

А.П. ЩЕЛКУНОВ

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА МІЖ ШИЛО-ПІД'ЯЗИКОВИМ СИНДРОМОМ ТА ЗАХВОРЮВАННЯМИ З ПОДІБНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ

*Одеський національний медичний університет
(ректор – акад. НАНМ України, проф. В.М. Запорожан)*

Шилопід'язиковий синдром (Синдром Ігла-Стерлінга) – захворювання, причиною якого є подразнення шилоподібним відростком скроневої кістки навколишніх нервових, судинних і м'язових структур [1]. Синдром проявляється хронічним болем у глибокому відділі бічної області обличчя, з одного або з обох боків, що іррадіює в корінь язика, глотку, піднебінну мигдалину з однієї або з двох сторін і вухо, дисфагією, симптомами порушень кровообігу головного мозку [10, 11].

Діагностика гіпертрофії шилоподібного відростка і, відповідно, розвитку шилопід'язикового синдрому досить складна і була описана нами раніше [5, 6]. У діагностиці ми використовували дані комп'ютерної томографії шилоподібних відростків з контрастуванням магістральних судин шиї та функціональні проби [5, 6], що дозволило нам з великою ймовірністю припустити вплив подовжених шилоподібних відростків на судинно-нервовий пучок, з появою больового синдрому з різною ступеню вираженості та іррадіації.

У зв'язку з різними зонами іррадіації болю при розвитку шилопід'язикового синдрому назріла необхідність у розробці та вдосконаленні найбільш оптимальних методик його диференційної діагностики із захворюваннями з подібною симптоматикою і можливого виключення проведення непотрібного консервативного та хірургічного лікування хворих з нерозпізаною симптоматикою шилопід'язикового синдрому.

Мета: уніфікація та вдосконалення доступних, найбезпечніших методик дифе-

ренційної діагностики шилопід'язикового синдрому із захворюваннями з подібною симптоматикою.

Завдання

1. Розробка алгоритму дій лікаря при первинному зверненні пацієнта, що має симптоматику шилопід'язикового синдрому і одночасно візуальну картину іншого захворювання, що має подібну симптоматику.

2. Розробка методики обстеження хворих з відповідною симптоматикою та наявністю візуальної картини іншого хронічного захворювання, що дозволяють правильно виставити діагноз та виключити непотрібне призначення консервативної терапії та хірургічного втручання.

3. Визначення вікових та статевих особливостей пацієнтів з клінікою шилопід'язикового синдрому та з наявністю супутньої патології, яка може ввести лікаря в оману.

У цій роботі буде представлено наш клінічний досвід, який націлений на полегшення лікарям оториноларингологам диференційної діагностики шилопід'язикового синдрому з хронічним тонзилітом. Звичайно, диференційну діагностику одностороннього болю у глотці слід починати з виключення передусім пухлинних процесів, що ми й робимо. Але це менш поширена проблема, ніж хронічний тонзиліт. Тому ми вирішили розпочати саме з цього.

У лікарів оториноларингологів дуже часто на прийомі бувають хворі зі скаргами на болі в горлі, з одного або з обох боків, відчуттям стороннього тіла, що мають візуальну картину хронічного тонзиліту, що

супроводжується виділенням гнійно-казеозних пробок, рідкого гною, періодичними ангінами. Це дозволяє лікарю візуально симптоматику хронічного тонзиліту сприймати як домінуючу. Призначається відповідне лікування, посіви на флору та чутливість до антибіотиків, антибактеріальну терапію. Все це дозволяє провести санацію мигдаликів, але симптоматика у вигляді больового синдрому не зникає, що націлює лікаря на проведення хірургічного лікування – тонзилектомії. Але після хірургічного втручання належного ефекту не досягається, больова симптоматика зберігається. Це має лікаря підштовхнути до думки, що хронічний тонзиліт не є причиною подібної симптоматики. Візуальна картина хронічного тонзиліту відома, і ми вважаємо недоцільним її повторювати.

У 2021 р. в Україні прийнято протокол надання медичної допомоги пацієнтам з тонзилітом [9]. Планове хірургічне лікування розглядається у таких випадках:

- рецидивуючий тонзиліт (>6 епізодів гострого тонзиліту протягом 1 року або 3-5 епізодів щороку протягом 2 останніх років або 3 щорічні епізоди, протягом 3 останніх років);

- синдром PFAPA (periodisches Fieber, aphthöse Stomatitis, Pharyngitis, zervikale Adenitis – періодична гарячка, афтозний стоматит, фарингіт і шийний лімфаденіт);

- постстрептококового синдрому (наявність стрептокок-асоційованих захворювань, які мають зв'язок з тонзилітом (ревматизм, нефрит, артрит і ін.));

- порушення ковтання чи мови, розладах дихання під час сну;

- девіантній поведінці та поганій успішності в школі; енурезі.

Як видно з вище переліченого, показань у вигляді болю в мигдалині з одного або з двох сторін немає. Тому при виборі методу лікування у вигляді тонзилектомії необхідно враховувати кілька показників, а не лише біль. Хоча дуже часто тонзилектомія виконується при превалюючих больових відчуттях. Дуже важливе значення має вік хворого. З попередніх наших досліджень [7, 8] можна зробити висновок, що шилопід'язиковий синдром переважно розвивається у осіб старшої вікової категорії. Тому за наявності

кількох показань до тонзилектомії, при яких превалюючою скаргою буде біль у мигдаликах, а також враховуючи вік пацієнта, слід припускати наявність шилопід'язикового синдрому та обстежувати хворого відповідним чином. Обстеження пацієнта починається зі збору анамнезу, виявлення часового проміжку появи болю або іншої симптоматики. На прийомі у лікаря отоларинголога часто зустрічаються хворі зі скаргами на біль у горлі, що віддають у язик, око, шию, потилицю. Під час огляду візуально проблеми не визначається. Тобто скарг багато, а візуально нічого не визначається. Це можна назвати першим симптомом шилопід'язикового синдрому при збиранні анамнезу та первинному огляді хворого.

Далі необхідно пропальпувати ротову частину глотки хворого. Шпателем віддавлено язик до низу і проводимо їм по передній піднебінній дужці. При гіпертрофії шилоподібного відростка шпатель упирається у верхівку шилоподібного відростка [7]. Далі пальпуємо ротову частину глотки вказівним пальцем лівої руки, правою рукою – складеними пальцями натискаємо на шию, ззаду кута нижньої щелепи. Повторюємо таку маніпуляцію з іншого боку. Вказівним пальцем проводимо від кореня язика по передній піднебінній дужці знизу вгору і зверху вниз по задній піднебінній дужці. Таким чином ми намагаємо верхівку шилоподібного відростка або потовщену шилопід'язикову зв'язку, яка під пальцем відчувається як струна (рис. 1, 2). Дуже велике значення має максимальне закидання голови пацієнта назад, так як у цьому положенні верхівка шилоподібного відростка максимально приближується до бічної стінки глотки.

Описана маніпуляція дозволяє виявити наявність гіпертрофії шилоподібного відростка, а також найменшу відстань верхівки шилоподібного відростка скроневої кістки до бічної стінки ротоглотки. Це має значення для визначення оптимального місця для ін'єкцій лікарських речовин в область верхівки шилоподібного відростка.

Якщо шпателем не вдалося виявити верхівку шилоподібного відростка, ми використовуємо вище описаний метод пальпації ротової частини глотки хворого з максимальним закиданням голови назад.



Рис. 1. Огляд хворого зі скаргами, характерними для шилопід'язикового синдрому з використанням шпателью.



Рис. 2. Пальцеве дослідження ротоглотки з метою виявлення верхівки подовженого шилоподібного відростка з використанням функціональних проб (максимальне закидання голови назад).

Як інструментальний метод діагностики можна виконати блокаду в область шилоподібного відростка, якщо при пальцевому дослідженні його вдалося пропальпувати [7, 8]. Блокада за наявності болю, пов'язаного з шилопід'язиковим синдромом, повинна зменшити больові відчуття

різної вираженості. Виявлення верхівки подовженого шилоподібного відростка має велике практичне значення як для виконання ін'єкцій лікарських препаратів та найбільш ефективної консервативної терапії шилопід'язикового синдрому, так і для пошуку подовженого шилоподібного відростка в рані при його резекції.

Ін'єкції в область верхівки подовженого шилоподібного відростка виконують в такий спосіб. На початку, використовуючи пальцеве дослідження ротоглотки та максимальне закидання голови назад, знаходимо верхівку відростка і визначаємося з місцем ін'єкції (рис. 3). Це має велике значення для ефективності консервативного лікування. За нашими спостереженнями, найбільш ефективними для усунення симптоматики шилопід'язикового синдрому є ін'єкції саме в область верхівки шилоподібного відростка. При ін'єкціях не в область верхівки шилоподібного відростка, належного ефекту і усунення симптоматики шилопід'язикового синдрому не досягалося. В подальшому можна відправити хворого на КТ-дослідження з контрастом та функціональними пробами [5]. Даний метод дослідження по суті є «золотим стандартом» діагностики гіпертрофії шилоподібного відростка.

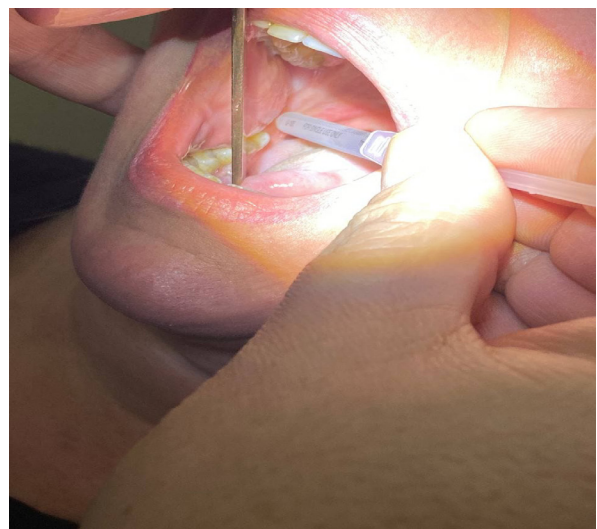


Рис. 3. Виконання ін'єкції в область верхівки подовженого шилоподібного відростка.

За нашими спостереженнями, при виконанні тонзилектомії хворим старшого віку шилоподібні відростки іноді явно пролабували в тонзиллярну нішу (6 осіб), виникала

необхідність їхньої резекції. У 3 хворих, яким пролабуючі шилоподібні відростки в нішу не видалялися або резекція проводилась недостатньо, симптоматика зберігалася, і надалі виникала потреба в резекції шилоподібного відростка, після чого больові відчуття зникали. Саме тому під час виконання тонзилектомії пацієнтам старше 35-40 років необхідно пропальпувати мигдаликову нішу і дуже часто (у 25 прооперованих пацієнтів) вдається намацати верхівку шиловидного відростка. Проводити резекцію чи ні, потрібно вирішувати індивідуально. Найчастіше больові відчуття зберігаються при шилоподібному відростку, що пальпується, у нижнього полюса ніші або у кореня язика.

Наводимо методики резекції шилоподібного відростка через передню піднебінну дужку без тонзилектомії та через мигдаликову нішу після тонзилектомії [7].

Встановлюється роторозширювач і під пальпаторним контролем виконується розріз в області найбільшого вибухання верхівки шилоподібного відростка по передній дужці піднебінної мигдалини (рис. 4). Тупо візуалізується верхівка шилоподібного відростка. Виконується перетин шило-під'язикової зв'язки під контролем зору у верхівки шилоподібного відростка. Використовуючи абортну кюретку, відсепаровується шилоподібний відросток від тканин, що підлягають. Затискачем захоплюється шилоподібний відросток і відсікається якомога ближче до основи (рис. 5, 6). Гострі краї дефекту загладжуються, використовуючи кістковий рашпіль.



Рис. 4. Операція – резекція шилоподібного відростка (початок операції – розріз передньої дужки).

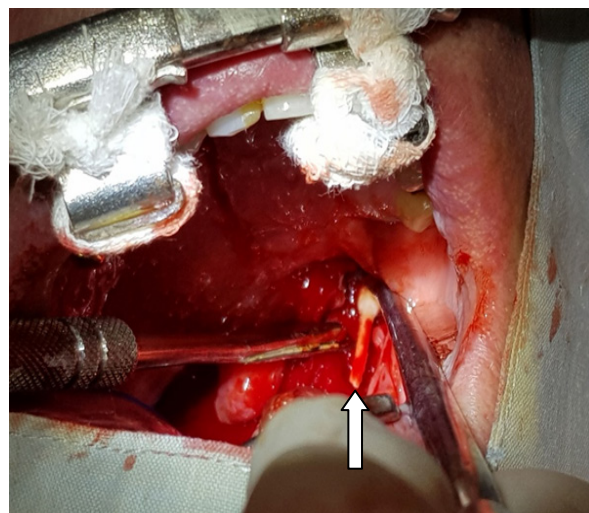
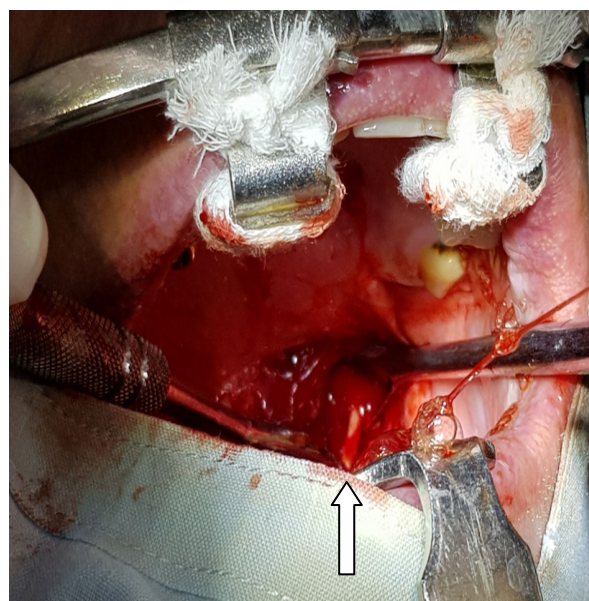


Рис. 5. Операція – резекція шилоподібного відростка (виділення шилоподібного відростка).

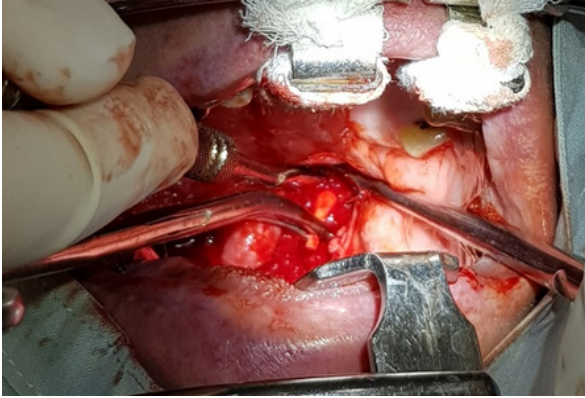


Рис. 6. Видалення шилоподібного відростка.



Рис. 7. Кальцинована шило-під'язикова зв'язка в ніші мигдаликів після тонзилектомії.

Таким чином правильна постановка діагнозу – шилопід'язикового синдрому – дозволяє виключити у даних пацієнтів непотрібного призначення консервативного лікування та хірургічних операцій у вигляді тонзилектомії, дозволяє зберегти піднебінні мигдалики та позбавити хворого від хворобливих відчуттів, спричинених шилоподібним відростком, а не хронічним тонзилітом.

При виконанні тонзилектомії у вікових хворих і пальпації мигдаликової ніші в момент операції практично завжди вдається

пропальпувати шилоподібний відросток різного ступеня його подовження.

Висновки

1. Розроблено алгоритм обстеження хворих з шилопід'язиковим синдромом. Вирішальне значення має таке:

- скарги характерні для шилопід'язикового синдрому (біль у мигдалику, що віддає в глотку, щелепу, вухо, потилицю);

- анамнез (вік хворого, час від початку хворобливих відчуттів протягом тривалого часу – кілька років, болочість незалежно від загострень тонзиліту);

- огляд та пальпація за методикою, описаною вище;

- КТ-діагностика шилоподібних відростків з контрастом та функціональними пробами;

- при виявленні гіпертрофії шилоподібного відростка, вирішення питання консервативного або хірургічного лікування – резекції шилоподібного відростка через передню дужку із збереженням мигдалини, або з тонзилектомією за наявності показань до тонзилектомії.

2. При вирішенні питання про необхідність тонзилектомії у людей віком від 35 років потрібно обов'язково враховувати наявність описаних вище абсолютних показань, а не лише больові відчуття в області мигдаликів, які можуть бути проявом шилопід'язикового синдрому.

3. При зверненні вікових хворих (за нашими спостереженнями – 35 років і вище) з описаною симптоматикою та наявністю візуальної картини хронічного тонзиліту необхідно обов'язково виключити гіпертрофію шилоподібного відростка скроневої кістки.

Література

1. Shmurun RI. [Long styloid processes: a new syndrome]. *Klin Med (Mosk)*. 1996;(6):71-73. [Article in Russian].
2. Pukhlik SM, Shchelkunov AP. Hypertrophy of the styloid process: symptoms, diagnosis, treatment options. *Zhurnal usnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej*. 2017;(2):46-53. [Article in Russian].
3. 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 Russian].
4. Pukhlik SM, Shchelkunov AP, Shchelkunov OA, Savenko TA. [Variants of the histological structure of the styloid processes of the temporal bone]. *Otorhinolaryngology*. 2021;4(1):40-45. doi: 10.37219/2528-8253-2021-1-40. [Article in Russian].
5. Pukhlik SM, Shchelkunov AP, Shchelkunov OA. [Features of CT scan for the diagnosis of hypertrophy of the styloid processes of the temporal bone and Eagle's syndrome]. *Otorhinolaryngology*. 2021;4(2):54-59. doi: 10.37219/2528-8253-2021-2-54. [Article in Russian].
6. 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 Russian].
7. Shchelkunov AP, Pukhlik SM, Titarenko OV, Shchelkunov OA. Development and improvement of methods of conservative treatment of stylohyoid syndrome. *Otorhinolaryngology*. 2022;5(3-4):77-81. doi: 10.37219/2528-8253-2022-3-77. [Article in Russian].
8. Shchelkunov AP, Synoverska OB. Analysis and comparison of methods of conservative and various types of surgical treatment of stylohyoid syndrome. *Odes'kij medicnij žurnal*. 2023;(1):28-35. doi: 10.32782/2226-2008-2023-1-5. [Article in Ukrainian].
9. Uniform clinical protocol for primary, secondary (specialised) and tertiary (highly specialised) care. Tonsillitis. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/04/2021_639_ykpm_d_tonzylit_dd.pdf. [In Ukrainian].
10. Gudwin W. Elongated styloid process evaluation of symptoms and treatment. *Trans Am Laryngol Rhinol Otol Soc*. 1956;(60th Meeting):287-96.
11. 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.

Надійшла до редакції 26.09.2023

© А.П. Щелкунов, 2023

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА МІЖ ШИЛО-ПІД'ЯЗИКОВИМ СИНДРОМОМ ТА ЗАХВОРЮВАННЯМИ З ПОДІБНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ

Щелкунов АП

Одеський національний медичний університет МОЗ України, Одеса, Україна

Email: anatolii_shelkunov@i.ua

А н о т а ц і я

Шилопід'язиковий синдром (Синдром Ігла-Стерлінга) – захворювання, причиною якого є подразнення подовженим шилоподібним відростком скроневої кістки навколишніх нервових, судинних і м'язових структур. Синдром проявляється хронічним болем у глибокому відділі бічної області обличчя, з одного або з обох боків, що іррадіює в корінь язика, глотку, піднебінну мигдалину з одного або з двох сторін, а також вухо.

Актуальність: у зв'язку з різними зонами іррадіації болю при розвитку шило-під'язикового синдрому назріла необхідність у розробці та вдосконаленні найбільш оптимальних методик його диференційної діагностики із захворюваннями з подібною симптоматикою і можливого виключення проведення не потрібного консервативного та хірургічного лікування.

Мета: уніфікація та вдосконалення доступних, найбезпечніших методик диференційної діагностики шило-під'язикового синдрому із захворюваннями з подібною симптоматикою (хронічний тонзиліт).

Завдання:

1. Розробка алгоритму дій лікаря при первинному зверненні пацієнта, що має симптоматику шило-під'язикового синдрому і одночасно візуальну картину іншого захворювання, що протікає з подібною симптоматикою.

2. Розробка методики обстеження хворих з відповідною симптоматикою та наявністю візуальної картини іншого хронічного захворювання, що дозволяють правильно виставити діагноз та виключити непотрібне призначення консервативної терапії та хірургічного втручання.

3. Визначення вікових та статевих особливостей пацієнтів з клінікою шило-під'язикового синдрому та з наявністю супутньої патології, яка може ввести лікаря в оману.

Результати

В цій роботі представлено клінічний досвід автора, який націлено на полегшення лікарям оториноларингологам диференційної діагностики шило-під'язикового синдрому з хронічним тонзилітом.

У лікарів оториноларингологів дуже часто на прийомі бувають хворі зі скаргами на болі в горлі, з одного або з обох боків, відчуттям стороннього тіла, що мають візуальну картину хронічного тонзиліту. Це дозволяє лікарю візуальну симптоматику хронічного тонзиліту сприймати як домінуючу. Призначається відповідне лікування, після якого належного ефекту не досягається, больова симптоматика зберігається.

Це має лікаря підштовхнути до думки, що хронічний тонзиліт не є причиною подібної симптоматики.

У 2021 р. в Україні прийнято протокол надання медичної допомоги пацієнтам з тонзилітом, виходячи з якого біль в мигдалині з одного або з двох боків не є показанням до хірургічного лікування. Тому при виборі тонзилектомії як методу лікування необхідно враховувати кілька показників, а не лише біль. Шило-під'язиковий синдром розвивається у людей переважної старшої вікової категорії. Тому за наявності кількох показань до тонзилектомії, при яких превалюючою скаргою буде біль у мигдаликах, а також враховуючи вік пацієнта, слід припускати наявність шилопід'язикового синдрому та обстежувати хворого відповідним чином.

Висновки

1. Розроблено алгоритм обстеження хворих з шилопід'язиковим синдромом. Вирішальне значення має таке:

- скарги характерні для шилопід'язикового синдрому (біль у мигдалику, що віддає в глотку, щелепу, вухо, потилицю);
- анамнез (вік хворого, час від початку хворобливих відчуттів протягом тривалого часу – кілька років, болочість незалежно від загострень тонзиліту);
- огляд та пальпація за методикою, описаною вище;
- КТ-діагностика шилоподібних відростків з контрастом та функціональними пробами;
- при виявленні гіпертрофії шилоподібного відростка, вирішення питання консервативного або хірургічного лікування – резекції шилоподібного відростка через передню дужку із збереженням мигдалини, або з тонзилектомією за наявності показань до тонзилектомії.

2. При вирішенні питання про необхідність тонзилектомії у людей віком від 35 років потрібно обов'язково враховувати наявність описаних вище абсолютних показань, а не лише больові відчуття в області мигдаликів, які можуть бути проявом шилопід'язикового синдрому.

3. При зверненні вікових хворих (за нашими спостереженнями – 35 років і вище) з описаною симптоматикою та наявністю візуальної картини хронічного тонзиліту необхідно обов'язково виключити гіпертрофію шилоподібного відростка скроневої кістки.

Ключові слова: подовження шилоподібного відростка, судинно-нервовий пучок, функціональні проби, біль у горлі, патофізіологічні механізми болю, тонзиллярна проблема та шилопід'язиковий синдром.

**DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF STYLOHYOID SYNDROME WITH DISEASES,
THAT OCCUR WITH SIMILAR SYMPTOMS**

Shchelkunov AP

Odessa National Medical University

Email: anatolii_shelkunov@i.ua

Abstract

Stylohyoid syndrome (Eagle-Sterling Syndrome) – is a disease, caused by irritation of the nerve, vascular and muscle structures surrounding the elongated styloid process of the temporal bone. The syndrome is manifest-

ed by chronic pain in the deep part of the lateral region of the face, on one or both sides, radiating to the root of the tongue, pharynx, palatine tonsil on one or both sides and the ear.

Relevance: in connection with the different zones of pain irradiation in the development of stylohyoid syndrome, there is a need to develop and improve the most optimal methods for its differential diagnosis, with diseases which occur with similar symptoms and the possible exclusion of unnecessary conservative and surgical treatment for patients with unrecognized symptoms of stylohyoid syndrome.

Purpose: unification and improvement of the available, safest methods for the differential diagnosis of stylohyoid syndrome with diseases that occur with similar symptoms (chronic tonsillitis).

Objectives:

1. Development of an algorithm for the doctor's actions during the initial visit of a patient with symptoms of stylohyoid syndrome and at the same time a visual picture of another disease occurring with similar symptoms.

2. Development of a methodology for examining patients with appropriate symptoms and the presence of a visual picture of another chronic disease, allowing to correctly diagnose and exclude unnecessary prescription of conservative therapy and surgical intervention.

3. Determination of age and gender characteristics of patients with a clinic of stylohyoid syndrome and with the presence of concomitant pathology that can mislead the doctor.

Brief summary of the work.

Otorhinolaryngologists often visit patients, who complain of sore throat, on one or both sides, sensation of a foreign body, with a visual picture of chronic tonsillitis. That allows and encourages the attending physician to perceive the visual symptoms of chronic tonsillitis as dominant. Appropriate treatment is prescribed, after which the desired effect is not achieved, pain symptoms persist.

This should lead the attending physician to the idea that chronic tonsillitis is not the cause of such symptoms.

In 2021, Ukraine adopted a protocol for providing medical care to patients with tonsillitis. On the basis of which there are no indications for surgical treatment in the form of pain in the tonsil on one or both sides. Therefore, when choosing a treatment method in the form of tonsillectomy, several indicators must be taken into account, and not just pain. The stylohyoid syndrome develops predominantly in older age category people. Therefore, considering the patient's age and several criteria for indications for tonsillectomy, but having the predominant complaint of tonsil pain, we should assume the presence of stylohyoid syndrome and examine the patient accordingly.

Conclusions.

1. As a result of our work, an algorithm for examining such patients has been developed. The following is crucial:

- complaints, which are typical for the stylohyoid syndrome (pain in the tonsil, radiating to the throat, jaw, ear, occiput);

- anamnesis (age of the patient, time from the onset of prolonged pain - few years, pain, regardless of exacerbations of tonsillitis);

- examination and palpation according to the method described above;

- CT diagnostics of the styloid processes with contrast and functional tests;

- if hypertrophy of the styloid process is detected, the solution of the issue of conservative or surgical treatment in the form of its resection through the anterior arch with preservation of the tonsil, or with tonsillectomy if there are indications for tonsillectomy.

2. When deciding on the need for tonsillectomy in people over 35 years of age, it is necessary to take into account the absolute indications described above, and not just pain in the tonsils, which may be a manifestation of stylohyoid syndrome.

3. When addressing age-related patients (according to our observations, 35 years and above) with the described symptoms and the presence of a visual picture of chronic tonsillitis, it is imperative to exclude hypertrophy of the styloid process of the temporal bone.

Key words: elongated styloid process of the temporal bone, vascular-nervous bundle, functional tests, sore throat, pathophysiological mechanisms of pain, tonsillar problem and stylohyoid syndrome, vascular disorders.