

*М. Азимов, Ж.А. Ризаев, А.М. Азимов**Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент. Узбекистан***КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ
ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ТАШКЕНТСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ИНСТИТУТА, АДАПТИРОВАННОЙ К МКБ-10****КЛІНІКО-АНАТОМІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВО-
РЮВАНЬ ТАШКЕНТСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ІНСТИТУТУ,
АДАПТОВАНИХ ДО МКБ-10**

Резюме. Одонтогенні запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки становлять близько 25-30 % серед усіх стоматологічних захворювань. Вони займають до 50 % ліжкового фонду спеціалізованих клінік. У клініках дитячої, дорослої щелепно-лицевої хірургії Ташкентського державного стоматологічного інституту (ТГСІ) щорічно лікуються до 3000 хворих з одонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. Подколи захворювання переходять у хронічні форми, нерідко процес закінчується несприятливим результатом. Всі хворі були предметом дослідження. Робоча класифікація одонтогенних запальних захворювань ТГСІ, адаптована до класифікації МКБ-10, дозволить практикуючим лікарям чітко сформулювати назву хвороби, розробляти стандарт лікування і проводити статичну обробку матеріалу.

Ключові слова: щелепно-лицева ділянка, одонтогенні запальні захворювання, класифікація, МКБ-10.

Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области составляют около 25-30 % среди всех стоматологических заболеваний. Они занимают до 50 % коечного фонда специализированных клиник [1]. Несмотря на значительные успехи в современной стоматологии, продолжает оставаться тенденция к их росту, утяжелению клинического течения, склонность к генерализации процесса септическими осложнениями и неблагоприятным исходом [2-5]. В определенной мере это связано с отсутствием стандартов диагностики и лечения. Для разработки стандартов диагностики и лечения необходима простая, доступная практически врачам классификация, адаптированная к МКБ 10 [6, 7].

Цель исследования: предложить классификацию одонтогенных воспалительных заболеваний, адаптированную к МКБ 10.

Материал и методы. Использование в практической стоматологии классификации одонтогенных воспалительных заболеваний и их анализ. Многолетние клинические наблюдения за больными с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Результаты исследования и их обсуждение. В клиниках детской, взрослой челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института (ТГСИ) ежегодно лечатся до 3000 больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой об-

ласти. У ряда из них заболевания переходят в хронические формы, нередко процесс заканчивается неблагоприятным исходом. Все больные явились предметом исследования. В абсолютном большинстве случаев (90-96 %) этиологическим фактором воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является одонтогенная инфекция [6, 7], и только в 4-10 % случаев микроорганизмы могут быть занесены туда из неодонтогенных очагов. В последние годы число больных с воспалительными заболеваниями значительно увеличилось [8-11]. Появилась отчетливая тенденция к увеличению числа атипичных торпидных форм воспалительных заболеваний с переходом в хронические, выросло количество осложнений и рецидивов этих заболеваний [12-15], утяжеление клинического течения, склонность к генерализации процесса, септическим осложнением и неблагоприятным исходом [14, 15].

Воспалительные процессы челюстно-лицевой области отличаются большим разнообразием клинического течения. Отсутствие единого взгляда на трактовку нозологических форм воспалительных заболеваний послужили поводом для предложений различных классификаций.

Существуют три основных научных воззрения на классификацию воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Представители одного научного воззрения все одонтогенные воспалительные заболевания рассматривали проявле-

нием остеомиелитического процесса. Они считали, что острый периодонтит является начальной фазой остеомиелита, а острый периостит они трактовали как ограниченную форму остеомиелита челюсти. По мнению В.М. Уварова, острый периодонтит, периостит и остеомиелит следует рассматривать как единое заболевание – остеомиелит, находящийся на той или иной степени развития и распространения. Представители другого научного воззрения выделяют периодонтит и остеомиелит в самостоятельные нозологические формы, а периостит относят к abortивной форме одонтогенного остеомиелита.

Наиболее многочисленная группа ученых – сторонники третьей точки зрения, выделяют периодонтит, периостит, остеомиелит, флегмоны, абсцессы и поражения лимфатической системы в самостоятельные нозологические формы. М. Азимовым (1991) была разработана классификация распространённости инфекционно-воспалительных процессов челюстей и прилежащих мягких тканей [1].

Одной из последней классификаций острых одонтогенных воспалительных заболеваний является классификация, разработанная группой российских учёных в 1990 году (табл. 1).

Приведённая выше классификация разработана ведущими специалистами – челюстно-лицевыми хирургами, она охватывает заболевания, требующие неотложного хирургического вмешательства. В классификациях не учтено заболевание, которое является пусковым в развитии всех

других острых одонтогенных воспалительных заболеваний – пульпит. Воспалённая пульпа, особенно её хронические формы, являются источником сен-сублизации организма и всех тканей челюстно-лицевой области. Нелеченный пульпит рано или поздно вовлекает в воспалительный процесс периодонт. После попадания инфекции через верхушечное отверстие в периодонт развивается острый серозный, затем гнойный периодонтит. Излечение завершается замещением погибшего периодонта рубцовой тканью, которая выполняет опорно-удерживающую функцию. Но если лечение запоздает или не будет доведено до конца, процесс продолжит прогрессировать, гной, скопившийся в периодонтальной щели, вызовет деструкцию компактной пластинки альвеолы с распространением инфекции в кость, т.е. фокус воспаления перемещается в кость. Морфологически – процесс распространяется в костный мозг альвеолярного отростка, в костномозговых пространствах отмечается отёк костного мозга и различной степени выраженная, иногда диффузная инфильтрация его нейтрофилами. Погибшие костные структуры замещаются грануляционной тканью. Это состояние в литературе описывают как апикальный периодонтит [16].

Учитывая, что воспалительный процесс протекает в костномозговых пространствах, мы определили его как остит. По течению он может быть острым (гнойным), хроническим (деструктивным – гранулирующим, гранулематозным).

Исходя из общепризнанного подхода к класси-

Таблица 1

Классификация острых одонтогенных воспалительных заболеваний (Н.Н. Бажанов, М.М. Соловьев, В.В. Рогинский, В.П. Ипполитов)

I. С преимущественным поражением костных структур челюсти	Острый, обострившийся хронический периодонтит
	Острый одонтогенный остеомиелит
II. С преимущественным поражением околочелюстных мягких тканей (зона распространения инфекционно-воспалительного процесса в челюсти ограничена пределами одного зуба)	Острый одонтогенный периостит
	Острый перикоронарит
	Одонтогенный абсцесс
	Одонтогенная флегмона
	Одонтогенный воспалительный инфильтрат
III. С преимущественным поражением регионарного лимфатического аппарата (зона распространения инфекционно-воспалительного процесса в челюсти ограничена пределами пародонта одного зуба)	Острый одонтогенный лимфаденит
	Одонтогенная аденофлегмона
IV. Осложнения одонтогенных воспалительных заболеваний с поражением отдаленно расположенных органов, анатомических образований, генерализацией инфекции	Медиастинит
	Тромбофлебит лицевых вен, синусов твердой мозговой оболочки
	Менингит, менингоэнцефалит, абсцесс головного мозга
	Сепсис

фикации болезней мы должны понимать, что периапикальноткани (пародонт) это комплекс анатомических образований, включающая в себя корень зуба, пульпу, периодонт, альвеолярную кость, надкостницу, десну. Каждая из этих анатомических структур, вовлекаясь в воспалительный процесс, проявляет признаки, характерные только для этой структуры.

В ТГСИ разработана клинико-анатомическая

классификация одонтогенных воспалительных заболеваний. В данной статье мы попытались адаптировать её к МКБ – 10, не выходя за пределы КОДа названий болезней. (табл. 2).

Эта классификация построена по органопатологическому признаку и охватывает все формы одонтогенных воспалительных заболеваний. Патология каждой анатомической структуры рассматривается как форма болезни – воспаление

Таблица 2

Классификация одонтогенных воспалительных заболеваний ТГСИ				Классификация ТГСИ, адаптированная к КОД-ам МКБ – 10			
Анатомическая структура (орган)	Нозологическая форма	Клиническое течение болезни	Патоморфологическая форма болезни	Класс	Код	Название болезни (диагноз)	
Пульпа зуба	Пульпит (K04.0)	Острый	Серозный	XI. Болезни органов пищеварения	K04.01	Острый серозный очаговый, диффузный пульпит	
			Гнойный			K04.02	Острый серозно-гнойный, гнойный пульпит
		Хронический	Фиброзный			K04.03	Хронический фиброзный пульпит
			Гангренозный			K04.04	Хронический гангренозный пульпит
			Гипертрофический			K04.05	Хронический гипертрофический пульпит
		Периодонт	Периодонтит (K04.4)			Острый	Серозный
Гнойный	Острый гнойный периодонтит						
Хронический	Гиперпластический			K04.5	Хронический гиперпластический периодонтит		
Зубо-альвеолярный сегмент челюсти	Остит (K10.2)	Острый	Серозный	K10.2.1	K10.2.1	Острый серозный остит	
			Гнойный			K10.2.2	Острый гнойный остит
		Хронический деструктивный	Гранулирующий			K10.2.3	Хронический деструктивный гранулирующий остит

			Гранулематозный		K10.2.4	Хронический деструктивный гранулематозный остит
Кость челюстей	Остеомиелит (M86)	Острый	Гнойный	XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M86.1	Острый остеомиелит
			Деструктивный		M86.2	Подострый остеомиелит
		Хронический	Продуктивный		M86.3	Хронический деструктивный, продуктивный остеомиелит
			Деструктивный		M86.6	Хронический первично-продуктивный остеомиелит
			Деструктивно-продуктивный			
Мягкие ткани и клеточные пространства, прилежащие к челюстям	Одонтогенные флегмоны лица и шеи	Острый	Гнойный	XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки	L-03	Остеофлегмоны, абсцессы лица
		Хронический (гранулематозный)	Гранулирующий			
Лимфатические узлы	лимфаденит лица, шеи	Острый	Серозный, гнойный		L-04.1	Острый серозный, гнойный лимфаденит
		Хронический	Гиперпластический		L-04.2	Хронический гиперпластический лимфаденит, лимфаденопатия

пульпы – пульпит, периодонта – периодонтит, костной ткани в пределах пародонта зуба – остит, челюстных костей – остеомиелит. Одонтогенные воспалительные процессы мягких тканей, прилежащих к челюстным костям (периостит, абсцесс и флегмоны), не выделены как отдельные нозологические формы т.к. они являются осложнением остита или остеомиелита и проявляют себя как признаки основного заболевания. Е.В. Иванова (2009) соотнесла классификацию пульпита с подразделами классификации ВОЗ. Она считает, что острый очаговый и диффузный пульпит соответствует (K 04.01), гнойный – (K04.02), хронические формы (фиброзный, гипертрофический (пролиферативный) гангренозный) соответствуют (K04.03), хронический язвенный – (K04.04), хронический гиперпластический или пульпарный полип – (K04.05) соответственно. В МКБ – 10 болезней пульпы и периапикальных тканей находятся под одним шифром, при этом классификация воспалительных заболеваний периапикальных тка-

ней (периодонтитов) разделена на острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения – K04.4 и хронический апикальный периодонтит – K04.5., далее следует периапикальный абсцесс с полостью под кодом K04.6; периапикальный абсцесс без полости – K04.7., корневая киста – K04.8. Эти заболевания протекают в кости зубоальвеолярного отростка. Учитывая, что воспалительные процессы кости внесены в МКБ-10 в код K-10, мы соотнесли остит с подразделами классификации ВОЗ. Острый серозный остит получил код K-10.2.1, – острый гнойный остит – K-10.2.2. Хронический процесс кости в пределах пародонта поражённого зуба в зависимости от патоморфологии мы разделили на хронический деструктивный гранулирующий – (K10.2.3) и хронический деструктивный гранулематозный – (K-10.2.4) остит.

С учетом патоморфологии и клинико-рентгенологической картины острый гнойный остеомиелит соотнесли – (M86.1), подострый остеомиелит – (M86.2), хронический продуктивный, деструктив-

ный остеомиелит – (М86.3), хронический первично-продуктивный остеомиелит – (М86.6). Воспалительные заболевания мягких тканей, прилежащих к челюстным костям – как остеогенные абсцессы и флегмоны, включены в шифр L03, лимфаденит острый серозный (L 04.1), – хронический – (L04.02). В таблице 2 представлена классификация одонтогенных воспалительных заболеваний ТГСИ, адаптированный к МКБ-10 (приложение 1).

Выводы. Рабочая классификация одонтогенных

воспалительных заболеваний ТГСИ, адаптированная к классификации МКБ-10, позволит практикующим врачам чётко сформулировать название болезни, разрабатывать стандарт лечения и проводить статистическую обработку материала.

Перспективы дальнейших исследований. Дальнейшее внедрение классификации одонтогенных воспалительных заболеваний в отрасль стоматологии во все регионы страны.

Список использованной литературы

1. Азимов М, Ризаев ЖА, Азимов АМ. Новый подход к классификации воспалительных заболеваний периапикальных тканей. *Stomatologiya*. 2019;3:56-61.
2. Байриков ИМ, Монаков ВА, Савельев АЛ, Монаков ДВ. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиник Самарского государственного медицинского университета. *Медицинский журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2014;11:100-4.
3. Безруков ВМ, Робустова ТГ. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Москва. Медицина. 2000. 220-43.
4. Иванова ЕВ. Воспаление пульпы зуба в кн. «Терапевтическая стоматология»: национальное руководство (под редакцией Дмитриевой Л.А., Максимовского Ю.М.). Москва. ГЭОТАР-медиа. 2009. 392-414.
5. Кулаков АА. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство (под редакцией Робустовой Т.Г., Неробеева А.И.). Москва. ГЭОТАР-медиа. 2010.
6. Походенко-Чудакова ИО, Казакова ЮМ, Вербицкая АА. Системный воспалительный ответ при одонтогенных гнойно – воспалительных процессах челюстно-лицевой области. *Современная стоматология*. 2011;2:75-6.
7. Робустовой ТГ. Хирургическая стоматология: учебник. Москва. Медицина. 2003.
8. Соловьев ММ, Большаков ОП. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. Москва. 2001. 329 с.
9. Тимофеев АА. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев. 2002. 323-30.
10. Фомичёв ЕВ, Робустова ТГ. Российский стоматологический журнал. 2003;4:18-21.
11. Хасанов АИ. Новые аспекты патогенетической терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей. Автореферат дис. док. мед. наук Ташкент. 2010. 34 с.
12. Шомурадов КЭ. Оптимизация лечения больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области методом использования низкочастотного ультразвука. Конференция молодых учёных ТМА. Ташкент. 2011. 412-3.
13. Chow AW. Infections of the oral cavity, neck and head. In: *Principles and Practices of Infectious Diseases*, 8, Mandell GL, Dolin R, Blaser MJ (Eds), Elsevier Churchill Livingstone, Philadelphia. 2014. 789 p.
14. Mesgarzadeh AH, Ghavimi MA, Gok G, Zarghami A. Infratemporal space infection following maxillary third molar extraction in an uncontrolled diabetic patient. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2012;6:113.
15. Takai S, Kuriyama T, Yanagisawa M, et al. Incidence and bacteriology of bacteremia associated with various oral and maxillofacial surgical procedures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005;99:292.
16. Tong AC, Ng IO, Yeung KM. Osteomyelitis with proliferative periostitis: an unusual case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006;102:e14.

References:

1. Azimov M, Rizayev ZHA, Azimov AM. Novyy podkhod k klassifikatsii vospalitel'nykh zabolevaniy periapikal'nykh tkaney. *Stomatologiya*. 2019;3:56-61. [in Russian].
2. Bayrikov IM, Monakov VA, Savel'yev AL, Monakov DV. Klinicheskiy analiz zabolevayemosti odontogennymi flegmonami chelyustno-litsevoy oblasti po dannym otdeleniya chelyustno-litsevoy khirurgii klinik Samarskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. *Meditsinskiy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2014;11:100-4. [in Russian].
3. Bezrukov VM, Robustova TG. Rukovodstvo po khirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy khirurgii. Moskva. Meditsina. 2000. 220-43. [in Russian].
4. Ivanova YEY. Vospaleniye pul'py zuba v kn. «Terapevticheskaya stomatologiya»: natsional'noye rukovodstvo (pod redaksiyey Dmitriyevoy L.A., Maksimovskogo YU.M.). Moskva. GEOTAR-media. 2009. 392-414. [in Russian].
5. Kulakov AA. Khirurgicheskaya stomatologiya i chelyustno-litsevaya khirurgiya: natsional'noye rukovodstvo (pod redaksiyey Robustovoy T.G., Nerobeyeva A.I.). Moskva. GEOTAR-media. 2010. [in Russian].

6. Pokhodenko-Chudakova IO, Kazakova YUM, Verbitskaya AA. *Sistemnyy vospalitel'nyy otvet pri odontogennykh gnoyno – vospalitel'nykh protsessakh chelyustno-litsevoy oblasti. Sovremennaya stomatologiya.* 2011;2:75-6. [in Russian].
7. Robustovoy TG. *Khirurgicheskaya stomatologiya: uchebnik. Moskva. Meditsina.* 2003. [in Russian].
8. Solov'yev MM, Bol'shakov OP. *Abstsessy, flegmony golovy i shei. Moskva.* 2001. 329 s. [in Russian].
9. Timofeyev AA. *Rukovodstvo po chelyustno-litsevoy khirurgii i khirurgicheskoy stomatologii. Kiyev.* 2002. 323-30. [in Russian].
10. Fomichov YEV, Robustova TG. *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal.* 2003;4:18-21. [in Russian].
11. Khasanov AI. *Novyye aspekty patogeneticheskoy terapii vospalitel'nykh zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti u detey. Avtoreferat dis. dok. med. nauk Tashkent.* 2010. 34 s. [in Russian].
12. Shomuradov KE. *Optimizatsiya lecheniya bol'nykh odontogennymi flegmonami chelyustno-litsevoy oblasti metodom ispol'zovaniya nizkochastotnogo ul'trazvuka. Konferentsiya molodykh uchonykh TMA. Tashkent.* 2011. 412-3. [in Russian].
13. Chow AW. *Infections of the oral cavity, neck and head. In: Principles and Practices of Infectious Diseases, 8, Mandell GL, Dolin R, Blaser MJ (Eds), Elsevier Churchill Livingstone, Philadelphia.* 2014. 789 p.
14. Mesgarzadeh AH, Ghavimi MA, Gok G, Zarghami A. *Infratemporal space infection following maxillary third molar extraction in an uncontrolled diabetic patient. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2012;6:113.
15. Takai S, Kuriyama T, Yanagisawa M, et al. *Incidence and bacteriology of bacteremia associated with various oral and maxillofacial surgical procedures. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;99:292.
16. Tong AC, Ng IO, Yeung KM. *Osteomyelitis with proliferative periostitis: an unusual case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;102:e14.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТАШКЕНТСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА, АДАПТИРОВАННОЙ К МКБ-10

Резюме. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области составляет около 25-30 % среди всех стоматологических заболеваний. Они занимают до 50 % коечного фонда специализированных клиник. В клиниках детской, взрослой челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института (ТГСИ) ежегодно лечатся до 3000 больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. У ряда из них заболевания переходит в хронически формы, нередко процесс заканчивается неблагоприятным исходом. Все больные явились предметом исследования. Рабочая классификация одонтогенных воспалительных заболеваний ТГСИ, адаптированная к классификации МКБ-10, позволит практикующим врачам чётко сформулировать название болезни, разработать стандарт лечения и проводить статическую обработку материала.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, одонтогенные воспалительные заболевания, классификация, МКБ-10.

CLINICAL AND ANATOMICAL CLASSIFICATION OF ODONTOGENIC INFLAMMATORY DISEASES OF TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE ADAPTED TO ICD-10

Abstract. Odontogenic inflammatory diseases of the maxillofacial region account for about 25-30 % of all dental diseases. They occupy up to 50 % of the bed fund of specialized clinics. In clinics of pediatric, adult maxillofacial surgery, in Tashkent State Dental Institute (TSDI) annually treats up to 3000 patients with odontogenic inflammatory diseases of the maxillofacial region. In some of them, the disease goes into a chronic form, often the process ends with an unfavorable outcome. All patients were the subject of research. The working classification of odontogenic inflammatory diseases of TSDI adapted to the ICD-10 classification will allow practitioners to clearly state the name of the disease, develop a treatment standard and conduct static processing of the material.

Key words: maxillofacial region, odontogenic inflammatory diseases, classification, ICD-10.

Відомості про авторів:

Азимов М., Ризаев Ж.А., Азимов А.М. – співробітники Ташкентського державного стоматологічного інститута, м. Ташкент, Узбекистан.

Information about the authors:

Azimov M., Rizaev J.A., Azimov A.M. – employees of the Tashkent State Dental Institute, Tashkent. Uzbekistan.

Надійшла 24.01.2020 р.

Рецензент – проф. Кузняк Н.Б. (Чернівці)