

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневич

2011 г.

Регистрационный № 106-1111



**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ОСНОВЕ МКБ-10» В  
КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

(инструкция по применению)

**УЧРЕЖДЕНИЕ РАЗРАБОТЧИК:**

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

**АВТОРЫ:**

д.м.н., профессор И.К. Луцкая; к.м.н., доцент И.Г.Чухрай, доцент, к.м.н.  
Е.И.Марченко, доцент, к.м.н. И.Е.Шотт

Минск 2011

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д. Л. Пиневич

23.12.2011

Регистрационный № 106-1111

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ОСНОВЕ МКБ-10»  
В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия  
последипломного образования»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. И. К. Луцкая, канд. мед. наук, доц. И. Г. Чухрай,  
канд. мед. наук, доц. Е. И. Марченко, канд. мед. наук, доц. И. Е. Шотт

Минск 2011

В соответствии с приказом Минздрава Республики Беларусь от 21.09.1999 № 296 «О переходе органов управления и учреждений здравоохранения Республики Беларусь на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра» организации здравоохранения Республики Беларусь осуществляют внедрение «Международной классификации стоматологических болезней (МКБ-10-С)» как единого документа для реформирования системы учета и отчетности в здравоохранении.

Поскольку изначально эксперты ВОЗ разрабатывают международные статистические классификации болезней с целью унифицировать сведения о заболеваемости населения различных государств, обеспечить сбор и распространение данных медицинской статистики для решения вопросов улучшения общественного здоровья, в отдельные разделы МКБ не включена оценка степени тяжести течения заболевания и некоторые другие клинические аспекты диагностики.

Эксперты ВОЗ предвидят возможные затруднения при внедрении МКБ и предлагают свои пути решения проблем. Они считают, что для некоторых национальных систем более подходящей может оказаться адаптация существующей системы регистрации. При любом варианте использования МКБ-С рекомендуется предусмотреть возможность дальнейшего подразделения рубрик, которое может потребоваться после очередного пересмотра МКБ и МКБ-С. Более того, эксперты ВОЗ указывают, что для пользователей МКБ-С крайне необходимо разрабатывать последовательную диагностическую систему.

Таким образом, внедрение Международной классификации (МКБ-10) не исключает использование принятых клинических терминов и постановку расширенного диагноза с уточнением локализации, этиотропного фактора, патогенетических механизмов, степени тяжести и характера течения.

При оказании платных услуг такой уточненный диагноз позволит снизить риск жалоб и претензий со стороны пациента, поскольку объясняет использование требуемого объема материалов, инструментов и этапов работы.

Анализ результатов применения МКБ-10-С в практическом здравоохранении и в учебном процессе обосновал разработку инструкции, которая позволяет выполнить задачи, стоящие перед организаторами здравоохранения и практикующими врачами в разделе диагностики, лечения заболеваний, обобщения выполненной работы и предоставления отчетов на всех уровнях.

Поскольку переход от принятых ранее понятий к терминам, рекомендуемым экспертами ВОЗ в Международной классификации болезней, вызывает у врачей затруднения при постановке диагноза, в настоящей инструкции приводятся формулировки, соответствующие МКБ-10-С, а также адаптированные к ним клинические диагнозы, применяемые до внедрения Международной (статистической) классификации болезней в стоматологии.

Предлагается клиническая терминология, не препятствующая предоставлению отчетов для банка ВОЗ.

## **ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОВ**

### **КАРИЕС ЗУБА (К 02)**

#### **Кариес эмали (K02.0)**

##### ***Кариес в стадии пятна (начальный кариес)***

Жалобы на боли отсутствуют. Косметический дефект: белое или пигментированное пятно. Возможно чувство оскомины. Анамнез: пятно появилось недавно (дни, недели, пигментированное — месяцы). Размеры, интенсивность окраски пятна увеличиваются. Осмотр обнаруживает участок эмали белесоватого цвета либо пигментацию эмали. Локализация: пришеечные участки зуба, ямки, фиссуры, проксимальные поверхности. Строгая симметричность поражений не характерна, возможен множественный кариес. Высушивание усиливает матовость и белизну пятна. Зондирование: поверхность эмали клинически не изменена, зонд не задерживается, скользит по поверхности; шероховатости нет. Болезненности не отмечается. Термометрия: физиологическая чувствительность не изменена (на холод зуб не реагирует). Перкуссия — реакция отрицательная. Пораженный участок эмали окрашивается метиленовой синью. Трансиллюминация выявляет участок гашения свечения. Электровозбудимость зуба в пределах нормы (2–5 мкА).

*Поверхностный кариес (К 02.0).* Жалобы: боли от химических раздражителей (от сладкого). Определяется косметический дефект в виде неглубокой полости, нарушения цвета. Анамнез: ощущения появились недавно (недели). Ранее было изменение цвета эмали на отдельном участке зуба. Осмотр: дефект в пределах эмали — участок белесоватый или пигментированный. Локализация — участки низкой резистентности эмали (пришеечная, проксимальная области, ямки, фиссуры). Зондирование обнаруживает шероховатость поверхности. Болезненности нет. Термометрия и перкуссия — безболезненны. Эмаль вокруг дефекта окрашивается метиленовой синью. Трансиллюминация выявляет гашение свечения. Электровозбудимость пульпы в пределах нормы (2–5 мкА).

#### **Кариес дентина (K02.1)**

*Средний острый кариес.* Жалобы на боль от химических, термических и механических воздействий, которая исчезает сразу после устранения раздражителя. Наличие полости, застревание пищи. Анамнез: Полость может существовать несколько недель, месяцев. Ранее было изменение цвета эмали на отдельном участке зуба, шероховатость эмали, боль от сладкого. Осмотр выявляет полость в пределах плащевого дентина (средней глубины), дентин светлый, без пигментации. Локализация — излюбленная для кариеса (пришеечная область, проксимальные, окклюзионная поверхности, фиссуры, ямки). Зондирование обнаруживает шероховатость дна и стенок полости, болезненно в области эмалево-дентинного соединения (ЭДС). Термометрия болезненна: направленная струя хладагента провоцирует кратковременную болевую реакцию. Перкуссия — безболезненна. Электровозбудимость пульпы не изменена (2–5 мкА).

*Средний хронический кариес.* Жалобы на наличие полости (застревание пищи). Дно и стенки полости пигментированы. Боли отсутствуют или строго причинные (от холодного), слабой интенсивности. Анамнез: полость может

существовать несколько недель, месяцев. Ранее было изменение цвета эмали на отдельном участке зуба, шероховатость эмали. Осмотр: полость расположена в пределах плащевого дентина (средней глубины и размеров), дно и стенки пигментированы. Локализация — излюбленная для кариеса. Зондирование обнаруживает шероховатость поверхности дефекта, может быть безболезненным либо слабо чувствительным в области ЭДС. Препарирование бором ЭДС болезненно. Термометрия: направленная струя хладагента может вызвать болевую кратковременную реакцию слабой интенсивности. Перкуссия — безболезненна. Электровозбудимость пульпы в пределах нормы.

*Глубокий острый кариес.* Жалобы: острая боль от химических, термических и механических раздражителей, исчезает сразу после устранения причинного фактора. Возможно изменение цвета зуба в цвете, дефект коронки, полость значительных размеров, попадание (застревание) пищи. В анамнезе — боли от химических раздражителей (сладкого), наличие полости небольших размеров, которые постепенно увеличивались. Осмотр выявляет глубокую кариозную полость (значительных размеров). Входное отверстие бывает меньше, чем ширина полости. Эмаль/дентин на стенках полости могут быть светлые или меловидно изменены. Зондирование дна кариозной полости болезненно, размягченный дентин податлив и снимается пластами. Термические раздражители вызывают интенсивную, но кратковременную болевую реакцию. Перкуссия зуба безболезненна. Электровозбудимость пульпы в пределах нормы или слегка снижена (до 10–12 мкА).

*Глубокий хронический кариес.* Жалобы на причинную боль слабо выражены или могут отсутствовать. Беспокоит наличие полости, куда попадает пища, изменение цвета зуба. В анамнезе — боли от химических, термических, механических раздражителей — строго причинные, кратковременные. При хроническом течении — симптомы слабо выражены, периодичны. При осмотре определяется кариозная полость значительной глубины, распространяется в околопульпарный дентин. Характерно широкое входное отверстие. Дно и стенки полости покрыты пигментированным дентином. При зондировании болезненность отсутствует или слабо выражена в области дна полости. Дентин плотный. Сообщения с пульпой нет. Термометрия безболезненна или слабо чувствительна. Электровозбудимость пульпы бывает снижена (10–12 мкА).

### **Кариес цемента (К 02.2)**

Начальная стадия кариеса отличается размягчением цемента, дефект не обнаруживается, однако поверхность характеризуется изменением цвета: светлеет либо, наоборот, пигментируется, определяется податливость при зондировании. Появление кариозной полости сопровождается деструкцией дентина. Термометрия, зондирование становятся болезненными, что соответствует клинике кариеса дентина (среднего или глубокого). Кариес цемента может распространяться по окружности зуба, циркулярно, по направлению к вершущке корня или, наоборот, к эмалево-дентинному соединению. Развитие дефекта на проксимальной поверхности может протекать бессимптомно вплоть до возникновения пульпита.

## **ПУЛЬПИТ (К 04.0)**

### **Начальный пульпит (гиперемия) (К 04.00)**

Жалобы на острую боль в зубе, возникающую от раздражителей: чаще термических, механических. После устранения фактора боль удерживается непродолжительное время. Неприятные ощущения сохраняются после приема пищи. Могут присутствовать жалобы на наличие эстетических дефектов. В анамнезе — симптомы кариеса дентина. Осмотр обнаруживает кариозную полость значительной глубины. Зуб может быть также запломбированным, редко интактным. Дно и стенки полости светлые либо пигментированные. Зондирование полости — болезненно в одной точке либо по всему дну. Воздействие холода вызывает боль, которая удерживается непродолжительное время после устранения раздражителя. Реакция на перкуссию зуба отрицательна. Электровозбудимость снижена до 12–15 мкА. На рентгенограмме патологических изменений в области периодонтальной щели нет.

### **Острый пульпит (К 04.01)**

*Частичный серозный пульпит.* Жалобы на боль: острую, приступообразную, самопроизвольную. Характерны ночные боли. Приступы кратковременные (минуты), светлые промежутки длительные (часы). Воздействие механических и термических раздражителей вызывают приступ боли. Зуб беспокоит не более 1 сут. В анамнезе — кратковременные, строго причинные боли. Возможна острая травма (результат удара или ятрогенные факторы, например, препарирование зуба). Если имеется полость, то зондирование болезненно в одной точке. Сообщения кариозной полости с пульпой нет. Термометрия болезненна. Боль не исчезает после устранения раздражителя. Во всех случаях боль строго локализована — пациент указывает на причинный зуб. Перкуссия отрицательная. Электровозбудимость пульпы снижена до 20 мкА. На рентгенограмме изменений в области периодонтальной щели, как правило, не обнаруживается.

*Общий серозный пульпит.* Жалобы на боль: острую, самопроизвольную, приступообразную. Приступ также провоцируется термическими и механическими раздражителями. Характерна ночная боль. Приступ может продолжаться до 1 ч и более, светлые промежутки — краткие (минуты). Длительность приступа постоянно увеличивается. Боль иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва. Пациент не может указать точно причинный зуб. В анамнезе — симптомы частичного пульпита. Возможна травма, препарирование, пломбирование, протезирование. При осмотре может определяться кариозная полость, пломба, интактная коронка зуба либо искусственная коронка. Зуб может находиться на стадии лечения. Пульпа не сообщается с кариозной полостью. Зондирование дна полости — болезненно. Реакция на термометрию резко положительная. Перкуссия отрицательная или слабо положительная (вертикальная). Электровозбудимость пульпы — 30–40 мкА. На рентгенограмме изменений в области периодонтальной щели не обнаруживается.

### **Гнойный пульпит (К 04.02)**

Жалобы на боли: острые, пульсирующие, нестерпимые. Приступы длительные, причем боль не исчезает полностью, а лишь стихает на короткий промежуток времени (минуты). Боль усиливается от горячего, уменьшается от холодного, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва, поэтому пациент не указывает на причинный зуб. В анамнезе, как правило, вначале причинные боли кратковременные, затем — самопроизвольные, приступообразные, ночные. Развитие пульпита от 1 до 3 сут. При осмотре чаще имеется кариозная полость значительных размеров либо пломба. Зуб бывает в стадии лечения, редко — интактный. При наличии полости зондирование дна безболезненно. Полость зуба закрыта. Перфорация дна кариозной полости приводит к появлению капли гноя и снижению интенсивности зубной боли. Вертикальная перкуссия зуба болезненна в результате перифокального воспаления в периодонте. Электровозбудимость снижена до 60 мкА. На рентгенограмме изменений в апикальном периодонте не обнаруживается.

### **Хронический пульпит (К 04.03)**

*Хронический пульпит (фиброзный).* Жалобы на появление ноющей боли после воздействия термических или механических раздражителей. После устранения раздражающего фактора боль продолжается несколько минут. В анамнезе отмечается появление кариозной полости, возможно проводилось лечение, протезирование. При осмотре чаще всего определяется полость значительных размеров, выполненная кариозным дентином. Зуб может быть запломбирован либо лечение не завершено. Зондирование дна полости резко болезненно в одной точке. При этом может появляться капля крови, если имеется сообщение кариозной полости с пульповой камерой. Зуб реагирует на холод, боль не сразу исчезает после устранения раздражителя. Перкуссия зуба безболезненна. Электровозбудимость пульпы снижается до 20–30 мкА. На рентгенограмме изменений в периодонтальной щели, как правило, не имеется, может обнаруживаться сообщение кариозной полости с пульповой камерой.

### **Хронический язвенный пульпит (К 04.04)**

Боли носят ноющий характер, возникают от термических и механических раздражителей. Попадание в зуб пищевого комка вызывает чувство боли и распирания. Бывает неприятный запах, особенно при отсасывании из зуба. В анамнезе отмечают острые приступообразные боли как причинные, так и самопроизвольные. Нередко выясняется факт незавершенного лечения зуба. При осмотре зуба часто определяется кариозная полость, сообщающаяся с пульповой камерой. Однако полость может быть закрытой. Болезненно глубокое зондирование коронковой пульпы. При воздействии термических раздражителей возникает ноющая боль, не исчезающая после устранения раздражителя. Перкуссия зуба безболезненна либо слегка чувствительна. Электровозбудимость пульпы снижена до 40 мкА. На рентгенограмме нередко определяется сообщение полости зуба и кариозного дефекта.

### **Хронический гиперпластический пульпит (К 04.05)**

Жалобы на ноющую боль от механических, термических раздражителей. Ощущение инородного тела или разрастания мягких тканей в зубе. Механическое

воздействие вызывает кровоточивость. В анамнезе могут отмечаться острые боли от раздражителей, а также возникающие самопроизвольно: приступообразные. Зуб мог быть лечен по поводу кариеса или пульпита, однако лечение не закончено. При осмотре всегда обнаруживается кариозная полость с грануляционной тканью розового или серого цвета. Зондирование болезненно в различной степени, вызывает кровотечение из гиперплазированной ткани. Возможна реакция на термометрию. Боль сохраняется после прекращения воздействия. Перкуссия зуба, как правило, безболезненна, в ряде случаев чувствительна. Электровозбудимость пульпы колеблется от 2 до 20 мкА. На рентгенограмме обнаруживается широкое сообщение кариозной полости с полостью зуба. Изменений в периодонтальной щели может не быть, реже определяется деструкция костной ткани вокруг верхушки корня.

#### **Другие (обострение хронического пульпита) (К 04.08)**

Жалобы на боль: острую, самопроизвольную, приступообразную. Приступ также провоцируется термическими и механическими раздражителями. Характерна ночная боль. Приступ может продолжаться 1 ч и более, светлые промежутки — минуты. Длительность приступа увеличивается, появляются жалобы на острые, пульсирующие, нестерпимые боли. Боль усиливается от горячего, уменьшается от холодного, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва. В анамнезе отмечаются жалобы, характерные для хронического пульпита. При осмотре может определяться кариозная полость, пломба, интактная коронка зуба либо искусственная коронка. Зуб может находиться на стадии лечения. Зондирование дна полости — болезненно. Реакция на термометрию резко положительная. Вертикальная перкуссия зуба безболезненна либо слабо болезненна в результате перифокального воспаления в периодонте. Электровозбудимость пульпы снижена до 40–60 мкА. На рентгенограмме в большинстве случаев изменений в апикальном периодонте не обнаруживается.

#### **Некроз пульпы — гангренозный пульпит (К 04.1)**

Жалобы на боли ноющего характера от термических (горячего) и механических раздражителей. Попадание в зуб пищевого комка вызывает чувство распирания. Характерен неприятный запах из зуба, возможно его изменение в цвете. В анамнезе отмечаются острые приступообразные боли как причинные, так и самопроизвольные. Нередко лечение зуба не завершено. Определяется кариозная полость, сообщающаяся с пульповой камерой. Возможно развитие некроза пульпы в закрытой полости. Болезненно глубокое зондирование. При воздействии термических раздражителей возникает ноющая боль, не исчезающая после устранения раздражителя. Перкуссия зуба безболезненна либо слегка чувствительна. Электровозбудимость пульпы снижена до 60 мкА. На рентгенограмме в 30 % случаев обнаруживаются изменения апикального периодонта в виде деструкции костной ткани.

#### **Дегенерация пульпы (конкрементозный пульпит) (К 04.02)**

Жалобы на кратковременные острые приступы боли в зубе, возникающие при резких движениях головы. Описан так называемый «симптом кресла»: при сидячем положении больного откидывание назад спинки стоматологического кресла вызывает боль в зубе. Заболевание продолжается месяцы, годы.



Симптоматика может нарастать или снижаться в зависимости от расположения дентикля (свободный, пристеночный, в устьях каналов). При осмотре зуб может быть интактным с истиранием эмали, дентина, леченным с использованием гидроксида кальция. Дентикль нередко образуется на фоне пародонтита. Зондирование и термометрия обнаженного дентина и эмали могут быть болезненны. Перкуссия безболезненна. Электровозбудимость зуба — в норме или снижена (20 мкА). На рентгенограмме в полости зуба обнаруживаются плотные включения (чаще единичные). В ряде случаев дентикли заполняют всю полость зуба.

## **ПЕРИОДОНТИТ АПИКАЛЬНЫЙ**

### **Острый апикальный периодонтит (К 04.4)**

*Острый серозный периодонтит.* Жалобы на постоянную боль: ноющую, усиливающуюся при накусывании, ограничивающуюся причинным зубом. Ощущение «выросшего зуба». Боль в прошлом могла быть острая, приступообразная; в случае травмы появилась внезапно. Продолжается обычно 1–2 дня. При осмотре чаще определяется кариозная полость либо пломба. Зуб также бывает интактным или на стадии лечения. Зондирование и термометрия пульпы безболезненны. Вертикальная перкуссия болезненна. Электровозбудимость зуба более 100 мкА. На рентгенограмме изменений в периодонтальной щели не обнаруживается.

*Острый гнойный периодонтит.* Жалобы на постоянную боль: острую, рвущую, нестерпимую. Ощущение «выросшего зуба», невозможность прикоснуться к зубу. Боль разлитая. Повышается температура (чаще субфебрильная), появляется головная боль, раздражительность. Из анамнеза — боль в прошлом могла быть острая, приступообразна; в случае травмы — появилась внезапно. При осмотре может определяться кариозная полость либо пломба. Зуб также бывает интактным либо на стадии лечения. Термометрия и зондирование безболезненны. Резко положительна реакция как на вертикальную, так и горизонтальную перкуссию. Чувствительна вертикальная перкуссия зубов, стоящих рядом с причинным. При пальпации обнаруживаются увеличенные, болезненные подбородочные и подчелюстные лимфатические узлы со стороны больного зуба. Электровозбудимость более 100 мкА. На рентгенограмме в области верхушки корня можно обнаружить равномерное расширение периодонтальной щели: зуб выдвигается из лунки под действием гнойного экссудата.

### **Хронический апикальный периодонтит (К 04.5)**

*Хронический фиброзный периодонтит.* Жалобы на боли, как правило, отсутствуют. Беспокоит наличие полости в зубе, изменение цвета, застревание пищи, неприятный запах. Возможно ощущение дискомфорта при накусывании. В анамнезе могут отмечаться симптомы хронического пульпита либо острого периодонтита. При осмотре выявляется полость, однако зуб может быть запломбирован. Зондирование полости зуба, термометрия — безболезненны. Реакция на перкуссию обычно отрицательная. Электровозбудимость зуба выше

100 мкА. На рентгенограмме определяется неравномерное расширение периодонтальной щели в области апекса.

*Хронический гранулирующий периодонтит.* Жалобы на боль слабо выражены. Беспокоит наличие дефекта (полость в зубе, изменение цвета), застревание пищи, неприятный запах. Периодически беспокоит появление свища на десне в области проекции верхушки корня. В анамнезе часто обнаруживаются симптомы хронического пульпита либо гангрены пульпы, острого периодонтита. При осмотре обнаруживается полость или пломба. Зондирование и термометрия безболезненны. Перкуссия слабо положительная. Электровозбудимость выше 100 мкА. Слизистая оболочка десны в области проекции верхушки корня гиперемирована, пастозна, определяется симптом вазопареза. Нередко обнаруживается отверстие свищевого хода, выбухающие грануляции или рубец. На рентгенограмме определяется неравномерная деструкция костной ткани вокруг верхушки корня в виде языков пламени.

*Хронический гранулематозный периодонтит.* Клиническая картина, данные анамнеза, результаты осмотра и обследования сходны с гранулирующим периодонтитом. Слизистая оболочка десны в области проекции верхушки корня гиперемирована, пастозна, при надавливании пуговчатым зондом выявляется симптом вазопареза. На рентгенограмме обнаруживается деструкция костной ткани вокруг верхушки корня округлой или овальной формы с четкими границами.

*Обострение хронического периодонтита (К 04.6).* Жалобы на постоянную боль: на ранних стадиях ноющую, затем — острую, рвущую, нестерпимую. Ощущение «выросшего зуба», невозможность прикоснуться к зубу. Боль разлитая. В анамнезе — симптомы хронического периодонтита. При осмотре может определяться кариозная полость, пломба либо зуб находится на стадии лечения. Резко положительная перкуссия. Чувствительна вертикальная перкуссия зубов, стоящих рядом с причинным. При пальпации обнаруживаются увеличенные болезненные лимфатические узлы со стороны больного зуба (подчелюстные и подбородочные). Электровозбудимость более 100 мкА. На рентгенограмме — неравномерная деструкция костной ткани вокруг верхушки корня в виде языков пламени или округлой формы с четкими границами. Нарушается общее состояние.

## **ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

**Острый гингивит (К 05.0)** встречается довольно редко и развивается, как правило, у детей вследствие острых респираторных инфекций, является симптоматическим. Жалобы на «припухлость», покраснение, кровоточивость десен, нарушение общего состояния. Возможен неприятный запах изо рта. Из анамнеза выясняется быстрое нарастание симптомов на фоне ОРВИ. Осмотр выявляет отечность слизистой оболочки десны, гиперемию и кровоточивость при зондировании. Пальпация десны болезненна. На рентгенограмме отсутствуют нарушения костных структур. Степень тяжести воспалительного процесса определяется параметрами состояния тканей пародонта (периодонта), включающими оценку кровоточивости (РМА, GI и др.).

### **Хронический простой маргинальный гингивит (К 05.10)**

характеризуется жалобами на увеличение десны в объеме, небольшую болезненность, дискомфорт, неприятный запах, кровоточивость при чистке зубов, приеме жесткой пищи. В анамнезе — медленное развитие процесса или переход от острого гингивита к хроническому, возможно наличие местных факторов, общих заболеваний, профессиональных и бытовых неблагоприятных воздействий. При осмотре обнаруживается отек слизистой оболочки десны. Характерна синюшность, возможна десквамация эпителия, при зондировании появляется кровоточивость. Значительное количество зубного налета может инициировать и/или поддерживать воспалительный процесс. На рентгенограмме костные структуры выглядят интактными, межзубные перегородки не разрушаются.

**Гиперпластический гингивит (К 05.11)** отличается жалобами на увеличение в объеме десен, дискомфорт, слабую болезненность. Отмечаются обильный зубной налет, неприятный запах изо рта, затрудненный прием пищи. В анамнезе могут отмечаться гормональные нарушения, профессиональные воздействия, побочный эффект лекарственных средств. При осмотре определяется значительное увеличение в объеме десны, покрывающей от 1/3 до 1/2 и более коронки зуба. Если гиперплазия десны касается преимущественно разрастания грануляционной ткани, развивается отечная форма гингивита. Клинически десна отличается гладкой, напряженной поверхностью. При пальпации — гладкая, податливая, возможна кровоточивость. На рентгенограмме изменений костной структуры не обнаруживается. Гиперплазия преимущественно фиброзной ткани характеризуется неравномерной бугристой поверхностью десны. Слизистая оболочка может быть синюшной или бледной. При пальпации определяется плотность, неравномерное утолщение десны, кровоточивости нет. При длительном течении гиперпластического гингивита возможен остеопороз межзубных перегородок, что обнаруживается на рентгеновском снимке.

**Язвенный гингивит (К 05.12).** Жалобы на гнилостный запах изо рта, боли, резкую кровоточивость десны. Возможны повышение температуры тела, симптомы интоксикации. В анамнезе отмечают заболевания общего характера и состояния, снижающие резистентность организма. Определенную роль в развитии язвенного гингивита играют инфекционные агенты и различные местные травмирующие факторы. При осмотре полости рта на фоне гиперемии, отека наблюдаются изъязвления десневого края с усеченностью вершин сосочков, язвенные поражения покрыты фибринозным налетом, под которыми открывается кровоточащая поверхность. Отмечается увеличение регионарных лимфатических узлов.

**Десквамативный гингивит (К 05.13).** Причиной может быть эндокринный дисбаланс, проявления дерматозов, контактная аллергическая реакция, инфекционное заболевание. Воспаление в десне протекает по типу простого маргинального гингивита. Параллельно на слизистой оболочке десны возникают участки десквамации эпителия округлой или неправильной формы, ярко-красного цвета. При *легкой форме* жалобы практически отсутствуют, при осмотре регистрируется эритема маргинальной и прикрепленной десны, безболезненной при пальпации. При *среднетяжелой форме* характерны жалобы на повышенную чувствительность слизистой оболочки, особенно к химическим и термическим

раздражителям, болезненность при чистке зубов, ощущение «ожога». Слизистая оболочка десны отечная, гладкая, блестящая, пятнистая, ярко-красного цвета. Эпителий десны участками слущивается, обнажая кровоточащую поверхность, болезненную при пальпации. При *тяжелой форме* пациенты жалуются на сухость полости рта, чувство жжения, затрудненный прием твердой и раздражающей пищи (соленого, кислого, острого), измененный вид десны. Характерна большая протяженность поражения, при этом поверхность десны ярко-красная, эпителий отслаивается пластами, при повреждении выделяется водянистая жидкость, видны сосуды, определяется резкая болезненность при пальпации.

#### **Острый пародонтит (К 05.2)**

**Пародонтальный абсцесс (К 05.2).** Жалобы на постоянную ноющую боль различной интенсивности, припухлость десны в области одного или двух зубов. При прогрессировании процесса боль становится пульсирующей, иррадирующей. Может отмечаться боль при накусывании, подвижность зубов. При осмотре на фоне гиперемированной и отечной слизистой оболочки обнаруживается ограниченный отек десны округлой или овальной формы. При пальпации очаг поражения мягкий, возможно с флюктуацией, резко болезненный. Определяется подвижность зубов, положительная перкуссия. При зондировании зубодесневого кармана или надавливании на десну выделяется гнойный экссудат. Пародонтальный абсцесс может протекать со свищом и без него. Возможно увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов. При рентгенологическом исследовании обнаруживаются признаки, характерные для хронического пародонтита. Может ухудшаться общее состояние.

**Острый перикоронит (К 05.2).** Жалобы на сильную постоянную боль в области причинного зуба, часто иррадирующую, боль при глотании. Возможно нарушение общего состояния. При осмотре выявляется асимметрия лица. Десна, покрывающая зуб, гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации, может быть изъязвлена. Переходная складка в области причинного зуба сглажена, болезненна. Из-под капюшона выделяется серозный или гнойный экссудат. Лимфатические узлы увеличены, плотные, не спаяны с окружающими тканями, при пальпации болезненны.

**Хронический локализованный пародонтит (К 05.30).** Жалобы на неприятные ощущения и болезненность при жевании. При осмотре в области окклюзионной травмы слизистая оболочка десны выглядит отечной. Иногда наблюдается картина гиперпластического гингивита или отхождения края десны с образованием ложного кармана. Длительная и значительная перегрузка периодонта вызывает деструкцию кости. Заболевание характеризуется наличием сложных и комбинированных внутрикостных карманов, перемещением зубов. На рентгенограмме выявляется горизонтальный и вертикальный тип деструкции костной ткани, возможны дегенеративные изменения в пульпе, а также резорбция корня зуба.

**Хронический генерализованный пародонтит (К 05.31).** Характерно вовлечение в патологический процесс всего зубного ряда и сочетание горизонтального и вертикального типов деструкции костной ткани. На ранней стадии заболевания жалобы у пациентов незначительные. Отмечается

кровоточивость десен при чистке зубов, иногда чувствительность к температурным раздражителям, неприятные ощущения в десне, боль, убыль десны, смещение и подвижность зубов, неприятный запах изо рта. При *легкой степени* зондирование выявляет нарушение зубодесневого прикрепления, зубодесневые карманы в межзубных промежутках глубиной до 3,5 мм. Подвижность и смещение зубов отсутствуют. Рентгенологически определяется остеопороз межзубных перегородок, деструкция кортикальной пластинки до 1/3 длины корня. При *средней степени* обнаруживается застойная гиперемия и цианоз десневых сосочков, маргинальной и альвеолярной десны. Сосочки неплотно прилежат к поверхности зубов, конфигурация их изменена. Глубина пародонтальных карманов до 5 мм. Наблюдается смещение и веерообразное расположение зубов, травматическая окклюзия. При пальпации определяется патологическая подвижность зубов 1–2 степени, диагностируется поражение фуркации 2 степени. На рентгенограмме: горизонтальная потеря кости от 1/3 до 1/2 длины корня, изменения в области фуркации корней. При *тяжелой степени* течения глубина пародонтальных карманов составляет 5–6 мм и более, поражение в области фуркации 3–4 степени, выявляется подвижность зубов (2–3 степени) и их смещение, возможно выделение гнойного экссудата из пародонтального кармана. На рентгенограмме определяется убыль костной ткани более 1/2 длины корня, иногда полное рассасывание межзубной перегородки и выраженные изменения в области фуркации корней.

**Рецессия десны (К 06.0).** Факторами риска развития заболевания являются плохая гигиена полости рта, гингивит, зубочелюстные аномалии, генетически обусловленная предрасположенность, механическая травма (неправильная чистка зубов, нависающие пломбы, аномалии положения зубов, короткие уздечки губ и т. д.). *Травматическая* рецессия десны, как правило, локализованная, встречается преимущественно в молодом возрасте. Жалобы на эстетический недостаток, кратковременную болезненность от термических, химических раздражителей. Обычно проявляется оголением шейки зуба со стороны вестибулярной поверхности одного или нескольких зубов, чаще всего верхнего клыка, премоляра, реже резца. При осмотре обнаруживаются аномалии положения отдельных зубов, мелкое преддверие полости рта, боковые тяжи слизистой оболочки в области этих зубов, наличие ятрогенных факторов. *Симптоматическая* рецессия сопровождается воспалительными заболеваниями пародонта, чаще бывает генерализованной, наблюдается с вестибулярной и оральной поверхности. Для этой формы рецессии характерно наличие так называемых Stillman's щелей — щелевидных образований, как бы рассекающих десневой край у зуба, которые могут достигать 5–6 мм и более. Характерна неравномерность на различных участках челюсти, что определяется тяжестью основного заболевания. *Физиологическая* рецессия десны является системной и обусловлена физиологическим старением организма. Наблюдается практически у всех зубов, величина ее чаще незначительна, достаточно равномерна. Воспалительных явлений в тканях пародонта не выявляется.