

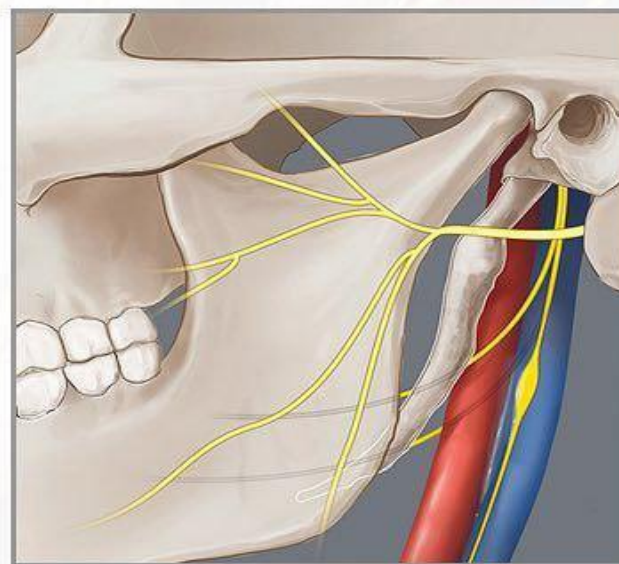
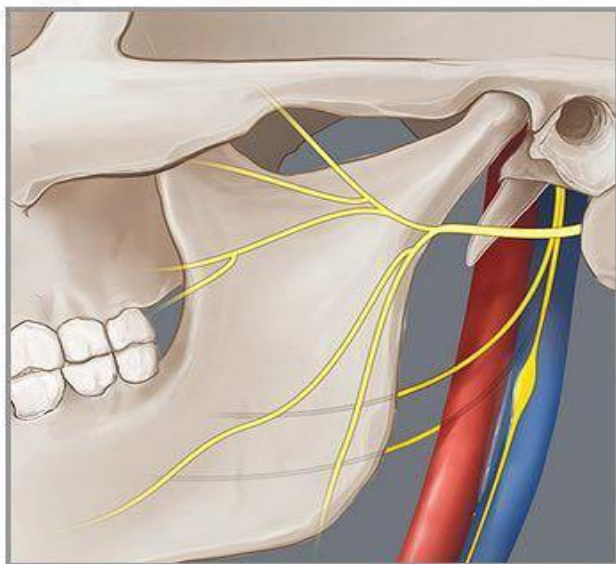
EAGLE'S SYNDROME

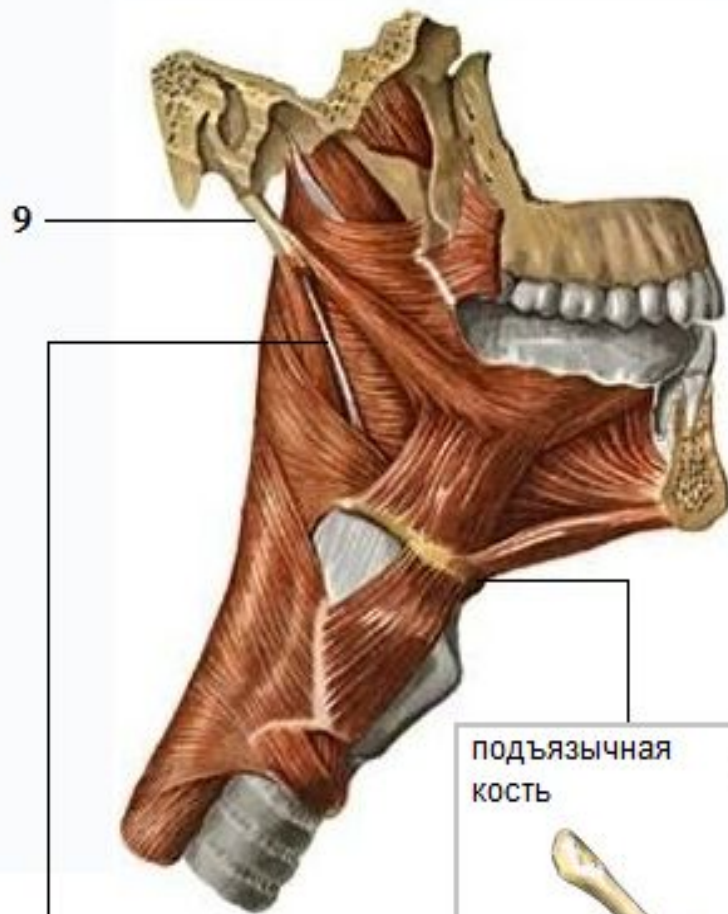
Шилоподъязычный синдром или синдром Игла-Стерлинга

Доклад выполнила:
Васина Анастасия,
студентка
стоматологического
факультета 4101
группы



Шилоподъязычный синдром или синдром Игла-Стерлинга (от англ. Eagle's syndrome) - 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, а также симптомами дисциркуляторных нарушений кровообращения головного мозга.



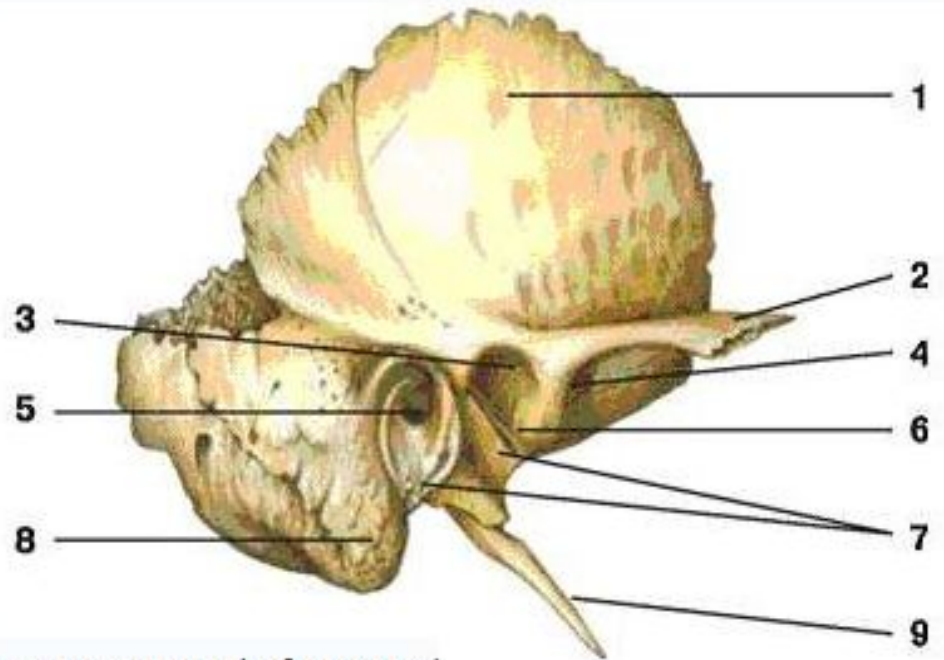


шилоподъязычная связка



подъязычная
кость

- 1 — большой рог;
- 2 — малый рог;
- 3 — тело подъязычной кости.



Височная кость (вид снаружи)

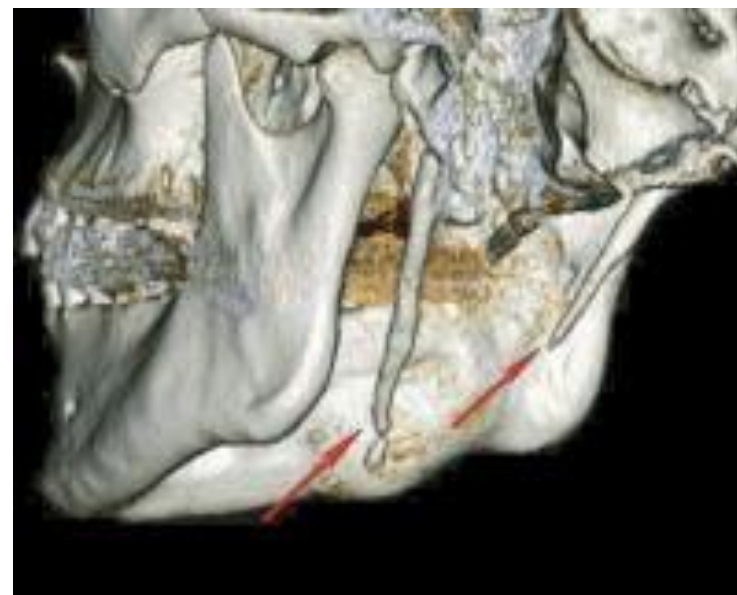
- 1 — чешуйчатая часть;
- 2 — скуловой отросток;
- 3 — нижнечелюстная ямка;
- 4 — суставной бугорок;
- 5 — наружное слуховое отверстие;
- 6 — каменисто-чешуйчатая щель;
- 7 — барабанная часть;
- 8 — сосцевидный отросток;
- 9** — шиловидный отросток

Общие сведения

Удлинение шиловидного отростка впервые было описано в 1652 году Pietro Marchetti, однако только в 1937 году отоларинголог Watt Weems Eagle впервые описал клинические проявления синдрома, который теперь носит его имя .

Длина шиловидного отростка в среднем равна 20 – 30 мм. Удлиненным считается отросток длиной более 30 мм.

Анатомические изменения шиловидного отростка встречаются у 18–30% взрослых людей, однако клинические проявления развиваются только у 1–5%.



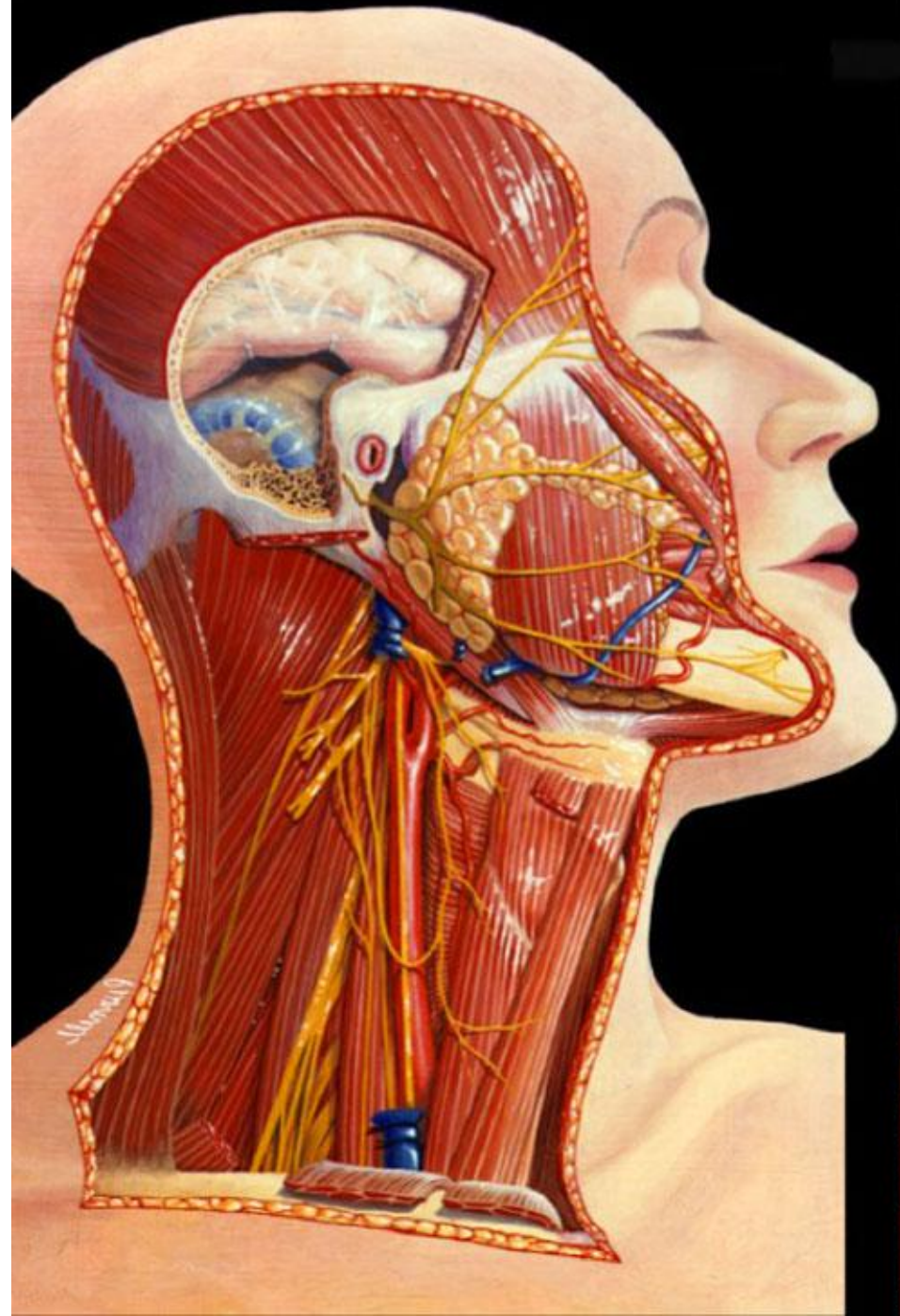
Причины

Синдром Игла развивается вследствие изменения структур шилоподъязычного комплекса (ШПК), а именно – шиловидного отростка височной кости (ШОВК), шилоподъязычной связки (ШС) или подъязычной кости. Аномалии ШОВК связаны с его удлинением или неправильным расположением – отклонением, искривлением. Патологические изменения связки обусловлены ее обызвествлением (неполным/полным, одно- или двусторонним). Анатомические дефекты подъязычной кости представлены увеличением боковых отростков – рогов.



Патогенез

- Шиловидный отросток отходит от нижнего полюса височной кости, направлен вниз и кпереди. Он расположен в тесной анатомической близости к стенке глотки, внутренней и наружной сонным артериям, яремной вене, черепным нервам (подъязычному, языкоглоточному, добавочному).
- У детей ШОВК представляет собой хрящевое образование, которое с возрастом подвергается оксификации. В случае задержки процесса окостенения, под действием тяги прикрепленных к шиловидному отростку мышц он вытягивается в длину или отклоняется в какую-либо сторону. Окостенение связки может быть обусловлено наличием в ней элементов эмбрионального хряща, который со временем подвергается кальцификации. Если оксификация одновременно охватывает ШОВК и ШС, то образуется гипертрофированный костный

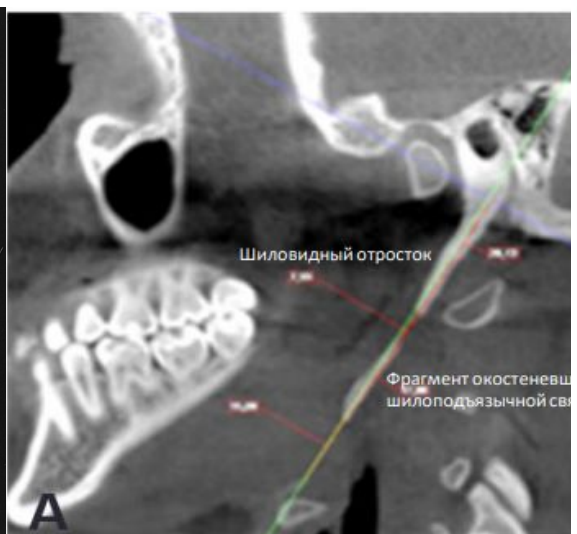
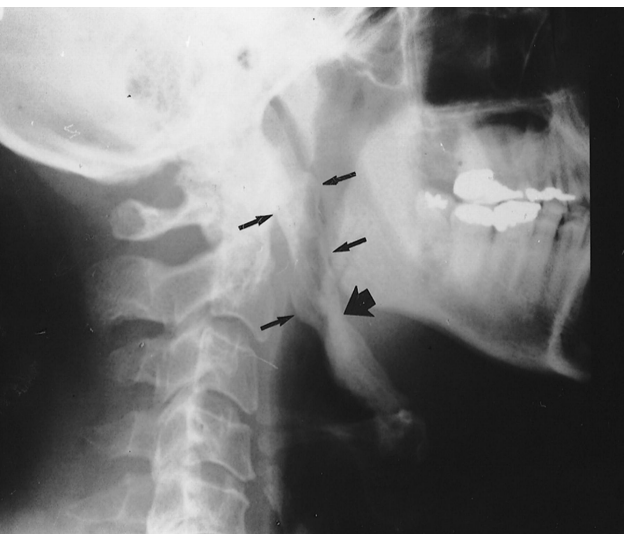


Классификация и симптомы

- **Шиловидно-глочный** (классический) – связан с раздражением ветвей языкоглоточного нерва, характеризуется упорными болевыми ощущениями; Значительная часть пациентов с шилоподъязычным синдромом отмечают затруднения глотания, ощущение инородного тела (чувство застрявшей косточки, комка в горле), боль при глотании. В редких случаях возникают парестезии языка, гиперсаливация, изменения голоса.
- **Шиловидно-каротидный** (синдром сонной артерии) – развивается при вовлечении в патологический процесс сонных артерий, сопровождается цереброваскулярными проявлениями. беспокоит боль в шее, цефалгия (в темени, висках, затылке, окологлазничной области). Боли усугубляются при поворотах шеи, наклонах головы, в неудобной позе во время сна. На фоне шейно-лицевых болей периодически возникают приступы головокружения, потемнения в глазах, синкопальные состояния. Возможны эпизоды сердцебиения, тошнота.

Диагностика

- Клинический осмотр
- Рентгенодиагностика
- Исследование сосудов шеи



Лечение

Консервативная терапия

Обычно используется у пациентов с шиловидно-глочным синдромом. Рекомендуются прием НПВС, седативных препаратов. Проводятся курсы ультрафонофореза с гидрокортизоном.

Эффективны блокады с анестетиком и кортикостероидами в область окологлоточного пространства.

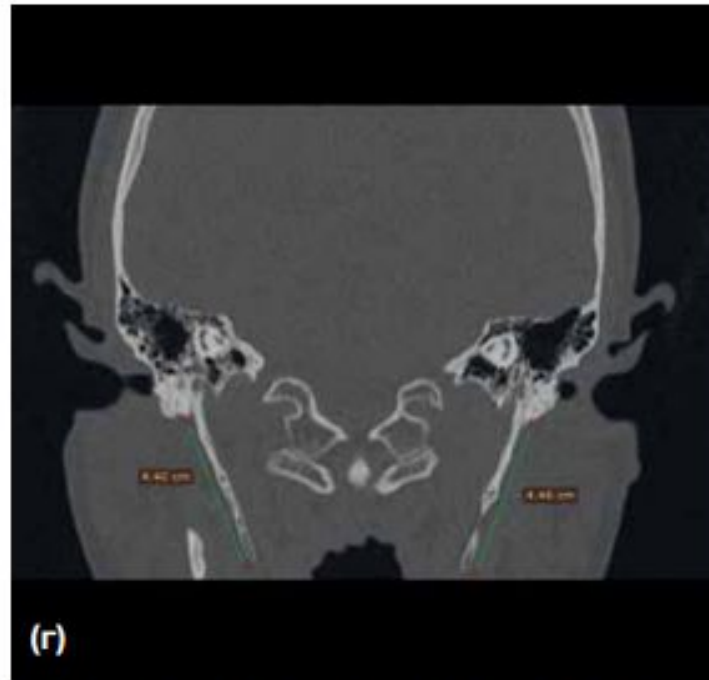
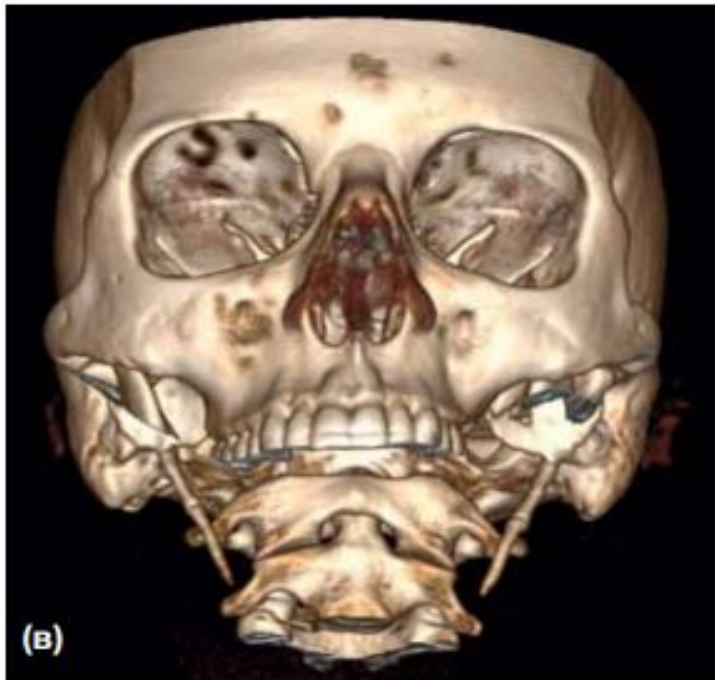
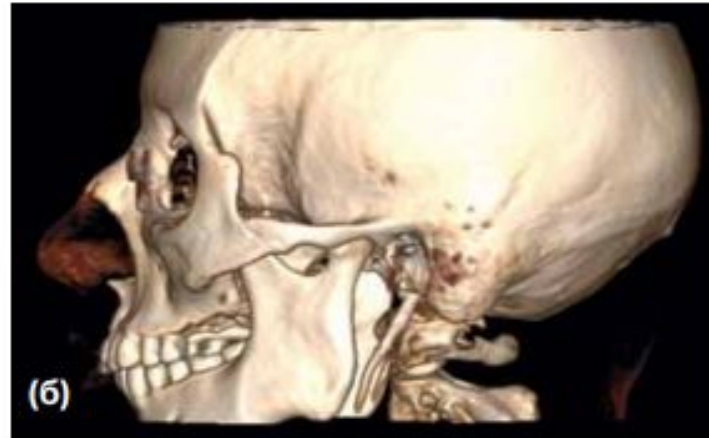
Хирургическое лечение

При развитии шило-каротидного синдрома выбирается хирургическая тактика, которая заключается в резекции верхушки шиловидного отростка – проведении частичной стилоидэктомии. Существуют 2 принципиальных подхода к выполнению оперативного вмешательства:

-Внутренний. Доступ осуществляется через переднюю небную дужку либо тонзиллярную нишу после удаления миндалин.

-Наружный. Разрез производится в заушной или

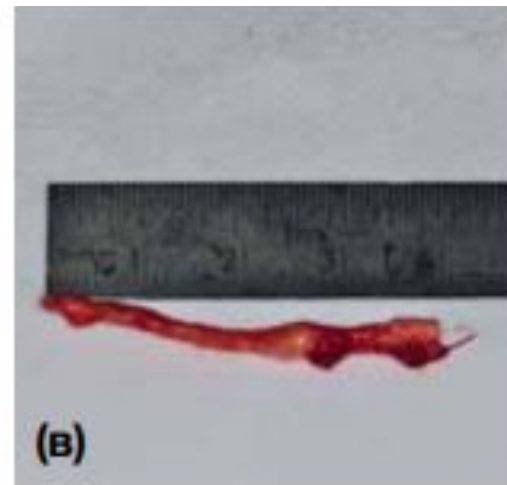
Клинический случай



Компьютерная томография пациентки К., 24 года. Диагноз: Аномалия развития шиловидного отростка височной кости с двух сторон

Примечание. (а) — 3D-реконструкция, вид справа; (б) — 3D-реконструкция, вид слева; (в) — 3D-реконструкция, фас; (г) — корональный срез.

Лечение



Примечание. (а) — предоперационная разметка заушного доступа; (б) — выделенный в ходе операции шиловидный отросток; (в) — удаленный шиловидный отросток.



Примечание. (а) — 3D-реконструкция, вид справа; (б) — 3D-реконструкция, вид слева.

Используемая литература

- *Хирургические методы лечения шилоподъязычного синдрома/ Назарян Д.Н., Караян А.С., Федосов А.В.// Клиническая практика. 2019. - 10(2).*
- *Диагностика шилоподъязычного синдрома/ Лебедев В.В., Кочкина Н.Н., Лебедева Т.В.// Вестник оториноларингологии. – 2014- (5).*
- *Eagle WW. Elongated styloid processes: report of two cases. Arch. Otolaryngol. Head and Neck Surgery.*

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !