

Гигантский шиловидный отросток

Мащенко И.В., Кабак С.Л., Журавлева Н.В., Юшкевич Е.В., кафедра
морфологии человека БГМУ

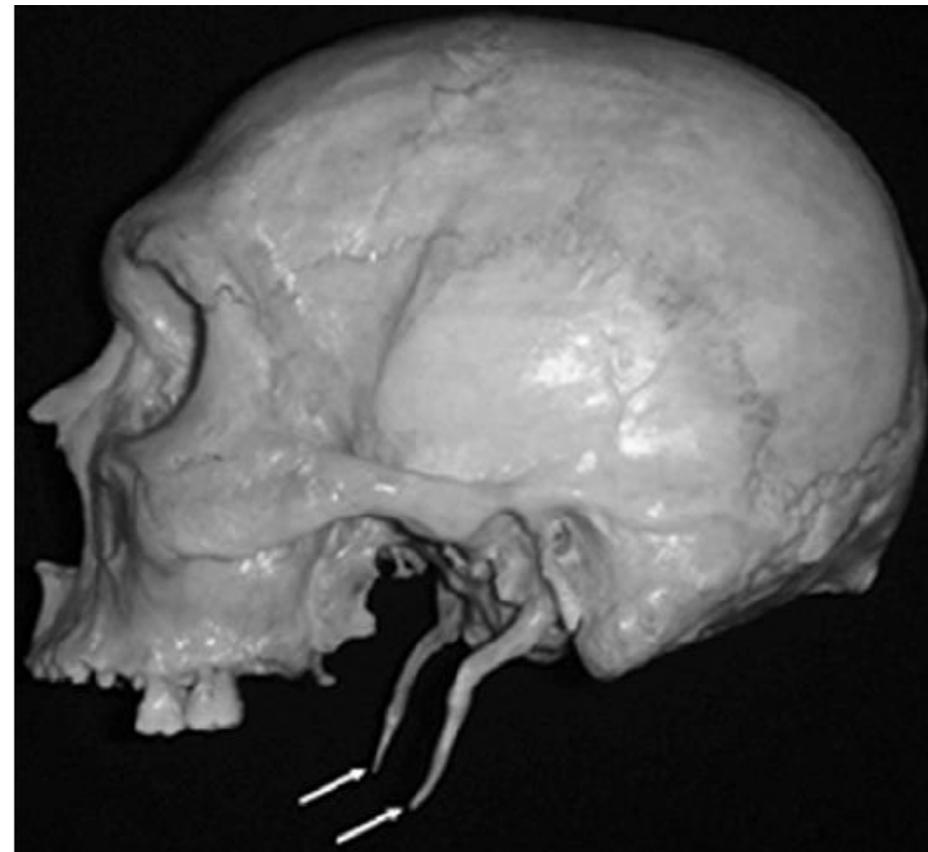
История

- В 1652 году итальянский хирург Pietro Marchetti первым описал клинические симптомы рецидивирующего респираторного дистресс-синдрома в сочетании с удлинённым шиловидным отростком
- Свое название синдром получил по имени американского оториноларинголога Watt W. Eagle, который в конце 40-х – начале 50-х годов прошлого века собрал данные о 200 пациентах, имевших клинические симптомы, обусловленные удлинённым шиловидным отростком и/или окостеневшей шилоподъязычной связкой



Длина шиловидного отростка

- У взрослых представителей белой расы его длина в среднем равна 20 – 30 мм, а у жителей Азии – 15,4 – 18,8 мм
- Удлиненным считается отросток длиной более 30 мм. Такие отростки встречаются примерно у 4% людей из общей популяции и в 4% случаев, преимущественной у пациентов старше 30 лет, их присутствие сопровождается клинической симптоматикой
- NB! Под термином «шиловидный отросток» часто подразумевается **ШИЛОВИДНО-ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ КОМПЛЕКС** = шиловидный отросток + шилоподъязычная связка + малый рог подъязычной кости



Симптоматика

- Клиническая картина **шиловидно-глоточного подвида** синдрома Игла включает ощущение присутствия инородного тела в горле, одонтолгия и дисфагию, а также болезненные ощущения в области лица и шеи
- **Шиловидно-каротидный подвид** («синдром сонной артерии») является причиной острых нарушений мозгового кровообращения, транзиторных ишемических атак и инфарктов мозга, которые проявляются головокружениями, головной болью, обмороками и проходящей потерей зрения
- По мнению Camarda et al. (1989) **синдром Игла** обычно развивается после травмы шеи или оперативного вмешательства (тонзилэктомии), тогда как **синдром шиловидно-подъязычного комплекса** связан с удлинением шиловидного отростка за счет окостенения шиловидно-подъязычной связки NB! Источником развития связки, шиловидного отростка и малого рога подъязычной кости является хрящ второй жаберной дуги (*хрящ Рейхерта*)

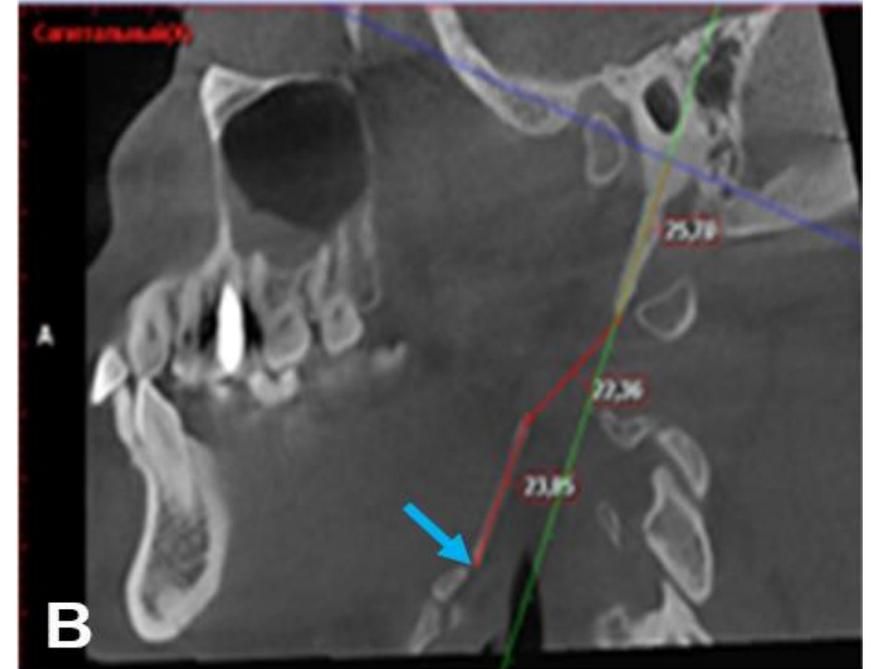
Клинический случай №1

- 37-летняя женщина обратилась в медицинский центр с жалобами на приступы болей в половине лица при открывании рта, иррадиирущими в область левого уха. В анамнезе отсутствовали сведения о травмах шеи, патологии уха, носа и горла
- Для уточнения диагноза была выполнена конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). Исследование проводилось с использованием сканера Galileos GAX5 со стандартными настройками

Клинический случай № 1: данные КЛКТ

Слева выявлено:

- окостенение шилоподъязычной связки на протяжении 23,8 мм; ее дистальный конец контактирует с малым рогом подъязычной кости;
- закругленные, склерозированные и утолщенные концы малого рога и нижнего конца окостеневшей связки свидетельствуют о наличии неоартроза, сформированного за счет движения этих структур друг относительно друга;
- длина шиловидного отростка височной кости *в пределах нормы* (25,7 мм). Его вершина лежит на уровне отверстия нижней челюсти

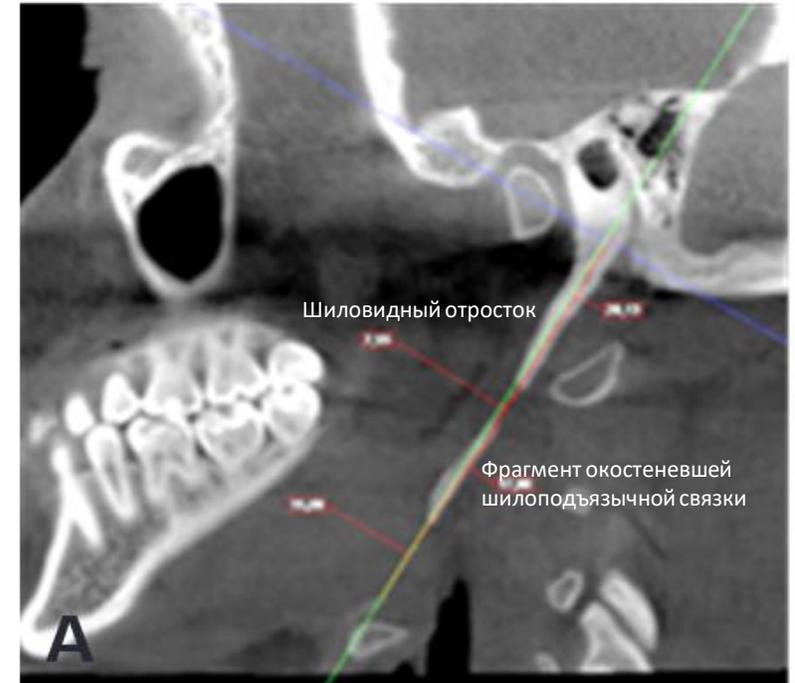


КЛКТ, скорректированный сагиттальный срез. Голубая стрелка указывает на неоартроз между окостеневшим фрагментом связки и подъязычной костью

Клинический случай № 1: данные КЛКТ

Справа выявлено:

- окостеневший фрагмент шилоподъязычной связки длиной 17,9 мм, который находится на расстоянии 15,1 мм от малого рога подъязычной кости;
- длина шиловидного отростка – 28,13 мм; его верхушка находится ниже уровня отверстия нижней челюсти.



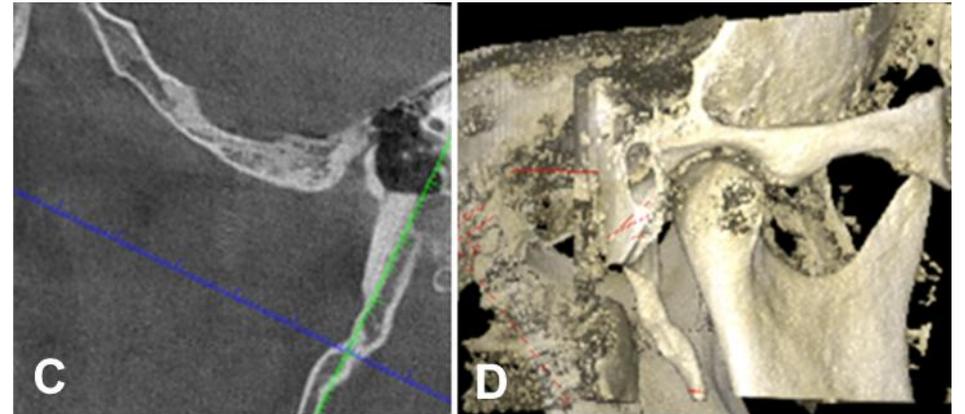
КЛКТ, скорректированный
сагиттальной срез

Клинический случай № 2

- Мужчина 1976 г.р. обратился в медицинский центр с жалобами на боли в переднебоковой области шеи, возникающими при глотании и зевании, которые беспокоят в течение 5 месяцев;
- При пальпации выявлена болезненность в переднебоковой поверхности шеи и височно-нижнечелюстном суставе справа;
- При КЛКТ исследовании был диагностирован двусторонний рецидивирующий вывих височно-нижнечелюстного сустава. При функциональной пробе головки нижней челюсти смещались кпереди от вершин суставных бугорков справа на 8,2 мм, слева – на 8,0 мм (смещение превышает пределы физиологической нормы)

Клинический случай № 2

- На КЛКТ обнаружена асимметрия шиловидных отростков; длина правого составляла 33,0 мм, левого - 35,1 мм;
- Левый отросток без патологических изменений;
- С правой стороны отросток имел «штыкообразную» деформация, расположенную на расстоянии 19,5 мм от его основания;



КЛКТ, С – скорректированный сагиттальный срез; D – 3D реконструкция

Клинический случай № 2

Сочетание рецидивирующего вывиха височно-нижнечелюстного сустава с деформацией шиловидного отростка позволяет предположить наличие травмы в анамнезе, хотя пациент факт травмы не подтвердил, хотя с его слов, активно занимается спортом;

Заключение: односторонний характер жалоб, правосторонняя деформация шиловидного отростка (по всей видимости посттравматическая) служат основанием для постановки диагноза **синдром Игла** (*шиловидно-глочный подвид*)

Клинический случай № 3

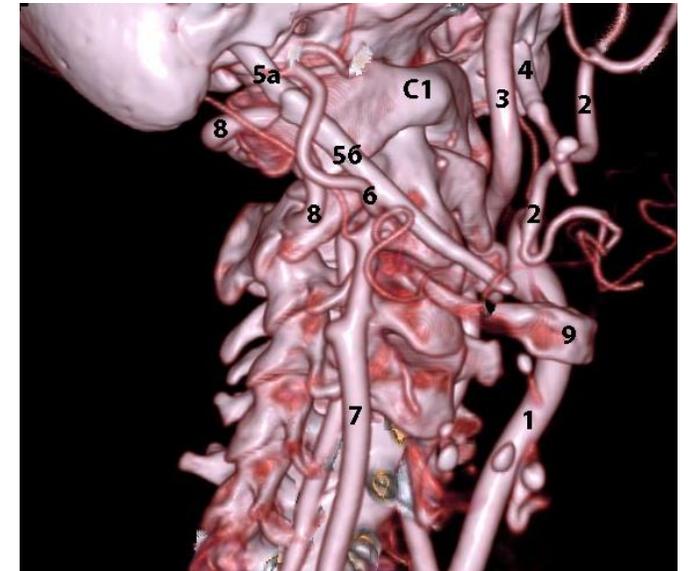
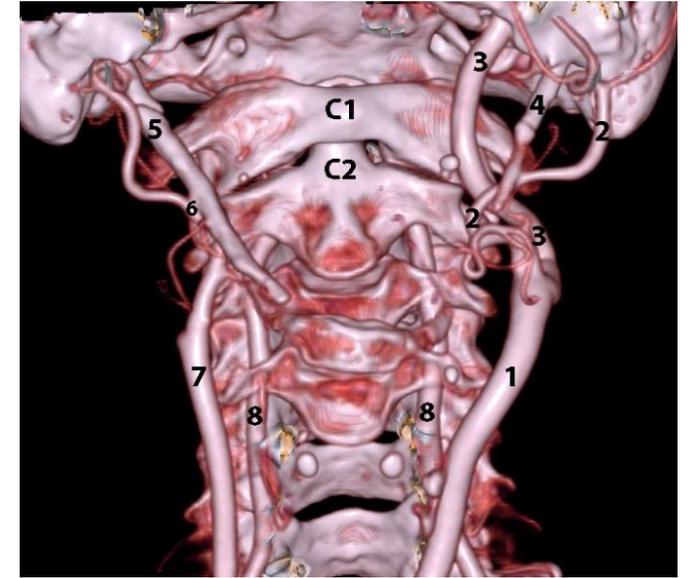
- Пациентка 69 лет, находилась на лечении в кардиологическом стационаре с диагнозом: ИБС: Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты с расширением восходящего отдела. Недостаточность аортального клапана с регургитацией 2 степени. Осложнения: желудочковая экстрасистолия. Блокада левой ножки пучка Гиса. Н 1. NYHA II;
- При проведении компьютерной томографической ангиографии (КТ-ангиографии) сосудов головы и шеи выявлены тотальная окклюзия экстракраниального отдела внутренней сонной артерии и удлиненные шиловидные отростки

Клинический случай № 3: данные КТ-ангиография

С правой стороны шило-подъязычный комплекс, длиной 5,5 см, находится спереди и с медиальной стороны от наружной сонной артерии с отклонением в медиальном направлении на 67°. Правая внутренняя сонная артерия не визуализируется почти на всем протяжении шейного отдела

1. Левая общая сонная артерия. 2. Левая наружная сонная артерия. 3. Левая внутренняя сонная артерия. 4. Левый шиловидный отросток. 5. Правый шиловидный отросток. 6. Правая наружная сонная артерия. 7. Правая общая сонная артерия. 8. Позвоночная артерия. 9. Тело подъязычной кости.

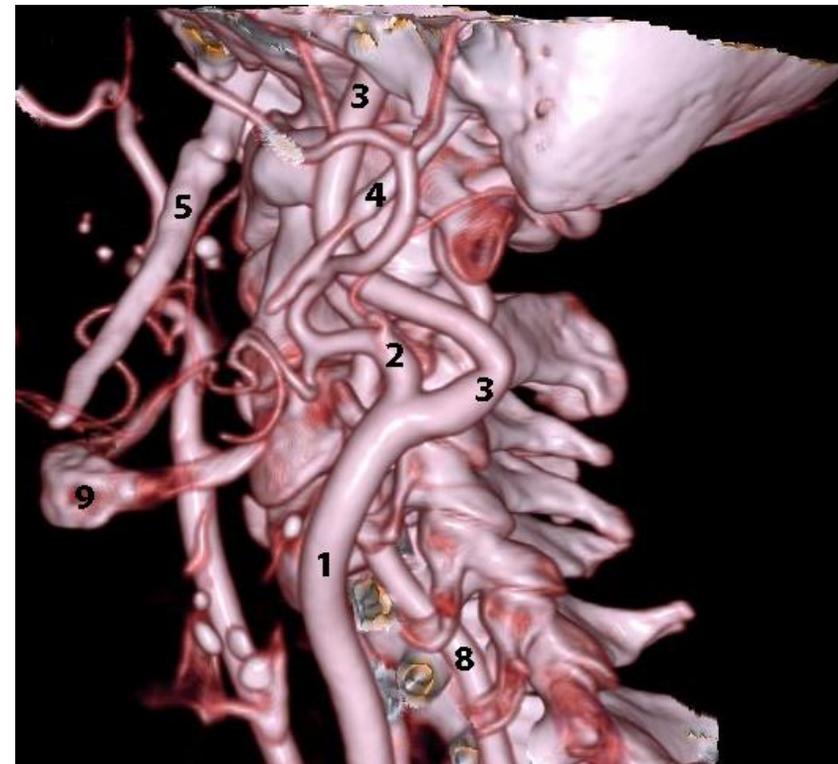
Верхний рисунок – вид спереди; нижний рисунок – вид с правой стороны



Клинический случай № 3: данные КТ-ангиография

Левый шиловидно-подъязычный комплекс длиной 3,5 см лежит спереди наружной и внутренней сонной артерии. Расстояние между шиловидным отростком и внутренней сонной артерией = 10,8 мм. Угол медиального отклонения отростка – 71°. Комплекс состоит из собственно шиловидного отростка и обызвествленной шилоподъязычной связки, между которыми находится псевдосоединение.

1. Левая общая сонная артерия. 2. Левая наружная сонная артерия. 3. Левая внутренняя сонная артерия. 4. Левый шиловидный отросток. 5. Правый шиловидный отросток. 8. Позвоночная артерия. 9. Тело подъязычной кости.



Вид с правой стороны

Клинический случай № 3: заключение

Возможно, между наличием «гигантского шиловидного отростка» и тотальной окклюзией экстракраниального отдела правой внутренней сонной артерии имеется причинно-следственная связь. Однако подтвердить тот факт, что шиловидный отросток действительно контактирует со стенкой ВСА, не представляется возможным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- С возрастом происходит не столько реальное удлинение шиловидного отростка височной кости, сколько кальцификация шило-подъязычной связки на большем или меньшем ее протяжении
- Окостенение шило-подъязычной связки в ряде случаев сопровождается клинической симптоматикой
- Длина шило-подъязычного комплекса не является критическим фактором при синдроме Игла