

Гипертрофия шиловидных отростков: симптоматика, диагностика, варианты лечения



С.М. Пухлик

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

Заболевание из-за малой осведомленности о нем практическими врачами, как правило, не диагностируется. Больные с различными диагнозами лечатся у разных специалистов: стоматологов, оториноларингологов, неврологов, часто длительное симптоматическое лечение оказывается неэффективным (L.M. Ghosh, S.P. Dubey, 1999).

Вместе с тем ШПС причиняет тяжелые страдания больным, резко снижает качество жизни, нарушает их трудоспособность (L. Jr. Balbuena, D. Hayes, S.D. Ramirez, R. Johnson, 1997), что определяет социальную значимость и актуальность проблемы диагностики и лечения этого заболевания.

Трудности в диагностике и неудовлетворительные результаты лечения ШПС обусловлены недостатком систематизированных и научно-обоснованных сведений о его этиологии, патогенезе и клинических проявлениях. В литературе существует мнение, что данный синдром возникает вследствие удлинения шиловидного отростка височной кости или оссификации шилоподъязычной связки, которые раздражают окружающие их анатомические структуры (L. Montalbetti, D. Ferrandi, P. Pergami, F. Savoldi, 1995). Однако удлиненные отростки и оссифицированные связки часто обнаруживаются у здоровых людей, а заболевание развивается примерно у 4% лиц, имеющих эти аномалии (W.W. Eagle, 1958, 1962). Следовательно, кроме удлинения отростка и оссификации связки необходимы какие-то другие факторы для возникновения синдрома. Поэтому для выяснения 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 анатомии зоны расположения элементов шиловидного комплекса необходимо не только для определения механизмов развития синдрома, но и для разработки приемов мануального обследования больных, обоснования оперативного доступа к отростку.

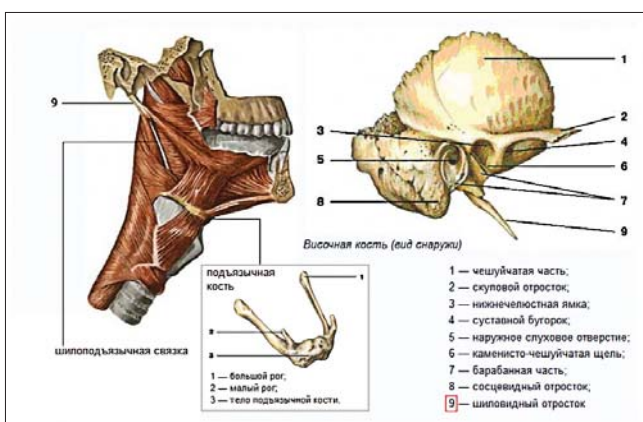


Рис. 1. Шиловидный отросток височной кости

Шиловидный отросток берет начало в области барабанной части височной кости (рис. 1), 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 его средней части образуется шилоподъязычная связка, постепенно окостеневающая с возрастом). У детей шиловидный отросток полностью состоит из хрящевой ткани, и поскольку к нему прикрепляются 3 мышцы, осуществляющие постоянную тягу, то при задержке оссификации отростка эта хрящевая ткань удлиняется и совместно с последующим окостенением шилоподъязычной связки образует гигантский шиловидный

отросток. По данным литературы, удлинение шиловидного отростка отмечается в 4% случаев, преимущественно у мужчин и слева, клинические проявления синдрома шиловидного отростка возникают в возрасте старше 30-40 лет. Этот синдром чаще всего проявляется у лиц с ослабленным иммунитетом, психастеников и «утомленных интеллектуалов».

Гигантский шиловидный отросток, направленный своим телом сверху кпереди и вовнутрь, достигает своим концом нижнего полюса небной миндалины. Он проходит в непосредственной близости от лицевого нерва, между наружной и внутренней сонными артериями. Отклонение шиловидного отростка кнаружи или кнутри приводит к его контакту с одной из сонных артерий и раздражению сонного симпатического сплетения, что обуславливает возникновение соответствующего синдрома: синдром внутренней сонной артерии проявляется болью в теменной и орбитальной областях, а синдром наружной сонной артерии – болью в нижней части височной и ретроорбитальной области.

При значительном отклонении шиловидного отростка кнутри его конец может достигать ствола языкоглоточного нерва, а при длине отростка 5 см – капсулы небной миндалины. В этом случае, проникая через верхний констриктор глотки, шиловидный отросток контактирует 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 они могут манифестировать болью при глотании или поворотах головы. Иногда возникает транзиторная афония. В некоторых случаях конец шиловидного отростка располагается в непосредственной близости к шейным позвонкам, в этом случае при поворотах головы возможны соприкосновение шиловидного отростка с II или III шейным позвонком, что вызывает у больного ощущение скребущего звука. Раздражение концом шиловидного отростка небного сплетения приводит к так называемой стилалгии, проявляющейся односторонней болью в глотке, иррадиирующей в соответствующие височно-нижнечелюстной сустав и наружный слуховой проход. Боль, иррадиирующая в ухо и возникающая при глотании, обусловлена 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. Боль в ухе иррадиирует по ходу барабанного нерва, который берет начало в яремном узле языкоглоточного нерва, вступает в барабанный канал, входное отверстие которого находится на ниже-задней 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 бимануальной пальпации со стороны глотки и угла нижней челюсти: при пальпации слева обследующий устанавливает указательный палец одноименной руки на область нижнего полюса миндалины позади передней дужки, где пальпируется плотный слегка податливый тяж. Одновременно указательным пальцем правой руки осуществляет давление позади угла нижней челюсти. Производят также и рентгенологическое исследование – боковые рентгенограммы черепа и особенно важны снимки в лобно-носовой проекции

(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 височно-нижнечелюстного сустава;
- боль и шум в ушах;
- одно- и двусторонняя орбитальная или головная боль;
- «стреляющая» боль при поворотах головы.

Рентгенологическое исследование предоставляет возможность изучения анатомических особенностей отростка. Однако для улучшения диагностики ШПС требуется разработка способа прицельной рентгенографии отростка, который позволил бы гарантировано получать его качественное изображение на снимках. Удлинение отростка, определяемое на рентгенограммах, в литературе 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.

Рентгенологическое исследование также не является достаточно достоверным и не позволяет 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 перечисленные недостатки рентгенологического исследования.

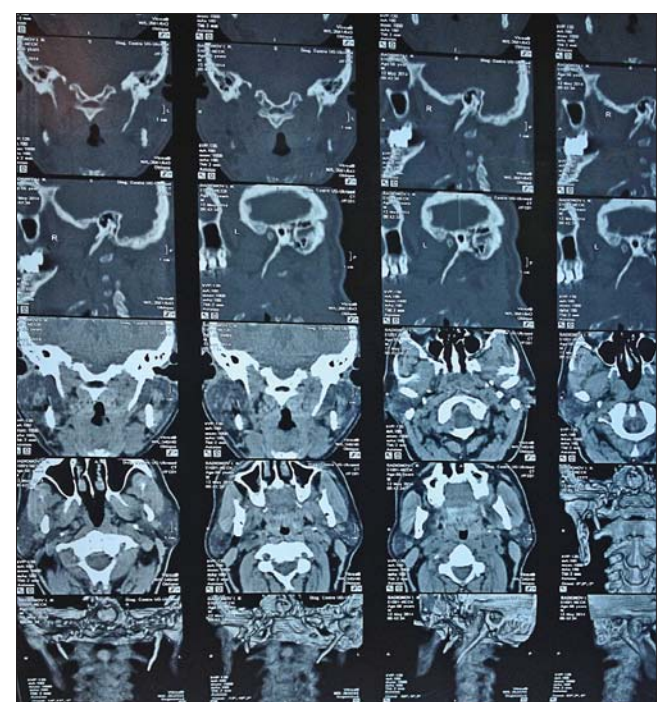


Рис. 2. Пример компьютерной томографии с 3D-реконструкцией

Таким образом, у больных с ШПС возникают дисциркуляторные нарушения в бассейне внутренней сонной артерии на стороне поражения вследствие дезорганизации приспособительных механизмов его вегетативной регуляции. У некоторых больных имеется односторонний спазм внутренней сонной артерии на стороне патологического процесса.

Постоянным признаком ШПС является хроническая боль в глубоком отделе боковой области лица, иррадирующая в ухо, глотку, корень языка, височную, заушную и затылочную области. Она является невропатической и связана с раздражением языкоглоточного нерва и симпатических сплетений; это главный фактор, нарушающий качество жизни больных. У большого количества пациентов хроническая боль вызывала канцерофобию и различные признаки депрессии. Часто больные предъявляют жалобы на наличие явлений дисфагии и ощущение наличия инородного тела в глотке, ограничение движений головой, головную боль, периодические головокружения, различные парестезии в области головы.

Диагноз ШПС подтверждает наличие у больного обнаруженных в процессе исследования новых специфических признаков этого заболевания, в частности, болезненности при пальпации участков наружных покровов, в проекции которых элементы шилоподъязычного комплекса ближе всего расположены к коже шеи и слизистой оболочке полости рта или глотки и не отделены от них костными образованиями. У большинства пациентов с ШПС обнаружена болезненность при пальпации области позади нижнечелюстной ямки, верхнего края большого рога подъязычной кости в местах прикрепления шилоподъязычных мышц и связки. Часто отмечается болезненность в поднижнечелюстном треугольнике под углом нижней челюсти в проекции брюшка шилоподъязычной мышцы, реже — по ходу сосудисто-нервного пучка шеи.

В полости рта участки болезненности на небно-язычной дужке, соответствующие проекции верхушки удлиненного отростка, обнаружены у большинства обследованных; отмечается болезненность боковой поверхности корня языка (место вхождения шилоязычной мышцы). У некоторых пациентов появляется болезненность внутренней и наружной крыловидных мышц при их интратротовой пальпации. Патогномичным признаком заболевания является пальпаторное обнаружение верхушки шиловидного отростка через внутреннюю поверхность стенки глотки, что возможно приблизительно у половины больных. Почти у всех пациентов с данным синдромом исчезает или значительно уменьшается боль после введения раствора анестетика в передний отдел окологлоточного пространства (зону расположения шиловидного отростка) по разработанной методике, что подтверждает диагноз.

Симптомокомплекс, характерный для пациентов с ШПС:

- боль, парестезии, ощущение наличия инородного тела в боковом отделе глотки, кашель, нарушение глотания;
- боль в боковом отделе глотки, небной миндалине, корне языка, ухе, давление верхушки шиловидного отростка на глоточное сплетение и боковую стенку глотки, давление шиловидного отростка на языкоглоточный нерв, патологическое раздражение глоточного нервного сплетения, нарушение чувствительной и двигательной иннервации глотки, дисфункция глоточных мышц, раздражение языкоглоточного нерва, формирование невропатической боли в зонах его иннервации;
- напряжение и болезненность при пальпации мышц шиловидного отростка, жевательных и шейных мышц, ограничение поворотов головы, давление верхушки шиловидного отростка на прикрепляющиеся к нему мышцы, раздражение мышц, а также двигательных нервных волокон, повышение мышечного тонуса, формирование болевой мышечной дисфункции в мышцах отростка с рефлекторным распространением на жевательные и шейные мышцы;
- головная боль, головокружение, боль в проекции сосудисто-нервного пучка шеи, давление отростка на периаортальное симпатическое сплетение, патологическое раздражение симпатических волокон, формирование боли (симпаталгия), рефлекторное нарушение мозгового кровообращения.

По полученным данным, дифференциальная диагностика ШПС из-за общности ряда симптомов должна проводиться со следующими заболеваниями:

- хроническим отитом с атипичным течением;
- хроническими тонзиллитом и фарингитом;
- инородными телами и опухолями глотки и окологлоточного пространства;
- болевой мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава;
- невралгиями языкоглоточного, верхнего гортанного нервов, барабанного сплетения;
- невропатией ушно-височного нерва;
- ганглиопатией поднижнечелюстного и подъязычного вегетативных узлов;
- окклюзионными поражениями внутренней сонной артерии;
- остеохондрозом шейного отдела позвоночника с клиническими проявлениями.

Необходимо учитывать, что ШПС возникает, как правило, у лиц старше 35-40 лет. Это связано с тем, что у части пациентов в зрелом возрасте продолжается удлинение отростков, следовательно, риск заболевания возрастает. Такое явление обусловлено нарушением эмбрионального развития отростков — длительным сохранением в них и прилежащих участках шилоподъязычных связок остатков эмбрионального хряща. Анатомические нарушения в элементах шилоподъязычного комплекса приводят к хронической травматизации отростком соседних нервных, сосудистых и мышечных образований, вызывая их раздражение. Формирование очага раздражения тканей в зоне расположения отростка является тем механизмом, посредством которого структурные нарушения вызывают функциональные изменения в организме больного и клинические проявления заболевания.

ШПС возникает вследствие воздействия комплекса предрасполагающих факторов врожденного и приобретенного характера, которые при определенных сочетаниях друг с другом приобретают патогенные свойства.

Патологические изменения в элементах шилоподъязычного комплекса у большинства больных не вызывают тяжелых нарушений в соседних структурах в виде пережатия нерва, сужения просвета артерий или глотки. Эти изменения приводят к формированию очага раздражения в тканях, нередко исполняют роль только пускового механизма для рефлекторных патофизиологических реакций, вызывающих клинические проявления ШПС. Патогенетические подходы к лечению этого заболевания включают медикаментозную блокаду патологической импульсации из очага раздражения или его устранение путем резекции отростка.

Для консервативного лечения ШПС разработана методика введения растворов анестетиков и гормонов в передний отдел окологлоточного пространства (зону расположения шиловидного отростка). После антисептической обработки полости рта больной максимально широко открывает рот, на середине небно-язычной дужки у ее переднего края производится укол иглы (используется инсулиновый шприц с иглой длиной 2 см). Не изменяя направления иглы, небольшими порциями выпускается раствор, игла проводится на глубину 1,5 см. Ее конец проникает в окологлоточное пространство. Введение 0,5 мл 1% раствора лидокаина и 0,5 мл дексаметазона повторяется через 2 сут, курс лечения — 3-5 блокад.

Консервативное лечение больных с ШПС с использованием разработанной методики приводит к исчезновению или значительному уменьшению боли, улучшению кровообращения в бассейне внутренней сонной артерии и электроактивности мышц. Дополнительное пероральное применение в стандартных дозировках антидепрессантов, транквилизаторов, нестероидных противовоспалительных препаратов способствует купированию хронической боли, ассоциированной с ШПС. Исчезновение или значительное уменьшение боли и других симптомов после курса консервативного лечения отмечено у всех больных. Положительные результаты терапии сохранялись на протяжении различного периода времени. У некоторых больных симптоматика возобновилась, но она стала менее интенсивной, купировалась приемом анальгетиков, вследствие чего улучшилось качество жизни больных по сравнению с исходным. Показаниями к проведению консервативного лечения служат умеренная выраженность симптомов заболевания, отказ от оперативного вмешательства или наличие противопоказаний к его выполнению.

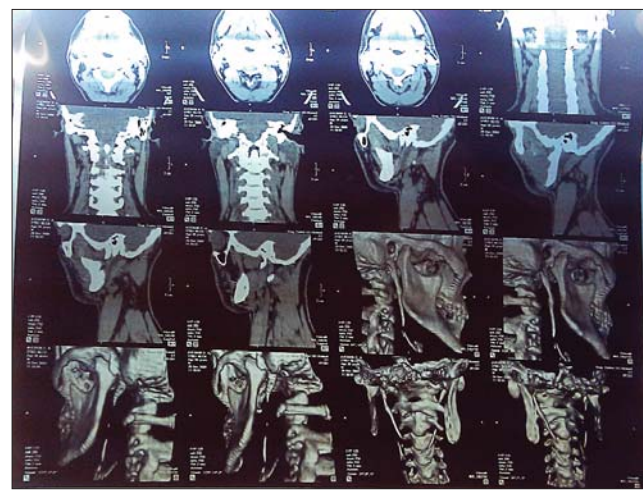


Рис. 3. Компьютерная томограмма шиловидного отростка (зафиксирована его гипертрофия)

На представленной томограмме (рис. 3) показан вариант выраженной гипертрофии шиловидного отростка. Больной А. обратился с жалобами на выраженную боль в правой половине ротоглотки, усиливающуюся при поворотах и наклонах головы, при глотании твердой пищи. С левой стороны симптоматика отсутствовала, по-видимому, из-за неполной оксификации шилоподъязычной связки (фрагментация шиловидного отростка). Справа верхушка отростка пальпировалась в области основания надгортанника.

При выраженной гипертрофии шиловидного отростка показано оперативное лечение.

Выводы

1. Большое значение в диагностике ШПС имеет сбор анамнеза. Наличие таких симптомов, как ощущение инородного тела в глотке, хроническое воспаление слизистой оболочки глотки, боль в области височно-нижнечелюстного сустава, боль и шум в ушах, одно- и двусторонняя орбитальная или головная боль, «стреляющая» боль при поворотах головы, позволяет предположить наличие гипертрофии шиловидных отростков. Не выявлено превалирования какой-либо стороны гипертрофии.
2. Достоверная диагностика гипертрофированных шиловидных отростков достаточно сложная, требует специальных методов исследования (компьютерной томографии с 3D-реконструкцией), позволяющих определить размер отростков, углы их наклона.
3. При выявлении гипертрофии шиловидных отростков, наличии клинической картины ШПС вначале применяется консервативное лечение, которое заключается в блокадах с применением 2% раствора лидокаина и дексаметазона, в некоторых случаях добавляются нестероидные противовоспалительные и седативные препараты.
4. При неэффективности консервативного лечения возможно оперативное вмешательство с помощью доступа через переднюю небную дужку либо через нишу удаленной миндалины (шиловидный отросток можно полностью не удалять, достаточно резецировать его участок, то есть фрагментировать, устранив давление на близлежащие структуры).

Практические рекомендации

1. Врачу необходимо помнить, что среди пациентов в возрасте старше 35-40 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 ШПС служит несоответствие между выраженностью жалоб и незначительностью органических изменений в органах головы и шеи, выявляемых при клиническом обследовании больных.
3. При невозможности выполнить компьютерную томографию рекомендуется бимануальное исследование — указательным пальцем одной руки проводится исследование глотки от верхнего полюса миндалины до нижнего, пальцами другой руки осуществляется давление 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 ШПС блокады обеспечили положительный результат разной степени выраженности и длительности.