

8. Терехова Т.Н. и др. Клиническая фармакология в стоматологии детского возраста: Учеб. пособие. – 2-е изд. – Минск: БГМУ, 2008. – 191 с.

Цель: оценка эффективности препарата “Кизил мой” (полифитовое масло) у детей с острым герпетическим стоматитом. **Материалы и методы:** обследованы 40 детей с острым герпетическим стоматитом средней степени тяжести в возрасте от 1-го года до 3-х лет, обратившихся в поликлинику Ташкентского государственного стоматологического института. В 1-й группе проводилось традиционное лечение, которое включало общую терапию, обработку полости рта раствором фурацилина 1:5000 и аппликации маслом шиповника. У пациентов 2-й группы на фоне общей терапии полость рта также обрабатывали раствором фурацилина 1:5000, для аппликаций использовали препарат «Кизил мой». **Результаты:** у пациентов 1-й группы уменьшение кровоточивости десен, эпителизация наблюдались на 6-е сутки после лечения. Лимфатические узлы уменьшались на 6-7-е сутки. Выздоровление наступало на 10-е сутки. У больных 2-й группы уменьшение боли и улучшение общего самочувствия отмечалось уже на следующие сутки. Полное выздоровление наступало на 5-6-е сутки. **Выводы:** учитывая высокую эффективность препарата «Кизил мой» при лечении острого герпетического стоматита у детей его можно рекомендовать и при других воспалительных изменениях изменениях слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: дети, острый герпетический стоматит, слизистая оболочка полости рта, препарат «Кизил мой»

Herpetic infection is one of the most common human infections. The aim of our work was to study the effectiveness of polyphyte oil in children with acute herpetic stomatitis. Polyphyte oil has anti-inflammatory, antibacterial, wound healing and tonig up effect. Polyphyte oil is very beneficial for treatment and recovery of patients, who used polyphyte oil, occurred earlier.

Герпес вируси инсон организмидаги кенг тарқалган инфекция ҳисобланади. Бизнинг мақсадимиз шундан иборатки, ўткир герпетик стоматит билан касалланган беморларни полифит мойини қўллаб, даволаш самарадорлигини оширишдан иборат. Полифит мойи яллиғланишга қарши, антибактериал, умумқувватлантирувчи дори воситаси ҳисобланади. 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болалар орасида полифит мойини қўлланишининг қулайлиги айниқса самарали натижаларга эришимизга асос бўлди.

УДК: 616.742.71-003.974-031.13

К ВОПРОСУ ОССИФИЦИРУЮЩЕГО МИОЗИТА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ



Махмудов А.А., Храмова Н.В.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Оссифицирующий миозит (ОМ) – это группа заболеваний соединительной ткани, часто по типу относимая к миозитам. Оссифицирующий миозит характеризуется ограниченным формированием кости в толще мышцы, по-другому – опухолеподобный процесс, локализующийся в мягких тканях [2]. Развитие новообразованной костной ткани в мышцах встречается либо в виде изолированного поражения какой-нибудь мышцы или мышечной группы (myositis ossificans circumscripta), либо в форме прогрессивного системного заболевания (myositis ossificans progressiva).

Распространенность ОМ составляет 1 случай на 2 млн. человек [4]. Установлено, что чаще от оссифицирующего миозита страдают мужчины в возрасте от 30 до 40 лет.

Этиология формирования кости в мышце неизвестна [5]. Патогенез также остается неизученным. Согласно одной из теорий, травма мышцы стимулирует пролиферацию фибробластов, которые затем подвергаются костной метаплазии. Есть также мнение, что травма скелетной мышцы вызывает экспрессию костного морфогенетического белка на поврежденном участке, которая, в свою очередь, стимулирует примитивные стволовые клетки дифференцироваться в остеобласты, что приводит к гетеротопическому окостенению [10,11]. Некоторые авторы утверждают, что прогрессирующий ОМ вызван мутацией гена, кодирующего активины типа киназы, что приводит к изменению хондро- и остеогенеза [3,7,8].

В данное время в основном выделяют три подтипа:

- травматический оссифицирующий миозит. Симптомы травматического оссифицирующего миозита: заболевание может манифестировать спустя несколько месяцев и даже год после полученной травмы. Нередко наблюдается скрытое течение болезни с незначительными болями, которым люди не придают значения;
- прогрессирующий оссифицирующий миозит: это заболевание также называют оссифицирующей фи-

бродистрофией, болезнью Мюнхмайера, опухолью Стернера. Это наиболее редкая форма миозита, которая характеризуется частыми рецидивами. Болезнь выражается в появлении на теле участков окостенения. Они формируются из соединительной ткани межмышечных прослоек, сухожилий и связок (рис. 1). Появляются участки припухлостей в области шеи, спины, плечевых мышц. Участки склонны к формированию отеков. Часто наблюдается их покраснение, гипертермия, местная болезненность. Со временем припухлости становятся менее плотными, а мышца затвердевает;

- тропоневротический оссифицирующий миозит: оссификаты при данной разновидности болезни образуются рядом с суставами и костями по всему скелету. Исключение составляют лишь кости черепа. Для образований характерна симметричность, преимущественно они располагаются в близлежащих к телу отделах конечностей.

По данным литературы, встречаются единичные случаи оссифицирующего миозита, такие как *m. masseter*, *m. temporalis*, *m. pterygoideus*, *m. buccinator*, *m. platysma*, *m. Sternocleidomastoideus* [6,9]. Оссифицирующий миозит необходимо дифференцировать с доброкачественными опухолями соединительной ткани,

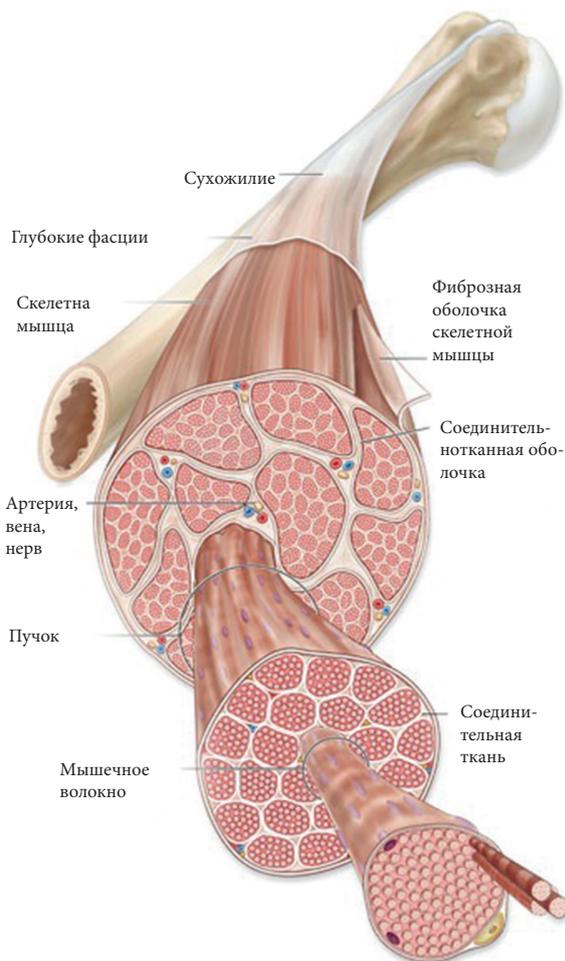


Рис. 1. Строение скелетной мышцы.

остеомой, остеобластомой, остеосаркомой, узловым фасцитом, рабдомиомой, хондромой, остеохондромой, немаловажное значение при этом имеет гистологическое строение [2,10].

Гистологическая картина оссифицирующего жевательных мышц имеет разное морфологическое строение с наличием или отсутствием зональности при оссификации ткани. Имеются дифференциальные признаки ОМ:

- 1) отсутствие спикул, треугольника Кодмана при рентгенологическом исследовании,
- 2) малое количество или отсутствие фигур митозов в клетках,
- 3) большое количество зрелых костных балок,
- 4) зональность микроскопического строения[2].

По данным И.Н. Костина и соавт. [1], отмечается также непостоянный признак зональности узла при поражении жевательных мышц и стойкое нарушение подвижности нижней челюсти без болевого синдрома.

Приводим наблюдение.

В отделение взрослой челюстно-лицевой хирургии клинической больницы скорой медицинской помощи г. Ташкента 9.04.2018 года поступил больной Ю. 1965 года рождения, с жалобами на ограничение открывания рта, припухлость щечной области слева (и/б 6717). Из анамнеза: в декабре 2017 года получил тупую травму в щечную область слева, после чего появилась припухлость, постепенно присоединилось ограничение открывания рта, затруднение при приеме пищи и речи. При внешнем осмотре максимальное открывание рта составляло 20 мм. При открывании рта нижняя челюсть смещалась в сторону пораженной мышцы. Боли не наблюдалось. Кожные покровы без изменений. В проекции *m. masseter* пальпаторно определялся безболезненный, не смещаемый, с четкими границами участок уплотнения тканей.

При мультиспиральной компьютерной томографии выявлены участки окостенения в пораженной жевательной мышце слева с четкими границами (рис. 2). Под общим наркозом была проведена операция по устранению контрактуры нижней челюсти. В процессе операции была полностью удалена жевательная мышца слева. Макроскопически удаленная мышца представляла собой костный конгломерат без мышечных волокон (рис. 3).

Заключение

Необходимо помнить, что, несмотря на то, что оссифицирующий миозит жевательной мышцы является редким заболеванием, его клиническое и гистологическое сходство с опухолями костной ткани служит врачу челюстно-лицевому хирургу напоминанием о необходимости онкологической настороженности.

Литература

1. Костина И.Н., Зайцева Л.Н., Филатова А.С., Иоценко С.Е. Оссифицирующий миозит жевательных мышц // *Рос. стоматол.* – 2012. – №5 (4). – С. 29-32.
2. Нейштадт Э.Л., Маркочев А.Б. *Опухоли и опухолеподобные заболевания костей.* – СПб, 2007. – 344 с.

3. Billings P.C., Fiori J.L., Bentwood J.L. et al. Dysregulated BMP signaling and enhanced osteogenic differentiation of connective tissue progenitor cells from patients with fibrodysplasia ossificans progressiva (FOR) // *J. Bone Miner. Res.* – 2008. – Vol. 23, №3. – P. 305-313.

4. Conner G.A., Duffy M. Myositis ossificans: a case report of multiple recurrences following third molar extractions and review of the literature // *J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2009. – Vol. 67, №4. – P. 920-926.

5. Estrada-Villasen E., Cedillo E.D., Martinez G.R. Scrape cytology of myositis ossificans: report of a case and analysis of the cytologic findings described previously // *Citopathology.* – 2008. – Vol. 36. – P. 50-53.

6. Patel S., Richards A., Trehan R., Railton G.T. Post-traumatic myositis ossificans of the sternocleidomastoid following fracture of the clavicle: a case report // *Cases J.* – 2008. – Vol. 1. – P. 143.

7. Shen Q., Little S.C., Xu M. et al. The fibrodysplasia ossificans progressiva R206H ACVR1 mutation activates BMP-independent chondrogenesis and zebrafish embryo ventralization // *J. Clin. Invest.* – 2009. – Vol. 119, №11. – P. 3462-3472.

8. Shore E.M., Xu M., Feldman G.J. A recurrent mutation in the BMP type 1 receptor ACVR1 causes inherited and sporadic fibrodysplasia ossificans progressiva // *Nat. Genet.* – 2006. – Vol. 38. – P. 525.

9. Uematsu Y., Nishibayashi H., Fujita K. et al. Myositis ossificans of the temporal muscle as a primary scalp tumor // *Case report. Neurol. Med. Chir. (Tokyo).* – 2005. – Vol. 45. – P. 56-58.

10. Wiggins R., Thurber D., Abramovitch K. et al. Myositis ossificans circumscripta of the buccinator muscle: first report of a rare complication of mandibular third molar extraction // *J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2008. – Vol. 66? №9. – P. 1959-1963.

11. Yu P.B., Deng D.Y., Lai C.S. et al. BMP type 1 receptor inhibition reduces heterotopic ossification // *Nat. Med.* – 2008. – Vol. 14. – P. 1363-1369.

Описаны особенности оссифицирующего миозита, который относится к группе заболеваний соединительной ткани, часто по типу относимого к миозитам. Оссифицирующий миозит характеризуется ограниченным формированием кости в толще мышцы, по-другому – опухолеподобный процесс, локализующийся в мягких тканях. Необходимо помнить, что, несмотря на то, что оссифицирующий миозит жевательной мышцы является редким заболеванием, его клиническое и гистологическое сходство с опухолями костной ткани служит врачу челюстно-лицевому хирургу напоминанием о необходимости онкологической настороженности.

Ключевые слова: заболевания соединительной ткани, жевательная мышца, оссифицирующий миозит, онкологическая настороженность.

The article analyzes the diseases related to myositis, gives examples of diagnoses that may be in the practice of the maxillofacial surgeon, in particular ossifying the myositis of the masticatory muscles. The clinical and histological picture of ossifying myositis is analyzed, the clinical case is presented, with step-by-step analysis.

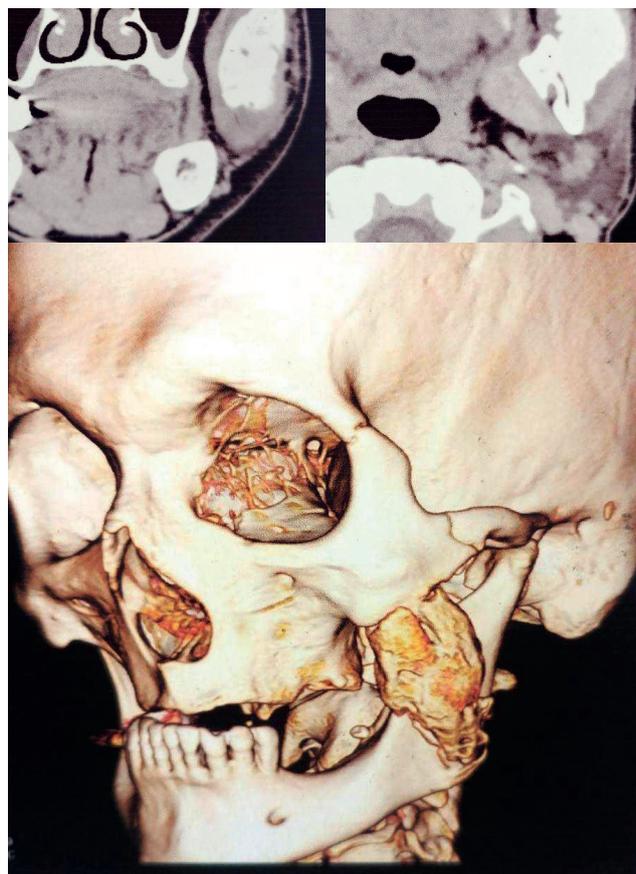


Рис. 2. Мультиспиральная компьютерная томография больного Ю.. Диагноз: оссифицирующий миозит жевательной мышцы слева.



Рис. 3. Удаленная жевательная мышца.