https://doi.org/10.34883/PI.2026.16.3.048

Чекан В.Л.[1], Ниделько А.А.[2] ✉
[1] Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
[2] Республиканский научно-практический центр оториноларингологии, Минск, Беларусь

Шилоподъязычный синдром (синдром Игла): обзор литературы и клинический случай

Конфликт интересов: не заявлен.
Вклад авторов: концепция, редактирование – Чекан В.Л.; обзор литературы, сбор материала, написание текста – Ниделько А.А.
Информированное согласие: авторы имеют подписанное информированное согласие пациентки на анонимное опубликование ее данных (изображений) в медицинском издании.

Подана: 30.03.2026
Принята: 16.07.2026
Контакты: anastasiyanid11.11@mail.ru

Резюме

Синдром Игла – это состояние орофациальной боли, связанное с удлинением шиловидного отростка или кальцификацией шилоподъязычной связки. Мы описали клиническую картину и лечение синдрома Игла у женщины 50 лет, обратившейся в Республиканский научно-практический центр оториноларингологии. В данной статье мы представили случай диагностики и лечения пациентки с хронической болью и описали анамнез жизни женщины с этим заболеванием и успешность хирургического лечения. Жалобы у пациента были на дискомфорт в горле, больше справа, ощущение инородного тела в правой подчелюстной области около года. В описанном случае диагностика синдрома Игла длилась 1 год. При осмотре в области передней небной дужки справа в нижнем отделе пальпируется плотное канатообразное образование до 2 см в длину, толщиной 5 мм. Трехмерная реконструкция изображений компьютерной томографии считается «золотым стандартом» диагностики шилоподъязычного синдрома. Консервативные методы, такие как нестероидные противовоспалительные средства, физиотерапия, иглорефлексотерапия в нашем случае не принесли выраженного стойкого эффекта. Хирургическое вмешательство достигло хорошей эффективности. Период наблюдения 1 год.
Ключевые слова: синдром Игла, шиловидный отросток, шилоподъязычная связка, орофациальная боль, хирургическое лечение, компьютерная томография

Chekan V.[1], Nidzelko A.[2] ✉
[1] Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus
[2] Republican Scientific and Practical Center of Otorhinolaryngology, Minsk, Belarus

Stylohyoid Syndrome (Eagle Syndrome): A Literature Review and a Case Report

Conflict of interest: nothing to declare.
Authors' contribution: concept, editing – Chekan V.; literature review, data collection, and text writing – Nidzelko A.
Informed consent: the authors obtained signed informed consent from the patient for anonymous publication of her data (images) in a medical journal.

Submitted: 30.03.2026
Accepted: 16.07.2026
Contacts: anastasiyanid11.11@mail.ru

Abstract

Eagle syndrome is a condition of orofacial pain associated with elongation of the styloid process or calcification of the stylohyoid ligament. We describe the clinical presentation, diagnosis, and treatment of Eagle syndrome in a 50-year-old woman who presented to the Republican Scientific and Practical Center of Otorhinolaryngology. The article presents a case of a patient with chronic pain, describes her medical history, and In this case, the diagnosis of Eagle syndrome took one year. In the case described, it took one year to establish the diagnosis of Eagle syndrome. The patient complained of throat discomfort, predominantly on the right side, and a foreign body sensation in the right submandibular region for about a year. On examination, a dense, rope-like mass up to 2 cm long and 5 mm thick was palpated in the lower right anterior tonsillar arch. Three-dimensional computed tomography reconstruction is considered the gold standard for diagnosing this syndrome. Conservative methods, such as nonsteroidal anti-inflammatory drugs, physiotherapy, and acupuncture, did not provide a significant lasting effect, whereas the surgical intervention achieved excellent efficacy. The postoperative follow-up period was one year.
Keywords: Eagle syndrome, styloid process, stylohyoid ligament, orofacial pain, surgical treatment, computed tomography

■ ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЭТИОЛОГИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Синдром Игла, также известный как шилоподъязычный синдром, шиловидный синдром, синдром шиловидно-сонной артерии, синдром Игла – Стерлинга – редкое заболевание, вызванное удлинением или деформацией шиловидного отростка [1]. Синдром Игла был назван в честь Уотта У. Игла, отоларинголога из Университета Дьюка, который описал случаи заболевания в 1937 г. [2].

Шиловидный отросток представляет собой костный выступ, который исходит от каменистой части височной кости, простирающийся вперед, вниз и немного внутрь. Эта анатомическая структура является ядром шиловидного аппарата, который функционирует как единое целое с тремя прикрепленными мышцами (шилоподъязычной, шилоязычной и шилоглоточной) («букет Риолана») и двумя связками (шилоподъязычной и шилонижнечелюстной). Добавочный и блуждающий нервы проходят

медиально от шиловидного отростка. Лицевой нерв проходит переднемедиально, прежде чем пройти сквозь околоушную железу. Шиловидный аппарат берет начало от второй жаберной дуги [3].

Этиология синдрома Игла вызывает споры. Доктор Уотт Игл предположил, что хирургическая травма (тонзиллэктомия) или местное хроническое раздражение вызывают остеит, периостит или тендинит шиловидного отростка и шилоподъязычных связок, что приводит к реактивной оссифицирующей гиперплазии. Позднее Лентини (1975 г.) выдвинул гипотезу о том, что персистирующие мезенхимальные элементы, также известные как остатки хряща Рейхерта, могут подвергаться костной метаплазии в условиях соответствующего травматического или стрессового события. Эпифанио в 1962 г. считал, что оссификация шиловидного отростка также соответствует эндокринным нарушениям у женщин в менопаузе, у которых также наблюдается оссификация других связок организма. Gokce C. et al. (2008 г.) сообщили, что у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности, имеющих нарушения обмена кальция, фосфора и витамина D, наблюдалась гетеротопическая кальцификация, которая приводила к удлинению шиловидного отростка и, следовательно, к проявлению синдрома Игла. Ретроспективное исследование Секерчи, проведенное в 2015 г., показало присутствие связи между наличием дугообразного отверстия и удлинением шиловидного отростка. Результаты были получены на основе данных трехмерной компьютерной томографии 542 пациентов [1]. Окостенение шилоподъязычной связки, по-видимому, является причиной аномального удлинения отростка, но точный провоцирующий фактор остается неизвестным [2].

Распространенность составляет 4–8 человек на 10 000 населения [4]. По другим данным, удлиненный шиловидный отросток встречается примерно у 4% общей популяции, но из них только около 4% имеют симптомы, которые можно отнести к удлинению шиловидного отростка; таким образом, истинная частота составляет около 0,16%.

Классический (болевой) вариант синдрома чаще встречается у женщин, чем у мужчин (соотношение 2 : 1), с пиком в возрасте старше 50 лет [4]. Сосудистый вариант синдрома преобладает у мужчин (до 70,1% случаев). Эти данные заставляют пересмотреть традиционный портрет пациента («женщина среднего возраста с болью в горле») и повысить настороженность в отношении мужчин с неясными неврологическими симптомами [5].

Характеризуется удлинением шиловидных отростков и/или кальцификацией шилоподъязычной связки, классически односторонним или реже двусторонним [4]. Нормальный шиловидный отросток имеет длину до 25 мм; клинически шиловидные отростки описываются как удлиненные при длине более 30 мм. В российской популяции средняя длина шиловидных отростков достигает 27,40±0,34 мм (у мужчин – 28,50±0,42 мм, у женщин – 25,30±0,56 мм) при крайних значениях вариационного ряда от 7 до 70 мм [6]. У некоторых пациентов с удлиненными шиловидными отростками клинические симптомы могут никогда не проявиться; аномалия может быть случайной находкой при компьютерной томографии (КТ), при вскрытии или во время операции (эндартерэктомия сонной артерии) [4].

Длина отростка не является единственным патогенетическим фактором; критическую роль играют ангуляция (угол наклона) и пространственное взаимоотношение с нейроваскулярными пучками. Ангуляция отростка определяет вектор компрессии:

медиальное отклонение угрожает внутренней сонной артерии и глотке, латеральное – наружной сонной артерии и стволу лицевого нерва [5].

В последние годы наблюдается возрождение интереса к данной патологии из-за накопления данных о сосудистых вариантах синдрома (стилокаротидном и стилоюгулярном). Определена их роль в этиологии криптогенных инсультов и диссекций сонных артерий, что переводит проблему из разряда «качества жизни» в плоскость предотвращения жизнеугрожающих состояний [5].

■ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Оториноларингологи встречаются с этим заболеванием из-за характера и локализации имеющихся симптомов. Клинические варианты течения синдрома Игла – Стерлинга:

- классический (болевой);
- шилокаротидный;
- яремный (стило-югулярный венозный синдром) [5, 6].

Пациенты обычно жалуются на одностороннюю боль в шее и области лица (стилалгию), ощущение инородного тела в горле, которое может привести к затруднению глотания твердой пищи, и слуховые симптомы, такие как шум в ушах. Боль является основным симптомом, побуждающим пациентов обратиться к врачу. Эта боль часто характеризуется крайней интенсивностью, часто описывается как острая или стреляющая, локализуясь преимущественно в глотке и шее. Тем не менее она может проявляться и в других областях, включая дно полости рта, челюсти, височно-нижнечелюстной сустав, ухо, лицо, глазницу и основание черепа. Менее частые симптомы, такие как нарушение зрения, дисгевзия, гиперсаливация, головная боль, головокружение, обмороки и проблемы с дыханием, требуют тщательной оценки и дифференциации в диагностическом процессе. Многие проявления, связанные с синдромом Игла, пересекаются с типичными клиническими признаками синдрома жжения рта или дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [2].

Удлиненный отросток при синдроме Игла может взаимодействовать с внутренней сонной артерией. Разрывы сосуда и сдавление могут вызвать цереброваскулярные нарушения, зрительные нарушения, париетальную цефалгию (боль в теменно-височной области и глазнице), синдром Горнера [4]. Чаще встречается у мужчин, коррелирует с поворотами головы, а не с глотанием [5].

При обструкции внутренней яремной вены в некоторых случаях описано, что симптомы похожи на классический синдром, тогда как в других сообщается о тяжелых симптомах и осложнениях, таких как венозная дисциркуляция и внутричерепная гипертензия (диффузные головные боли распирающего характера (brain fog), пульсирующий шум в ушах, нарушения венозного оттока на глазном дне) [5, 6].

Причина возникновения боли у пациентов, ранее не имевших симптомов, неизвестна, однако было предложено несколько механизмов, включающих сосудистое/неврологическое защемление, ревматический стилоидит, вызванный инфекциями глотки, травму, тонзиллэктомию и инволюционные изменения, связанные со старением (например, дегенеративная шейная дископатия, которая может укорачивать шейный отдел позвоночника и изменять направление шиловидного отростка) [5, 6].

■ ДИАГНОСТИКА

При бимануальной пальпации указательный палец вводится в ретромолярную область и тонзиллярную ямку. В норме шиловидный отросток не пальпируется. При синдроме Игла определяется плотное, заостренное костное образование. Пальпация должна воспроизводить типичную для пациента боль. Инъекция лидокаина может быть ценным инструментом для диагностики. В переднюю дужку и примерно на 1–2 см в миндаликовую ямку осторожно вводят 1 мл 2%-ного раствора лидокаина. Если вскоре после этого у пациента наступает временное облегчение симптомов, тест считается положительным, подтверждая диагноз синдрома Игла [7].

Трехмерная реконструкция изображений КТ считается «золотым стандартом» диагностики синдрома Игла. Она позволяет эффективно продемонстрировать окружающие анатомические изменения, особенно при планировании дальнейшего лечения [4]. При наличии сосудистых симптомов стандартной нативной КТ недостаточно, необходимо использовать КТ-ангиографию и динамические пробы [5].

Учитывая неспецифические симптомы, существует широкий список дифференциальных диагнозов, которые необходимо учитывать при оценке пациентов с шейно-лицевой болью. Дифференциальная диагностика включает заболевания височно-нижнечелюстного сустава, опухоли, патологии уха, боли в шее, невралгию тройничного нерва и языкоглоточного нерва. Важно исключить невралгию тройничного, клиновидно-небного и языкоглоточного нерва, дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава, опухоли носоглотки, ротоглотки и основания языка, височный артериит, заболевание слюнных желез, хронический тонзиллит, хронический гортанно-глоточный рефлюкс и многое другое [8].

Важно различать синдромы Эрнеста и Игла. Синдром Эрнеста – это инсерционный тендиноз шилонижнечелюстной связки, при котором боль локализуется в области ветви нижней челюсти и иррадиирует в глаз/висок, имитируя зубную боль нижних моляров (чувствительность зубов), тогда как при синдроме Игла – это прежде всего фарингеальная боль [5].

■ ЛЕЧЕНИЕ

Рекомендуемым методом лечения остается хирургическое вмешательство ввиду его высокой эффективности и низкого риска послеоперационных осложнений. Фармакотерапия должна рассматриваться исключительно при наличии противопоказаний к операции, связанных с заболеваемостью пациента, или при отказе пациента от нее [2].

Рекомендуемые лекарственные препараты включают стероиды, противовоспалительные препараты, местные анестетики, антидепрессанты и антиконвульсанты. Можно рассмотреть инъекцию местного анестетика ± стероид под ультразвуковым контролем, направленную на тонзиллярные ветви языкоглоточного нерва. Блокада звездчатого ганглия также рассматривалась в некоторых случаях, когда пациенты не желали хирургического вмешательства. Эти процедуры сопряжены со значительным повышением риска, включая артериальную инъекцию и повреждение близкорасположенных структур. К другим, более редким методам лечения относятся методы традиционной китайской медицины и мануальная терапия с переломом, хотя сообщается, что они редко приносят пользу и связаны со значительными рисками [4].

Клинические исследования показали, что стойкое долгосрочное облегчение не достигается при консервативном лечении, а симптомы рецидивируют через 6–12 месяцев [7].

Хирургическая резекция может быть выполнена внутриротовым или внеротовым доступом в зависимости от опыта хирурга. Результаты хирургического вмешательства различаются; однако у пациентов, перенесших стилоидэктомию, показатель успешности может достигать 80% [4]. В зависимости от угла шиловидного отростка и трансоральной доступности, оцененной пальпацией, операцию можно проводить с тонзиллэктомией или без нее. Преимуществами внутриротового доступа являются простота техники, сокращение времени операции, возможность проведения под местной анестезией и отсутствие видимых внешних рубцов. Однако основными недостатками являются отсутствие доступа, особенно при последующем кровотечении и глубоких инфекциях шеи, плохая визуализация операционного поля, особенно у пациентов со значительно ограниченным открыванием челюсти, риск ятрогенного повреждения крупных нейроваскулярных структур, изменения речи и глотания из-за послеоперационного отека [1]. Стилоидэктомия внеротовым доступом может быть выполнена с использованием ретроаурикулярного, преаурикулярного, перимандибулярного или шейного доступа. Показания: очень длинные отростки, сосудистые формы (нужен контроль артерии), ограниченное открывание рта, ревизионные операции. Риски, связанные с каждым методом, варьируются в зависимости от местоположения разреза. Основные преимущества шейного доступа включают поддержание асептического операционного поля с минимальным риском инфицирования места операции с адекватным обнажением шиловидного отростка и соседних структур. Единственным недостатком, связанным с ним, является потенциальный риск повреждения краевой ветви лицевого нерва [1].

Трансоральная роботизированная хирургия (TORS) – революция в хирургии синдрома Игла с использованием систем типа da Vinci. Использование ультразвуковых костных ножей (Piezosurgery) при любом доступе является хорошей опцией. Ультразвук избирательно режет минерализованные ткани (кость), не повреждая мягкие ткани даже при прямом контакте [5].

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Х., 1975 г. р., обратилась в июле 2024 г. к фониатру Республиканского научно-практического центра оториноларингологии с диагнозом «М89.8 Шилоподъязычный синдром» и жалобами на дискомфорт в горле, больше справа, ощущение инородного тела в правой подчелюстной области около года. Из анамнеза: со слов пациентки болеет около 2 лет, консервативное лечение по месту жительства (нестероидные противовоспалительные средства, иглорефлексотерапия, магнитотерапия на шею, дарсонваль шейно-воротниковой зоны и левой руки, массаж шейно-воротниковой зоны) без выраженного стойкого эффекта. Аллергия на лизиноприл и анальгин. Страдает артериальной гипертензией 1-й стадии, риск 2, без кризов, хронической поливалентной аллергией, рецидивирующей крапивницей с отеками Квинке, сенсибилизация к бытовым аллергенам, пыльце злаков, эпидермальным аллергенам, хронической цервикоторакалгией с миофасциальным синдром на уровне C5-C6, Th4-Th7, остеохондрозом позвоночника, гипоплазией правой позвоночной артерии справа. В 2016 г. периферический вестибулярный криз на фоне гипоплазии

правой позвоночной артерии. В марте 2023 г. выполнена МРТ шейного отдела позвоночника, где были обнаружены дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника (умеренный остеохондроз, ункоартроз), экструзии межпозвоночных дисков С5-С7 с диско-радикулярными конфликтами слева, умеренным стенозом спинномозгового канала, стеноз правой вертебральной артерии. В апреле 2023 г. было выполнено МРТ головного мозга, патологии не было выявлено. В мае 2023 г. было выполнено УЗИ брахиоцефальных артерий, где была выявлена гипоплазия правой позвоночной артерии. В ноябре 2023 г. было выполнено УЗИ щитовидной железы: без патологии. Гормоны щитовидной железы в норме. В декабре 2023 г. выполнено УЗИ подчелюстной области: без патологии. В апреле 2024 г. в результате проведения КТ был установлен диагноз, обнаружено удлинение шиловидных отростков (правый до 50 мм, левый до 54 мм (норма от 20 до 30 мм)), патологических изменений мягких тканей шеи не выявлено. Признаки стенозирования спинномозгового канала на уровне С5-С6 на фоне дегенеративных изменений позвоночника (рис. 1–3, шиловидный отросток отмечен синей стрелкой).

При осмотре в области передней небной дужки справа в нижнем отделе пальпируется плотное канатообразное образование до 2 см в длину, толщиной 5 мм. Другие лор-органы без патологии. Выполнен комплекс стандартных лабораторных обследований для настоящего оперативного лечения, патологии не выявлено. С целью хирургического лечения поступила во взрослое оториноларингологическое отделение стационара Республиканского научно-практического центра оториноларингологии в ноябре 2024 г., где 26.11.24 выполнено удаление части шиловидного отростка справа под эндотрахеальным наркозом внутриротовым доступом без тонзиллэктомии.

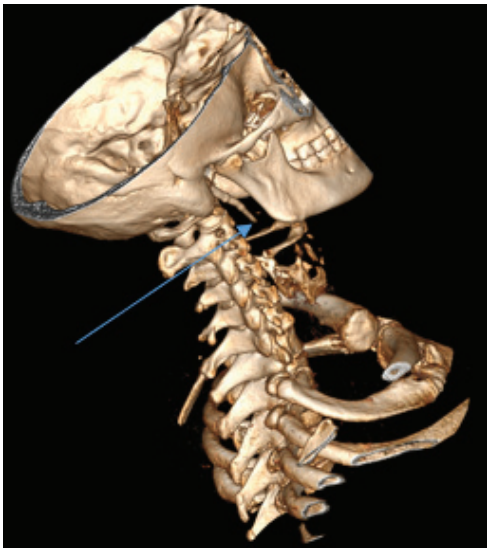


Рис. 1. Трехмерное изображение КТ лицевого черепа, шеи, 19.04.24, правая сторона
Fig. 1. Three-dimensional CT image of the facial skull, neck, 04/19/24, right side



Рис. 2. Трехмерное изображение КТ лицевого черепа, шеи, 19.04.24, левая сторона
Fig. 2. Three-dimensional CT image of the facial skull, neck, 04/19/24, left side



Рис. 3. Трехмерное изображение КТ лицевого черепа, шеи, 19.04.24, базальный вид
Fig. 3. Three-dimensional CT image of the facial skull, neck, 04/19/24, basal view

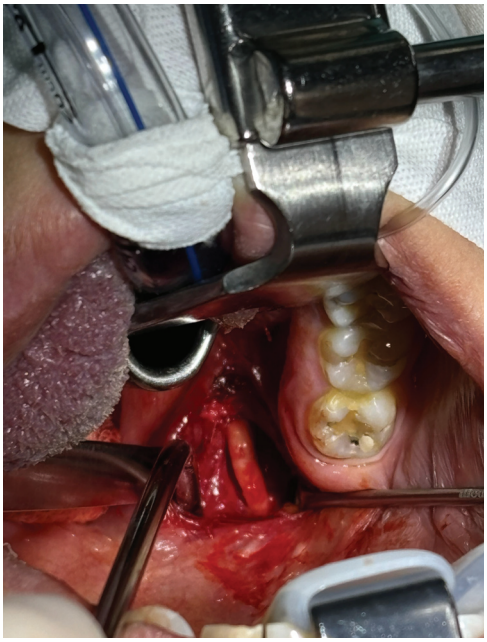


Рис. 4. Обнаженный шиловидный отросток справа
Fig. 4. Exposed styloid process on the right

Из протокола операции: выполнен разрез по переднему краю передней небной дужки справа в нижнем отделе в области пальпируемого шилоподъязычного отростка, тупо выделен отросток дистально до связки, проксимально до 2 см, удалено 2 см. Гемостаз стойкий, ушивание раны послойно (рис. 4–5).

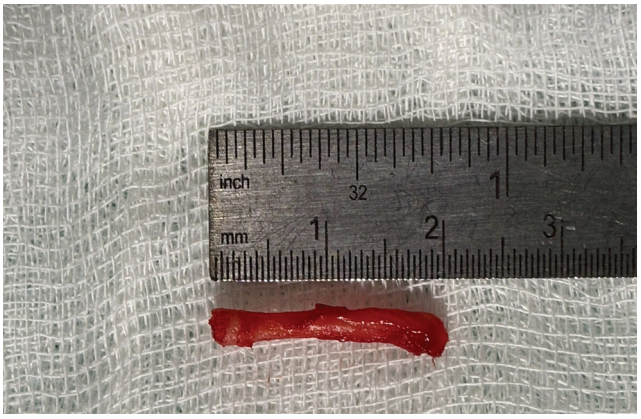


Рис. 5. Удаленная часть шиловидного отростка справа
Fig. 5. The removed part of the styloid process on the right

Хирургическое вмешательство не проводилось слева, т. к. у пациентки жалобы носили односторонний характер. Пациентка выписана на 10-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Послеоперационный период без особенностей. Вышеуказанные жалобы исчезли через 10 дней после операции, при осмотре через год жалоб не было.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Синдром Игла, или шилоподъязычный синдром, представляет собой редкую, но клинически значимую патологию, которая часто остается недиагностированной из-за полиморфизма симптомов и недостаточной осведомленности врачей первичного звена [1]. В представленном клиническом случае диагностика заболевания заняла около года, что подчеркивает сложность дифференциальной диагностики и необходимость настороженности специалистов, особенно ларингологов, неврологов и стоматологов.

Данные литературы указывают на то, что распространенность удлиненного шиловидного отростка в популяции может достигать 4%, однако лишь у 4% из этих лиц развивается симптоматика, требующая лечения [4]. В описанном случае длина отростка составила 50 мм справа и 54 мм слева (при норме до 30 мм), что значительно превышает клинически значимые значения. Интересно отметить, что, несмотря на двустороннее удлинение, клинические проявления носили строго односторонний характер, что подтверждает мнение ряда авторов о том, что решающее значение имеют не столько линейные размеры отростка, сколько его ангуляция (угол наклона) и пространственное отношение к сосудисто-нервным пучкам [5].

Анализ анамнеза пациентки демонстрирует типичную для данного синдрома ситуацию: длительное безуспешное лечение по поводу остеохондроза, фониатрических нарушений и миофасциального синдрома. Учитывая наличие у пациентки гипоплазии позвоночной артерии и вестибулярных кризов в анамнезе, можно предположить, что сосудистый компонент (взаимодействие отростка с сосудистыми структурами) мог усугублять имеющуюся неврологическую симптоматику, хотя ведущей жалобой оставалось ощущение инородного тела и дискомфорт в горле. Это еще раз подтверждает необходимость выполнения КТ с трехмерной реконструкцией (3D-КТ) у пациентов с хронической орофациальной болью, резистентной к стандартной терапии [4, 5].

С тактической точки зрения показательно, что консервативная терапия не принесла стойкого эффекта, что полностью коррелирует с данными систематических обзоров, согласно которым единственным радикальным методом лечения является хирургическая резекция. Выбор внутриротового доступа без тонзиллэктомии в данном случае представляется оптимальным, учитывая хорошую пальпаторную доступность отростка, данные предоперационного обследования (включая КТ) и отсутствие необходимости в коррекции сосудистых нарушений (которые требовали бы наружного доступа для лучшего контроля) [1]. Удаление 2 см дистальной части отростка привело к полному исчезновению жалоб в раннем послеоперационном периоде и отсутствию рецидива в течение года наблюдения, что подтверждает эффективность метода.

Данный клинический случай демонстрирует, что, несмотря на редкость, синдром Игла должен входить в круг дифференциального диагноза при хронической

фарингеальной боли и дисфагии. Ключом к успешному лечению является своевременная инструментальная диагностика (КТ с 3D-реконструкцией) и выполнение стилоидэктомии у пациентов с верифицированным диагнозом после исчерпания консервативных методов.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Синдром Игла встречается редко и является сложным для диагностики состоянием, требующим участия нескольких специалистов. В представленном случае диагноз был поставлен после года поиска. Очевидно, что ряд специалистов, в том числе оториноларингологи, должны иметь знания об этом синдроме для улучшения диагностики и лечения из-за широкого спектра проявлений симптомов. Единой классификации синдрома Игла не существует. Компьютерная томография является «золотым стандартом» диагностики синдрома Игла. Рекомендуемым методом лечения остается хирургическое вмешательство ввиду его высокой эффективности и низкого риска послеоперационных осложнений.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bokhari M.R., Graham C., Mohseni M. Eagle Syndrome. 2023 Jul 29. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.
2. Bargiel J., Gontarz M., Marecik T., et al. Minimally Invasive Cervical Styloidectomy in Stylohyoid Syndrome (Eagle Syndrome). *J Clin Med.* 2023 Oct 26;12(21):6763. doi: 10.3390/jcm12216763
3. Kış H.C., Çabuk D.S. Evaluation of styloid chain calcification related to temporomandibular joint disc displacement: A retrospective cohort study. *Oral Radiol.* 2020;37:395–402. doi: 10.1007/s11282-020-00463-8
4. Searle E., Searle A. An overview of Eagle's syndrome. *Br J Pain*. 2021 Nov;15(4):388–392. doi: 10.1177/2049463720969741
5. Held M.E., Farsi S., Creighton E.R.W., et al. Eagle syndrome presentation and outcomes in a large surgical case series. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2024 Jul 26;9(4):e1289. doi: 10.1002/lio2.1289
6. Yadchanka U.N., Yadchenko E.S., Pohodenko-Chudakova I.O., Bakanov P.P. Stylohyoid syndrome in the practice of doctors of various specialties. *Health and Ecology Issues*. 2023;20(3):53–60. (In Russ.). https://doi.org/10.51523/2708-6011.2023-20-3-07
7. Supsic B., Minzola D. Anesthetic Management of a Patient with Eagle's Syndrome: A Case Study. *AANA J.* 2023;91(4):298–302.
8. Loroch A., Qamar S.N., Jaffer M., Smillie I. Stylohyoid Complex Syndrome Associated With Unilateral Vocal Cord Palsy: A Case Report. *Cureus.* 2022 Jan 27;14(1):e21666. doi: 10.7759/cureus.21666