

© ЛЕВЕНЕЦ А.А., ЧУЧУНОВ А.А., СИМОНОВ А.Г., МАТВЕЕВ А.И.

УДК 616.744.4-07-089

**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
ШИЛОПОДЪЯЗЫЧНОГО СИНДРОМА**

А.А. Левенец, А.А. Чучунов, А.Г. Симонов, А.И. Матвеев

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития, ректор – д.м.н.,  
проф. И.П. Артюхов; кафедра хирургической стоматологии и ЧЛХ КрасГМУ,  
зав. – к.м.н. А.А. Чучунов;  
Красноярская краевая клиническая больница, гл. врач – заслуж. врач РФ  
Б.П. Маштаков.

***Резюме.** Проведен анализ результатов хирургического лечения 11 больных с шилоподъязычным синдромом. Описана клиническая симптоматика заболевания. Выполнено 20 операций. Изучено состояние больных в послеоперационном периоде. Длительность наблюдения пациентов после операции от 4 месяцев до 5 лет.*

***Ключевые слова:** шилоподъязычный синдром, диагностика, хирургическое лечение.*

Левенец Анатолий Александрович – д.м.н., проф. каф. хирургической стоматологии и ЧЛХ КрасГМУ; e-mail: [aalevenets@mail.ru](mailto:aalevenets@mail.ru).

Чучунов Андрей Александрович – к.м.н., доц., зав. каф. хирургической стоматологии и ЧЛХ КрасГМУ; тел.: 8(391)2201547.

Симонов Андрей Гербертович – зав. отделением ЧЛХ ККБ; тел. 8(391)2201517.

Шилоподъязычный синдром (ШПС) – синдром удлиненного шиловидного отростка (syndrome of elongated styloid process), синдром Игла (Eagle's syndrome) характеризуется разнообразной симптоматикой: боли в области боковой стенки глотки и зачелюстной области, иррадиирующие в ухо, височную, поднижнечелюстную области или нижнюю челюсть [8, 9]. Больные отмечают чувство сдавления глотки, наличие «инородного тела» в области корня языка или глотки, першение, головокружение, резкое снижение работоспособности и другие признаки дискомфорта [1, 7, 9, 10, 11, 12]. Появление подобных симптомов авторы связывают с механическим воздействием верхушки смещенного шиловидного отростка (ШО) на ткани и органы, сосудистые и нервные образования шеи [3, 7, 10]. При этом выделяют два варианта ШПС: собственно шилоподъязычный синдром и синдром сдавления каротидной артерии удлиненным шиловидным отростком. Одни авторы связывают механизм травмы органов и тканей шеи верхушкой удлиненного и смещенного шиловидного отростка [1, 6, 11], другие авторы наблюдали множественные переломы и ложные суставы на рентгенограммах и макропрепаратах удаленных шиловидных отростков [2, 4, 7]. Имеются указания на существенную роль в развитии ШПС склерозирования шилоподъязычной связки [4, 12]. Указывая на многообразие клинических симптомов, авторы приводят клинические наблюдения пациентов с ШПС при удлиненных шиловидных отростках, с суставоподобным соединением с малым рожком подъязычной кости, с бугристыми шаровидными разрастаниями костной ткани в местах перелома шиловидного отростка, со склерозированными шилоподъязычными связками, отмечают срастание шиловидного отростка с малых рогами подъязычной кости. В то же время, по мнению большинства авторов, возможны и другие механизмы развития заболевания. Одним из них может быть болевая дисфункция мышц, прикрепляющихся к шиловидному отростку. Причиной ее возникновения могут быть различного рода травмы, в том числе связанные с избыточным открытием рта и перегрузкой жевательных

мышц. Авторами не отмечено прямой зависимости между размерами и формой отростка и вероятностью возникновения ШПС. Всегда возникает необходимость в дифференциальной диагностике с другими заболеваниями при иррадиации болей в ухо, поднижнечелюстную область, зубы нижней челюсти. Как правило, больные безуспешно обращаются к различным специалистам и принимают различные процедуры, не приводящие к выраженному положительному эффекту и всегда к кратковременному.

Цель исследования – оценка результатов хирургического лечения больных с различными проявлениями шилоподъязычного синдрома.

### **Материалы и методы**

За период с декабря 2005 по декабрь 2010 года наблюдали 11 больных с шилоподъязычным синдромом в возрасте от 23 до 55 лет с длительностью заболевания до операции от 6 месяцев до 5 лет: мужчин – 3, женщин – 8 (табл.1). У 11 больных было выполнено 20 операций удаления шиловидного отростка. Операции проведены по разработанной нами методике через разрез в зачелюстной области по верхней шейной складке длиной около 50 мм. Верхний конец разреза находится на расстоянии около 10 мм от верхушки мочки уха. После отведения нижнего полюса околоушной слюнной железы расслаивается окологлоточное пространство, выделяется шиловидный отросток, освобождается от окружающих его тканей (прикрепляющихся мышц, связок, рубцов) и проводится его резекция [5].

### **Результаты и обсуждение**

Больные предъявляли жалобы на боли в горле: тянущие, режущие, постоянные, усиливающиеся периодически, иррадиирующие в ухо, височную, зачелюстную или поднижнечелюстную область, корень языка, зубы нижней челюсти, боль в корне языка. При локализованной боли в боковой стенке глотки больные указывают местом боли небную миндалину, причем чаще правую. Больные отличают дискомфорт от постоянной боли. Кроме того, больные жалуются на головные боли, головокружение, снижение

работоспособности, ухудшение состояния при физической нагрузке, плохое настроение, нежелание заниматься физическими нагрузками, нарушение сна. Чувство инородного тела в горле, у некоторых больных усиливается при глотании, могут быть кашель и рвота. При жалобах на боли или дискомфорт в зачелюстной области у больных пальпаторно в различной степени была выражена боль в направлении шиловидного отростка от ноющей до острой. При внутриворотной пальпации боковой стенки глотки болевая точка чаще выявлялась за передней небной дужкой в проекции верхнего полюса небной миндалины, реже – в верхней части крыловидно-нижнечелюстной складки или в проекции небной миндалины. Только в одном наблюдении выявлена болезненность боковой стенки глотки за задней небной дужкой. Как правило, боль была более интенсивная справа. Так, у 7 из 8 больных с двусторонним шилоподъязычным синдромом боль и другие признаки заболевания были более выражены справа, и только у одной пациентки с длительностью заболевания более 5 лет (набл.10) симптомы заболевания, по мнению пациентки были выражены приблизительно одинаково. В трех наблюдениях при жалобах на наличие постоянных выраженных болей в боковых стенках глотки пальпация была слабо болезненной и не выявила конкретной болевой точки. Ни у одного больного не было выявлено существенных изменений слизистой оболочки полости рта, вязкая слюна отмечена у двух пациентов без выраженной сухости слизистых полости рта. Рот у всех больных открывался в полном объеме с сохранением боковых движений. Только у одной пациентки отмечено снижение высоты прикуса и смещение нижней челюсти мезиально за счет утраты 18, 27, 28, 38, 37, 46, 47 и 48 зубов. Выраженный остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника отмечен у одной больной, сахарный диабет – у одной, операции на матке – у двух. Однако клиническая картина заболевания этих больных не отличалась выраженностью и интенсивностью симптомов. У всех больных было по несколько жалоб, особенностей в последовательности появления симптомов не выявлено.

У всех больных отмечено в анамнезе наблюдение и лечение у ЛОР-врача с использованием антибиотиков без существенного улучшения, дополнительно у части пациентов были консультации терапевтов, неврологов, нейрохирургов, один пациент дважды проходил без успеха лечение в отделении нейрохирургии.

Восемь больных были прооперированы по поводу двустороннего ШПС. Две женщины были прооперированы с односторонним шилоподязычным синдромом слева. Одна больная прооперирована дважды: вначале удален правый шиловидный отросток при отсутствии каких либо признаков проявления синдрома слева, а через 10 месяцев удален левый шиловидный отросток. Признаки ШПС слева появились у больной через 2 месяца после первой операции (набл. 3-1 и 3-2 в табл.1). Следует отметить, что изменился и характер жалоб. При первом поступлении больную беспокоили тянущая боль в горле и в правой поднижнечелюстной области, боль в правом ухе без признаков воспаления (заключение ЛОР-врача), ощущение опухшего языка и вязкой слюны, затрудняющих разговор и усиливающиеся при разговоре. Была отмечена болезненная наружная пальпация тканей правой зачелюстной области и незначительная болезненность - при внутриротовой пальпации боковой стенки глотки справа. Внутри- и внеротовая пальпация тканей боковой стенки глотки и левой зачелюстной области безболезненны. При повторном поступлении больная жаловалась на выраженные боли в горле, зависящие от положения головы и усиливающиеся в положении лежа, что привело к нарушению сна, на боль в корне языка, сухость и жжение в полости рта, усиливающееся при глотании и более выраженные при этом слева. Появилось чувство сдавления в горле при глотании, но справа. При осмотре наблюдалось слабо болезненная наружная пальпация тканей левой зачелюстной области и резко выраженная боль при внутриротовой пальпации боковой стенки глотки слева («выбухание» стенки глотки).

Длина резецированных участков шиловидного отростка у прооперированных больных была от 17 до 39 мм. Макроскопически выявлялась деформация

отростков, наблюдалось утолщение в участках ранее перенесенных переломов, на пяти шиловидных отростках обнаружены ложные суставы, причем у одного больного – на обоих шиловидных отростках в результате удушения 7 месяцев назад (набл.11).

Послеоперационное состояние больных характеризовалось следующим образом. У одного больного 38 лет (набл. 9), с длительностью заболевания более 5 лет и дважды находившегося на лечении в нейрохирургическом отделении, резко выраженные до операции боли полностью прекратились сразу же после выхода из наркоза и не беспокоили до выписки из стационара. В последующем справа стали периодически появляться боли ноющего характера под основанием черепа с частотой 2-3 раза в неделю и продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов. Как правило, боли беспокоили в дневное время суток, изредка, если возникали вечером, то и ночью. Осмотрен в марте 2011 года через 3 года после операции. Жалобы соответствуют выше изложенным. Отмечается онемение кожи непосредственно по рубцу в правой зачелюстной области. Рубец подвижен, белесоватого цвета практически не виден в верхней шейной складке.

Боли исчезли полностью через 1 сутки у 3-х больных после операции, через 2 суток – у 3, через 4 суток – у 1 и через 8 суток – у 1 больного и не беспокоили в период до выписки. У остальных пациентов боли существенно уменьшились и сохранялись незначительной интенсивности до момента выписки, не беспокоя больных.

В послеоперационном периоде обратились с жалобами на боли ноющего характера в правой зачелюстной области две пациентки, другие имевшие место до операции симптомы как боль в корне языка, чувство инородного тела, головокружение исчезли полностью. Острые боли расценены как спастические, на что указывает положительный эффект проведения блокад по П.М. Егорову у одной больной – в городе Москве (поездка на консультацию по личной инициативе больной), у второй – блокада проведена нами (выписка из истории болезни и письма больной Г. 48 лет приводится ниже).

Отдаленные результаты оперативного лечения ШПС у больных оценивали опросом по телефону, при личном осмотре и 5 пациенток изложили историю заболевания, свои ощущения и оценили результат оперативного вмешательства в письменном виде, что, на наш взгляд, оказалось наиболее информативным для анализа. Для примера приводим выписку из истории болезни и писем одной больной (набл. 2 в табл.1), преподавателя одного из вузов города Красноярск, самостоятельно по жалобам и литературе в интернете заподозрившей у себя двусторонний ШПС и обратившейся за консультацией в Красноярскую краевую клиническую больницу (ККБ).

*Б-ная Г., 48 лет* поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии ККБ 12.01.2006 года. Выдержки из письменного повествования больной (жалобы, развитие заболевания, консультации врачей и проводимое лечение, свои ощущения и оценку результатов, а также другие рассуждения пациентки излагаем в той последовательности, как они изложены, чтобы сохранить своеобразие данного вида общения с больной и стиль изложения, сохранены курсив, подчеркивания, кавычки для слов и предложений. По мнению б-й Г., «Исходные симптомы слева – в течение 4-5 лет, 2-3 лет – справа. «Режущая боль» в области боковых стенок глотки при минимальном воспалении. Результативное лечение только антибиотиками, частые и затяжные рецидивы по типу ангины или гнойного обострения хронического фарингита. Чувство инородного тела при глотании слева, боль в корне языка справа. Боли в ушах при отсутствии видимых признаков патологии. Болезненность верхушек зубов нижней челюсти без видимых нарушений на рентгеновских снимках. Боли в поднижнечелюстной области и зачелюстной ямке связывала с «лимфоузлами». Зависимость болевых ощущений от положения головы практически отсутствовала или была слабо выраженной. *(Меня ЛОР-врач про это спрашивал, но у него это сугубо с положением головы ассоциируется?)*. Ухудшение при физической нагрузке, которой стала избегать. Участились головные боли, головокружение и существенным стало снижение работоспособности. ЛОР-врачами причина болей не определена,

диагностирована как невралгия тройничного нерва. Лечилась по поводу невралгии у невролога и рефлексотерапевта. Кратковременный эффект наблюдался от гирудотерапии. Во время лечения неврологом было отмечено, что симптомы в клиническую картину невралгии тоже не укладываются». При клиническом осмотре определялась болезненность пальпируемых тканей зачелюстных областей в направлении к верхушкам шиловидных отростков, а при внутриротовой пальпации четко определялись болезненные зоны за передними небными дужками ближе к верхним полюсам небных миндалин. Прооперирована 13.01.2006 г. (А.А. Левенец, рис 1 а,б,в,г,д).

Продолжаем выписку из письма больной Г.: «После операции (сразу) болевые ощущения сохранялись за счет травмированных тканей, однако исчез «режущий» характер болей. В течение 1-2 месяцев послеоперационного периода по мере рассасывания рубцов и восстановления тканей самопроизвольные боли исчезли. Повысилась устойчивость к физическим и умственным нагрузкам. Существенно уменьшились головокружения, которые относили за счет остеохондроза. Улучшение качества жизни. Ускорению восстановления и достижению лучшего косметического эффекта (или это умаляет заслуги хирургов ???) способствовали: физиолечение (ультразвук, фототерапия), гирудотерапия, витамины группы В, липоевая кислота (тиоктацид), Траумель С (мазь, капли, инъекции).

При дальнейшем наблюдении: отсутствие регулярных болей, значительно более редкие обострения фарингита, не требующие лечения антибиотиками».

Больная знала от нас о том, что мы собираемся обобщить материал и опубликовать результаты и как доцент кафедры вуз советует далее в письме: «Может, еще в статью добавить рекомендации ЛОРам и стоматологам по диагностике, сославшись на Лебеяднцева и на свои наблюдения, что симптоматика очень размытая.

*А еще вопрос – такая ли это на самом деле редкая патология, или ее просто не диагностируют и лечат что попало. И не оперируют, потому что не*

*умеют. Я же 2 года назад у врача спрашивала про операцию, а она сказала – ну уж это в самом крайнем случае. А где он, край?*

*Тут тот случай, когда понимаешь, как что-то мешало, когда от него избавишься. Те же физические нагрузки мне в голову не приходило с этим связывать».*

О влиянии психоэмоционального состояния на возврат отдельных симптомов, имевших место до операции, указывают и другие больные. Так, больная Д., 50 лет (набл.7 в табл.1), прооперированная 27.02.2007 г. в письме от 28.02.2011 г. пишет следующее о своем заболевании и состоянии. «До операции был дискомфорт в левой подчелюстной области в районе 4-6 зубов, ощущение чего-то лишнего, мешающего, опухания, отечности. До операции отдавало в ухо, за ухо - было ощущение, что ухо не на месте. После операции дискомфорт исчез, но постепенно (через год-другой) возник снова. Скорее всего, эти проблемы становились гораздо сильнее в моем воображении в связи с психологическим неприятием имплантатов (возврат симптомов по времени соответствует протезированию полости на имплантатах, резюме авторов статьи)». Постепенно больная «успокоилась, перестала обращать внимание и дискомфорт сошел (или почти сошел) на нет. ... Возможно, и здесь психологическая связь. Таким образом, я делаю свой субъективный вывод, что операция имела скорее психотерапевтическое действие. Но поскольку после нее я чувствовала себя излеченной год-два, я не жалею, что решилась на нее».

Таким образом, наши исследования подтверждают многообразие симптомов проявления шилоподъязычного синдрома. Их сочетание требует необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими неврологическими синдромами, сопровождающимися болями. Более предметными в диагностике являются локальные боли, определяющиеся при пальпации зачелюстной области и боковой стенки глотки. Наиболее методическим приемом, на наш взгляд, является последовательная бимануальная пальпация ретромолярной области, челюстно-язычного желобка на уровне моляров, затем последовательно пальпация крыловидно-

нижнечелюстной складки, передней небной дужки снизу кверху, верхнего полюса небной миндалины, небной миндалины, задней небной дужки, боковой стенки глотки за задней небной дужкой. При этом указательный палец другой руки располагается в зачелюстной области.

Использование ортопантограмм для оценки состояния и расположения шиловидных отростков височных костей недостаточно. Более полная информация может быть получена при анализе основания черепа с использованием спиральных и конусно-лучевых компьютерных томографов.

Для оценки состояния больных и результатов операции в динамике наблюдения как врачом, так и пациентом, целесообразно ведение дневника пациентами и его совместный с врачом анализ. Крайне важной является психологическая и психотерапевтическая поддержка пациентов с коррекцией устоявшихся провоцирующих привычек для закрепления результатов хирургического лечения и профилактики возврата симптомов заболевания.

## **THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF STYLOHYOIDEUS SYNDROME**

A.A. Levenets A.A., Chuchunov A.G., Simonov, A.I. Matveev

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky

**Abstract .** Here is the analysis of the results of surgical treatment of 11 patients with stylohyoideus syndrome. Are described the clinical symptoms of the disease. Twenty operations were done. Was examined the the condition of patients in the postoperative period. The duration of monitoring patients after surgery is from 4 months to 5 years.

**Key words:** stylohyoideus syndrome, diagnosis, surgical treatment.

## Литература

1. Акберов Р.Ф., Хабибуллин И.Р. Синдром удлиненного шиловидного отростка // Вертеброневрология. – 1992. – №2. – С.46-47.
2. Зубарчук К. К казуистике изолированного перелома шиловидного отростка височной кости // Вестн. оториноларингологии. – 1965. – №1. – С.95-96.
3. Лебедев В.В. Шилоподъязычный синдром (топографо-анатомические основы, клиника, диагностика, принципы лечения): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 44 с.
4. Никитин А.А., Лапшин В.П., Титова Н.В. Клинический пример пациента, страдающего мегастилоидом. <http://med-isida.ru/articles/professionals/1942/>
5. Пат. 2325124 Российская Федерация. Способ хирургического лечения шилоподъязычного синдрома / А.А. Левенец, А.А. Чучунов, А.А. Симонов, А.И. Матвеев - № 2006142625/14; заявл. 01.12. 2006; опубл. 27.05.2008. – Бюл. № 15. – 6с.
6. Сысолятин П.Г., Филюрин М.Д. Синдром удлиненного шиловидного отростка // Вестн. оториноларингол. – 1987. – №4. – С. 58-59.
7. Шульга И. А., Зайцев Н. В., Зайцева В. С. Варианты строения шилоподъязычного комплекса // Вестн. оториноларингологии. – 2006. – № 6. – С. 72-73.
8. Aral I.L., Karaca I., Gungor N. Eagle's syndrome masquerading as pain of dental origin. Case report // Aust. Dent. J. – 1997. – Vol. 42, № 1. – P. 18-19.
9. Dolan E., Mullen J., Papayouanou J. Styloid-stylohyoid syndrome in the differential diagnosis of atypical facial pain // Surg. Neurol. – 1984. – №21. – P. 291-294.
10. Eagle W.W. Elongated styloid process. Symptoms and treatment // Arch. Of Otolaryngol. – 1958. – Vol. 67, №2. – P. 172-176.
11. Ghosh L.M., Dubey S.P. The syndrome of elongated styloid process // Auris Nasus Larynx. –1999. – № 26(2). – P. 169-175.

12. Kiely M.L., Sawyer D.R., Gowgiel J.M. Styloid chain ossification: report of a case with articulations // Clin. Anat. – 1995. – Vol. 8, №5. – P. 359.