



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Презентация на тему:

Изменения тканей пародонта при болезни Таратынова (эозинофильной гранулемме). Принципы лечения.

Выполнила:
студентка 5 курса 562 группы
стоматологического факультета
Чинаева А.А.

Самара, 2020

Болезнь Таратынова (эозинофильная гранулема) –

идиопатическое заболевание, относящееся к группе ретикуло-гистиоцитозов, сопровождающееся деструктивными изменениями костной ткани с разрастанием пластов ретикулоцитов и эозинофильных гранулоцитов.

□ Процесс может локализоваться в костях лицевого скелета. При локализации в челюсти в процесс нередко вовлекается СОПР.

□ **Течение хроническое.**

□ **Может иметь локализованный, диффузный и генерализованный характер.**

□ **Встречается в детском и юношеском возрасте, чаще у мальчиков.**

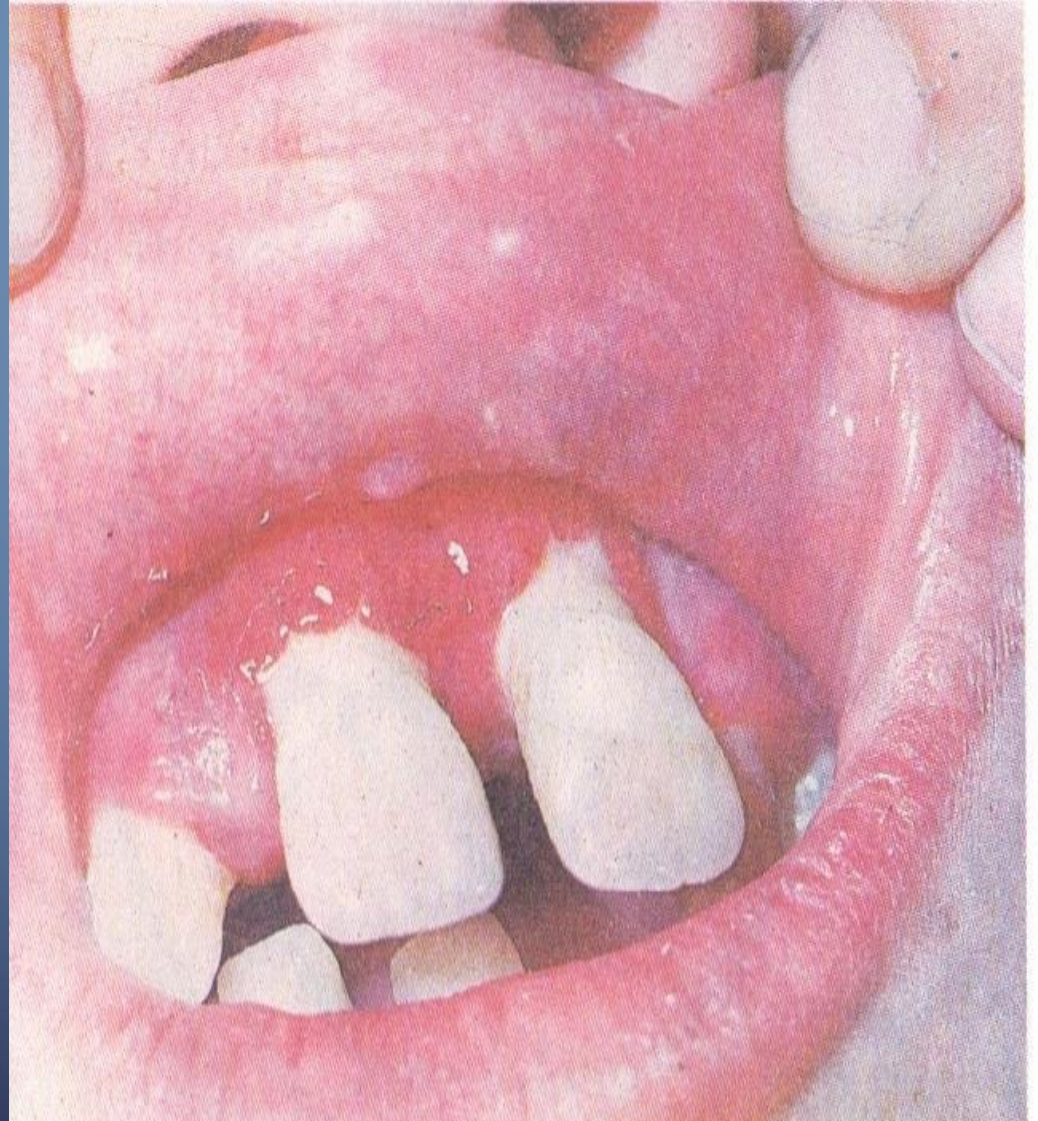
Прогноз относительно благоприятный (по сравнению с другими гистиоцитозами).

Клиника

- Начало заболевания протекает **бессимптомно.**
- В дальнейшем может беспокоить зуд, неприятные ощущения в дёснах, отечность, цианоз десневых сосочков.
- При обследовании обнаруживают незначительную асимметрию лица за счет отека мягких тканей.
- В полости рта – отечность, кровоточивость, болезненность десен в области пораженного участка. Чаше в области **моляров и премоляров нижней челюсти.**
- При прогрессировании процесса развивается **гипертрофия десны, выраженная кровоточивость десен, нарастающая подвижность зубов, их выпадение.**
- После выпадения или удаления зубов лунки долго не заживают, при этом прогрессирует подвижность соседних зубов.
- Выявляются **глубокие пародонтальные карманы с гнойным экссудатом.**
- Могут выявляться **язвенно-некротические изменения** со стороны слизистой оболочки десен.
- Неприятный запах изо рта.

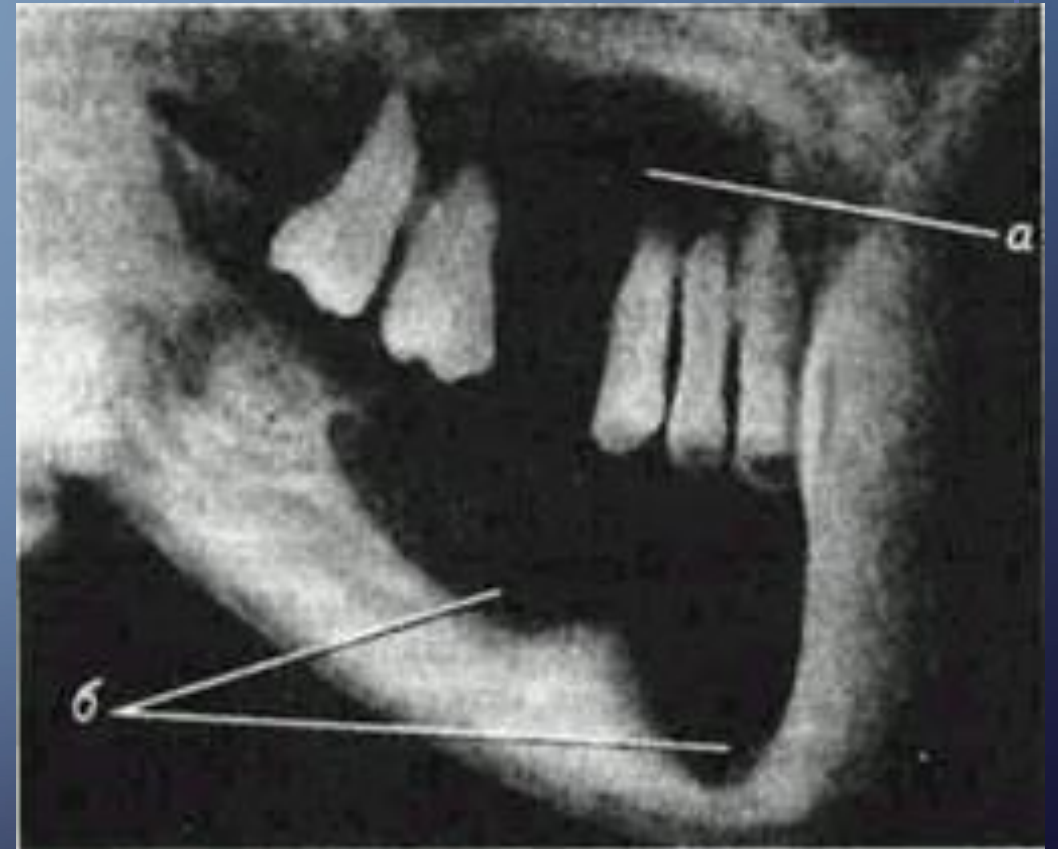
• Различают три клинические формы заболевания.

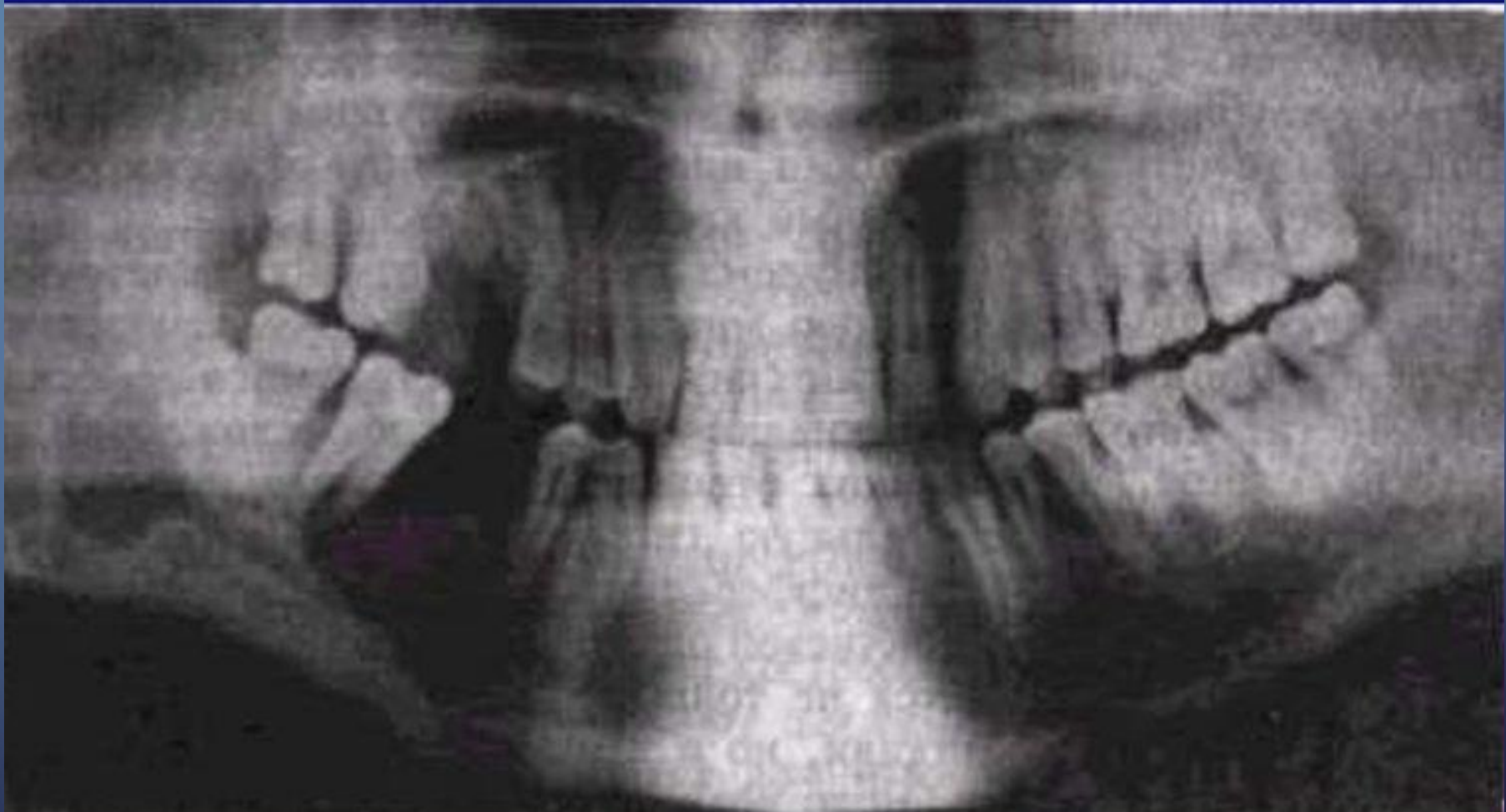
- -При очаговой форме поражается тело и ветвь челюсти в виде ограниченных очагов без изменений со стороны полости рта. Очаговая форма характеризуется появлением малоболезненной припухлости без изменений со стороны слизистой оболочки полости рта. На рентгенограммах определяются очаги деструкции в виде кистозных образований с нарушением целостности компактного слоя.
- -Диффузная форма характеризуется началом развития патологического процесса в альвеолярном отростке челюсти с дальнейшим диффузным распространением на тело и ветвь челюсти. При диффузной форме выделяют начальный и выраженный периоды развития заболевания. В начальном периоде больные предъявляют жалобы на неприятные ощущения или выраженные болевые ощущения в области интактных зубов, кровоточивость десен, появление гнилостного запаха изо рта. В ряде случаев в области очага поражения отмечается появление эрозий на слизистой оболочке альвеолярного отростка, образование глубоких зубодесневых карманов без серозного или гнойного отделяемого, появляется подвижность зубов.
- На рентгенограммах в начальном периоде определяется деструкция кости в межзубных перегородках группы зубов, находящихся в зоне поражения. По мере развития болезни деструкция костной части альвеолярного отростка распространяется на тело челюсти.
- -При генерализованной форме поражаются челюстные кости в сочетании с другими костями скелета, изменения в челюстных костях соответствуют одной из вышеприведенных форм или носят смешанный



Рентгенологически:

- Очаги деструкции альвеолярной кости, распространяющиеся на тело челюсти, в виде **кистеподобных дефектов с четкими контурами**.
- Очаги деструкции множественные, симметричные. Локализуются чаще на нижней челюсти.
- Лакунарная резорбция костной ткани не сопровождается образованием секвестров.





□ При гистологическом исследовании выявляются поля ретикулярных клеток, среди которых большое количество эозинофилов; лимфомакрофагальная инфильтрация.

□ Картина периферической крови: эозинофилия, лейкоцитоз, тромбоцитоз, увеличение СОЭ.

Лечение

- Лечение хирургическое — производится резекция челюсти в пределах здоровой костной ткани. При распространенном процессе резекция челюсти выполняется с нарушением ее непрерывности.
- При очаговой форме поражения достаточно применить *выскабливание очага (кюретаж)*.
- При диффузной форме — *после резекции* необходимо провести курс *рентгенотерапии (лучевой терапии)* при суммарной дозе от 5 до 10 Гр на очаг поражения.
- При генерализованной форме – *хирургическое удаление + рентгенотерапия* в дозе до 8 Гр на очаги поражения (по 1-1.5-Гр в один сеанс).
- Для лечения эозинофильной гранулемы *кожи* применяют кортикостероидные препараты, противомаларийные средства или электрокоагуляцию и криотерапию (Nemeth, 1977).
- **Прогноз** благоприятный при локализованной форме заболевания, остальные формы требуют упорного комплексного лечения.

The background is a dark blue gradient. In the corners, there are decorative white and light blue circuit-like patterns consisting of lines and small circles, resembling a PCB or a network diagram.

Спасибо за внимание