

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ШИЛОПОДЪЯЗЫЧНОГО СИНДРОМА

Д.Н. Назарян, А.С. Караян, А.В. Федосов

Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Москва, Российская Федерация

Обоснование. Одной из самых сложных в клинической практике групп пациентов являются больные с орофасциальной болью. Возможной причиной возникновения болевого синдрома в области лица и полости рта может быть шилоподъязычный синдром, или синдром Игла–Стерлинга. Клинические проявления синдрома наблюдаются только в 4–10,3% общего количества случаев удлинённых шиловидных отростков. **Цель исследования** — разработать показания для выбора хирургического доступа безопасного удаления шиловидного отростка в зависимости от его анатомии. **Методы.** Пациентам с симптомами шилоподъязычного синдрома при обнаружении удлинённого шиловидного отростка во время клинического исследования выполнялось его удаление внутриротовым способом ($n=3$). Остальным пациентам ($n=10$) удаление проведено наружным доступом по первой шейной складке или вертикальным заушным доступом. **Результаты.** У пациентов с шилоподъязычным синдромом наблюдается высокий эффект хирургического лечения и отмечаются достаточно короткие сроки послеоперационной реабилитации, что существенно повышает качество жизни. **Заключение.** Как с технической, так и с точки зрения нанесения минимального косметологического дефекта наиболее удобной и безопасной методикой удаления шиловидного отростка считаем хирургический доступ по первой шейной складке.

Ключевые слова: шилоподъязычный синдром, шило-каротидный синдром, методы лечения шилоподъязычного синдрома, боль в горле.

(Для цитирования: Назарян Д.Н., Караян А.С., Федосов А.В. Хирургические методы лечения шилоподъязычного синдрома. *Клиническая практика*. 2019; 10(2):21–26. doi: 10.17816/clinpract10221–26)

SURGICAL METHODS OF TREATMENT OF EAGLE SYNDROME

D.N. Nazaryan, A.S. Karayan, A.V. Fedosov

Clinical Centre of Otorhinolaryngology of Federal Medical Biological Agency of Russia, Moscow, Russian Federation

Background. One of the most difficult in the clinical practice patients groups are patients with orofacial pain. A possible cause of pain in the face and mouth can be stylohyoid syndrome or Eagle syndrome. The clinical manifestations of the syndrome are observed in only 4–10.3% of cases among the total number of cases of elongated hyoid processes. **Objective.** To develop criteria for the choice of the surgical access for a safe removal of the hyoid process depending on its anatomy. **Methods.** In patients with the symptoms of stylohyoid syndrome, in the case of detecting an extended hyoid process during the clinical study, its removal was performed via an intraoral route ($n=3$). In the other patients ($n=10$) the removal was performed via an external access along the first cervical fold, or through the vertical retroaural access. **Results.** In patients with stylohyoid syndrome, we observed a high efficiency of the surgical treatment and rather short times of postsurgical rehabilitation, that significantly improved the quality of life. **Conclusion.** In our opinion, the surgical access through the first cervical fold is the most convenient way both from the technical viewpoint and from the viewpoint of a minimal cosmetic defect. **Keywords:** styloid-stylohyoid syndrome, styloid-carotid artery syndrome, method of treatment Eagle syndrome, sore throat.

(For citation: Nazaryan DN, Karayan AS, Fedosov AV. Surgical Methods of Treatment of Eagle Syndrome. *Journal of Clinical Practice*. 2019; 10(2):21–26. doi: 10.17816/clinpract10221–26)

ОБОСНОВАНИЕ

Одной из самых сложных в клинической практике групп пациентов являются больные с орофасциальной болью. Возможной причиной возникновения болевого синдрома в области лица и полости рта может быть шилоподъязычный синдром, или синдром Игла (от англ. Eagle's syndrome), обусловленный аномалиями размеров (удлинение) и положения (искривление, отклонение в медиально-дистальном направлении) шиловидного отростка височной кости или оссификацией шилоподъязычной связки [1]. Следует отметить, что с одной или двух сторон длина шиловидного отростка может достигать верхушки малого рога подъязычной кости [2], но также возможно и его полное отсутствие.

Пациенты с шилоподъязычным синдромом чаще всего жалуются на разнообразные по характеру, не всегда четко локализованные боли в подчелюстной области, в корне языка, боковой стенке глотки и заднечелюстной области, усиливающиеся при глотании или повороте головы и иррадиирующие в ухо, височную, поднижнечелюстную области или нижнюю челюсть, в область височно-нижнечелюстного сустава или зубы верхней и нижней челюстей. Больные отмечают ощущение «инородного тела» в области глотки или корня языка, чувство сдавления глотки, а также головокружение и резкое снижение работоспособности. Как правило, пациенты описывают боль как постоянную, тупую, интенсивность которой нарастает к концу дня, усиливаясь при повороте или запрокидывании головы, после продолжительного разговора или пения и даже изменения погодных условий.

Дифференциальную диагностику шилоподъязычного синдрома в первую очередь необходимо проводить с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, тонзиллитом, невралгией языкоглоточного нерва, миофасциальным болевым синдромом лица, соматоформным болевым расстройством, поэтому в диагностике и лечении этой категории пациентов принимают участие челюстно-лицевые хирурги, оториноларингологи, нейро- и ангиохирурги, неврологи и стоматологи.

Впервые шилоподъязычный синдром был описан отоларингологом Watt Weems Eagle в 1937 г., который объяснил взаимодействие шиловидного отростка и прилегающих к нему анатомических структур [3]. В зависимости от клинических проявлений ученый разделил синдром на две группы — классический шилоподъязычный и шило-каротидный. При классическом синдроме больные отмечают постоянную боль в области глотки, уси-

ливающуюся при глотании и повороте головы; при шило-каротидном, при котором происходит непосредственное сдавление внутренней сонной артерии удлиненным шиловидным отростком — пароксизмально возникающие боли в височной, орбитальной или затылочной областях, головокружение или потерю сознания при длительном отведении головы в противоположную сторону [4].

W. Eagle описал размеры шиловидного отростка, которые в норме составляют 25 мм. В российской популяции средняя длина шиловидных отростков достигает $27,40 \pm 0,34$ мм (у мужчин — $28,50 \pm 0,42$ мм, у женщин — $25,30 \pm 0,56$ мм) при крайних значениях вариационного ряда от 7 до 70 мм [2]. Следует отметить, что клинические проявления синдрома наблюдаются только в 4–10,3% всех случаев удлиненных шиловидных отростков [5]. Значимым фактором для формирования данного синдрома являются анатомическая форма шиловидного отростка и угол его медиального отклонения [1].

Цель исследования — разработать показания для выбора хирургического доступа безопасного удаления шиловидного отростка в зависимости от его анатомии.

МЕТОДЫ

Условия проведения

Период с января 2017 по январь 2019 г. на базе научно-клинического отдела челюстно-лицевой и пластической хирургии Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России (Москва).

Характеристика пациентов

Проведено лечение 13 пациентов с шилоподъязычным синдромом в возрасте от 27 до 54 лет, из них мужчин было 2 (15%), женщин — 11 (85%). Всем больным проводились мультиспиральная компьютерная томография, ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и интраоральная пальпация верхушки шиловидного отростка в тонзиллярной ямке.

Описание медицинского вмешательства

При обнаружении у пациентов с симптомами шилоподъязычного синдрома удлиненного шиловидного отростка во время клинического исследования выполнялось удаление измененного отростка внутриворотным способом ($n=2$) или заушным доступом ($n=7$). Остальным пациентам ($n=4$) удаление проведено наружным доступом по первой шейной складке или вертикальным заушным доступом с продлением разреза вдоль переднего края кивательной или грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

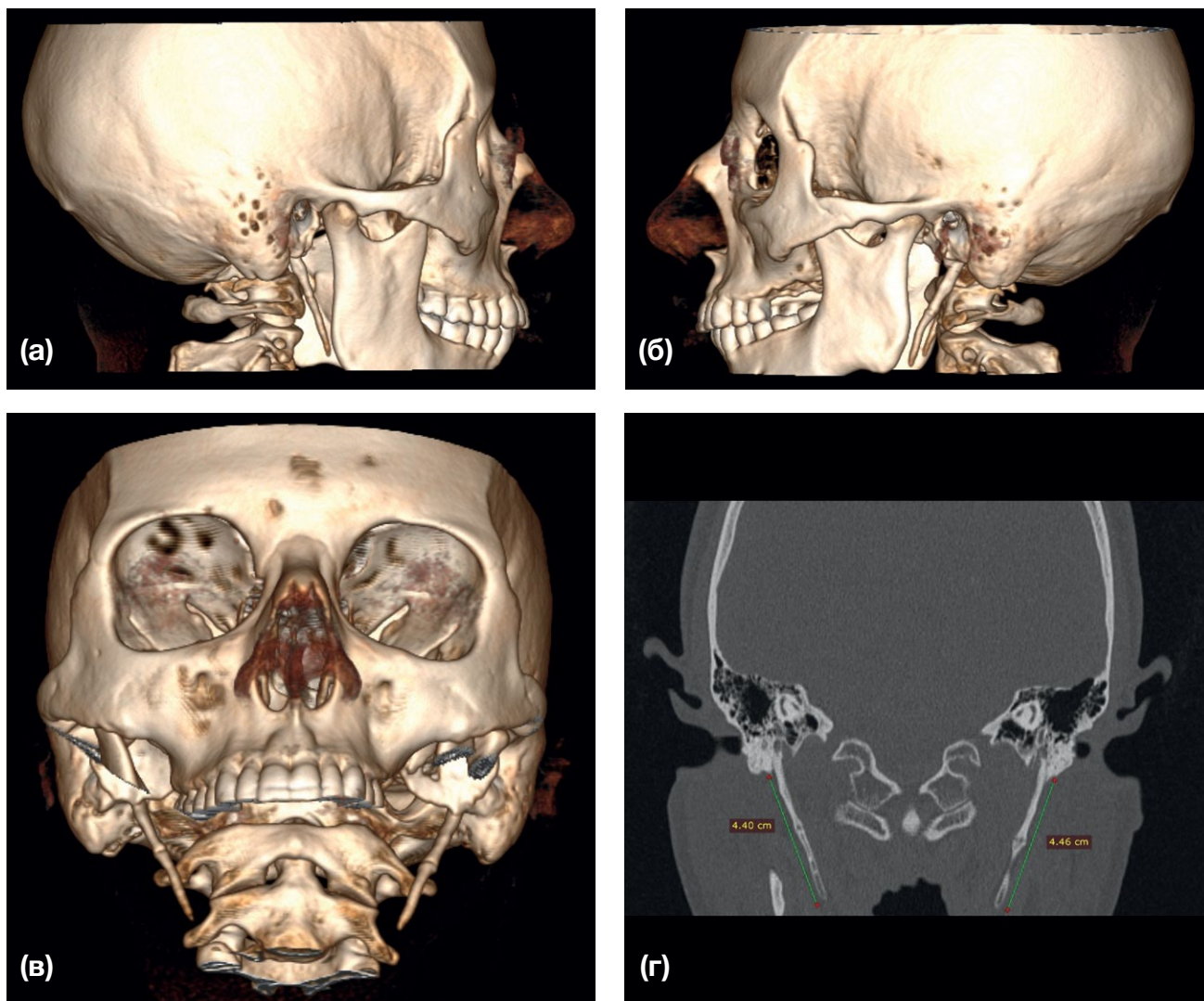
Все госпитализированные пациенты с шилоподъязычным синдромом имели жалобы на боль в горле, усиливающуюся при глотании или повороте головы и иррадирующую в корень языка, висок, нижнюю челюсть, а также на периодически возникающие головокружения. Интраоральная пальпация верхушки шиловидного отростка в тонзиллярной ямке была болезненна только у 5 пациентов, остальные больные не отмечали усиления болевого синдрома или его возникновения при клиническом осмотре.

Всем пациентам выполнена мультиспиральная компьютерная томография головы: выявлены удлиненные (до 57 мм) шиловидные отростки и выраженный угол медиального наклона у 9 пациентов, окостенение шиловидной связки у 3 и искривление формы отростка и выраженный угол медиального

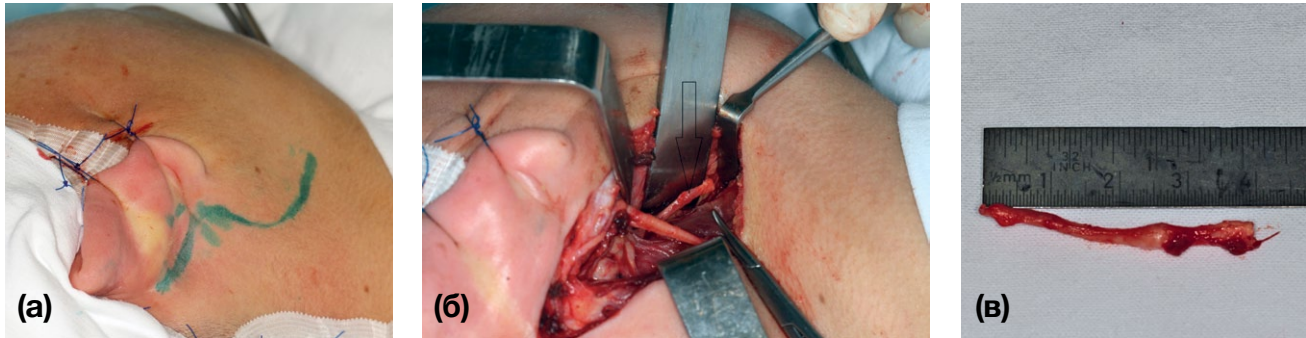
наклона у 1. Только двое из 13 участников исследования ранее не обращались к смежным специалистам, остальные неоднократно консультировались у стоматологов, оториноларингологов и неврологов.

Хирургическое удаление шиловидного отростка височной кости осуществлялось заушным (у 7) (рис. 1–3), внутриротовым (у 2) (рис. 4–6) и горизонтальным доступом по первой шейной складке (у 4) (рис. 7). Важно заметить, что ни у одного пациента не наблюдалось осложнений в послеоперационном периоде, раны зажили первичным натяжением. Исчезновение болевого синдрома спустя несколько дней после операции отмечалось у 7 пациентов, у других жалобы сохранялись до 1 мес, при этом наблюдалась положительная динамика, и лишь у 1 пациента сохранялись наблюдаемые ранее интенсивность и характер болевого синдрома.

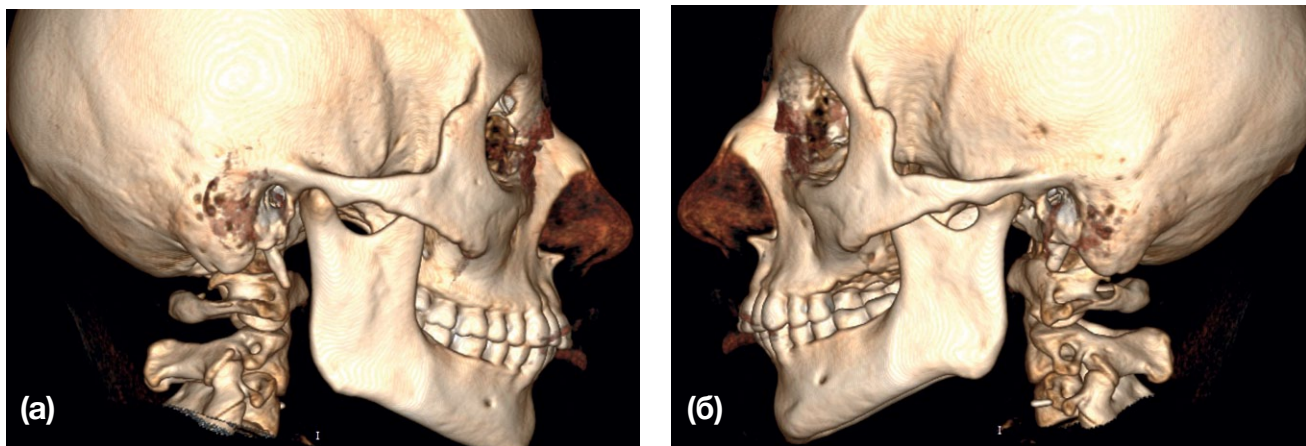
Рис. 1. Компьютерная томография пациентки К., 24 года. Диагноз: Аномалия развития шиловидного отростка височной кости с двух сторон



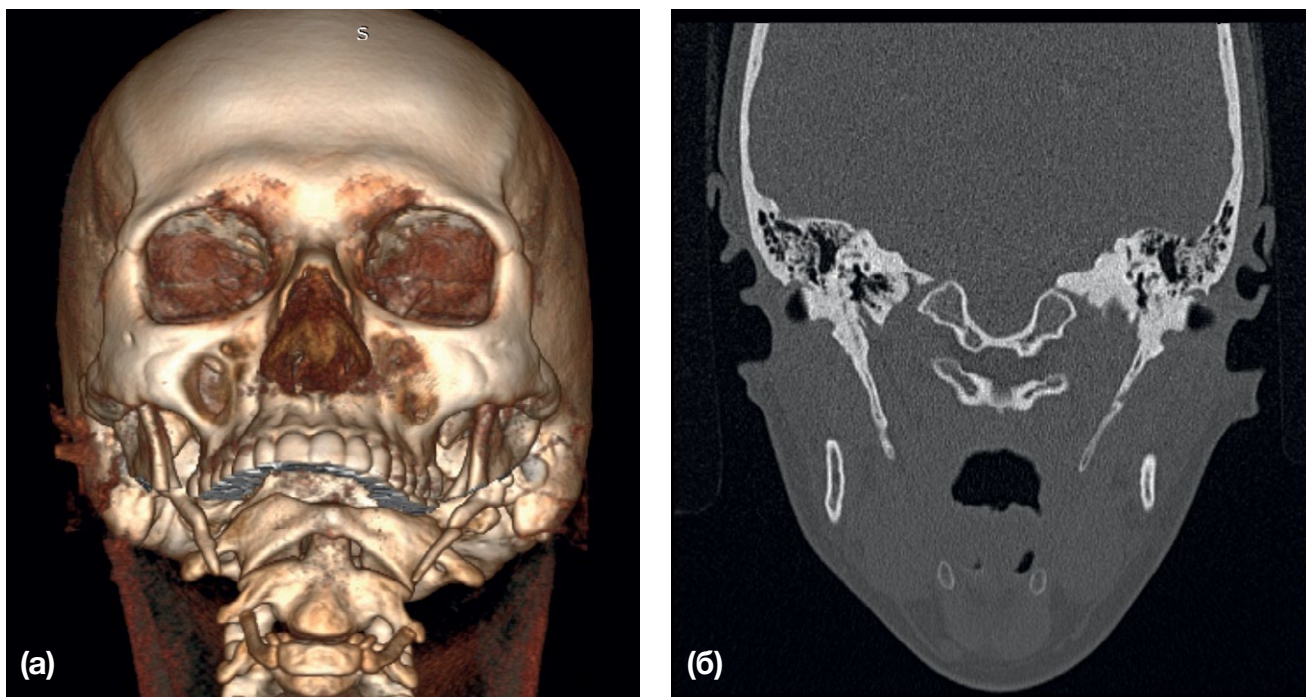
Примечание. (а) — 3D-реконструкция, вид справа; (б) — 3D-реконструкция, вид слева; (в) — 3D-реконструкция, фас; (г) — корональный срез.

Рис. 2. Удаление шиловидного отростка заушным доступом

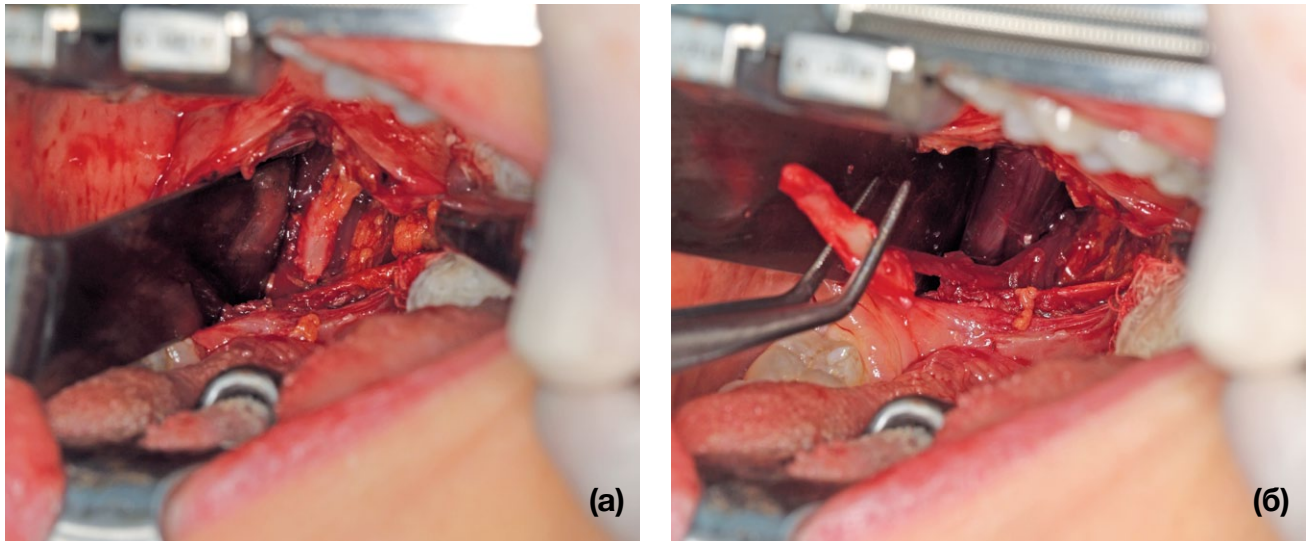
Примечание. (а) — предоперационная разметка заушного доступа; (б) — выделенный в ходе операции шиловидный отросток; (в) — удаленный шиловидный отросток.

Рис. 3. Контрольные снимки после удаления шиловидных отростков

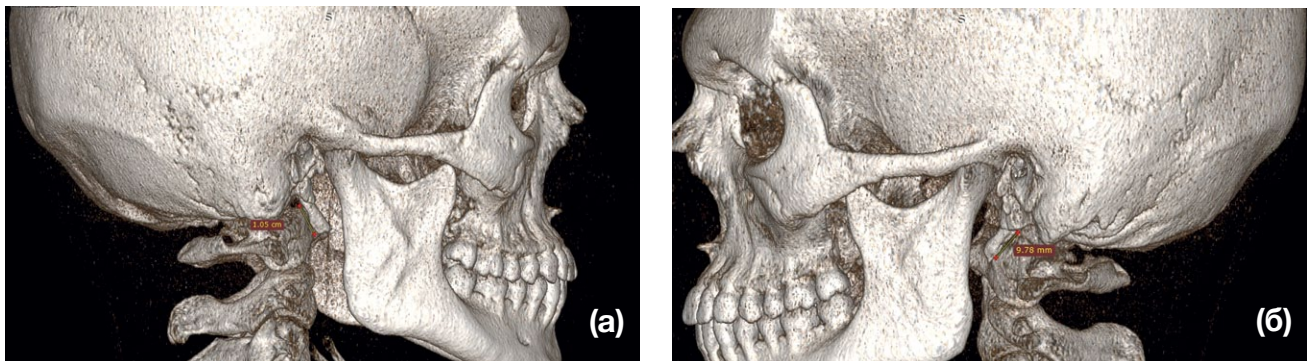
Примечание. (а) — 3D-реконструкция, вид справа; (б) — 3D-реконструкция, вид слева.

Рис. 4. Компьютерная томография пациентки М., 32 года. Диагноз: Аномалия развития шиловидного отростка височной кости с двух сторон

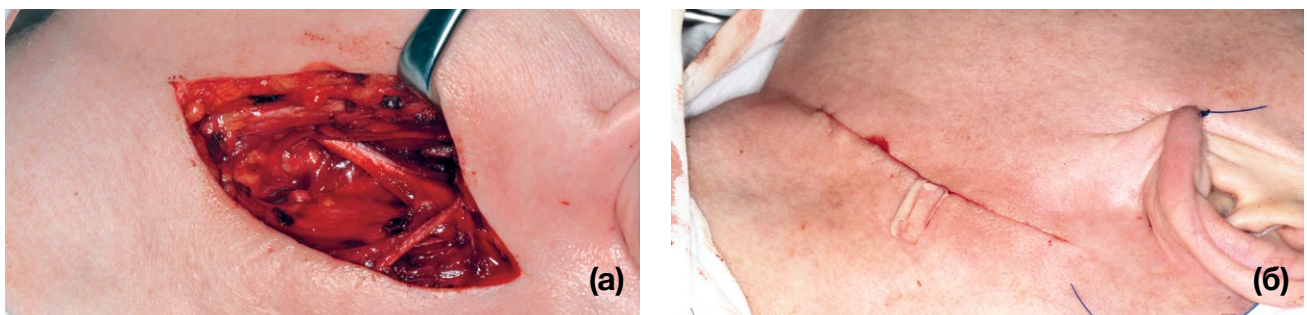
Примечание. (а) — 3D-реконструкция, фас; (б) — коронарный срез.

Рис. 5. Удаление шиловидного отростка внутриротовым способом

Примечание. (а) — выделенный от окружающих тканей шиловидный отросток; (б) — удаленный шиловидный отросток.

Рис. 6. Контрольные снимки после удаления шиловидных отростков

Примечание. (а) — 3D-реконструкция, вид справа; (б) — 3D-реконструкция, вид слева.

Рис. 7. Удаление шиловидного отростка доступом по первой шейной кожной складке

Примечание. (а) — хирургический доступ по первой шейной складке; (б) — рана послойно ушита.

ОБСУЖДЕНИЕ

Шилоподъязычный синдром, или синдром Игла-Стерлинга, продолжает оставаться малоизвестным заболеванием среди специалистов. Диагностические трудности и неудовлетворительные исходы лечения у пациентов с шилоподъязычным синдромом связаны в первую очередь с недостаточным количеством клинических исследований этого заболевания [6].

Большое количество пациентов с шилоподъязычным синдромом наблюдаются у смежных специа-

листов, проходят разнообразные диагностические исследования, и далеко не всегда у клиницистов возникает предположение о наличии синдрома Игла-Стерлинга, что в свою очередь приводит к гипердиагностике и необоснованному лечению.

Удаление шиловидного отростка височной кости внутриротовым доступом является более предпочтительным для пациентов с косметической точки зрения. Осуществление хирургического вмешательства посредством внутриротового доступа возможно лишь,

когда шиловидные отростки можно легко пропальпировать в тонзиллярной ямке. Вместе с тем существует значительный риск повреждения расположенных рядом важных анатомических структур, таких как внутренняя яремная вена и внутренняя сонная артерия, из-за ограниченности и тесноты операционного поля. При удалении шиловидного отростка посредством заушного доступа часто приходится пересекать большой ушной нерв для обеспечения адекватного доступа к шиловидному отростку и в последующем накладывать нейроанастомоз, что удлиняет время хирургического вмешательства. При таком доступе также существует риск повреждения заднего полюса околоушной слюнной железы и ветвей лицевого нерва. Помимо всего прочего, после вертикального доступа остается видимый рубец, что не всегда приемлемо для пациентов, особенно лиц женского пола.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с шилоподъязычным синдромом наблюдаются высокий эффект хирургического лечения и достаточно короткие сроки послеоперационной реабилитации, что существенно повышает качество жизни. Наиболее удобным как с технической точки зрения, так и с позиции субъективной оценки самого пациента относительно минимального косметологического дефекта мы считаем хирургический доступ по первой шейной складке, поскольку в этом случае не остается грубых послеоперационных рубцов, что особенно важно для лиц женского пола.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Отсутствует.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Назарян Давид Назаретович

канд. мед. наук, врач челюстно-лицевой хирург, зав. отделением челюстно-лицевой и пластической хирургии ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России;

e-mail: craniofacial@yandex.ru, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-9423-2221>

Караян Арутюн Суренович

д-р мед. наук, врач челюстно-лицевой хирург, руководитель отдела челюстно-лицевой и пластической хирургии ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России;

e-mail: craniofacial@yandex.ru, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3608-4854>

Федосов Александр Викторович

врач челюстно-лицевой хирург, руководитель отделения челюстно-лицевой и пластической хирургии ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России;

адрес: 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30, к. 2,

e-mail: dr.fedosov@mail.ru, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-4372-7723>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Eagle WW. Elongated styloid processes: report of two cases. *Arch. Otolaryngol. Head and Neck Surgery*. 1937;25(5):584–587. doi: 10.1001/archotol.1937.00650010656008.

2. Шульга И.А., Лебедянцева В.В., Каган И.И., и др. Факторы патогенеза шилоподъязычного синдрома // *Российская оториноларингология*. — 2011. — №4. — С. 175–182. [Shulga IA, Lebedyantseva VV, Kagan II, et al. Factors of pathogenesis of stylohyoid syndrome. *Russian otorhinolaryngology*. 2011;(4):175–182. (In Russ).]

3. Лебедянцева В.В. *Шилоподъязычный синдром: топографо-анатомические основы, клиника, диагностика, принципы лечения*: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2004. — 44 с. [Lebedyantseva V.V. *Shilopodnyy sindrom: topografo-anatomicheskie osnovy, klinika, diagnostika, printsipy lecheniya*. [dissertation abstract] Moscow; 2004. 44 p. (In Russ).] Доступно по: <https://search.rsl.ru/ru/record/01002800036>. Ссылка активна на 14.02.2019.

4. Барабанова Э.В., Сытый Ю.В. Роль шило-каротидного синдрома в развитии диссекции внутренней сонной артерии и инфаркта мозга (обзор литературы, собственное наблюдение) // *Международный неврологический журнал*. — 2017. — №5. — С. 38–45. [Barabanova EV, Syty YuV. The role of stylo-carotid syndrome in the development of dissection of the internal carotid artery and cerebral infarction (a literature review and own observation). *INJ*. 2017;(5):38–45. (In Russ).] doi: 10.22141/2224-0713.5.91.2017.110855.

5. Murtagh RD, Caracciolo JT, Fernandez G. CT findings associated with Eagle syndrome. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2001;22(7):1401–1402.

6. Ghosh LM, Dubey SP. The syndrome of elongated styloid process. *Auris Nasus Larynx*. 1999;26(2):169–175. doi: 10.1016/s0385-8146(98)00079-0.