

Проблема распространенности и лечения эностоза в стоматологии

Н.Н. ТРИГОЛОС*, к.м.н., доц.

Ю.А. МАКЕДОНОВА*, к.м.н., асс.

И.В. ФИРСОВА*, д.м.н., доц., зав. кафедрой

А.Л. КАСАТКИНА**, к.м.н., асс.

Н.Н. ЯРОШЕНКО*, клинич. ординатор

*Кафедра терапевтической стоматологии

**Кафедра стоматологии детского возраста

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

The problem is the prevalence and treatment of enostosis in dentistry

N.N. TRIGOLOS, Yu.A. MAKEDONOVA, I.V. FIRSOVA, A.L. KASATKINA, N.N. YAROSHENKO

Резюме: Проблема выявления идиопатического остеосклероза (эностоза) в стоматологии является достаточно актуальной в настоящее время. При современных способах рентгендиагностики вышеуказанная патология выявляется все чаще и чаще. Эностоз характеризуется как островок плотной кости в области верхушек корней зубов при абсолютно интактном зубе. В связи с этим возникает вопрос о возможных вариантах и необходимости эндодонтического лечения зуба, вовлеченного в данный патологический процесс. В данной статье описаны варианты идиопатического остеосклероза, частоте встречаемости на эндодонтическом приеме по данным панорамной рентгенографии и компьютерной томографии при обследовании и лечении 340 пациентов. Конусно-лучевая компьютерная томография представляет уникальный метод диагностики эностозов для планирования успешного эндодонтического лечения.

Ключевые слова: эностоз, эндодонтия, диагностика, лечение, распространенность.

Abstract: The problem of detection of idiopathic osteosclerosis (enostosis) in dentistry is quite topical at the moment. With modern methods of X-ray diagnostics above pathology revealed more and more. Enostosis characterized as an island of dense bone in the tips of the roots of teeth with absolutely intact tooth. In this connection the question arises about the possible options and if necessary endodontic treatment of the tooth involved in the pathological process. This article describes the options for idiopathic osteosclerosis, frequency of occurrence in the endodontic reception according to panoramic radiography and computed tomography during the examination and treatment of 340 patients. Cone-beam computed tomography is a unique enostosis diagnostic method for planning a successful endodontic treatment.

Key words: enostosis, endodontics, diagnosis, treatment, prevalence.

Идиопатический остеосклероз (эностоз) — отложение плотной кости в костно-мозговых ячейках челюстей. Заболевание не связано с воспалением или инфекцией, частота его не зависит от пола или расовой принадлежности [5]. Идиопатический остеосклероз относится к фокальному увеличению радиоплотности неизвестной этиологии и не может быть причислен к какому-либо воспалению, дисплазии, неоплазии или системным нарушениям [3]. Идиопатический остеосклероз также обозначается как островок плотной кости, костная эбурация, костный рубец, фокальный периапикальный остеопетроз. Обычно поражается область нижних премоляров и моляров [6]. На рентгенограммах отмечают затемнения вблизи верхушек зубов (55%), межкорневого пространства (28%) или на отдалении от зубов (17%). В случаях, когда поражение связано с зубом, жизнеспособность последнего не утрачивается, апикальное периодонтальное пространство не изменено, изредка облитерировано. Гистологически в этих зонах обнаруживают облитерацию костномозговых пространств и скопление компактной костной ткани [2]. Элементы

воспалительного процесса обычно отсутствуют [1]. Эти зоны особенно отчетливо видны в участках, лишенных зубов, и окружены неизменной по структуре костной тканью. Имеются данные о том, что чаще такая картина наблюдается у женщин [10].

Очень мало исследований о распространенности идиопатического остеосклероза среди населения Российской Федерации. Поэтому данное исследование является актуальным.

Целью данного ретроспективного исследования являлось определение распространенности идиопатического остеосклероза по данным панорамной и конусно-лучевой компьютерной томографии, сочетание их со сложными каналами других групп зубов, представляющими трудности для эндодонтического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы выбрали 340 предварительно выполненных КЛКТ из архива стоматологической клиники «Ольга» г. Волгограда с 01.2013 по 10.2015. Все изображения были получены на компьютерном томографе Gendex CB-500 (KAVO, Германия) у пациентов с различными стоматоло-

гическими заболеваниями. Возраст пациентов составлял от 15 до 40 лет. Мужчин — 167, женщин — 173.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным компьютерной томографии среди пациентов Волгоградской области мы выявили, что у 16 пациентов были обнаружены изменения в виде очагов идиопатического остеосклероза, что составило 4,5% (рис. 1). Возраст пациентов составил: 15–19 лет — 3 пациента, 20–29 лет — 5, 29–40 лет — 8, из них мужчин 4 человека, женщин — 12.

Более детальный и обзорный рентгенологический анализ показал, что имеющиеся остеосклеротические участки не ограничиваются только челюстями, радиографически похожие поражения могут находиться и в других костях. Клинического значения эностоз не имеет [4].

Следует отметить, что похожие радиоплотные очаги можно обнаружить в периапикальной области зубов с некротизированной или значительно воспаленной пульпой (рис. 2). Можно предположить, что эти очаги в большинстве своем представляют ответ на воспалительные стимулы незначительной интенсивности. Такие реактивные очаги следует обозначать как конденсирующий остеоит или фокальный хронический склерозированный остеомиелит и не следует обозначать как идиопатический остеосклероз. Поэтому прошлые исследования, не различающие идиопатические поражения от воспалительных, приводили к путанице в терминологии [8].



Рис. 1. Идиопатический остеосклероз в области зубов 3.6 и 4.7

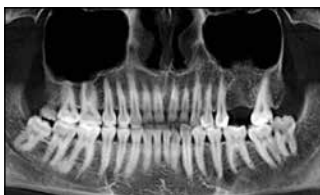


Рис. 2. Идиопатический остеосклероз в области зуба 4.6



Рис. 3. Идиопатический остеосклероз в области 3.5

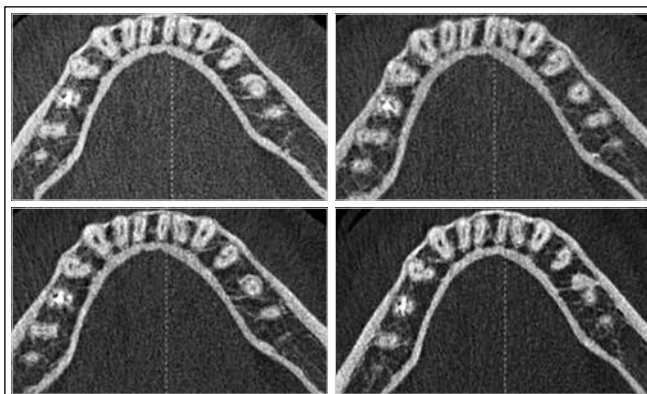


Рис. 4. Компьютерная томография. Эностоз в области зуба 3.5

вителей Азии и Африки. Одинаково часто встречается у мужчин и женщин. Хотя могут наблюдаться исключения, но чаще поражение возникает в 10–20 лет. Поражения могут оставаться без изменений, но часто выявляют незначительное увеличение в размерах. Почти во всех случаях при достижении пациентами полной зрелости увеличение прекращается, и склеротический участок стабилизируется. В незначительном проценте случаев поражение уменьшается или подвергается полной регрессии. Пик распространенность идиопатического остеосклероза происходит в 30 лет с достижением пика костной массы в 40 лет [7].

Идиопатический остеосклероз протекает бессимптомно, не сопровождается увеличением кортикальной кости и типично выявляется при обычном рентгенологическом исследовании. Около 90% случаев встречается на нижней челюсти, наиболее часто в зоне первого моляра (рис. 3).

Зоны около второго премоляра и моляра также являются обычными местами локализации идиопатического остеосклероза. В большинстве случаев определяется один участок склерозированной кости. У незначительного числа пациентов вовлекаются две или три отдельные зоны.

Рентгенологически поражение с помощью компьютерной томографии характеризуется как хорошо определяемое округлая или эллипсоидная рентгеноплотная масса (рис. 4). Хотя в большинстве случаев поражение однородной рентгеноопакости, иногда большие очаги демонстрируют смесь из повышенной и уменьшенной радиоплотности. Это возможно из-за трехмерной формы поражения и не зависит от различий в минеральном составе массы. Поражения варьируют от 3 мм до более чем 2 см в наибольшем размере. Радиопрозрачный ободок, окружающий радиоплотный участок, отсутствует. Большинство очагов идиопатического остеосклероза ассоциируются с апексом корня. В наименьшем числе случаев склеротический участок может распространяться внутри и располагаться только в межкорневой зоне. Около 20% случаев склеротический участок локализуется в челюсти вне связи с зубом. Редко склерозированная кость может окружать полностью или частично непрорезавшийся зуб. Наблюдали резорбцию корня и подвижность, но это необычно. Несколько гистологических исследований сообщают, что поражение состоит из плотной ламеллярной кости со скудным фиброзно-жировым костным мозгом. Воспалительные клетки не заметны или отсутствуют.

Обычно диагноз идиопатического остеосклероза может быть сделан с уверенностью, основываясь на анамнезе, клинике и рентгенографии. Проведение биопсии рассматривается только при наличии симптоматики или значительного увеличения костной ткани. Хотя идиопатический остеосклероз демонстрирует радиографические и гистопатологические симптомы, похожие на компактную остеому, отсутствие утолщения кортикальной пластинки челюсти и отсутствие прогрессирующего роста говорит против неопластического процесса.



Рис. 5. Конденсирующий остеоит от 3.5

Вышеперечисленные изменения требуют рентгенологической дифференциальной диагностики с конденсирующим остеоитом, который является одной из форм хронического

ограниченного склерозирующего одонтогенного остеомиелита. Рентгенологически имеется деструктивный костный процесс в периапикальной зоне, окруженный более или менее широким поясом склерозированной костной ткани. Конденсирующий остеоит может быть на фоне пульпита или в зубе с некрозом пульпы. Во всех случаях в зубе находится маловирулентная микрофлора, которая вызывает периапикальный остеоосклероз. Обычно встречается у детей и лиц молодого возраста, но может наблюдаться у людей старшего возраста. Конденсирующий остеоит чаще встречается в нижних молярах и премолярах и всегда ассоциируется с апикальной зоной в отличие от идиопатического остеоосклероза. После эндодонтического лечения в 85% случаев конденсирующий остеоит подвергается обратному развитию полностью или частично (рис. 5).

К редким изменениям в периапикальной зоне относятся периапикальные фиброзные, остеофиброзные, остеоцементнофиброзные диспластические изменения, которые являются преимущественно рентгенологической находкой. Они представляют собой порок формирования тканей, ограниченно расположенных в периапикальной зоне. Чаще всего процесс созревания тканей обрывается на стадии формирования только соединительнотканых скоплений с единичными включениями цементиклей. Изредка на рентгенограммах выявляются склеротические костные изменения в периапикальных зонах, которые могут быть проявлением конденсирующего остита, хронического малоактивного воспаления, сопровождающегося избыточной продукцией губчатой кости. Очаги остеоосклероза имеют почти правильную

округлую форму, большую мезиодистальную распространенность, могут доходить до ближайшей к корню кортикальной пластинки челюсти.

Лечение и прогноз. Если поражение выявлено в подростковом возрасте, периодическое рентгенологическое обследование бывает разумным до стабилизации участка поражения. С этого момента лечение идиопатического остеоосклероза не показано, так как отсутствует прогрессирование очага поражения в зрелом возрасте или оно незначительно.

Наш опыт позволяет согласиться с данными литературы о том, что такие изменения выявляются у женщин самого различного возраста, чаще молодых, и не имеют клинических проявлений [2, 9, 11]. Это могут быть скопления высокоинтенсивной по тени бесструктурной ткани, более высокой плотности, чем костная, или могут создавать рентгенологические картины, напоминающие по форме и размерам кистогранулемы, но расположенные вокруг корня или корней интактных зубов. Чрезвычайно редко порок формирования проявляется сочетанием скоплений фиброзной ткани и крупных глыбок цемента, лежащих внутри фиброзных полей.

Чтобы окончательно поставить диагноз идиопатического остеоосклероза, необходимо динамическое наблюдение с повторным рентгенологическим исследованием.

Поступила 05.09.2016

*Координаты для связи с авторами:
400005, г. Волгоград, ул. Герцена, д. 10*

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кукушкин В. Л., Кукушкина Е. А. О топографии дополнительных каналов постоянных зубов // Эндодонтия today. 2008. №1. С. 23–25.
Kukushkin V. L., Kukushkina E. A. O topografii dopolnitel'nyh kanalov postojannyh zubov // Endodontija today. 2008. №1. S. 23–25.
2. Кукушкин В. Л., Кукушкина Е. А., Кукушкин Я. В. Клинические аспекты топографии эндодонта (по данным компьютерной томографии) // Эндодонтия today. 2014. №2. С. 10–12.
Kukushkin V. L., Kukushkina E. A., Kukushkin Ya. V. Klinicheskie aspekty topografii endodonta (po dannym komp'yuternoj tomografii) // Endodontija today. 2014. №2. S. 10–12.
3. Македонова Ю. А., Фирсова И. В., Поройский С. В., Тригolos Н. Н., Марымова Е. Б. Клинико-рентгенологические особенности строения полости зуба и корневых каналов зубов нижней челюсти // Современные проблемы науки и образования. 2015. №1. — URL: <http://www.science-education.ru/121-17512>.
4. Македонова Ю. А., Фирсова И. В., Поройский С. В., Тригolos Н. Н., Марымова Е. Б. Клинико-рентгенологические особенности строения полости зуба и корневых каналов зубов верхней челюсти // Современные проблемы науки и образования. 2015. №1. — URL: <http://www.science-education.ru/121-17511>.
5. Македонова Ю. А., Фирсова И. В., Поройский С. В., Тригolos Н. Н., Марымова Е. Б. Клинико-рентгенологические особенности строения полости зуба и корневых каналов зубов нижней челюсти // Эндодонтия today. 2014. №2. С. 10–12.
Kukushkin V. L., Kukushkina E. A., Kukushkin Ya. V. Klinicheskie aspekty topografii endodonta (po dannym komp'yuternoj tomografii) // Endodontija today. 2014. №2. S. 10–12.
6. Македонова Ю. А., Фирсова И. В., Поройский С. В., Тригolos Н. Н., Марымова Е. Б. Клинико-рентгенологические особенности строения полости зуба и корневых каналов зубов нижней челюсти // Эндодонтия today. 2014. №2. С. 10–12.
Kukushkin V. L., Kukushkina E. A., Kukushkin Ya. V. Klinicheskie aspekty topografii endodonta (po dannym komp'yuternoj tomografii) // Endodontija today. 2014. №2. S. 10–12.
7. Македонова Ю. А., Фирсова И. В., Поройский С. В., Тригolos Н. Н., Марымова Е. Б. Клинико-рентгенологические особенности строения полости зуба и корневых каналов зубов верхней челюсти // Современные проблемы науки и образования. 2015. №1. — URL: <http://www.science-education.ru/121-17511>.
8. Македонова Ю. А., Фирсова И. В., Поройский С. В., Тригolos Н. Н., Марымова Е. Б. Клинико-рентгенологические особенности строения полости зуба и корневых каналов зубов верхней челюсти // Современные проблемы науки и образования. 2015. №1. — URL: <http://www.science-education.ru/121-17512>.

my nauki i obrazovaniya. 2015. №1. — URL: <http://www.science-education.ru/121-17511>.

5. Македонова Ю. А., Фирсова И. В., Поройский С. В., Тригolos Н. Н. Клиническая анатомия полости зуба и корневых каналов. — Волгоград, 2015. — 248 с.

Makedonova Ju. A., Firsova I. V., Porojskij S. V., Trigolos N. N. Klinicheskaja anatomija polosti zuba i kornevyh kanalov, Volgograd. — 2015. — 248 s.

6. Тригolos Н. Н., Македонова Ю. А., Фирсова И. В., Рябко И. Е. Конусно-лучевая компьютерная томография в исследовании морфологии сложных для эндодонтического лечения зубов нижней челюсти // Эндодонтия Today. 2016. №1. С. 3–7.

Trigolos N. N., Makedonova Ju. A., Firsova I. V., Rjabko I. E. Konusno-luchevaja komp'yuternaja tomografija v issledovanii morfologii slozhnyh dlja endodonticheskogo lechenija zubov nizhnej cheljusti // Endodontija Today. 2016. №1. S. 3–7.

7. Fan B., Cheung G. S. P., Fan M., Gutmann J. L., Bian Z. C-shaped canal system in mandibular second molars: part I — anatomical features // Journal of Endodontics. 2004a. №30. P. 899–903.

8. Kato A., Ziegler A., Higuchi N., Nakata K., Nakamura H., Ohno N. Aetiology, incidence and morphology of the C-shaped root canal system and its impact on clinical endodontics // Int. Endod J. 2014. №47. P. 1012–103.

9. Laghios C. D., Cutler C. W., Gutmann J. L. In vitro study of bacterial lipopolysaccharide mikropronitsaemosti possibility of root canals after retrograde filling // J. Endod. 2002. Vol. 1–2. P. 104–105.

10. Neville B. W., Damm D. D., Allen C. H., Bouquot J. E. Oral & maxillofacial pathology. 2 ed. — Saunders, 2002. — 846 p.

11. Matsumoto K. The effect of newly developed root canal sealers on rat dental pulp cells in primary culture // J. Endod. 1999. Vol. 16. P. 60–67.

**Информацию об издательстве «Поли Медиа Пресс»
вы можете получить на сайте**

www.dentoday.ru