

Гипертрофия шиловидных отростков: симптоматика, диагностика, варианты лечения

Шилоподъязычный синдром – заболевание, причиной которого является раздражение шиловидным отростком височной кости окружающих его нервных, сосудистых и мышечных структур. Синдром проявляется хронической болью в глубоком отделе боковой области лица, иррадиирующей в корень языка, глотку и ухо, дисфагией, симптомами нарушений кровообращения головного мозга.



С.М. Пухлик

Ввиду малой осведомленности о данном заболевании практических врачей, оно, как правило, не диагностируется. Пациенты с неправильно установленными диагнозами лечатся у разных специалистов: стоматологов, оториноларингологов, неврологов, и длительное симптоматическое лечение оказывается неэффективным (L.M. Ghosh, S.P. Dubey, 1999).

Вместе с тем синдром вызывает тяжелые страдания у больных, резко снижает качество жизни, нарушает трудоспособность (L.I. Balbuena, D. Hayes, S.D. Ramirez, R. Johnson, 1997), что определяет социальную значимость и актуальность проблемы диагностики и лечения указанного заболевания.

Трудности диагностики и неудовлетворительные результаты лечения шилоподъязычного синдрома обусловлены недостатком систематизированных и научно обоснованных сведений о его этиологии, патогенезе и клинических проявлениях. Согласно данным литературы существует мнение о том, что синдром развивается вследствие удлинения шиловидного отростка височной кости или оксификации шилоподъязычной связки, которые раздражают окружающие их анатомические структуры (L. Montalbetti, D. Ferrandi, P. Pergami, F. Savoldi, 1995). Однако удлиненные отростки и оксифицированные связки часто обнаруживаются у здоровых людей, а заболевание возникает примерно у 4% лиц с этой аномалией (W.W. Eagle, 1958, 1962). Следовательно, кроме удлинения отростка и оксификации связки, необходимы дополнительные факторы, обуславливающие развитие шилоподъязычного синдрома. В связи с этим для определения структурных основ патогенеза заболевания особую значимость приобретает изучение особенностей топографических взаимоотношений отростка с сосудами, нервами, мышцами шеи и глоткой при различных вариантах его длины, формы и положения.

Детальное исследование клинической анатомии зоны расположения элементов шиловидного комплекса (рис. 1) необходимо не только для установления механизмов развития синдрома, но и для разработки приемов мануального обследования больных, обоснования оперативного доступа к отростку.

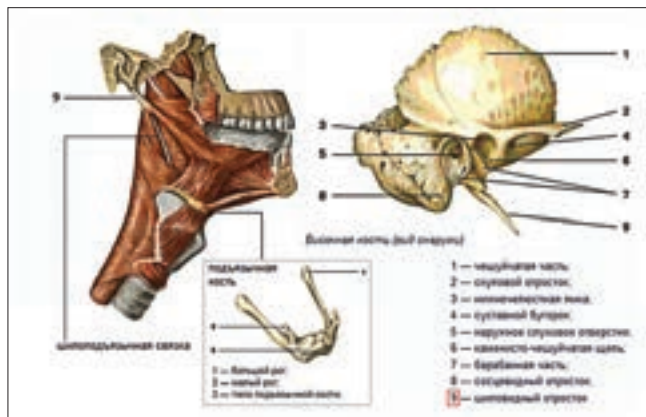


Рис. 1. Шиловидный отросток височной кости

Шиловидный отросток берет начало в области барабанной части височной кости, однако его происхождение генетически не связано с последней, поскольку он формируется из нижней части второй жаберной дуги, в области которой на 3-м месяце внутриутробной жизни появляется эмбриональный хрящ. Из средней части указанного хряща образуется шилоподъязычная связка, которая с возрастом постепенно окостеневает. У детей шиловидный отросток состоит сплошь из хрящевой ткани, и поскольку к нему прикреплены три

мышцы, осуществляющие постоянную тягу, то при задержке оксификации отростка эта хрящевая ткань удлиняется и совместно с последующим окостенением шилоподъязычной связки образует гигантский шиловидный отросток. По данным литературы, удлинение шиловидного отростка встречается в 4% случаев, преимущественно у мужчин и с левой стороны, клинические проявления синдрома шиловидного отростка возникают в возрасте старше 30-40 лет. Этот синдром чаще всего проявляется у ослабленных лиц, психастеников, а также у «утомленных интеллектуалов».

Гигантский шиловидный отросток, тело которого направлено сверху-кпереди и вовнутрь, достигает своим концом нижнего полюса небной миндалины. Он проходит в непосредственной близости от латеральной поверхности лицевого нерва, между наружной и внутренней сонными артериями. Отклонения шиловидного отростка кнаружи или вовнутрь приводят к его контакту с одной из сонных артерий и раздражению сонного симпатического сплетения, что обуславливает возникновение соответствующего синдрома (синдром внутренней сонной артерии проявляется болями в теменной и орбитальной областях, а синдром наружной сонной артерии – болями в нижней части височной и в ретроорбитальной областях).

При значительном отклонении шиловидного отростка кнутри, его конец может достигать ствола языкоглоточного нерва, а при длине 5 см – капсулы небной миндалины. В таком случае, проникая через верхний констриктор глотки, шиловидный отросток приходит в контакт с небным нервным сплетением, образованным волокнами языкоглоточного и язычного нервов.

Клинические проявления этой аномалии развития шиловидного отростка, как уже отмечалось выше, возникают приблизительно к 40-му году жизни и, в зависимости от направления шиловидного отростка, могут выражаться болями при глотании или при поворотах головы. Иногда развивается транзиторная афония. У некоторых пациентов конец шиловидного отростка может находиться в непосредственной близости от шейных позвонков – в таком случае при повороте головы шиловидный отросток может соприкасаться с II или III шейными позвонками, что вызывает у больного ощущение скребущего звука. Раздражение концом шиловидного отростка небного сплетения приводит к так называемой стилалгии, которая проявляется односторонними болями в глотке, иррадиирующими в соответствующие височно-нижнечелюстной сустав и наружный слуховой проход. Боли, распространяющиеся в ухо и возникающие при глотании, обусловлены раздражением языкоглоточного нерва, который проходит по задней поверхности шилоязычной мышцы и заканчивается в основании языка, образуя язычное нервное сплетение, разветвляющееся в области слепого отверстия и концевой борозды языка. Боли в ухе иррадиируют по барабанному нерву, который начинается в яремном узле языкоглоточного нерва, вступает в барабанный канал, входное отверстие которого находится на нижнезадней стенке каменистой части височной кости, и иннервирует слизистую оболочку, барабанную перепонку и слуховую трубу. Стилалгия по своей выраженности может имитировать эссенциальную невралгию языкоглоточного нерва. Синдром гигантского шиловидного отростка нередко приводит к развитию у больных канцерофобии.

Диагноз в некоторых случаях можно установить при помощи бимануальной пальпации со стороны глотки

и угла нижней челюсти: при пальпации слева обследующий устанавливает одноименный указательный палец на область нижнего полюса миндалины позади передней дужки, где обнаруживается плотный слегка податливый тяж. Одновременно указательным пальцем правой руки осуществляется надавливание позади угла нижней челюсти. Производят также рентгенологическое обследование с целью получения боковых рентгенограмм черепа и особенно важных снимков в лобно-носовой проекции, при которой удлиненные шиловидные отростки визуализируются на фоне орбит и верхнечелюстной пазухи.

Анатомически шилоподъязычная связка расположена между основанием черепа и отростком подъязычной кости и тянется между внутренней и наружной сонными артериями. При наличии удлиненного и/или искривленного шиловидного отростка, или обызвествленной шилоподъязычной складки, или удлиненных рогов подъязычной кости происходит чрезмерное давление этих структур на внутреннюю и наружную сонные артерии. За счет этого в зонах, питаемых сонными артериями, появляется множество на первый взгляд не связанных между собой клинических симптомов, таких как:

- ощущение инородного тела в глотке;
- хроническое воспаление слизистой оболочки глотки;
- боль в области верхнечелюстного сустава;
- боль и шум в ушах;
- односторонняя и двусторонняя орбитальная или головная боль;
- «стреляющая» боль при повороте головы.

Рентгенологическое исследование предоставляет возможность изучить анатомические особенности отростка. Однако для улучшения диагностики синдрома требуется разработка способа прицельной рентгенографии отростка, который позволит получать его качественное изображение на снимках. По данным литературы, удлинение отростка, определяемое на рентгенограммах, считается признаком синдрома Игла (W.W. Eagle, 1962), однако оно встречается не только у больных, но и у здоровых лиц. Поэтому необходимы поиск дополнительных рентгенологических симптомов заболевания и разработка методики их выявления.

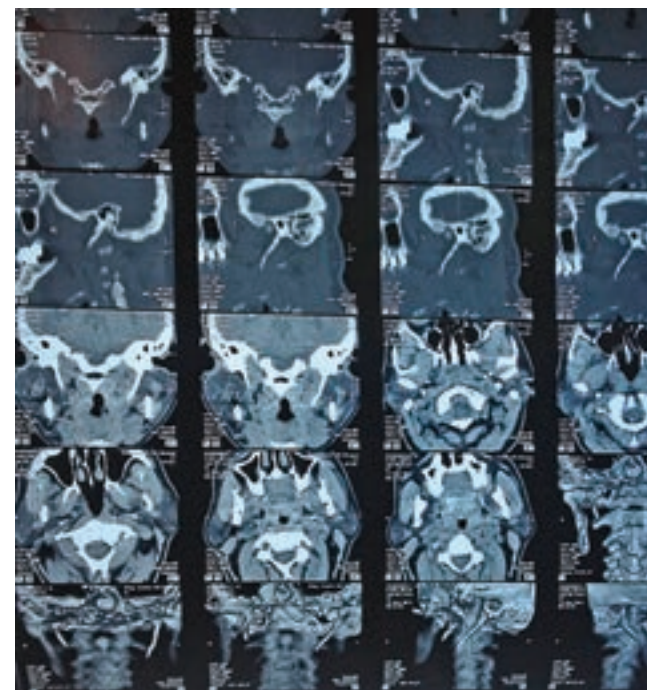


Рис. 2. Пример компьютерной томографии с 3D-реконструкцией



Рис. 3. Этапы хирургического лечения шилоподъязычного синдрома

Поскольку рентгенологическое исследование не является достаточно достоверным, оно не дает возможности нужным образом визуализировать шиловидный отросток, определить его длину, углы отклонения, ход по отношению к остистым отросткам позвонков и подъязычной кости.

Для диагностики данного заболевания нами предложено использовать компьютерную томографию с последующей 3D реконструкцией (рис. 2), что позволяет исключить вышеперечисленные недостатки рентгенологического исследования.

В лечении шилоподъязычного синдрома применимы методы как консервативного, так и оперативного лечения. При выборе способа доступа к гипертрофированному шиловидному отростку необходимо учитывать направление его отклонения — медиальное или латеральное. При латеральном отклонении, что, по нашим наблюдениям, встречается гораздо реже, чем медиальное, применим метод наружного доступа. Этапы операции представлены на рисунке 3.

По нашим наблюдениям, при латеральном отклонении шиловидный отросток беспокоит пациентов гораздо реже, чем при медиальном, что обусловлено анатомией сосудисто-нервных пучков шеи. При орофарингеальном доступе необходима определенная квалификация хирурга, который выполняет данную операцию. То есть хирург должен иметь специализацию оториноларинголога, так как часто для удаления шиловидного отростка необходимо удалить небную миндалину с соответствующей стороны. Этапы операции орофарингеальным доступом представлены ниже.

Лечение гигантского шиловидного отростка осуществляется хирургическим путем — наружным доступом к области шилососцевидного отверстия (опасность повреждения лицевого нерва) или орофарингеально, через переднюю небную дужку, либо с предварительным удалением соответствующей небной миндалины и доступом через ее нишу. После удаления небной миндалины в ее нише под пальпаторным контролем II пальца кисти, нащупывающего шиловидный отросток, производят вертикальный разрез и выделяют тупым распатором конец шиловидного отростка, на который надевают кольцо щипцов Люка. После этого отсепаивают тело шиловидного отростка, продвигая щипцы вверх на 2–3 см. Затем шиловидный отросток скусывают, а на рану в нише небной миндалины накладывают 2–3 кетгутовых шва. Близость сонных артерий требует от хирурга большой осторожности при выполнении этого оперативного вмешательства. Шиловидный отросток также может быть удален через переднюю небную дужку без удаления миндалины.

На рисунке 4 представлен вариант выраженной гипертрофии шиловидного отростка (мегастилоид). Больной А. обратился с жалобами на выраженную

боль в правой половине ротоглотки, усиливающуюся при поворотах и наклонах головы, а также при глотании твердой пищи. С левой стороны ротоглотки симптоматика отсутствовала, по-видимому, из-за неполной оссификации шилоподъязычной связки (фрагментация шиловидного отростка). Справа верхушка отростка пальпировалась в области основания надгортанника.

Больному произведена операция — резекция дистальной части шиловидного отростка на протяжении 2 см, через переднюю небную дужку, без удаления небной миндалины. Верхушка отростка не выделялась, то есть отросток был фрагментирован. Вышеприведенная симптоматика у больного исчезла.

По нашему мнению, необходимости полной резекции отростка нет. Достаточно его фрагментировать на расстоянии, исключающем повторную оссификацию.

Еще одному пациенту два года назад была выполнена фрагментация правого шиловидного отростка. Оставшийся в результате рубцового процесса большой проксимальный участок изменил свое направление — выпирал через переднюю небную дужку, причиняя больному дискомфорт и боль при прохождении твердой пищи. Было произведено удаление небной миндалины. В нише был визуализирован шиловидный отросток, отсепаирован кверху и отсечен на протяжении 2 см. Больной наблюдался нами в течение года, жалоб не предъявлял.

Для консервативного лечения пациентов с шилоподъязычным синдромом нами применяются инъекции 2% раствора лидокаина с дексаметазоном через переднюю небную дужку у нижнего полюса миндалины через день в направлении шиловидного отростка. При двухстороннем процессе — ежедневно, чередуя стороны, в среднем 5–6 инъекций. Таким способом пролечено 28 пациентов, у всех был достигнут эффект в виде исчезновения или уменьшения выраженности симптоматики на разный срок от месяца до полугода.

Изучение данной темы продолжается.

Выводы

1. Важное значение в диагностике шилоподъязычного синдрома имеет сбор анамнеза. Наличие таких симптомов, как ощущение инородного тела в глотке, хроническое воспаление слизистой оболочки глотки, боль в области верхнечелюстного сустава, боль и шум в ушах, односторонняя и двусторонняя орбитальная или головная боль, «стреляющая» боль при повороте головы, позволяют предположить наличие гипертрофии шиловидных отростков. Нами не выявлено преваширования какой-либо стороны гипертрофии.

2. Достоверная диагностика гипертрофированных шиловидных отростков достаточно сложна, требует специальных методов исследования — КТГ с 3D реконструкцией, что позволяет определить размер отростков, углы их наклона.



Рис. 4. Компьютерная томограмма гипертрофии шиловидного отростка

3. При выявлении гипертрофии шиловидных отростков, наличии клинической картины шилоподъязычного синдрома на начальном этапе назначают консервативное лечение, которое заключается в блокадах с применением 2% раствора лидокаина и дексаметазона, в некоторых случаях добавляются нестероидные противовоспалительные и седативные препараты.

4. В случае неэффективности консервативной терапии возможно оперативное лечение доступом через переднюю небную дужку либо через нишу удаленной миндалины, при этом шиловидный отросток можно полностью не удалять, достаточно резецировать его участок, то есть фрагментировать, и таким образом прервать ось давления на близлежащие структуры.

Практические рекомендации

1. Врачу необходимо помнить, что среди пациентов старше 40 лет, предъявляющих жалобы на боль и функциональные нарушения в органах головы и шеи, большую часть составляют больные с гипертрофией шиловидного отростка.

2. Основанием для предположения о наличии шилоподъязычного синдрома служит несоответствие между выраженностью жалоб и незначительностью органических изменений в органах головы и шеи, обнаруживаемых при клиническом обследовании больных.

3. При невозможности выполнить компьютерную томографию, мы рекомендуем проводить больным бимануальное исследование — указательным пальцем одной руки проводится исследование глотки от верхнего полюса миндалины до нижнего, пальцами другой руки осуществляется надавливание за углом нижней челюсти. В большинстве случаев удается прощупать увеличенный отросток.

4. Проведение блокады является как лечебной, так и диагностической процедурой. У всех больных с шилоподъязычным синдромом блокады обеспечивали положительный результат разной степени выраженности и длительности.