

# Кариес и его осложнения: соответствие научных отечественных классификаций и международной классификации болезней (МКБ-10)

Т.Л. РЕДИНОВА, д. м. н, проф., зав. кафедрой

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

## Caries and its complication: Accordance of scientific native classifications of the МКБ-10

T.L. REDINOVA



Т.Л. РЕДИНОВА

### Резюме

Основная цель МКБ-10, наряду со статистическим учетом заболеваний и решением медико-экономических задач, – уточнить терминологию и сгруппировать патологические процессы на основе их этиопатогенетических, клинико-морфологических и других особенностей для совершенствования их профилактики, диагностики и лечения, а также улучшить взаимопонимание между специалистами.

Ключевые слова: МКБ-10, кариес, пульпит, периодонтит.

### Abstract

The main purpose of МКБ-10, along with statistical registration of the diseases and decision of physician-economic problems, – is to clear up the terminology and classify the pathological processes on the base of their etiopathogenetic, clinical-morphological and other particularities for improvement of their preventive maintenance, diagnostics and treatments, as well as to improve mutual understanding between experts.

Key words: МКБ-10, caries, pulpitis, periodontitis.

Необходимость использования МКБ-10 в медицинской практике на сегодняшний день не оспаривается. Однако процесс адаптации к этой классификации, особенно в образовательной деятельности высших медицинских школ России, продолжается, и единой точки зрения в трактовке МКБ-10 по отношению к выработанным понятиям в научных отечественных классификациях до сих пор не найдено [1, 2, 7, 16].

Проведенный нами анализ и полученные в последнее время научные данные позволили соотнести нозологические единицы МКБ-10 [8] по отношению к научным классификациям отечественных школ [4, 6, 15] следующим образом (табл. 1-3).

**Кариес зубов** – патологический процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходит деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием полости.

### К 02.0. Кариес эмали – кариес в стадии белого пятна, поверхностный кариес

Пациент жалуется на изменения в цвете зуба, болезненность от приема сладкого и холодного, может появиться боль от чистки зубов.

При осмотре, чаще всего в пришеечной области зубов, обнаруживаются меловидные пятна с гладкой или шероховатой поверхностью. Реакция на холодное может быть чувствительная. При зондировании, если эмаль нарушена, появляется боль.

Показатели электровозбудимости пульпы сохраняются в физиологическом диапазоне, характерном для здоровых зубов, от 2 до 20 мкА [14].

### К 02.1. Кариес дентина – средний и глубокий кариес

При этой форме кариозного процесса целостность дентино-эмалевого соединения нарушена, пульпа закрыта большим или меньшим слоем неизмененного дентина.

При большем слое неповрежденного дентина диагностируется кариозная полость средней

глубины – 2-3 мм, зондирование дна безболезненное, а эмалево-дентинная граница чувствительна к раздражителям. Реакции на холод может не быть, но если кариозная полость расположена в пришеечной области или на контактной поверхности передней группы зубов, то она может иметь место. Показатели электровозбудимости пульпы зуба укладываются в физиологический диапазон.

При меньшем слое неповрежденного дентина диагностируется глубокая кариозная полость – 3-5 мм. Зондирование дна не вызывает болезненности, но на холод появляется кратковременная чувствительная реакция. Показатели электровозбудимости пульпы зуба чаще приближаются к максимальным значениям в физиологическом диапазоне. Данный вариант соответствует глубокому хроническому кариесу по классификации Лукомского И. Г. (1955) или глубокому медленнотекущему процессу по классификации Боровского Е. В., Леуса П. А. (1979).

Таблица 1. Классификация кариеса

Классификация МКБ-10	Классификация Лукомского И. Г.
К 02.0. Кариес эмали Стадия «белого (мелового) пятна», начальный кариес	Кариес в стадии белого пятна Поверхностный кариес
К 02.1. Кариес дентина	Средний кариес Глубокий кариес Пигментированное пятно (более 2 мм в диаметре в передней группе зубов и более 4 мм – в жевательной группе зубов)*
К 02.2. Кариес цемента	Глубокий кариес корня зуба
К 02.3. Приостановившийся кариес	Пигментированное пятно (менее 2 мм в диаметре в передней группе зубов и менее 4 мм – в жевательной группе зубов)*
К 02.8. Другой уточненный кариес зубов	Средний и глубокий кариес в ранее леченом зубе по поводу кариеса (в случае рецидива под пломбой или вторичного развития рядом с пломбой)*
К 02.9. Кариес зубов неуточненный	Средний и глубокий кариозный дефект в ранее леченом зубе по поводу осложнения кариеса (кариозный процесс в депульпированном зубе)*

\*пояснения автора

Таблица 2. Классификация пульпита

Классификация МКБ-10	Классификация ММСИ	Классификация Яворской Е. С. и Урбанович Л. И.
К 04.00. Начальный пульпит (гиперемия пульпы)	–	Гиперемия пульпы
К 04.01. Острый пульпит	Острый очаговый пульпит	Острый ограниченный пульпит
К 04.02. Гнойный пульпит (пульпарный абсцесс)	Острый диффузный пульпит	Острый диффузный пульпит
К 04.03. Хронический пульпит	Хронический фиброзный пульпит	Хронический фиброзный пульпит
К 04.04. Хронический язвенный пульпит	Хронический гангренозный пульпит	Хронический гангренозный пульпит
К 04.05. Хронический гиперпластический пульпит (пульпарный полип)	Хронический гипертрофи- ческий пульпит	Хронический гипертрофический пульпит
К 04.08. Другой уточненный пульпит	–	Травматический пульпит кариозного зуба
К 04.09. Пульпит неуточненный	–	Травматический пульпит интактного зуба
К 04.1. Некроз пульпы (гангрена пульпы)	–	–
К 04.2. Дегенерация пульпы (дентикли)	–	Конкрементозный пульпит
К 04.3. Неправильное формирование твердых тканей в пульпе (вторичный или иррегулярный дентин)	–	–

Таблица 3. Классификация периодонтита

Классификация МКБ-10	Классификация Лукомского И. Г.
К 04.4. Острый апикальный периодонтит	Острый серозный периодонтит
К 04.5. Хронический апикальный периодонтит. Апикальная гранулема	Хронический гранулематозный периодонтит
К 04.6. Периапикальный абсцесс со свищом	Хронический гранулирующий периодонтит
К 04.7. Периапикальный абсцесс без свища	Острый гнойный периодонтит
К 04.8. Корневая киста	Обострение хронического периодонтита
К 04.9. Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей	Хронический фиброзный периодонтит

Глубокий острый (быстротекущий) кариес сопровождается выраженной болевой реакцией на холод, зачастую с болезненной или чувствительной реакцией на зондирование. Показатели электровозбудимости пульпы зуба при исследовании с чувствительных точек зуба схожие со значениями в зубах со средним или глубоким поражением медленнотекущего процесса, но при исследовании со дна полости они ниже на 2-3 мкА.

#### **К 02.2. Кариес цемента**

Пациенты могут не предъявлять жалоб, и полость обнаруживается врачом при профилактическом осмотре или проведении профессиональной гигиены.

Кариозный процесс чаще возникает при рецессии десны и обнажении корня зуба на фоне воспалительных заболеваний тканей пародонта. Клинически кариес цемента диагностируется полостью или размягченным участком ткани, хорошо удаляемой экскаватором, болезненность которой выражена в меньшей степени, чем если бы полость располагалась в коронковой части. Учитывая, что полость всегда близко расположена к корневой пульпе зуба, то процесс можно отнести к глубокому кариесу.

#### **К 02.3. Приостановившийся кариес зубов – пигментированное пятно**

Приостановившийся кариес зубов не сопровождается какими-либо ощущениями, а при осмотре обнаруживаются пигментированные пятна различной интенсивности и неодинаковых размеров. Чаще такие пятна диагностируются на контактных поверхностях и в пришеечной области щечной поверхности зубов. Поверхность пятен при зондировании гладкая и безболезненная, реакция зуба на раздражитель отсутствует, показатели электровозбудимости пульпы в пределах нормы. При появлении таких пятен в области фронтальной группы зубов они вызывают эстетическую неудовлетворенность у пациентов, а при выявлении на контактной поверхности жевательной группы зубов – профилактическую настороженность врача-стоматолога. Врачебная тактика определяется размерами и расположением пигментированных пятен. По данным Пахомова Г. Н.

(1976, 1982), Леонтьева В. К., Десятниченко К. С. (1976), реминерализующая терапия здесь нецелесообразна. Патогистологические изменения при этой форме кариеса в большинстве случаев затрагивают дентин зуба, особенно если пигментированные пятна более 2 мм в диаметре в области передней группы зубов и более 4 мм – в области жевательной группы зубов. В случае таких размеров заболевание относят к кариесу дентина и проводят оперативно-восстановительное лечение.

#### **К 02.8. Другой уточненный кариес зубов**

В понятие «другой кариес зубов уточненный» можно включить вторичный и рецидивный кариес.

На сегодняшний день вторичным кариесом считается кариозный процесс на неповрежденной эмали рядом с пломбой, а рецидивный – под пломбой. Причем, если диагностика вторичного кариеса довольно проста, то рецидивный, по данным Боровского Е. В. (2004), определяется только по выявлению его осложнений.

Нами [12] проанализировано 429 зубов жевательной группы у 100 практически здоровых пациентов в возрасте от 20 до 40 лет, протеченных год назад по поводу кариеса дентина. В 83 случаях через 12 месяцев отмечены изменения состояния пломб или зубов. В 42 случаях из них у 19 пациентов изменился цвет твердых тканей зуба вокруг пломбы. При этом визуально стала контурироваться граница «зуб-пломба», но при инструментальном обследовании зондом эта граница не определялась, то есть зонд по ней скользил и не задерживался. После снятия таких пломб обнаруживали пигментированный размягченный дентин на дне кариозной полости, края полости не были поражены кариозным процессом. У этих пациентов отмечалось снижение электровозбудимости пульпы зуба, хотя и в физиологическом диапазоне (от  $7,83 \pm 0,42$  до  $15,11 \pm 1,03$  мкА,  $p < 0,001$ ). В этих случаях диагностирован рецидивный кариес. В 41 случае у 22 пациентов отмечались нарушения по краю пломб: появилась щель, зонд застревал, в некоторых случаях явно определялись признаки кариеса. После снятия этих пломб уже хорошо диагно-

стировались признаки кариеса по краю полости, но дно кариозной полости не было поражено кариозным процессом. У данных пациентов электровозбудимость пульпы зубов не менялась. В такой ситуации диагностирован вторичный кариес.

При вышеприведенных ситуациях после снятия пломбы уточненным диагнозом был кариес дентина, по поводу которого зуб ранее лечен, но в силу местных и общих неблагоприятных факторов процесс стал прогрессировать, что потребовало повторного лечения и проведения профилактических мероприятий. При этом развернутый диагноз выглядел, к примеру, следующим образом: «вторичный глубокий кариес дентина 3.6 I класса» или «рецидивный средний кариес дентина 1.6 II класса».

#### **К 02.9. Кариес зубов неуточненный**

Диагноз «кариес зубов неуточненный» наиболее оправдано выставлять в случае диагностирования кариозного дефекта (рядом с пломбой или как первичного очага) в депульпированных зубах.

По нашим данным [13], в 50% случаев в депульпированных зубах обнаруживаются кариозные дефекты различной глубины (в 70% случаев они возникают рядом с пломбой, а в 30% случаев – это первичные очаги, развивающиеся независимо от имеющейся кариозной полости). Клинически диагностируется патологический процесс, проявляющийся образованием кариозной полости. Но поставить диагноз «кариес» мы не можем, ввиду того, что принятые на сегодняшний день клинические критерии – реакция на зондирование, химические и температурные раздражители – будут отрицательными, так как они характеризуют состояние пульпы, которой нет. Поэтому кариес в депульпированных зубах может быть диагностирован как «кариес зубов неуточненный», согласно МКБ-10, так как объем мероприятий (при хорошей эндодонтии) будет соответствовать объему, проводимому при лечении кариеса.

**Пульпит** – воспаление пульпы зуба.

Известно, что возникновению воспаления пульпы способствует развитие кариеса зуба. По мере

прогрессирования кариеса патологический процесс приближается к пульпе, продукты распада по дентинным трубочкам попадают в пульпу, вызывая ее гиперемию. Однако гиперемия может возникать при стрессе, подъеме на высоту, погружении на большие глубины в воду, гипертонической болезни, после препарирования твердых тканей зуба и других воздействий.

При стойком расширении сосудов и артериовенозных анастомозов (гиперемии) нарушается проницаемость их стенок, что ведет к образованию экссудата: вначале серозного, затем серозно-гнойного и в дальнейшем гнойного. Стадия частичного серозного воспаления довольно быстро (в среднем через 48 часов) переходит морфологически в тотальное серозно-гнойное воспаление пульпы. Исходом острого пульпита, если экссудат не находит выхода из полости зуба, может быть некроз пульпы (частичный или полный) – это хронический гангренозный пульпит, а в случае выхода экссудата из полости зуба в кариозную полость отмечается переход в одну из хронических форм пульпита (фиброзную или гипертрофическую).

Однако у некоторых индивидуумов кариозное заболевание зуба может длиться годами, не вызывая выраженного воспаления пульпы. При этом дентинные каналы суживаются или полностью облитерируются вследствие усиленного отложения в них солей кальция. В пульпе происходит усиление репаративных процессов – образование вторичного, третичного дентина и дентиклов. Дентиклы – это дентиноподобные образования, которые по своей структуре делятся на высокоорганизованные (напоминают вторичный дентин), низкоорганизованные и петрификаты. По местоположению: свободные, пристеночные и интерстициальные, расположенные в дентине. Выраженные репаративные процессы в пульпе могут привести к полной облитерации каналов или полости зуба, а в случае возникновения острых воспалительных явлений в сохранившейся пульпе изменяют клинику и затрудняют тактику эндодонтического лечения.

#### **К 04.00. Пульпит начальный (гиперемия) – гиперемия пульпы**

Пациент жалуется на болевые ощущения в зубе от воздействия механических, химических и температурных раздражителей, появившиеся один-два дня назад.

При осмотре: чаще определяем глубокую кариозную полость, дентин на дне мягкий, при зондировании может быть чувствительность, реакция на перкуссию безболезненная, но при попадании капли воды в кариозную полость возникает резкая боль, которая сразу не проходит, а сохраняется несколько секунд.

ЭОМ в пределах 20 мкА, рентгенологических изменений нет.

#### **К 04.01. Пульпит острый – очаговый пульпит**

Пациент обратится с жалобами на боли в конкретном (указывает) зубе, которые появились сутки назад без каких-либо причин (самопроизвольно), возникали и ночью. В течение дня были также боли от раздражителей (механических, химических, температурных), после их устранения сохранялись несколько минут.

При осмотре: глубокая кариозная полость, полость зуба не вскрыта, при зондировании в одной точке определяется боль, перкуссия безболезненная, холодной раздражитель вызывает приступ резкой и продолжительной боли.

ЭОМ от 20 мкА до 40 мкА, рентгенологических изменений нет.

#### **К 04.02. Пульпит гнойный (пульпарный абсцесс) – острый диффузный пульпит**

Пациент жалуется на ночные продолжительные боли, иррадиирующие в висок, угол челюсти, шею и т. д. Из анамнеза можно будет выяснить, что вначале боли появились в конкретном зубе, были кратковременные, но затем усилились, стали разлитыми, и указать причинный зуб больной уже не может, но определяет боль справа или слева.

При осмотре выявляется зуб с глубокой кариозной полостью, полость зуба не вскрыта, реакция на холод может быть не выражена, но на горячее возникает приступ разлитой боли. Зондирование дна болезненное, перкуссия чувствительная, но пальпация переходной складки безболезненная, нет изменений со стороны слизистой оболочки альвеолярного отростка.

ЭОМ снижена до 30-50 мкА, рентгенологических изменений нет.

#### **К 04.03. Пульпит хронический – хронический фиброзный пульпит**

Жалобы будут у пациента на боль от температурных раздражителей в конкретном зубе, боль ноющего характера, может быть продолжительной. Могут быть боли при жевании. В прохладные месяцы года больные могут ощущать боль в зубе при заходе с улицы в теплое помещение, при подсосывании воздуха из зуба.

При осмотре кариозной полости можно выявить вскрытую полость зуба либо плотный дентин на дне. В случае первого варианта зондирование вскрытой точки полости зуба будет болезненное, на холод возникает боль с опозданием после действия, реакция на перкуссию будет чувствительная, но безболезненная. При втором варианте зондирование дна будет чувствительное, реакция на холод появится с опозданием и не очень выражена, реакция на перкуссию слабо болезненная.

ЭОМ пульпы может быть снижена до 50 мкА, рентгенологически в 50% случаев может быть расширение периодонтальной щели в области верхушки корня.

#### **К 04.04. Пульпит хронический язвенный – хронический гангренозный пульпит**

Пациент жалуется на боли ноющего характера в каком-то зубе, усиливающиеся от приема холодного и горячего либо только от горячего.

При осмотре обнаруживается глубокая кариозная полость со вскрытой полостью зуба, зондирование входа (поверхностное зондирование) в полости зуба безболезненное, после снятия крышки полости зуба и зондирования устьев каналов (глубокое зондирование) возникает боль. Болезненная реакция на холод может быть, а может и отсутствовать, но на перкуссию всегда имеет место реакция различной выраженности – от чувствительной до болезненной.

ЭОМ пульпы снижена до 60-80 мкА, на рентгеновском снимке в 40% случаев могут быть изменения, схожие с картиной при хроническом гранулирующем периодонтите. В области верхушки корня или корней определяется участок деструкции кости без четких границ.

#### **К 04.05. Пульпит хронический гиперпластический (пуль-**

**парный полип) – хронический гипертрофический пульпит**

Пациент жалуется на кровоточивость из зуба и боль при жевании. Из анамнеза можно выяснить, что зуб ранее болел, потом боли от температурных раздражителей перестали беспокоить, появились боли при жевании и чистке в области этого зуба, появился запах изо рта.

При осмотре на стороне причинного зуба можно будет обнаружить большое количество налета на зубах из-за исключения их из жевания. Коронка причинного зуба сильно разрушена и заполнена «красным мясом», поверхностное зондирование которого чувствительное, а глубокое (в глубине полости) болезненное, реакция на холод чувствительная, как и реакция на перкуссию.

ЭОМ не проводится, рентгенологически могут быть изменения как при хроническом фиброзном периодонтите (расширение периодонтальной щели) или гранулирующем (разряжение костной ткани в виде очагов пламени в области верхушки корня).

**К 04.08. Другой уточненный пульпит – травматический пульпит кариозного зуба (случайное вскрытие полости зуба)**

Пациент может обратиться с жалобами на кратковременные боли от различных раздражителей в конкретном зубе.

При осмотре обнаруживаем глубокую кариозную полость с подрытыми краями и большим количеством размягченного дентина, при снятии которого со дна может вскрыться полость зуба, обнажив ярко-красную пульпу зуба. Реакция на холод кратковременная, на перкуссию безболезненная.

ЭОМ в пределах 30 мкА, рентгенологических изменений в периодонте нет.

**К 04.09. Пульпит неуточненный – травматический пульпит интактного зуба (при хирургических и ортопедических вмешательствах)**

Пациент может предъявлять жалобы на оголение корней зубов, болезненность при их чистке, приеме пищи, на химические и температурные раздражители.

Боли в зубе без кариозной полости могут возникнуть после его препарирования под ортопедическую конструкцию, после прове-

дения оперативных вмешательств на пародонте.

При осмотре можно обнаружить зуб с интактной коронкой и оголенными корнями (заболевания пародонта) либо зуб с коронкой, обточенной под ортопедическую конструкцию. Зондирование дентина может вызвать боль, воздействие на дентин холодом также вызывает продолжительную (сохраняющуюся несколько секунд) боль. Реакция на перкуссию может быть от чувствительной до болезненной.

ЭОМ снижена до 50 мкА, рентгенологически в 50% могут быть изменения в периодонте как при хроническом периодонтите. В случае, если заболевание пульпы развивается на фоне патологии пародонта, то на рентгенограмме выявляются соответствующие изменения.

**К 04.01. Некроз пульпы (гангрена пульпы)**

Пациент будет жаловаться на ноющие боли от горячего и при жевании.

При осмотре в глубокой кариозной полости причинного зуба будет определяться вход в полость зуба, поверхностное зондирование не вызывает болевой реакции, после снятия крышки полости зуба путем глубокого зондирования выявляем безболезненные устья, но при прохождении эндодонтического инструмента в корневом канале, особенно при прижатии его к стенкам канала, пациент ощущает боль. Реакция на холод будет безболезненная, а реакция на перкуссию слабо болезненная.

ЭОМ будет в пределах 80-100 мкА, рентгенологические изменения как при хроническом гангренозном пульпите.

**К 04.2. Дегенерация пульпы (дентикли) – конкрементозный пульпит**

Пациент будет жаловаться на ноющие боли от механических, химических и температурных раздражителей.

При осмотре коронка зуба может быть без кариозной полости, но со стертой жевательной поверхностью или некариозным дефектом, с пломбой или с кариозной полостью, имеющей плотный дентин на дне. Зондирование может быть болезненное, болевая реакция на холод после воздействия раздражителя в проекции полости зуба возникает не сразу,

перкуссия чувствительная или слабо болезненная.

ЭОМ снижена до 50 мкА, на рентгеновском снимке в проекции полости зуба обнаруживается очаг затемнения с четкими контурами, по рентгеноконтрастности схожий с тканями зуба.

**К 04.3. Неправильное формирование твердых тканей в пульпе (вторичный или иррегулярный дентин)**

Пациенты могут не обращаться с жалобами на такое состояние зуба, а обнаруживается это случайно при повторном лечении кариеса или при необходимости эндодонтического лечения по хирургическим или ортопедическим показаниям. При возникновении болей в таких зубах они носят ноющий характер на различные раздражители.

При осмотре это может быть зуб без кариозного поражения, с некариозными дефектами или кариозной полостью. Зондирование дентина безболезненное, реакция на холод слабо болезненная и появляется с задержкой, перкуссия чувствительная или слабо болезненная.

При раскрытии полости зуба, которая деформирована и уменьшена в размере, может быть невыраженная болезненность, она сохраняется даже после проведения обезболивания, вход в канал облитерирован, он определяется только по цвету (дентин полости зуба темно-серого цвета), при зондировании устья ощущается плотность интактного дентина. Зондирование безболезненное, войти в канал или каналы эндодонтическим инструментом не удастся.

ЭОМ может колебаться от 40 до 80 мкА, на рентгеновском снимке просвет корневого канала либо не виден, либо очень узкий, либо хорошо определяется, но его контрастность снижена.

**Периодонтит** – воспаление ткани пародонта в области верхушки корня.

Верхушечный периодонтит, как правило, возникает вследствие распространения воспаления при остром общем или обострении хронического пульпита на периодонт. В стадии серозного воспаления отек резко выражен в приверхушечной части периодонта, между пучками волокон рыхлая соединительная

ткань пропитывается серозным экссудатом, пучки разволокняются. При остром гнойном периодонтите выраженная лейкоцитарная инфильтрация определяется как в верхушечной части периодонта, так и в костномозговых полостях соответствующего участка альвеолы. Когда стенка альвеолы сравнительно тонкая, то гной из периодонта направляется через отверстия в стенке альвеолы по гаверсовым и фолькмановским каналам и, разрушив часть наружной компактной пластины, скапливается под надкостницей. Так возникает поднадкостничный абсцесс. В области моляров нижней челюсти стенки альвеолы и компактная пластинка относительно плотные, поэтому, если корневой канал не свободен, то экссудат довольно часто распространяется по ходу периодонтальной щели к шейке зуба, вследствие чего гибнет значительная часть пучков связочного аппарата. Конечно, наиболее благоприятный путь выхода экссудата – через корневой канал. Исходом острого периодонтита является хронический фиброзный периодонтит.

Фиброзный периодонтит гистологически представляет картину созревания грануляции и превращения их в грубоволокнистую соединительную ткань. Вследствие утолщения периодонта и гиперцементоза периодонтальное пространство утрачивает свои равномерные очертания и деформируется, но эта форма периодонтита является благоприятной для пациента.

Хронический гранулирующий периодонтит патоморфологически представлен грануляционной тканью. Грануляции, разрушая компактную пластинку дна альвеолы при помощи остеокластов, проникают в костномозговые полости. Гранулирующий процесс может перейти и на мягкие ткани, вследствие чего образуется десневой или кожный свищ.

Считается, что гранулематозный периодонтит отличается от гранулирующего тем, что в наружных слоях очага грануляции замещаются волокнистой соединительной тканью, которая резко отграничивает его от окружающих тканей. Однако, по данным Рабухиной Н. А., Григорьянц Л. А. и Бадалян В. А. (2001), форма деструкции на рентгенограм-

ме определяется не активностью процесса (распространяется – гранулирующий или ограничен – гранулема), а расположением его по отношению к кортикальной пластинке. Ими установлено, что по мере приближения очага воспаления к кортикальной пластинке он приобретает на рентгенограмме округлую форму, а при полном вовлечении появляется «кортикальный» ободок. Поэтому рентгенологическая симптоматика для дифференциации гранулирующего периодонтита и гранулематозного, а также гранулемы и кисты не имеет под собой реальной почвы.

Следовательно, говорить о том, что гранулирующий периодонтит – это активное течение воспалительного процесса в тканях периодонта, а гранулематозный – стабилизированное, на сегодняшний день нельзя. Вместе с тем судить о благоприятном исходе лечения гранулирующего и гранулематозного периодонтита мы можем, если получаем рентгенологическую картину, соответствующую хроническому фиброзному периодонтиту. Получается, что хронический фиброзный периодонтит без клинических проявлений, но с соответствующей рентгенологической картиной является благоприятным исходом лечения пульпита и активных форм периодонтита и может соответствовать по МКБ-10 шифру К 04.9 – другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей.

#### **К 04.4 Острый апикальный периодонтит – острый серозный периодонтит**

Больной жалуется на тяжесть в зубе. Могут иметь место спонтанные боли на фоне непрерывных ноющих ощущений в зубе. Боли, как правило, усиливаются от приема горячего, при накусывании на зуб. Однако легкое длительное надавливание на зуб может временно облегчить боль. Из анамнеза чаще всего выясняется, что зуб недавно лечили по поводу пульпита, либо был удар по этому зубу.

При осмотре выявляют либо интактную коронку зуба, либо восстановленную пломбой. Цвет коронки зуба может быть изменен до серо-коричневого. При вертикальной перкуссии определяется болезненность. Десна в области верхушки корня зуба слегка гиперемирована и отечна. Могут быть

увеличены регионарные лимфатические узлы.

ЭОМ свыше 100 мкА. Рентгенологических изменений в периодонте нет.

#### **К 04.5 Хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема) – хронический гранулематозный периодонтит**

Больного беспокоят периодические ноющие боли в зубе, появления «вздутий» на десне в проекции верхушки корня (корней) этого зуба, из которых выделяется гной. Нередко больные отмечают недомогание, обращают внимание на увеличенные и болезненные при прощупывании подчелюстные, подбородочные либо шейные лимфатические узлы.

При осмотре выявляется кариозный либо запломбированный зуб. Реакция на холод отрицательная, но при перкуссии может быть болезненность различной степени.

ЭОМ свыше 100 мкА. На рентгенограмме в области верхушки корня имеет место очаг просветления диаметром от 0,3 до 1,5 см с четкими контурами.

#### **К 04.6 Периапикальный абсцесс со свищом – хронический гранулирующий периодонтит**

Жалобы больного при этой форме периодонтита схожи с жалобами при хроническом гранулематозном периодонтите.

При обследовании на десне в проекции верхушки корня причинного зуба можно обнаружить свищ. Реакция зуба при этом на перкуссию безболезненная. Если свищ отсутствует, то десна чаще всего гиперемирована и отечна, определяется положительный симптом вазопареза, реакция зуба на вертикальную перкуссию болезненна. На рентгенограмме в области верхушки корня (корней) обнаруживается очаг деструкции костной ткани с неровными и размытыми контурами.

#### **К 04.7 Периапикальный абсцесс без свища – острый гнойный периодонтит**

Больного беспокоят постоянные боли в зубе, зачастую иррадиирующие в ухо, в темпоральную область, появляется чувство «пульсации» в зубе. Прикосновение к причинному зубу вызывает резкую боль. Может страдать общее самочувствие больного (повышается температура, отме-

чается слабость и недомогание). Особенно пугает больного отек лица.

При объективном обследовании лицо больного может быть асимметричным вследствие отека мягких тканей. Переходная складка в области причинного зуба сглажена за счет гиперемии и отека, реакция зуба на перкуссию резко болезненная. В случае формирования поднадкостничного или поддесневого абсцесса при пальпации переходной складки определяется феномен флюктуации, а реакция зуба на вертикальную перкуссию при этом малоболезненная или вовсе безболезненная. Определяются увеличенные и болезненные при пальпации регионарные лимфатические узлы.

ЭОМ свыше 100 мкА. На рентгенограмме либо ступенчатый рисунок костных структур, либо картина как при гранулирующей и гранулематозной формах периодонтита.

#### **К 04.8 Корневая киста**

Хронический гранулематозный периодонтит характеризуется развитием периапикальной «гранулемы». Эпителиальная гранулема со временем трансформируется в кистогранулему, а затем в радикулярную кисту. Считается, что рентгенологические размеры радикулярной кисты превышают 0,8 см в диаметре.

При осмотре можно выявить кариозный зуб без болезненной реакции на зондирование и холод, либо ранее эндодонтически леченный или с интактной коронкой, в этих случаях из анамнеза можно выяснить, что была травма. Реакция на перкуссию иная, чем у здоровых зубов, или с разной выраженностью болезненности. При пальпации альвеолярной кости определяется «вздутие» или «выпячивание» кости, может быть симптом «пергаментного хруста».

#### **К 04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей – хронический фиброзный периодонтит**

Данная форма периодонтита чаще всего выявляется врачом при обследовании больного, обратившегося для санации полости рта, при оценке диагностической рентгенограммы. Иногда больного беспокоят боли при пе-

реохлаждении и резком надавливании на зуб во время приема жесткой пищи. Из анамнеза можно выявить, что ранее этот зуб лечен по поводу пульпита или периодонтита.

При осмотре определяется кариозный либо запломбированный зуб. Если обнаруживается кариозная полость, то болезненность на температурный раздражитель, зондирование и перкуссию не выявляется.

Одонтометрия зуба более 100 мкА. На рентгенограмме видна расширенная периодонтальная щель, утолщенная кортикальная пластинка в области верхушки корня зуба и остеосклероз кости.

#### **Заключение**

Предлагаемая трактовка МКБ-10 есть стремление согласовать включенные в нее понятия с представлениями, которые сложились в отечественной стоматологии.

Мы все понимаем, что нельзя вести статистический учет заболеваний по одним понятиям, а в медицинских стоматологических картах записывать другие нозологические формы. Согласованность в понимании классификаций должна начинаться со студенческой скамьи и проследиваться на протяжении всей практической деятельности врача-стоматолога. Только разговаривая на одном профессиональном языке, мы сможем понимать друг друга.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Алимova М. Я., Боровский Е. В., Макеева И. М., Бондаренко И. В. Анализ классификационных систем раздела «Кариес и его осложнения» // Эндодонтия today. 2008. №2. С. 49-54.
2. Байкова С. П., Зайратьянц О. В. Клинико-морфологическая характеристика и классификация кариеса и его осложнений (пульпит, периодонтит, радикулярная киста) в соответствии с требованиями Международной классификации стоматологических болезней // Эндодонтия today. 2008. № 1. С. 3-11.
3. Боровский Е. В., Леус П. А. Кариес зубов – М.: Медицина, 1979. – 256 с.
4. Кодола Н. А., Копьева Е. П., Прудникова А. П., Урбанович Л. И.,

Толочина О. Ф. Пульпит: возрастные особенности и лечение. – Киев: Здоров'я, 1980. – 152 с.

5. Леонтьев В. К., Десятниченко К. С. Изменение белковых компонентов и протеолиз в кариозном пятне эмали // Стоматология. 1976. № 1. С. 11-15.

6. Лукомский И. Г. Терапевтическая стоматология: Учебник. – М., 1955 – 487 с.

7. Макеева И. М. Осложнения кариеса в версии Международной классификации болезней (МКБ-10) // Эндодонтия today. 2009. №3. С. 17-20.

8. Международная классификация болезней. 10-й пересмотр. Т. 1, Т. 2, Т. 3. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995.

9. Пахомов Г. Н. Кариес зубов и его профилактика. – Рига: Зинатне, 1976. – 128 с.

10. Пахомов Г. Н. Первичная профилактика в стоматологии. – М.: Медицина, 1982. – 240 с.

11. Рабухина Н. А., Григорьянц Л. А., Бадалян В. А. Роль рентгенологического исследования при эндодонтическом и хирургическом лечении зубов // Новое в стоматологии. 2001. №6. С. 39-41.

12. Рединова Т. Л., Зайнуллина Е. В. Клинические и электрометрические критерии вторичного и рецидивного кариеса зубов // Клиническая стоматология. 2007. Т. 42. №2. С. 14-16.

13. Рединова Т. Л. Кариес зубов: Монография. – Ижевск, 2009. – 95 с.

14. Рединова Т. Л., Любомирский Г. Б. Показатели электровозбудимости пульпы различных групп зубов у лиц разного возраста // Институт стоматологии. 2009. Т. 43. № 2. С. 74-75.

15. Терапевтическая стоматология: Учебное пособие / Под ред. проф. Л. А. Дмитриевой. – М., 2003. – 896 с.

16. Цепов Л., Николаев А., Морозов В., Петрова Е., Лобовкина Л. Как преподавать раздел «Периодонтиты» // Cathedra. 2008. Т. 7. №3. С. 76-80.

**Поступила 14.01.2020**

Координаты для связи с автором:  
г. Ижевск, 426034,  
ул. Коммунаров д. 281