

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА КЛАССИФИКАЦИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ



Ризаев Ж.А.¹, Азимов М.И.², Назарова Н.Ш.¹

¹Самаркандский государственный медицинский университет, ²Ташкентский
государственный стоматологический институт

Под шифром К04 дается классификация болезней пульпы и периапикальных тканей. Классификация заболевания построена по нозологическому принципу, в связи с чем возникают определённые сложности в отношении традиционно используемых в России и в странах СНГ общепринятых клинико-морфологических классификаций заболеваний пульпы и периапикальных тканей. Пульпа – это морфологическая структура, а периапикальные ткани – понятие собирательное, включающее все ткани зубоальвеолярного сегмента: зуб, зубную альвеолу и прилегающий к ней связочный аппарат, фиксирующий зуб к альвеоле периодонт, кость и костный мозг, часть челюсти, покрытая надкостницей и слизистой оболочкой, сосуды и нервы. С учётом поражённой анатомической структуры мы предлагаем клинико-анатомическую классификацию одонтогенных воспалительных заболеваний периапикальных тканей. Выделенные нозологические формы включены в соответствующие подразделы К04.

Цель исследования

Анализ раздела МКБ-10, в котором одонтогенные воспалительные заболевания, т.е. пульпит, периодонтит, остеомиелит, отнесены к болезням органов пищеварения, а их осложнения, такие как абсцесс, флегмона, лимфаденит лица, головы и шеи – к болезням кожи и подкожной клетчатки.

Материал и методы

Объектом исследования послужили истории болезни 1408 больных. Исследования проведены у 132 больных с острыми и хроническими одонтогенными воспалительными заболеваниями, из них 70 взрослых и 62 ребенка в возрасте от 3 до 17 лет. Проанализированы основные ошибки в

диагностике и лечении острой зубной боли в догоспитальном периоде, которые привели к распространению воспалительного процесса в окружающие ткани и утяжелению гнойного процесса.

Изучены данные больных, поступивших на стационарное лечение через 3-7 дней от начала острых болей в зубе. Среди поступивших пациентов 48% составляли взрослые и 52% дети с диагнозом «острый апикальный периодонтит», которым была оказана помощь в стоматологических учреждениях. 74 больным удалили «причинный» зуб, произвели внутриротовой разрез, у 42 для оттока через корневой канал зуба произвели внутриротовой разрез по типу «прокола», однако такие разрезы не обеспечивали хороших условий для оттока экссудата.

Высокий процент диагностических ошибок мы связываем с путаницей в терминологии. Традиционно используемые при формулировке диагноза термины «апикальный периодонтит», «деструктивный периодонтит», не отражают патологию поражённой ткани. Ошибки, допущенные при диагностике с использованием выше приведённых терминов, привели к неправильной формулировке диагноза и выбору тактики лечения и, как следствие, процесс, несмотря на проводимые мероприятия, прогрессировал, и больные были госпитализированы с остеомиелитами и флегмонами для стационарного лечения.

Результаты и обсуждение

В нашей республике повсеместно внедряют МКБ-10 для диагностики и разработки соответствующих стандартов лечения. При этом возникает необходимость в адаптации используемых классификаций к МКБ-10 и уточнении ряда

положений, которые не нашли своего отражения в международной классификации.

Е.В. Иванова (2009) патоморфологически обоснованную классификацию пульпита с подразделами соотнесла с классификацией ВОЗ, в которой очаговый и диффузный пульпиты соответствует острому (K04.01) и гнойному (K04.02), а хронические формы (фиброзный, гипертрофический (пролиферативный), гангренозный) – хроническому язвенному, (K04.04) хроническому гиперпластическому, или пульпарному полипу (K04.05) соответственно.

Сложности возникают при сопоставлении клинических форм периодонтита к коду K04. Например, такая форма как K04.4 – Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения. Как эту патологию понимать? Пульпит с явлениями периодонтита или инфицирование периодонта остатками пульпы? В традиционно используемых классификациях нет таких форм как K04.6 – Периапикальный абсцесс с полостью, K 04.7 – Периапикальный абсцесс без полости. Вышеперечисленные положения ставят вопрос о необходимости пересмотра классификации воспалительных заболеваний периапикальных тканей.

Для решения этой задачи необходимо определить, что означают термины

«зубоальвеолярный сегмент», «периапикальные ткани».

По определению С.С. Михайлова (1985), периодонт – «это пучки рыхлой соединительной ткани и клеточные элементы образующие соединительнотканную оболочку зуба, которая находится между альвеолой и цементом», т.е. ткань, расположенная в периодонтальной щели – в пространстве ограниченной с одной стороны компактной пластинкой зубной ячейки, а с другой – цементом зуба. На всем протяжении лунки зуба периодонт находится в непосредственной связи: с костью челюсти, через апикальное отверстие с пульпой зуба, а у краев ячейки с десной и надкостницей челюсти. По определению С.С. Михайлова (1985) «корень зуба – эта часть зуба, лежащая внутри альвеолы челюсти», корень зуба оканчивается *верхушкой*.

Участок челюсти с принадлежащим ему зубом обозначен как зубоальвеолярный сегмент.

Зубоальвеолярный сегмент включает: 1) зуб; 2) зубную альвеолу (лунку), 3) связочный аппарат (периодонт) фиксирующий зуб к альвеоле; 4) прилежащий к ней альвеолярную часть челюсти, покрытую надкостницей, слизистой оболочкой, 5) сосуды и нервы. Корень зуба делится на три части: пришеечную, среднюю и верхушечную – апикальную, которая заканчивается верхушечным отверстием.

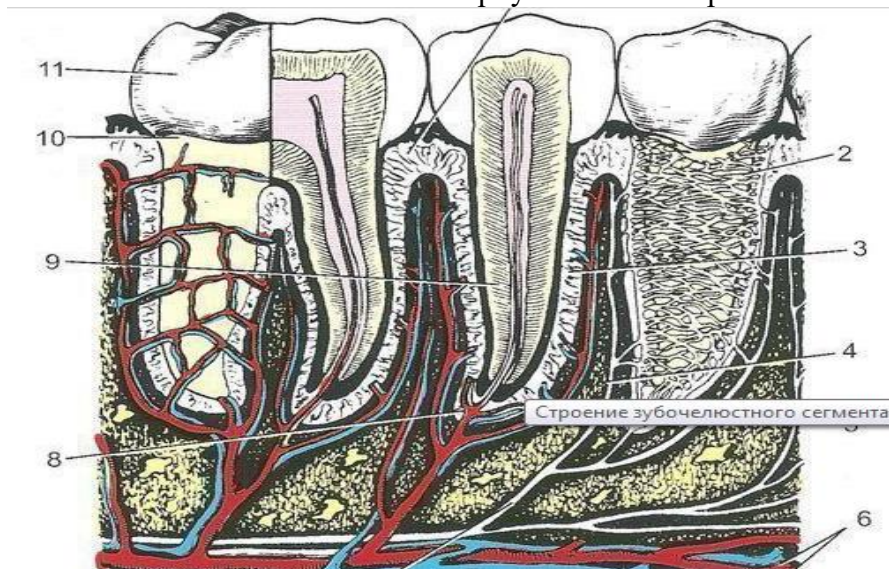


Рис. 1. Строение зубочелюстного сегмента: 1 – зубодесневые волокна, 2 – стенка альвеолы, 3 – зубоальвеолярные волокна, 4 – альвеолярно-десневая ветвь нерва, 5 – сосуды периодонта, 6 – артерии и вены челюсти, 7 – зубная ветвь нерва, 8 – дно альвеолы, 9 – корень зуба; 10 – шейка зуба, 11 – коронка зуба.

Границей между сегментами служит вертикальная плоскость, проведенная через

середину межальвеолярной перегородки. На нижней челюсти – нижняя граница

соответствует нижнечелюстному каналу, верхняя граница – на верхней челюсти дну носовой и верхнечелюстной пазухи (Соловёв М.М., Худояров И.). Таким образом, *периодонт – это анатомическая и морфологическая структура, расположенная в анатомическом пространстве*. Как самостоятельное образование она имеет свою патологию, которая называется периодонтит.

По определению А.В. Митрониной (2009), «периодонт – соединительно-тканное образование, заполняющее щель между корнем зуба и альвеолой». Но в книге “Терапевтическая стоматология” А.В. Митронин даёт следующее определение: «периодонтит – воспалительное заболевание тканей пародонта в области верхушки зуба».

Пародонт – это совокупность тканей, окружающих корень зуба: альвеола, соответствующий ей участок зубоальвеолярного сегмента, покрывающие его надкостница и десна. Для обозначения воспаления в какой-либо ткани или органа используют их латинское или греческое название и добавляют окончание ит (itis). Например: воспаление кожи – дерматит, печени – гепатит, миокарда – миокардит. Если исходить из этого органопатологического принципа, если воспалённая ткань пародонт – его заболевание – периодонтит, пародонта – пародонтит. В существующих источниках нет четкого определения понятию «Периапикальные ткани» – какой термин может отразить его воспаление?

По определению Т.Г. Робустовой, «периодонтит – воспаление тканей, расположенных в периодонтальной щели». Периодонт – это самостоятельная структура, которая входит в состав пародонта. Периодонтит не может быть заболеванием всех тканей пародонта. Если мы будем рассматривать «периапикальные ткани» как воспаление пародонта, то правильно будет дать определение этому заболеванию – пародонтит. Если учесть, что основу периапикальных тканей составляет кость в пределах зубоальвеолярного сегмента, то лучше всего её воспаление отражает термин “остит”.

Приведённые выше факты обосновывают необходимость внесения изменений в традиционно используемую классификацию пародонта и

периапикальных тканей и адаптировать их к МКБ-10.

В МКБ-10 под шифром K04.4 обозначен острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения, острый апикальный периодонтит. Возникает вопрос: как это надо понимать? Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения – это пульпит с явлениями периодонтита или инфекционный периодонтит в результате инфицирования из воспалённой пульпы? Если это инфекционный периодонтит, то внедрение инфекции может наступить только из воспалённой пульпы.

Исходя из анатомии, что “апекс” – это верхушечная треть корня зуба, находящаяся в лунке, острый периодонтит, протекающий на уровне нижней трети корня, можно оценить как верхушечный (апикальный) периодонтит.

В учебной литературе, в клинических руководствах в России и в странах СНГ на протяжении десятилетий используют классификацию периодонтита, предложенную И.Г. Лукомским (1955). И.Г. Лукомский по клиническому течению различал острый серозный и гнойный, по распространенности – верхушечный, краевой, тотальный. Выделял три формы хронического периодонтита: фиброзную, гранулирующую, гранулематозную. Его классификация, дополненная многими авторами, не утратила своей значимости до сегодняшнего дня.

Во всех учебниках и руководствах описывается динамика развития верхушечного периодонтита, при этом авторы не дают определения, какая ткань поражена, его локализация и границы. Дается описание клиники с выделением I и II стадии, которая, по предложению Грошикова, делится на фазу интоксикации пародонта и фазу выраженного экссудативного процесса. Периодонтит по преимуществу местный процесс в редких случаях в той или иной степени вовлекает весь организм и, прежде всего, такие системы как нервная, эндокринная и иммунная.

Патогенетическую основу воспаления пародонта составляют три компонента (стадии) – альтерация, экссудация и пролиферация. Они тесно взаимосвязаны, взаимно дополняют и переходят друг в друга, между ними нет четких границ. В зависимости от процесса, преобладающего

на определенном этапе воспаления, патофизиологи выделяют следующие стадии:

I. Стадия альтерации (повреждения):
а) первичная б) вторичная альтерация.

II. Стадия экссудации и эмиграции.

III. Стадия пролиферации и репарации:
а) пролиферация. б) завершение воспаления.

Фазу интоксикации невозможно выявить ни клинически, ни лабораторно, её можно предположить, как процесс выхода из верхушечного отверстия токсинов и продуктов распада и инфекции из воспалённой пульпы в апикальный периодонт.

Клинические признаки проявляются после внедрения инфекции в периодонт с альтерации и с закономерным течением в начале серозным, затем гнойным воспалением. Грошиков выделяет фазу выраженного экссудативного процесса. Как должен эту фазу представлять себе врач? Ни о серозном или остром гнойном процессе не упоминается, не понятно какой классификации придерживался Грошиков. По-видимому, I стадия – фаза интоксикации – должна соответствовать острому серозному периодонтиту, а фаза выраженного экссудативного процесса – острому гнойному разлитому периодонтиту. Однако четкого разграничения клинической картины острого серозного и острого гнойного периодонтитов в этих учебниках нет,

естественно, эта путаница продолжается и дальше.

При описании фазы выраженного экссудативного гнойного процесса авторы описывают клиническую картину, характерную для периостита, при этом возникает путаница, где нет грани между периодонтитом и периоститом.

А.В. Митронин описывая патологическую анатомию апикального периодонтита пишет «...в костномозговых пространствах, прилегающих к периодонту и расположенных на значительном протяжении, отмечается отёк костного мозга и в различной степени выраженную, иногда диффузную, инфильтрацию его нейтрофилами что можно трактовать как остит или остеомиелит». Описанное выше выходит за пределы верхушечного периодонтита.

По нашему мнению, клиницисту необходимо четко дать представление о признаках каждой из нозологических форм (периодонтит, остит и периостит: серозный, гнойный, ограниченный или разлитой. В «Руководстве по терапевтической стоматологии» дается описание острого апикального периодонтита пульпарного происхождения и ссылка на рис. 1 (Митронин А.В. «Болезни периапикальных тканей», рис 13.5), однако автор не дает пояснения к рисунку. Судя по этому рисунку, можно только догадаться, что тут изображено.

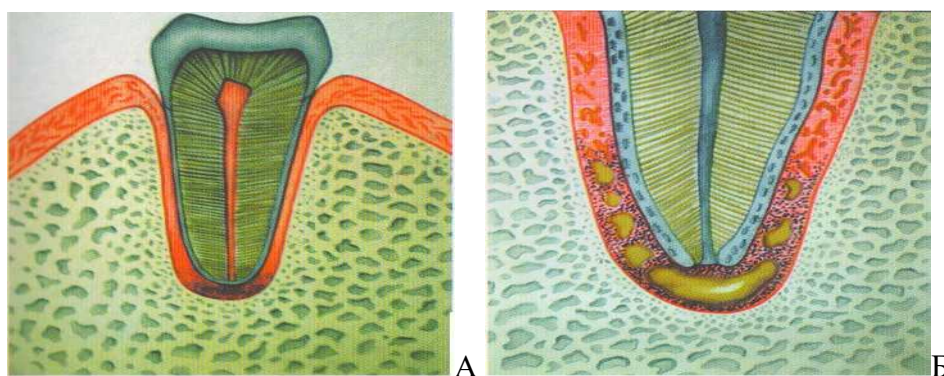


Рис. 2. Острый апикальный периодонтит: А – стадия интоксикации, Б – стадия экссудации (Митронин А.В. Терапевтическая стоматология: Нац. руководство. Рис. 13-5).

Мы считаем, что рис. А, возможно, острый серозный верхушечный периодонтит, рис. Б – острый гнойный верхушечный периодонтит. А.В. Митронин

пишет, что «...при прогрессировании процесса в периодонте возникает апикальный абсцесс...», и даёт ссылку на

рис. 2 (рис. 13-6 «Динамика развития острого апикального периодонтита»).

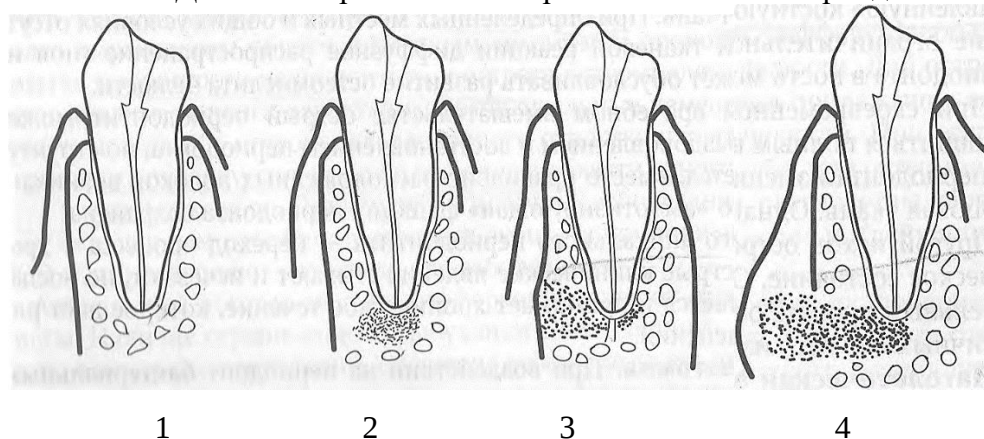


Рис. 3. Острый апикальный периодонтит. Схема диффузии: 1 – стадия интоксикации (на схеме не дана интоксикация) 2 – стадия экссудации (апикальный абсцесс), 3 – прогрессирование воспалительного процесса при сохранении кортикальной пластинки альвеолы (поднадкостничный абсцесс), 4 – с разрушением кортикальной пластинки костной альвеолы (поддесневой абсцесс).

Если внимательно посмотреть на эту схему, можно представить, что она отражает динамику распространения воспалительного процесса из апикального отверстия и прорыв скопившегося экссудата в костный мозг (схема 2), её распространение в костномозговом пространстве (схема 2, 3), и её прорыв под надкостницу и отслоение от компактной пластинки альвеолы. Это состояние можно оценить как острый гнойный *остит* или *остеомиелит*.

Острый гнойный периодонтит может завершиться выздоровлением (при своевременном адекватном лечении). Излечение периодонтита завершается замещением погибшего периодонта рубцовой (фиброзной) тканью, поэтому нет необходимости в выделении её как заболевания. Или же скопившийся в апикальной зоне экссудат вызывает резорбцию костной ткани альвеолы и прорывается в костный мозг. Недолечённый острый гнойный остит переходит в хроническую стадию.

В хроническом течении периодонтита А.А. Тимофеев (2002) выделяет две активные формы – гранулирующую и гранулематозную. Мы не можем

согласиться с такой формулировкой патологического процесса: во-первых, он протекает в кости в пределах зубоальвеолярного сегмента одного зуба, во вторых, в очаге хронического воспаления могут быть остатки периодонта, но периодонт там отсутствует. Если патологический процесс протекает в кости, то его следует назвать по общепринятой формулировке терминов – оститом, т.е. хроническим гранулирующим оститом или хроническим гранулематозным оститом. В периапикальной костной ткани в ответ на внедрение инфекции активно развивается патологический процесс в виде деструкции с замещением костного мозга грануляционной тканью или в виде резорбции с формированием гранулемы; этот процесс необходимо расценивать как *остит* с уточнением его формы. С учётом перечисленных фактов предлагается клинико-анатомическая классификация, в которой развитие патологических процессов в каждой ткани, входящей в структуры пародонта, выделяется как отдельная нозологическая форма болезни.

За основу в этой классификации взята поражённая анатомическая структура.

Клинико-анатомическая классификация болезней пульпы и периапикальных тканей и соотнесение их к кодам МКБ-10, предложенная проф. М.И. Азимовым и проф. Ж.А. Ризаевым

Анатомическая структура (орган)	Нозологическая форма	Клиническое течение болезни	Патоморфологическая форма болезни	Класс	Код	Название болезни (диагноз)
---------------------------------	----------------------	-----------------------------	-----------------------------------	-------	-----	----------------------------

		и				
Пульпа зуба	Пульпит (K04.0)	Остры й	Серозный	XI. Болезн и органо в пищева рения	K04.01	Острый серозный очаговый, диффузный пульпит
			Гнойный		K04.02	Острый серозно- гнойный, гнойный пульпит
		Хрони ческий	Фиброзны й		K04.03	Хронический фиброзный пульпит
			Гангренозн ый		K04.04	Хронический гангренозный пульпит
			Гипертроф ический		K04.05	Хронический гипертрофический пульпит
Периодо нт	Периодо нтит (K04.4)	Остры й	Серозный		K04.4	Острый серозный периодонтит пульпарного происхождения
			Гнойный			Острый гнойный периодонтит
		Хрони ческий	Гиперпласт ический		K04.5	Хронический гиперпластический периодонтит
Зубо- альвеоля рный сегмент челюсти	Остит (K10.2)	Остры й	Серозный		K10.2. 1	Острый серозный остит
			Гнойный		K10.2. 2	Острый гнойный остит
		Хрони ческий дестру ктивны й	Гранулирую щий		K10.2. 3	Хронический деструктивный гранулирующий остит
			Гранулема тозный		K10.2. 4	Хронический деструктивный гранулематозный остит

Как видно из таблицы, все формы болезней адаптированы к кодам МКБ-10. Согласно предложенной классификации нами определены клинические признаки, характерные для поражённой ткани.

Клинические признаки острого серозного периодонтита. Беспричинная не резко выраженная ноющая боль в поражённом кариесом зубе; боль обычно не иррадирует, пациент точно указывает на зуб (с кариозной полостью или ранее леченый под пломбой); перкуссия вертикальная положительная; в общем состоянии организма изменений нет, припухлости мягких тканей нет; продолжительность острого серозного периодонтита – 2-3 суток; своевременное и квалифицированно проведенное лечение обеспечит восстановление функциональной ценности зуба в 1-2 посещения терапевта-стоматолога.

Клинические признаки острого гнойного периодонтита. Интенсивность болей нарастает, боли становятся острыми, пульсирующими, возникают при любом прикосновении к зубу, иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва, рот приоткрыт; зуб подвижен, возникает чувство выросшего зуба, из-за нарушения сна и приема пищи могут проявляться слабость, недомогание, температура тела без изменений. Продолжительность перехода острого гнойного ограниченного периодонтита к разлитому – от 12 до 48 часов.

Клинические признаки острого серозного остита. Скопившийся в апикальной зоне экссудат вызывает резорбцию костной ткани альвеолы и прорывается в костный мозг. После прорыва экссудата в костный мозг интенсивность болей снижается, исчезает чувство выросшего зуба, появляется отёк

лица, цвет кожи не изменен, пальпация безболезненна, консистенция мягкая. Зуб подвижен, перкуссия болезненна. На уровне причинного зуба десна гиперемирована, переходная складка отёчна, пальпация болезненна. Температура тела повышается до 37,1-37,5°C, появляется головная боль, потеря аппетита. Если на этапе острого серозного остита не будет оказана высококвалифицированная помощь – эвакуация гноя через корневой канал, периостотомия и антибактериальная терапия, то через 3-4 суток процесс перейдёт в гнойную форму.

Клинические признаки острого гнойного остита. В кортикальной пластинке зубоальвеолярного сегмента возникают лакуны, что ведёт к расширению отверстий костной стенки и прорыв экссудата под надкостницу в пределах 2-3-х зубочелюстных сегментов, развивается картина гнойного периостита. Боль в причинном зубе стихает, появляется отёк мягких тканей, её локализация зависит от причинного зуба, по переходной складке формируется валикообразное выпячивание, слизистая над ней гиперемирована, отёчна, при пальпации резко болезненна, в центре может быть очаг размягчения. Температура повышается в пределах субфебрильных цифр, жалобы на общее недомогание, головную боль, нарушение сна,

Острый гнойный остит требует неотложного устранения гнойного очага (отток через корневой канал или удаление причинного зуба и вскрытие поднадкостничного абсцесса) и проведения антибактериальной, десенсибилизирующей терапии.

Клинические признаки хронического деструктивного (гранулирующего) остита. Это заболевание обычно развивается вследствие недолеченного острого периодонтита, остита. Процесс переходит вначале в подострое течение, а затем в хроническое, заболевание протекает бессимптомно, зуб не подвижен, при перкуссии малоболезнен, проявляется в виде неприятных, иногда слабых, болевых ощущений (чувство тяжести, распираания, неловкости), незначительная болезненность при накусывании на больной зуб. Сопровождается появлением как в полости рта, так и на лице свища, который через некоторое время исчезает. Иногда из свища выделяется не только гной, но и грануляционная ткань.

Клинические признаки хронического гранулематозного остита. Эта форма периапикального воспалительного процесса развивается из гранулирующего остита. В окружности верхушки корня разрастается грануляционная ткань. По её периферии из созревшей ткани образуется фиброзная капсула, и таким образом формируется гранулёма. Больные жалоб не предъявляют. Гранулёма растёт медленно, её выявляют случайно при рентгенологическом исследовании. На рентгенограмме при гранулематозном остите в околоверхушечной области определяется округлой формы очаг разрежения костной ткани с чёткими ровными границами.

Использование практическими врачами предложенной клинко-анатомической классификации периодонтита и периапикальных тканей позволит значительно снизить частоту осложнений и повысить эффективность их лечения.

Литература

1. Иванова Е.В. Воспаление пульпы зуба // Терапевтическая стоматология: Нац. руководство; Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с.
2. Лукомский И.Г. Терапевтическая стоматология. – М., 1955.
3. Митронин А.В. Болезни периапикальных тканей зубов. Периодонтит. Терапевтическая стоматология: Нац. руководство; Под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 912.
4. Михайлов С.С. и др. Анатомия человека: Учебник; Под ред. С.С. Михайлова. – М.: Медицина, 1985.
5. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: Учебник; Под ред. Т.Г. Робустовой. – М.: Медицина, 2003.
6. Соловьёв М.М. Худояров С.И. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей и прилежащих тканей. – Ташкент: Медицина, 1979. – 164 с.
7. Терапевтическая стоматология: Учеб. под ред. Е.В. Боровского, Ю.М. Максимовского. – Гл. 10. – М.: Медицина, 2002.
8. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, -2002. – С. - С. 323-330.\

9. Фаизов Т.Т. Одонтогенные воспалительные процессы // ирургическая стоматология: Учебник; Под общ. ред. В.В. Афанасьева. – М.: ГЭОТАР, 2010. – С 880.

10. Хирургическая стоматология: Учебник; Под ред. Т.Г. Робустовой. – М., 2003.

11. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Нац. руководство; Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 928.

Цель: анализ раздела МКБ-10, в котором одонтогенные воспалительные заболевания, т.е. пульпит, периодонтит, остеомиелит, отнесены к болезням органов пищеварения, а их осложнения, такие как абсцесс, флегмона, лимфаденит лица, головы и шеи – к болезням кожи и подкожной клетчатки. **Материал и методы:** объектом исследования послужили истории болезни 1408 больных. Проанализированы основные ошибки в диагностике и лечении острой зубной боли в догоспитальном периоде, которые привели к распространению воспалительного процесса в окружающие ткани и утяжелению гнойного процесса. **Результаты:** авторами предложена предлагается клинико-анатомическая классификация, в которой развитие патологических процессов в каждой ткани, входящей в структуры пародонта, выделяется как отдельная нозологическая форма болезни. **Выводы:** использование практическими врачами предложенной клинико-анатомической классификации периодонтита и периапикальных тканей позволит значительно снизить частоту осложнений и повысить эффективность их лечения.

Ключевые слова: периапикальные ткани, воспалительные заболевания, диагностика, классификация.

Maqsad: ICD-10 bo'limini tahlil qilish, unda odontogen yallig'lanish kasalliklari, ya'ni. pulpitis, periodontitis, osteomyelitis ovqat hazm qilish tizimi kasalliklariga tasniflanadi va ularning xo'ppoz, flegmona, yuz, bosh va bo'yin limfadenitlari kabi asoratlari teri va teri

osti to'qimalarining kasalliklari hisoblanadi. **Material va usullar:** tadqiqot ob'ekti 1408 bemorning kasallik tarixi edi. Yallig'lanish jarayonining atrofdagi to'qimalarga tarqalishiga va yiringli jarayonning kuchayishiga olib kelgan gospitalgacha bo'lgan davrda o'tkir tish og'rig'ini tashxislash va davolashda yo'l qo'yilgan asosiy xatolar tahlil qilindi. **Natijalar:** mualliflar klinik va anatomik tasnifni taklif qiladilar, bunda periodontal tuzilmalarning bir qismi bo'lgan har bir to'qimalarda patologik jarayonlarning rivojlanishi kasallikning alohida nозologik shakli sifatida ajralib turadi. **Xulosa:** amaliyotchilar tomonidan periodontitis va periapikal to'qimalarning tavsiya etilgan klinik va anatomik tasnifidan foydalanish asoratlarni sezilarli darajada kamaytiradi va ularni davolash samaradorligini oshiradi.

Kalit so'zlar: periapikal to'qimalar, yallig'lanish kasalliklari, diagnostika, tasnifi.

Objective: To analyze the section of the ICD-10, in which odontogenic inflammatory diseases, i.e. pulpitis, periodontitis, osteomyelitis are classified as diseases of the digestive system, and their complications, such as abscess, phlegmon, lymphadenitis of the face, head and neck, are diseases of the skin and subcutaneous tissue. **Material and methods:** The object of the study was the case history of 1408 patients. The main errors in the diagnosis and treatment of acute toothache in the prehospital period, which led to the spread of the inflammatory process into the surrounding tissues and the aggravation of the purulent process, were analyzed. **Results:** The authors propose a clinical and anatomical classification, in which the development of pathological processes in each tissue that is part of the periodontal structures is distinguished as a separate nosological form of the disease. **Conclusions:** The use by practitioners of the proposed clinical and anatomical classification of periodontitis and periapical tissues will significantly reduce the incidence of complications and increase the effectiveness of their treatment.

Key words: periapical tissues, inflammatory diseases, diagnostics, classification.