

ЦЕМЕНТНО-КОСТНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ

Тригонос Н.Н.¹, Македонова Ю.А.¹, Фирсова И.В.¹, Старикова И.В.¹, Питерская Н.В.¹,
Марымова Е.Б.¹, Поройская А.В.¹

¹ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград, Россия (400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1), e-mail: vlgmed@advent.avtig.ru

Цементно-костные дисплазии являются, вероятно, наиболее обычными фибро-костными поражениями, встречающимися в клинической практике. Патогенез данного заболевания остается неизвестным, хотя, возможно, это реактивный или диспластический процесс. Цементно-костная дисплазия представляет собой феномен, при котором нормальная костная ткань замещается тканью, состоящей из фибробластов, коллагена и содержит различные количества костных или цементоподобных кальцификатов. Из-за того что поражения располагаются над и вокруг апексов корней зубов, на рентгенограмме некоторые виды цементно-костных дисплазий часто путают с эндодонтическими поражениями. Врач стоматолог-терапевт должен представлять клинические проявления этих поражений и иметь достаточно знаний, чтобы установить надлежащий диагноз, избегая неправильной тактики ведения больных, которая может нанести вред здоровью пациента.

Ключевые слова: цементно-костная дисплазия, фокальная цементно-костная дисплазия, периапикальная цементно-костная дисплазия, цветущая цементно-костная дисплазия.

CEMENTO-OSSEOUS DYSPLASIA OF THE JAWS

Trigolos N.N.¹, Makedonova Y.A.¹, Firsova I.V.¹, Starikova I.V.¹, Piterskaya N.V.¹,
Marymova E.B.¹, Poroykaya A.V.¹

¹"Volgograd State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation., Volgograd, Russia (Volgograd, 400131, pl. Fallen Soldiers, 1). E-mail: vlgmed@advent.avtig.ru

Cement-bone dysplasias are probably the most common fibro-osseous lesions encountered in clinical practice. The pathogenesis of this disease remains unknown, although it is possible dysplastic or reactive process. Cement-bone dysplasia is a phenomenon in which normal bone tissue is replaced by a cloth consisting of fibroblasts, collagen and contains various amounts of cement-bone or calcified. Due to the fact that the lesions are located around the apex and proper roots of the teeth, on the radiograph some types of cement-bone dysplasia is often confused with endodontic lesions. Doctor - dentist - the therapist must be of clinical manifestations of these lesions and to have enough knowledge to establish a proper diagnosis, avoiding the improper management of patients that can harm the health of the patient.

Keywords: cemento-osseous dysplasia, focal cemento-osseous dysplasia, periapical cemento-osseous dysplasia, florid cemento-osseous dysplasia.

Сведения о цементно-костной дисплазии в литературе разрозненны, немногочисленны, противоречивы, несмотря на то что данная патология встречается все чаще и чаще. Клиницисты в области стоматологии часто вместо цементно-костной дисплазии диагностируют одну из форм деструктивного периодонтита, начиная при этом эндодонтическое лечение зубов, корневые каналы которых вовлечены в патологический процесс.

Цементно-костная дисплазия относится к фиброзно-костным поражениям челюстей. Фиброзно-костные поражения челюстей представляют собой феномен, при котором нормальная костная ткань замещается тканью, состоящей из фибробластов и коллагена, которая содержит различные количества костных или цементоподобных кальцификатов. На

рентгенограмме они выглядят в соответствии с размерами и относительного количества фиброзной и костной ткани. Так как на рентгенологических снимках фиброзно-костные поражения челюстей часто располагаются рядом и вокруг верхушек корней зубов, некоторые типы фиброостеозных поражений часто путают с эндодонтической патологией. Название «фиброостеозные поражения» не специфический диагноз, а только описание процесса. Фиброостеозные поражения челюстей включают эволюционные поражения, реактивные, диспластические процессы и неоплазмы. Наиболее часто встречаются следующие:

- 1) фиброзная дисплазия;
- 2) цементно-костная дисплазия:
 - фокальная (очаговая) цементно-костная дисплазия;
 - периапикальная цементно-костная дисплазия;
 - цветущая цементно-костная дисплазия;
- 3) оссифицирующая фиброма.

Цементно-костная дисплазия располагается в участках челюстей, где находятся зубы, и является наиболее частой формой фиброзно-костных поражений челюстей, встречающейся в клинической практике. Так как эти поражения находятся близко к периодонтальной связке и выявляют похожие гистопатологические структуры, некоторые исследователи считают, что эти поражения происходят из периодонтальной связки [4]. Другие авторы полагают, что цементно-фиброзная дисплазия – это дефект экстралигаментарной кости, ремоделирование которой могут спровоцировать локальные факторы и, возможно, гормональный дисбаланс [1]. Различают три вида цементно-костной дисплазии: фокальная, периапикальная и цветущая. Хотя фокальная дисплазия имеет отличия от двух других форм, возможно, она представляет вариант того же самого патологического процесса. Следует отметить, что цементно-костная дисплазия не относится к опухолям [2].

Фокальная (очаговая) цементно-костная дисплазия наблюдается как одиночное поражение. Концепция этого поражения была неясна до середины 90-х годов XX века. До этого времени во многих случаях ставился ошибочный диагноз «оссифицирующая фиброма». Оссифицирующая фиброма на рентгенограмме выглядит как очаговая цементно-костная дисплазия, но гистологически относится к истинным опухолям и обладает значительной способностью к прогрессирующему росту. Оссифицирующая фиброма относительно редкое заболевание.

Эпидемиология фокальной цементно-костной дисплазии отличается от двух других цементно-костных дисплазий. Около 90% всех случаев очаговой цементно-костной дисплазии наблюдается у женщин, средний возраст которых составляет 38 лет,

преимущественно в 30-60 лет. Болеют в основном люди европеоидной расы в отличие от периапикальной и цветущей цементно-костной дисплазий [5].

Очаговая цементно-костная дисплазия может встречаться в любом участке челюстей, но чаще поражаются задние отделы нижней челюсти. Заболевание обычно протекает бессимптомно и выявляется только на рентгенограмме. Большинство поражений менее 1,5 см в диаметре.

Рентгенологически поражение варьирует от полностью рентгенопрозрачного (участок просветления) до плотного рентгеноконтрастного с тонким периферическим рентгенопрозрачным ободком (краем). Но наиболее часто выявляется смешение участков затемнения и просветления.

Поражение имеет тенденцию к отграничению, но границы могут быть неровные. Фокальная цементно-костная дисплазия наблюдается как в зонах с зубами, так и в беззубых участках, часто поражение возникает в участках с удаленными зубами. Иногда поражение может представлять раннюю стадию в переходе в множественное поражение, это чаще наблюдается у женщин негроидной расы [5].

Периапикальная цементно-костная дисплазия (костная дисплазия, цементная дисплазия, цементома). Перирадикулярная цементная дисплазия также обозначается как перирадикулярный остеофиброз, или более обычно цементома. Периапикальная цементно-костная дисплазия преимущественно поражает передние отделы нижней челюсти. Могут встречаться одиночные поражения, но чаще наблюдаются множественные очаги. Преимущественно этим заболеванием страдают женщины (в соотношении 10:1, 14:1), преимущественно негроидной расы. Первоначально диагноз ставится в возрасте 30-50 лет, почти никогда эта форма дисплазии не встречается до 20 лет. Зубы, ассоциируемые с поражениями, неизменно витальны и редко имеют реставрации. Частота поражения, по данным разных авторов, от 1 до 5,9% [3; 5].

Перирадикулярная цементная дисплазия имеет интересную эволюцию. Происходит прогрессирующая резорбция нормальной альвеолярной кости с замещением ее фиброзной тканью, и процесс заканчивается переходом в плотную атипичную реоссификацию. Начальная (остеолитическая) стадия гистологически характеризуется пролиферацией фибробластов и коллагеновых волокон в апикальной области периодонтальной связки. Возникающая в результате этого масса вызывает резорбцию мозгового вещества кости, окружающего апекс, и заканчивается образованием очагов деструкции костной ткани, очень похожих на периапикальный очаг пульпарного происхождения. В этой стадии часто возможны ошибки, и поэтому необходимо проводить ЭОД каждого зуба с «периапикальными очагами».

Периапикальная цементно-костная дисплазия является бессимптомным поражением и выявляется на рентгенограмме случайно. Ранние поражения - это округлой формы очаги просветления (деструкции) костной ткани, вовлеченные в апикальную зону зубов. В этой стадии поражения рентгенологически невозможно отличить от периапикальной гранулемы или радикулярной кисты (остеолитическая стадия).

В отличие от верхушечного периодонтита и радикулярной кисты, перирадикулярная цементная дисплазия носит не воспалительный характер. Очаги не препятствуют кровообращению и иннервации зуба. Со временем цементобласты дифференцируются в пределах мягких тканей и появляются центральные очаги кальцификации (промежуточная стадия).

Это отложение твердой ткани может продолжаться годы, до тех пор, пока почти вся фиброзная ткань не реосифицируется. Когда это случится, эволюция достигает третьей финальной стадии (зрелой стадии). Со временем на серии рентгенограмм выявляется «созревание» поражений: смесь очагов просветления и радиоплотности.

В конечной зрелой стадии поражение выглядит как ограниченной плотности кальцификация, окруженная узким радиопрозрачным ободком. Однако периодонтальная связка интактна. Отдельные поражения не превышают 1.0 см в диаметре, не распространяются на кортикальную пластинку, прогрессивный рост бывает редко.

Проблема дифференциального диагноза возникает еще в начальной стадии перирадикулярной цементной дисплазии. Клинически поражение всегда асимптоматично, и зубы витальны. Если внимательно посмотреть: на рентгенограмме обычно видна сквозь очаги деструкции костной ткани интактная компактная пластика альвеолы вокруг апексов.

Хирургическое лечение не проводится, рекомендуют динамическое наблюдение. Прогноз - благоприятный.

Цветущая цементно-костная дисплазия проявляется множественными очагами, не ограниченными передними отделами нижней челюсти. Хотя во многих случаях множественные очаги обнаруживаются в задних отделах челюстей, у многих пациентов синхронно поражаются передние отделы нижней челюсти.

Подобно периапикальной цементно-костной дисплазии, эта форма преимущественно встречается у женщин среднего и пожилого возраста негроидной расы (более 90% случаев) [5].

Поражения имеют заметную тенденцию к билатеральности и довольно симметричные. Нередко встречаются обширные поражения во всех четырех задних квадратах обеих челюстей. Заболевание может быть бессимптомным и случайно обнаруживается только на рентгенограмме. В других случаях пациент может жаловаться на

тупую боль, возможно наличие свища на альвеолярной кости, обнажение желтой, аваскулярной кости в полости рта (рис. 1).

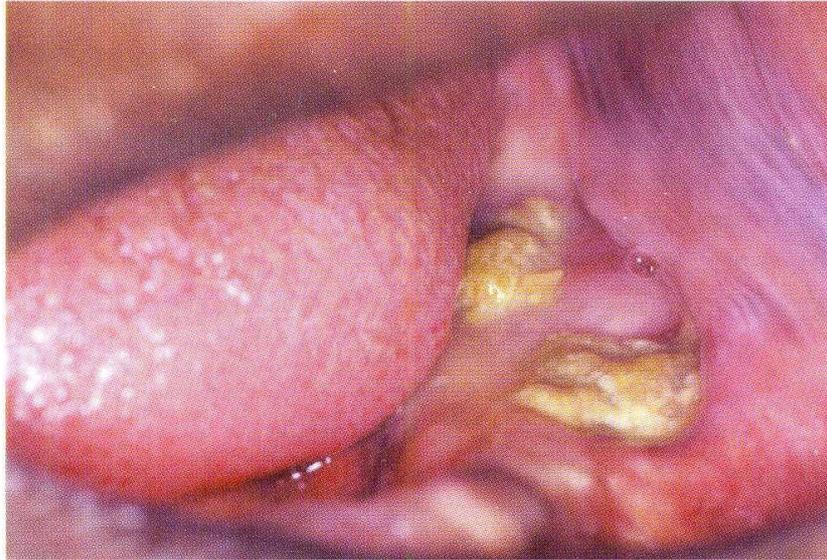


Рис. 1. Цветущая цементно-костная дисплазия. Желтый бессосудистый цементоподобный материал начинает отторгаться слоями через слизистую оболочку полости рта

На рентгенограмме поражения выглядят типично как стадии созревания первых двух форм цементно-костной дисплазии. Первоначально поражение рентгенопрозрачное, затем смешанное, потом рентгеноплотное с тонким ободком просветления. Иногда поражения бывают тотально плотные без ободка просветления и сливаются с подлежащей нормальной костной тканью. Могут поражаться как беззубые участки челюсти, так и участки челюсти с зубами.

Патологическая анатомия цементно-костной дисплазии. Все три формы цементно-костной дисплазии выглядят одинаково при гистологическом исследовании и состоят из фрагментов мезенхимальной ткани, фибробластов и коллагеновых волокон с многочисленными небольшими кровеносными сосудами; типичны кровоизлияния, проходящие через всё поражение. Между соединительной тканью располагаются костные трабекулы и цементоподобные частицы (рис. 2).

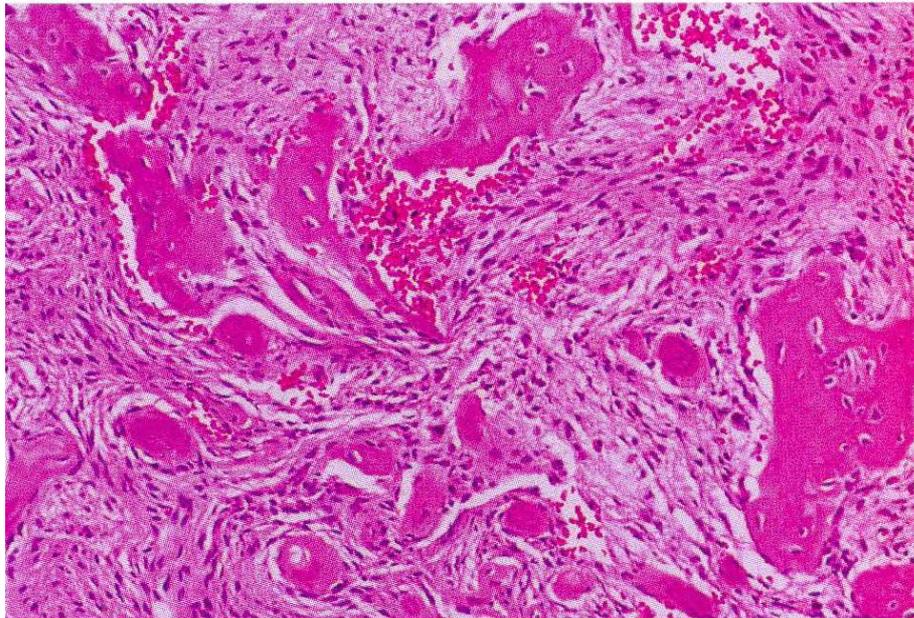


Рис. 2. Гистология цементно-костной дисплазии, начальное увеличение x400

Пропорции каждого минерализованного материала варьируют от поражения к поражению, от зоны к зоне, по мере созревания делаются более склеротическими, соотношение соединительной ткани к минерализованному материалу уменьшается. В финальной радиоплотной стадии костные трабекулы сливаются в дольчатые массы, состоящие из полос или слившихся относительно бесклеточных глобул и дезорганизованного цементно-костного материала.

Лечение и прогноз цементно-костной дисплазии. Три формы цементно-костной дисплазии не проявляют опухолевого роста, поэтому не требуют удаления. Однако эти заболевания являются причиной значительных клинических проблем для пациентов. При наличии значительного склероза цементно-костная дисплазия из-за гиповаскуляризации имеет склонность к некрозу при малейшей провокации. При бессимптомном лечении наилучшая тактика состоит в наблюдении и повторных осмотрах для профилактики и улучшения качества гигиены полости рта, контроле периапикальных поражений и предотвращении потери зубов.

Так как возникновение симптомов обычно ассоциируется с обнажением склеротических масс в полость рта, биопсии или избирательного удаления зубов следует избегать. В других случаях симптом обнажения склерозированных масс в полость рта является результатом атрофии альвеолярного отростка под протезом. Пациента следует убедить сохранить эти зубы для предотвращения развития симптомов позже.

Тактика лечения больных с клиническими симптомами более трудна. В этой стадии присутствует воспалительный компонент заболевания, процесс является по существу хроническим остеомиелитом, в который вовлечены диспластические кость и цемент. Могут

быть показаны антибиотики, но часто они неэффективны. Секвестрация склеротических цементоподобных масс происходит медленно и заканчивается выздоровлением. Формирование блюдцеобразного углубления омертвевшей кости может ускорить выздоровление. Хотя могут возникать из очаговой и цветущей цементно-фиброзной дисплазии отдельные случаи злокачественной фиброзной гистиоцитомы, такая неопластическая трансформация уникальна. Прогноз цементно-костной дисплазии хороший. Поскольку зубы витальны, эндодонтическое лечение не показано.

Заключение

Особенно следует подчеркнуть важность в понимании клиницистом данного процесса и его индивидуального течения. Для постановки окончательного диагноза необходимо учитывать клинические, рентгенологические данные в строгой совокупности с результатами гистологического исследования. В то же время целая патология должна быть качественно классифицирована и сегментирована для облегчения постановки диагноза и назначения подходящего, строго специфичного лечения.

Список литературы

1. Eversole R., Su L., ElMofty S. Benign fibro-osseous lesions of the craniofacial complex – a review // *Head and Neck Pathol.* - 2008. – P. 2. – S. 177-202.
2. Galgano C., Samson J., Kuffer R., Lombardi T. Focal cemento-osseous dysplasia involving a mandibular lateral incisor // *Int Endod J.* – 2003. – P. 36 (12). – S. 907-911.
3. Ingle J.I., Bakland L.K., Baumgartner J.C. *Endodontics (6th Ed).* – BCDecker, 2008. - P. 1555.
4. Komabayashi T., Zhu Q. Cemento-osseous dysplasia in an elderly Asian male: a case report // *J Oral Sci.* – 2011. – P. 53 (1). – S. 117-120.
5. Neville B.W., Damm D.D., Allen C.M., Bouquot J.E. *Oral & Maxillofacial Pathology (2th Ed).*). – Saunders, 2002. - P. 843.

Рецензенты:

Михальченко Д.В., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград;

Михальченко В.Ф., д.м.н., профессор кафедры терапевтической стоматологии, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград.