

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ШИЛО-КАРОТИДНОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ИГЛА – СТЕРЛИНГА. МЕГАСТИЛОИД

Т.Г. Пелишенко, Г.Л. Геворков, А.А. Абдуллаев, Т.А. Лазарчик*
ФГБУ «Клиническая больница № 1» Управления делами Президента РФ, Москва

CLINICAL OBSERVATION AND SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT WITH A STYLOCAROTID FORM OF EAGLE-STERLING SYNDROME. MEGASTILOID

T.G. Pelishenko, G.L. Gevorkov, A.A. Abdullaev, T.A. Lazarchik*
Clinical Hospital No 1 of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

*E-mail: zvereva_tanya@list.ru

Аннотация

Представлено клиническое наблюдение пациента с жалобами на постоянную головную боль, ограничение движения шеи, часто возникающую боль в области шеи справа и слева, периодические обмороки, дневную сонливость. Отобрана клиническая картина заболевания, представлен алгоритм обследования, предоперационной подготовки. Показаны объективные методы оценки и результаты проведенного хирургического лечения.

Ключевые слова: синдром Игла, шило-каротидный синдром, гипертрофия шиловидного отростка, компьютерная томография.

Abstract

The article presents a clinical case when a patient complained of headaches, limited neck movements, frequent pain in the neck on the right and left, constant headaches, periodic fainting, daytime sleepiness. A clinical picture of the disease, diagnostic algorithm and preoperative preparations are described. Objective assessment of the case and outcomes of surgical treatment are presented too.

Keywords: Eagle syndrome, styloid-carotid syndrome, styloid process hypertrophy, computed tomography.

Ссылка для цитирования: Пелишенко Т.Г., Геворков Г.Л., Абдуллаев А.А., Лазарчик Т.А. Клиническое наблюдение и хирургическое лечение пациента с шило-каротидной формой синдрома Игла – Стерлинга. Мегастилоид. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2025; 2: 139–141.

Введение

Шилоподъязычный синдром (синдром Игла – Стерлинга) – это значимая с клинической точки зрения патология челюстно-лицевой области, которая развивается при гипертрофии или дистопии шиловидного отростка, а также при кальцификации шилоподъязычной связки [1, 2]. Первые упоминания о синдроме Игла появились в середине XVIII в. (J. Morgagni) [2–4]. В среднем длина шиловидного отростка составляет около 2.5 см. В ходе своих многочисленных исследований американский оториноларинголог W. Eagle, который изучил и подробно описал данный синдром, пришел к выводу, что увеличение длины более 3 см является патологией [2–5]. Анатомические изменения шиловидного отростка встречаются у 18–30% взрослых людей. Пациенты с синдромом Игла нередко курсируют между врачами различных специальностей от стоматолога до невролога. Поэтому шилоподъязычный синдром справедливо можно отнести к мультидисциплинарным проблемам. С точки зрения клинической симптоматики пациентов с шилоподъязычным синдромом можно разделить на две группы. К первой группе относятся пациенты с классической шилоподъязычной формой синдрома Игла, когда удлинённый шиловидный отросток сдавливает близлежащие черепные нервы (III, VII, IX, X, XII). Компрессия нервов вызывает тупую боль в горле, отдающую в ухо, особенно при глотании и разговоре, дисфагию, ощущение инородного тела и боль в области шеи, гипертонус кивательной мышцы. Реже отмечаются гиперсаливация, дисфагия и изменение голоса,

дисфагия и нарушение чувствительности и вкуса на задней трети языка [2, 6–9].

Вторая группа – пациенты с шило-каротидным синдромом, то есть с «сосудистой» формой синдрома Игла, возникающей вследствие сдавления в большей или меньшей степени внутренней или наружной сонной артерии гипертрофированным шиловидным отростком. Пациенты в данном случае жалуются на головную боль, боль в области лица, обмороки, головокружения или транзиторные ишемические атаки [2]. Кроме того, шило-каротидный синдром может осложняться выраженной компрессией сонной артерии или повреждением стенки сосуда с расслоением артерии [2, 3]. До последнего времени в отечественной и зарубежной литературе было небольшое количество описаний сосудистых осложнений при синдроме Игла. В наши дни благодаря широкому применению компьютерной томографии (КТ) лицевого отдела черепа с 3D-реконструкцией и КТ-ангиографией есть возможность получить качественную и подробную оценку степени гипертрофии и расположения шиловидного отростка и близлежащих сосудов [2, 3, 5].

Клинический случай

Пациент П., 48 лет, обратился с целью консультации в Клиническую больницу № 1 Управления делами Президента РФ. При осмотре выявлены следующие жалобы: головная боль, ограничение движения шеи, часто возникающая боль в области шеи справа и слева, периодические обмороки, дневная сонливость.



Рис. 1. Внешний вид шеи пациента до операции

Из анамнеза было известно, что вышеуказанные жалобы возникли пять лет назад. Пациент обращался к невропатологу, хирургу, травматологу, нейрохирургу. Нейрохирургом было проведено дообследование, выявлена патология челюстно-лицевой области – наличие шило-каротидного синдрома. Через четыре года у пациента появились синкопальные состояния.

Объективно: пациент гиперстенического телосложения, вес – 90 кг, рост 185 см.

Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы в цвете не изменены. Открывание рта в полном объеме. Боковые движения нижней челюсти в норме. Патология полости рта не выявлена. Слизистая оболочка полости рта розового цвета, умеренно увлажнена прозрачной слюной. При пальпации в области верхней трети шеи и в подчелюстной области пациент испытывает боль. Движение головы ограничено и сопровождается болью справа (рис. 1).

По результатам дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока: УЗ картина атеросклероза внечерепных отделов брахиоцефальных артерий со стенозированием правой каротидной бифуркации на 10%; справа отмечается стенозирование общей сонной артерии (ОСА) на 60% из-за внешнего сдавления; левой ОСА на 40%. Непрямолинейный ход позвоночных артерий на превертебральном уровне и между поперечными отростками шейных позвонков. Эктазия луковицы правой внутренней яремной вены.

На компьютерной томограмме лицевого отдела черепа выявлена гипертрофия шиловидного отростка: справа – 7 см, слева – 6 см (рис 2А).

После консультации челюстно-лицевого хирурга пациент был повторно направлен к неврологу, где было диагностировано повышенное внутричерепное давление, вероятно, вызванное шило-каротидным синдромом. В связи с выявленной наиболее клинически неблагоприятной «сосудистой» формой синдрома Игла, наличием синкопальных состояний и высоким риском острого нарушения мозгового кровообращения или расслоения сонной артерии было рекомендовано удаление шиловидных отростков с двух сторон [2]. В плановом порядке проведено хирургическое лечение. В ходе оперативного пособия были обнаружены увеличенные шиловидные отростки с двух сторон, проведена их резекция с сохранением размеров до 2.5 см. Кровопотеря составила 50 мл. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. На следующий день после проведенного хирургического лечения

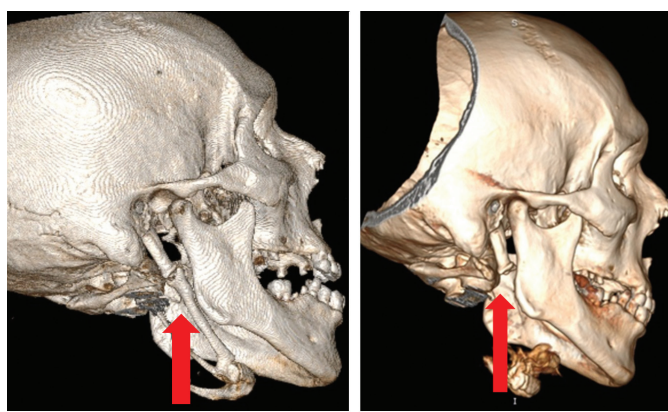


Рис. 2. Компьютерная томография лицевого отдела черепа пациента: А – до операции; Б – после операции

пациенту проведена контрольная компьютерная томография лицевого отдела черепа: признаки резекции шиловидных отростков с двух сторон (рис. 2Б).

Объективно: на вторые сутки после хирургического лечения у пациента наблюдался незначительный отек послеоперационной области (рис. 3), швы состоятельны, кожа вокруг раны без признаков воспаления. Пациент выписан на четвертые сутки после проведенного хирургического лечения [10].

Заключение

Особенностью представленного клинического случая является выраженная двусторонняя гипертрофия шиловидного отростка. Клиническая значимость этого наблюдения состоит в том, что на данном примере показан широкий диапазон жалоб у пациента, последовательность консультаций специалистов различных специальностей, сосудистые осложнения, вызванные внешним сдавлением сосудистого ствола. Стоит также отметить, что в данном случае был отмечен высокий положительный результат, выражающийся в полном регрессе жалоб в достаточно короткие сроки после проведенного хирургического лечения, что положительно повлияло не только на общее состояние пациента, но и улучшило качество личной и профессиональной жизни. Применение дополнительных лучевых методов исследования в случае синдрома Игла не только повышает уровень диагностики, но и позволяет провести объективную оценку результатов хирургического лечения.



Рис. 3. Внешний вид шеи пациента после операции

Литература

1. Шульга И.А. и др. Факторы патогенеза шилоподъязычного синдрома // Российская оториноларингология. – 2011. – № 4. – С. 175–182. [Shulga I.A. et al. Factors of pathogenesis of stylohyoid syndrome // Russian Otorhinolaryngology. – 2011. – No 4. – P. 175–182. In Russian].
2. Щаницын И.Н. и др. Сосудистые осложнения при шилоподъязычном синдроме // Сердечно-сосудистые заболевания. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2020. – Т. 21. – № 3. – С. 229–239. [Shchanitsyn I.N. et al. Vascular complications in stylohyoid syndrome // Cardiovascular diseases. Bulletin of the Scientific Center for Cardiovascular Surgery named after A.N. Bakulev RAMS. – 2020. – V. 21. – No 3. – P. 229–239. In Russian]. DOI: 10.24022/1810-0694-2020-21-3-229-239.
3. Шутов В.И. и др. Успешное лечение синдрома Eagle // Российская ринология. – 2013. – Т. 21. – № 4. – С. 21–22. [Shutov V.I. et al. Successful treatment of Eagle syndrome // Russian Rhinology. – 2013. – V. 21. – No 4. – P. 21–22. In Russian].
4. Назарян Д.Н. и др. Хирургические методы лечения шилоподъязычного синдрома // Клиническая практика. – 2019. – Т. 10. – № 2. – С. 21–26. [Nazaryan D.N. et al. Surgical methods of treatment of stylohyoid syndrome // Clinical Practice. – 2019. – V. 10. – No 2. – P. 21–26. In Russian]. DOI: 10.17816/clinpract10221-26).
5. Prasad K.C. et al. Elongated styloid process (Eagle's syndrome): a clinical study // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2002. – V. 60. – P.171–175.
6. Eagle W.W. Elongated styloid processes: report of two cases. Arch. Otolaryngol. // Head and Neck Surgery. – 1937. – V. 25. – No 5. – P. 584–587. DOI: 10.1001/archotol.1937.00650010656008.
7. Барабанова Э.В. и др. 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 E.V. et al. The role of styloid-carotid syndrome in the development of internal carotid artery dissection and cerebral infarction (literature review, own observation) // International Neurological Journal. – 2017. – No 5. – P. 38–45. In Russian]. DOI: 10.22141/2224-0713.5.91.2017.110855.
8. Murtagh R.D. et al. CT findings associated with Eagle syndrome // AJNR Am. J. Neuroradiol. – 2001. – V. 22. – No 7. – P. 1401–1402.
9. Ghosh L.M. et al. The syndrome of elongated styloid process // Auris Nasus Larynx. – 1999. – V. 26. – No 2. – P. 169–175. DOI: 10.1016/s0385-8146(98)00079-0.
10. Пелишенко Т.Г. и др. Клиническое наблюдение и хирургическое лечение пациента с гипертрофией небных миндалин третьей степени, выраженным ожирением и синдромом обструктивного апноэ сна тяжелой степени // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2024. – № 3. – С. 83–86. [Pelishenko T.G. et al. Clinical observation and surgical treatment of a patient with grade 3 hypertrophy of the palatine tonsils, severe obesity and severe obstructive sleep apnea syndrome // Kremlin Medicine. Clinical Bulletin. – 2024. – No 3. – P. 83–86. In Russian]. DOI: 10.48612/cgma/ethf-vh67-vpb6.