



# ВОПРОСЫ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

▶ **ELECTRONIC JOURNAL • ОКТЯБРЬ 2020 № 32 (116)**

▶ **SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL**  
**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

САЙТ ЖУРНАЛА: [HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)

ИЗДАТЕЛЬСТВО: [HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](https://scientificpublications.ru)

СВИДЕТЕЛЬСТВО РОСКОМНАДЗОРА ЭЛ № ФС 77-65699



ISSN 2542-081X



9 1772542 081007

# Вопросы науки и образования

№ 32 (116), 2020

Москва  
2020





# Вопросы науки и образования

№ 32 (116), 2020

НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
[HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)  
EMAIL: [INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](mailto:info@scientificpublications.ru)

**Главный редактор  
ЕФИМОВА А.В.**

Издается с 2016 года.

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,  
информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)  
Свидетельство ПИ № ФС77 – 65699

Вы можете свободно делиться (обмениваться) — копировать и распространять материалы и создавать новое, опираясь на эти материалы, с **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ** указанием авторства. Подробнее о правилах цитирования:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>

ISSN 2542-081X



## Содержание

<b>ЮРИДИЧЕСКИЕ НАУКИ.....</b>	<b>4</b>
<i>Горенко М.Г., Оберемок В.О.</i> СПОСОБЫ ПРЕКРАЩЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ ДОЛЕВОГО УЧАСТИЯ В СТРОИТЕЛЬСТВЕ МНОГОКВАРТИРНЫХ ДОМОВ: ПУТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ И ОШИБКИ ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ.....	4
<b>ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ НАУКИ.....</b>	<b>9</b>
<i>Пятнова М.Д.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТВОРЧЕСКИХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА УРОКАХ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В НАЧАЛЬНЫХ КЛАССАХ.....	9
<b>МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ.....</b>	<b>15</b>
<i>Сажина О.С., Клёмин В.А., Кубаренко В.В.</i> ПЕРИАПИКАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС БЕЗ СВИЦА (КОД - К.04.7) – КЛИНИКА, КЛАССИФИКАЦИЯ.....	15

## СПОСОБЫ ПРЕКРАЩЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ ДОЛЕВОГО УЧАСТИЯ В СТРОИТЕЛЬСТВЕ МНОГОКВАРТИРНЫХ ДОМОВ: ПУТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ И ОШИБКИ ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ

Горенко М.Г.<sup>1</sup>, Оберемок В.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Горенко Максим Геннадьевич – аспирант,

<sup>2</sup>Оберемок Валентина Олеговна – студент,  
юридический факультет им. А.А. Хмырова,  
Кубанский государственный университет,  
г. Краснодар

***Аннотация:** в статье проведен анализ некоторых спорных вопросов прекращения обязательств из договора долевого участия. В частности, выделены проблемы правового регулирования отдельных аспектов расторжения договора. Кроме того, отмечены ошибки в толковании правовых норм, что приводит к неверному толкованию прекращения прав и обязанностей сторон.*

***Ключевые слова:** обязательства, договор долевого участия, расторжение договора, судебная практика, уступка требования.*

На сегодняшний день выделяется несколько оснований прекращения обязательств: предусмотренные законом и вытекающие из договора. К отношениям по договору долевого участия в строительстве многоквартирных домов данное деление так же применимо. И, несмотря на, казалось бы, довольно детальную регламентацию указанных способов прекращения обязательств, на практике продолжает возникать множество вопросов правового регулирования указанных отношений.

Во-первых, в практике возникают ситуации, когда правоприменитель ошибочно считает обязательство по договору долевого участия прекратившим. Так, вызывает споры вопрос о том, сохраняется ли возникшее по ранее

заключенному договору долевого участия обязательство и, соответственно, действие ФЗ «Об участии в долевом строительстве многоквартирных домов и иных объектов недвижимости и о внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации» [2] (далее – № 214-ФЗ) в случае переуступки требования в отношении цессионария. Так, Прикубанским районным судом г. Краснодара было определено, что на отношения между цессионарием и застройщиком не распространяется действие законодательства о защите прав потребителей, вытекающее из ч. 9 ст. 4 № 214-ФЗ [6].

Представляется, что такой вывод связан с неправильным толкованием норм гражданского законодательства и является не более, чем судебной ошибкой. Уступка требования заключается в переходе права кредитора к другому лицу, то есть, исходя из толкования положений ст. 382 ГК РФ, право участника долевого строительства не прекращается в рамках отношения с застройщиком, а лишь передается новому кредитору, так как в данном случае не возникает новое обязательство [1].

Еще одним вопросом, длительное время вызывающим дискуссии, является порядок расторжения договора долевого участия в одностороннем порядке застройщиком. Как указано в ч.ч. 4, 5 ст. 5 № 214-ФЗ, единственным основанием для расторжения договора по инициативе застройщика является частичное или полное невыполнение участником долевого строительства обязательства по оплате. Порядок расторжения закреплен в ст. 9 указанного ФЗ. Факт расторжения договора подлежит государственной регистрации. При этом спорным моментом является отсутствие в законе «О государственной регистрации недвижимости» обязанности Росреестра производить проверку нарушения обязательств по оплате [3]. Отсутствие законодательного закрепления необходимости такой проверки может привести к злоупотреблению застройщиком своими правами и созданию массы неблагоприятных последствий для участников долевого строительства.

В практике встречаются споры, возникающие в связи с рассматриваемой проблемой. Так, ФАС Поволжского округа при рассмотрении кассационной жалобы по вопросу признания незаконными действий регистрирующего органа по внесению в ЕГРП записи о государственной регистрации расторжения договора долевого участия в строительстве многоквартирного дома отметил возможность оспорить соответствующие действия Росреестра ввиду ненадлежащего исполнения обязанности по проверке документов и действительности сделки [7].

Представляется, что в исполнение такого умозаключения необходимо его законодательное закрепление, которое смогло бы акцентировать внимание государственного органа на необходимость такой проверки, кроме того, оно позволило бы судам правильно толковать обязанности Росреестра при регистрации указанных фактов, а также защитить интересы добросовестного участника долевого строительства без участия в многочисленных судебных разбирательствах.

Интересно, что в то время как большинство проектов направлены на защиту интересов более слабой стороны в договоре – участника долевого строительства, ряд авторов предлагает совершенно противоположные направления развития института, способные, на наш взгляд, привести к нарушению прав указанной выше стороны. Так, Саратовской областной думой в октябре 2018 г. был выдвинут законопроект, который бы внес существенные изменения в последствия признания застройщика банкротом. По указанному законопроекту вынесение определения арбитражным судом о передаче объекта незавершенного строительства и земельного участка является основанием для внесения в ЕГРН записи о прекращении ранее зарегистрированных договоров, связанных с участием в долевом строительстве. То есть после признания застройщика банкротом договор бы подлежал расторжению внесудебном порядке.

В пояснительной записке данное нововведение обосновывалось как необходимость закрепления оснований

для внесудебного расторжения первоначально заключенных договоров долевого участия между участниками долевого строительства и застройщиком, если указанный застройщик признан банкротом и уже ликвидирован как юридическое лицо. Отсутствие такого положения, как они указали, существенно затрудняет завершение строительства объектов долевого строительства вновь созданными жилищно-строительными кооперативами с привлечением инвесторов в рамках регионального законодательства [4].

Однако указанная позиция представляется спорной и необоснованной, так как Саратовская областная дума почему-то не приняла во внимание положения ст. 201.15-1, 201.15-2 ФЗ «О несостоятельности (банкротстве)», которые предусматривают возможность перехода прав и обязанностей к новому застройщику в случае банкротства первоначального [5]. В таком случае такое нововведение выглядит излишним и ущемляющим права и законные интересы участников долевого строительства, по причине чего и был отклонен.

Таким образом, можно прийти к выводу, что на сегодняшний день остается неурегулированным и вызывающим сложности ряд вопросов относительно прекращения обязательств по договору долевого участия. Но, несмотря на неоднократное указание на спорные моменты в доктрине гражданского права, а также в судебной практике, законодатель так и не принимает решений о закреплении отдельных положений нормативно, что, безусловно, неблагоприятно влияет на правовое положение участников рассматриваемых отношений.

### *Список литературы*

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая): Федеральный закон от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 1994. № 32. Ст. 3301.

2. Об участии в долевом строительстве многоквартирных домов и иных объектов недвижимости и о внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон от 30 декабря 2004 г. № 214-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 2005. № 1 (часть I). Ст. 40.
3. О государственной регистрации недвижимости: Федеральный закон от 13 июля 2015 г. № 218-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 2015. № 29 (часть I). Ст. 4344.
4. О законодательной инициативе Саратовской областной Думы по внесению в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации проекта федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»: Постановление Саратовской областной думы № 16-386 от 26 сентября 2018 г. // [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/558888-7/> (дата обращения: 29.09.2020).
5. О несостоятельности (банкротстве): Федеральный закон от 26 октября 2002 г. № 127-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2002. № 43. Ст. 4190.
6. Определение Прикубанского районного суда г. Краснодара по делу № 2-5555/2020 от 09.07.2020 г. (не опубликовано).
7. Постановление ФАС Поволжского округа по делу № А65-8940/2013 от 15.07.2014 г. // [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/39139963/> (дата обращения: 29.09.2020).

## ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

---

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТВОРЧЕСКИХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА УРОКАХ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В НАЧАЛЬНЫХ КЛАССАХ

Пятнова М.Д.



*Пятнова Мария Дмитриевна – студент магистратуры,  
факультет иностранных языков,  
Государственное образовательное учреждение  
высшего образования Московской области  
Государственный гуманитарно-технологический  
университет, г. Орехово-Зуево*

**Аннотация:** *в данной статье рассмотрены основные виды творческой деятельности, которые используются на уроках английского языка в начальной школе, целесообразность их использования и эффективность относительно классификации творческих заданий. Акцентировано внимание на чувствительности учащихся младшего школьного возраста в этом процессе, на освещении ряда факторов, способствующих и препятствующих развитию творческого мышления учащихся, раскрытии условий его эффективного формирования. Отмечено значительное влияние иностранного языка на развитие креативного мышления младших школьников.*

***Ключевые слова:** учитель иностранного языка, творчество, начальная школа, обучение, младшие школьники, дидактические игры.*

В связи с трансформациями в системе образования прослеживается тенденция к изменению организации учебного процесса и его содержания в начальной школе, поэтому такой актуальной является проблема развития творческой инициативы учителя по поиску и использования нетрадиционных, интересных, новых форм и методов работы. Это особенно важно в процессе изучения иностранного языка, поскольку от качества подготовки будущих учителей иностранных языков, их умений творчески подходить к взаимодействию с детьми будет зависеть интерес школьников в изучении языка, их прогресс и качество знаний.

Урок иностранного языка позволяет формировать творческие способности, обогащающие практический опыт учеников, их интеллектуальный потенциал, и способствует умственной активности, ведь этот предмет обладает определенной спецификой – все виды языковой деятельности направлены на развитие творчества учеников.

Творческое мышление, творческая позиция и формирования индивидуального стиля преподавания иностранного языка, по нашему убеждению, имеют исключительное значение для учителя начальной школы. Специфика работы с младшими школьниками требует креативного подхода к обучению для заинтересованности в изучении языка, поддержания интереса и достижения высоких результатов; это может осилить только педагог, умеет творчески и, главное, интересно подать учебный материал.

К основным видам творческих заданий на уроках английского языка относятся: игры, песни, рифмовки, проекты.

Творчество - это умственная и практическая деятельность, результатом которой является создание оригинальных, неповторимых ценностей, выявление новых фактов, свойств,

закономерностей, а также методов исследования и преобразования материального мира или духовной культуры; если же она новая только для его автора, то новизна субъективна и не имеет общественного значения [9, с. 104].

Творческая личность - это в значительной степени результат учебно-воспитательного процесса. Мы имеем дело с человеком, одаренным интеллектуальными, морально-волевыми и физическими способностями. Поэтому задача учителя начальной школы - побуждать учащихся к развитию их творческого потенциала, обеспечить необходимые условия для того, чтобы каждый школьник мог реализовать себя, свои индивидуальные способности, свои склонности и интересы [1, с. 168].

Технология содействие формированию творческой личности на уроках английского языка включает:

- технологию проектирования;
- технологию формирования продуктивной познавательной атмосферы;
- технологию использования на уроке учебных игр и учебно-творческих задач;
- технологию создания психологических условий подготовки школьников к творческой деятельности;
- технологию учебно-воспитательного процесса как моделирование его содержания, форм, методов соответствия с поставленной целью [7, с. 15].

Учить творчеству так, как учат стандартных действий и операций, невозможно. Для формирования креативного мышления нужно разработать особые подходы, разные формы и методы, упражнения, применение которых способствовало бы формированию и развитию данного феномена [5, с. 10].

Эксперименты П. Торранса доказали, что замедление развития творческого мышления можно устранить путем специального обучения. При этом ученый предлагает поэтапную систему развития творческого мышления, ведущая идея которого - мышление ребенка необходимо освободить от ограничений, рамок, стандартов.

Чтобы внутренняя активность личности проявила себя, преподавателю нужно внушить ученикам веру в собственные силы. Как только человек поверит в себя и скажет себе: «Я могу это сделать», она освобождает в себе творческое начало, которое потом очень трудно подавить. Добиться такого эффекта в учеников можно при определенных условиях: поощрение их высказывать свою точку зрения, предложением им решать определенные задачи, содействием раскрытию неповторимого внутреннего мира личности, формированию самомотивации и позитивного мышления, поскольку человек с позитивным мышлением. Именно позитивное мышление дает человеку веру в собственные силы, способствует достижению успеха, адаптирует ее к изменениям в современном меняющемся мире, приучает к оптимизму, самообладанию, уверенность в своих возможностях, доброжелательности, формирует положительную Я-концепцию, высокую самооценку и высокую мотивацию к учебной деятельности [9, с. 69-70].

Творческая ориентация обучения имеет целью внесения поправок к обработке и организации учебного материала и изменение взаимоотношений между учителем и учеником.

Вместе с правильным выбором средств обучения необходимым условием для эффективного формирования творческого мышления у учащихся является умение учителя сочетать различные методы обучения и соблюдение его принципов. Владение современными методами обучения (информационно презентативной, алгоритмически-действующими, самостоятельно-поисковыми) является составной психолого-педагогической компетентности [2, с. 43].

Прогресс в овладении языком зависит от того, какие задачи ставит педагог перед учениками, каким образом помогает им найти способ их решения.

По нашему убеждению, использование дидактических игр дает возможность детям творчески действовать и легче усвоить учебный материал, а учителю - творчески реализовывать поставленные перед собой цели обучения, формируя индивидуальный стиль деятельности, что в свою

очередь зависит как от личности специалиста, его индивидуальных особенностей, так и уровня профессиональной подготовки, творческих поисков в выбранной области знаний.

Педагогическая деятельность учителя иностранного языка должна быть направлена на выполнение учебной, развивающей, воспитательной, научной, организаторской функций.

Таким образом, заинтересованность младшего школьника в изучении иностранного языка в значительной степени зависит именно от учителя, его педагогического и методического мастерства, артистизма и творчества, учета ним психологических и возрастных особенностей детей, их потребностей и интересов.

### *Список литературы*

1. *Богоявленская Д.Б.* Психология творческих способностей: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений [Текст] / Д.Б. Богоявленская. М.: Академии, 2002. 320 с.
2. *Выготский Л.С.* Педагогическая психология [Текст] / Л.С. Выготский. М.: Педагогика, 1991. 532 с.
3. *Григорьева М.Б.* Использование игровых приемов на уроках иностранного языка // Иностранные языки в школе, 2011. № 10. С. 47
4. *Данилова Г.В.* Английский язык 5-9классы. Обучающие игры / авт.-сост. Г.В. Данилова. Волгоград: Учитель, 2008. 93 с.: ил.
5. *Коньшева А.В.* Игровой метод в обучении иностранному языку. – Спб.: КАРО. Мн.: Издательство «Четыре четверти», 2006. 192 с.
6. *Леонтьев А.Н.* Психологические основы дошкольной игры [Текст] / А.Н. Леонтьев. М.: Просвещение, 1969. 398 с.
7. *Лобачева Н.П.* Игры и сказки для работы над темами “What Do You Look Like?” и “What Are You Like?” // Иностранные языки в школе, 2007. № 1. С. 36.

8. *Новикова Т.* Проектные технологии на уроках и во внеурочной деятельности. // Народное образование. № 7, 2000. С. 151-157.
9. *Павленко О.О.* Использование различных форм деятельности на уроках английского языка в начальных классах / О.О. Павленко, В.В. Никулина. Текст: непосредственный // Молодой ученый, 2019. № 5 (243). С. 191-194.

### ПЕРИАПИКАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС БЕЗ СВИЦА (КОД - К.04.7) – КЛИНИКА, КЛАССИФИКАЦИЯ

Сажина О.С.<sup>1</sup>, Клёмин В.А.<sup>2</sup>, Кубаренко В.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Сажина Оксана Сергеевна – кандидат медицинских наук,  
доцент;

<sup>2</sup>Клёмин Владимир Анатольевич – доктор медицинских наук,  
профессор, заведующий кафедрой;

<sup>3</sup>Кубаренко Виктория Владимировна – ассистент,  
кафедра ортопедической стоматологии,

Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
Донецкий национальный медицинский университет  
им. М. Горького,  
г. Донецк, Украина

**Аннотация:** предложены к использованию в практической стоматологии различные клинические классификации, которые плохо совмещаются с ВОЗовской.

Другие авторы разрабатывают клинические классификации на основе международной.

Мы исходим из подхода: зачем приводить имеющиеся классификации к нормативной (международной), не лучше ли её внедрить в практикующую деятельность клинической стоматологии путём уточнения клиники и разработки клинической классификации для этого заболевания.

Целью данной статьи является описание клиники одной из форм периодонтита согласно МКБ-С. – Периапикальный абсцесс без свища (К.04.7). А также представить новую клиническую классификацию для неё [5].

Представленная классификация многопрофильная. Основа её – клиническая, с учётом анатомических и морфологических критериев. Она проста в использовании и не требует новых методов исследования. С её помощью можно определить степень тяжести поражения и решить вопрос о необходимом стоматологическом лечении. Её можно

*использовать при срочном определении статуса пациента и во время поддерживающей терапии для документирования.*

**Ключевые слова:** *периапикальный абсцесс, периодонтит, апикальная констрикция.*

Периодонтит (апикальный периодонтит) – это воспаление периодонта, характеризующееся нарушением целостности связок, удерживающих зуб в альвеоле, кортикальной пластинке кости, окружающей зуб и резорбции костной ткани от незначительных размеров до образования кист больших размеров [19].

Официальная Международная классификация болезней ВОЗ-10 пересмотра, предусматривает следующие периодонтиты [2. 17]:

К.04.4. Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения;

К.04.5. Хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулёма);

К.04.6. Периапикальный абсцесс со свищем;

К.04.7. Периапикальный абсцесс без свища;

К.04.8. Корневая киста.

Её рассматривают в статистическом аспекте использования [18].

Предложено к использованию в практической стоматологии различные клинические классификации, которые плохо совмещаются с ВОЗовской.

Другие авторы разрабатывают клинические классификации на основе международной.

Так исходя из того, что с клинической же точки зрения целесообразно выделить хронический гнойный и пролиферативный периодонтит, как предложил С. А. Вайндрух (1962), потому что это поможет определить план лечения, Биров В. М. выделяет нижеперечисленные формы периодонтита, которые почти совпадают с тем, что предложено в международной классификации болезней. На этих принципах описана им классификация.

Предусматриваются следующие формы периодонтитов:

- Острый периапикальный периодонтит пульпарного происхождения;
- Периапикальный абсцесс без полости, зубной абсцесс, дентаальвеолярный абсцесс;
- Хронический апикальный периодонтит, апикальная или периапикальная гранулёма;
- Периапикальный абсцесс с полостью;
- Корневая киста.

Но данная классификация малоизвестна практикующим врачам спорна и не нашла применения в научно-исследовательской работе.

Эти обстоятельства требуют решить проблему по периодонтиту, исключить несоответствия между принципами статистической и клинической классификациями.

Нами, исходя из подхода, зачем проводить имеющиеся классификации к нормативной (международной), не лучше ли её внедрить в практикующую деятельность клинической стоматологии путём уточнения клиники и разработки клинической классификации для этого заболевания.

Целью данной статьи является описание клиники одной из форм периодонтита согласно МКБ-С. – Периапикальный абсцесс без свища (К.04.7). А так же представить новую клиническую классификацию для неё. [5]

Работа выполнена по НИР ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО на тему: «Изучить клинико-морфологические исходы консервативного лечения деструктивно-воспалительных заболеваний пародонта при различной степени деструкции цемента корня зуба».

Для облегчения использования в практической медицине клинических форм по ВОЗУ, для каждой позиции МКБ-10, в данном случае необходимо чётко уточнить клиническую картину по каждой.

Клиника периапикального абсцесса без свища (К.04.7.). Она относится к группе «Симптоматическая».

Жалобы. Вначале отмечается не резко выраженная ноющая боль, которая локализована в области поражённого зуба.

Позднее боль становится более интенсивной, рвущей и пульсирующей, иногда иррадирует, что свидетельствует о переходе в гнойное воспаление.

Дифференциальная диагностика по жалобам. Так как обострение протекает при наличии деструктивных изменений в периодонте, то болезненность при накусывании на зуб не бывает такой резкой, как при остром серозном, тем более гнойном периодонтите. Что касается остальных симптомов (постоянная боль, коллатеральный отёк мягких тканей, реакция лимфоузлов), то они могут нарастать в такой же последовательности, как и при остром апикальном периодонтите пульпарного происхождения (К.04.04.).

Общее состояние. Больные могут отмечать недомогание, головную боль (из-за боли зубов), температура тела повышается до 37-38 °С, наблюдается лейкоцитоз, повышенная СОЭ.

Объективно. В случае наличия глубокой кариозной полости (зуб может быть нелеченым или пломбированным), отсутствие болезненности при её зондировании, резкая боль при перкуссии, как вертикальной, так и горизонтальной, но в меньшей степени. Зуб может быть изменен в цвете и даже подвижен. При осмотре в ряде случаев определяется отёк, гиперемия слизистой оболочки и нередко кожи в проекции зуба. Над областью причинного зуба возможно сглаженность переходной складки, пальпация этой области болезненна.

Чаще даёт обострение гранулирующий и гранулематозный формы деструктивного периодонтита, реже — фиброзный.

Реакция тканей зуба на температурные раздражители отсутствует.

Процесс длится от 2-3 суток до 2 недель.

Лучевая диагностика. Обострение хронического фиброзного периодонтита рентгенологически сопровождается уменьшением четкости границ, разрежения костной ткани, появлением новых очагов разрежения и остеопороза соответственно воспалительному фокусу. Рентгенологическая картина гранулематозного периодонтита в стадии обострения характеризуется потерей чёткости

границ разрежения костной ткани в апикальной части зуба, нечёткостью линии периодонта в боковых отделах периодонта и просветлением костномозговых пространств по периферии от гранулемы. Обострившийся хронический гранулирующий периодонтит рентгенологически характеризуется более выраженной изъеденностью контуров очага разрежения на фоне общей смазанности рисунка.

Электрометрическая реакция со стороны периодонта при всех формах периодонтита — свыше 100 мкА или вовсе отсутствует.

Главная цель клинической классификации — определение терминологии, которая правильно характеризует признаки и используется в общении специалистов [1].

Представленная классификация многопрофильная. Основа её — клиническая, с учётом анатомических и морфологических критериев. Она проста в использовании и не требует новых методов исследования. С её помощью можно определить степень тяжести поражения и решить вопрос о необходимом стоматологическом лечении. Её можно использовать при срочном определении статуса пациента и во время поддерживающей терапии для документирования.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

##### I. Клиническая форма:

- Серозная;
- Гнойная.

##### II. Клиническая степень процесса — 3 степени.

##### III. Фаза клинического процесса:

- интоксикация;
- выраженного экссудативного процесса.

##### IV. Течение:

- быстро прогрессирующее;
- медленно прогрессирующее;
- стабильное;
- регрессирующее (рецессирующее).

## АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ:

- V. Расположение и состояние апикальной констрикции;
- VI. Кривизна корней и каналов зуба, а так же их форма.
- VII. Заполнение каналов.

## ПАТОАНАТОМИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

### VIII. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА:

- фиброзная;
- деструктивная:
  - гранулирующая;
  - гранулематозная;
- гиперцементоз;
- киста корневая (радекулярная киста).

### IX. НАРУЖНО-ВНУТРЕННЯЯ РЕЗОРБЦИЯ.

Рассматривается согласно МКБ-С.

По происхождению:

- ятрогенная (оперативная, вызванная врачом);
- резорбтивная (неоперативная – при развитии кариеса фукационного дентина и при идиопатической внутренней резорбции).

Интересным является отсутствие какой-либо классификации по вышеперечисленным формам. Есть только для кист.

## СОПУТСТВУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ, ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ.

Существующие состояния, ошибки и осложнения:

- X. Перелом корня зуба.
- XI. Трещина в корне.
- XII. Перфорация.
- XIII. Пародонтоз – пародонтит.

P.S. По этиологическому фактору:

- инфекционный;
- медикаментозный;
- травматический.

Мы не дифференцируем разные формы с точки зрения этиопатогенеза. Большинство исследований показывают, что данные состояния инфекционные.

Данная позиция важна, но не рассматривается как первая. Поэтому считаем не выделять это в отдельный класс характеристики.

**Несколько комментариев к каждому пункту классификации по:**

### 1. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА.

Исходя из клинической точки зрения при обострении периодонтитов необходимо выделить две формы, которые имеют различный подход к плану лечения, так например: гнойная форма предусматривает необходимость проведения дополнительно к местному в ряде случаев общего лечения, тогда как серозная предусматривает преимущественно местное. Соответственно имеются и другие различия в методике лечения, которые не рассматриваются в данной работе.[3]

Образец диагноза - «Гнойный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07) 37 зуб».

### 2. КЛИНИЧЕСКИЕ СТЕПЕНИ ПРОЦЕССА.

Преимущественно является клиническая характеристика, необходимая для практического здравоохранения не меньше, чем понимание этиологии и патогенеза.[4]

По степени клинического процесса различают три степени, что соответствует следующим элементам клинического обследования и его течения.

- I степень – наличие болезненной перкуссии зуба.
- II степень – присоединяется гиперемия слизистой оболочки в области зуба.
- III степень – наличие изменений по переходной складке подвижности зуба.

Образец диагноза: «Серозный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07) 14 зуба I степень».

### 3. ФАЗА

- *Первая стадия.* Фаза интоксикации периодонта возникает в самом начале воспаления. Характерно для неё возникновение длительных, непрерывных болей ноющего характера. Иногда к этому присоединяется повышенная чувствительность при накусывании на больной зуб. Со

стороны тканей, окружающих зуб, видимых изменений не определяется, при вертикальной перкуссии отмечается повышенная чувствительность периодонта.

- *Вторая стадия.* Фаза выраженного экссудативного процесса характеризуется непрерывными болевыми ощущениями. Отмечается болезненность при накусывании на зуб; вызывает боль даже лёгкое прикосновение к больному зубу. Появляется ощущение выдвигания больного зуба из зубной дуги (симптом «выросшего зуба»). Перкуссия зуба резко болезненна. Отмечается иррадиация болей. Появление экссудата и воспалительный ацидоз способствуют набуханию и расплавлению коллагеновых волокон периодонта, что сказывается на фиксации зуба, он становится подвижным. Распространение серозного и серозно-гнойного инфильтрата сопровождается появлением отёка мягких тканей и реакцией регионарных лимфатических узлов.

Вместе с тем даже на современном уровне наших знаний выделение «первичных» и «вторичных» фаз затруднительно, а течение заболевания не всегда отражает метод излечения.[10]

Образец диагноза: «Серозный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07.), фаза - I стадия 23 зуба»

#### 4. ТЕЧЕНИЕ

По течению мы выделяем четыре группы.

В зависимости от её течения определяется тактика врача, которую можно рассмотреть на примере медленно прогрессирующей. Данная форма, безусловно, протекает при высокой резистентности, поэтому целесообразно в данном случае проводить только местные мероприятия по лечению. Прогноз в таких случаях благоприятный.[16]

Образец диагноза: «Серозный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07.) I степень 37 зуба, медленно прогрессирующий»

5. СОСТОЯНИЕ АПИКАЛЬНОЙ КОНСТРИКЦИИ (указывается только при наличии выявленной патологии). По размеру – 0,1-0,2 мм – норма. В случае 0,3-2,0 мм. – патология (открытый апекс), некоторые авторы считают, что

данное состояние апикальной конструкции 0,4 мм и больше.[14]

Это возникает в результате длительного хронического воспаления в периодонте у апикальной констрикции. Разрушается дентин, а апикальное отверстие увеличивается в размере. Формируется так называемый открытый апекс [8].

В какой-то мере состояние напоминает открытый апекс в развивающихся зубах. Однако эти два состояния имеют существенные различия.

В формирующихся зубах корневой канал широкий и соответствует по размеру апикальному отверстию [18].

Кроме того, апикальный канал защищает ткани формирующегося зуба от контактов с остеокластами, резорбирующими клетками.

В зрелых зубах апикальная резорбция чаще всего возникает в ответ на микробную стимуляцию, сопровождается увеличением сообщения содержимого системы корневых каналов с периодонтом, что в свою очередь увеличивает резорбцию. Возникает своеобразный порочный круг.[10]

Образец диагноза: «Гнойный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07.)фаза II стадия 34 зуба с открытым апексом».

Образец диагноза «Гнойный деструктивный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07.) 14 зуба с открытым апексом 0,7 мм».

**6. КРИВИЗНА КОРНЕЙ ЗУБА И КАНАЛОВ И ИХ ФОРМА** (указывается в случае, предусматривающем необходимость применения специального эндодонтического инструментария).[21]

Вид: S-образный корневой канал (корень)

C – образный корневой канал (корень)

Аномалия строения канала (корня)

Образец диагноза: «Серозный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07.)I степень 25 зуба с C – образной формой корня».

По форме расположения корней боковых зубов (моляров):[6, 22]

- растругообразная;
- цилиндрическая;
- коническая;
- бочковая.

Данная форма определяет выбор эндодонтического инструментария для качественного лечения, особенно в области бочкообразных корней, хотя имеет определённые особенности и для других форм.

Образец диагноза: «Гнойный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07.) фаза II степень 26 зуба с растругообразным расположением корней»

7. ЗАПОЛНЕНИЕ КАНАЛА. Уровень и качество obturation корневых каналов, особенно в его апикальной части определяет прогноз лечения [11, 21]:

- некротический распад, putridные массы;
- корневые пломбировочные материалы: (проведено её пломбирование)
  - Соответствует требованиям;
  - Недопломбирование;
  - Перепломбирование;
  - Недостаточная плотность пломбировочного материала;
  - Пустоты в канале;
  - Наличие штифтов и отломков инструментария эндодонтического;
  - ранее начатое лечение;
  - периодонтит на этапе лечения;
  - ранее пролеченный.

Недостаток пломбировочного материала в апикальной трети канала (недопломбировка). Этой распространённой ошибкой, которая слишком часто остаётся незамеченной. В этом случае часть канала заполняется слоем корневого цемента.

Перепломбировка или выведение пломбировочного материала за апикальные отверстия. При этом выведение пломбировочного материала за пределы апикального отверстия не гарантирует трёхмерного заполнения канала.

Пломбировочный материал – может выходить за пределы корневого канала, не обеспечивая при этом герметичной изоляции апикального отверстия [13].

Недостаточная плотность пломбировочного материала в апикальной части канала на рентгенограмме отмечается низкая рентгенологическая плотность пломбировочного материала в апикальной части канала. Определяются нечёткие контуры канала, поры и пустоты в пломбировочном материале, а так же нарушение по прилеганию к стенкам канала. Проблема становится более очевидной при использовании корневого цемента с минимальной рентгеноконтрастностью [23].

Некоторые врачи используют высокорентгеноконтрастные корневые цементы, а так же штифты и герметики из композитных материалов, которые так же обладают высокой рентгеноконтрастностью, что позволяет при их использовании выявить подобные ошибки [9].

Пустоты в канале после его окончательной obturации. Причины образования и методы устранения пор могут быть различными.. Очевидных подтверждений того, что неблагоприятных результатов лечения может быть напрямую связан с наличием в канале пустот и дефектов obturации не существует [14].

Ранее начатое (инициированное) лечение – клиническая диагностическая категория, означающая, что зуб был ранее пролечен путём частичного эндодонтического вмешательства, например, таким как пульпотомия или пульпэктомия [24].

Периодонтит на этапе лечения – когда в канале лечебные пасты.

Ранее пролеченный – клиническая диагностическая категория, которая означает, что зуб был ранее эндодонтически пролечен, а корневые каналы obturированны различными пломбировочными материалами, а не интраканальными материалами.

В современной литературе появились публикации, касающиеся осложнений именно после качественно

проведённого лечения. В связи с этим следует отметить, что понятие «качественная обтурация» нуждается в переосмыслении. Возникли попытки объяснения этого феномена. Основной причиной осложнений авторы рассматривают резидуальную инфекцию системы корневых каналов [20].

Образец диагноза: «Гнойный деструктивный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07) 36 зуба ранее пролеченный II степени».

8. Морфологическая форма - окончательный диагноз о форме периодонтита может быть установлен только после морфологического исследования, что невозможно на практическом приёме. Это проводится по рентгенологическому исследованию [4].

Не менее интересным является и отсутствие какой-либо классификации по конкретным формам. Есть это только для кист [2].

P.S. Киста корневая. Радекулярная киста.

\* Вид:

Апикальная гранулема: Размер менее 5 мм.

Кистогранулема от 5 до 8 мм.

Истинная киста / Киста-карман – более 8 мм.

\* Расположение:

Кость челюсти

Полость – верхнечелюстная пазуха.

9. РЕЗОРБЦИЯ КОРНЯ – одно из, пожалуй, самых загадочных явлений в стоматологии, которое возникает у людей в независимости от возраста, пола и состояния здоровья ротовой полости. Как бы Вы отлично ни запломбировали корневые каналы или произвели протезирование, всё это не имеет смысла, если возникла резорбция корня. Она возникает даже тогда, когда на первый взгляд пациент стоматологически здоров. Над вопросами почему она возникает? и как ее устранить? стоматологи бьются уже больше столетия. В данной статье рассмотрены виды, диагностика и лечение резорбции корня.

Виды резорбции корней. [12]

Выделяют следующие виды резорбции корней: физиологическую резорбцию корней временных зубов и патологическую резорбцию.

В зависимости от места возникновения резорбцию разделяют на наружную и внутреннюю.

По причине возникновения наружную условно делят на:

– Воспалительную

– Поверхностную

– Заместительную

– К видам наружной резорбции корня добавляется цервикальная резорбция.

Внутренняя резорбция может осложняться перфорацией.

К сопутствующим факторам возникновения относят травму, будь то острая или хроническая – постоянное механическое давление, воспаления пульпарного и периодонтального комплекса, кисты, опухоли и неизвестная этиология.

Физиологическая резорбция корней молочных зубов

Физиологическая резорбция корней молочных зубов начинается в период смены временных зубов постоянными. В основе лежит механизм избирательной активации остеокластов посредством рецептора активатора ядерного фактора каппа В (RANKL лиганды). Вместе с тем, в литературе очень расплывчато объясняется каким образом происходит резорбция пульпы и периодонта.

Известно, что резорбция временных зубов происходит равномерно, неравномерно и в области фуркации.

Равномерная резорбция характеризуется одновременным рассасыванием всех корней зуба, слабо затрагивая зону фуркации.

Неравномерная, в свою очередь, протекает на том корне, который ближе всего находится к фолликулу постоянного зуба.

Несложно догадаться, что третий вид резорбции начинается в области фуркации и только потом переходит на корни временных зубов. Поле рассасывания кости роль остеокластов берут на себя клетки пульпы и одонтобласты.

## Внутренняя резорбция корня (ВРК)

Внутренняя резорбция корня – явление бессимптомное и почти всегда выявляется случайно.

Причина, зачастую, — воспаление в пульпе и травма. Повреждение предентина, дентинных канальцев медиаторами воспаления (интерлейкины 1В, фактор некроза опухоли) стимулируют систему RANKL. Эта система избирательно активирует остеокласты в периодонтальных и/или пульпарных тканях.

Поскольку из-за внутренней резорбции нормальная пульпа превращается в гранулематозную ткань, она просвечивается сквозь ткани зуба и возникает, так называемое, «розовое пятно». Вследствие дальнейшего некроза пульпы, розовый цвет меняется на грязно-серый.

По мере прогрессирования резорбции, появляются жалобы пациента на боли, а повреждение периодонта ведет к нарастающей подвижности зубов.

## Внутренняя резорбция корня и перфорация

Протекает аналогично ВРК без перфорации, но доходит до цемента и периодонтальной связки. Исходя из этого, лечение и прогноз заболевания осложняется и зависит от размера дефекта.

## Поверхностная резорбция корня

Данный тип резорбции считают физиологическим процессом в силу реакции на повреждение в ходе травмы или ортодонтического лечения – происходит ишемия и некроз цементобластов, поэтому он не представляет особого клинического интереса. Действует в пределах цемента и редко выходит за его пределы. Дефекты обычно небольшого размера и выявляются редко, особенно с вестибулярной и оральной сторон. Функциональных нарушений не возникает.

После устранения пускового механизма сразу происходит построение новых структур, поэтому лечение не требуется.

## Наружная воспалительная резорбция

Самый быстрый и агрессивный тип наружной резорбции корня. Возникновение связано с бактериальной инфекцией в корневых каналах, травмой (особенно полный вывих зуба),

некрозом пульпы и широкими дентинными канальцами из-за незаконченного формирования корня. Процесс сопровождается обширной деструкцией тканей корня, потерей ЦЭС и нарушением функции.

Заместительная резорбция или, как ее называют, анкилоз

Последний тип наружной резорбции, но по степени выраженности деструкции тканей не отстает от воспалительной. Возникает также при травмах, особенно при вколоченном или полном вывихе зуба. Обычно является исходом воспалительной резорбции, даже при ее лечении. Заместительная резорбция – процесс хронический, возникает в месте повреждения периодонтальной связки на наружной поверхности корня, никогда не может остановиться самостоятельно и почти всегда приводит к потере зуба.

Из-за сильного патологического воздействия происходит повреждение периодонтальной связки, и как следствие, неизбежное образование кости на этом месте. Зуб становится неподвижным.

Если заместительная резорбция приостанавливается, говорят о транзиторном виде. Если доходит до потери зуба – такую резорбцию называют прогрессирующей.

Цервикальная резорбция

Как не называй этот вид резорбции, наружная цервикальная, инвазивная или периферическая цервикальная резорбция, она остается идиопатическим вариантом наружной. Иницируют развитие травмы, ортодонтия, бруксизм, скейлинг. В ходе некоторых исследований, представлены случаи влияния внутриканального отбеливания на развитие наружной резорбции. Считается, что 30% пероксид водорода может проникать сквозь канальцы на поверхность цемента и разрушать его и периодонт.

Возникает не всегда в области шейки, что зависит от глубины патологического кармана и уровня маргинальных тканей. Резорбция поддерживается за счет инфекции в десневой борозде, постепенно огибает пульповую камеру, повреждение которой не происходит. Цервикальная резорбция протекает бессимптомно до момента

присоединения периодонтальной и пульпарной инфекции. При глубоком дефекте возникает температурная чувствительность, стенки полости твердые, скрипят и слабо кровоточат при зондировании.

#### Диагностика резорбции корня

Проблема диагностики внутренней резорбции корня в том, что пациента ничего не беспокоит, и так может длиться годами. Поэтому отдать должное следует рентген-диагностике.

#### **Внутренняя резорбция:**

- Ровный, четкий очаг деструкции;
- Дефект всегда находится в пределах корневого канала;
- Нечеткие слабовидимые контуры корневого канала.

#### **Наружная резорбция:**

- Асимметричный, изъеденный очаг деструкции;
- Дефект находится на поверхности корня и может менять свое положение;
- Контуры корневого канала четкие, накладываются на очертания дефекта.

В диагностике наружной резорбции также помогает рентгенологическое исследование. Дефекты обычно имеют неровные края, могут уходить вглубь дентина и определяются на любой поверхности корня. Однако бывают случаи, когда очаг просветления имеет четкие контуры, как при внутренней резорбции, в таком случае следует сделать рентгенограмму в нескольких проекциях и убедиться в том, что контур корневого канала накладывается на контуры дефекта, а еще лучше сделать КЛКТ.

А вот заместительную резорбцию от воспалительной отличить сложнее. Рентгенологически при заместительной резорбции очагов просветления и периодонтальной щели нет в следствие образования кости. Анкилоз протекает легче в связи с хронизацией процесса.

Диагноз цервикальная инвазивная резорбция устанавливается на основании клиники и рентген-диагностики. Состояние при этом бессимптомное, как и при

ВРК видим «розовое пятно» на эмали, воспаление периодонта, но пульпа не повреждена.

Образец диагноза: «гнойный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07) 11 зуба с внутренней резорбцией в апикальном участке».

10. Перелом корня зуба—следует рассматривать как составную часть перелома зуба.

Переломы – разделение зуба на два и более сегментов, которые можно определить клинически или рентгенологически.[12]

Образец диагноза: «Гнойный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07) 23 зуба ранее леченный с вертикальным переломом корня в области внутрикорневого штифта».

11. Трещина в корне так же следует рассматривать как составную часть трещины зуба.[11]

Трещина – чёткое нарушение целостности структур зуба, начинающееся в области эмали или цемента. Отсутствие отломков. Для выявления трещин используется волоконно-оптическая транслюминценция. При этом в области трещины нарушается проведение световых лучей.

Образец диагноза: «Гнойный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07.) 35 зуба ранее леченного с трещинами в цервикальном участке».

12. Перфорация: считаем необходимым выделить и детализировать в отдельный класс характеристику (по оценке) эндодонтических перфораций корней, это обусловлено часто встречающимися видом патологии в здравоохранении [15].

По локализации:

- устьевые – в области устья корневого канала;
- срединные – в срединной трети корня.
- верхушечный – в верхушечной трети корня.
- апикальные – в верхушке корня.

Нам представляется, что необходимо учитывать такие важные для прогноза лечения моменты выявления этапа лечения (по сроку возможного возникновения и патологии лечения или обнаружения):

Раннюю (или «свежую») – обнаруженную врачом сразу после её возникновения;

Позднюю (или «застарелую») – выявленную в период повторного лечения и, как правило, осложненную периодонтитом (в процессе ретритмента).

Образец диагноза: «Гнойный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07.) 14 зуба, ранее леченый, с перфорацией в апикальном участке корня».

Сочетание и пародонтологическая патология [7].

Случаи перехода воспаления между этими тканями основаны на распространении патологии через сосудистую систему, например: через верхушку корня или дополнительные корневые каналы. В ряде случаев оба патологических процесса требуют одновременного лечения, при этом прогноз будет зависеть от эффективности устранения индивидуальных этиологических факторов, а так же профилактики воздействия каких-либо других факторов, способствующих прогрессированию патологии.

Образец диагноза: «Серьезный периапикальный абсцесс без свища (К.04.07) 31 зуба пародонтит II степени».

Клиническая классификация болезней периодонтита не может охватывать всё многообразие клинико-морфологических изменений. Она предназначена для того, чтобы дать общее представление о заболевании, определить подходы к диагностике и выбору метода лечения.

Лечебные мероприятия при периодонтитах выходят за рамки лечения только причинного зуба и состоят в активном высвобождении организма от инфекционного очага, чем достигаются предупреждение сенсбилизации организма, предотвращение развития воспалительных процессов челюстно-лицевой области и заболеваний внутренних органов.

Предвосхищая неизбежную критическую оценку предлагаемой классификации хотели бы подчеркнуть, что это первый шаг к формированию многофакторной классификации обострения хронических пародонтитов, который был бы понятен в МКБ-С 10 и национальных их видов.

Авторы декларируют об отсутствии конфликта интересов, связанных с изложенными в статье данными.

### *Список литературы*

1. *Боровский Е.В.* Стандарты эндодонтического лечения (СТЭЛ) / Е.В. Боровский, О.П. Максимова, А.Ж. Петрикас, А.М. Соловьева, В.А. Чиликин // *Эндодонтический вестник*, 2003. №5. С. 2.
2. *Військова ортопедична стоматологія: підручник* / П.В. Іщенко, В.А. Кльомін, Р.Х. Камалов, А.М. Лихота. К.: ВСВ «Медицина» 2013. С 312.
3. *Герасимова Л.П.* Диагностика и комплексное лечение хронического апикального периодонтита в стадии обострения / Л. П. Герасимова, С.М. Алетдинова // *ЭндодонтияToday*, 2014. № 1 (29). С. 6-9.
4. *Гутман Д., Думша Т., Ловдэл П.* Решение проблем в эндодонтии. М.: Медпресс-информ, 2008. 591 с.
5. *Денисов Л.А.* Обоснование повторного эндодонтического лечения / Л.А. Денисов, Е.Е. Ковецкая, В.А. Андреева // *Стоматолог. Минск*, 2013. № 1 (8). С. 88-93.
6. *Клёмин В.А., Кубаренко В.В.* Атлас изображений анатомических особенностей зуба человека. М.: ЛЕНАНД, 2016. 104 с.
7. *Кльомін В.А., Борисенко А.В., Іщенко П.В.* Комбіновані зубні пломби: пластична реставрація комбінованими відновлювальними конструкціями: навч. посіб. 4-те вид. Харків: Видавництво «Фармітек», 2010. 336 с.
8. *Князева М.А.* Алгоритм описания рентгенограмм в терапевтической стоматологии. Учебно-методическое пособие для студентов стоматологического факультета (часть I) / М.А. Князева, Ю.П. Чернявский Витебск: ВГМУ, 2011. 58с.
9. *Лучевая диагностика в стоматологии* / В.А. Клёмин, Л.Е. Оборнев, А.Л. Оборнев, В.В. Кубаренко. СПб: Человек, 2020. 72 с.

10. Максимовский Ю.М. Как оценить успех или неудачу в планируемом эндодонтическом лечении / Ю.М. Максимовский // Клиническая стоматология, 1997. № 3. С. 4-7.
11. Обследование стоматологического больного. Основные и дополнительные методы: уч. пособие / А.И. Булгакова [и др.]. Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, 2012. 87 с.
12. Ортопедическая стоматология: учебник / под ред. Э.С. Каливрадзияна, И.Ю. Лебедеико, Е.А. Брагина, И.П. Рыжовой, В.А. Клёмин. 3 изд. перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 800 с.: ил. ISBN 978-5-9704-3705-6.
13. Отчет о согласованном мнении Европейского эндодонтического общества об основных показателях качества при эндодонтическом лечении // Эндодонтияtoday, 2001. № 1. С. 3-12.
14. Рунова Н.Б. Критерии интенсивности процессов регенерации костной ткани челюстей при лечении воспалительно-деструктивных процессов / Н.Б. Рунова, Е.А. Дурново, А.В. Казаков // Stomatologia (Mosk), 2010. № 2. С. 32-36.
15. Скрипникова Т.П. Систематизация дефектов корней зубов, их клиничико-рентгенологическая характеристика / Т.П. Скрипникова, С.В. Билоус // Методиполшнення стоматолопчно1 допомоги на Полтавщиш: матерiалидоповщейобласно!" наук. -практ. Конф. (Полтава-Лубни, 23-24 березня 2007 р.). Полтава, 2007. С. 129-131.
16. Сорокин А.П. Эндодонтическое лечение хронического апикального деструктивного периодонтита после резекции верхушки корня зуба в анамнезе / А.П. Сорокин, Л.П. Герасимова, Э.Р. Латыпова // Эндодонтияtoday, 2013. № 3. С. 63-66.
17. Стоматологiчний дiагноз: навч. посiб. / В.А. Кльомiн, П.В. Iщенко, I.В. Борисова та iн.. К.: ВСВ «Медицина», 2015. 216 с.

18. *Юдина Н.А.* Современные стандарты эндодонтического лечения. Часть 2. Ирригация и obturation корневых каналов. Современная стоматология. № 2, 2012. С. 12-18.
19. American Association of Endodontists: Guide to clinical endodontics, ed 4. Chicago, 2004. 340 p.
20. *Gonzalez M.* Materials used for root canal obturation: technical, biological and clinical testing / Gonzalez M. // Endodontic Topics, 2005. 12. P. 25-38.
21. *Klyomin V.A., Kubarenko V.V.* Atlas of Human Teeth Anatomic Features Images. M: KRASAND, 2019. 104 p.
22. *Klemine V.A., Kubarenko V.V.* Atlas d'images de caracteristiques anatomiques de la dent d'homme. M: KRASAND, 2019. 104 p.
23. *Löst C.* Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology / C. Löst // IntEndod J., 2006. № 39. P. 921-930.
24. *Olivieri J.G.* Treatment of a perforating inflammatory external root resorption with mineral trioxide aggregate and histologic examination after extraction / J.G. Olivieri, F. Duran-Sindreu, M. Mercade, N. Perez, M. Roig // JOE. Volume 38. Number 7. July, 2012. P. 1007-1011.
25. *Orstravik D.* Time-course and risk analyses of the development and healing of chronic apical periodontitis in man // IntEndod J., 1996. № 29. P. 150-155.

# **НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ**

**ИЗДАТЕЛЬСТВО  
«НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»**

**АДРЕС РЕДАКЦИИ:  
153008, Г. ИВАНОВО, УЛ. ЛЕЖНЕВСКАЯ, Д. 55, 4 ЭТАЖ  
ТЕЛ.: +7 (910) 690-15-09.**

**[HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)  
[EMAIL: INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](mailto:info@scientificpublications.ru)**

**ИЗДАТЕЛЬ:  
ООО «ОЛИМП»  
УЧРЕДИТЕЛЬ: ВАЛЬЦЕВ СЕРГЕЙ ВИТАЛЬЕВИЧ  
117321, Г. МОСКВА, УЛ. ПРОФСОЮЗНАЯ, Д. 140**



ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»  
HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU  
EMAIL: INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU

 **РОСКОМНАДЗОР**  
СВИДЕТЕЛЬСТВО ЭЛ № ФС 77-65699



INTERNATIONAL STANDARD  
SERIAL NUMBER 2542-081X

Российская  
книжная палата  
**TACC**

 Google™  
scholar

 **РОССИЙСКИЙ  
ИМПАКТ-ФАКТОР**  
IMPACT-FACTOR.RU



Вы можете свободно делиться (обмениваться) — копировать и распространять материалы и создавать новое, опираясь на эти материалы, с ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ указанием авторства. Подробнее о правилах цитирования: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>

ЦЕНА СВОБОДНАЯ