УДК: 616.744.4:616.289-07-08

А.П. ЩЕЛКУНОВ

ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ШИЛО-ПІД'ЯЗИКОВОГО СИНДРОМУ З ПАТОЛОГІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА. МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З КОМБІНАЦІЄЮ ЦИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Каф. оториноларингології (зав. – проф. С.М. Пухлік)
Одеського національного медичного університету
(ректор – акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожан)

Шило-під'язиковий синдром – захворювання, причиною якого є подразнення шилоподібним відростком скроневої кістки навколишніх нервових, судинних та м'язових структур. Симптоми шило-під'язикового синдрому зустрічаються при різних отоларингологічних, неврологічних та стоматологічних захворюваннях, зокрема при патології скронево-нижньощелепного суглоба. Синдром викликає тяжкі страждання у хворих, знижує якість їх життя [1, 2, 7].

Актуальність дослідження визначається тим, що шило-під’язиковий синдром залишається маловідомим лікарям та недостатньо вивченим захворюванням. Є необхідність більш чіткого розуміння і знань анатомо-топографічного розташування шилоподібного відростка скроневої кістки в нормі та при його подовженні, відповідно до ступеня його патологічного впливу у вигляді тиску та деформації прилеглих структур, розробці та вдосконалення тактики диференційної діагностики із захворюваннями, які мають аналогічну симптоматику.

Мета: розробка та вдосконалення доступних, найбільш ефективних та безпечних методик діагностики шило-під’язикового синдрому, диференційної діагностики із захворюваннями, що мають подібну симптоматику (патологія скронево-нижньощелепного суглобу), терапії хворих з шило-під'язиковим синдромом та комбінацією його з іншими захворюваннями, які мають подібну симптоматику, враховуючи можливий вплив подовженого шилоподібного відростка скроневої кістки на прилеглі структури; профілактики повторення описаної симптоматики у майбутньому.

Завдання дослідження

1. Удосконалення та оптимізація методик діагностики подовженого шилоподібного відростка скроневої кістки, диференційної діагностики шило-під’язикового синдрому з патологією скронево-нижньощелепного суглобу, яка має подібну симптоматику. Чітке визначення переважання симптоматики того чи іншого захворювання.

2. Вибір методики консервативного та хірургічного лікування для хворих з симптоматикою шило-під'язикового синдрому та наявністю патології скронево-нижньощелепного суглобу для досягнення найбільшої ефективності.

Проведена робота була спрямована на вдосконалення та спрощення методів консервативного та хірургічного лікування, а також їх комбінації для хворих з симптоматикою шило-під'язикового синдрому, диференційної діагностики даного захворювання з симптоматикою, яку дає патологія скронево-нижньощелепного суглобу, що має подібні прояви. Їх треба чітко розподілити на групи, характерні для шило-під’язикового синдро-

му та симптоматику, притаманну патології скронево-нижньощелепного суглобу, або як комбінацію двох захворювань, або переважанню однієї з них. Також дуже важливе значення має правильна інтерпретація даних проведених КТ-досліджень з контрастом і проведенням функціональних проб для визначення найбільш оптимальних методик, враховуючи дані особливостей анатомо-топографічного розташування подовженого шилоподібного відростка скроневої кістки та його вплив на прилеглі структури.

Лікування хворих з подовженням шилоподібних відростків скроневої кістки з симптоматикою шило-під'язикового синдрому, незалежно від наявності супутньої патології, ми обов'язково розпочинали з консервативної терапії. Після пальцевого дослідження ротоглотки та визначення чіткої локалізації (верхівки) шилоподібного відростка проводились ін'єкції в область верхівки шилоподібного відростка. Також застосовувалась системна протизапальна терапія.

Для оцінки якості консервативної терапії ми використовувалась шкала зменшення симптоматики в балах від 5 до 0, де 5 – відсутність ефекту, 0 – повна відсутність симптоматики. Хворі самі визначали досягнення ефекту терапії вибором певного балу.

З 230 пролікованих хворих ефект лікування в 0 балів (відсутність скарг) оцінили 106 осіб (46%), 1 бал – 70 (30,4%), 2-3 бали – 38 (16,5%), 4-5 балів – 16 (7,0%). Пацієнтам, які оцінили результат консервативного лікування в 4-5 балів, пропонувався хірургічний метод лікування – резекція шилоподібного відростка з відповідного боку.

У 6 з 16 осіб, яким було запропоновано хірургічне лікування, при виконанні комп'ютерної томографії було виявлено патологію скронево-нижньощелепного суглоба різного ступеню вираженості, що вимагало диференційної діагностики з шило-під'язиковим синдромом (рис. 1-3). Для чіткого розуміння, яке захворювання превалює, коротко опишемо симптоматику, яка притаманна кожному із захворювань.

Симптоматика шило-під'язикового синдрому

Симптоматика загалом поділяється на дві групи – «судинну», пов'язану з порушенням кровообігу головного мозку в результаті тиску подовженого шилоподібного відростка, і «фарингеальну» – пов'язану з порушеннями проходження харчової грудки та болями різного ступеню [3]. Для диференційної діагностики шилопід'язикового синдрому із захворюваннями скронево-нижньощелепного суглоба вважаємо, що групу хворих, які мають судинну патологію, можна виключити, оскільки патологія суглоба неспроможна викликати порушення кровообігу мозку [5]. Для шилопід'язикового синдрому характерна наступна симптоматика: тривалі болі в глотці, що посилюються, у деяких хворих, при проходженні твердої їжі і при широкому відкриванні рота; болі, що іррадіюють у язик, дно порожнини рота, передню поверхню шиї, орбіту, вухо, потилицю, проблеми зі сном [3, 8].

Симптоматика захворювань скронево-нижньощелепного суглоба

У цій статті ми не будемо описувати кожне захворювання суглоба, їх безліч, і це не є нашою метою. Ми опишемо симптоми, що є загальними або мають схожість із симптомами шило-під'язикового синдрому.

При захворюванні скронево-нижньощелепного суглоба найчастіше зустрічаються такі симптоми: головний біль, болючість у м'язах щелепи при жуванні, клацання або блокування положення нижньої щелепи, біль у ділянці суглоба, біль або скутість шиї при витягуванні рук, запаморочення, біль у ділянці вух, проблема зі сном.

Як бачимо, симптоматика захворювань суглоба і шило-під'язикового синдрому багато в чому подібна. Тому дуже важливо диференціювати одне захворювання від іншого. При виконанні КТ дослідження шилоподібного відростка з контрастом нами запропоновано обов'язково оглядати та описувати скронево-нижньощелепний суглоб для попереднього пошуку його патології.

Приклад опису КТ

Хвора Р. МСКТ-шилоподібних відростків з ангіографією брахіоцефальних артерій з внутрішньовенним болюсним посиленням "Томогексол-350", дозування за вагою.

Правий шилоподібний відросток довжиною 12 мм; визначається звапнення шилопід'язикової зв'язки на рівні С1 хребця протяжністю 19 мм.

У положенні «підборіддя приведено до грудей»: жировий прошарок між запненою зв'язкою і внутрішньою сонною артерією збережений, в проксимальній частині тісно прилягає до внутрішньої яремної вени; знаходиться на відстані близько 13 мм від бічної стінки глотки.

У положенні «голова закинута назад»: жировий прошарок між запненою зв'язкою внутрішньою сонною артерією, внутрішньою яремною веною збережений; знаходиться на відстані близько 13 мм від бічної стінки глотки.

Лівий шилоподібний відросток довжиною 10 мм; визначається звапнення шило-під'язикової зв'язки на рівні С1 хребця протяжністю 13 мм.

У положенні «підборіддя приведено до грудей»: жировий прошарок між звапненою зв'язкою і внутрішньою сонною артерією та внутрішньою яремною веною збережений.

Вільний край відростка знаходиться на відстані близько 15 мм від бічної стінки глотки.

У положенні «голова закинута назад»: жировий прошарок між запненою зв'язкою внутрішньою сонною артерією, внутрішньою яремною веною збережений; знаходиться на відстані близько 13 мм від бічної стінки глотки.

Судинні пучки шиї рівномірно контрастовані, не деформовані. Аномалій Кімерлі не визначається. Головка нижньої щелепи справа дещо сплощена, ерозована.

Для уточнення діагнозу, за наявності патології скронево-нижньощелепного суглоба можна призначити конусну ТГ з відкритим і закритим ротом.

Важливе значення в диференціальній діагностиці цих захворювань має виконання блокад в ділянку шилоподібного відростка через порожнину рота і в ділянку скронево-нижньощелепного суглоба через шкіру.

Приклад КТ шиловидних відростків та проекції суглоба.

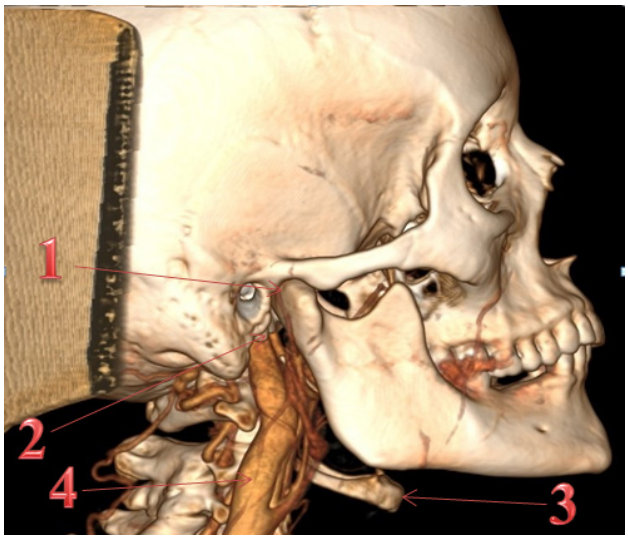

Рис. 1. 3D-реконструкція КТГ шилоподібних відростків з контрастуванням магістральних судин (1 – скронево-нижньощелепний суглоб, 2 – шилоподібний відросток, 3 – під'язикова кістка, 4 – зовнішня яремна вена)

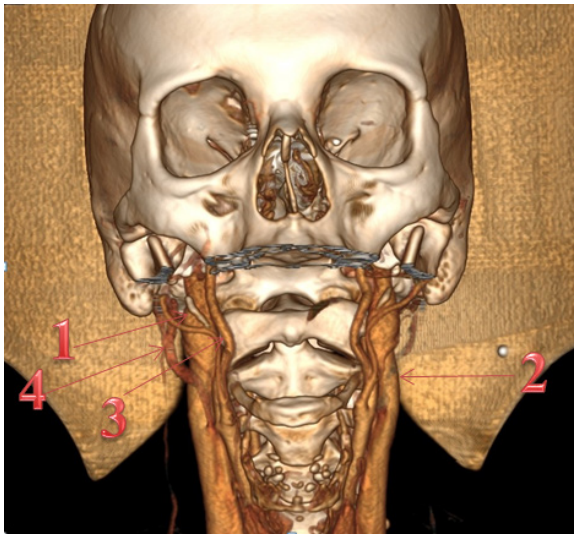

Рис. 2. 3D-реконструкція КТГ шилоподібних відростків з контрастуванням магістральних судин (візуалізація шилоподібних відростків) (1 – шилоподібний відросток, осифікована шило-під'язична зв'язка, 2 – зовнішня яремна вена, 3 – внутрішня сонна артерія, 4 – зовнішня сонна артерія).

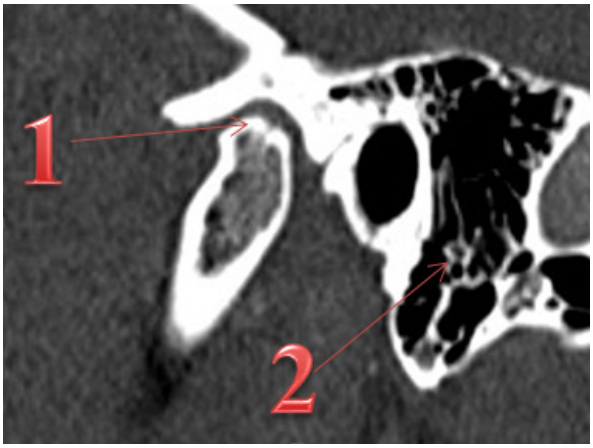

Рис. 3. КТГ скронево-нижньощелепного суглоба (1 – головка скронево-нижньощелепного суглоба, 2 – соскоподібний відросток скроневої кістки).

Методику виконання блокади в ділянку шилоподібного відростка через порожнину рота нами докладно було описано у попередніх статтях.

Методика виконання блокади в ділянку скронево-нижньощелепного суглоба. Спосіб блокади рухових гілок нижньощелепного нерва за Берше

Спосіб полягає у проведенні ін'єкції анестетика через шкіру під нижнім краєм виличної дуги на відстані 2 см попереду від основи козелка вуха (рис. 4). В результаті блокади рухових гілок відбувається розслаблення жувальних м'язів та відкривання рота. Даний вид блокади застосовується при запальній рефлекторній контрактурі нижньої щелепи, коли пацієнт не може повністю відкрити рот для проведення огляду та хірургічних втручань у порожнині рота. Цей спосіб застосовується також при дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба з вираженим больовим синдромом. Нами він застосовувався для диференціальної діагностики описуваних захворювань [6]. Існують методи внутрішньоротової блокади суглоба, але ми їх не застосовуємо, так як анестетик, що випускається, у міру проведення голки частково може блокувати гілки язикоглоткового нерва і приховувати картину шилоп'ідязикового синдрому.

При блокаді в область верхівки шилоподібного відростка симптоматика, характерна для шило-під'язикового синдрому, зникає або значно зменшується. Це підтверджує превалювання у хворого патології, викликаної подовженим шилоподібним відростком .

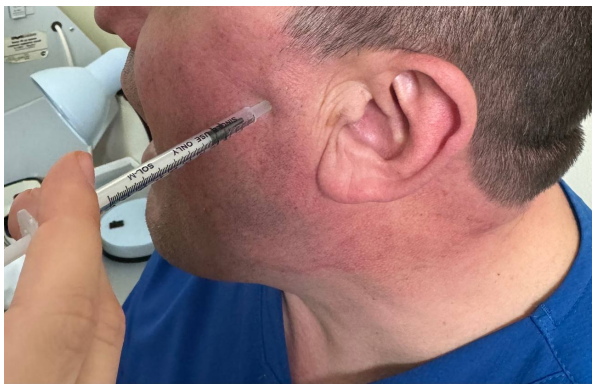

Рис. 4. Виконання блокади в ділянку скронево-нижньощелепного суглоба.

При відсутності ефекту від блокади в ділянку шилоподібного відростка або при незначному ефекті застосовувалась блокада в ділянку скронево-нижньощелепного суглоба. При зникненні чи вираженому зменшенні симптоматики вважали, що причиною страждання хворих є патологія скронево-нижньощелепного суглоба. Такі хворі потребували консультації та лікування у стоматолога, тобто подовжені шилоподібні відростки не викликають розвитку шилоп'ідязикового синдрому (1 особа).

При проведеному нами дослідженні було 2 випадки, коли блокада в ділянку шилоподібного відростка і в ділянку суглоба нижньої щелепи давала значне зменшення больових відчуттів у пацієнта. У цих випадках спостерігалася комбінація двох патологічних станів. Після консультації стоматолога цим хворим було виконано операцію резекції шиловидного відростка з відповідного боку. Надалі ці хворі продовжили лікування у стоматолога.

Висновки

Для визначення превалюючої симптоматики шило-під’язикового синдрому та патології скронево-нижньощелепного суглобу, яка має подібну симптоматику велике значення має вірна інтерпретація даних КТ

дослідження та зменшення больової симптоматики при виконанні блокад в область шилоподібного відростка скроневої кістки та в область скронево-нижньощелепного суглобу.

Вибір методики консервативного та хірургічного лікування залежить від превалюючої симптоматики того чи іншого захворювання для кожного хворого індивідуально.

References

1. Zinchenko DO, Zabolotnaya DD, Savchenko TD, Rylska OG, Peleshenko NO, Chohcia MS. [Modern approaches to diagnosis and treatment of Eagle syndrome]. Otorhinolaryngology. 2019;2(4-5):67-73. doi: 10.37219/2528-8253-2019-4-67. [Article in Ukrainian].
2. Pukhlik SM, Shchelkunov AP, Shchelkunov AA. [Diagnostic criteria and result of treatment of Eagle syndrome]. Otorhinolaryngology. 2019;2(6): 80-86. doi: 10.37219/2528-8253-2019-6-80. [Article in Ukrainian].
3. Pukhlik SM, Shchelkunov AP, Shchelkunov OA. [Improvement of methods of diagnosis the hypertrophy of the styloid process of the temporal bone and stylohyoid syndrome in an outpatient and polyclinic conditions using functional tests]. Otorhinolaryngology. 2021;4(4):72-79. doi: 10.37219/2528-8253-2021-4-72. [Article in Ukrainian].
4. Stoyanovsky DN. [Pain in the back and neck]. Kyiv: Zdoro'ya; 2002. 392 p. [In Ukrainian].
5. Correl R, Wescott W. Eagle`s syndrome diagnosed after history of headache, dysphagia, otalgia and limited neck movement. J Am Dent Assoc. 1982 Apr;104(4):491-2. doi: 10.14219/jada.archive.1982.0220.
6. Ayyildiz VA, Senel FA, Dursun A, Ozturk K. Morphometricex amination of the styloid process by 3D-CT inpatients with Eagle syndrome. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2019;276(12):3453-9. doi: 10.1007/s00405-019-05602-6.
7. Jung T, Tschernitschek H, Hippen H, Schneider B, Borchers L. Elongated styloid process: when is it really elongated? Dento maxillofac Radiol. 2004; 33(2):119-24. doi: 10.1259/dmfr/13491574.
8. Kumai Y, Hamasaki T, Yumoto E. Surgical management to Eagle's syndrome: an approach to shooting craniofacial pain. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016; 273(10): 3421-7. doi: 10.1007/s00405-016-4057-7.

Надійшла до редакції 25.04.2025

© А.П. Щелкунов, 2025

ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ШИЛО-ПІД'ЯЗИКОВОГО СИНДРОМУ З ПАТОЛОГІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА. МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З КОМБІНАЦІЄЮ ЦИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Щелкунов АП

Одеський Національний медичний університет
Email: anatolii_shelkunov@i.ua

А н о т а ц і я

Метою дослідження є розробка та вдосконалення доступних, найбільш ефективних та безпечних методик діагностики шило-під'язикового синдрому, диференційної діагностики, в даному випадку з патологією скронево-нижньощелепного суглобу, терапії хворих з шило-під'язиковим синдромом та комбінацією його з іншими захворюваннями враховуючи можливий вплив подовженого шилоподібного відростка скроневої кістки на прилеглі структури.

Матеріали та методи: Обстежено та проліковано 230 хворих. Для оцінки якості консервативної терапії використовувалась шкала зменшення симптоматики в балах від 5 до 0, де 5 – відсутність ефекту, 0

– повної відсутність симптоматики. Хворі самі визначали досягнення ефекту терапії вибором певного балу.

Результати: З 230 хворих успіх лікування в 0 балів (відсутність скарг) оцінили 106 осіб (46%), у 1 бал – 70 (30,4%), у 2-3 бали – 38 (16,5%), у 4-5 балів – 16 пацієнтів (7,0%), тобто значущого ефекту від лікування не було досягнуто. Усім, хто результат лікування оцінював в 4-5 балів, пропонувався хірургічний метод лікування – резекція шилоподібного відростка з відповідного боку.

При блокаді в область верхівки шилоподібного відростка симптоматика, характерна для шило-під'язикового синдрому, зникає або значно зменшується.

При відсутності ефекту від блокади в ділянку шилоподібного відростка або при незначному ефекті застосовувалась блокада в ділянку скронево-нижньощелепного суглоба. При зникненні чи вираженому зменшенні симптоматики вважали, що причиною страждання хворих є патологія скронево-нижньощелепного суглоба. Такі хворі потребували консультації та лікування у стоматолога.

При проведеному нами дослідженні були випадки, коли блокада в ділянку шилоподібного відростка і в ділянку суглоба нижньої щелепи давала значне зменшення больових відчуттів у пацієнта. У цих випадках спостерігалася комбінація двох патологічних станів. Після консультації стоматолога цим хворим було виконано операцію резекції шиловидного відростка з відповідного боку. Надалі ці хворі продовжили лікування у стоматолога.

Висновки

Для визначення превалюючої симптоматики шило-під’язикового синдрому та патології скронево-нижньощелепного суглобу, яка має подібну симптоматику велике значення має вірна інтерпретація даних КТ дослідження та зменшення больової симптоматики при виконанні блокад в область шилоподібного відростка скроневої кістки та в область скронево-нижньощелепного суглобу.

Вибір методики консервативного та хірургічного лікування залежить від превалюючої симптоматики того чи іншого захворювання для кожного хворого індивідуально.

Ключові слова: подовження шилоподібного відростка, судинно-нервовий пучок, біль у горлі, патофізіологічні механізми болю, скронево-нижньощелепний суглоб.

FEATURES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF STYLOHYOID SYNDROME WITH PATHOLOGY OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT. METHODS OF TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH A COMBINATION OF THESE DISEASES

Shchelkunov AP
Odessa National Medical University
Email: anatolii_shelkunov@i.ua

A b s t r a c t

Purpose: to develop and improve the available, most effective and safe methods of diagnosis of stylohyoid syndrome, differential diagnosis, in this case with pathology of the temporomandibular joint, therapy of patients with stylohyoid syndrome and its combination with other diseases, taking into account the possible influence of elongated styloid process of the temporal bone on the surrounding structures.

Materials and methods: 230 patients were examined and treated. To evaluate the quality of conservative therapy, we used a scale of reduction of symptoms in points from 5 to 0. Patients themselves determined the achievement of the effect of therapy by choosing a certain score. That is, 5 – lack of effect, and soon according to the degree of reduction of symptoms to 0 – complete absence of symptoms.

Results: Out of 230 patients, 106 people (46) assessed the success of treatment as 0 points (absence of complaints), 70 people (30.4) had 1 point, 38 people (16.5%) had 2-3 points (16.5%), 4-5 points – 16 patients (7.0%), i.e. no significant treatment effect was achieved. All those whose treatment results were rated at 4-5 points were offered a surgical method of treatment – resection of the styloid process on the corresponding side.

With blockade in the region of the apex of the styloid process, the symptoms characteristic of the stylohyoid syndrome either disappear or are significantly reduced. In the absence of an effect from the blockade in the area of the styloid process, or with a slight effect, we applied blockade in the area of the temporomandibular joint. When the symptoms disappear or are significantly reduced, it is believed that the cause of the patients' suffering is the pathology of the temporomandibular joint.

During our research, there were cases when blockade in the area of the styloid process and in the area of the joint of the lower jaw resulted in a notice able reduction in pain sensations in the patient. In these cases, a combination of the described two pathologies was observed. After consultation with the dentist, this patient un-

derwent resection of the styloid process on the corresponding side. Later, these patients continued treatment at the dentist.

Conclusions:

To determine the prevailing symptomatology of the stylohyoid syndrome and pathology of the temporomandibular joint, which have similar symptoms, the true interpretation of CT data and the reduction of pain symptoms when performing blockages into the area of the styloid process of the temporal bone and blockages in the area of temporomandibular joint have a great importance.

The choice of conservative and surgical treatment methods depends on the prevailing symptoms of a disease for each patient individually.

Keywords: elongation of the styloid process, vascular-nerve bundle, sore throat, pathophysiological mechanisms of pain, temporomandibular joint.