

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.

предположить, что в удлинении шиловидного отростка височной кости возможны два варианта – «оссификация» и «кальцификация».

Выводы.

1. Проводимые исследования позволяют разделить удлинение шиловидных отростков височной кости на две группы, которым мы условно даём названия «оссификация» то есть собственно рост шиловидного отростка и «кальцификация» –

дистрофические изменения и отложения солей кальция в связку.

2. Следует оценить возможности визуализации тканей шиловидного отростка для диагностики типа его строения.

3. Соответственно разному типу строения шиловидных отростков, нами разрабатываются подходы к консервативному, либо к оперативному лечению данной патологии.

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

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

ОСОБЕННОСТИ КТ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИИ ШИЛОВИДНЫХ ОТРОСТКОВ ВИСОЧНОЙ КОСТИ И СИНДРОМА ИГЛА-СТЕРЛИНГА

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 его искривление в ту или иную стороны, и взаиморасположение отростка и сосудисто-нервного пучка и деформацию последнего в результате движения шиловидного отростка в процессе жизнедеятельности человека.

Цель исследования.

1) Определить и оценить наиболее значимые и отличительные рентгенологические признаки разных вариантов гипертрофии шиловидных отростков височной кости.

2) Выявить отличия в вариантах роста и рентгенологической структуры шиловидных отростков височной кости в соответствии с гистологическими данными.

3) Оценить эффект от проведения консервативной терапии шилоподъязычного синдрома в зависимости от различных вариантов гипертрофии шиловидного отростка височной кости, учитывая данные компьютерной томографии.

Материалы и методы исследования: в процессе проводимой нами работы по диагностике шилоподъязычного синдрома нами было проведено и анализировано 86 КТ обследований с внутривенным введением контрастного вещества. Из них 61 женщин и 25 мужчин. Возраст обследуемых колебался от 35 до 70 лет. В результате проводимой нами работы мы разделили обследуемых больных на две группы,

беря в учёт данные гистологической структуры удалённых фрагментов шиловидных отростков и соотнося их с данными КТ-исследования. Группа оссификации и группа кальцификации. При проведении операций по резекции шиловидного отростка височной кости в виду неэффективности консервативного лечения, удалённые фрагменты направлялись на гистологическое исследование. Учитывая данные гистологической структуры прооперированных больных (22 человека, из них 6 мужчин и 16 женщин, в возрасте от 36 до 60 лет), мы получили две группы вариантов роста шиловидного отростка – кальцификация – 12 человек (9 женщин и 3 мужчины), и оссификация – 10 человек (7 женщин и 3 мужчины). Учитывая анализ данных КТ исследований оперированных и не оперированных больных, что подтверждается данными гистологических исследований и разделения больных на 2 группы, видно различие структуры шиловидного отростка в виде формирования компактной ткани (кальцификация), и формирования трубчатой кости с элементами костного мезга (оссификация). Разделение больных на 2 группы по гистологической структуре, строго совпадает с разделением по рентгенологической структуре.

Ниже приводим данные обобщённые по двум группам обследуемых больных.

Фрагмент описания КТ-снимка группы кальцификации, в которую включено 39 исследуемых снимков больных (8 мужчин и 31 женщин). Определяется субтотальное обызвествление шило-подъязычной связки, до прикрепления к малому рогу подъязычной кости. Связка не однородно кальцинирована, в не кальцинированных частях уплотнена равномерно

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