

А. В. Рыжкова

**ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ
ФОРМИРОВАНИЯ ШИЛОПОДЪЯЗЫЧНОГО (EAGLE'S) СИНДРОМА И
МЕТОДЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ.**

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Е. В. Крыжова, канд. мед.
наук, доц. Л. А. Давыдова*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, кафедра
нормальной анатомии,*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** В данной статье описаны результаты исследования наиболее значимых для возникновения шилоподъязычного синдрома параметров шиловидного отростка, а также на основании литературных данных проведена сравнительная характеристика методов радикального лечения данного синдрома.*

***Ключевые слова:** шилоподъязычный синдром, шиловидный отросток височной кости, шиловидно-каротидный синдром, шиловидно-глочный синдром.*

***Resume.** This article describes the results of a study of the most significant for the occurrence of the Eagle's Syndrome, styloid process parameters as well as on the basis of published data the comparative characteristic of methods of radical treatment of this syndrome.*

***Keywords:** Eagle's Syndrome, styloid process of the temporal bone, stylo-carotid syndrome, stylo-pharyngeal syndrome.*

Шиловидный отросток задней поверхностью прилежит к внутренней сонной артерии, внутренней яремной вене, языкоглоточному, подъязычному и добавочному нервам. Впереди отростка на расстоянии 3-6 мм от него располагается наружная сонная артерия, при длине до 5 см его верхушка отстоит на 10 - 15 мм от боковой стенки глотки с расположенным на ней нервным сплетением. Удлинение шиловидного отростка приводит к его контакту с указанными артериями и нервами. В связи с этим, в зонах, питаемых сонными артериями, появляется множество на первый взгляд не связанных между собой клинических симптомов.[3]

Шилоподъязычный синдром (ШПС) или синдром Eagle - это общепринятое название набора клинических симптомов, связанных с аномалиями размера и положения шиловидного отростка височной кости и шилоподъязычной связки, основными причинами возникновения ШПС является удлинение или искривление шиловидного отростка, окостенение (оссификация) шилоподъязычной связки, удлинение рогов подъязычной кости.

В зависимости от того какое из расположенных в непосредственной близости образований подвергается воздействию, выделяют два подвида синдрома: шиловидно-глоточный и шиловидно-каротидный.

Для шиловидно-глоточного синдрома характерными являются дисфагия и боли иррадиирующие в височно-нижнечелюстной сустав и ухо. Больных беспокоит ощущение инородного тела в глотке, может возникать глоточный спазм, упорный сухой кашель без объективных признаков воспаления в верхних дыхательных путях. Как правило, в таких случаях отросток легко пальпируется через тонзиллярную ямку. Большую часть случаев ШПС представляет именно этот подвид.

Шиловидно-каротидный синдром развивается в связи с тем, что кончик удлиненного и отклоненного наружу шиловидного отростка давит на внутреннюю или наружную сонную артерию рядом с бифуркацией общей сонной артерии, раздражает периартериальное симпатическое сплетение и вызывает боли в зоне кровоснабжения данных артерий.[1]

Актуальность. Многие из указанных симптомов присущи различным оториноларингологическим, стоматологическим, неврологическим и сосудистым заболеваниям. Поэтому клиническая диагностика шилоподъязычного синдрома вызывает большие трудности. Заболевание практическими врачами длительно не диагностируется.

Цель: Изучение морфологических параметров шиловидного отростка, изменение которых, может создавать предпосылки возникновения ШПС. С помощью литературных источников изучить методы коррекции данного синдрома.

Задачи:

1. Определить среднюю длину и величину переднезаднего угла отклонения шиловидного отростка.
2. Описать направление отростков относительно сагиттальной и фронтальной

плоскости.

3. Рассчитать долю искривленных отростков.

4. Изучить методы коррекции шиловидного отростка.

5. Сравнить методы резекции верхушечной части отростка.

Материалы и методы: Кафедрой «Нормальная анатомия» для проведения измерений было предоставлено 14 черепов человека. В исследовании также были использованы данные 5 пациентов, проходивших обследование в 10-й ГКБ, в медицинском центре МАЗ и в РНПЦ неврологии и нейрохирургии. 3 пациента мужского пола в возрасте 41, 55, 66 лет и 2 – женского пола в возрасте 24, 32 года, имеющих аномалии в строении шилоподъязычного комплекса. Снимки сделаны методом компьютерной томографии. Для клинических случаев измерение проводилось при помощи программы Osirix, для костного материала использовался морфометрический метод.

Результаты: Для костного материала, средняя длина левого шиловидного отростка составила $25,2 \pm 8,5$ мм, правого – $28,9 \pm 12,5$ мм. Длина отростков у пациентов левого отростка $40,8 \pm 21,1$ мм, правого – $34,2 \pm 23,1$ мм. Угол отклонения отростка в переднезаднем направлении составил от 20° до 44° , для клинических случаев – от 12° до 39° . Доля искривленных отростков на костном материале составила 45% от общего числа, для клинических случаев – 50%. Во всех клинических случаях имелись значительные очаги обызвествления в шилоподъязычной связке.

Лечение больных должно быть индивидуальным и поэтапным. Вначале проводится консервативное лечение, и только при отсутствии эффекта устанавливаются показания к резекции отростка.

Для консервативного лечения синдрома целесообразно применение разработанной схемы терапии, включающей введение анестетика и гидрокортизона в передний отдел окологлоточного пространства с одновременным приемом антидепрессанта, транквилизатора, нестероидного противовоспалительного препарата.[1]

В литературных источниках имеются сведения о способах резекции верхушечной части отростка с целью лечения шилоподъязычного синдрома. Первый и более ранний способ, включает внутриротовой доступ. Сущность операции состоит в том, что через боковую стенку глотки или ткани заднего отдела дна полости рта, прощупывают верхушку увеличенного шиловидного отростка, в ее проекции под контролем пальца рассекают ткани. При этом одни авторы разрезают слизистую в тонзиллярной ямке с предварительным удалением небной миндалины другие - в области дна полости рта по ходу челюстно-язычного желобка или за небно-язычной дужкой под передним краем небной миндалины. Далее выделяют вершину отростка и доступную ее часть отламывают или отсекают кусачками, рану зашивают. Операция проводится под местной анестезией.[2]

Недостатками внутриротового метода резекции шиловидного отростка являются:

а) его применение ограничено и возможно для части больных, у которых отросток удается пропальпировать со стороны полости рта, что предполагает его значительное удлинение и медиальное отклонение. Отростки длиной до 5 см проецируются на боковую стенку носоглотки и верхнего отдела ротоглотки, через которую доступ крайне затруднен, так как она закрыта твердым и мягким небом;

б) способ не позволяет при необходимости удалить весь отросток, а лишь верхушечную часть;

в) способ резекции из полости рта исключает возможность визуальной оценки взаимоотношений отростка с сосудами и нервами шеи, боковой стенкой глотки, выявления патологических изменений окружающих анатомических структур, выбора оптимального уровня резекции;

г) доступ не обеспечивает достаточной степени безопасности операции, так как характеризуется малым углом хирургического подхода, из-за чего большая часть манипуляций выполняется без достаточного зрительного контроля, что повышает вероятность повреждения сосудисто-нервного пучка шеи;

д) способ не позволяет обнаруживать патологические изменения мышц и связок, прикрепляющихся к отростку и производить их хирургическую коррекцию.

Наружный способ осуществляют следующим способом. В положении больного на спине и с максимально запрокинутой головой, проводят разрез в зачелюстной области по верхней шейной складке, на 0,5 см ниже верхушки мочки уха и продлевают вниз до угла нижней челюсти. Послойно рассекают мягкие ткани, отсекают капсулу заднего края околоушной слюнной железы от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, расслаивают ткани окологлоточного пространства с выведением глоточного отростка околоушной слюнной железы, смещают задний отдел железы вверх и вперед, отводят заднее брюшко двубрюшной мышцы кзади и вниз. Выделяют шиловидный отросток, проводят его резекцию под контролем зрения с последующим ушиванием и дренированием операционной раны. Оперативное вмешательство осуществляется под общей анестезией.[2]

Недостатками данного способа являются:

а) анатомически более длинный и травматичный по исполнению доступ к шиловидному отростку,

б) недостаточный обзор операционной раны, отсутствие полноценной возможности проводить резекцию шиловидного отростка под контролем зрения,

г) высокая вероятность повреждения важных анатомических образований, прилегающих к шиловидному отростку: сосуды и нервы шеи.

д) косметический дефект в виде послеоперационного рубца.

Выводы:

1. Средняя длина отростков при исследовании костного материала составила

25,2 мм слева и 28,9 мм справа, это позволяет предположить, что в норме шиловидный отросток не должен контактировать со стенкой глотки и наружной сонной артерией.

2. При исследовании костного материала 45% отростков, для клинических случаев – 50%, подверглись воздействию факторов, вызвавших их искривление. К подобным факторам относятся: задержка оссификации отростка в детском возрасте, структурные нарушения, снижение упругости фиксирующих связок.

3. В возникновении ШПС значительную роль играет обызвествление шилоподъязычной связки.

4. Коррекция ШПС в первую очередь осуществляется за счет медикаментозного лечения, и только в случае отсутствия эффекта применяется хирургическое лечение. Выбор способа резекции будет зависеть от длины отростка и области его проекции на ротовую полость. Более быстрым и менее травматичным является метод с внутриротовым доступом, но более универсальным, позволяющим удалять отросток любой длины, остается метод с наружным доступом.

A. V. Ryzhkova.

TOPOGRAPHO- ANATOMY PRECONDITIONS OF EAGLE'S SYNDROME AND METHODS OF ITS CORRECTION.

Tutors: Associate professor E. A. Kryzhova, Associate professor L. A. Davydova.

Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy,

Department of Normal Anatomy,

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература:

1. Ермошенко, Р.Б. Клинико-диагностические параллели элонгации шилонижнечелюстной связки, проявления эпонимного синдрома Eagle./ Р.Б. Ермошенко, Е.Л. Винниченко, Р.И. Столяр // Dental Magazine, - 2013, - №12(120), - С.80-84.

2. Способ резекции шиловидного отростка височной кости: пат. 2149590 Рос. Федерация А61В17/24/ В.В. Лебедев, И.И. Каган, И.А. Шульга; заявитель и патентообладатель Оренбургская государственная медицинская академия, № 99100602/14; заявл. 10.09.1999; опубл. 27.05.2001, - 4с.

3. Шульга, И.А. Варианты строения шилоподъязычного комплекса./ И.А. Шульга, Н.В. Зайцев, В.С. Зайцева // Вестник оториноларингологии, - 2006, - №6, - С.72-73.