

УДВОЕНИЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Фефелов А.В., Фефелов К.А.

В статье представлено описание редкого клинического случая, представленного лицевой аномалией в виде одностороннего удвоения мышцелкового отростка нижней челюсти.

Ключевые слова: *челюстная аномалия, удвоение мышцелкового отростка, клинический случай, тотальное удвоение.*

The article presents a description of a rare clinical case presented by a facial anomaly in the form of unilateral doubling of the condylar process of the lower jaw.

Key words: *jaw abnormality, doubling of the condylar process, clinical case, total doubling.*

Удвоение мышцелкового отростка нижней челюсти – крайне редкая патология, проявляющаяся в образовании дополнительной головки (в некоторых случаях – с дополнительной шейкой) данного отростка [1]. Существует как в односторонней, так и двусторонней формах.

Первое упоминание о данной аномалии удалось найти в 1941 году. А. Hrdlicka [2] на костных препаратах Smithsonian Institution обнаружил и описал 21 случай раздвоения мышцелкового отростка, 18 из которых были односторонними, 3 – двухсторонними. Спустя 7 лет, М.В. Schier [3] первым описал аномалию у живого человека. В литературных данных России и стран СНГ нам удалось обнаружить только 4 официальных сообщения о случаях наличия раздвоения мышцелкового отростка (3 односторонних, 1 – двусторонний).

Цель данной статьи – описание очередного редкого клинического наблюдения, посвященного данной теме.

Результаты и обсуждение

Случай зафиксирован у пациента в возрасте 11 лет. Форма – односторонняя. Пациент обратился в клинику челюстно-лицевой хирургии ГБ № 5 г. Барнаула с жалобами на нарушение конфигурации лица вследствие деформации скуловой области справа (рисунок 1).

Функциональных нарушений со стороны ВНЧС не наблюдалось. В ходе рентгенологических исследований с помощью КЛКТ было выявлено удвоение мышцелкового отростка справа (второй заменял венечный отросток и оказывал воздействие на скуловую кость), что способствовало развитию вышеописанной деформации (рисунок 2).



Рисунок 1 – Внешний вид и рентгенологическая картина развившейся деформации.

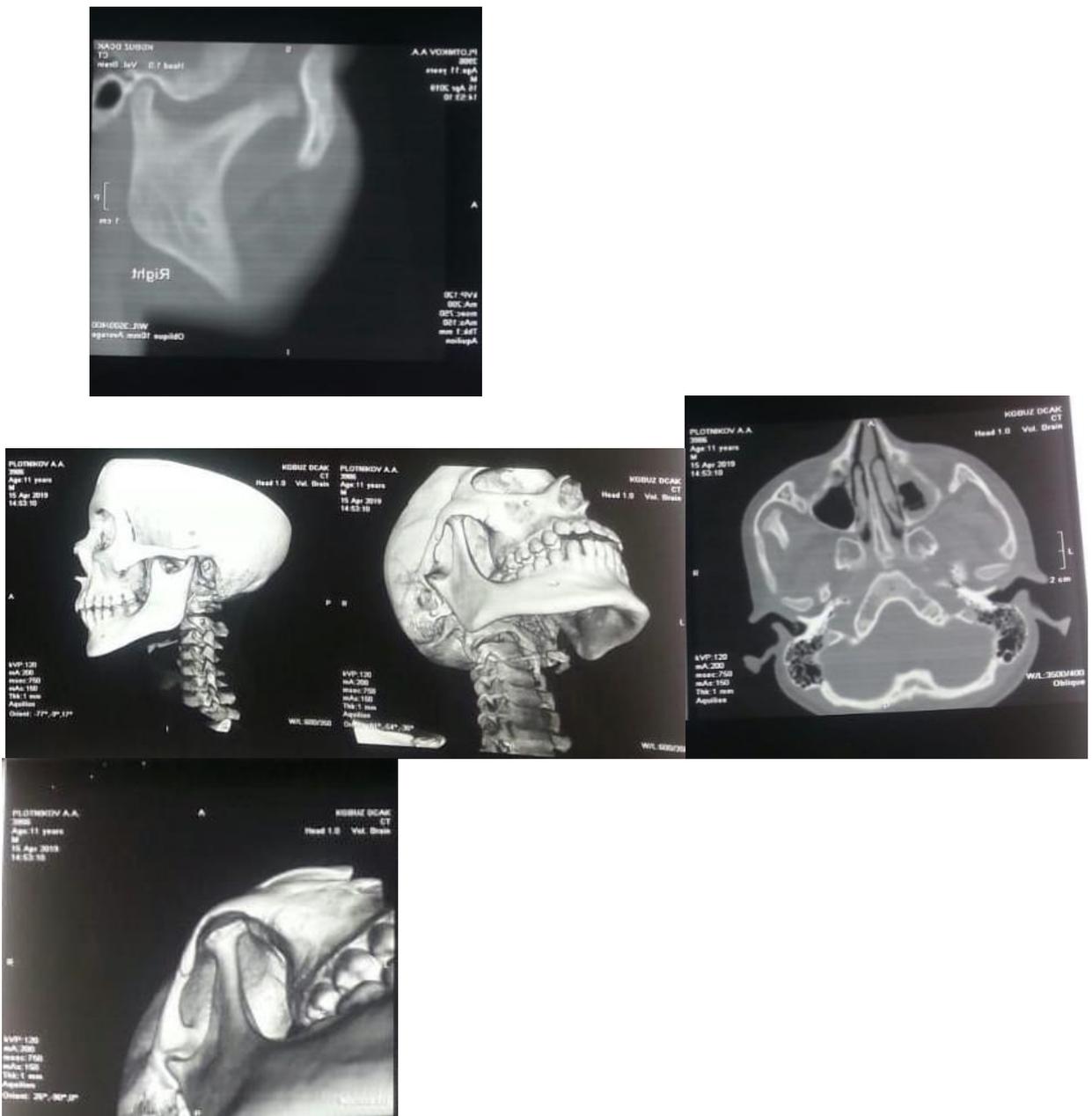


Рисунок 2 – Серия снимков КЛКТ, отображающих удвоение мышцелкового отростка нижней челюсти справа.

Из анамнеза выявить наличие наследственных факторов, патологии беременности не удалось. В ходе оперативного вмешательства добавочный мышцелковый отросток справа был резецирован и удален (рисунок 3).



Рисунок 3 – Дополнительный мышцелковый отросток нижней челюсти на этапе удаления (слева) и после удаления (справа).

По данным A.V. Menezes и соавт., частота встречаемости раздвоенного мышцелкового отростка имеет крайне низкие показатели – 0,018% [4]. Возрастной диапазон весьма широк – от 5 лет до 71 года [5]. Наличие двух видов проявления патологии (раздвоение и удвоение мышцелкового отростка) обуславливает еще большую редкость каждой из них. Из-за уникальности аномалии и, соответственно, малого количества информации установить гендерную или возрастную закономерность не представляется возможным. Зачастую патология обнаруживается случайно, по данным рентгенологических исследований. Симптоматика дисфункции ВНЧС также не всегда прослеживается. На основании данных В.Н. Cho, Y.H. Jung [6] (2013 год, обследовано около 7400 пациентов), статистически достоверной разницы частоты встречаемости клинической симптоматики у пациентов с аномалией и в контрольной группе не обнаружено. Исходя из наблюдений и публикаций прочих авторов, раздвоение чаще происходит с одной стороны. Аномалия может проявляться как наличием на суставной головке борозды различной глубины, так и наличием двух головок с самостоятельными шейками. Вышеописанный случай относится к последнему, более редкому варианту.

Этиология данного отклонения до конца не выяснена. Основными причинами считают действие тератогенов, перенесенные инфекционные заболевания. По механизму развития наиболее логичными можно считать гипотезы К.К. Gundlach и Н.Д. Blackwood. Раздвоение мышцелкового отростка по Gundlach является редкой формой эмбриопатии, вызванной, помимо тератогенных факторов, неправильным направлением тяги мышечных волокон в результате аномального прикрепления жевательных мышц [7].

Сосудистая гипотеза Blackwood также имеет право на существование. Согласно его теории, в ходе развития зародыша в мышцелковом хряще нижней челюсти нарушается процесс инволюции «фиброзных перегородок» – каналов с кровеносными сосудами, которые доставляют питательные вещества в процессе роста организма. Следовательно, чрезмерное количество и выраженность данных каналов могут привести к образованию дополнительного мышцелкового отростка [8]. Подтверждением служит исследование М.С. Rusu [9], в ходе которого у 2 из 22 исследованных плодов III триместра беременности были обнаружены V-образные дефекты внутри мышцелкового хряща, сформировавшиеся как результат несвоевременной инволюции сосудистых каналов. К тому же, не исключается и возможность дефекта хряща – в результате перинатальной травмы.

Описанный случай можно расценивать как крайне редкую врожденную аномалию развития, поскольку изменения коснулись не имеющегося мышцелкового отростка в виде раздвоения, а характеризовались формированием дополнительного мышцелкового отростка, заменившего венечный.

Заключение

Несмотря на довольно низкую частоту встречаемости, а также на частое отсутствие клинической симптоматики, стоматологи и челюстно-лицевые хирурги должны быть осведомлены о данной аномалии и должны понимать ее значение в выявляемых деформациях лицевого скелета. Нельзя исключать и тот факт, что односторонняя форма аномалии может в дальнейшем привести к дисфункции суставов. Наиболее оптимальным методом выявления данной патологии можно считать КЛКТ.

Список литературы:

1. Кабак С.Л., Саврасова Н.А., Мельниченко Ю.М., Журавлева Н.В. Раздвоение мышечкового отростка нижней челюсти. *Вестник рентгенологии и радиологии*. 2017; 98 (5): 263–268.
2. Hrdlicka A. Lower jaw: double condyles. *Am. J. Phys. Anthropol.* 1941; 28: 75–89.
3. Schier M.B. The temporomandibular joint: a consideration of its probable functional and dysfunctional sequelae and report condyle double head in a young person. *Dent. Items Interest.* 1948; 70: 779–787.
4. Menezes A.V., de Moraes Ramos F.M., de Vasconcelos-Filho J.O., Kurita L.M., de Almeida S.M., Haiter-Neto F. The prevalence of bifid mandibular condyle detected in a Brazilian population. *Dentomaxillofac. Radiol.* 2008; 37:220-223.
5. Miloglu O., Yalcin E., Buyukkurt M., Yilmaz A., Harorli A. The frequency of bifid mandibular condyle in a Turkish patient population. *Dentomaxillofac. Radiol.* 2010; 39: 42–46.
6. Cho B.H., Jung Y.H. Nontraumatic bifid mandibular condyles in asymptomatic and symptomatic temporomandibular joint subjects. *Imaging Sci. Dent.* 2013; 43: 25–30.
7. Gundlach K.K., Fuhrmann A., Beckmann-Van der Ven G. The doubleheaded mandibular condyle. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1987; 64: 249–253.
8. Blackwood H.J. The double-headed mandibular condyle. *Am. J. Phys. Anthropol.* 1957; 15: 1–8.
9. Rusu M.C., Pop F., Leonardi R., Motoc A.G., Jianu A.M. Morphologic features of the fetal mandibular condyle: layers, canals and microvascular pattern. *Ann. Anat.* 2011; 193 (5): 436–446.