

## СИСТЕМАТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ И ИХ МЕСТО В МКБ-10

Галина Иннокентьевна Саблина, Петр Алексеевич Ковтонюк, Наталья Николаевна Соболева,  
Тамара Григорьевна Зеленина, Елена Николаевна Татарина  
(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор д.м.н., проф. В.В. Шпрах,  
кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, зав. — к.м.н., доц. Н.Н. Соболева)

**Резюме.** В сообщении обоснованы уточнения к терминологии клинических форм хронического периодонтита. Клиническая классификация периодонтитов соотнесена с МКБ-10.

**Ключевые слова:** МКБ-10, периодонтит.

## CLASSIFICATION OF CHRONIC PERIODONTITIS AND ITS POSITION IN ICD-10

G.I. Sablina, P.A. Kovtonyuk, N.N.Soboleva, T.G. Zelenina, E. N. Tatarinova  
(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

**Summary.** The specification of the terminology of clinical forms of chronic periodontitis has been substantiated. The clinical classification of periodontitis is correlated with ICD-10.

**Key words:** chronic destructive periodontitis, the International Classification of Diseases (ICD-10).

В связи с появлением приказа Минздрава РФ № 170 от 27.05.1997 г. «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на МКБ-10» обозначилась проблема ведения стоматологической документации, связанная с необходимостью использования двух классификаций: статистической и клинической.

Клиническая классификация позволяет регистрировать нозологическую форму патологии, дифференцировать ее от других форм, определять оптимальный метод лечения и прогнозировать его результат.

Международная классификация болезней (МКБ-10) — это система рубрик, в которую отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями [16]. МКБ-10 используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

Научные школы в РФ неоднозначно рассматривают соответствие одних и тех же нозологических форм клинической классификации кодам МКБ-10 [1, 2, 3, 15, 21]. По нашему мнению, наиболее часто возникают разногласия при диагностике различных форм хронического периодонтита и определения их места в МКБ-10. Например, Т.Л. Рединова (2010) хронический гранулирующий периодонтит предлагает относить к коду 04.6 — периапикальному абсцессу со свищем, тогда как Е.В. Боровский (2004) считает, что данная нозологическая форма соответствует коду 04.5 — хроническому апикальному периодонтиту.

Целью сообщения явилось обоснование внесения изменений в клиническую классификацию хронических периодонтитов и адаптации ее к МКБ — 10.

С 1936 года по настоящее время в нашей стране основной классификацией поражений тканей периодонта является классификация И.Г. Лукомского [5, 7, 10, 13, 25].

Острые формы:

- острый серозный верхушечный периодонтит,
- острый гнойный верхушечный периодонтит.

Хронические формы:

- хронический верхушечный фиброзный периодонтит,
- хронический верхушечный гранулирующий периодонтит,
- хронический верхушечный гранулематозный периодонтит.

Обострившийся хронический верхушечный периодонтит.

Корневая киста.

Следует отметить, что изначально И.Г. Лукомский выделил всего две формы хронического периодонтита: фиброзный и гранулематозный. Позднее гранулематозный периодонтит был дифференцирован на гранулематозный и гранулирующий в зависимости от степени активности процесса хронического воспаления и степени токсичности очагов [5].

Классификация И.Г. Лукомского основана на патологических морфологических изменениях в периодонте. В то же время, клинически часто сложно определить характер воспалительного процесса. Хронические периодонтиты нередко протекают со скудной симптоматикой [23]. Различия в клиническом течении гранулирующей и гранулематозной форм незначительны и недостаточны для дифференциальной диагностики этих форм, а фиброзный периодонтит не имеет собственных клинических признаков [23, 24].

В зависимости от клинической и патологоанатомической картины хронические периодонтиты допускают представлять в двух формах: стабилизированной и активной. К стабилизированной форме относят фиброзный периодонтит, к активной (деструктивной) — гранулирующую и гранулематозную формы. Активная форма хронических периодонтитов сопровождается образованием грануляций, свищевых ходов, гранулем, возникновением нагноений в околотелюстных тканях.

По этому поводу еще в 2003 году, заслуженный деятель науки РФ, профессор Е.В. Боровский утверждал, что нет необходимости деления хронического периодонтита на гранулирующий и гранулематозный [24]. Мы поддерживаем данную точку зрения в том, что эти формы хронического периодонтита целесообразно определять одним клиническим диагнозом «хронический деструктивный периодонтит», основываясь на том, что морфологическая картина характеризуется деструкцией костной ткани при той и другой формах патологии. Под термином «деструкция» понимают разрушение костной ткани и замещение ее другой (патологической) тканью (грануляциями, гноем, опухолевидной) [7]. В то же время, далеко не всеми стоматологами в системе вузовского и последипломного образования, а также в практическом здравоохранении принимается данная трактовка диагноза. Специалисты, по-прежнему, придерживаются классификации И.Г. Лукомского, в которой основным дифференциальным признаком хронических периодонтитов все еще признается рентгенологическая характеристика очагов поражения костной ткани челюсти.

В руководствах и учебниках по стоматологии приводится традиционное описание рентгенологической характеристики хронического гранулирующего и гранулематозного периодонтитов [7,12, 13,14, 23, 24, 25].

Таблица 1

Соответствие классификаций хронических периодонтитов

Нозологические формы периодонтитов по классификации И.Г. Лукомского	Нозологическая форма по предлагаемой систематике	Код по МКБ-10
Хронический гранулирующий периодонтит, хронический гранулематозный периодонтит	Хронический деструктивный периодонтит	К 04.5. Хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема)
Хронический фиброзный периодонтит	Хронический фиброзный периодонтит	К 04.9. Другие неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей
Обострившийся хронический периодонтит	Обострившийся хронический периодонтит	К 04.7. Периапикальный абсцесс без свища

Основным дифференциальным признаком в различии данных форм патологии периодонта рекомендуется принимать четкость, ровность контуров очага деструкции и его величину. На практике же врачу достаточно трудно, а иногда, и невозможно провести объективную границу контуров очага повреждения с позиций расплывчатости границ. Более того, Н.А. Рабухина, Л.А. Григорьянц., В.А. Бадалян (2001) считают, что форма деструкции на рентгенограмме определяется не активностью процесса (распространяется — гранулирующий, ограничен — гранулема), а расположением его по отношению к кортикальной пластинке. Авторами установлено, что по мере приближения очага воспаления к кортикальной пластинке он приобретает на рентгенограмме округлую форму, а при полном ее вовлечении появляется кортикальный ободок. Кроме того, в клинике иногда при рентгенологической картине, воспринимаемой как гранулирующий периодонтит, при удалении зуба по клиническим показаниям на верхушке корня выявляется фиксированная гранулема.

Как отмечают Н.А. Рабухина, А.П. Аржанцев (1999) «Патоморфологические данные свидетельствуют, что более 90% рентгенологически выявляющихся периапикальных разрежений, не имеющих отчетливой клиники, являются гранулемами. Рентгенологическая характеристика гранулирующего и гранулематозного периодонтитов неспецифична, и поэтому не может служить основанием для выделения морфологических типов периодонтитов, как это нередко делают стоматологи на практике. На I Международном конгрессе челюстно-лицевых рентгенологов в 1969 году принято специальное решение об ошибочности использования рентгенологических данных для определения гистопатологической сущности зон периапикальной костной резорбции».

Имеющиеся в литературе морфологические данные убедительно доказывают, что нет необходимости деления хронического периодонтита на гранулирующий и гранулематозный, т.к. это различные стадии одного и того же процесса. При снижении реактивности организма грануляционная ткань активно развивается с выходом в костную ткань альвеолы без четких границ, причем ее трансформация в зрелую соединительную ткань задерживается [2, 17]. При гранулематозной форме у верхушки корня пораженного зуба разрастание ограничивается макроорганизмом образованием зрелой волокнистой соединительной ткани в виде капсулы, не имеющей соединения с зубной альвеолой кости. Такое образование называется апикальной гранулемой.

Е.В. Боровский (2003) указывает на то, что размер и форма гранулемы может изменяться. В случае преобладания раздражителей корневого канала происходит активация процесса, что рентгенологически проявляется резорбцией костной ткани, отображающейся потерей четкости контуров очага разрежения и его увеличением. Если же побеждают защитные механизмы, то очаг разрежения костной ткани на рентгенограмме стабилизируется и имеет четкие контуры. Автор считает, что эти изменения являются различными стадиями одного и того же процесса.

Описанные изменения в очаге деструкции согласуются с его морфологической характеристикой, описанной Fisch (1968). Автор выделяет в периапикальном очаге четыре морфологические зоны:

- зону инфекции
- зону разрушения
- зону воспаления
- зону стимуляции.

Изложенные выше морфологические и рентгенологические обоснования к объединению гранулирующего и гранулематозного периодонтитов в деструктивную нозологическую форму подтверждаются еще и тем, что выбор метода лечения и исход этих периодонтитов не зависит от формы деструкции патологического очага. И при гранулирующем и при гранулематозном периодонтите лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение инфекционного очага, снижение инфекционно-токсического, аллергического и аутоиммунного воздействия на организм, предотвращение распространения инфекции [4, 6, 9, 11, 22, 24, 25].

Следует также отметить, что с точки зрения современной стоматологической терминологии в классификации периодонтитов не всегда употребляется слово «верхушечный» для уточнения локализации процесса. Многие специалисты, рассматривая патологию периодонта, понимают локализацию очага деструкции в околоверхушечной или фуркационной зоне зуба. Это объясняется тем, что деструкция, возникающая в маргинальном пародонте, характеризуемая ранее как «маргинальный периодонтит» [5], после принятия классификации заболеваний пародонта в 1986 году диагностируется как локализованный пародонтит [5, 18, 22, 26].

Следует также отметить, что с точки зрения современной стоматологической терминологии в классификации периодонтитов не всегда употребляется слово «верхушечный» для уточнения локализации процесса. Многие специалисты, рассматривая патологию периодонта, понимают локализацию очага деструкции в околоверхушечной или фуркационной зоне зуба. Это объясняется тем, что деструкция, возникающая в маргинальном пародонте, характеризуемая ранее как «маргинальный периодонтит» [5], после принятия классификации заболеваний пародонта в 1986 году диагностируется как локализованный пародонтит [5, 18, 22, 26].

Таким образом, мы считаем целесообразным различать следующие нозологические формы хронических периодонтитов:

- хронический фиброзный периодонтит
- хронический деструктивный периодонтит
- обострившийся хронический периодонтит.

Предложенная систематика была соотнесена нами с кодами МКБ-10 (табл. 1).

Нами не принят код 04.6 — периапикальный абсцесс со свищем, рекомендуемый некоторыми авторами [21]. Мы считаем необоснованным использовать термин «свищ» для обозначения хронического гранулирующего периодонтита. Свищ наблюдается как при гранулирующем, так и при гранулематозном периодонтитах. Термин же «абсцесс» в Энциклопедическом словаре медицинских терминов (1982 год, том 1) трактуется как «отделяться, нарывать; син.: апостема, гнойник, нарыв», что не всегда соответствует клинической картине гранулирующего периодонтита.

Известно, что хронический фиброзный периодонтит может являться исходом лечения пульпитов, периодонтитов, травм, функциональной перегрузки пародонта и др. Фиброзные изменения периодонта не имеют собственных клинических проявлений и поэтому по МКБ-10 он может быть отнесен к коду 04.9 — другие неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей.

Гранулирующий и гранулематозный хронические периодонтиты, объединенные термином деструктивный периодонтит, соответствуют коду 04.5 — хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема).

Код 04.7 — периапикальный абсцесс без свища соответствует обострению всех форм хронических периодонтитов.

Таким образом, обоснованная систематика хронических периодонтитов соответствует классификации ВОЗ 10-го пересмотра. Она упрощает клиническую диагностику, ведение документации, внутриведомственный контроль лечения и вневедомственную оценку страховыми компаниями уровня качества лечения (УКЛ).

## ЛИТЕРАТУРА

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. Бойкова 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. Терминология и классификация кариеса зубов и его осложнений // Клиническая стоматология. — 2004. — №1. — С. 6-9.
4. Галанова Т.А., Ценов Л.М., Николаев А.И. Алгоритм лечения хронического апикального периодонтита // Эндодонтия today. 2009. — № 3. — С. 74-78
5. Гофунг Е.М. Учебник терапевтической стоматологии. — М.: Медгиз, 1946. — 510 с.
6. Гринин В.М., Буляков Р.Т., Матросов В.В. Пероральная антибактериальная терапия в лечении деструктивных форм верхушечного периодонтита на фоне системного остеопороза. // Эндодонтия today. — 2011. — №1. — С. 49-51
7. Детская терапевтическая стоматология: нац. рук./ Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельникова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 896 с.
8. Журочко Е.И., Дегтярева Л.А. Комплексный метод оценки состояния околоверхушечных тканей зуба при хроническом верхушечном периодонтите // Эндодонтия today. — 2008. — № 2. — С. 27-31.
9. Звонникова Л.В., Георгиева О.А., Нисанова С.Е., Иванов Д.С. Использование современных антиоксидантов в комплексном лечении апикального периодонтита // Эндодонтия today. — 2008. — №1. — С. 85-87
10. Иванов В.С., Овруцкий Г.Д., Гемонов В.В. Практическая эндодонтия. — М.: Медицина, 1984. — 224 с.
11. Лавров И.К. Выбор метода лечения хронического апикального периодонтита у пациентов пожилого возраста в зависимости от сопутствующей патологии // Эндодонтия today. — 2010. — №2. — С. 68-72.
12. Лукиных Л.М., Лившиц Ю.Н. Верхушечный периодонтит. — Нижний Новгород, 1999. — с.
13. Лукомский И.Г. Терапевтическая стоматология: Учебник. — М., 1955. — 487 с.
14. Лучевая диагностика в стоматологии: национальное руководство / Под ред. Тома А.Ю. Васильев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 288 с.
15. Макеева И.М. Осложнения кариеса в версии Международной классификации болезней (МКБ-10) // Эндодонтия today. — 2009. — №3. — С. 17-20.
16. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. Т.1, Т.2, Т.3. — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995.
17. Мигунов Б.И. Патологическая анатомия заболеваний зубо-челюстной системы и полости рта. — М., 1963. — 136 с.
18. Митронин А.В., Воронина К.Ю. Опыт эндодонтического лечения хронического периодонтита при наличии перфорации в области фуркации корней // Эндодонтия today. — 2010. — №4. — С. 3-5.
19. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. — М.: Медицинское информационное агентство, 1999. — 452 с.
20. 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.
21. Рединова Т.Л. Кариес и его осложнения: соответствие научных отечественных классификаций и международной классификации болезней (МКБ-10) // Эндодонтия today. — 2010. — №1. — С. 37-43.
22. Рединова Т.Л., Прилукова Н.А. Степень эффективности назначения кальцийсодержащих препаратов системного действия при лечении деструктивных форм периодонтита // Эндодонтия today. — 2011. — №1. — С. 15-18.
23. Стоматология: Учебник для медицинских вузов и последипломной подготовки специалистов / Под ред. В.А. Козлова. — СПб.: СпецЛит., 2003. — С.190-195.
24. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 640 с.
25. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 912 с.
26. Токмакова С.И., Жукова Е.С., Бондаренко О.В., Сысоева О.В. Оптимизация лечения деструктивных форм хронического периодонтита с применением препаратов гидроксида кальция // Эндодонтия today. — 2010. — №4. — С. 61-64.

**Информация об авторах:** 664079, Иркутск, м-н Юбилейный, 100, ИГИУВ, e-mail: soboleva-ort@nm.ru

Галина Иннокентьевна Саблина — доцент, к.м.н.,  
 Петр Алексеевич Ковтонюк — доцент, к.м.н.,  
 Соболева Наталья Николаевна — заведующий кафедрой, к.м.н., доцент;  
 Тамара Григорьевна Зеленина — доцент, к.м.н.,  
 Елена Николаевна Татарина — ассистент.  
 тел. 89025695566, soboleva-ort@nm.ru