

2. Varga, I. Anatomic variations of the spleen: current state of terminology, classification, and embryological background / I. Varga J. Babala // J. Surgical and Radiologic Anatomy. – 2018. – Vol. 40. – P. 21–29.

3. Петренко, В. М. Селезенка в эмбриогенезе человека / В. М. Петренко // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – №9–1. – С. 76-77

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ШИЛОВИДНОГО ОТРОСТКА ВИСОЧНОЙ КОСТИ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Татун Т. В., Варец И. Г.¹, Волк К. В., Тимошко А. Н.

Гродненский государственный медицинский университет

¹Гродненская университетская клиника

Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Processus styloideus височной кости представляет собой отросток конической или цилиндрической формы, расположенный на нижней поверхности pars petrosa височной кости кпереди от шилососцевидного отверстия.

Processus styloideus начинает формироваться на 10-11 неделе внутриутробного развития из краниальной части хряща Райхерта (Reichert) второй висцеральной (жаберной) дуги. Processus styloideus чаще отклоняется вниз, кпереди, немного медиально. Его дистальная часть направлена вдоль стенки глотки и является местом прикрепления мышц «анатомического букета» (mm. styloglossus, stylohyoideus, stylopharyngeus) и связок ligg. stylohyoideum и stylomandibulare. Благодаря прикреплению этих структур к шиловидному отростку, обеспечивается движение языка, глотки, гортани, подъязычной кости и нижней челюсти. Функциональное назначение связок велико. Так, шилоподъязычная связка, которая формируется из средней части хряща Райхерта, обеспечивает ориентацию и положение подъязычной кости во время акта глотания, с возрастом может окостеневать. Шилонижнечелюстная связка ограничивает перемещения нижней челюсти вперед, формируя компонент биомеханики открывания рта. Медиальная поверхность шиловидного отростка прилежит к внутренней сонной артерии, внутренней яремной вене, языкоглоточному, подъязычному и добавочному нервам. Впереди отростка на расстоянии 3-6 мм располагается наружная сонная артерия, а его верхушка находится на расстоянии 6-10 мм от боковой стенки глотки с расположенным на ней нервным сплетением. У детей шиловидный отросток представляет собой хрящевое образование, которое с возрастом подвергается оксификации, но в случае задержки процесса окостенения, под действием тяги прикрепленных к

шиловидному отростку мышц он вытягивается в длину или отклоняется в какую-либо сторону[1].

В норме длина данного отростка колеблется в пределах 25-30 мм. Удлиненным считается шиловидный отросток, длина которого превышает 30 мм. Данная особенность его анатомического строения может сопровождаться развитием шило-подъязычного синдрома (синдрома Игла), но при этом даже при увеличении размеров отростка не всегда наблюдаются симптомы, характерные для данного синдрома. В различных возрастных группах длины шиловидных отростков могут отличаться. Так, например, у мужчин старше 40 лет его средняя длина составляет приблизительно 45 мм, при этом не всегда наблюдаются симптомы, характерные для шило-подъязычного синдрома[2].

Цель. Изучить и проанализировать клинический случай удлиненного шиловидного отростка височной кости с обеих сторон, при проведении мультипланарной реконструкции КТ-изображений органов головы и шеи в аксиальной, сагиттальной и фронтальной проекциях.

Материалы исследования. История болезни (мужчина 38 лет), которому в 2024 году была произведена мультиспиральная компьютерная томография органов головы и шеи в УЗ «Гродненская университетская клиника».

Результаты. Нами наблюдался случай удлиненных шиловидных отростков височной кости в 2024 у мужчины 30 лет.

Жалобы: три месяца беспокоит давление, покалывания между горлом и ухом, ощущения, будто что-то подпирает барабанную перепонку, при глотании боли, ненадолго закладывает ухо. Проведено КТ-исследование области шеи. По результатам КТ-исследования: анатомия полости рта – без особенностей. Утолщена стенка ротоглотки на уровне локализации небных миндалин до 15 мм слева (справа 13 мм толщиной). В стенках ротоглотки на уровне локализации небных миндалин кальцинаты 3 мм сечением справа, 1 мм и 3 мм сечением слева. Анатомические пространства шеи хорошо дифференцируются. Утолщение черпало-надгортанных складок не отмечается. Грушевидный синус, голосовые складки, черпаловидный хрящ – без особенностей. Подскладочный отдел свободен. Видимые отделы околоушных и подчелюстных слюнных желез не изменены. Щитовидная железа расположена обычно, размеры ее долей не увеличены. Структура щитовидной железы однородная, контуры ровные и четкие. Увеличено количество верхних яремных л-узлов без увеличения их размеров мах до 9 мм в поперечнике. Костно-деструктивных изменений не выявлено.

Имеется косо расположенная аномальная костная перемычка протяженностью до 30 мм между удлиненным до 34 мм шиловидным отростком височной кости справа и малым правым рогом подъязычной кости, с наличием неоартрозов в области шиловидного отростка и рога подъязычной кости. Слева шиловидный отросток так же удлинен до 34 мм, фрагментирован. Аномальное строение шиловидных отростков обеих височных костей.

Основными причинами удлинения шиловидного отростка может выступать и окостенение (кальцификация) шилоподъязычной связки. Кальцификация может быть полной или частичной, с одной или двух сторон, сплошной или с образованием суставоподобных сочленений. Степень оксификации варьирует от небольших гиалиновых очагов до полного окостенения. В последнем случае обызвествленная связка срастается с малыми рожками подъязычной кости, а с шиловидным отростком образует суставоподобное соединение. При этом образуется гигантский шиловидный отросток (мегастилоид), который проходит вблизи языкоглоточного нерва, между наружной и внутренней сонными артериями.

Болевые ощущения в области тонзиллярной ямки (*fossa tonsillaris*) и глотки могут возникать из-за раздражения нервных окончаний языкоглоточного, и варьировать от резких сильных до постоянных ноющих, иррадиирующих в миндалину и ухо.

Вывод. Анатомические изменения шиловидного отростка встречаются у 18-30% взрослых людей, однако клинические проявления развиваются только у 1-5%. Удлинение шиловидного отростка встречается преимущественно у мужчин. Клинические проявления синдрома возникают после 30-40 лет.

Основные факторы риска включают возможность задержки процесса окостенения, в результате которого под действием тяги прикрепленных к шиловидному отростку мышц он вытягивается в длину или отклоняется в какую-либо сторону, возможность сохранения в нем и шилоподъязычной связке остатков эмбрионального хряща, способного стимулировать процессы костеобразования.

Список литературы

1. Рыжкова, А. В. Шилоподъязычный синдром и основные морфологические характеристики шиловидного отростка височной кости, способствующие его возникновению / А. В. Рыжкова, Л. А. Давыдова, В. Д. Наumenко. // Молодой ученый. – 2016. – № 19 (123). – С. 174-179.
2. Feldman V. Eagle's syndrome: a case of symptomatic calcification of the stylohyoid ligaments. // J Can Chiropr Assoc. – 2003. – Vol. 47. – P. 21–27.