

*В.А. КАШИРИН, Н.В. РУДИК***АНОМАЛЬНЫЙ ШИЛОВИДНЫЙ ОТРОСТОК**

*ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования
МОЗ Украины» (ректор – акад. НАМН Украины, чл.-кор. НАН Украины,
проф. А.С. Никоненко)*

Шиловидный отросток (область прикрепления mm. Styloglossus, Stylohyoideus, Stylopharyngeus и ligg. Stylohyoideum, Stylomandibular) расположен на нижней поверхности пирамиды височной кости латерально от яремной ямки и кпереди от шило-сосцевидного отверстия. Шиловидные отростки характеризуются значительными индивидуальными различиями длины (обычно 25-35 мм, но в ряде случаев (2-28% в популяции) могут достигать и 70 мм), диаметров и величин углов отклонения от вертикали (8-32°). По обобщенным данным, у женщин отростки короче, тоньше, а углы их отклонения больше, чем у мужчин [1-4].

С точки зрения эмбриогенеза, шиловидный отросток развивается вместе с шилоподъязычной связкой и стремечком из деривата второй жаберной дуги – райхертовского хряща. Последний состоит из четырех частей [5]:

- тимпаногиалиновой, формирующейся из периотической капсулы;
- шилогиалиновой, образующей шиловидный отросток;
- воскогиалиновой, преобразующейся в шилоподъязычную связку;
- гипоглиалиновой, из которой образуется малый рог подъязычной кости.

Наличие аномально удлиненных шиловидных отростков не является врожденной ситуацией, но обусловлено длительным сохранением в них и прилежащих участках шилоподъязычных связок остатков эмбрионального хряща. Хрящевая ткань сохраняет способность к пролиферации, в ней про-

должаются процессы эндо- и перихондрального новообразования костной ткани. Рост отростка в длину происходит как за счет увеличения в нём массы хрящевой и костной тканей, так и за счет срастания с его верхушкой оссифицированных участков шилоподъязычной связки и частота встречаемости длинных отростков увеличивается с возрастом обследованных лиц [6].

Шилоподъязычный синдром (Eagle syndrome, Watt Eagle, 1937)

Синдром преимущественно характеризуется черепно-лицевой или шейной болью и может быть подразделен на два основных типа – шиловидно-глочный и шиловидно-каротидный [7]:

1. В зависимости от своей величины и изгиба шиловидный отросток может вызывать развитие симптомокомплекса, обусловленного компрессией и/или раздражением черепных нервов (V, VII, IX и X) – лицевая боль при повороте головы, ощущение инородного тела в глотке или боль в соответствующей стороне языка, ощущение гиперсаливации, дисфагия, изменение голоса, тиннитус и/или оталгия [8]. В литературе описан случай внезапной смерти, обусловленный компрессией блуждающего нерва с резким угнетением сердечной деятельности [9].

2. Отклонение удлиненного и искривленного шиловидного отростка в медиально-заднем направлении может вызывать развитие патологических реакций со стороны сонной артерии – расстройство кровообращения, транзиторная ишемиче-

ская атака, раздражение симпатических нервов в артериальной оболочке [10, 11]:

– при раздражении внутренней сонной артерии – боли в области глаза, в теменной области;

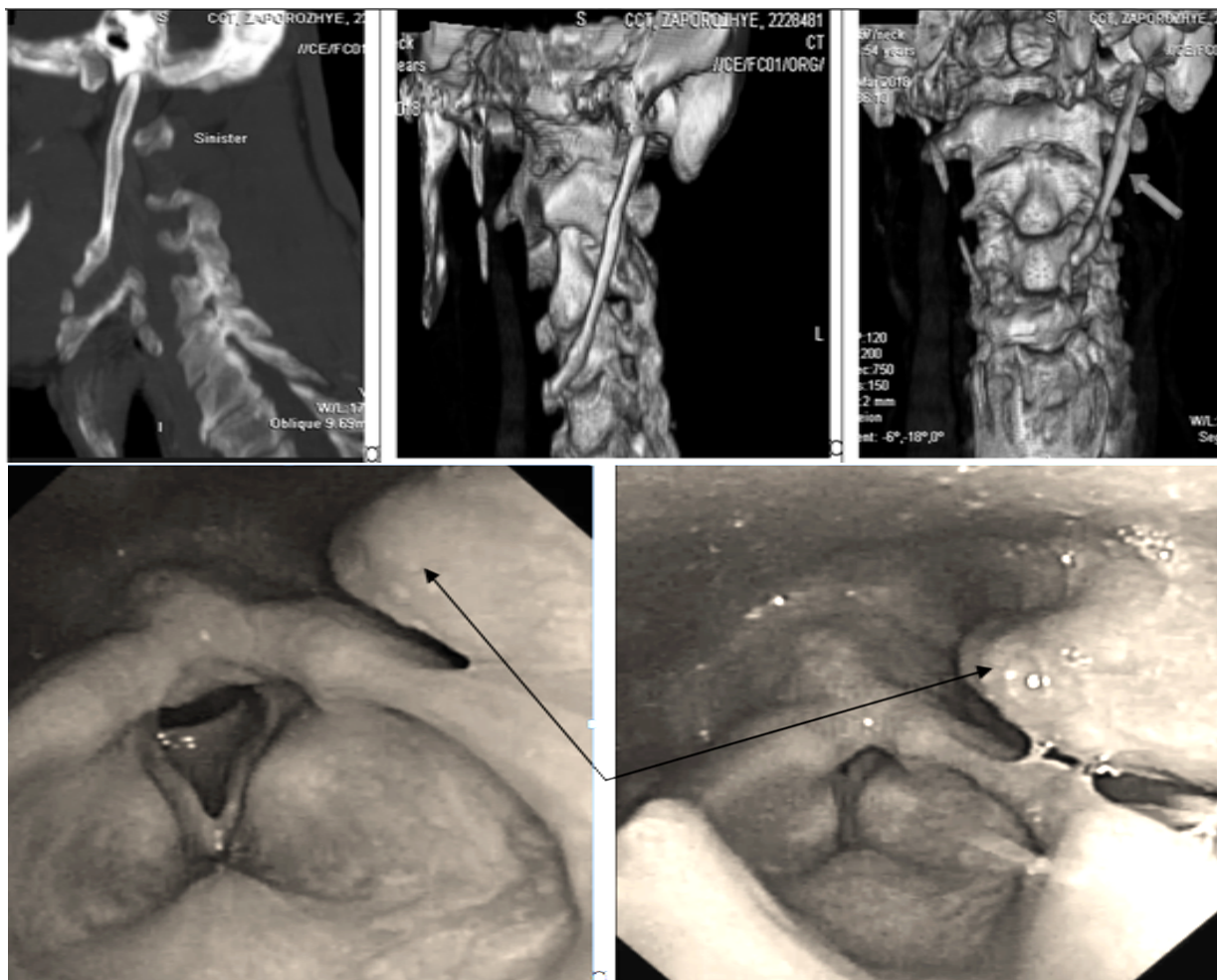
– при раздражении наружной сонной артерии – боли в суборбитальной области.

Вместе с тем, кранио-фациальные боли, как и цервикалгии, лишь у 4-6% пациентов имеют причинно-следственную связь с наличием изменений в комплексе прос. Styloideus/lig. Stylohyoideum. Именно поэтому необходима тщательная дифференциальная диагностика с синдромами Horner, Barre-Lieou, Sluder, каротидинией, невралгией тройничного нерва, другими патологическими состояниями и процессами. Причем в большинстве случаев собственно само наличие аномально удлиненного шиловидного отростка может и не сопровождаться какими-либо симптомами [4, 12, 13].

Собственное наблюдение

Мужчина, 54 лет, 12.03.2018 г. был направлен на консультацию в клинику оториноларингологии по поводу периодически возникающей, как правило, на фоне респираторных инфекций охриплости голоса, но в момент осмотра жалоб со стороны ЛОР-органов, болевых ощущений в области головы и шеи не предъявлял.

При фиброларингоскопии изменений со стороны гортани не выявлено, однако слева, практически на уровне черпало-надгортанной складки определялось дополнительное образование, покрытое гладкой, визуально неизменной слизистой оболочкой. Компьютерное сканирование с трехмерной реконструкцией позволило определить увеличение левого шиловидного отростка протяженностью до 85 мм, деформирующего просвет гортанной части глотки (рис.).



Фиброларингоскопия – слева на уровне черпало-надгортанной складки дополнительное образование, покрытое гладкой, неизменной слизистой оболочкой. КТ скан и трехмерная реконструкция увеличенного левого шиловидного отростка.

Следует отметить, что на рентгенограммах нормальной считается длина шиловидного отростка до 30 мм [14-17]. При этом выделяют три типа его радиографической классификации:

- непрерывный, удлинённый шиловидный отросток;
- шиловидный отросток соединен с lig. Stylohyoideum псевдосуставом;
- шиловидный отросток соединен и lig. Stylohyoideum, которая представляет собой прерванные минерализованные сегменты, создающие множественные псевдосуставы внутри связки.

Заключение

Синдром Eagle обусловлен аномалиями размеров и положения шиловидного отростка височной кости, но не существует четкой корреляции между удлинённым отростком и обязательным развитием синдрома. Более того, многие пациенты (до 95%) с оссифицированным комплексом прос.

Styloideus/lig. Stylohyoideum не испытывают каких-либо неприятных ощущений, и диагностика в этих случаях носит характер случайной находки.

Диагноз «синдром Eagle» должен основываться на тщательном сборе анамнеза и адекватном клиническом обследовании пациента. Как правило, если при пальпации небной миндалины или паратонзиллярной зоны появляется (усиливается) боль, ипсилатерально иррадиирующая в шею, челюстно-лицевую область, ухо, то диагноз «синдром Eagle» весьма вероятен. Причем, исчезновение боли после инъекции анестетика в паратонзиллярную область подтверждает диагноз.

Лечение синдрома Eagle может быть как консервативным (трансфарингеальные инъекции стероидов или нестероидных противовоспалительных препаратов и анестетиков), так и хирургическим – укорочение шиловидного отростка интраоральным или наружным доступом.

Литература

1. Kaufman S.M., Elzay R.P., Irish E.F. Styloid process variation. Radiologic and clinical study // Arch. Otolaryngol. – 1970. – Vol. 91, №5. – P. 460-463.
2. Moffat D.A., Ramsden R.T., Shaw H.J. The styloid process syndrome: Aetiological factors and surgical management // J. Laryngol. Otol. – 1977. – Vol. 91, №4. – P. 279-294.
3. Lindeman P. The elongated styloid process as a cause of throat discomfort. Four case reports // J. Laryngol. Otol. – 1985. – Vol. 99, №5 – P. 505-508.
4. Murtagh R.D., Caracciolo J.T., Fernandez G. CT findings associated with Eagle syndrome // Am. J. Neuroradiol. – 2001. – Vol. 22, №7. – P. 1401-1402.
5. Гешелин А.И. О патогенетическом значении чрезмерно длинного шиловидного отростка // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1961. – № 2. – С. 86-87.
6. Лебедев В. В. Шиловидный синдром (топографо-анатомические основы, клиника, диагностика, принципы лечения): Автореф. дис. ... д. мед. н. – М., 2004. – 32 с.
7. Breault M.R. Eagle's syndrome: review of the literature and implications in craniomandibular disorders // J. Craniomandibular Pract. – 1986. – Vol. 4, № 4. – P. 323-337.
8. Ceylan A., Köybaşıoğlu A., Celenk F., Yılmaz O., Uslu S. Surgical treatment of elongated styloid process: experience of 61 cases // Skull Base. – 2008. – Vol. 18, № 5. – P. 289-295.
9. Khandelwal S., Hada Y.S., Harsh A. Eagle's syndrome – a case report and review of the literature // Saudi Dent. J. – 2010. – Vol. 23, № 4. – P. 211-215.
10. Faivre A., Abdelfettah Z., Rodriguez S. et al. Neurological picture. Bilateral internal carotid artery dissection due to elongated styloid processes and shaking dancing // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. – 2009. – Vol. 80, № 10. – P. 1154-1155.
11. Chuang W.C., Short J.H., McKinney A.M., Anker L., Knoll B., McKinney Z.J. Reversible left hemispheric ischemia secondary to carotid compression in Eagle syndrome: surgical and CT angiographic correlation // Am. J. Neuroradiol. – 2007. – Vol. 28, № 1. – P. 143-145.
12. Chaves H., Costa F., Cavalcante D., Ribeiro T., Gondim D. Asymptomatic bilateral elongated and mineralized stylohyoid complex: report of one case // Rev. Med. Chil. – 2013. – Vol. 141, № 6. – P. 793-796.
13. Fini G., Gasparini G., Filippini F., Becelli R., Marcotullio D. The long styloid process syndrome

or Eagle's syndrome // J. Craniomaxillofac. Surg. – 2000. – Vol. 28, № 2. – P. 123-127.

14. Dayal V., Morrison M.D., Dickson T.J.M. Elongated styloid process // Arch. Otolaryngol. – 1971. – Vol. 94. – P. 174-175.
15. Keur J.J., Campbell J.P., McCarthy J.F. The clinical significance of the elongated styloid process // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. – 1986. – Vol. 61, №4. – P. 399-404.

16. Langlais R.P., Miles D.A., Van Dis M.L. Elongated and mineralized stylohyoid ligament complex: a proposed classification and report of a case of Eagle's syndrome // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. – 1986. – Vol. 61, №5. – P. 527-532.
17. Nickel J., Sonnenburg M., Scheufler O., Anderson R. Eagle's syndrome: diagnostic imaging and therapy // Rontgenpraxis. – 2003. – Vol. 55, №3. – P. 108-113.

Reference

1. Kaufman SM, Elzay RP, Irish EF. Styloid process variation. Radiologic and clinical study. Arch. Otolaryngol. 1970; 91(5):460-3.
2. Moffat DA, Ramsden RT, Shaw HJ. The styloid process syndrome: Aetiological factors and surgical management. J Laryngol Otol. 1977;91(4):279-94.
3. Lindeman P. The elongated styloid process as a cause of throat discomfort. Four case reports. J Laryngol Otol 1985; 99(5):505-8.
4. Murtagh RD, Caracciolo JT, Fernandez G. CT findings associated with Eagle syndrome. Am J Neuroradiol. 2001; 22(7):1401-2.
5. Geshelin AI. On the pathogenetic significance of an excessively long styloid process. Zhurnal ushnykh, nosovykh i gorlovykh bolezney. 1961;(2): 86-7. Article in Russian.
6. Lebedyantsev VV. (2004) Shilo-sublingual syndrome (topographic and anatomical basis, clinic, diagnosis, principles of treatment) [dissertation]. Moscow; 2004:20 p. Article in Russian.
7. Breault MR. Eagle's syndrome: review of the literature and implications in craniomandibular disorders. J Craniomandibular Pract. 1986;4(4): 323-7.
8. Ceylan A, Köybaşıoğlu A, Celenk F, Yilmaz O, Uslu S. Surgical treatment of elongated styloid process: experience of 61 cases. Skull Base. 2008;18(5):289-95.
9. Khandelwal S, Hada YS, Harsh A. Eagle's syndrome – a case report and review of the literature // Saudi Dent. J. – 2010. – Vol. 23, № 4. – P. 211-215.
10. Faivre A., Abdelfettah Z., Rodriguez S. et al. Neurological picture. Bilateral internal carotid artery dissection due to elongated styloid processes and shaking dancing // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. – 2009. – Vol. 80, № 10. – P. 1154-1155.
11. Chuang WC, Short JH, McKinney AM, Anker L, Knoll B, McKinney ZJ. Reversible left hemispheric ischemia secondary to carotid compression in Eagle syndrome: surgical and CT angiographic correlation. Am J Neuroradiol. 2007;28(1):143-5.
12. Chaves H, Costa F, Cavalcante D, Ribeiro T, Gondim D. Asymptomatic bilateral elongated and mineralized stylohyoid complex: report of one case. Rev Med Chil. 2013;141(6):793-6.
13. Fini G, Gasparini G, Filippini F, Becelli R, Marcotullio D. The long styloid process syndrome or Eagle's syndrome. J Craniomaxillofac Surg. 2000;28(2):123-7.
14. Dayal V, Morrison MD, Dickson TJM. Elongated styloid process. Arch Otolaryngol. 1971;94:174-5.
15. Keur JJ, Campbell JP, McCarthy JF. The clinical significance of the elongated styloid process. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1986;61(4):399-404.
16. Langlais RP, Miles DA, Van Dis ML. Elongated and mineralized stylohyoid ligament complex: a proposed classification and report of a case of Eagle's syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1986;61(5):527-32.
17. Nickel J, Sonnenburg M, Scheufler O, Anderson R. Eagle's syndrome: diagnostic imaging and therapy. Rontgenpraxis. 2003;55(3):108-13. Article in German.

Надійшла до редакції 04.04.18

© В.А. Каширин, Н.В. Рудик, 2018

АНОМАЛЬНИЙ ШИЛОПОДІБНИЙ ВІДРОСТОК

Каширин В.О., Рудик М.В. (Запоріжжя)

А н о т а ц і я

Шилоподібний відросток скроневої кістки зазвичай має довжину 25-35 мм, але в ряді випадків (2-28% в популяції), рентгенологічні дослідження визначають його подовження, що часто не проявляється клінічною симптоматикою. Коли ж є симптоми, пов'язані з подовженням шиловидного відростка, це стан називають синдромом Eagle. Представлено спостереження аномального шиловидного відростка довжиною до 85 мм.

Ключові слова: шилоподібний відросток, синдромом Eagle.

ABNORMAL STYLOID PROCESS

Kashirin VA, Rudik NV

*State Institution «Zaporizhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»,
Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: kashirinva@gmail.com; rudik.nikolay@ukr.net*

A b s t r a c t

The styloid process of temporal bone in normally measures about 25–35 mm in length, but in 2–28% of the general population there is radiographic evidence of an elongated styloid process, although symptoms are present in only some individuals. When symptoms are associated with elongation of the styloid process, the condition is termed as an Eagle syndrome. The observation of an anomalous styloid process with a length at 85 mm is presented.

Keywords: styloid process, Eagle syndrome.