

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна Академія медичних наук України  
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»  
Українське наукове медичне товариство оториноларингологів  
Департамент охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації  
Одеський Національний медичний університет  
Одеське обласне товариство оториноларингологів

# **ХІІІ З'їзд оториноларингологів України**

**20-22 вересня 2021 р.**

**Одеса – 2021**

## **Редакційна колегія**

Академік НАМН України, проф. Д.І. Заболотний (відповідальний редактор); доктор медичних наук М.Б. Самбур; доктор медичних наук, професор С.М. Пухлік; доктор медичних наук, професор О.М. Борисенко; доктор біологічних наук, професор С.В. Верьовка; доктор медичних наук, професор Д.Д. Заболотна; кандидат біологічних наук А.Ф. Карась; доктор медичних наук, професор Е.В. Лукач; доктор медичних наук В.І. Луценко; доктор медичних наук, професор О.Ф. Мельников; доктор медичних наук В.М. Писанко; доктор медичних наук, професор Т.А. Шидловська; Т.Ю. Холоденко (відповідальний секретар).

Адреса редакції: 01680, м. Київ, вул. Зоологічна, 3, тел. +38 044 483 12 82

Підписано до друку 10.09.2021 р.

Зам. 9-1000. Формат 60x84/8. Тираж 1400 прим.

Виготовлено ФОП Чудутова Г.Ю.

на всём протяжении, структура шилоподъязычной связки гомогенная.

**Фрагмент описания КТ-снимка группы оссификации шилоподъязычной связки- в которую включены данные исследования 36 больных (30 женщины и 4 мужчин):** шиловидные отростки удлинены, структура на всём протяжении соответствует костной ткани, с наличием кортикального слоя.

Также при анализе данных КТ-исследований, нами была выявлена комбинация в росте шиловидного отростка височной кости, которая протекает по пути, как оссификации, так и кальцификации – 13 пациентов (3 мужчины и 10 женщин).

**Пример описания КТ-снимков.** При комбинации роста шиловидного отростка височной кости определяется неравномерное обызвествление шилоподъязычных связок в краниальном и средних отделах. Связки уплотнены неоднородно, больше по периферии, по типу кортикального слоя. При рассмотрении КТ снимков отчетливо видно где процесс имеет течение оссификации, а где кальцификации. Так же очень хорошо видна смешанная форма гипертрофии шиловидных отростков. При анализе КТ снимков оперированных больных, у которых проводилось гистологическое исследование удалённых фрагментов шиловидного отростка и которые, соответственно гистологической структуре отростков были разделены на две группы- «оссификация» и «кальцификация», можно увидеть строгие отличия КТ данных в этих группах и

предположить вариант гистологической структуры шиловидного отростка используя данные КТ, то есть без оперативного вмешательства. Соответственно этому определяется тактика дальнейшей терапии данной патологии.

#### **Выводы**

Учитывая данные проводимой нами работы, необходимо чётко разграничить просто гипертрофию шиловидного отростка височной кости, без развития симптоматики, и развитие шило-подъязычного синдрома, то есть большой шиловидный отросток не есть патология.

Шилоподъязычный синдром развивается в виду деформации «растущего» шиловидного отростка височной кости и его давления на сосудисто-нервный пучок шеи.

Учитывая полученные нами данные гистологического исследования и в соответствии с этим анализируя данные компьютерной томографии, мы можем чётко сказать по какому пути идёт рост шиловидного отростка височной кости (оссификация, кальцификация), и в соответствии с этим предположить дальнейшую тактику терапии шило-подъязычного синдрома.

Предшествовать оперативному лечению шило-подъязычного синдрома обязательно должна консервативная терапия. Так как при консервативной терапии должен быть достигнут хоть кратковременный эффект, в виде купирования симптоматики. Если должного эффекта достигнуто не было, то резекция отростка будет мало эффективной. Необходимо искать другие причины симптоматики.

© С.М. Пухлик, А.П. Щелкунов, А.А. Щелкунов, 2021

*С.М. ПУХЛИК, А.П. ЩЕЛКУНОВ, А.А. ЩЕЛКУНОВ (ОДЕССА, УКРАИНА)*

### **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИИ ШИЛОВИДНОГО ОТРОСТКА ВИСОЧНОЙ КОСТИ И ШИЛО-ПОДЪЯЗЫЧНОГО СИНДРОМА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ**

Шилоподъязычный синдром (Синдром Игла-Стерлинга) – заболевание, причиной которого является раздражение шиловидным отростком височной кости окружающих его нервных, сосудистых и мышечных структур. В диагностике шилоподъязычного синдрома очень важное значение имеет, не длина шиловидного отростка височной кости, а взаиморасположение удлинённого отростка, его искривление в ту или иную стороны, и воздействие отростка на сосудисто-нервный пучок и деформацию последнего в результате движения шиловидного

отростка в процессе жизнедеятельности человека.

**Актуальность:** назрела необходимость оптимизации, доступной диагностики и лечения шило-подъязычного синдрома в амбулаторно-поликлинической практике с использованием пальпаторного исследования ротоглотки и проведения функциональных проб.

**Цель:** разработка эффективной и доступной для амбулаторного приема методики диагностики шило-подъязычного синдрома путем оптимизации пальпаторного метода

исследования и функциональных проб, а также КТГ.

#### **Задачи:**

1. Разработка оптимального метода пальпаторного исследования ротоглотки больного с поведением функциональных проб при первичном обращении больного.

2. Разработка наиболее достоверного метода диагностики гипертрофии шиловидного отростка и шило-подъязычного синдрома с использованием КТ-исследования с контрастом и проведением функциональных проб.

3. Определение рациональности направления больных с подозрением на шило-подъязычный синдром на КТ-исследование с контрастом учитывая данные пальпаторного исследования ротоглотки.

**Краткое содержание проводимой работы.** Проводимая нами работа была направлена на совершенствование и упрощение диагностики гипертрофированного шиловидного отростка при первичном обращении больного в амбулаторно-поликлинических условиях с использованием функциональных проб, определения необходимости направления больных на КТ исследование для визуализации взаимоотношения удлинённого шиловидного отростка с магистральными сосудами шеи. Материалом для наших исследований и сделанных предложений послужило обследование и лечение 184 пациентов за 9-летний период. Из них женщин было 133 (72,3%), мужчин – 51 (27,7%), возраст – от 25 до 70 лет, 25-30 лет – 15 человек (8,1%), 30-45 лет – 116 человек (63%), 45-60 лет – 38 человек (20,6%), 60-70 лет – 15 человек (8,1%); длительность заболевания – от 1 года до 10-15 лет.

**Суть предложения:** На приеме у врача отоларинголога часто встречаются больные с жалобами на боли в горле, отдающие в язык, глаз, шею, затылок. При осмотре визуальную проблему не определяется. Мы убедились, что обилие жалоб не соответствует визуальной картине при осмотре больного. То есть – жалоб много, а визуальное ничего не определяется. Это можно назвать первым симптомом шило-подъязычного синдрома при сборе анамнеза и первичном осмотре больного. Далее необходимо пропальпировать ротоглотку больного. Для выполнения данной процедуры предлагаем больному максимально запрокинуть голову назад. Левую сторону пальпируем указательным пальцем левой руки, при этом правой рукой – сложенными

пальцами надавливаем на шею, сзади угла нижней челюсти. Указательным пальцем проводим от корня языка по передней небной дужке снизу вверх и сверху вниз по задней небной дужке. Таким образом мы нащупываем верхушку шиловидного отростка, либо утолщенную шило-подъязычную связку, которая под пальцем ощущается как струна. Очень большое значение имеет максимальное запрокидывание головы назад. Так как в этом положении верхушка шиловидного отростка максимально предлежит к боковой стенке глотки. Описанная манипуляция позволяет нам выявить наличие гипертрофии шиловидного отростка. Но гипертрофия отростка еще и не говорит о наличии шило-подъязычного синдрома. Эти манипуляции позволяют только предположить шило-подъязычный синдром. Дальнейшее подтверждение диагноза требует назначения КТ исследования шиловидных отростков с функциональными пробами, то есть выполнение снимков с максимальным запрокидыванием головы назад, для определения минимального расстояния верхушки шиловидного отростка к боковой стенке глотки, и максимального приведения подбородка к груди для определения давления шиловидного отростка на сосудисто-нервный пучок, с наличием или отсутствием деформации последнего. Для визуализации сосудисто-нервного пучка больному в/в вводят контрастное вещество.

#### **Выводы**

При первичном обращении больного с жалобами, характерными для шилоподъязычного синдрома, в амбулаторно-поликлинических условиях необходимо проведение пальцевого исследования ротоглотки с выполнением функциональных проб.

При обнаружении гипертрофии шиловидного отростка при пальцевом исследовании ротоглотки, необходимо назначение КТ исследования с выполнением функциональных проб и контрастированием магистральных сосудов шеи, для определения степени деформации сосудисто-нервного пучка.

Данные пальцевого исследования ротоглотки и КТ исследования с контрастированием магистральных сосудов шеи, учитываются при назначении консервативного либо оперативного лечения в зависимости от степени деформации сосудисто-нервного пучка и предлежания отростка к одному из его образований.