

**В. Ф. Михальченко, Н. Ф. Алёшина, Т. Н. Радышевская, С. В. Шилина**

Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра терапевтической стоматологии

## **СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ КЛАССИФИКАЦИЯМИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ АВТОРОВ И МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

УДК 616.314

Впервые описано обоснованное соответствие между классификациями некариозных поражений зубов отечественных авторов и международной классификацией стоматологических болезней. Приведение в соответствие названия патологии по классификациям отечественных авторов с международной классификацией позволит врачу правильно поставить диагноз и грамотно заполнить медицинскую карту.

*Ключевые слова:* некариозные поражения, международная классификация, диагноз, медицинская карта.

**V. F. Mikhalchenco, N. F. Alyoshina, T. N. Radyshevskaya, S. V. Shilina**

## **CORRESPONDENCE BETWEEN DOMESTIC AND INTERNATIONAL NON-CARIOUS DENTAL LESION CLASSIFICATION**

The correspondence between domestic and international non-carious dental lesion classification has been described for the first time. Standardization of a system of dental diseases according to the international classification will allow the dentist to make a correct diagnosis and fill in the patient's medical history properly.

*Key words:* non-carious dental lesions, international classification, diagnosis, patient's medical history.

При диагностике заболеваний зубов некариозного происхождения врач сталкивается с трудностями выбора диагноза, соответствующего международной классификации стоматологических болезней (МКБ-С). Это связано с различными представлениями об этиологии и окончательно не выясненным патогенезом некоторых разновидностей некариозных поражений зубов. Поэтому классификации некариозных поражений зубов, предложенные в нашей стране, отличаются от классификации МКБ-С.

### **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

При составлении учебно-методического пособия «Примеры описания медицинской карты в практике терапевтической стоматологии. Некариозные поражения зубов» мы попытались привести в соответствие название патологии по классификациям, предложенным в нашей стране, с классификацией МКБ-С.

В учебно-методическом пособии приведены примеры описания медицинских карт при диагностике и лечении наиболее часто встречающейся патологии твердых тканей зубов некариозного происхождения.

Нами описаны 3 формы системной гипоплазии постоянных зубов — изменение цвета (пятнистая форма), недоразвитие эмали (волнистая, точечная, бороздчатая эмаль) и отсутствие эмали (аплазия). По классификации МКБ-С гипоплазия эмали относится к группе «Нарушение формирования зубов» (код K00.4) и подразделяется на следующие подгруппы:

K00.40 Гипоплазия эмали.

K00.41 Пренатальная гипоплазия эмали.

K00.42 Неонатальная гипоплазия эмали.

K00.43 Аплазия и гипоплазия цемента.

K00.46 Зуб Тёрнера.

K00.48 Другие уточненные нарушения формирования зубов.

K00.49 Нарушения формирования зубов неуточненные.

Системная гипоплазия постоянных зубов связана с нарушением метаболических процессов в зачатках зубов в результате изменения минерального и белкового обмена при различных заболеваниях. Установление взаимосвязи между перенесенными пациентами общесоматическими заболеваниями в течение первого года жизни и клиническими проявлениями гипоплазии на постоянных резцах и первых молярах, указанными в медицинских картах, позволило нам отнести все разновидности гипоплазии этих зубов (пятнистую, точечную, волнистую, бороздчатую формы и аплазию эмали) к «Гипоплазии эмали», код K00.40.

При описании местной гипоплазии в анамнезе развития заболевания необходимо указать возможную причину возникновения дефекта (травма зачатка либо воспалительный процесс в описываемой области). Клиническими проявлениями местной гипоплазии являются меловидные пятна или точечные углубления, располагающиеся по всей поверхности одного зуба. В особо тяжелых случаях развивается

аплазия эмали. Местная гипоплазия — зуб Тёрнера — соответствует такому же названию в классификации МКБ-С (код K00.46).

При описании примеров заполнения медицинской карты пациентов с эндемическим флюорозом зубов мы использовали классификацию клинических форм флюороза, предложенную В. К. Патрикеевым (1956):

1. Штриховая форма.
2. Пятнистая форма.
3. Меловидно-крапчатая форма.
4. Эрозивная форма.
5. Деструктивная форма.

В классификации МКБ-С данная патология относится к разделу K00.3 — «Крапчатые зубы» и имеет следующие подгруппы:

K00.30 Эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали.

K00.31 Неэндемическая крапчатость эмали (нефлюорозное помутнение эмали).

K00.39 Крапчатые зубы неуточненные.

Все приведенные нами клинические формы эндемического флюороза относятся к «Эндемической (флюорозной) крапчатости эмали», код K00.30.

При описании примеров заполнения медицинской карты пациентов с эрозией зубов мы использовали классификацию эрозии твердых тканей зубов Ю. М. Максимовского (1981):

1-я степень, или начальная — поражение поверхностных слоев эмали;

2-я степень, или средняя — поражение всей толщи эмалевого покрова до эмалево-дентинного соединения;

3-я степень, или глубокая — поражается эмаль и поверхностные слои дентина.

Также определяли 2 формы течения эрозии — активную и стабилизированную.

В диагностике эрозии зубов, согласно классификации МКБ-С (код K03.2), определяющим является этиологический фактор, по которому эрозии твердых тканей зубов подразделяются на следующие подгруппы:

K03.20 Профессиональная.

K03.21 Обусловленная персистирующей регургитацией или рвотой.

K03.22 Обусловленная диетой.

K03.23 Обусловленная лекарственными средствами и медикаментами.

K03.24 Идиопатическая.

K03.28 Другая уточненная эрозия зубов.

K03.29 Эрозия зубов неуточненная.

Описанные нами разновидности эрозии твердых тканей зубов при наличии фоновой патологии, независимо от степени поражения и клинического течения, отнесены к «Другой уточненной эрозии зубов», код K03.28. При отсутствии в анамнезе фоновой патологии и данных об этиологических факторах эрозию твердых тканей зубов относили к «Эрозии зубов неуточненной», код K03.29.

Согласно классификации клиновидных дефектов С. М. Махмудханова (1968), выделяются 4 стадии данной патологии:

*первая стадия* — начальные проявления без видимой глазом убыли ткани, которые выявляются с помощью лупы. Повышена чувствительность к внешним раздражителям. При окрашивании шейки зубов 5%-м раствором йода видна коричневая тонкая полоска;

*вторая стадия* — поверхностные клиновидные дефекты в виде щелевых повреждений эмали с той же локализацией вблизи эмалево-цементной границы, характеризующиеся блестящей поверхностью и выраженной гиперестезией шеек зубов; глубина дефекта до 0,2 мм, длина от 3 до 3,5 мм. Хорошо окрашиваются 5%-м раствором йода, не окрашиваются раствором метиленового синего;

*третья стадия* — средние клиновидные дефекты, образованные двумя плоскостями, расположенными под углом 40—45 градусов, характеризующиеся желтоватым цветом гладкого дентина. Гиперестезия выражена умеренно. Средняя глубина дефекта 0,2—0,3 мм, длина 3,5—4 мм. Хорошо окрашиваются 5%-м раствором йода, не окрашиваются раствором метиленового синего;

*четвертая стадия* — глубокие клиновидные дефекты, имеющие длину 5 мм и более, сопровождающиеся поражением глубоких слоев дентина вплоть до коронковой полости зуба, что может завершиться отломом коронки. Дно и стенки дефекта блестящие, гладкие, края ровные. Хорошо окрашиваются 5%-м раствором йода, не окрашиваются раствором метиленового синего. Гиперестезия выражена умеренно.

При описании клинических проявлений клиновидного дефекта мы выделяли также 2 фазы течения процесса — обострения и стабилизации.

По классификации МКБ-С клиновидный дефект относится к группе «Сошлифовывание (абразивный износ) зубов» (код K03.1) и подразделяется на следующие подгруппы:

K03.10 Вызванное зубным порошком. Клиновидный дефект.

K03.11 Привычное.

K03.12 Профессиональное.

K03.13 Традиционное, ритуальное.

K03.18 Другое уточненное сошлифовывание зубов.

K03.19 Сошлифовывание зубов неуточненное.

Согласно представлениям отечественных ученых, клиновидный дефект может развиваться на фоне общесоматической патологии и под действием местных факторов, главным из которых является механический (воздействие зубной щетки при неправильной чистке зубов). Это соответствует по классификации МКБ-С коду K03.10 — «Сошлифовывание (абразивный износ) зубов, вызванное зубным порошком. Клиновидный дефект». Следовательно, все стадии клиновидного дефекта будут относиться к этому коду международной классификации.

Повышенное (патологическое) стирание зубов, согласно классификациям отечественных ученых, имеет различную степень выраженности, может локализоваться на различных поверхностях одного или нескольких зубов (горизонтальная, вертикальная, смешанная форма локализованной или генерализованной стираемости).

Классификация повышенной (патологической) стираемости зубов, рекомендованная М. И. Грошиковым (1985):

1-я степень — незначительное стирание эмали бугров и режущих краев коронок зубов;

2-я степень — стертость эмали бугров клыков, малых и больших коренных зубов и режущих краев резцов с обнажением поверхностных слоев дентина;

3-я степень — стирание эмали и значительной части дентина до уровня коронковой полости зуба.

В классификации МКБ-С код K03.0 — «Повышенное стирание зубов», распределяется на несколько разновидностей этой патологии с учетом поверхности стирания зубов:

K03.00 Оклюзионное.

K03.01 Апроксимальное.

K03.08 Другое уточненное стирание зубов.

K03.09 Стирание зубов неуточненное.

В связи с этим горизонтальная форма повышенной стираемости будет соответствовать коду K03.00 — «Повышенное стирание зубов окклюзионное». Вертикальная форма стираемости при локализации поражения на апроксимальной поверхности зуба будет диагностирована как «Повышенное стирание зубов апроксимальное», K03.0; при локализации вертикального стирания на других поверхностях зуба, а также при смешанной форме патологической стираемости код по международной классификации обозначается как K03.08 — «Другое уточненное стирание зубов». Количество пораженных зубов и степень выраженности стирания по этой классификации не учитываются.

В классификациях некариозных поражений зубов, предложенных в нашей стране, выделяются следующие разновидности некроза твердых тканей зуба:

1. Пришеечный некроз (развивается на фоне нарушения функции желез внутренней секреции, при гормональных перестройках, во время беременности).

2. Кислотный, или химический, некроз (появляется в результате воздействия кислот, или других химических веществ на ткани зубов).

3. Некроз эмали, связанный с воздействием больших доз облучения при лечении онкологических заболеваний.

Среди этиологических факторов пришеечного некроза эмали зубов указывается значимость беременности и эндокринных заболеваний. Кислотный некроз твердых тканей зубов развивается под воздействием различных кислот, других химических

веществ, медикаментов, кислых продуктов. Согласно классификации кислотного некроза, предложенной Г. Д. Овруцким (1991), выделяют следующие степени развития данной патологии:

1-я степень — исчезновение блеска эмали на верхних резцах;

2-я степень — исчезновение блеска эмали, патологическая стертость 1-й степени (поражены все фронтальные зубы);

3-я степень — исчезновение блеска эмали передних и боковых зубов, изменение цвета эмали передних зубов, патологическая стертость 2—3-й степени;

4-я степень — отсутствие блеска эмали, наличие белых пятен, изменение цвета зубов до грязно-серого, сколы эмали, патологическая стертость 3-й степени, обнажение дентина (поражены все зубы);

5-я степень — коронки стертые вплоть до десневого края, культия зуба черного цвета, корневые каналы облитерированы (поражены все зубы, но на боковых зубах поражения более легкие).

В международной классификации такое название патологии не предусмотрено, поэтому все разновидности некроза будут относиться к коду K03.88 — «Другие уточненные болезни твердых тканей зубов».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при определении соответствия между классификациями некариозных поражений зубов отечественных авторов и МКБ-С необходимо учитывать этиопатогенетические факторы, жалобы, анамнез и объективные данные каждой конкретной патологии. Многообразие форм клинических проявлений некариозных поражений зубов создает сложности при сопоставлении классификаций, поэтому приведенные примеры помогут практическим врачам правильно ориентироваться в выборе нозологических форм, соответствующих классификации МКБ-С.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Грошиков М. И. Некариозные поражения тканей зуба. — М.: Медицина, 1985. — 113 с.
2. Михальченко В. Ф., Алешина Н. Ф., Радышевская Т. Н., Петрухин А. Г. Некариозные поражения зубов, развивающиеся до и после их прорезывания: Учебное пособие. — Волгоград: ООО «Бланк», 2007. — 102 с.
3. Приказ МЗ РФ от 27 мая 1997 г. № 170 «О переходе органов учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра».
4. Стоматология. Запись и ведение истории болезни // В. В. Афанасьев, Г. М. Барер, Т. И. Ибрагимов. — М.: ФГОУ ВУНМЦ Росздрава, 2006. — 317 с.
5. Терапевтическая стоматология / Под ред. проф. Ю. М. Максимовского. — М.: Медицина, 2002. — 638 с.
6. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство / Под ред. проф. Л. А. Дмитриевой, проф. Ю. М. Максимовского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 909 с.
7. Федоров Ю. А., Дрожжина В. А. // Новое в стоматологии. — 1997. — № 10 (спецвып.). — 147 с.