

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

И.К. Луцкая А.М. Матвеев

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

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО

2019

УДК 616.31(075.9)

ББК 56.6я73

Л 86

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС государственного учреждения образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования»
протокол № 3 от 23.04.2019

Авторы:

Луцкая И.К., заведующий кафедрой терапевтической стоматологии, д.м.н., профессор

Матвеев А.М., главный врач Республиканской клинической стоматологической поликлиники, к.м.н., доцент

Рецензенты:

Леус П.А., профессор 1-й кафедры терапевтической стоматологии БГМУ, д.м.н., профессор

кафедра ортопедической стоматологии БГМУ

Луцкая И.К.

Л 86

Использование Международной классификации стоматологических болезней на основе МКБ-10 в клинике терапевтической стоматологии: учеб.-метод. пособие /И.К. Луцкая, А.М. Матвеев. (2-е изд., первое изд. 2011г.) - Минск: БелМАПО, 2019.- 40 с.

ISBN 978-985-584-337-6

В учебно-методическом пособии отражены клинические и аппаратурные диагностические критерии заболеваний твердых тканей зуба, пульпы, апикального периодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта. Подробно описаны характерные жалобы пациентов в зависимости от формы патологии. Расшифрованы диагнозы МКБ-10, постановка которых вызывает затруднения у клиницистов (например, язвенный пульпит, гиперемия пульпы и др.). Определены патологические состояния, которые могут быть отнесены в категорию «другие».

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Стоматология» (дисциплина «Физические методы диагностики и лечения в стоматологии»), повышения квалификации врачей стоматологического профиля.

УДК 616.31(075.9)

ББК 56.6я73

ISBN 978-985-584-337-6

© Луцкая И.К., Матвеев А.М., 2019

© Оформление БелМАПО, 2019

ВВЕДЕНИЕ

Многообразие существующих в практике классификаций в ряде случаев затрудняет четкое обоснование выбора метода лечения. По мнению экспертов Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), классификация должна быть научно обоснованной, относительно простой, удобной в применении. Особо следует акцентировать внимание на том, что она помогает врачу в обосновании диагноза и соответственно в выборе адекватного способа лечения.

Считается, что наиболее обоснованной является классификация, в основу которой положены морфологические признаки, которые в клинике не всегда отчетливо проявляются. Поэтому врачи чаще используют классификации, построенные на оценке клинических симптомов (характер болей, цвет и консистенция твердых тканей зуба, слизистой оболочки, данные рентгенологических исследований и т.д.).

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения от 21.09.1999г. №296 «О переходе на международную статистическую классификацию болезней X пересмотра» и использовании его как единого документа с целью реформирования системы учета и отчетности в здравоохранении. Внедрение данной классификации в стоматологию было обеспечено инструкцией по применению «Использование «Международной классификации стоматологических болезней на основе МКБ-10» в клинике терапевтической стоматологии», утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь (регистрационный № 106-111 от 23.12.2011).

Международная классификация болезней (МКБ-10) включает все болезни и состояния, которые имеют проявления в полости рта, однако практическому врачу достаточно сложно отразить многообразие клинических проявлений какой-либо нозологической формы патологии, используя только диагностические рубрики (категории) МКБ-С.

Отдельные разделы МКБ-10 требуют конкретизации, что предусмотрено в рубрикации. Дифференцированный подход к определению нозологий обусловлен, с одной стороны, ассортиментом средств и методов лечения

стоматологической патологии, внедрением современных технологий, а с другой – индивидуальными особенностями конкретного пациента, включающими как состояние органов и тканей полости рта, так и организма в целом.

В частности, такой диагноз, как «кариес дентина» требует конкретизации, поскольку глубина поражения может варьировать в значительных пределах. Диагноз «гиперемия пульпы», «язвенный пульпит», «другие» предполагает четкое описание диагностических критериев, позволяющих поставить диагноз.

На основе МКБ-10 разработаны единые для всех лечебных учреждений любой формы собственности Республики Беларусь протоколы ведения стоматологических пациентов, основной задачей которых является повышение качества оказания медицинской стоматологической помощи.

Поскольку использование МКБ-10 вызвало у врача-стоматолога ряд затруднений, связанных с отсутствием в ней клинических данных конкретного случая, представляется целесообразным адаптация рубрик МКБ к уже существующим и часто используемым клиническим классификациям.

Более того, для пользователя МКБ-С эксперты ВОЗ предусмотрели возможность разработать последовательную диагностическую систему, которая будет оптимальна для использования практическими врачами, тем самым обеспечив преемственность между клинической и морфологической классификацией.

В данной работе отражены клинические и аппаратурные диагностические критерии заболеваний органов полости рта. Описаны характерные жалобы пациентов в зависимости от формы патологии. Расшифрованы диагнозы МКБ-10, постановка которых вызывает затруднения у клиницистов (например, язвенный пульпит, гиперемия пульпы и др.). Определены патологические состояния, которые могут быть отнесены в категорию «другие».

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОВ

КАРИЕС ЗУБА (К 02)

Кариез эмали (К02.0)

Кариез в стадии пятна (начальный кариез)

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. Локализация: пришеечные участки зуба, ямки, фиссуры, проксимальные поверхности. Строгая симметричность поражений не характерна, возможен множественный кариез. 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 отрицательна. Пораженный участок эмали окрашивается метиленовой синью. Трансиллюминация выявляет участок гашения свечения. Электровозбудимость зуба в пределах нормы (2-5 мкА).

Поверхностный кариез (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. 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 стенок дефекта, может быть безболезненным либо слабо чувствительным в области эмалево-дентинного соединения. Препарирование бором ЭДС – болезненно. Хладагент может вызвать болевую кратковременную реакцию слабой интенсивности. Перкуссия – безболезненна. Электровозбудимость пульпы в норме.

Глубокий острый кариес. Жалобы: острая боль от химических, термических и механических раздражителей, исчезает сразу после устранения причинного фактора. Возможно изменение зуба в цвете, дефект коронки, полость значительных размеров, попадание пищи. В анамнезе – боли от

химических раздражителей, полость небольших размеров, которые постепенно увеличивались. Осмотр выявляет кариозную полость значительных размеров. Входное отверстие бывает меньше, чем ширина. Эмаль/дентин на стенках 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 верхушке 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 эстетического дефекта. 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 12-15мкА. 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 (длятся минуты), светлые промежутки длительные (часы). Воздействие механических и термических раздражителей вызывают приступ боли. Зуб беспокоит не более одних суток. 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 отрицательна. Электровозбудимость

пульпы снижена до 20 мкА. На рентгенограмме изменений в области периодонтальной щели 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 часа и более, светлые промежутки – краткие (минуты). Длительность приступа постепенно нарастает. Боль иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва. Пациент не может указать точно причинный зуб. В анамнезе – симптомы частичного пульпита. 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 положительна. Перкуссия отрицательна или слабо положительна (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, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва, поэтому пациент не указывает на причинный зуб, характерным является уменьшение болезненности от холодного. В анамнезе, как правило, вначале причинные боли кратковременные, затем – самопроизвольные, приступообразные, ночные. Развитие пульпита от 1-х до 3-х суток. 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 отмечаются 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 или 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 час 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 положительна. 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 дентикла (свободный, пристеночный, в устьях каналов). При осмотре зуб может быть интактным с истиранием эмали, дентина или запломбированным. Дентиклы нередко образуются на фоне пародонтита. Зондирование и термометрия обнаженного дентина и эмали могут быть болезненны. Перкуссия безболезненна. Электровозбудимость зуба – в норме или снижена (20мкА). На рентгенограмме в полости зуба обнаруживаются плотные включения (чаще единичные). В ряде случаев дентиклы 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, приступообразная. 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 на 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 вершины 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 отрицательна. 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. Отмечается 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 положительна. 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 положительна перкуссия. Чувствительна вертикальная

перкуссия зубов, стоящих рядом с причинным. При пальпации обнаруживаются увеличенные болезненные лимфатические узлы со стороны больного зуба (подчелюстные и подбородочные). Электровозбудимость бывает 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)

Развивается чаще 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. 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 межзубных перегородок не разрушены.

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 препаратов. 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 – 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 лимфоузлов.

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 *средне тяжелой форме* характерны жалобы на повышенную чувствительность слизистой оболочки, особенно к химическим и термическим раздражителям, болезненность при чистке зубов, ощущение «ожога». Слизистая 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. Затем боль становится пульсирующей, иррадиирующей, может отмечаться при накусывании. При осмотре обнаруживается ограниченный отек и гиперемия 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

свища. Возможно увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов. При рентгенологическом исследовании имеются признаки, характерные для хронического пародонтита. Может страдать общее состояние.

Острый перикоронит (К 05.2). Жалобы на сильную постоянную боль в области причинного зуба, часто иррадиирующую, 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 прорезывающегося 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. Заболевание характеризуется наличием внутрикостных карманов, перемещением и подвижностью отдельных 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 пациенты отмечают кровоточивость десен при чистке зубов, иногда чувствительность к температурным раздражителям, неприятные ощущения в десне, «убыль» десны, смещение зубов, неприятный запах изо рта. При *легкой степени* зондирование выявляет нарушение зубодесневого прикрепления, зубодесневые карманы глубиной до 3,5 мм. 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. Определяется патологическая подвижность зубов 1-2 степени. На рентгенограмме: горизонтальная потеря кости от $1/3$ до $1/2$ длины корня, изменения в области фуркации корней 2 степени. При *тяжелой степени* течения глубина пародонтальных карманов составляет 5-6 мм и более, поражение в области фуркации 3-4 степени, 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 в развитии 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. Проявляется оголением шейки 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. *Симптоматическая* рецессия сопровождается воспалительными заболеваниями пародонта, чаще бывает генерализованная, 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. Неравномерность на различных участках челюсти определяется тяжестью основного заболевания. *Физиологическая* рецессия десны является системной и обусловлена старением организма. Наблюдается практически у всех зубов, величина ее чаще незначительна, достаточно равномерна. Воспалительных явлений в тканях пародонта не определяется.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА (СОПР)

Лейкоплакия (К 13.2)

Излюбленной локализацией очагов поражения является слизистая оболочка углов рта, щек (по линии смыкания зубов), языка (спинка и боковые поверхности), однако лейкоплакия может встречаться на любых других участках. Проявляется помутнением эпителия, кератозом, гиперкератозом, гиперплазией, а в ряде случаев – эрозированием. Этиологическими факторами являются хроническая механическая травма (острые края зуба, пломбы, коронки, протеза, аномалии положения зубов, дефекты зубных рядов, вредные привычки), неблагоприятные факторы производства (соли тяжелых металлов, продукты нефтепереработки, минеральные удобрения, пары брома, йода, соединения фтора), воздействие никотина и сопутствующих ингредиентов, некоторые пищевые пристрастия (пряности, спирт, горячая пища). Начальной стадией лейкоплакии является помутнение эпителия, которое протекает бессимптомно и выявляется при осмотре. Элемент поражения отличается матовым опалесцирующим оттенком с очагами ороговения. При плоской форме лейкоплакии жалобы могут отсутствовать или сводятся к ощущению шероховатости слизистой оболочки, дискомфорту, иногда сухости или чувству жжения на участке поражения. При локализации на губах отмечается косметический дефект. Осмотр обнаруживает белесоватое пятно, которое четко отграничено от окружающей слизистой. Пятно имеет вид наклеенной пленки

или папиросной бумаги, при поскабливании не снимается; слизистая собирается в толстую складку, безболезненна при пальпации. Чаще бывает одиночный очаг, реже – два и более. При распространении участков поражения больные жалуются на выраженный дискомфорт, чувство стянутости, сухости, неровности поверхности. На щеках элементы поражения могут представлять округлой формы пятно серовато-белого цвета, либо прерывающуюся полосу гиперкератоза вдоль линии смыкания зубов, либо приобретать звездчатую форму в ретромолярной области. На нёбе очаги поражения бывают в виде широких полос с белой, блестящей, как бы отполированной поверхностью. На языке лейкоплакия проявляется как в виде небольших округлых или вытянутых пятен белого цвета на любом участке, так и широких полос вдоль боковой поверхности языка, обширного гиперкератоза на спинке или распространенного поражения дорсальной, вентральной поверхностей, когда весь язык приобретает белесоватую окраску. На красной кайме губ гиперкератоз имеет вид тонкой пленки серовато-белого цвета неправильной формы. Границы четкие, неравномерные, с переходом на зону Клейна и слизистую оболочку губ. Лимфатические узлы не увеличиваются. При люминесцентном исследовании возникает голубовато-фиолетовое свечение. Веррукозная (бородавчатая) форма лейкоплакии вызывает ощущение выпячивания участка слизистой оболочки, шероховатость, сухость, подверженность механическому повреждению. При обследовании выявляется очаг гиперкератоза, возвышающийся над слизистой оболочкой в виде бородавки на широком основании. Характерно дольчатое строение элемента поражения. Каждая долька покрыта сплошным слоем кератоза белого, перламутрового, желто-серого цвета. При пальпации определяется плотность очага поражения. Если имеются трещинки или эрозии – присоединяется болезненность от термических и химических раздражителей во время приема пищи. Эрозивная форма лейкоплакии характеризуется болезненностью, особенно при воздействии раздражителей. Отдельные или множественные

эрозии появляются на фоне плоской или веррукозной лейкоплакии. Эрозирование бородавчатых разрастаний свидетельствует о потенциальной малигнизации образования. Возможно также развитие язвы с неровными краями, некротической пленкой на дне и стенках. Характерны резкая болезненность и неприятный запах изо рта. Высок риск перерождения в раковую опухоль. Отдельную картину представляет лейкоплакия курильщиков (Таппейнера), которая в отличие от других форм может исчезать самостоятельно и довольно быстро при отказе от курения. Проявляется изменением слизистой оболочки твердого нёба (белесоватый или серовато-белый вид без выраженного гиперкератоза). Возможна складчатость поверхности, особенно при вовлечении в процесс мягкого нёба. На фоне бледной слизистой оболочки нередко появляются небольшие узелки с красными точками на верхушках – увеличенные мелкие железы с зияющими протоками. Они придают поверхности твердого неба вид булыжной мостовой. На слизистой оболочке щек формируются очаги гиперкератоза в виде треугольников, расположенных основанием к углам рта. Поражается язык, преимущественно его спинка. Очаги кератоза, вначале белого цвета, могут пигментироваться, приобретая черный оттенок. На фоне лейкоплакии курильщиков могут развиваться злокачественные новообразования.

Язвенно-некротический стоматит (А 69.1)

Язва может появиться на любом участке слизистой оболочки при наличии повреждающего воздействия. Нередкой локализацией является ретромолярная область, что связано с затрудненным прорезыванием зуба мудрости. Другие участки полости рта подвергаются механическому травмированию острыми краями зуба, пломбы, протеза; химическому раздражению сильнодействующими препаратами, термическому ожогу во время приема пищи и т.д. При различной форме и глубине, характерным признаком является наличие рыхлого некротического налета, который легко удаляется с обнажением кровоточащей поверхности. Язвы резко болезненны. Имеется

неприятный запах изо рта, увеличение регионарных лимфоузлов, повышение температуры тела (до 38°). При локализации на щеках, губах язва имеет кратерообразный вид. Края неровные, гиперемизированные, без выраженного уплотнения. Дно покрыто некротическим налетом грязно-серого или желтого цвета, вокруг образуются мелкие элементы изъязвления, проявляя тенденцию к слиянию. Язва на десне имеет вид полуовала с неровными краями, проявляет склонность к быстрому распространению вдоль зубного ряда. Межзубные сосочки при этом некротизируются и десневой край выглядит как бы срезанным и покрытым грязно-серой пленкой. При локализации на миндалинах развивается ангина Плаута-Венсана, которая может протекать в язвенной либо дифтероидной форме. Дифференциальная диагностика подтверждается бактериологическими исследованиями.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) (К 12.0)

Частой причиной являются аллергические заболевания, нарушения функции ЖКТ, респираторные инфекции, травмы СОПР. Важную роль в развитии заболевания играют провоцирующие факторы: погрешности в диете, функциональные расстройства центральной и вегетативной нервной системы, бесконтрольный прием лекарственных средств, хронические соматические заболевания, гипо- и авитаминозы и очаги фокальной инфекции. Процесс начинается с появления резко ограниченного гиперемизированного пятна овальной или округлой формы, которое слегка приподнимается над слизистой оболочкой. Часто в продромальном периоде отмечается чувство жжения, болезненность на месте появления пятна, которое через 8-16 часов эрозируется и покрывается фибринозным налетом, превращаясь в афту округлой или овальной формы, располагающуюся на фоне гиперемии. Излюбленной локализацией афт является переходная складка, боковая поверхность языка, слизистая губ, щек. При нарастании болезни количество элементов увеличивается, в основании афты возникает инфильтрат. При *легкой форме* афты одиночные, безболезненные, с фибринозным налетом, появляются редко в

течение 2-3 лет. **Среднетяжелая форма** характеризуется наличием на отечной, бледной СОПР 5-7 элементов поражения, которые болезненны, покрыты некротическим налетом. Регионарные лимфоузлы увеличены. Часто отмечается патология ЖКТ. **Тяжелая форма** проявляется наличием множественных афт на СОПР, повышением температуры (37-38°). Элементы болезненны, общее состояние ухудшается, затрудняется прием пищи. Рецидивы могут повторяться ежемесячно, заболевание приобретает перманентное течение.

Грибковый стоматит (В 37.0)

Острый кандидоз (молочница) диагностируется обычно у грудных детей или ослабленных людей (болезни крови, гиповитаминозы), а также у лиц, длительно получающих большие дозы кортикостероидов, цитостатики, антибиотики. На гиперемированной отечной слизистой оболочке щек, нёба, десен, языка появляются белесоватые участки, которые сливаются, образуя рыхлый «творожистый» налет белого цвета. После снятия налета обнажается гладкая гиперемированная слизистая оболочка, без повреждения либо с небольшими эрозиями, десквамацией эпителия. В дальнейшем налет пропитывается фибрином, приобретая вид плотной пленки сероватого или желтоватого цвета, плотно прикрепляющейся к поверхности эпителиального слоя. Удаляется пленка с трудом, обнажая эрозивную кровоточащую поверхность. Больных беспокоят сухость во рту, нарушение вкуса, повышенная чувствительность слизистой оболочки, потеря аппетита. Длительное течение заболевания может проявляться как хронический атрофический кандидоз: слизистая нёба, щек истончается, на фоне атрофии нитевидных сосочков языка обнаруживается скудный белесоватый налет, который полностью не удаляется. Характерным признаком является пенистая слюна, собирающаяся в ретромолярной области и на спинке языка. При достаточном количестве слюны может появляться ощущение сухости, дискомфорта. Во время приема пищи, особенно соленой, кислой, острой, отмечается болезненность. Больные

кандидозным глосситом испытывают чувство жжения, болезненность и сухость языка. Возможно извращение вкуса. Начальными симптомами заболевания могут быть точечные покраснения краевых зон и кончика языка, уменьшение слюноотделения. При хроническом кандидозном глоссите на языке могут появляться небольшие борозды с белыми налетами по краям и на дне. Более выраженные изменения определяются в средней части языка. Кандидоз полости рта может протекать в виде микотической заеды (перлеш). При обследовании в глубине складок обнаруживается краснота, белый налет, который легко снимается, эрозии, трещины, мелкие чешуйки. Слизистая оболочка углов рта мацерируется, приобретает перламутровый вид. Больные жалуются на болезненность при открывании рта. Поражение красной каймы губ проявляется сухостью, гиперемией, отеком, шелушением. Могут возникать болезненные эрозии, мелкие трещины, тонкие серые чешуйки. Субъективные ощущения заключаются в напряжении, жжении.

Герпетический стоматит (В 00.2)

Острый герпетический стоматит (ОГС) развивается, как правило, у детей по типу острого инфекционного заболевания, имеет 5 периодов: инкубационный, продромальный, развития болезни (высыпаний), угасания (эпитализации) и клинического выздоровления (рексонвалесценции). *Легкая форма* стоматита начинается с повышения температуры тела до 37-37,5°. Общее состояние удовлетворительно. В полости рта наблюдается гиперемия, небольшой отек десневого края. На гиперемированной СОПР появляются одиночные (1-2) или сгруппированные элементы поражения в виде 3-5 очагов поверхностного некроза эпителия. В отдельных случаях заболевание может протекать без появления элементов, а только с выраженной гиперемией СОПР и гингивитом (катаральный тип ОГС). *Среднетяжелая форма ОГС* характеризуется выраженными симптомами токсикоза и поражения СОПР. В продромальном периоде у ребенка поднимается температура от 37,5° до 39°,

которая держится на протяжении 2-3 дней. В полости рта явления острого респираторного заболевания, катаральной ангины. По мере нарастания заболевания, на пике подъема температуры 38-39°, высыпают множественные элементы поражения, которые проходят несколько стадий развития: пятно – пузырек с прозрачным серозным содержимым – пузырек с мутным (фибринозным) содержимым – участок некроза эпителия по типу бляшки – эрозия – афта – пятно. Часто элементы сгруппированы, сливаются и образуют эрозивные участки с неровными краями, покрытые некротическим налетом. Высыпания нередко рецидивируют и при осмотре в полости рта определяются элементы на разных этапах клинического и морфологического развития. Локализация: язык, щеки, губы, переходные складки, небо, дужки и т.д. После первого высыпания элементов поражения температура снижается до 37,5-38°. В продромальном периоде **тяжелой формы ОГС** отмечаются все признаки острого инфекционного заболевания: головная боль, слабость, тошнота, рвота, понос, носовые кровотечения. В период разгара температура держится в пределах 39-40°, ничем не сбивается в течение 3-5 дней. СОПР ярко гиперемирована, отечна, высыпания множественные, многократные, элементов поражения бывает до 100. Они сливаются, образуя обширные участки некроза эпителия. Катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический. Появляется гнилостный запах изо рта, обильное слюноотделение с примесью крови. Губы отечны, гиперемированы, часто покрыты корками, которые располагаются на всей красной кайме губ.

Рецидивирующий герпетический стоматит (РГС) проявляется высыпаниями 3-5 сгруппированных пузырьков размером 1,5-2 мм на фоне эритемы и отечности. Высыпаниям предшествуют продромальные явления: жжение, покалывание, зуд. На коже и красной кайме губ через несколько дней прозрачное содержимое пузырьков мутнеет, становится геморрагическим и ссыхается в буровато-желтоватые корки. На СОПР покрывки пузырьков быстро разрываются, образуя болезненные эрозии. Дно их мягкое, гладкое,

поверхность влажная. При микробном инфицировании эрозия может превратиться в поверхностную язву с несколько уплотненным дном и отеком по периферии. Возникает регионарный лимфаденит. На месте эрозий или отторгнувшихся корок остается постепенно исчезающая эритема с буроватым оттенком. Процесс разрешается в течение 10-14 дней. **Легкая форма** характеризуется редким (1-2 раза в 3-4 года) появлением единичных элементов, локализующихся на слизистой оболочке языка, губ, щек, переходных складках. Общее состояние не страдает. Перед высыпаниями ощущается чувство жжения, иногда появляется покраснение. При **среднетяжелой форме** стоматита рецидивы заболевания наблюдаются обычно 1-2 раза в год. **Тяжелая форма** характеризуется частыми (4-5 раз в году) рецидивами и множественными элементами поражениями.

КЕРАТОЗЫ

Плоский лишай (L 43) (ПЛ) относится к заболеваниям кожи и является сочетанием воспалительного и дистрофического процессов в коже и слизистой оболочке. Чаще заболевание начинается незаметно, длится годами и может выявиться случайно при осмотре. В качестве этиологического фактора рассматриваются психоэмоциональный стресс, токсико-аллергическое, вирусное воздействие. Предрасполагающими условиями являются снижение общей и местной резистентности организма на фоне патологии внутренних органов и систем. Основным элементом поражения при ПЛ является папула. Сыпь вначале может появляться на слизистой оболочке, затем переходить на кожу или, наоборот. На красной кайме губ папулы подвергаются ороговению, соединяются мостиками кератоза, образуют белесоватые участки в виде отдельных возвышающихся узелков, причудливых рисунков или сливающихся участков гиперкератоза с неровными очертаниями. ПЛ может протекать сочетано: на коже и на слизистой оболочке (до 50%) или ограничиваться полостью рта (до 15% случаев). **Типичная форма** ПЛ (L 43.83) характеризуется

наличием на видимо неизменной слизистой мелких белесоватых папул (диаметром до 2 мм), возвышающихся над уровнем слизистой оболочки, вызывая у больного дискомфорт, чувство стянутости или ощущение шероховатости. Папулы могут приобретать сероватый или перламутровый оттенок, имеют тенденцию к группированию и слиянию с образованием причудливых рисунков в виде кружев, сетки, дуг, «морозного рисунка» и т.д. Излюбленная локализация – слизистая щек по линии смыкания зубов, ретромолярная область, язык, десневой край. На языке элементы поражения могут сливаться в бляшки, напоминая лейкоплакию либо располагаться в виде кругов, полудуг, волнистых линий. Папулы при ПЛ безболезненные, при поскабливание белесоватая поверхность не устраняется. **Эксудативно-гиперемическая форма** характеризуется гиперемией, отеком слизистой, на которой расположены папулы, образующие типичную картину в виде узоров, сети, дуг. Присоединяется болезненность во время приема пищи (горячей, острой, жесткой). **Гиперкератотическая форма** ПЛ характеризуется сплошными очагами ороговения. На губах могут быть звездчатой формы или в виде полос, напоминая лейкоплакию. Голубоватое свечение в лучах Вуда элементов поражения на красной кайме и белое – на слизистой оболочке позволяет дифференцировать элементы поражения. **Эрозивно-язвенная форма** (L 43.82) отличается выраженной болезненностью, особенно во время разговора и приема пищи. На фоне отечной гиперемированной слизистой оболочки сохраняется рисунок, образованный мелкими папулами, в петлях которого появляются эрозии: мелкие или сливающиеся в обширную полигональную поверхность, покрытую фибринозным налетом. После насильственного снятия налета или отделения его во время приема пищи появляется кровоточивость. Эрозии могут длительно сохраняться на слизистой оболочке, проявляя резистентность к лечению, а также склонность к рецидивированию. Развитие эрозий вглубь приводит к образованию резко болезненных язвенных поражений, форма которых чаще вытянутая или

округлая, дно выполнено некротическими массами, края неровные. Увеличены и болезненны лимфатические узлы. Образование пузырьков и пузырей с плотной крышкой характеризует буллезную (пемфигоидную) форму лишая, которая развивается на фоне отягощенного общего анамнеза (заболевания сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта и т.д.). Часто выявляются нарушения иммунитета, сенсibilизация организма, общее недомогание. Яркая гиперемия предшествует появлению пузырей диаметром от нескольких миллиметров до 1-1,5 см, которые быстро лопаются или удерживаются в течение нескольких часов, поверхность покрывается налетом (белесым, желтоватым, серым). Пемфигоидная форма ПЛ отличается болезненностью, гиперемией слизистой, наличием «перламутровых» папул.

Системная красная волчанка (М 32). Дискоидная красная волчанка – чаще проявляется на красной кайме, главным образом, нижней губы, которая становится темно-красной, синюшной, инфильтрированной. Она покрыта сухими, прилипающими чешуйками, после снятия которых поверхность приобретает сетчатый вид. В ряде случаев образуются болезненные трещины. Элементы поражения сохраняются несколько месяцев даже лет. Излечение происходит с образованием рубца, в результате губа словно покрыта коллодием. На слизистой оболочке щек (чаще с двух сторон), на твердом нёбе, реже на языке и под языком могут возникать дискоидные очаги. Поверхность выступающих ярко-красных бляшек вскоре эрозируется или изъязвляется. У краев язв могут встречаться располагающиеся лучеобразно телеангиэктазии. На их поверхности иногда наблюдается белый кератоз или белый линейный рисунок, напоминающий таковой при лишае. На языке волчаночная бляшка бывает синюшно-красная, покрыта трещинами. Нитевидные сосочки атрофируются. При системной красной волчанке на губах, на слизистой оболочке полости рта, могут появляться ярко-красные отечные папулы, бляшки. Больные жалуются на чувство жжения. В острых случаях на губах и на слизистой оболочке полости рта возникают пузырьки с кровянистым

содержимым. На месте пузырьков образуются корочки. Элементы поражения на слизистой оболочке при системных процессах заживают с атрофией

Многоформная эритема (МЭ) (L 51) характеризуется полиморфными высыпаниями на коже и слизистых оболочках, циклическим течением и склонностью к рецидивам преимущественно весной и осенью. Различают две формы МЭ: инфекционно-аллергическую (идиопатическую) и токсико-аллергическую (симптоматическую). Болеют лица молодого и среднего возраста обоего пола, может встречаться и у детей. Этиологическим фактором токсико-аллергической формы чаще являются лекарственные средства: сульфаниламиды, амидопирин, барбитураты, тетрациклин и др. Не исключено значение алиментарного фактора и аутоиммунных процессов. У ряда больных роль триггерного агента в развитии МЭ играет герпетическая или фокальная инфекция.

Инфекционно-аллергическая экссудативная эритема начинается остро, иногда с ангины с подъемом температуры до 39°, недомогания, головной боли, болей в суставах, мышцах, с последующими высыпаниями на коже и слизистых оболочках (рта, красной каймы губ, гениталий). СОПР вовлекается у трети больных, изолированное поражение рта наблюдается у 5% пациентов. Внезапно развивается гиперемия и резко выраженная отечность губ, преддверия рта, щек, нёба. На этом фоне через 1-2 дня образуются пузыри, которые вскрываются и на их месте появляются болезненные эрозии, иногда очень обширные, захватывающие всю СОПР и губы. Эрозии покрыты желто-серым налетом, при снятии которого возникает кровотечение. Симптом Никольского отрицательный. На красной кайме губ у поверхности эрозий образуются разной толщины кровянистые корки, затрудняющие открывание рта. Вследствие резкой болезненности, обильного отделяемого с поверхности эрозий, слюнотечения, прием пищи бывает затрудненным в течение 1,5-3 недель. На СОПР обратное развитие процесса происходит в течение 3-5 недель. МЭ обычно рецидивирует.

Токсико-аллергическая эксудативная эритема по внешнему виду аналогична инфекционно-аллергической форме. Высыпания могут быть распространенными или фиксированными. Поражается кожа и СОПР. Если процесс носит фиксированный характер, то при рецидивах болезни высыпания возникают на местах, где они локализовались в предыдущем приступе болезни. Нередко пузыри возникают на внешне не измененном фоне, эрозии заживают медленно. Воспалительные явления появляются после вскрытия пузырей.

Синдром Стивенса-Джонсона (L 51.1) представляет собой вариант МЭ, протекающий со значительным нарушением общего состояния. Процесс начинается с тяжелой лихорадки, которая продолжается длительное время и после появления сыпи. Наряду с типичными для МЭ высыпаниями на коже, во рту и на твердом нёбе, зеве дужках, гортани, губах появляются пузыри. Образующиеся после вскрытия пузырей эрозии сливаются в обширные кровоточащие участки с серо-грязным налетом. Губы кровоточат и покрыты темно-коричневой коркой. Больные не могут разговаривать, принимать пищу. Процесс отягчается поражением глаз в виде конъюнктивита, кератита. У мужчин может развиваться уретит, у женщин – вульвовагинит.

Синдром Лайелла возникает как наиболее тяжелый вариант лекарственной болезни, при котором выявляются обширные отслоения эпидермиса, высыпания напоминают обожженную поверхность, как при ожоге II степени. Они чаще возникают на лице, груди, спине, вовлекая до 80-90% кожи. Первично возникает эритематозная сыпь, на фоне которой образуются крупные, вялые пузыри, легко вскрываются. Симптом Никольского резко положительный.

ПУЗЫРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ. ПУЗЫРЧАТКА (L 10)

Истинная (акантолитическая) пузырчатка (L 10.0) клинически проявляется образованием на невоспаленной коже и слизистых оболочках пузырей, развивающихся в результате акантолиза и без адекватного лечения

распространяющихся на весь кожный покров, что приводит к смерти пациента. Существует несколько основных теорий причины возникновения: токсическая, неврогенная, эндокринная, аутоиммунная, экземная, бактериальная и вирусная.

При вульгарной пузырчатке высыпания могут локализоваться изолированно в полости рта, либо на коже, или как сочетанное поражение. Характерным клиническим признаком пузырчатки является пузырь с серозным, редко геморрагическим, содержимым. Тончайшая покрывка в полости рта быстро вскрывается, и образуется эрозия ярко-красного цвета на фоне неизменной слизистой оболочки. По периферии эрозии можно видеть обрывки покрывки пузыря, при потягивании за которые легко отслаивается интактный эпителий (симптом Никольского). Покрывка пузыря может прикрывать эрозию, и создается впечатление «налета». Элементы имеют тенденцию к периферическому росту, сливаются и образуют обширные эрозивные поверхности, которые не склонны к эпителизации. При дотрагивании они легко кровоточат. Отмечается специфический зловонный запах изо рта. Высыпания локализуются в основном в местах наибольшей травматизации, в области зева, нёбной занавески, мягкого нёба, языка, на губах, деснах, слизистой оболочке щек (особенно в ретромолярной области).

В других случаях заболевание на СОПР проявляется помутнением эпителия, затем возникновением в центре очага эрозии, которая быстро распространяется по периферии. Если по такому помутневшему эпителию провести тампоном, то верхний слой его легко снимается, обнажая эрозивную поверхность. Начальная фаза заболевания может характеризоваться появлением единичных или множественных небольших пузырей, с образованием на неизменной слизистой малоблезненных эрозий. Симптом Никольского не всегда положителен. Фаза обострения характеризуется множественными болезненными эрозиями, располагающимися на отёчной, нередко красновато-синюшного цвета СОПР. На красной кайме губ эрозии быстро покрываются желтовато-бурыми или геморрагическими корками. Усиливается саливация.

Появляется гнилостный запах изо рта. Язык обложен густым серовато-белым налетом с глубокими складками, внутри их – резко болезненные трещины. Страдает общее состояние больного. Симптом Никольского положительный.

При *вегетирующей пузырчатке (L 10.1)* поражается слизистая щёк, языка, нёба, углы рта, а также места перехода слизистой оболочки в кожу. Появляются более мелкие, чем при вульгарной пузырчатке, дряблые, быстро разрывающиеся пузыри с образованием болезненных эрозий, на которых сразу или через 5-10 дней появляются ярко-красные сосочковые гипертрофические грануляции до 6-8мм высотой, мягкие, с серозным, дурно пахнущим отделяемым.

Листовидная пузырчатка (L 10.2) встречается редко, характеризуется внезапным началом при хорошем самочувствии пациента. Преимущественно поражаются кожные покровы. На СОПР элементы поражения редки, в особо тяжелых случаях бывают поверхностные эрозии, эритемы.

Доброкачественная некантолитическая пузырчатка слизистой оболочки только полости рта характеризуется хроническим, рецидивирующим образованием субэпителиальных пузырей без нарушения общего состояния организма. На СОПР появляются мелкие пузыри, локализующиеся на гиперемированной, слегка отечной слизистой с прозрачным либо геморрагическим содержимым и плотной покрывкой. Пузыри существуют от нескольких часов до нескольких дней. После их вскрытия образуются малобезболезненные эрозии, не имеющие тенденции к увеличению. Они довольно быстро эпителизируются, не оставляя никаких следов. Симптом Никольского отрицательный, симптом перифокальной субэпителиальной отслойки положительный в 50% случаев.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯЗЫКА (К 14.0)

Складчатый язык (К 14.5). Выраженная складчатость языка в 20-30% случаев сочетается с десквамативным глосситом. Жалобы могут отсутствовать

либо имеется чувствительность на раздражители (возникает ощущение жжения и боли при действии химических и термических факторов). Язык несколько увеличен в размерах или значительно утолщен, чётко выделяются складки на его поверхности. Рисунок борозд у разных людей варьирует. Наиболее часто бывает форма в виде листа: центральная борозда и отходящие от нее более мелкие складки. Когда борозды расходятся преимущественно поперечно, они менее глубокие и направлены к более выраженной продольной складке, которая идет по срединной линии языка. Сосочки языка на поверхностях складок, как правило, отсутствуют. Складчатый язык является обычно аномалией развития, а также служит одним из признаков синдрома Мелькерсона-Розенталя. Складчатость появляется с увеличением языка при акромегалии, одновременно образуется складчатость слизистой оболочки щек.

Черный (волосатый) язык (К 14.31) встречается в среднем и пожилом возрасте, преимущественно у мужчин. Описаны случаи поражения языка у детей. Этиология не выяснена. Черный язык часто диагностируется на фоне патологии желудочно-кишечного тракта, печени, что выявляется при опросе больного. Жалобы могут отсутствовать, либо сводятся к необычному виду языка. Возможно ощущение инородного тела, повышается рвотный рефлекс при разговоре, отмечается чувство зуда, незначительной сухости полости рта, нарушение вкусовой чувствительности. На спинке языка нитевидные сосочки становятся более толстыми и удлиняются вследствие скопления ороговевших клеток эпителия. Сосочки достигают длины до 2см, пигментируются (от светло-коричневого до черного) и внешне напоминают волосы. Очаг поражения располагается по средней линии, не захватывая края и кончик языка, без лечения сохраняется неопределенно долго, но иногда может спонтанно исчезнуть.

Десквамативный глоссит (К 14.1) известен также как «географический язык». Этиология этого состояния не выяснена: возможны нейротрофические

расстройства, заболевания желудочно-кишечного тракта. В ряде случаев «географический язык» выступает как вариант нормального строения.

Субъективных ощущений может не быть, и тогда состояние языка выявляется при осмотре. В ряде случаев пациенты жалуются на покалывание, жжение, парестезию. Процесс десквамации начинается с появления небольшого участка помутнения эпителия, в центре его верхние слои ороговевшего эпителия нитевидных сосочков слущиваются, обнажается розовый гладкий участок, который быстро растет по периферии, интенсивность десквамации постепенно снижается. Множественные очаги достигают диаметра 1-2 см, имея форму пятен, колец, полуколец, границы сливаются с окружающей слизистой оболочкой. В центре начинается нормальное ороговение нитевидных сосочков. Очаги наслаиваются, на фоне старых возникают новые, что придает поверхности языка вид, напоминающий географическую карту. Характерна быстрая смена очертаний, картина меняется даже при осмотре на другой день. Вокруг зон десквамации появляется незначительный кератоз в виде белесоватых полос. Очаги поражения могут быть и одиночными. Процесс обычно не распространяется на нижнюю поверхность языка. Участки десквамации изредка встречаются одновременно и на губах, щеках, деснах.

Ромбовидный глоссит (К 14.2). В большинстве случаев ромбовидный глоссит протекает бессимптомно. Реже больные жалуются на жжение, зуд во время приема раздражающей пищи, особенно при папилломатозной форме ромбовидного глоссита. При осмотре по средней линии языка, в заднем отделе определяется четко ограниченный очаг ромбовидной или овальной формы диаметром от 0,5 до 2,5 см. Наиболее часто отмечается почти полное отсутствие сосочков. Реже центр поражения представляет собой бугристое разрастание, выступающее над уровнем языка: уплотнение незначительно. Различают плоскую, бугорковую и гиперпластическую форму. Участок слизистой, как правило, изменен в цвете: красный, синюшный, опалесцирующий. Поверхность очага может ороговевать.

ХЕЙЛИТЫ (К 13.0)

Эксфолиативный хейлит (К 13.02) наиболее часто встречается у лиц с функциональными расстройствами нервной системы, гиперфункцией щитовидной железы, нарушениями половых гормонов.

Сухая форма эксфолиативного хейлита характеризуется хроническим течением. Пациентов беспокоит чувство стянутости, шелушения, жжения губ. Болеют преимущественно лица молодого возраста. Провоцирующими моментами являются высыпания простого герпеса, очаги хронической инфекции в полости рта, что удается выяснить при опросе. При осмотре губы несколько отечны, красная кайма гиперемирована, покрыта чешуйками в виде тонких «слодяных» пластинок, центр которых спаян с тканью губы, а края приподняты. Больные скисывают чешуйки, которые упорно появляются вновь. Характерными признаками эксфолиативного хейлита является отсутствие эрозий после снятия чешуйки (обнажается ярко гиперемированная поверхность), локализация элементов поражения – на красной кайме, без распространения на кожу и слизистую оболочку губы. Периферические отделы красной каймы и зона Клейна не вовлекаются в процесс.

Экссудативная форма может развиваться из сухой формы или начинается сразу с картины острого воспаления. Жалобы заключаются в жжении, болезненности губ, особенно при смыкании. На фоне отека и гиперемии красной каймы губы появляются массивные чешуйко-корки различного цвета (белые, серые, желтоватые) в зависимости от состава микрофлоры. Они покрывают красную кайму губ сплошными напластованиями, не переходя на кожу или слизистую оболочку. После их отторжения остается гиперемированный участок. Возможно спонтанное улучшение и рецидивирование в течение нескольких лет.

Гландулярный хейлит (К 13.01) является следствием аномалии строения нижней губы. Отмечаются гиперплазия, гиперфункция, увеличение

количества слюнных желез и появление их в зоне Клейна, где в норме они отсутствуют.

Простой glandулярный хейлит может протекать без субъективных ощущений. Нижняя губа (реже обе) утолщена, в зоне Клейна видны мелкие узелки, покрытые каплями слюны. Вокруг расширенных отверстий слюнных протоков иногда отмечаются участки лейкоплакии или выраженная воспалительная реакция, СОПР вокруг протоков инфильтрирована. Красная кайма становится сухой, начинает шелушиться. В тяжелых случаях появляются трещины, эрозии, корки. *Вторичный glandулярный хейлит* развивается на фоне хронических воспалительных заболеваний губ (красная волчанка, плоский лишай и др.). Сухость и мацерация приводят к образованию хронических трещин, последующему ороговению слизистой оболочки губы и красной каймы. *Гнойный glandулярный хейлит* встречается редко и развивается вследствие инфицирования расширенных протоков слюнных желез. Губа отечна, из протоков выделяется слюна с примесью гноя.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОВ	5
КАРИЕС ЗУБА (К 02)	5
Кариес эмали (К02.0)	5
Кариес дентина (К02.1)	6
Кариес цемента (К 02.2)	7
ПУЛЬПИТ (К 04.0)	8
Начальный пульпит (гиперемия) (К 04.00)	8
Острый пульпит (К 04.01)	8
Гнойный пульпит (К 04.02)	9
Хронический пульпит (К 04.03)	10
Хронический язвенный пульпит (К 04.04)	10
Хронический гиперпластический пульпит (К 04.05)	11
Другие (обострение хронического пульпита) (К 04.08)	11
Некроз пульпы – гангренозный пульпит (К 04.1)	12
Дегенерация пульпы (конкрементозный пульпит) (К 04.02)	12
ПЕРИОДОНТИТ АПИКАЛЬНЫЙ	13
Острый апикальный периодонтит (К 04.4)	13
Хронический апикальный периодонтит (К 04.5)	13
ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА	15
Острый гингивит (К 05.0)	15
Хронический простой маргинальный гингивит (К 05.10)	15
Гиперпластический гингивит (К 05.11)	16
Язвенный гингивит (К 05.12)	16
Десквамативный гингивит (К 05.13)	17
Острый пародонтит (К 05.2)	17
Хронический локализованный пародонтит (К 05.30).	18
Хронический генерализованный пародонтит (К 05.31)	18
Рецессия десны (К 06.0)	19
ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА (СОПР)	20
Лейкоплакия (К 13.2)	20

Язвенно-некротический стоматит (А 69.1)	22
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) (К 12.0)	23
Грибковый стоматит (в 37.0)	24
Герпетический стоматит (в 00.2)	25
КЕРАТОЗЫ	27
Плоский лишай (L 43)	27
Системная красная волчанка (М 32)	29
Многоформная эритема (МЭ) (L 51)	30
Синдром Стивенса-Джонсона (L 51.1)	31
Синдром Лайелла	31
ПУЗЫРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ. ПУЗЫРЧАТКА (L 10)	31
Истинная (акантолитическая) пузырчатка (L 10.0)	31
Вегетирующая пузырчатка (L 10.1)	33
Листовидная пузырчатка (L 10.2)	33
Доброкачественная неакантолитическая пузырчатка слизистой оболочки полости рта	33
САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯЗЫКА (К 14.0)	33
Складчатый язык (К 14.5)	33
Черный (волосатый) язык (К 14.31)	34
Десквамативный глоссит (К 14.1)	34
Ромбовидный глоссит (К 14.2)	35
ХЕЙЛИТЫ (К 13.0)	36
Экфолиативный хейлит (К 13.02)	36
Гландулярный хейлит (К 13.01)	36

Учебное издание

Луцкая Ирина Константиновна

Матвеев Андрей Михайлович

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

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 23.04.2019. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,44. Уч.- изд. л. 1,86. Тираж 100 экз. Заказ 57.

Издатель и полиграфическое исполнение –

государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3

