой одонтогенной инфекции на различных клинических стадиях. Большой практический интерес представляет разработанная нами методика хирургического

вмешательства при некоторых формах пародонтоза. Применение летилановой ваты при оперативном лечении пародонтоза позволило не только снизить выраженность воспалительной реакции, но и рассматривать полимерный материал как раздражитель, способствующий некоторому повышению активности процессов остеогенеза в зоне произведенного хирургического вмешательства.

Закрепление отломков нижней челюсти с помощью шва из летилан-лавсановой нити позволяет рассчитывать не только на антибактериальный эффект, но и на более быстрое формирование костной мозоли благодаря выпадению на поверхности лигатуры шва фибриновых сгустков, которые, по данным О. К. Хмельницкого, Г. В. Головина, Вассмунда, Лексера, Матти и др. авторов, являются хорошим пластическим материалом.

При лечении окологлазничных флегмон применение летиланового дренажа позволяет добиваться не только дренирования раны, но и уменьшения зоны некроза тканей за счет лечебного воздействия со стороны антимикробного действия материала.

Будучи плетеными, все конструкции из летилан-лавсанового волокна при условии длительного нахождения в организме прорастают соединительной тканью, что частично способствует уменьшению массы инородного тела, а, следовательно, и осложнений, связанных с применением инородного тела в организме.

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В ПРАКТИКУ

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ БИОМОРФОЛОГИИ ПАРОДОНТА В ПРОТЕЗНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Проф. Д. А. КАЛВЕЛИС, докт. мед. наук Г. Ю. ПАКАЛНС
(Рига)

Зубные протезы имеют большое лечебное значение, но в то же время они являются инородным телом, вызывающим определенное раздражение тканей полости рта. В зависимости от конструкции и материала протеза, а также реактивности организма могут возникать более или менее выраженные патологические изменения тканей полости рта. Особо чувствительными к воздействию зубных протезов являются ткани пародонта, в частности маргинального.

Изменения маргинального пародонта могут возникать под действием непосредственной травмы деталями протезов, а также из-за измененных условий нагрузки зубов, особенно при образовании сильно выраженных горизонтальных компонентов нагрузки, и в связи с неблагоприятно измененными условиями гигиены полости рта. Поэтому в отдельных случаях у людей, пользующихся протезами, появляются пародонтопатии, неблагоприятно влияющие на функциональную способность жевательного органа, а в связи с образованием хронических воспалительных очагов и на общее состояние организма.

Характер тканевых изменений и их выраженность в зависимости от конструкции зубных протезов клиническими методами установить затруднительно.

Для определения тканевых изменений при пользовании зубными протезами различных конструкций сотрудниками кафедры ортопедической стоматологии Рижского мединститута наряду с клиническими наблюдениями проведены гистологические исследования на секционном материале и в эксперименте на животных.

Конструкции зубных протезов должны определяться с учетом морфологии зубов и пародонта. По отдельным вопросам морфологии маргинального пародонта имеются разногласия, которые приводят к противоречивым рекомендациям для стоматологической практики.

Морфология десневого кармана. Основным спорным вопросом морфологии маргинального пародонта является соотношение эпителия десны с твердыми тканями зубов. Этот вопрос связывается с понятием о строении десневого кармана, на чем основаны рекомендации для практической стоматологии о правильных соотношениях зубных протезов с окружающими зуб живыми тканями.

Существуют два противоречивых взгляда по этому вопросу. С давних времен (V. Ebner, 1891; G. V. Black, 1915) принято считать, что эпителий десны не сращен с эмалью зуба, эпителиальные клетки присоединяются к цементу у границы эмали, между эмалью и десной имеется щель, которая называется десневым карманом. В настоящее время такой взгляд поддерживается отдельными авторами (J. Waerhaug, 1952, 1955, 1956; J. Wallraff, 1958). При возможном наличии десневого кармана допускается вводить в него зубоврачебные инструменты и детали зубных протезов.

В 1921 году В. Gottlieb высказал противоположное мнение о наличии органической связи эпителия десны с эмалью зуба.

При гистологическом изучении маргинального пародонта в эксперименте на собаках и у 148 индивидов секционного материала полностью подтверждается концепция о наличии связи эпителия десны с эмалью зубов (Д. А. Калвелис, 1959, 1961; Г. Ю. Пакалнс, 1960, 1961). В нормальных условиях десневой карман может отсутствовать или быть незначительной глубины. Противоположное мнение основано на недооценке артефактов, возникающих при изготовлении гистологических препаратов. Артефакты, возникающие вследствие декальцинации препаратов, выявлены нами при обработке последних по методике Беркета. Выяснилось, что сморщивание тканей десны, уменьшение ее размеров на 10% вызывает

отделение десны от зубов и возникновение разрывов тканей (Г. Ю. Пакалнс, 1963).

При наличии связи эпителия десны с эмалью зубов и незначительной глубине десневого кармана введение деталей зубных протезов под десну недопустимо. Это подтвердилось при изучении изменений маргинального пародонта под воздействием зубных протезов.

Изменение пародонта под воздействием несъемных зубных протезов.

При изучении секционного материала (34 индивида с 36 отдельными коронками и 22 мостовидными протезами) выяснилось, что погружение под десну толстого незаостренного края искусственной коронки на глубину, превышающую 0,5 мм, не прилегание края коронки к твердым тканям зубов и применение налегающих на окружающие ткани промежуточных частей мостовидных протезов вызывает воспаление десны и резорбцию альвеолярной кости (Д. А. Калвелис, 1959, 1960, 1961; Г. Ю. Пакалнс, 1961). Следует допустить, что появление очага хронического воспаления может повлиять на общее состояние здоровья протезоносителя. Регенерация пародонта после снятия травмирующих коронок является неполной (Г. Ю. Пакалнс, 1966). При погружении края коронок под десну необходимо сильное стачивание зубов, что может неблагоприятно повлиять на состояние пульпы (З. П. Калныня, 1953; З. П. Ши-рака, 1955; Д. А. Калвелис, 1960).

Следовательно, правильно изготовленные искусственные коронки должны плотно прилегать заостренным краем к твердым тканям зубов на уровне клинической шейки зуба или погружаться под десну на незначительную глубину, не превышающую 0,5 мм.

Морфология пародонта при лечении дефектов зубных рядов съемными зубными протезами. Съемные зубные протезы имеют очень широкое распространение, но наряду с лечебным действием они вызывают характерные патологические изменения маргинального пародонта.

При гистологическом изучении изменений маргинального пародонта под воздействием съемных зубных протезов (11 индивидов секционного материала) обнаружались выраженные изменения его под воздействием края базиса протеза. Базис протеза, прилегающий к естественным зубам и входящий в десневую бороздку, вызывает отслаивание десны от зубов. Не прилегающий к зубам базис вызывает гипертрофию десневого края с явлениями воспаления (Г. Ю. Пакалнс, 1968).

На этом основании можно сделать вывод о целесообразности применения протезов со скелетированным базисом, имеющим вырез в области естественных зубов и дуговых протезов. При

необходимости включения в базис протеза естественных зубов край базиса должен к ним прилегать, но не входить в десневую бороздку.

Серьезная проблема повреждений маргинального пародонта под воздействием съемных протезов возникает в связи с изменением функциональных условий естественных зубов. Горизонтальная перегрузка может возникнуть в связи с неправильной конструкцией протезов (Х. А. Андерсон, 1963), но чаще всего наблюдается в результате их оседания, при атрофии тканей протезного ложа.

Поэтому необходимо следить за изменениями тканей полости рта под воздействием протеза и своевременно его исправлять и возобновлять. Следует также ставить вопрос о широком внедрении диспансеризации людей, пользующихся зубными протезами, с целью раннего выявления и устранения возможного неблагоприятного влияния протеза на ткани полости рта.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О ВНЕДРЕНИИ В ПРАКТИКУ ИССЛЕДОВАНИЙ КАФЕДРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ I ЛМИ им. акад. ПАВЛОВА

Доц. Л. М. ПЕРЗАШКЕВИЧ
(Ленинград)

Сотрудники кафедры ортопедической стоматологии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова уделяют большое внимание вопросам функциональной подготовки жевательного аппарата перед рациональным протезированием.

В стоматологических клиниках Ленинграда и других городов получил широкое распространение метод предварительной перестройки рефлексов жевательной мускулатуры при некоторых патологических состояниях прикуса. Предварительное ортопедическое лечение проводилось при глубоком прикусе, выраженном феномене Годона, патологической стираемости естественных зубов (Е. Д. Волова, 1966; А. М. Ермашкевич, 1968; А. Т. Зелменский, 1968 и др.). Сущность предварительного лечения состоит в изменении положения нижней челюсти при помощи разобщающих прикус пластинок на определенный промежуток времени. Сроки ортопедического лечения зависят от многих факторов: степени разобщения прикуса лечебным аппаратом, области разобщения (передние или боковые

звенья), характера патологии и индивидуальной реакции жевательной мускулатуры. В среднем лечение длится от 12 дней до 2 месяцев. Значительный диапазон времени, затрачиваемого на предварительное лечение, во многом зависит от величины первоначального разобщения прикуса. Если разобщение прикуса проведено в пределах относительного покоя нижней челюсти, перестройка рефлексов на растяжение мускулатуры будет проходить медленно в течение длительного промежутка времени.

Сроки предварительного лечения легко контролируются показателями тонуса и состоянием биоэлектрической активности собственно жевательной мускулатуры. Нормализация тонуса, а также величины и частоты биопотенциалов указывают на окончание ортопедического лечения. При отсутствии лабораторных показателей в клинике пользуются относительными признаками дезориентации прикуса и субъективными ощущениями больных. Сроки лечения в таких случаях с целью «перестраховки» удлиняются на 1—2 недели.

Проблема восстановления функций жевания после потери всех естественных зубов остается еще нерешенной и актуальной в настоящее время.

Функция жевания, внешний вид больных, пользующихся полными съемными протезами, зависят от целого комплекса клинико-лабораторных этапов изготовления зубных протезов. Однако стадии установления высоты прикуса, постановки искусственных зубов являются наиболее ответственными. За последние годы на кафедре разработана методика восстановления нормальной высоты прикуса у больных, длительно пользующихся полными съемными протезами с пониженным прикусом (З. П. Латий, 1967). Путем перестройки рефлексов жевательной мускулатуры представляется возможным воссоздать высоту прикуса, отвечающую эстетическим данным лица больного и удовлетворительную эффективность жевательной функции при помощи полных зубных протезов.

Перемещение боковых искусственных зубов на базисе протеза нижней челюсти по отношению к продольной оси альвеолярного гребня оказывает существенное влияние на устойчивость полных съемных протезов и характер функции жевания. В зависимости от сочетания типов атрофии альвеолярных отростков на верхней и нижней челюсти возможно располагать боковые зубы в медиальном положении и получать при этом более высокую устойчивость полных съемных протезов и улучшать жевательную эффективность (Э. А. Карелина).

Изучение тонуса жевательной мускулатуры при различных состояниях зубо-челюстной системы и в определенные периоды ортопедического лечения дает возможность выявить функцио-

нальные характеристики, имеющие важное значение для клиники стоматологии. Так, на основании изучения тонуса жевательной мускулатуры можно объективно установить оптимальные сроки вмешательств при местном обезболивании.

Показание тонуса в ряде случаев является критерием и способом контроля состояния нервно-мышечной регуляции в период ортодонтического лечения аномалий прикуса при помощи функциональной или механически действующей аппаратуры.

В нашей клинике разработана методика лечения некоторых форм открытого прикуса при помощи функционально действующих аппаратов. Эта методика нашла применение потому, что не требует сложных механических аппаратов, частых посещений врача и снижает количество рецидивов (Г. П. Деткова, 1968).

На кафедре изучаются механизмы адаптации к различным видам ортопедических аппаратов. После предварительного ортопедического лечения процессы привыкания к протезам проходят в более короткие сроки, гладко, без осложнений. Съёмные протезы не воспринимаются больными, впервые протезированными, как инородное тело в полости рта после их наложения, так как наступает угасание безусловных отвергаемых рефлексов еще в период пользования предварительными ортопедическими аппаратами. Но привыкание к протезам характеризуется не только угасательной реакцией. Образование новых условнорефлекторных связей и их совершенство занимает более длительный период процесса адаптации к протезам.

Характер новых двигательных реакций совершенствуется в течение нескольких месяцев, это можно проследить на основании данных электромиомастикациографии и по степени измельчения пищевых веществ. Показатели этих исследований убеждают в постепенно возрастающей эффективности жевания при пользовании зубными протезами. Наши наблюдения показывают, что в процессе адаптации к съёмным протезам слизистая оболочка полости рта приспособляется к значительной функциональной нагрузке. В ряде случаев адаптация барорецепции к повышенной нагрузке приводит к частым переломам базисов съёмных протезов. Во избежание частых переломов мы таким больным изготавливаем базисы протезов из кобальтохромового сплава (КХС). Идея применения сплавов металлов в качестве базисов съёмных протезов не нова, но использование КХС для этих целей стало возможным только с применением огнеупорной модели, компенсирующей усадку сплава. Наш опыт последних трех лет показал, что базисы из КХС в съёмных протезах не только отличаются достаточной прочностью, но в ряде случаев оказывают положительное влияние на состояние слизистой оболочки протезного ложа, так как

обладает высокой теплопроводностью и отсутствием пористости, свойственной базисам из акриловых масс.

Кафедра ортопедической стоматологии работает в тесном контакте с Ленинградским заводом зубопротезных материалов. Сотрудниками кафедры совместно с инженерами завода разработана и внедрена в практику методика изготовления цельнолитых бюгельных протезов из КХС на компенсирующей усадку огнеупорной модели. Созданы абразисные инструменты для обработки изделия из КХС. Получены искусственные минеральные зубы вакуумного обжига с улучшенными расцветками и методами крепления (И. М. Стрекалова, Р. М. Юрчак, Ильченко и др.). В 1957 г. по нашей инициативе Ленинградский завод начал производство индивидуального литья для мостовидных протезов поликлиник города. К 1969 г. производство индивидуального литья для всех стоматологических учреждений города и области возросло на заводе в 10 раз. Качественный и экономический эффект этого мероприятия общеизвестен. В настоящее время созданы условия организации при заводе цеха по изготовлению каркасов цельнолитых бюгельных протезов. Осуществление этого мероприятия позволит улучшить состояние ортопедической помощи населению.

Многие вопросы теории и практики стоматологии решаются на основании регистрации двигательных компонентов акта жевания.

До настоящего времени большинство регистрирующих приборов содержит систему датчиков, дающих записи в одной плоскости.

С целью регистрации пространственного перемещения объектов разработан метод трехкоординатной осциллографии бесконтактным способом записи (М. М. Берлин). На исследуемой области лица укрепляется микролампа, съемка производится в затемненном помещении на движущуюся фотоленту, причем каждый из трех каналов регистрирует одну координату пространственного перемещения объекта. Получается три взаимно перпендикулярных координаты, изображающиеся на плоской фотоленте в виде трех кривых: I верхняя кривая отражает передне-задние движения (назад, вперед — ниже). II средняя кривая — вертикальные движения (низ, верх — ниже линии). III нижняя кривая — боковые движения (влево, вправо — ниже). Расшифровка всего периода записи осуществляется по разработанной Рубиновым методике.

Коллектив кафедры ортопедической стоматологии продолжает дальнейшую разработку физиологических основ в специальности. Основная тематика научных исследований целиком направлена на решение актуальных вопросов теории и клиники стоматологии.

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ПЕРЕСТРОЙКОЙ ФУНКЦИИ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Доц. Н. Д. ДАНЬКОВ
(Омск)

Патологическая стираемость естественных зубов наблюдается как в области отдельных зубов (частичная), так и всего зубного ряда (общая). Степень стираемости при этом бывает различно выражена и иногда доходит до полного отсутствия всей коронковой части зуба.

До недавнего времени ортопедическое лечение общей формы патологической стираемости основано было на одномоментном повышении прикуса протезами, восстанавливающими высоту зубных коронок. Клиническая практика показала несовершенство указанного метода, особенно при высокой степени стираемости зубов. Так, некоторые больные после одномоментного повышения прикуса жалуются на боли в области височно-челюстного сустава, болезненное напряжение жевательной мускулатуры, стук зубами во время жевания, нарушение жевательной и речевой функции (И. С. Рубинов, Л. М. Перзашкевич, Е. Д. Волова, М. Г. Бушан и др.).

С учетом недостатков указанного метода нами проведены исследования и ортопедическое лечение больных методом предварительной перестройки функции зубо-челюстной системы.

За период с 1961 по 1968 г. нами проведено лечение общей патологической стираемости естественных зубов с предварительной перестройкой функции у 37 больных в возрасте от 37 до 51 года. Для объективного учета сроков и характера функциональной перестройки жевательной мускулатуры использовали миотонометрию и электромиографию (описание методик см. в «Сб. научн. работ», т. 41, вып. I, Фрунзе, 1966).

Изменение тонуса собственно жевательных мышц в процессе пользования разобщающей пластинкой показано на рис. 1. Тонус сжатия до лечения находился в пределах 260 г. После положения разобщающей пластинки он заметно снижался, до 120 г., а в последующие три недели постепенно повышался до исходного уровня. В этот период больные обычно отмечали боли в суставах различной интенсивности, усталость и напряженность в области жевательных мышц. В течение последующего месяца тонус сжатия с пластинкой во рту находился на непостоянном уровне с амплитудой колебания ± 20 г. В конце

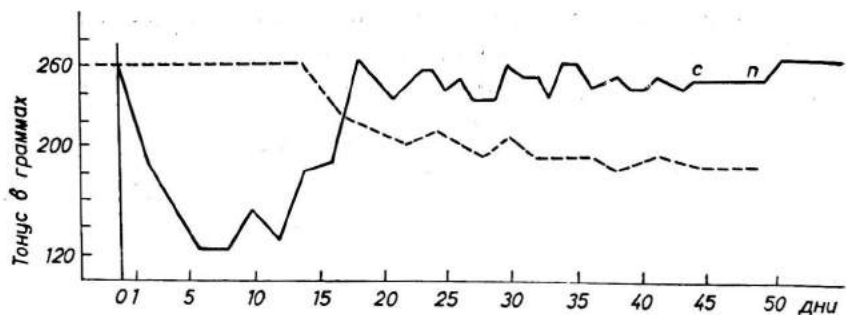


Рис. 1. Миотонограммы собственно жевательных мышц:
 — тонус сжатия с пластинкой во рту.
 --- тонус сжатия без пластинки во рту.

второго месяца тонус сжатия стабилизировался в пределах 245 г. (начало стабилизации отмечено буквой С). В этот период больные отмечали привыкание к пластинке и новому положению нижней челюсти. Спустя две-три недели от начала стабилизации больным изготовлялись протезы (день наложения протезов отмечен буквой П). После протезирования отмечалось, как правило, повышение тонуса сжатия на 10—15 г.

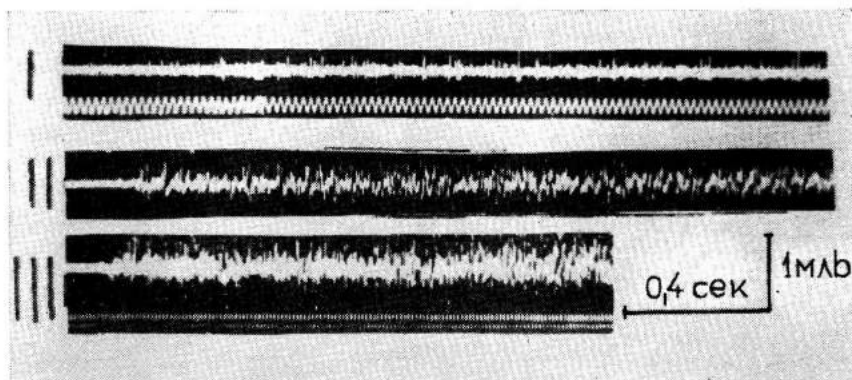


Рис. 2. Электромиограммы собственно жевательных мышц:
 I — электромиограмма записана непосредственно после сдачи разобщающей пластинки.
 II — электромиограмма записана через две недели пользования разобщающей пластинкой.
 III — электромиограмма записана после протезирования.

В отличие от тонуса сжатия с пластинкой тонус сжатия без пластинки во рту претерпевает обратное развитие. Спустя 2—3 недели от начала пользования пластинкой тонус сжатия без пластинки начинал постепенно снижаться. Последнее характеризует угасание сократительной функции жевательных мышц в условиях прежних соотношений челюстей.

На рис. 2 представлены электромиограммы собственно жевательных мышц при максимальном сжатии челюстей с пластинкой во рту. Как видно на осциллограмме I, амплитуда и частота биотоков в первые дни пользования пластинкой снизилась соответственно до 170 «ми» Т 105 колебаний в секунду. По мере удлинения сроков пользования разобщающей пластинкой амплитуда и частота биотоков той же мышцы увеличивалась. Так, через две недели пользования пластинкой амплитуда достигала уже 390 «ми», а частота 110 колебаний в секунду. После протезирования электрическая активность мышц заметно повысилась до 810 «ми» и 140 колебаний в секунду.

ВЫВОДЫ

В процессе функциональной перестройки зубо-челюстной системы у больных с патологической стираемостью зубов были выявлены с помощью тонометрических и электромиографических исследований некоторые закономерности динамики тонуса и биоэлектрической активности собственно жевательных мышц, имеющие практическое значение для клиники.

По мере удлинения сроков пользования разобщающей пластинкой тонус сжатия повышался. В зависимости от индивидуальных особенностей тонус сжатия в среднем через 1—2 месяца достигал начального уровня. При этом наступал иной уровень оптимальных порогов раздражения рецепторов мышц.

Наши клинико-физиологические исследования показали, что период стабилизации тонуса сжатия с пластинкой совпадал с периодом, когда больные не высказывали прежних жалоб. Следовательно, стабилизацию тонуса сжатия можно считать объективным показателем наступающей функциональной адаптации к новым условиям, созданным лечебным аппаратом.

Контрольные осмотры больных показали стабильное состояние высоты прикуса, хорошую жевательную эффективность и функциональное состояние жевательной мускулатуры.

Опыт клиники и других лечебных учреждений указывает на ценность метода предварительной функциональной перестройки зубо-челюстной системы при подготовке полости рта к рациональному протезированию в случаях патологической стираемости естественных зубов.

ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ ВИНТОВОЙ ЗАМОК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ АНОМАЛИЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Л. Л. СОЛОВЕЙЧИК, Т. С. ШИГАБУТДИНОВ
(Казань)

Важное место среди различных ортодонтических аппаратов для лечения зубо-челюстных аномалий занимает активная пластинка, в которой действующим началом является двусторонний винтовой замок.

Эти винты могут применяться только для расширения (сужения) челюстей в трансверзальном направлении, или только для воздействия на челюсть в сагиттальном направлении.

Нами разработан ортодонтический винтовой замок новой конструкции, который может воздействовать на челюсть в трех направлениях. Предлагаемый винтовой замок состоит из корпуса, в котором взаимно перпендикулярно расположены винты и направляющие штифты с надетыми на них тремя планками. Для предупреждения самораскручивания планки в месте прохождения винтов имеются амортизирующие прорези. Разработана схема основных вариантов клинического применения ортодонтических аппаратов с винтовым замком трехстороннего действия при лечении сужения верхней челюсти в сочетании с прогнатией, а также микрогнатии, макрогнатии, деформаций на различных участках челюсти, репозиции фрагментов верхней челюсти при расщелинах нёба до хирургического вмешательства и в период подготовки к протезированию. Применение нового винтового замка сокращает сроки лечения, освобождает больного от частых посещений, облегчает труд врача и улучшает функциональные данные ортодонтического аппарата.

ОПЫТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Доц. З. П. ШИРАКА, канд. мед. наук А. Я. ЛАГАНОВСКИЙ,
В. Я. КРЕСЛИНЯ, И. Э. МЕЛБАРЗДЕ*
(Рига)

Диспансерный метод лечения — своевременное оказание ортодонтической помощи всем нуждающимся в ней детям, решает основную проблему предупреждения нарушений развития прикуса.

При оценке состояния и перспектив развития ортодонтической помощи в Латвийской ССР подчеркивается, что из форм лечения по обращаемости ортодонтия повсеместно должна превратиться в составную часть комплексной плановой санации (Д. А. Калвелис, 1965, 1966, 1968).

Решение этих задач начато с уточнения данных распространенности ортодонтических аномалий у детей нашей республики. Были проведены специально организованные осмотры полости рта у 11 070 школьников в возрасте 7—20 лет и установлено, что ортодонтические аномалии наблюдаются в среднем у 54,6% осматриваемых. В различных населенных местах, в том числе Риге, распространение колеблется в пределах 46,6—63,8%. Так же различно распространение отдельных клинических форм аномалий в возрастном аспекте. Не менее важной задачей является установление показаний к ортодонтическому лечению. С этой целью детей, имеющих нарушения в развитии прикуса, группируют в соответствующие диспансеризационные группы.

В Рижской детской стоматологической поликлинике ортодонтическая диспансеризация начата в 1963 г. по группировке, рекомендованной А. Д. Осадчим (1961). В дальнейшем при диспансеризации мы стали пользоваться рекомендованной ВОЗ группировкой аномалий на требующих и не требующих лечения. В этой связи всех детей, имеющих отклонения прикуса от нормы, мы делим на 3 группы:

- 1) нуждающиеся в активном ортодонтическом лечении;
- 2) подлежащие наблюдению или нуждающиеся в профилактических мерах;
- 3) не нуждающиеся в ортодонтическом лечении.

По нашим данным, в ортодонтическом лечении в среднем нуждается 21,4% школьников. Из них наиболее высокое число в возрасте 7—10 лет (в среднем 23,6%). То же самое относится к группе детей, подлежащих наблюдению. Частота случаев, нуждающихся в ортодонтическом лечении, в различных населенных местах неодинакова и колеблется в пределах 15,49—30,54%, причем это не всегда пропорционально общей распространенности ортодонтических аномалий в данной местности. Колебание зависит также от степени тяжести аномалий. Следовательно, объем работы врача-ортодонта, обусловливаемый взаимоотношением вышеупомянутых трех групп диспансеризации, в различных частях республики может быть неодинаков.

Диспансеризация осуществима лишь при наличии четкой документации, отражающей учет детей, проделанную лечебную работу и отчет о диспансеризации. Ввиду того что утвержденных форм документации по ортодонтии не имеется, мы рекомендуем пользоваться: приложением к индивидуаль-

ной санационной карте, которое заполняется после профилактического осмотра на тех школьников, у которых имеются нарушения развития прикуса. В приложении отмечают вид аномалии, группу диспансеризации и основные данные в отношении лечения (начато, закончено, прекращено, не явился на лечение). Суммируя сведения из отдельных индивидуальных карт, получаем данные для классной ведомости и далее для отчета об ортодонтической диспансеризации во всей школе и врачебном участке.

Для записи хода активного ортодонтического лечения врач-ортодонт ведет индивидуальную амбулаторную карту (анамнез, диагноз, план лечения, ход и результаты лечения). Дополнительно к годовому отчету об оказании стоматологической помощи в данном лечебном участке (город, район и т. д.) необходим годовой отчет об ортодонтической диспансеризации. В отчете имеются сведения о численности организованного детского населения, перечень детских коллективов, результаты профилактических осмотров и охват диспансерным лечением. Из материалов таких отчетов явствует объем проведенной плановой ортодонтической помощи.

Массовое проведение ортодонтической диспансеризации требует решения вопроса кадров. Этот вопрос следует рассматривать с двух сторон: с точки зрения увеличения количества врачей-ортодонтов и обеспечения необходимой их квалификации. Исходя из данных о распространенности ортодонтических аномалий и показаниях к их лечению, в условиях нашей республики целесообразно выделить 1,0—1,5 штатных должностей ортодонта на 10 000 детей.

Подготовка врачебных кадров для работы по ортодонтии в Рижском медицинском институте ведется в двух направлениях:

- 1) курсы специализации и повышения квалификации (3—4 мес.) для врачей-ортодонтов;

- 2) цикл (1 мес.) детской стоматологии с курсом ортодонтии для детских стоматологов, работающих по плановой санации, в обязанности которых входит первичная диагностика и группировка ортодонтических аномалий во время профилактических осмотров, а также в случае необходимости активация ортодонтических аппаратов.

Параллельно такой подготовке местных кадров, в целях обмена опытом, проводится цикл ортодонтии (1,0—1,5 мес.) для ортодонтов из других союзных республик. Кроме того, повышение квалификации возможно при использовании рабочих мест в Республиканской объединенной стоматологической поликлинике и в Рижской детской стоматологической поликлинике. Повышение квалификации зубных техников по орто-

донтии возможно на рабочем месте или при изучении специального цикла по ортодонтии (1 мес.).

Организация ортодонтической диспансеризации осуществляется лишь при содействии ортодонта с детским или районным стоматологом. Учет и группировку детей с ортодонтическими аномалиями в городах и районных центрах в основном проводит ортодонт, а в сельских участках — участковый стоматолог, работая в закрепленных за ним школах и детских садах.

Активное ортодонтическое лечение проводится по двум формам: по централизованной форме в городах и по частично децентрализованной форме в ряде сельских участков. Вторая форма, т. е. когда активацию аппаратов в основном проводит участковый стоматолог, в известной степени компенсирует недостаток кадров. Это однако происходит за счет других отраслей стоматологии, поэтому применимо лишь в тех местностях, где вопрос о плановой санации кариеса у детей уже решен.

Ортодонты Латвийской ССР работают в 20 кабинетах на 16,5 штатных должностях. Ортодонты Республиканской объединенной стоматологической поликлиники совместно с преподавательским составом кафедры Ортопедической стоматологии РМИ без непосредственной лечебной работы ведут консультативную (включая выезды) и оргметодическую работу. Ортодонты Рижской детской стоматологической поликлиники оказывают помощь детям г. Риги, с 1963 г. частично осуществляя диспансеризацию. Диспансерный метод ортодонтического лечения постепенно внедряется в работу ортодентов сельских районов (Цесис, Салдус, Кулдига, Лиепая и др.).

Накопившийся опыт по ортодонтической диспансеризации дает возможность остановиться на некоторых вопросах.

Результаты диспансеризации детей г. Риги показали, что диспансеризация в школах особенно нужна школьникам 1—4 классов (7—11 лет), когда происходит стабилизация нарушений развития прикуса (прогения, прогнатия, глубокий и открытый прикусы). Нарушения в установке резцов рекомендуется устранить до прорезывания клыков, так как позднее лечение усложняется и удлиняется.

При распределении работы между ортодонтами города рекомендуется участковый принцип. Закрепление определенных школ повышает ответственность и активность ортодонта. Активация ортодонтических аппаратов проводится в школьных кабинетах.

Для более рационального использования врачебных кадров в нашей республике проводится анализ работы ортодентов. Длительность лечения зависит от клинической формы аномалий: лечение аномалий отдельных зубов требует 2—14 месяцев

и 6—18 посещений, аномалии прикуса — примерно 24 месяца и 15—33 посещения (А. В. Конушевска).

Об объеме работы ортодонта также свидетельствует соотношение групп диспансеризации и их изменение в ходе лечения и развития прикуса. Сопоставляя результаты диспансеризации у школьников 1-х и 3-х классов установлено, что в 3-м классе активное лечение продолжают 51,3% детей из 1 группы диспансеризации, ретенционный период — у 18,9%. 14,1% детей из второй группы переходят в первую из-за прогрессирования аномалии и у 4,6% детей из третьей группы вновь возникли аномалии. Это говорит о том, что через два года объем работы при проведении ортодонтической диспансеризации существенно не уменьшается, так как в I группе сохранялось 88,9% детей, нуждающихся в активном лечении (И. К. Пламша).

Недостаток кадров врачи-ортодонты компенсируют различно, например, увеличивая число посещений — с 24 посещений в 1963 г. до 36 посещений в 1966 г. (И. К. Пламша). Это нельзя считать правильным выходом из положения. Желая увеличить число первичных пациентов активного ортодонтического лечения и компенсируя недостаток зубных техников, ортодонты нередко некоторые аппараты изготавливают непосредственно, без использования зуботехнической лаборатории. Например, ортодонт Салдусского района в 1968 г. 58 аппаратов из 251 изготовила без лаборатории. Это можно считать известным внутренним резервом, но в то же время является нерациональным использованием рабочего времени специалиста.

Особое внимание уделяется борьбе с отсевом больных. С этой целью введена специальная система регистрации, устанавливается контакт с родителями и педагогами.

Для дальнейшего усовершенствования ортодонтической диспансеризации необходимо:

1. Уделять больше внимания детям, нуждающимся в наблюдении (II группа диспансеризации), проводя не только плановое активное лечение, но и профилактические мероприятия.

2. Для осуществления задач, выдвигаемых диспансеризацией, необходимо увеличение ортодонтических кадров и их рациональное комплектование. Согласование работы между ортодонтом и участковым стоматологом требует дальнейшего повышения их квалификации. Для рациональной организации работы необходимо изменить существующее соотношение ортодентов и зубных техников с 1:1 на 1:2 (зубных техников). В ортодонтическом кабинете также необходим квалифицированный вспомогательный персонал (мед. сестра), который может непосредственно помочь врачу и взять на себя некоторые организационные функции.

3. Следует продолжать борьбу с отсевом детей, начавших лечение. Большую пользу здесь может дать санитарно-просветительная работа с детьми, родителями и педагогами.

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА, СВЯЗАННЫХ СО СМЕЩЕНИЕМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Проф. Л. В. ИЛЬИНА-МАРКОСЯН, аспирант Я. М. АДигЕЗАЛОВ
(Москва)*

Оценивая путь, пройденный ортопедической стоматологией, следует признать, что в этом разделе стоматологии в последние годы достигнуты значительные успехи. Эти успехи имеются не только в отношении разработки новых материалов и новых конструкций протезов и аппаратов, что, безусловно, очень важно. Следует остановиться на достижениях более широкого плана, характеризующих содержание этой дисциплины, ее сущность.

В современном представлении ортопедическая стоматология является наукой об этиологии, профилактике и лечении различных морфологических и функциональных нарушений в зубо-челюстно-лицевой области. Богатство и многообразие функций в этой области, обусловленное их взаимодействием, а также генетическим фоном и постоянным непосредственным влиянием внешней среды, создают предпосылки для возможности возникновения столь же разнообразных отклонений от нормы.

Функциональные отклонения не всегда сразу улавливаются окружающими, в том числе и врачами, и часто обнаруживаются лишь тогда, когда становятся заметными вызванные ими морфологические изменения. Наблюдается и обратное проявление этой взаимозависимости, когда наличие какого-либо дефекта, например, в связи с разрушением или потерей зубов, влечет за собой нарушение функции. К выраженным клиническим проявлениям таких отклонений относится смещение зубов или нижней челюсти.

Смещения нижней челюсти в постериальном, anteriальном или латеральном направлении возможны вследствие особенностей анатомического строения височно-челюстного сочленения, в результате различного направления и неодинаковой силы сокращения прикрепляющихся к челюсти мышц, положения и функции языка, губ и щек и многих других факторов.

Во время смыкания зубов смещение нижней челюсти может возникнуть вследствие какого-либо неудобства или так называемых «вредных привычек» и других причин; постепенно оно закрепляется артикуляцией зубов, в виде неправильной «привычной» окклюзии, заменяющей в таких случаях центральную окклюзию. Больные жалуются на неудобство во время жевания и психическое напряжение из-за изменения внешности, особенно заметного при антериальном или латеральном смещении нижней челюсти. Эти нарушения усиливаются в связи с кариозным разрушением зубов, их стираемостью, подвижностью и тем более после их потери.

Лечение таких больных включает в себя две фазы: в первой фазе с помощью специальных аппаратов и приспособлений нижняя челюсть устанавливается в правильное положение, т. е. перемещается из привычной окклюзии в центральную; во второй фазе — достигнутые результаты закрепляются протезированием. В этой фазе необходимо обеспечить множественные контакты между зубными рядами при правильном положении нижней челюсти, что является, как известно, основным признаком, характеризующим центральную окклюзию, и, кроме того, предусмотреть и предупредить возможность рецидива.

Для успешного лечения этой группы больных важно установить правильный диагноз, т. е. дифференцировать так называемые «ложные» формы аномалий, связанные со смещением нижней челюсти, от «истинных», обусловленных наследственными (семейными) особенностями строения костей лицевого скелета или диспропорцией формы и размеров челюстей. Согласно принятой на нашей кафедре классификации, «ложные» формы отнесены к группе Б, а истинные — к группе А.

Такое деление имеет большое значение для практики. Клинический опыт показывает, что аномалии группы А встречаются значительно реже, чем аномалии группы Б. Например, распространение истинной прогении, несвойственной населению нашей страны, по-видимому, должно исчисляться у нас долями процента, в то время как ложная прогения (принужденный прикус) встречается нередко. В то же время выделение «ложных» форм дает врачу-ортопеду уверенность в успехе лечения даже резко выраженных аномалий со смещением нижней челюсти, без возрастных ограничений. Соответственно и пациенты обретают надежду на устранение их недостатков, причем методы лечения не очень обременительны и сроки его относительно непродолжительны.

С целью дифференциальной диагностики, мы пользуемся разработанными на нашей кафедре клиническими функциональными пробами, которые помогают установить: смещается ли нижняя челюсть во время окклюзии и за счет чего проис-

ходит ее смещение — вследствие неправильного смыкания зубов, некоординированной работы мышц, изменений в височно-челюстном сочленении или при сочетании этих причин.

Приводим описание этих проб.

Первая проба. При осмотре лица в фас и в профиль обращают внимание на положение нижней челюсти в состоянии покоя — во время пауз в процессе разговора с пациентом. При этом могут быть выявлены лицевые признаки антериального, постериального или латерального прикуса.

Вторая проба. Пациенту предлагают, не размыкая губ, сомкнуть зубы. В случаях привычного смещения нижней челюсти его лицевые признаки подчеркиваются и становятся тем более заметными, чем больше выражено смещение. Передние-задние смещения определяются по профилю лица, боковые — по фасу.

Третья проба. Пациенту предлагают широко открыть рот и рассматривают лицевые признаки отклонений. Эта проба особенно демонстративна при латеральном смещении нижней челюсти. Наблюдающаяся при этом асимметрия лица усиливается, уменьшается или исчезает, в зависимости от обуславливающей ее причины.

Четвертая проба. Нижняя челюсть устанавливается в привычной, а затем центральной окклюзии (без привычного смещения), после чего гармония лица пациента оценивается с эстетической точки зрения.

Сравнительная оценка первых трех проб позволяет определить, имеется ли в данном случае смещение нижней челюсти в том или ином направлении и чем оно обусловлено: неправильным смыканием зубов, разницей напряжения мышц или изменениями в суставе.

Четвертая проба помогает уточнить имеющиеся нарушения. При этом выявляются степень смещения нижней челюсти, величина межокклюзионного пространства в области боковых зубов, степень сужения (или расширения) зубных дуг, асимметрия костей лицевого скелета и др.

Сказанное иллюстрируется клиническими примерами неправильного (без специальной подготовки) протезирования и правильного двухфазного ортопедического лечения.

В целях обеспечения первой фазы ортопедического лечения, т. е. устранения различных морфологических и функциональных отклонений как необходимого этапа перед рациональным протезированием, следует предусмотреть в рабочем плане стоматологов-ортопедов время для диагностики имеющихся нарушений и их устранения, а также определить соответствующие расценки на связанные с этим временные лечебные аппараты и протезы.

ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ ПОВЫШЕННОЙ ПРОЧНОСТИ ДЛЯ ФАНТОМНОЙ ПРАКТИКИ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

*Проф. И. М. ОКСМАН, доц. Г. Г. НАСИБУЛЛИН, Ф. Ф. ЕГОРОВ
(Казань)*

В процессе преподавания ортопедической стоматологии большое значение имеет привитие мануальных навыков студентам при помощи фантомной практики. Она, в основном, проводится на III курсе, но может быть продолжена также на старших курсах, в зависимости от условий.

Фантомная практика обычно предшествует клиническим занятиям. Студент в лаборатории на фантомах учится препаровке зубов и снятию слепка, а также шинированию переломов челюстей. Во время препаровки учится правильно подбирать режущий инструмент и применять его по назначению, приобретает навыки пользования бормашиной, рукавом и наконечником. По нашему мнению, препаровку зубов необходимо начинать карборундовыми камнями с вестибулярной или оральной поверхности, затем перейти на жевательную поверхность. После карборундового колесовидного камня применять фасонные головки различных размеров для более тщательной обработки. Сепарацию проводить в последнюю очередь и только металлическим диском. Научившись уверенно держать в руках менее опасный инструмент, студент легко и уверенно пользуется диском и успешно проводит сепарацию зубов.

Для изготовления фантомов обычно применяются естественные человеческие зубы, которые после обработки в пергидроле и других антисептических растворах загипсовываются в окклюдаторы. Эта методика изготовления фантомов имеет ряд недостатков. В настоящее время не легко найти более или менее целые удаленные зубы в достаточном количестве. С другой стороны, естественные зубы после химической обработки и по истечении определенного времени становятся хрупкими и в процессе препаровки ломаются. Обычные пластмассовые зубы не прочны, легко сошлифовываются. Вышеуказанные причины побудили нас заняться изготовлением искусственных зубов повышенной прочности, стойких к обработке режущими инструментами.

Нами разработана рецептура искусственных зубов повышенной прочности для изготовления фантомов. В состав зубов входит пластмасса АКР-7 для мостовидных работ и кварцевый песок, из которого изготавливается стекло (стекольный завод в пос. Васильево ТАССР).

Зубы изготавливаются с 50 или 75 % -ным включением кварцевой муки.

Проверка твердости образцов по Роквеллу (HRB) дала следующие результаты: пластмасса АКР-7 без включения наполнителя имеет твердость в среднем 9,5 единиц, пластмасса со включением наполнителя (кварцевого песка) 50% — 14,3%, и с наполнителем 75% — 18,2%. Таким образом, при включении кварцевого песка пластмасса АКР-7 становится вдвое тверже и вполне удовлетворяет требованиям к фантомным зубам.

Для замены обработанных зубов на фантоме изготавливаются зубные дуги без базиса. Эти дуги к старым базисам на фантоме укрепляются при помощи самополимеризующихся пластмасс.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ШТИФТОВЫХ ЗУБОВ СОБСТВЕННОЙ КОНСТРУКЦИИ

Проф. А. А. АХМЕДОВ
(Баку)

В ортопедической стоматологии применяются различные конструкции штифтовых зубов (Л. В. Ильина-Маркосян, Ричмонд, А. А. Ахмедов, В. Н. Паршин и др.).

Штифтовые зубы и коронки со штифтом являются одним из лучших видов протезов, дающих возможность восстановления формы коронок зубов. Преимущество этой конструкции заключается в том, что в результате сохранения корня жевательное давление передается непосредственно на пародонт зуба, не происходит атрофии альвеолярного отростка и отпадает необходимость обработки интактных зубов для создания опорных пунктов.

Различные конструкции штифтовых зубов, предложенные многими авторами, не лишены недостатков. Так, например, мы не согласны с мнением Е. И. Гаврилова и И. М. Оксмана, считающих, что наиболее целесообразным из всех известных штифтовых зубов является ранее широко применявшаяся конструкция по Ричмонду. Во-первых, изготовление зуба Ричмонда сложное, во-вторых, края металлического колпачка, покрывающего корень зуба, погружаются в десневой карман и повреждают краевой пародонт. Кроме того, недостатком этой конструкции является необходимость сошлифовывания оставшейся коронковой части зуба для припасовки кольца, что

значительно ослабляет крепление протеза. (Этот недостаток присущ всем конструкциям штифтовых зубов). И, наконец, большую трудность представляет собой восстановление фарфоровой фасетки в случае ее поломки.

Другие виды конструкций штифтовых зубов, предложенные до появления пластмассы, отличаются непрочностью, ввиду незащищенности канала корня от проникновения слюны, а также сложностью изготовления.

Применение в ортопедической стоматологии пластмассы позволило упростить изготовление ряда конструкций аппаратов и протезов, в том числе и штифтовых зубов. В процессе их изготовления устранены трудности, связанные с припасовкой и подготовкой фарфоровой фасетки, отливкой защитных пластинок для корня зуба и для фасетки, спайкой металлических частей, клепанием крапюнов и др.

Учитывая описанные недостатки и возможность использования в ортопедической стоматологии пластмассы, мы предложили в 1950 г. свою конструкцию штифтового зуба, описанную в журнале «Стоматология» за 1950 г., № 2. Изготовление такого штифтового зуба весьма простое, отпадает необходимость в наличии крапюнных фасеток и др.

Главной особенностью подготовки зуба для укрепления штифтового зуба нашей конструкции является сохранение оставшейся части его коронки, что в значительной мере увеличивает прочность протеза и предохраняет слизистую десневого края от травмы. Мы считаем, что с этой точки зрения все конструкции штифтовых зубов следует делить на 2 группы: первая — штифтовые зубы, для изготовления которых необходима полная сошлифовка коронковой части зуба, и вторая — штифтовые зубы, при изготовлении которых сохраняются оставшаяся коронковая часть зуба.

Спайка штифта с полукоронкой не только делает ее более прочной, но и уменьшает давление на штифт при смыкании зубов и на стенки корня, тем самым предохраняя его от поломки. Одновременно штифт служит креплением для пластмассы. Одной из положительных сторон описанной конструкции является также возможность починки, дополнений и замены пластмассовой части зуба посредством готовых облицовок и быстротвердеющей пластмассы.

Многолетние клинические наблюдения показали косметическую эффективность предложенной нами конструкции, ее прочность и простоту изготовления. Нередки наблюдения, когда такие штифтовые зубы были фиксированы более 15 лет назад.

Указанные положительные качества способствовали широкому внедрению описанного штифтового зуба в практику многих стоматологических учреждений нашей страны.

К МЕТОДИКЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ

Канд. мед. наук А. Л. САПОЖНИКОВ
(Харьков)

В ортопедической стоматологии одним из сложных разделов является протезирование беззубых челюстей. В последние годы в нашей стране достигнуты значительные успехи в ортопедическом лечении больных с полным отсутствием зубов, что обусловлено определенными достижениями советской медицинской науки в области ортопедической стоматологии.

Между тем, многие из этих достижений не применяются в широкой зубопротезной практике, а врачи и зубные техники пользуются давно устаревшими методами работы. Это нередко приводит к выпуску протезов весьма низкого качества.

Появившиеся в последнее время работы по проблеме артикуляции у нас и за рубежом доказывают, что наиболее правильной следует считать сферическую теорию артикуляции, однако в стоматологической практике еще нередко применяется выпускаемое промышленностью «детское» балансной теории артикуляции — средне-анатомический артикулятор и постановка зубов по стеклу.

При определении центрального соотношения челюстей целесообразно пользоваться восковыми валиками, окклюзионные поверхности которых сформированы по сферическим поверхностям. Это дает возможность не только правильно определить центральное соотношение челюстей, но также проверить наличие контактов между валиками при различных сдвигах челюсти. Такие валики могут быть использованы для рационального конструирования искусственных зубных рядов.

При изучении затронутых вопросов нами были разработаны и предложены новые методики и инструменты, которые были апробированы в институтских клиниках Харькова, Киева, Москвы.

В настоящее время наша медицинская промышленность приступила к освоению и выпуску некоторых из них.

Для оформления восковых валиков по сферическим поверхностям предлагается «Устройство для оформления окклюзионных поверхностей восковых валиков».

Предлагаемое устройство состоит из внутриротовой части — сферической подковообразной пластинки и внеротовой, — устанавливаемой параллельно носоушным и зрачковым линиям. После оформления окклюзионной поверхности валиков при помощи устройства мы проверяем контакты между ними.

Данные литературы свидетельствуют о том, что многие авторы (А. А. Катц, Э. П. Гельфанд (1937), Г. А. Эфрон (1929) и др.) стремились получать индивидуальные окклюзионные кривые по феномену Христенсена.

Но, как показали исследования Б. Р. Вайнштейн (1949), Каллера (1958), Фера (1960) и др. нет никакой надобности в индивидуализации окклюзионных кривых.

На основании проведенных нами клинико-экспериментальных исследований установлено, что для каждого протезируемого существует целый ряд (диапазон) сферических поверхностей, обеспечивающих множественный контакт искусственных зубов, но наиболее целесообразно для конструирования искусственных зубных рядов пользоваться средней сферической поверхностью, имеющей радиус 9 см.

Поэтому внутриротовая часть предложенного нами устройства имеет радиус 9 см, однако она выполнена съемной, что дает возможность при необходимости использовать внутриротовую часть, имеющую любой другой радиус кривизны.

Изучая возможности индивидуализации конструирования зубных рядов по сферическим поверхностям, мы убедились, что применение так называемых индивидуальных сфер (Фабер) или нескольких сфер (Фер) при резко выраженной асимметрии наклонов межальвеолярных линий слева и справа, не обеспечивает при жевании создания оптимального поля сил и трансформации сил жевательного давления в соответствии с направленностью межальвеолярных линий одновременно на обеих сторонах.

Важно обеспечить в таких случаях ориентацию сферических поверхностей справа и слева нормально к направленности межальвеолярных линий, а затем использовать их для постановки искусственных зубов.

Для этих целей нами предложена постановочная площадка для зуботехнических целей. При помощи стрелок-указателей вершины альвеолярных гребней могут быть установлены нормально к межальвеолярным линиям на левой и правой сторонах.

Для постановки искусственных зубов с помощью предлагаемой постановочной площадки определяют центральное соотношение челюстей. Затем формируют верхний и нижний прикусные валики по сферическим поверхностям и фиксируют центральное соотношение челюстей. После загипсовки моделей в окклюдатор нижний восковой валик обрезают по бокам и устанавливают на нем (под контролем верхнего валика) постановочную площадку. Верхний валик затем снимают, в прорези боковых пластинок вставляют указатели и поворачивают пластины таким образом, чтобы они указывали на центральные линии альвеолярных гребней. Угол поворота боковых

пластин у различных больных неодинаков и зависит от анатомических особенностей челюстей, ассиметрии и других факторов. Далее расплавленным воском прочно закрепляют боковые пластины, удаляют указатели и приступают к постановке зубов.

Лучше всего пользоваться искусственными жевательными зубами, окклюзионные поверхности которых соответствуют сферическим радиусам — 9 см.

Харьковский завод зубоврачебных материалов приступил к выпуску зубов новой конструкции.

Между искусственными зубными рядами не наблюдаются блокирующие или сбрасывающие моменты при различных сдвигах нижней челюсти.

Нами был разработан способ изготовления зубных протезов, обеспечивающий не только расстановку искусственных зубов с учетом наклонов межальвеолярных линий, но также позволяющий одновременно получать форму протезного базиса в зависимости от функционально-тонического состояния щек и языка.

Индивидуальная форма протезного базиса получается в зависимости от тонуса добавочной жевательной мускулатуры на массе «Ортокор».

С оформленных таким образом валиков получают гипсовые формы, по которым ортокор заменяют на воск. При постановке зубов сохраняют полученную форму базиса. Последующие этапы изготовления протезов не отличаются от общепринятых.

Применение этих методик и приспособлений в широкой зубопротезной практике безусловно послужит делу улучшения протезирования беззубых больных.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОТЕТИЧЕСКОЙ ПЛОСКОСТИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

*Канд. мед. наук М. С. ШВАРЦМАН, У ТЕЙ САУН
(Москва)*

Функциональная ценность съемных протезов, их фиксация и стабилизация в значительной степени зависит от постановки искусственных зубов, конструктивных особенностей протезов и анатомо-топографических особенностей полости рта.

Постановка фронтальных зубов обычно производится с учетом протетической плоскости параллельно зрачковой линии,

что отвечает требованиям эстетики. Соответствие протетической плоскости в области боковых зубов — камперовской горизонтали — многими авторами не подтверждается. Исследования показали, что положение окклюзионной плоскости вариабельно, и это должно учитываться при постановке боковых зубов. Если плоскость смещена кверху, то разжевывание пищи затруднено. Мышцы языка и щек для поднятия пищевого комка на жевательную поверхность затрачивают добавочное усилие в процессе жевания. При этом дно полости рта и язык приподнимаются, что нарушает стабилизацию протеза на нижней челюсти. Если окклюзионная плоскость смещена книзу, то больные нередко жалуются на прикусывание боковых поверхностей языка и нарушение фонетики (Н. А. Ларина (1964); Boucher (1964); Brodrik (1968); Crabdok (1962); Fridman (1969); Hall (1958); Kessler (1957); Landa (1956); Lammie (1965); Sicher, Yasaki (1961) и др.).

Для выяснения положения окклюзионной плоскости в области боковых зубов Usmail and Browman (1964) произвели телерентгенологические исследования профиля лица больных с интактными зубными рядами и установили, что задний край этой плоскости заканчивается на уровне верхней трети нижнечелюстного бугорка (*tub. mucosa*), а передний край касается режущих краев фронтальных зубов верхней челюсти. Проведенные нами исследования подтвердили это положение.

В настоящее время твердо установлено, что искусственные зубы на протезах должны быть установлены соответственно тому положению, которое занимали естественные зубы. В связи с тем, что определение положения и наклона протетической плоскости имеет большое значение для практики ортопедической стоматологии, мы для его выяснения применили определенную методику.

Согласно этой методике готовятся восковые прикусные валики для определения высоты прикуса и верхнечелюстной шаблон с установленными на нем шестью фронтальными зубами. Их постановка производится с учетом полученных нами данных антропометрических измерений, при исследовании 350 диагностических моделей верхней челюсти с интактными зубными рядами.

В результате этих исследований было установлено, что:

- а) режущие края фронтальных зубов должны располагаться примерно на 10 мм, впереди от середины небного сосочка;
- б) расстояние между вестибулярными поверхностями клыков по осевой линии должно соответствовать расстоянию между наружными поверхностями крыльев носа;
- в) клыки устанавливаются так, чтобы поперечная линия,

проведенная через вершины бугров на режущих краях, проходила через середину нёбного сосочка;

г) режущие края фронтальных зубов располагаются чаще на 1—2 мм ниже края верхней губы, т. е. с учетом данных специальных измерений.

Используя эти данные, зубной техник получает возможность установить шесть фронтальных зубов на восковом шаблоне. Положение установленных шести верхних фронтальных зубов, выполненных зубным техником, проверяется во рту больного и при необходимости исправляется врачом согласно эстетическим требованиям. После этого шаблон с зубами удаляется из полости рта и с помощью прикусных валиков определяется высота прикуса без определенной протетической плоскости (камперовской).

С учетом определенной таким образом высоты прикуса, модели загипсовываются в окклюдаторе. Прикусные валики заменяются на шаблон с шестью верхними зубами, затем на нижней модели расчерчивается *tub. mucosa*. Он делится по высоте на три равные части, уровень его верхней трети должен соответствовать заднему участку протетической плоскости. Стекланную пластинку фиксируют таким образом, чтобы спереди она касалась фронтальных зубов, а сзади отметки, соответствующей верхней трети нижнечелюстного бугорка. Дальнейшая постановка зубов может производиться обычным способом.

Постановка зубов с учетом антрометрических данных дает возможность сформировать фронтальный участок зубной дуги соответственно положению, которое зубы занимали до их удаления. Клиническая проверка подтвердила достоверность этих исследований. Применение данной методики дает возможность более точно определить протетическую плоскость в соответствии с индивидуальными особенностями строения зубо-челюстной области больного.

С применением описанной методики нами были изготовлены съемные протезы у 32 больных с полной потерей зубов и наличием особо неблагоприятных анатомо-топографических условий в полости рта. Для улучшения функциональной ценности и стабилизации протезов они изготавливались с расширенными границами, главным образом на нижней челюсти. Результаты оказались вполне удовлетворительными, время адаптации больных к протезам сократилось до 1—2 недель, жевательная эффективность повысилась на 30—40%. Проверка отдаленных результатов через 6—12 месяцев показала определенные достоинства этой методики.

СОДЕРЖАНИЕ

К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ П. Г. ДАУГЕ

<i>Д. А. Калвелис.</i> Жизнь и деятельность П. Г. Дауге (Рига)	3
<i>С. С. Волынский.</i> Павел Георгиевич Дауге — организатор советской стоматологии	7
<i>В. А. Штейнберг, П. В. Лайзан.</i> Философские взгляды Павла Георгиевича Дауге (Рига)	14
<i>Ю. Ю. Спруж.</i> П. Г. Дауге — исследователь революционного движения в Латвии (Рига)	19
<i>Л. Л. Липовецкая.</i> П. Г. Дауге и социальная гигиена. (Рига)	22
<i>В. П. Пакалн.</i> Вопросы организации труда стоматологов в работах П. Г. Дауге (Рига)	26
<i>Л. Б. Треймане.</i> П. Г. Дауге — основоположник плановой санации полости рта у детей (Рига)	30

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СТОМАТОЛОГИИ В ПРАКТИКУ. (проблемные доклады)

<i>А. И. Рыбаков.</i> Основные направления по внедрению научных исследований по стоматологии в практику (Москва)	36
<i>Г. М. Иващенко.</i> Внедрение научных исследований по терапевтической стоматологии в практику (Москва)	39
<i>И. И. Ермолаев, Т. М. Лурье.</i> Внедрение научных исследований по хирургической стоматологии в практику (Москва)	45
<i>Е. И. Гаврилов.</i> Внедрение научных исследований по ортопедической стоматологии в практику (Калинин)	51
<i>И. И. Ревзин.</i> Внедрение научных исследований в области материаловедения в практику ортопедической стоматологии (Москва)	57
<i>В. С. Дмитриева.</i> Институты усовершенствования врачей — базы для внедрения научных исследований в практику (Москва)	62

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

<i>А. И. Марченко, В. В. Володкина.</i> Опыт работы Одесского научно-исследовательского института стоматологии по внедрению в практику достижений науки по республиканской проблеме «Основные стоматологические заболевания, их предупреждение и лечение» (Одесса)	68
<i>Г. Д. Овруцкий.</i> О путях и формах внедрения в жизнь результатов научных исследований в области стоматологии (Казань)	71

Ю. А. Федоров, В. Н. Кузнецов. Пути и формы внедрения результатов научных исследований в практику здравоохранения Одесским НИИ стоматологии (Одесса)	74
К. И. Бердыган. О внедрении в практику научных исследований на кафедре стоматологии БелГИДУВА (Минск)	79
В. А. Сафонов. Основы научной организации труда и управления на современном этапе в лечебном учреждении (Ленинград)	81
Г. Х. Ермолаева. К методике изучения различных форм организации стоматологической помощи населению (Москва)	83
Р. Я. Пеккер, Б. С. Берштейн. Стоматологическая служба на промышленных предприятиях (опыт Кузбасса) (Кемерово)	86
М. Н. Цинкер. Об организации работы специализированного стоматологического кабинета (Кемерово)	90
Л. Б. Треймане, И. К. Иргенсон, А. П. Блуш. Внедрение научных основ планового стоматологического лечения школьников Латвийской ССР в практику (Рига)	92
Н. А. Вихм, А. М. Кыдар, М. О. Лыви. Опыт стоматологической диспансеризации детского населения Эстонской ССР (Тарту)	96
С. Я. Поляченко. Сравнительная оценка эффективности различных методов проведения плановой санации полости рта у школьников (Винница)	100

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРАКТИКУ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Э. П. Гравите, А. М. Озолин. Внедрение профилактики и лечения кариеса зубов в практику (Рига)	108
Т. Ф. Стрелюхина, Т. А. Белова. Внедрение лечебного препарата, содержащего гидрат окиси кальция — кальмецин в практику (Ленинград)	112
А. И. Рыбаков, В. С. Иванов, М. З. Штейнгарт, Б. Я. Горовой, Е. М. Бляхман. Эпоксидные композиции для стоматологических целей и дальнейшие перспективы их применения и внедрения в практику (Москва)	114
А. И. Рыбаков, И. И. Ревзин, Д. М. Каральник, С. Т. Рогова. Внедрение в практику для пломбирования зубов материала на основе галлия (Москва)	118
В. П. Пакалн, И. И. Ласовский, И. Ж. Ревеле. Внедрение метода изучения пародонтопатий в практику (Рига)	121
В. Е. Крекшина. Организационные основы диспансеризации в пародонтологии (Ленинград)	124
Л. М. Демнер. Применение прибора для резки недекальцинированных зубов в практике гистологических и патогистологических исследований (Казань)	128
Ю. А. Федоров, А. И. Марченко, О. И. Крузякова, В. Н. Корень, В. В. Володкина, Т. И. Сапоговская, Г. А. Кожанова. Внедрение в практику стоматологии новых гигиенических средств и методов их исследования (Одесса)	131

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРАКТИКУ ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Г. И. Семенченко, В. И. Вакуленко, В. А. Лукьяненко. Внедрение результатов научных исследований кафедры хирургической стоматологии Одесского медицинского института им. Н. И. Пирогова и отдела челюстно-лицевой хирургии ОНИИС в практику здравоохранения (Одесса)	135
Ю. И. Бернадский. Внедрение итогов научной работы в практику — прямая моральная и служебная обязанность каждого ученого (Киев)	139

Е. Ф. Чернов. О внедрении научных исследований по хирургической стоматологии в практику (Алма-Ата)	140
Л. Р. Балон, Р. К. Колтун. Опыт применения гипотермического воздействия при свободных пересадках тканей (Ленинград)	143
А. С. Силаева. Внедрение ранних операций при врожденных расщелинах верхней губы в практику Московской области (Москва)	145
Б. Я. Булатовская, Н. С. Кузнецова, Н. А. Соломаха. Сочетание врожденных расщелин лица и нёба с другими пороками развития и лечение этих аномалий у детей в условиях областного консультационно-методического центра (Свердловск)	146
В. И. Заусаев. Внедрение в практику здравоохранения некоторых способов реопераций на нёбе после неудачной уранопластики и объективной оценки их результатов (Москва)	153
Г. А. Васильев, Е. С. Мечева, Л. А. Юдин, И. Ф. Ромачева, О. В. Рыбалов. Внедрение новых методов исследования в диагностику заболеваний слюнных желез (Москва)	157
А. Т. Бусыгин, В. Н. Гинали. Внедрение в практику тотальных препаратов для морфологических исследований (Смоленск)	161
Г. Г. Митрофанов, А. М. Соколов. О новом методе хирургической пластики капюшона при перикоронарите (Москва)	163
Ю. А. Зорин, Р. Н. Работько, Б. В. Князев. Теория и практика хирургического лечения кист челюстей с использованием метода миоспонгиозной пластики (Кемерово)	165
М. А. Макиенко. Внедрение в практику чрезкожного остеосинтеза металлическими спицами переломов челюстей (Куйбышев)	167
Н. А. Плотников. Внедрение в практику гомочелюсти для остеопластики нижней челюсти (Москва)	168
Е. С. Малевич, О. Е. Малевич, И. В. Кармазина, В. И. Слива, А. А. Водотка. Опыт использования наркоза при пластике врожденных расщелин лица (Днепропетровск)	170
В. М. Мессина, В. П. Окушко, Г. Б. Оспанова. Анализ состояния зубных дуг у детей с врожденными несквозными расщелинами нёба после уранопластики (Москва)	175
Э. В. Кимеле. Итоги цитологического исследования в стоматологической практике (Рига)	179
Е. В. Груздкова. Эластичные полимеры в восстановительной хирургии лица (Москва)	181
В. А. Дунаевский, Ю. А. Шеломенцев, А. П. Тумпене. Применение полимеров со специальными свойствами в хирургии лица и челюстей (Ленинград)	184

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В ПРАКТИКУ

Д. А. Калвеллис, Г. Ю. Пакалнс. Основные вопросы биоморфологии пародонта в протезной стоматологии (Рига)	186
Л. М. Перзашкевич. Некоторые данные о внедрении в практику исследований кафедры ортопедической стоматологии I ЛМИ им. акад. Павлова (Ленинград)	189
Н. Д. Даньков. Ортопедическое лечение патологической стираемости зубов с предвзвешенной перестройкой функции зубо-челюстной системы (Омск)	193
Л. Л. Соловейчик, Т. С. Шигабутдинов. Ортодонтический винтовой замок для лечения сложных аномалий верхней челюсти (Казань)	196
Э. П. Ширака, А. Я. Лагановский, В. Я. Кресляня, И. Э. Мелбарзде. Опыт диспансеризации ортодонтических больных (Рига)	196

Л. В. Ильина-Маркосян, Я. М. Адигезалов. Внедрение в практику ортопедической стоматологии функциональных проб для выявления аномалий прикуса, связанных со смещением нижней челюсти (Москва)	201
И. М. Оксман, Г. Г. Насибуллин, Ф. Ф. Егоров. Искусственные зубы повышенной прочности для фантомной практики по ортопедической стоматологии (Казань)	204
А. А. Ахмедов. Практическая эффективность применения штифтовых зубов собственной конструкции (Баку)	205
А. Л. Сапожников. К методике протезирования беззубых челюстей (Харьков)	207
М. С. Шварцман, У. Тей Саун. Определение протетической плоскости при отсутствии зубов (Москва)	209

П. Г. ДАУГЕ — ОРГАНИЗАТОР СОВЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Художник Г. Клява. Редактор Т. Герасимова. Худ. редактор А. Озолина.
Техн. редактор Е. Чакш. Корректоры З. Дарзниеце и С. Тайц. Сдано
в набор 20 июля 1971 г. Подписано к печати 5 ноября 1971 г. Формат
бумаги 60×90/16. Бумага типогр. № 2. 13,63 физ. печ. л. 13,63 усл.
печ. л. 13,50 уч.-изд. л. Тираж 2000 экз. ЯТ 27052. Цена
1 руб. 45 коп. Издательство «Звайгзне», г. Рига,
ул. Горького, 105. Изд. зак. № 1873/3.
Отпечатано во 2-й типографии Комите-
та по печати при Совете
Министров Латвийской
ССР, г. Рига,
ул. Дзирнаву,
57. Заказ
№ 2466.

