

А.А. Никитин,  
д.м.н.

В.П. Лапшин,  
к.м.н.

Н.В. Титова,  
к.м.н.

Отделение челюстно-лицевой хирургии  
Московского областного научно-иссле-  
довательского клинического института  
им. М.Ф. Владимирского

## Клинический пример пациента, страдающего мегастилоидом

**Ш**илоподъязычный синдром, или синдром Eagle — это общепринятое название для набора клинических симптомов, связанных с аномалиями размеров и положения шиловидного отростка височной кости (И.А. Шульга).

Основными причинами возникновения шилоподъязычного синдрома считают удлинение шилососцевидного отростка височной кости и окостенение или кальцификация шилоподъязычной связки. По данным литературы, шилоподъязычный синдром может развиваться как аномалия развития и как следствие механического раздражения тканей: дисфункция мышц, прикрепляющихся к шиловидному отростку, различного рода травмы, в том числе незначительные. Например, избыточное открывание рта при зевоте или длительных стоматологических манипуляциях [5].

До сих пор нет единого мнения о том, какова длина шиловидного отростка височной кости. Т. Jung [7] на основании анализа массовых ортопантомографий сделал вывод, что средней длиной шилососцевидного отростка височной кости следует считать 45 мм.

Удлинение шилососцевидного отростка височной кости может быть полным или частичным, одно- или двусторон-

ним, сплошным или с образованием диартрозоподобных сочленений.

Пациенты, страдающие данным заболеванием, обычно жалуются на боль в глотке, ухе [9]. Несмотря на проводимое лечение оториноларингологами, больные жалуются на «*постоянно воспаленное горло*» [3, 4]. У некоторых больных развивается языкоглоточная невралгия с болевыми пароксизмами [1, 2, 5, 7]. Частым симптомом является дисфагия, что связано с усилением боли в горле, при этом может возникать глоточный спазм [6, 8].

В отделении челюстно-лицевой хирургии МОНКИ с 1995 г. пролечено 5 больных с шилоподъязычным синдромом. Всем пациентам проведено обследование и хирургическое лечение с положительными результатами. Динамическое наблюдение до 5 лет.

### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Больной К., 1974 г.р., обратился с жалобами на наличие нечетко локализованной тупой боли, с периодами усиления и ослабления в боковом отделе шеи слева, ощущение инородного тела в глотке, дискомфорт при повороте головы, явления дисфагии, наличие новообразования на боковой поверхности шеи слева.

### Из анамнеза

Считает себя больным с октября 2007 г., когда отметил появление болей в горле. Находился на лечении в ЛОР-отделении по месту жительства. Проводимое лечение — без результата. Через несколько месяцев отметил появление новообразования на боковой поверхности шеи слева, дискомфорт при боковых движениях головы. Обратился к онкологу по месту жительства, проведена диагностическая пункция — не информативна. Образование увеличивалось в размерах, появились явления дисфагии.

Больной госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии МОНКИ им. М.Ф. Владимирского с целью обследования и хирургического лечения.

### Объективно

Лицо симметрично. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Открытие рта свободное, в полном объеме, безболезненное. Со стороны полости рта — без особенностей. Полость рта санирована. Язык по средней линии. Фоноция не нарушена. Во время глотания наблюдается смещение гортани вправо. Чувствительность не нарушена. На переднебоковой поверхности шеи

слева при пальпации определяется неподвижное, безболезненное, твердое продолговатое образование длиной около 5 см, неспаивающееся с окружающими тканями. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Показатели крови и мочи в пределах допустимых границ. При изучении гормонального статуса показателей минерального обмена пациента изменений не выявлено.

Проведено ультразвуковое исследование щитовидной железы: без патологии.

#### Рентгенограмма шейного отдела позвоночника

В левой косой проекции определяется тень дополнительного костного образования, расположенного между шиловидным отростком левой височной кости и телом подъязычной кости слева, соединяющиеся между собой двумя вставочными костями с формированием неоартрозов. Также отмечается неоартроз между большим рогом подъязычной кости и обызвествленным верхним рогом шиловидного хряща слева (рис. 1).

Проведена фиброгастроуденоскопия — патологии не выявлено.

Проведено компьютерное исследование (рис. 2–5) — оба шиловидных отростка достигли малых рожков подъязычной кости, примерно посередине каждой из них располагалось суставоподобное сочленение. Отмечается окостенение шилоподъязычных связок. КТ-картина аномалии развития с формированием синостозов и ложных суставов между подъязычной костью, шиловидным отростком левой височной кости и верхними рогами щитовидного хряща.

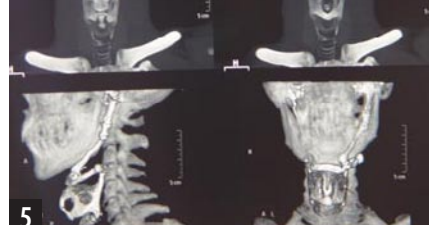
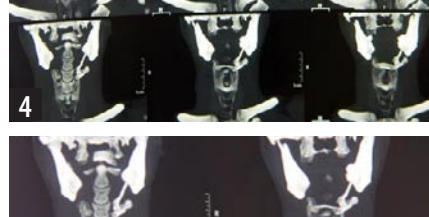
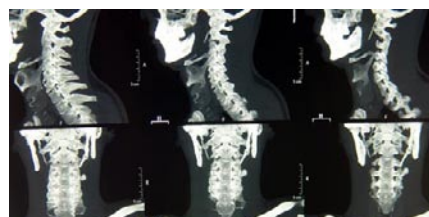
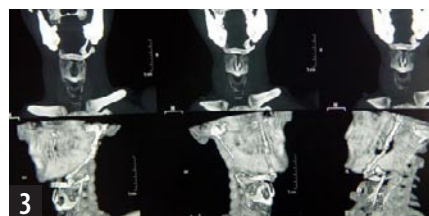
Консультирован оториноларингологом, неврологом, эндокринологом, челюстно-лицевым хирургом.

На основании проведенных клинико-рентгенологических исследований диагностирован шилоподъязычный синдром (мегастилоид).

Под эндотрахеальным наркозом проведено удаление мегастилоида (рис. 6). Гистологический результат — костные фрагменты компактного строения с участками гиалинового хряща и мелкодисперсные отложения кальция.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан на динамическое наблюдение.

По месту жительства проведен курс физиолечения, лечебной гимнастики. Контрольный осмотр через 6 мес со дня операции. Больной отмечает значительное улучшение общего состояния, движение головы в полном объеме, безболезненное, глотание свободное, без-



болезненное, явлений дисфагии не отмечает.

#### ВЫВОДЫ

Шилоподъязычный синдром часто не распознается практическими врачами, и больные многократно и безрезультатно обращаются к разным специалистам. Мегастилоид обычно обнаруживается в виде случайной находки. Трудности диагностики и неудовлетворительные результаты лечения обусловлены недостатком систематизированных и научно обоснованных данных о этиологии, патогномичных симптомам мегастилоида. В данном направлении, на наш взгляд, необходимо более углубленно рассмотреть показатели минерального обмена с целью выявления причины заболевания мегастилоидом, исключения взаимосвязи с общесоматическим заболеванием. Также представляет интерес вопрос о реабилитации пациентов с заболеванием «мегастилоид».

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Акберов Р.Ф., Хабибуллин И.Р. Вертеброневрология. — 1992, № 2, с. 46—47.
2. Гринберг Л.М. Неврология лица. Под ред. проф. В.А. Карлова. — М., 1991. — С. 57—59.
3. Данилов А.Б. Болевые синдромы в неврологической практике. Под ред. чл.-кор. РАМН А.М. Вейна. — М., 1999. — С. 13—51.
4. Лебедев В.В., Шульга И.А., Овчинникова Н.К. XI научно-практическая конференция оториноларингологов Оренбургской области. — 1998. — С. 23—24.
5. Correl R., Wescott W. J. Am. Dent. Ass. — 1982. — P. 491—492/
6. Dolan E., Mullen J., Papaioannou J. — Surg. Neurol. — 1984. — P. 291—294.
7. Jung T., Tschernitschek H., Hippen H. et al. — Dentomaxillofac Radiol. — 2004; 119—124.
8. Smith G.R., Cherry J.E. — J. Oral Maxillofac. Surg. — 1988; 606—609.
9. Woolery W. J. Am. Osteopath. Ass. — 1990; 88—89.