

*Учителю
в науке и в жизни.*

**Владимир
Александрович
КОЗЛОВ**

Санкт-Петербург
2000



Уважаемый читатель!

30 октября 2000 года исполняется 70 лет со дня рождения декана стоматологического факультета, заведующего кафедрой челюстно-лицевой хирургии с курсом ортодонтии и протезирования Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, члена-корреспондента РАМН, заслуженного деятеля науки Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора Владимира Александровича Козлова.

Эта книга — попытка рассказать о становлении и расцвете таланта хирурга, ученого, педагога, творческая жизнь которого связана с Ленинградом, Ленинградским ГИДУВом, Санкт-Петербургской медицинской академией последипломного образования.

Владимир Александрович Козлов является автором ряда оригинальных методов лечения аномалий и деформаций зубочелюстной системы, воспалительных и онкологических заболеваний, повреждений и хронических патологических состояний органов челюстно-лицевой области. Научная и клиническая деятельность В.А. Козлова получила широкую международную признательность, он является членом правления Всемирной Ассоциации челюстно-лицевых хирургов.

Тысячи врачей, прошедших обучение на кафедре, возглавляемой В.А. Козловым, десятки воспитанных им ученых и педагогов активно работают в здравоохранении, обучают специалистов, и развивают стоматологическую науку.

Сегодня мы имеем все основания утверждать — стоматологическая школа В.А. Козлова состоялась, она существует и развивается.

Ученики и ученики учеников
В.А. Козлова

Владимир Александрович КОЗЛОВ
(к 70-летию со дня рождения)

30 октября 1930 года в семье Александра Григорьевича и Лидии Александровны Козловых родился второй ребенок, сын Владимир — будущий хирург, член-корреспондент Академии медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, профессор.

Довоенная жизнь семьи Козловых была спокойной, дружной и обеспеченной, но так продолжалось недолго. Отец, Александр Григорьевич, призван в действующую армию, принимает участие в боевых действиях во время Финской компании, где получает ранение. Во время Великой Отечественной войны он находится на Ленинградском фронте. Мать, Лидия Александровна, всю войну провела в блокадном Ленинграде, успев отправить в эвакуацию сына.

Голодное военное детство в эвакуации, жизнь в детском доме вдали от родителей, рано сформировали в нем ответственность за судьбу окружающих его людей. Его поколение быстро взрослело. После снятия блокады В.А. Козлов возвращается в родной Ленинград. Начинается учеба в средней школе, где все ученики в классе старше его на год. В медицинском стоматологическом институте Владимир Александрович — самый младший по возрасту в группе студентов. Недавний школьник — среди мужчин, вернувшихся с войны.

В 1951 году, после окончания Ленинградского медицинского стоматологического института В.А. Козлов преподает в городе Ярославле. В 1 республиканском медицинском училище он работает в должности заместителя директора.

В 1954 году его переводят в Ленинград и поручают возглавить стоматологическую службу города. С 1959 года вся деятельность В.А. Козлова связана с Ленинградским институтом усовершенствования врачей (ныне — Медицинская Академия последипломного образования).

Защитив в 1961 году кандидатскую диссертацию на тему: "Клинико-экспериментальные исследования на реплантации зубов", В.А. Козлов продолжает педагогическую деятельность в качестве ассистента, а затем доцента кафедры челюстно-лицевой хирургии. По материалам диссертации, в 1963 году, он публикует свою первую монографию "Реплантация зубов".

Организационные способности В.А. Козлова проявились в 50-е годы, когда он, возглавляя стоматологическую службу Ленинграда, много сделал для ее реорганизации. При его участии впервые в стране разработана и внедрена система плановой санации полости рта детей в условиях летней оздоровительной кампании в

пионерских лагерях, организованы и проведены три научно-практические городские конференции.

С 1964 по 1966 год В.А. Козлов находится в г. Тегеране (Иран) в качестве директора советского госпиталя. Здесь он организует большую работу по строительству и оборудованию нового здания госпиталя, за что дважды отмечен "Почетным знаком" исполкома СОКК и КП СССР.

Докторскую диссертацию "Пересадка зубов", посвященную проблеме одонтопластики, Владимир Александрович успешно защитил в 1971 году. В этой работе продолжена разработка начатого в кандидатской диссертации направления. Выполненные исследования по определению характера сращения кости и имплантируемого объекта заложили фундамент современного раздела стоматологии — имплантации искусственных опор для зубного протезирования.

С 1972 года В.А. Козлов — доктор медицинских наук, а с 1974 года — профессор по кафедре хирургической и ортопедической стоматологии Ленинградского ГИДУВа. В 1974 году он избран заведующим кафедрой, которой руководит до настоящего времени.

С 1969 года В.А. Козлов возглавляет клинику челюстно-лицевой хирургии. В 1974 году он создает городской центр реабилитации больных с травмой и Северо-Западный центр диспансерного наблюдения за детьми с аномалиями тканей челюстно-лицевой области. В 1985 году — организует отделение восстановительной челюстно-лицевой хирургии и однодневный стационар для осуществления плановой санации полости рта больным с сопутствующими соматическими заболеваниями с применением современных методов обезболивания и лечения. На протяжении 30 лет он успешно руководит работой 120-ти коечного стационара. В 1978 году В.А. Козлов награжден значком "Отличник здравоохранения".

В.А. Козлов автор более 400 опубликованных научных работ, в том числе 5 руководств, 3 монографий, 4 книг, 23 учебных и методических пособий, редактор 9 сборников научных работ, автор 10 изобретений. В 1992 году он, в качестве председателя оргкомитета, организует работу XVII международного конгресса челюстно-лицевых хирургов в г. Санкт-Петербурге. По инициативе В.А. Козлова с 1994 года в Санкт-Петербурге проведено 5 международных конференций челюстно-лицевых хирургов и стоматологов.

Основным направлением его научных исследований является изучение проблем восстановительной хирургии и челюстно-лицевой травматологии, воспалительной хирургии, онкостоматологии и организации помощи больным.

Результатами его исследований являются:

- создание нового, получившего мировое признание, направления комплексного лечения врожденных аномалий тканей челюстно-лицевой области у детей с первого дня рождения до 20-летнего возраста в условиях диспансерного наблюдения.
- разработка всех видов одонтопластики и определение типов возникающих сращений, что подготовило развитие нового направления в стоматологии — имплантологии;
- создание функционального направления в челюстно-лицевой травматологии, разработка классификации осложненных форм, концепции патогенеза и метода прогнозирования посттравматического остеомиелита, внедрение новых методов лечения мицелкового отростка нижней челюсти и назоорбитального комплекса.
- разработка методики прогнозирования тяжести течения острой одонтогенной инфекции и топической диагностики околочелюстных флегмон, создание модели хронического синусита, обоснование щадящей синусотомии, определение оптимальных сроков оперативного лечения больных с ороантральным сообщением, получение экспериментальной модели эпидемического паротита и установление роли этого заболевания в патогенезе хронических неспецифических бактериальных паротитов, обоснование способа лечения острого паротита, разработка методики резекции околоушной слюнной железы с сохранением ветвей лицевого нерва;
- определение частоты несоответствия результатов гистологических исследований клиническим проявлениям онкологических заболеваний различной локализации в челюстно-лицевой области, определение показаний к выбору метода и объема оперативного лечения.

Эти направления научных исследований В.А. Козлова получили свое дальнейшее развитие в работах его многочисленных учеников. При консультации и под его руководством выполнено и защищено 6 докторских и 26 кандидатских диссертаций. Он неоднократно представляет стоматологическую науку за рубежом.

В.А. Козлов — президент Ассоциации стоматологов г. Санкт-Петербурга, главный специалист Комитета по здравоохранению мэрии г. Санкт-Петербурга, член Совета Российской Ассоциации стоматологов, член редколлегии журнала "Вестник хирургии им. И.И. Грекова", член редакционных советов журнала "Стоматология" и газеты "Стоматология Санкт-Петербурга". На XVIII Всемирном Конгрессе челюстно-лицевых хирургов в 1993 году (Бельгия) он избран членом правления всемирной Ассоциации челюстно-лице-

вых хирургов, является членом ряда ученых и специализированных советов.

На протяжении ряда лет В.А. Козлов возглавляет в СПб МАПО проблемную комиссию "Стоматология". Его роль в организации научных исследований наглядно подтверждается результатами работы пяти стоматологических кафедр академии. В период 1996 — 2000 г.г. защищено 6 докторских и 25 кандидатских диссертаций, издано 3 монографии и 4 сборника научных работ, 55 учебных пособий, опубликовано более 230 статей, получено 55 Патентов РФ.

В 1997 году В.А. Козлов избран первым деканом вновь созданного стоматологического факультета. Результаты работы нового факультета показывают, что по своим показателям он не уступает подразделениям академии, опыт работы которых исчисляется десятилетиями, а наш декан полон новых замыслов и планов.

Владимир Александрович Козлов — опытный организатор, крупный ученый, высококвалифицированный хирург, талантливый педагог. Его отличает высокое чувство долга, это принципиальный, отзывчивый, требовательный к себе и сотрудникам человек. Он пользуется огромным авторитетом у больных, любовью и уважением слушателей и сотрудников академии.

В. А. Козлов

РОЛЬ НАДКОСТНИЦЫ В ПРОЦЕССЕ ПРИЖИВЛЕНИЯ РЕПЛАНТИРОВАННЫХ ЗУБОВ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Из кафедры челюстно-лицевой хирургии (зав. — член-корреспондент АМН СССР проф. А. А. Лимберг) и кафедры патологической анатомии (зав. — проф. П. В. Сиповский) Ленинградского института усовершенствования врачей.

(Статья опубликована в журнале "Стоматология" в 1962 году)

Вопрос о роли надкостницы в процессе приживления реплантированного зуба до настоящего времени остается дискуссионным.

Немтцоглу (Nemtsoglou), Хаммер (Hammer), Шмидт (Schmidt) и др. считают, что время жизнеспособности реплантата непосредственно зависит от сохранения его надкостницы. Митчерлих (Mitscherlich), Вайль (Weil), напротив, утверждают, что надкостница не имеет какого-либо значения для жизнеспособности реплантированного зуба и неминуемо гибнет в процессе его приживления, а потому может быть удалена. Наконец, Хруска (Hruska), Хайс (Heiss), Шен (Schon) придерживаются мнения, что сохраненная надкостница важна лишь в процессе приживления реплантата, но не оказывает никакого влияния на срок его жизнеспособности.

В целях изучения процесса приживления реплантированных зубов в различные сроки после операций были проведены опыты на собаках. Мы стремились определить роль надкостницы в процессе приживления реплантата и выяснить характер возникающего сращения между корнем зуба и окружающими его тканями.

Было использовано 8 собак в возрасте от 1 года 8 месяцев до 6 лет, у которых проведена реплантация 32 зубов.

При оперативных вмешательствах использовали морфиноэфирный или морфино-гексеналовый наркоз.

Зубы, подлежащие операции, удаляли при помощи прямых элеваторов. Дальнейшую обработку зубов и их альвеол проводили различно в 4 сериях опытов. Первая серия — надкостницу корня зуба и альвеолы сохраняли, т. е. корень удаленного зуба и его альвеолу не подвергали никакой обработке; вторая серия — удаляли (соскабливали) надкостницу с корня зуба, стенки альвеолы реплантата не подвергали обработке; третья серия — удаляли надкостницу с кортикальной пластинки альвеолы зуба, надкостницу корня зуба сохраняли; четвертая серия опытов — удаляли надкостницу с корня зуба и из его альвеолы.

После обработки зубов и стенок их альвеол лунки промывали из шприца струёй физиологического раствора, засыпали в них сухой пенициллин (по 50000 ЕД в каждую) и каждый из зубов помещали в соответствующую ему лунку.

Выключения реплантированных зубов из прикуса не проводили. Реплантированные зубы закрепляли двойной параллельной шиной из алюминиевой проволоки.

Методика эксперимента предусматривала проведение всех 4 серий оперативных вмешательств на каждом из подопытных животных.

В различные сроки послеоперационного периода — через 1, 2, 4, 6 и 12 месяцев — подопытных животных забивали, после чего выпиливали часть челюсти с реплантированными зубами и с прилежащими к ним мягкими тканями (костные блоки). Полученные препараты подвергали гистологической обработке и последующему изучению.

Первая серия опытов. На гистологических срезах костных блоков, выпиленных из челюстей животных через месяц после реплантации зуба, границы его контурируются четко. Десневой карман расширен и на всем протяжении выстлан эпителием, под которым определяются небольшие лимфоцитарные скопления. Каких-либо заметных изменений тканей периодонта отметить не удается.



Рис. 1

Корень зуба плотно закреплен в лунке фиброзными спайками, переходящими из цемента в стенки зубной лунки (рис. 1). Как в этот период, так и в последующие сроки (через 2, 4, 6 и 12 месяцев) цемент корня реплантата выражен отчетливо, иногда несколько утолщен в объеме (гиперцементоз) с явно выраженным нарушением известкового обмена (неправильной формы пятна и демаркационные линии).

Через 6 месяцев после операции просвет десневого кармана несколько расширен и на всем протяжении выстлан эпителием. Слой цемента не везде одинаковой толщины. Периодонт выступает отчетливо. Ясно виден и слой надкостницы. Изменения в костной ткани зубной лунки определяются не везде; местами их нет, и можно отметить лишь нарушение распределения солей извести. В других местах костная ткань лунки подвергается рассасыванию.

Все указанные изменения наблюдаются преимущественно в периферических участках лунки и там, где имеются воспалительные инфильтраты. В глубине зубной лунки костная ткань без видимых изменений.

Через 12 месяцев десневые карманы без изменений, воспалительные явления отсутствуют. Зуб плотно закреплен в лунке. Хорошо определяющиеся волокна периодонта частично гиалинированы. Стенки альвеолы на одних участках не изменены, на других претерпевают дистрофические изменения. Между костными балками сохраняется живой костный мозг. Сосуды несколько расширены, кровенаполнение умеренное.

Вторая серия опытов. Через месяц после реплантации зуба (гистологическое исследование срезов костных блоков, выпиленных из челюсти) зуб плотно укреплен в лунке. Десневые карманы несколько расширены. Под эпителиальным слоем и в более глубоком расположенных тканях видны множественные воспалительные инфильтраты смешанного клеточного состава с преобладанием лейкоцитов. Стенки лунки реплантата сохраняют свой обычный вид и компактность. Нарушено распределение солей извести (демаркационные линии).

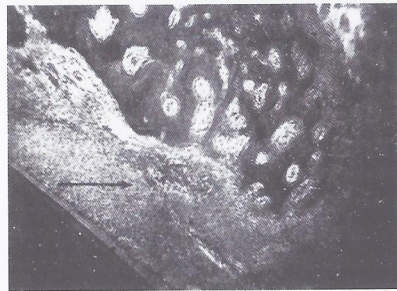


Рис. 2

Явления резорбции костной ткани определяются лишь в самых периферических отделах зубной лунки. Связочный аппарат периодонта состоит из плотных фиброзных тяжей, расположенных в различных направлениях. Надкостница зубной лунки выступает не везде отчетливо.

Аналогичная картина наблюдается через 2 и 4 месяца. Спустя 6 месяцев в окружающих корень зуба тканях отмечаются уже некоторые изменения: в некоторых местах эпителий разрастается и внедряется в глубокие подлежащие ткани в виде отдельных выростов; кроме того, видны участки обызвествления неправильной формы и очаги оссификации — метапластическое превращение плотных соединительнотканых тяжей в костную ткань (рис. 2). Одновременно заметно перестраивается стенка альвеолы реплантированного зуба: наряду с ее рассасыванием происходит процесс компактизации, приводящий к ее утолщению.

Через 12 месяцев зуб плотно укреплен в лунке. Десневые карманы несколько расширены, выстланы тонким слоем эпителия, который местами погружается в подлежащие ткани. В верхней части

десневого кармана видны воспалительные инфильтраты смешанного клеточного состава. Пространство между зубом и лункой в пределах нормы или сужено за счет разрастающейся новообразованной костной ткани со стороны лунки и увеличения слоя цемента.

Одновременно в стенке лунки отмечается резорбция костных балок. Существенные изменения наблюдаются и в цементе корня реплантированного зуба, толщина которого становится неравномерной, и на некоторых участках принимает вид выдающегося бугра (гиперцементоз).

Третья серия опытов. Через месяц после реплантации зуба последний плотно укреплен в лунке. Периодонтальная щель несколько расширена. Десневые карманы выражены нечетко. Воспалительные явления незначительны. Отмечается разрастание молодой остеoidной ткани со стороны стенки лунки. Новообразованная ткань без резких границ переходит в волокна периодонта, последние частично замещены плотными фиброзными тяжами, местами рыхло расположенными. Толщина цемента на разных участках одинаковая, видны многочисленные демаркационные линии различной величины и толщины.

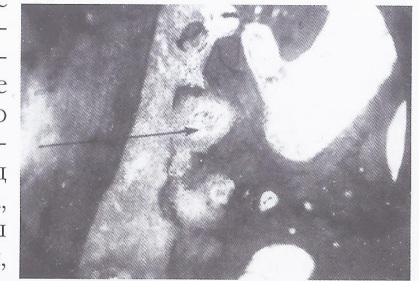


Рис. 3

Через 2 месяца после реплантации зуба на гистологических препаратах определяется активный процесс костеобразования: молодая остеoidная ткань, сливаясь с волокнами периодонта, выполняет пространство, образующееся между корнем зуба и стенкой его альвеолы (рис. 3). Формирование этого процесса происходит вблизи корня зуба с образованием ткани, напоминающей по своему строению цемент.

Через 4 и 6 месяцев значительных изменений обнаружить не удастся, однако разрастающаяся молодая остеoidная ткань приводит к постепенному сужению периодонтальной щели, делая ее неравномерной на различных участках (чаще всего к концу первого года).

Четвертая серия опытов. Через месяц после операции зуб плотно закреплен в лунке. Десневые карманы глубокие, местами доходят до шейки зуба и ниже, выстланы многослойным плоским эпителием различной толщины с множественными воспалительными инфильтратами в подслизистом слое. Пространство между

зубом и альвеолой лунки в некоторых местах резко расширено, в других, наоборот, сужено и заполнено фиброзной тканью. Последняя вырастает в ткани корня зуба. Вследствие этого поверхность корня зуба становится неровной, с бухтообразными западениями.

Стенки лунки значительно изменены: в одних участках подвергаются резорбции, в других уплотняются. Не везде отчетливо выступает цемент, покрывающий корень зуба. Частично он также подвергается резорбции, что приводит к образованию глубоких выемок.

Через 2 месяца после реплантации зуба процесс резорбции усиливается: костные балки подвергаются активному рассасыванию, местами полностью исчезают, замещаясь фиброзными тяжами. Под эпителием определяются воспалительные инфильтраты смешанного клеточного состава, особенно много их в тканях периодонта и между балками губчатого строения. Всюду отмечается нарушение известкового обмена. Цемент и частично дентин подвергаются активной резорбции, причем в образующиеся полости вырастают тяжи фиброзной ткани.

Через 4 месяца наряду с резорбцией костной ткани определяется активное костеобразование, что приводит к значительному сужению периодонтальной щели: молодая остеоидная ткань плотно прилегает к цементу корня.

К концу 6-го месяца периодонтальная щель сохраняется лишь в немногих участках. К этому времени цемент и дентин подвергаются активной резорбции, вследствие чего возникают глубокие узурсы. Через толщу дентина проходят трещины. В отдельных участках стенки альвеолы практически отсутствуют: виден лишь тонкий слой истонченных костных балок, плохо обызвествленных, неправильной формы. Часть костных балок превращается в фиброзные тяжи.

Через 12 месяцев активная резорбция цемента, дентина и окружающих корень реплантата костных балок и процесс активного новообразования молодой остеоидной ткани, замещающей образующиеся лакуны, приводят к полному нарушению анатомического соотношения между корнем реплантированного зуба и окружающими его тканями. Молодая остеоидная ткань вырастает в образовавшиеся трещины дентина, разъединяя корень зуба на отдельные части.

Таким образом, в зависимости от степени сохранения надкостницы в области реплантата и его альвеолы характер сращения корня реплантированного зуба с окружающими его тканями может быть различным.

При всех видах сращения реплантированного зуба с альвеолой нарушаются обменные процессы, происходящие в цементе и окружающих его костных тканях альвеолы, что выражается в появлении неправильной формы пятен и демаркационных полос.

На всех гистологических препаратах при всех видах сращений корней реплантированных зубов с альвеолами определяется плотное прилегание десневого края к твердым тканям зуба. На первых этапах послеоперационного периода десневые карманы несколько расширены, выстланы эпителием. Позже какихлибо заметных изменений в области десневых карманов обнаружить не удается.

Выводы:

1. Характер образующегося сращения корня реплантированного зуба с его альвеолой зависит от степени сохранения надкостницы.

При полном ее сохранении образуется периодонтальный тип сращения реплантата с альвеолой, при частичном — периодонтально-фиброзный тип сращения. Полное удаление надкостницы с корня реплантата и из альвеолы обуславливает остеоидный тип сращения.

2. В зависимости от характера образующегося сращения альвеолы с реплантатом прогноз жизнеспособности реплантированного зуба будет различным: он наиболее благоприятен при периодонтальном и наименее — при остеоидном типе приживления реплантированного зуба.

3. Срок приживления (укрепления) реплантированного зуба в его лунке не зависит от характера образующегося сращения.

4. При всех видах приживления реплантированного зуба эпителий десневого кармана плотно прилегает к шейке зуба.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТОГО ПРИКУСА.

Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии
(зав. — профессор В.А. Козлов) Ленинградского института
усовершенствования врачей.

(Статья опубликована в журнале "Acta Chirurgiae plasticae" в 1978 г.)

Открытый прикус относится к числу наиболее тяжелых зубочелюстных аномалий, часто сопровождающихся затруднением носового дыхания нарушением гармоничного оформления лица и функции жевания, расстройством речи. Эта аномалия может быть наследственной или результатом нарушения роста челюстных костей в постнатальном периоде, являясь следствием развившейся деформации верхней, нижней или обеих челюстей, что и определяет разнообразие ее клинических проявлений.

В своей практической работе мы пользуемся классификацией открытого прикуса по Н. Kole (1961) и выделяем четыре группы: открытый прикус первой группы больных вызван вертикальным смещением передних зубов верхней и нижней челюсти, или обеих челюстей; деформация у второй группы больных обусловлена протрузией зубов верхней челюсти и вертикальным смещением альвеолярной части верхней челюсти в переднем ее отделе; открытый прикус третьей группы больных определяется избыточными размерами боковых отделов альвеолярных отростков верхней челюсти в вертикальной плоскости; нарушение прикуса четвертой группы больных является результатом прогения и углового излома тела нижней челюсти.

Применение методов ортодонтического лечения открытого прикуса ограничено возможностью влияния на рост челюстных костей в определенных возрастных пределах: эти методы неэффективны при исправлении наследственных аномалий. Это и определяет показания к оперативному лечению.

Под нашим наблюдением за период 1965-1976 годов находилось 67 больных в возрасте от 14 до 32 лет обоего пола с открытым прикусом.

Первую и вторую группы больных составили 16 человек в возрасте от 17 до 25 лет. Всем больным было осуществлено оперативное вмешательство — компактостеотомия в области передних зубов. Последующее ортодонтическое их лечение проводили амбулаторно, начиная его через 12-14 дней после операции. Вертикальное перемещение зубов у больных первой группы проводили

ли используя силу тяги резиновых колец. Аппаратурное вытяжение заканчивали за 35 - 40 дней. Затем, перемещенные зубы укрепляли ретенционной дугой на срок в два раза превышающий время перемещения зубов. Исправление деформации открытого прикуса у больных первой группы составило 130-150 дней (рис. 1,2).

Ортодонтическое перемещение зубов у больных второй группы производили при помощи дуги Angle в условиях поликлиники, начиная его осуществление с 12-14 дня после операции. Активизировали аппаратуру два раза в неделю. Ортодонтическое лечение всем больным было закончено в сроки до 120-140 дней (рис. 3-4).

У больных третьей группы нами осуществлена двухэтапная мобилизация боковых отделов альвеолярных отростков верхней челюсти по Schuchardt. Третью группу составили 37 больных в возрасте от 14 до 30 лет. В процессе их подготовки к операции изготавливали назубные проволочные шины с зацепными петлями. Оперативное лечение проводили в два этапа с интервалом между ними в 2-3 недели. Продолжительность лечения третьей группы больных составила в среднем 60-70 дней (рис. 5,6).

Четвертую группу составили 14 больных в возрасте от 14 до 32 лет. Им было произведено оперативное вмешательство на нижней челюсти - двухсторонняя вертикальная косая скользящая остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим сопоставлением зубов обеих челюстей в правильном прикусе. Закрепление челюстей в достигнутой окклюзии осуществляли назубными шинами с зацепными петлями и межчелюстным резиновым вытяжением. Продолжительность лечения больных четвертой группы составила 40-50 дней (рис. 7,8).

В течение первого года послеоперационного периода нами были осмотрены 64 из 67 оперированных больных. У троих из них развились рецидивы. У одного больного второй группы рецидив развился через три месяца после операции и явился результатом самовольного преждевременного снятия ретенционной аппаратуры. Спустя шесть месяцев после операции был замечен при контрольном осмотре рецидив у одного больного четвертой группы. Причиной осложнений также явилась недисциплинированность больного: им были сняты назубные проволочные шины до окончания назначенного срока и он не носил пращевидной повязки. Отсутствие свободного носового дыхания явилось причиной рецидива, развившегося через полгода у одного больного третьей группы. Отмеченные нами рецидивы у всех трех больных были частичными и никто из них не расценивал это как неудачу в осуществленном лечении.

Что же касается остальной группы — 61 больного, то жалоб они не предъявляли, результатом лечения были вполне удовлетворены. Их общее состояние было хорошим. При осмотре лица каждого из них мы не отмечали напряжения верхней губы и сглаженности носогубных и подбородочных складок. Пальпация лимфатических узлов шеи и подчелюстной области боли не вызывала. Движения нижней челюсти были свободными. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовой окраски, без видимых патологических изменений. Зубы в области зон оперативных вмешательств интактны, устойчивы. Их перкуссия не вызывала боли. Патологические десневые карманы отсутствовали. Реакция пульпы на электрический импульс электроодонтодиагноста была выше нормы лишь у больных третьей группы и составляла через один год, в среднем, 50-70 мка. У остальных групп больных данные измерений электроодонтодиагноста были в пределах нормы. В последующие сроки наблюдений за больными мы отмечали полную нормализацию ответной реакции на электроимпульс и у всех оперированных нами больных третьей группы.

На рентгенограммах в области периапикальных тканей зубов, подвергшихся вертикальному перемещению, видимых патологических изменений не определяется: отчетливо просматривается крупнопетлистая структура кости, типичная для строения верхней челюсти. Вокруг корней зубов, подвергшихся перемещению, видны равномерные непрерывные линии периодонтальных щелей. На рентгенограммах боковых отделов альвеолярных отростков челюсти больных третьей группы определяется мозаичность структур кости: результат чередования повышенного обызвествления в зонах оперативных вмешательств в кости с нечетким рисунком ее петлистого строения. Каких-либо изменений в области зубов и непосредственно прилежащих к ним костных тканей обнаружить не удается. На всех рентгенограммах видны непрерывные равномерные линии периодонтальных щелей. Изменений со стороны тканей корней зубов не определяется. Данные рентгенографических исследований зубов и периапикальных тканей больных четвертой группы никаких признаков патологических изменений не обнаружили.

Ни у кого из 47 человек, явившихся на обследование в последующие сроки наблюдений от 3 до 11 лет, мы не отмечали развития рецидива аномалий прикуса: проведенным лечением был достигнут стойкий анатомо-функциональный результат. У всех осмотренных лиц был плотный контакт зубов центральной окклюзии. Прикус в результате адаптации (саморегуляции) был близок к нормальному. Зубы, подвергшиеся к перемещению, были устойчиво,

интактны. Перкуссия их боли не вызывала. Реакция на импульс электроодонтодиагноста была нормальной. Слизистая оболочка в области зоны оперативного вмешательства - обычной окраски. Носовое дыхание свободно. Больные отмечали, что у них улучшился сон: не наблюдается пересыхания слизистой оболочки полости рта и носоглотки. На сериях рентгенограмм придаточных пазух затенения верхнечелюстных пазух не отмечено.

Больные не предъявляли жалоб и были вполне удовлетворены результатами проведенного ранее лечения.

Таким образом, проведенное изучение результатов лечения всех групп больных на отдаленных этапах наблюдений показало, что примененные нами методы комплексного исправления этой сложной аномалии обеспечили достижения стойких анатомо-функциональных исходов. Послеоперационный срок наблюдения за больными в течение одного года является исчерпывающим для оценки достигнутых результатов и в последующие периоды каких-либо заметных изменений в соотношении зубных рядов челюстей не определяется, что и исключает в дальнейшем возможность развития рецидива аномалии.

Отсутствие осложнений, способных привести к необратимым изменениям в тканях челюстно-лицевой области и возможность достижения стойких благоприятных анатомо-функциональных исходов, дают основания рекомендовать комплексное оперативно-ортодонтическое лечение открытого прикуса у взрослых больных для широкого клинического применения.

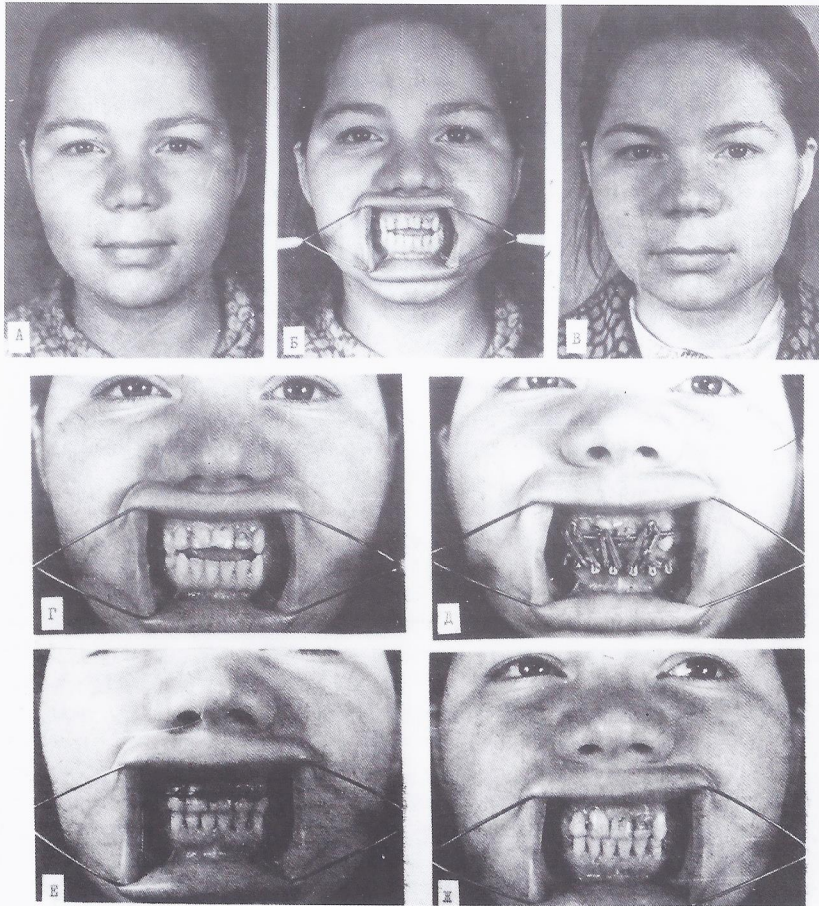


Рис. 1. Первая группа больных. Фотографии лица и прикуса больной Р, 19 лет. Диагноз: открытый прикус.
а,б,г - лицо и прикус больной до лечения;
д - прикус больной на этапе проводимого ортодонтического лечения: осуществляется межчелюстное эластическое вытяжение;
е - прикус больной на этапе ортодонтического лечения: на зубах верхней челюсти видна ортодонтическая ретенционная дуга;
в,ж - лицо и прикус больной после лечения.

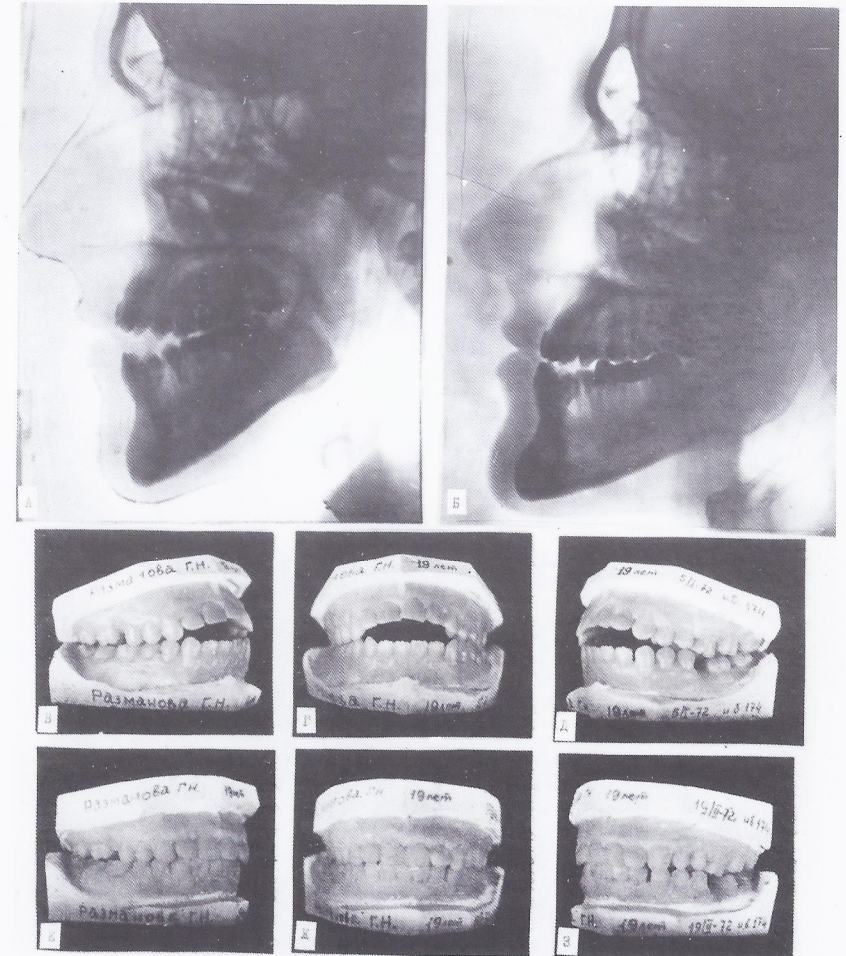


Рис. 2. Первая группа больных. Отпечатки телерентгенограмм и фотографии моделей челюстей больной Р, 19 лет.
а - телерентгенограмма больной до лечения;
б - телерентгенограмма больной после лечения;
в,г,д - модели челюстей больной до лечения;
е,ж,з - модели челюстей больной после лечения;

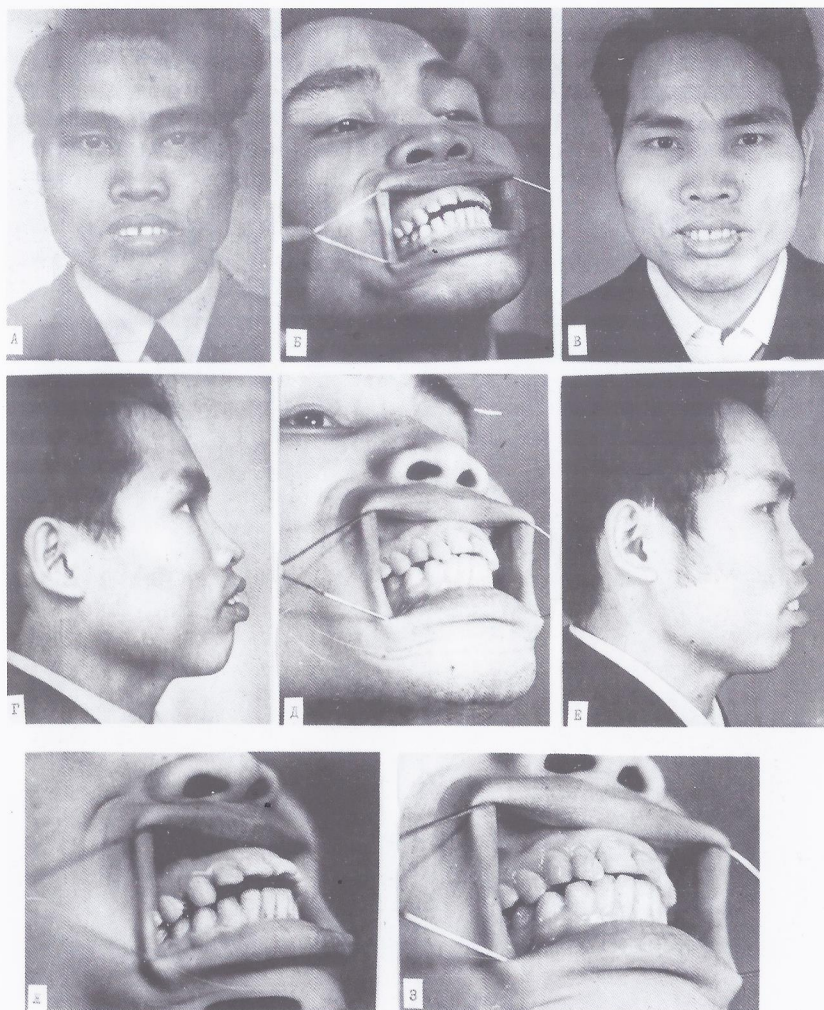


Рис. 3. Вторая группа больных. Фотографии лица и прикуса больного Д., 20 лет. Диагноз: открытый прикус.
а,б,г,ж - лицо и прикус больного до лечения. Видны тремы между передними зубами верхней челюсти;
в,е,д,з - лицо и прикус больного после лечения.

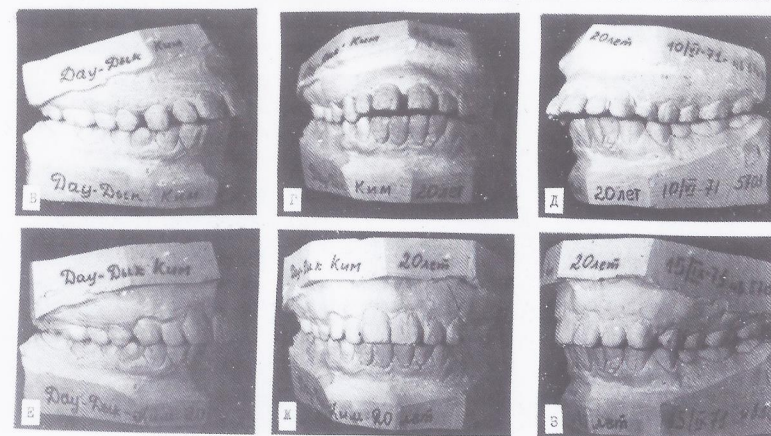
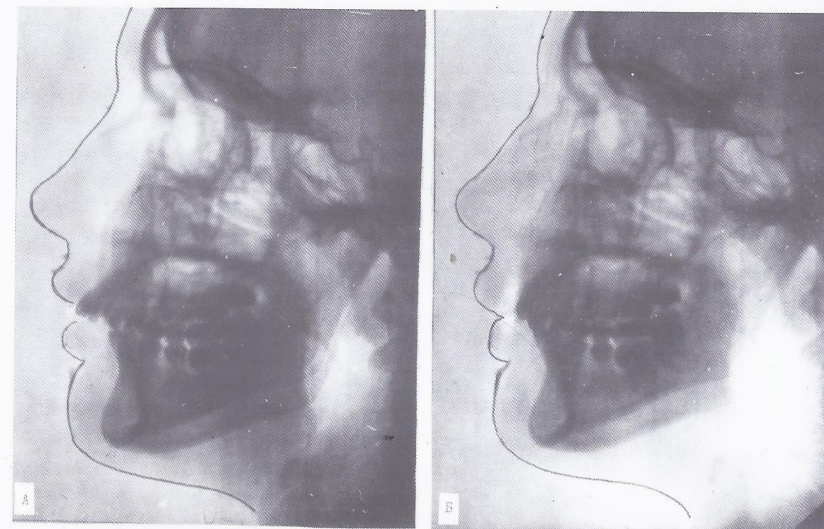


Рис. 4 Вторая группа больных. Отпечатки телерентгенограмм и фотографии моделей челюстей больного Д., 20 лет.
а - телерентгенограмма до лечения;
б - телерентгенограмма после лечения;
в,г,д - модели челюстей до лечения;
е,ж,з - модели челюстей после лечения;

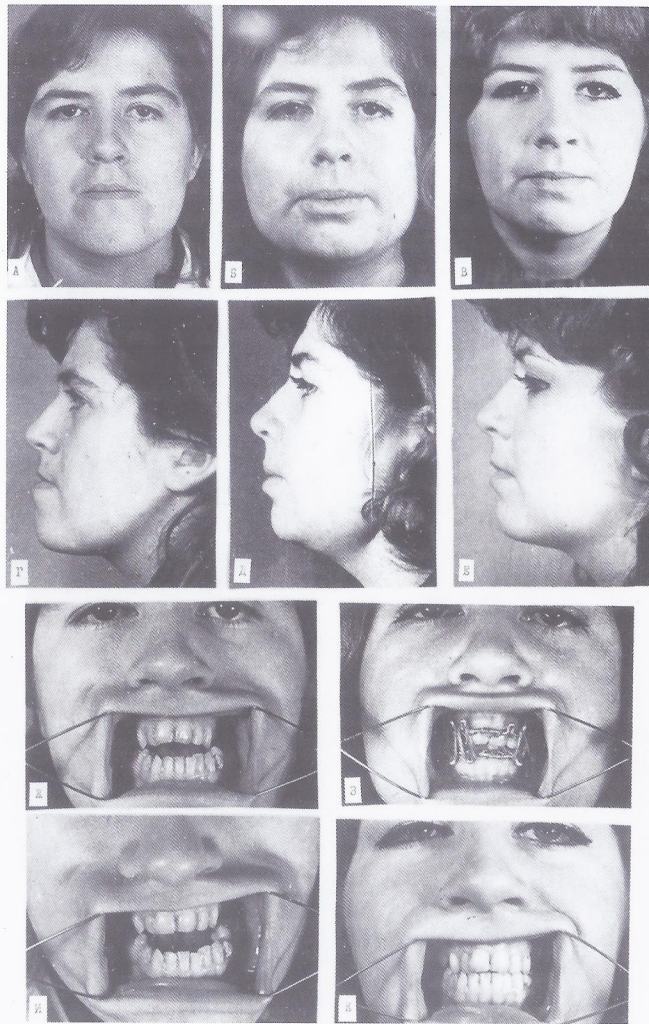


Рис. 5. Третья группа больных. Фотографии лица и прикуса больной М., 18 лет. Диагноз: открытый прикус, сужение верхней челюсти, прогения.
а,г - лицо больной до лечения;
ж,и - прикус больной до лечения;
б,д - лицо больной после оперативного лечения, при выписке из стационара;
з - прикус больной после оперативного лечения, при выписке из стационара;
е,в - лицо больной через год после лечения;
к - прикус больной через год после лечения.

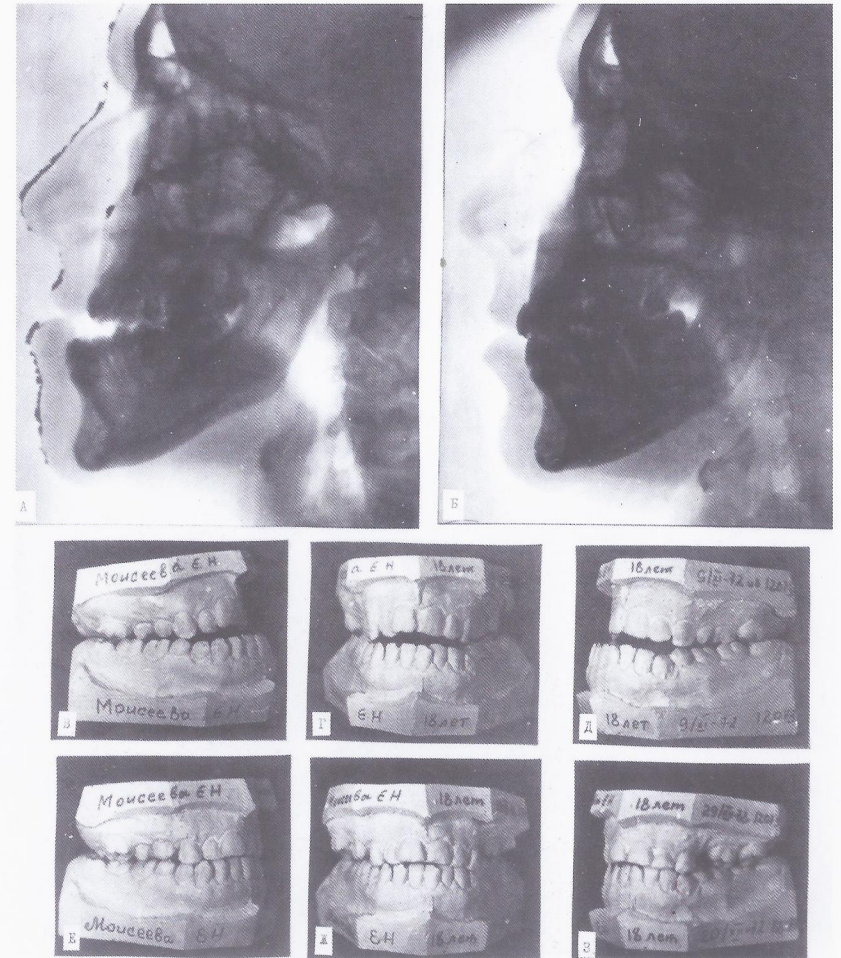


Рис. 6. Третья группа больных. Отпечатки телерентгенограмм и фотографии моделей челюстей больной М., 18 лет.
а - телерентгенограмма больной до лечения;
б - телерентгенограмма больной через год после лечения;
в,г,д - модели челюстей больной до лечения;
е,ж,з - модели челюстей больной после лечения;

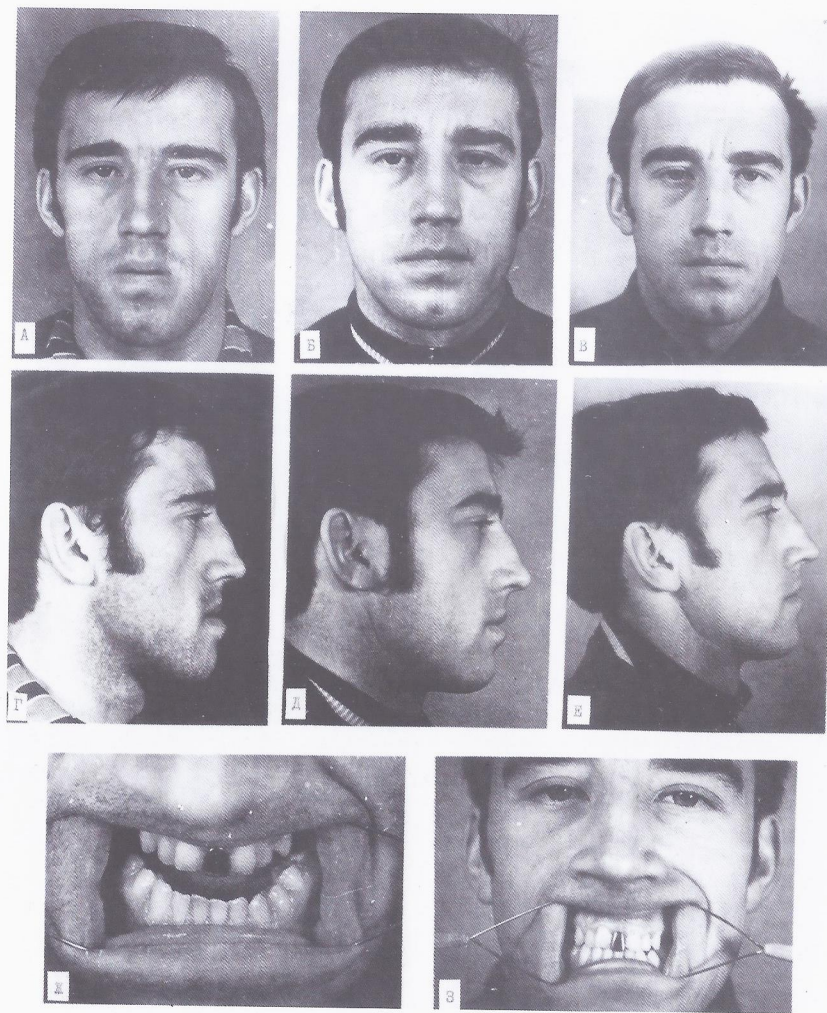


Рис. 7. Четвертая группа больных. Фотографии лица и прикуса больного Б., 24 лет. Диагноз: открытый прикус, осложненный прогенией нижней челюсти.
а, г - лицо больного до лечения: определяется удлинение нижней трети лица, выстояние вперед подбородка, нижняя губа перекрывает верхнюю;
ж - прикус больного до лечения;
б, д - лицо больного после лечения;
в, е - лицо больного через год после лечения;
з - прикус больного через год после лечения.

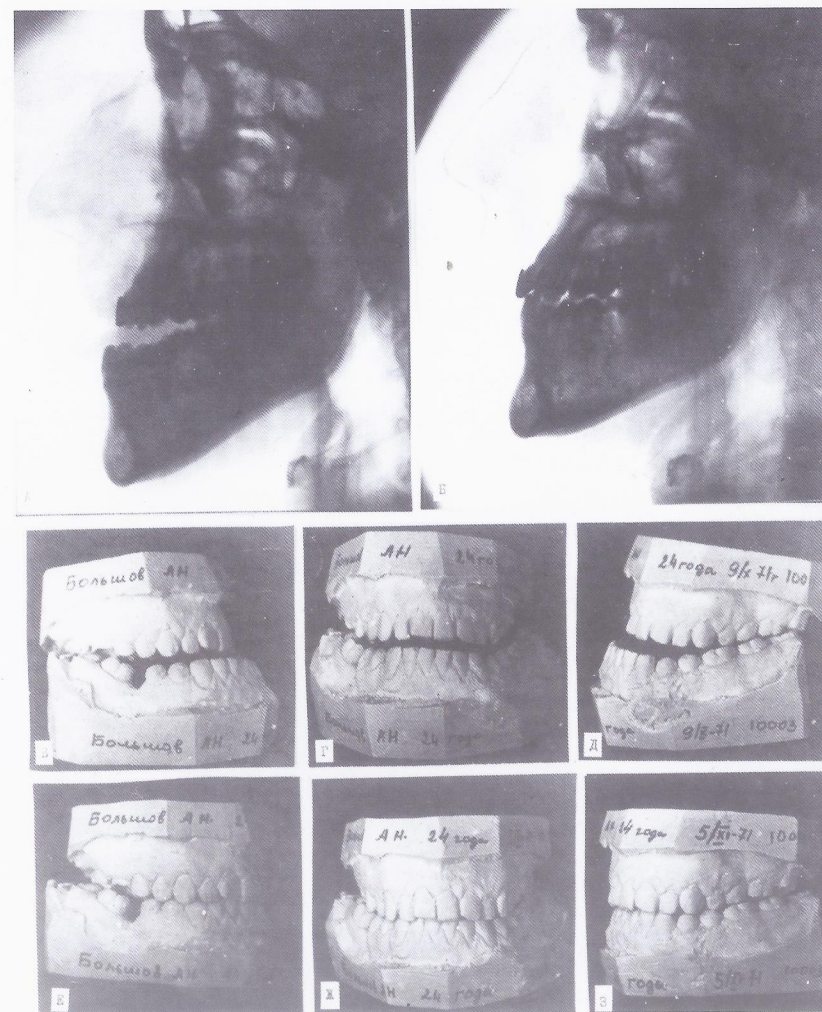


Рис. 8. Четвертая группа больных. Отпечатки телерентгенограмм и фотографии моделей челюстей больного Б., 24 лет.
а - телерентгенограмма до лечения;
б - телерентгенограмма после лечения;
в, г, д - модели челюстей до лечения;
е, ж, з - модели челюстей после лечения.

Монографии В.А. Козлова

- Реплантиция зубов.- *Л.: Медицина, 1964*
- Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях.- *Л.: Медицина, 1973*
- Одонтопластика.- *Л.: Медицина, 1974*
- Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях.- 2-е изд.- *Л.: Медицина, 1980*
- Лечение аномалий челюстно-лицевой области. /Под ред. В.А. Козлова.- *Ташкент: Медицина, 1982*
- Травмы тканей челюстно-лицевой области.- *М., 1985*
- Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике.- *М.: Медицина, 1985*
- Неотложная стационарная стоматологическая помощь.- *Л.: Медицина, 1988*

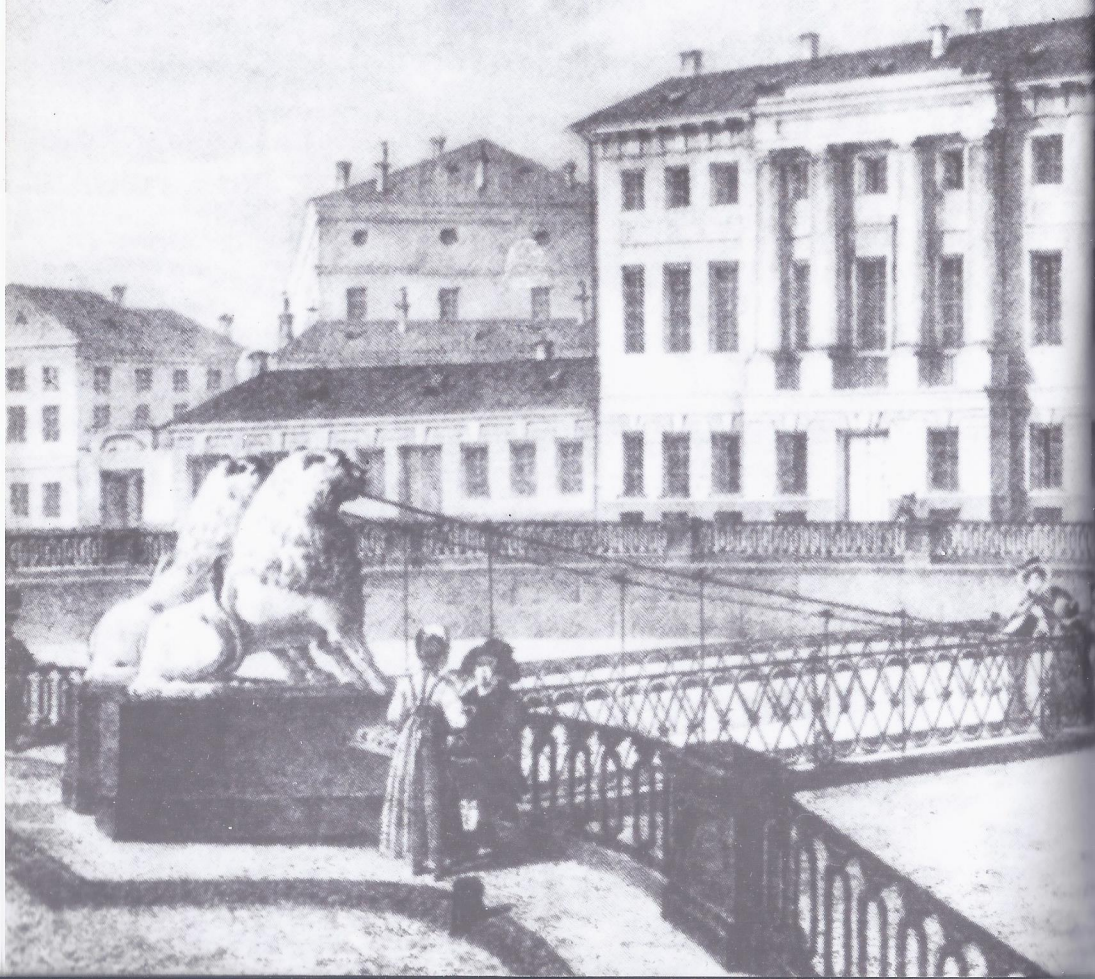
Ученики, защитившие докторские и кандидатские диссертации под руководством В.А. Козлова

Сардарова Э.А.	Г. Ташкент	1972 г.
Корик Б.М.	Г. Ленинград	1973 г.
Михеев К.К.	Г. Якутск	1975 г.
Кисляков А.Н.	Г. Ленинград	1974 г.
Цимбалистов А.В.	Г. Ленинград	1981 г.
Паканаев Р.Б.	Г. Ташкент	1982 г.
Дунаевская Н.Н.	Г. Ленинград	1984 г.
Цимбалистова Е.А.	Г. Ленинград	1985 г.
Цыплакова М.С.	Г. Ленинград	1986 г.
Артюшенко Н.К.	Г. Ленинград	1986 г.
Трошкова Г.Б.	Г. Ленинград	1987 г.
Амиридзе З.В.	Г. Тбилиси	1987 г.
Девдариани Д.Ш.	Г. Тбилиси	1988 г.
Котов Г.А.	Г. Ленинград	1988 г.
Камалов Р.К.	Г. Нукус	1988 г.
Рубежова И.С.	Г. Ленинград	1989 г.
Гольшев А.Я.	Г. Ленинград	1990 г.
Шендеров А.Ю.	Г. Ленинград	1990 г.
Золотухин И.В.	Г. Псков	1990 г.
Мушковская С.С.	Г. Ленинград	1992 г.
Филатов А.В.	Г. Ленинград	1993 г.
Попов С.А.	Г. Санкт-Петербург	1995 г.
Цимбалистов А.В.	Г. Санкт-Петербург	1996 г.
Давлетшин Н.А.	Г. Уфа	1996 г.
Силин А.В.	Г. Санкт-Петербург	1996 г.
Хрусталева И.Э.	Г. Санкт-Петербург	1997 г.
Попов С.А.	Г. Санкт-Петербург	1999 г.
Никитина Л.И.	Г. Чебоксары	1999 г.
Азарченко К.Я.	Г. Санкт-Петербург	1999 г.
Перова М.Д.	Г. Краснодар	1999 г.
Шалак О.В.	Г. Санкт-Петербург	2000 г.
Косырева Т.Ф.	Г. Москва	2000 г.

Мгновения,

Мгновения,

Мгновения...



Отец, Александр Григорьевич с сыном Владимиром. Ленинград, 1939 г.



Мама, Лидия Александровна с дочерью Соней и сыном. Ленинград, 1941 г.



Детство, согретое теплом и уютом

Устойчивость — качество приобретаемое, но не сразу. Ленинград, 1934 г.



Характер. Ленинград, 1939 г.

*От студента
до хирурга
и организатора
Здравоохранения*

Студент 3 курса.
Ленинград, 1949 г.



Первая городская научно-практическая конференция
стоматологов.

Слева направо: зав. стоматологическим отделением п-ки 37
А.И. Аптекарь, старший инспектор стоматологической помощи
Ленгорздравотдела В.А. Козлов, профессор И.С. Рубинов,
профессор М.Д. Дубов, зав. хирургическим отделением I-ой
стоматологической поликлиники В.А. Дунаевский, чл.-корр. АМН
А.А. Лимберг, главный стоматолог Советской Армии, полковник
А.И. Рыбаков, доцент ВМА Б.Д. Кабаков.
Ленинград, 1957

Чтобы что-то придумать,
сначала следует
задуматься.
Ленинград, 1965 г.

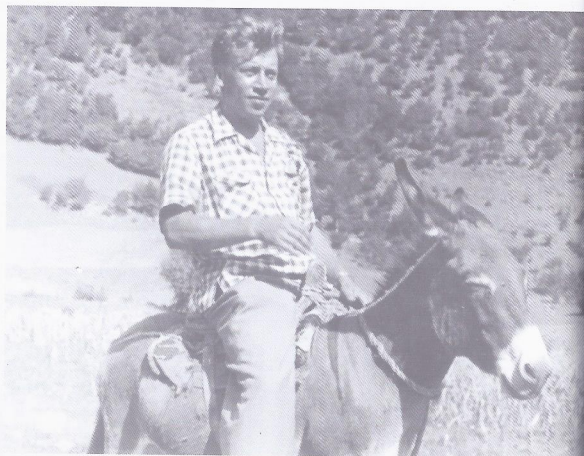


Прием гостей из ФРГ.
Тегеран, 1965 г.



Директор госпиталя
Тегеран, 1965 г.

Все еще только
начинается



Автомобиль появится
не скоро.
Военно-грузинская дорога,
1958 г.

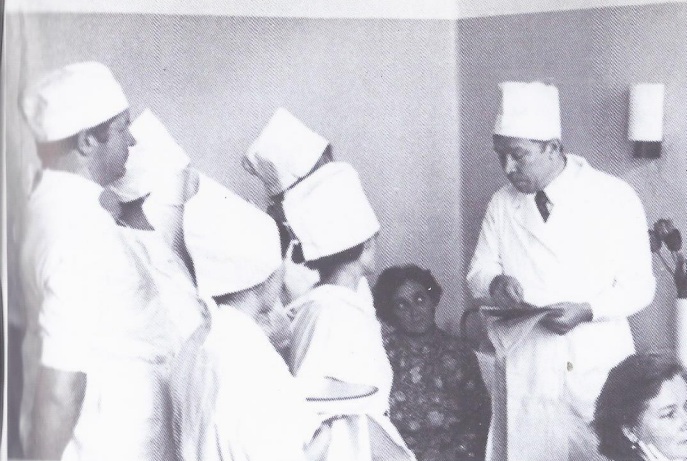
Так родилась идея
пересадки зубов.
Окрестности
Ленинграда, 1956 г.



"Спорим, я буду профессором!"
Ленинград, 1956 г.

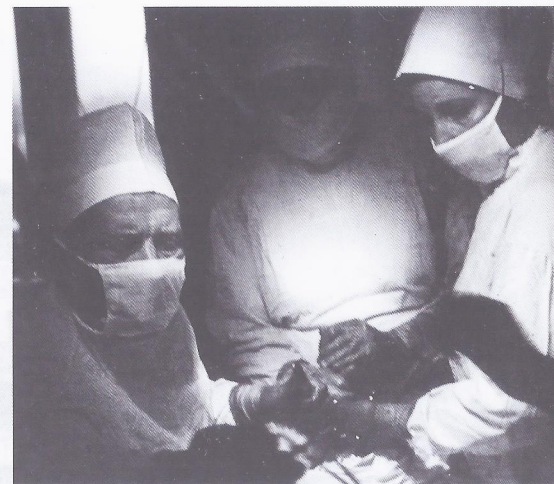


Чем дальше, тем труднее.
Швейцария, 1957 г.



Учиться нужно у
постели больного.
Обход и клинический
разбор.
Ленинград, 1975 г.

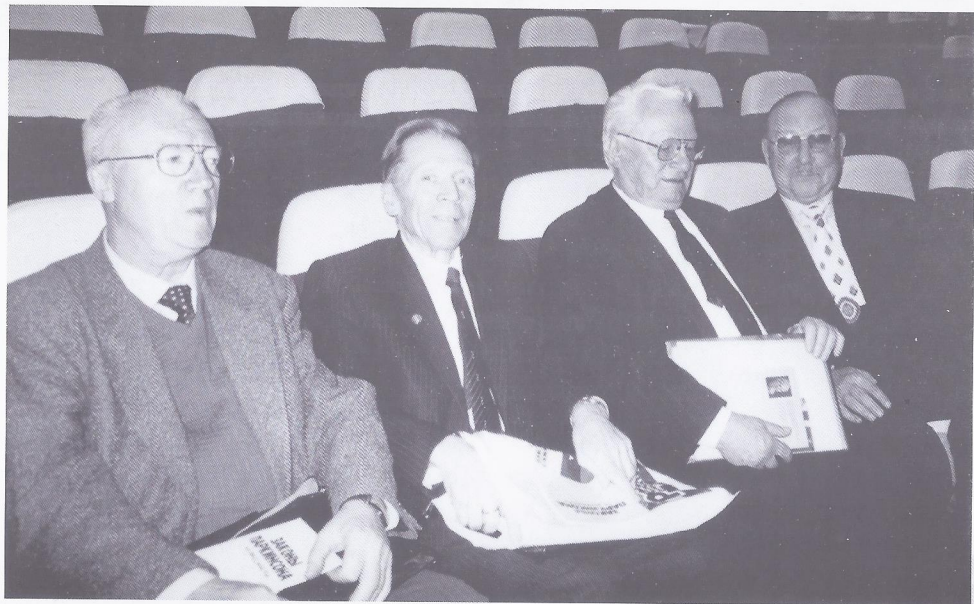
"Лечкая"
профессорская
жизнь



Челюстно-лицевая хирургия.
Расчет и точное исполнение.
Санкт-Петербург,
90-е годы



100-летие
Ленинградского
научного общества
стоматологов. Академик
А.И. Рыбаков и
председатель общества,
профессор В.А. Козлов.
Ленинград, 1983 г.

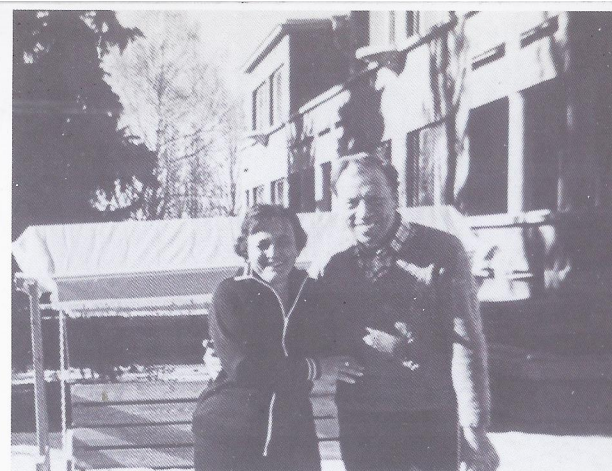


Мэтры стоматологии напряженно работают, определяя перспективы развития специальности.
V съезд СТАР, Москва, 1999 г.

Обсуждение проблем с академиком Н.Н. Бажановым не прекращается ни на минуту.
Пиво "Академическое".
Москва — Санкт-Петербург, 1999 г.



Всегда вместе.
Кисловодск, 1990 г.

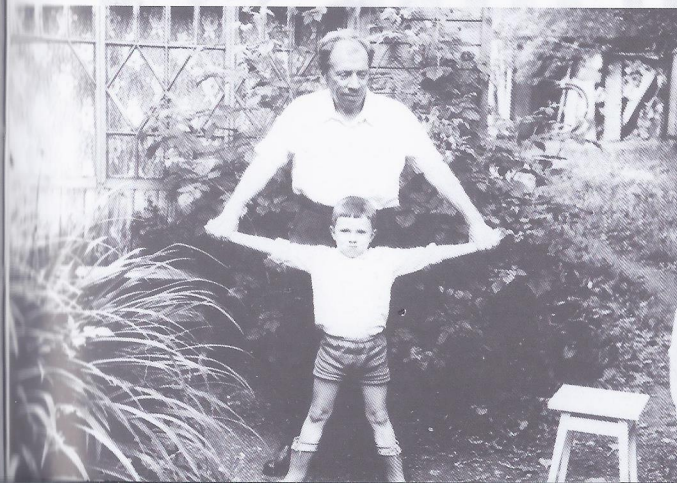


Надежда стоматологии.
Германия, 1998 г.



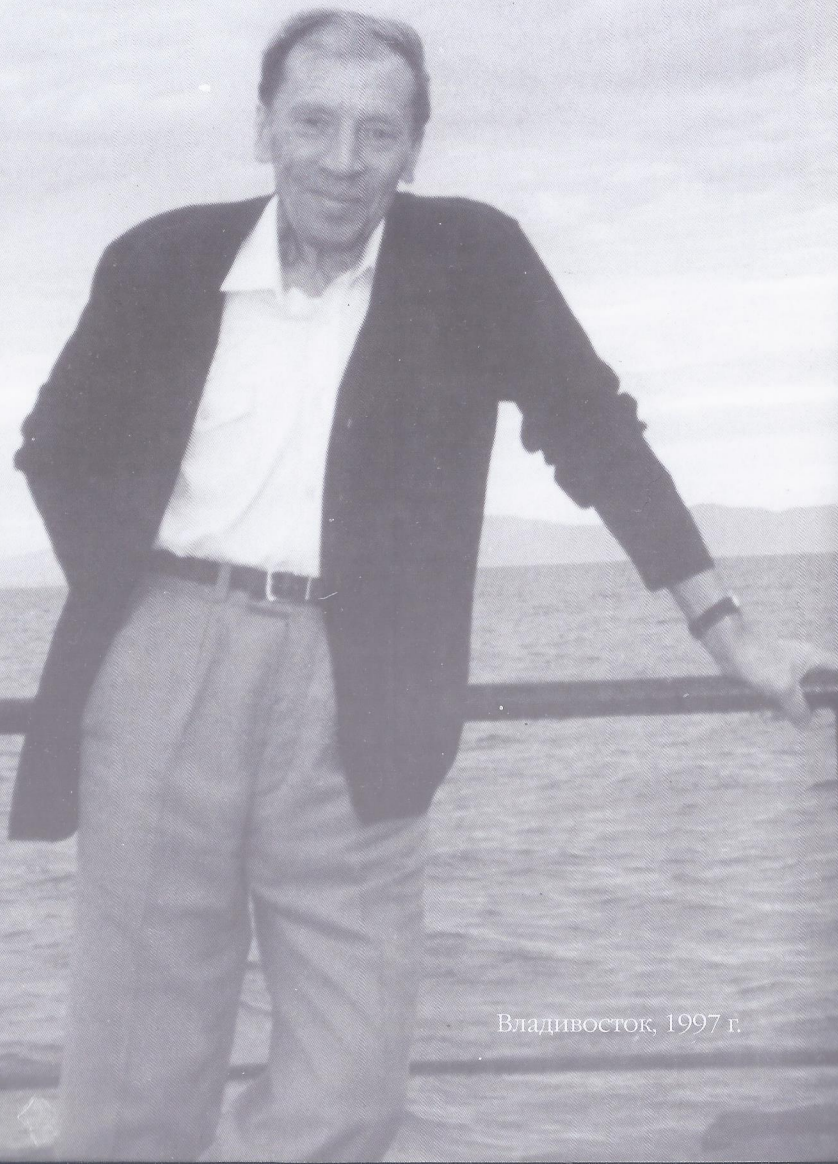
*Моя семья
— моя опора*

Будущий кандидат медицинских наук нуждается в поддержке.
Ленинград, 1960 г.



Наследник должен развиваться всесторонне, т.е. во все стороны.
Кикерино, 1990 г.

Все еще впереди



Владивосток, 1997 г.