

С.М. ПУХЛИК, А.П. ЩЕЛКУНОВ

ШИЛОПОДЪЯЗЫЧНЫЙ СИНДРОМ, ВАРИАНТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Одес. нац. мед. ун-тет

Шилоподъязычный синдром – заболевание, причиной которого является раздражение шиловидным отростком височной кости окружающих его нервных, сосудистых и мышечных структур. Синдром проявляется хронической болью в глубоком отделе боковой области лица, иррадиирующей в корень языка, глотку и ухо, дисфагией, симптомами нарушений кровообращения головного мозга. Симптомы шилоподъязычного синдрома встречаются при различных отоларингологических, стоматологических, неврологических заболеваниях. Ввиду малой осведомленности о данном заболевании практических врачей, оно, как правило, не диагностируется. Больные с разными диагнозами лечатся у разных специалистов, чаще всего назначаемое симптоматическое лечение, которое оказывается малоэффективным либо не даёт вообще какого либо результата. Синдром причиняет тяжёлые страдания больным, снижает качество жизни.

Основной причиной недостаточной эффективности лечения синдрома является сложность его патогенеза, неосведомленность практических врачей о данном заболевании, и, конечно, сложность его диагностики. Гипертрофированные шиловидные отростки диагностируются, как правило, случайно, и, даже имея информацию о гипертрофии отростка, многие врачи не связывают симптоматику проявления заболевания у конкретного больного с величиной отростка, и что очень важно – со степенью его отклонения. По данным литературы [7], из общей популяции населения 4% имеют гипертрофию шиловидных отростков и только 4% из этого контингента страдают

шилоподъязычным синдромом. Хотя, с учётом наших данных, количество больных, страдающих шилоподъязычным синдромом, несколько больше литературных данных – процент выявляемости данной патологии гораздо меньше её наличия.

Из анализа литературных источников [3, 4] следует, что отросток, шилоподъязычную связку, подъязычную кость объединяют не только анатомические связи и функциональные взаимоотношения, но и общность происхождения из 2-й висцеральной дуги. Высокую частоту и многообразие их аномалий можно объяснить сложностью процессов дифференцировки единой хрящевой закладки на 4 сегмента, 3 из которых трансформируются в костную ткань отростка и малого рога подъязычной кости, а один, расположенный между ними – в соединительную ткань связки. Под влиянием неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов возникают нарушения гисто- и остеогенеза. При избыточном костеобразовании формируется длинный отросток и происходит частичная или полная оссификация связки. Если остеогенез угнетён, то первый остаётся коротким, а второй соответственно удлиняется. Дефекты слияния двух сегментов, образующих отросток, приводят к его фрагментации и искривлению. Другим последствием нарушения гистогенеза является сохранение остатков эмбрионального хряща в отростке и, возможно, в связке у взрослых людей.

Общепринято предположение, что возникновение синдрома связано с удлинением отростка и оссификацией шилоподъязычной связки. В связи с этим, ряд исследований посвящён определению нормальной

длины отростка, превышение которой приводит к развитию заболевания. В литературе приводятся данные [5], что нормальной является длина отростка 2-3 сантиметра. Если больше, то отросток считается удлинённым и соответственно может вызывать симптоматику. Другие исследователи выявляли отростки, имеющие длину более 3 см без клинической симптоматики у обследуемых [6].

По данным литературы, женщины имеют более выраженную склонность к оссификации шилоподъязычных связок справа. Размеры отростков и оссификация связок справа и слева, как правило, неодинаковы: у некоторых людей их длина на одной стороне может почти в двое превышать длину на другой, но в большинстве случаев разница составляет 2-5 мм [8, 9].

Наши статистические данные несколько отличаются от приведенных в литературе. Они будут представлены ниже.

Информация об аномалиях строения элементов шилоподъязычного комплекса в литературе появлялась на протяжении нескольких веков, но подробное изучение синдрома началось с появлением в клинической практике рентгенологического метода обследования больных в начале 20-го века. С внедрением в практику обследования больных компьютерной томографии возможности диагностики гипертрофированного шиловидного отростка значительно увеличились. Кроме того, данный метод исследования позволяет определить не только наличие гипертрофии шиловидного отростка, но и взаиморасположение сосудов шеи, других анатомических структур соответственно шиловидному отростку, степени отклонения отростка, а также определения плотности близлежащих тканей, что позволяет с большой долей вероятности судить о наличии или отсутствии их воспаления. Все это имеет большое значение для дифдиагностики бессимптомной гипертрофии от шилоподъязычного синдрома. Нами предложен метод компьютерной томографии шиловидного отростка с контрастированием сосудов, который позволяет более тщательно визуализировать отросток и взаиморасположение магистральных сосудов шеи с их предлежанием друг к другу, наличие де-

формации сосудов в виду давления на них шиловидного отростка.

Цель исследования: оценить наиболее значимые клинические признаки данного заболевания, взаимосвязь гипертрофированного шиловидного отростка с нервососудистыми образованиями шеи, эффективность консервативного и хирургического лечения.

В пределах одного исследования сложно представить все данные о возможных причинах патогенеза шилоподъязычного синдрома. В приведённой статье мы опишем лишь часть данных, являющихся, с нашей точки зрения, наиболее значимыми для врачей различных специальностей, имеющих дело с больными, предъявляющими описанные жалобы, для правильной диагностики шилоподъязычного синдрома.

Сведения о нормальной анатомии шилоподъязычного комплекса служат основой для понимания топографических взаимоотношений его элементов с окружающими органами. Некоторые авторы указывают [1], что отросток расположен между внутренней и наружной сонными артериями. По мнению других исследователей [10], он находится на середине пространства между верхней челюстью, шейным отделом позвоночника и глотки. Снаружи от него расположены околоушная слюнная железа, наружная сонная и яремная вена, лицевой нерв. Впереди отростка проходят верхнечелюстная артерия, ушно-височный, нижнечелюстной, язычный нервы, барабанная струна, узел тройничного нерва. Позади его находятся внутренняя сонная артерия и яремная вена, добавочный, подъязычный, блуждающий и языкоглоточный нервы. Возникновение шилоподъязычного синдрома в литературе связывается с давлением отростка на окружающие анатомические структуры [2]. Поэтому знания об их топографических взаимоотношениях являются наиболее существенными для обоснования патогенеза заболевания.

Проводимая нами работа была направлена на визуализацию взаимоотношения удлинённого шиловидного отростка с магистральными сосудами шеи, возможность давления отростка на сосуды, разви-

тие нарушения кровообращения головного мозга из-за нарушения притока крови по артериям и нарушения оттока по венам, и развития соответствующей симптоматики в дополнение к описанной в литературе.

Работа по изучению проблематики шилоподъязычного синдрома нами проводится на протяжении 5 лет. Мы хотим поделиться своими наблюдениями и своими мыслями в отношении данной проблематики, будем рады любым замечаниям и любым советам, которые позволят повысить эффективность лечения и уменьшить страдания больных данной патологией. А это особая категория больных. Они не один год посещают врачей различных специальностей, предъявляют огромное количество жалоб, и жалобы эти не надуманные, они есть на самом деле. Нами предложен даже критерий диагностики данного заболевания, исходя из жалоб пациентов. Количество и качество жалоб не совпадают с клинической картиной, которую видит врач при первом знакомстве с больным. А, по большому счету, мы не видим ничего – есть только жалобы больного и нормальная картина ротоглотки и гортаноглотки. И не имея информации о более детальном обследовании подобных больных, мы говорим, что у них всё хорошо и отправляем их к следующему специалисту. Так же к ним относится и смежный специалист. Если визуально проблема не определяется, значит проблема надуманна самим больным, жалоб очень много, угрозы для жизни визуально нет. Для таких больных даже придумана фраза – «замученные интеллектуалы». То есть те, которые сами наталкивают врача на мысль, изучив кучу литературы по данной проблематике. У нас так и было, когда больной попросил врача надеть перчатку и ощупать кость, торчащую у него в области миндалин. Этот случай и натолкнул нас на мысль и желание работать в данном направлении.

Материалы и методы исследования

За прошедшие 5 лет нами обследовано и пролечено 84 пациента, и в выявлении данной патологии принимали участие два человека. Обращения были случайными, без определённой направленности. Из них женщин было 53, мужчин – 17, возраст – от 25

до 70 лет, длительность заболевания – от 1 года до 10-15 лет. Чаще всего подобные больные лечились у невропатологов и им выставлялись диагнозы – остеохондроз шейного отдела позвоночника и фарингоневроз. Назначаемое лечение результатов не давало.

Нами разработаны рекомендации для практических врачей, позволяющие диагностировать данную патологию. При осмотре ротоглотки следует обращать внимание на невыраженную асимметрию зева; со стороны давления шиловидного отростка соответствующая нёбная миндалина практически всегда отстоит несколько медиально. При подозрении на наличие гипертрофии шиловидного отростка рекомендовано проводить бимануальное исследование ротоглотки. Оно проводится следующим образом: кончики пальцев одной руки с соответствующей стороны укладываются за угол нижней челюсти и оказывают давление на ткани, указательный палец другой руки оказывает давление на нёбную миндалину и по дуге по задней нёбной дужке с переходом сверху на переднюю. При наличии гипертрофии шиловидного отростка, отклонённого медиально, под пальцем ощущается плотное образование, почти всегда удаётся нащупать кончик шиловидного отростка. Иногда даже при ротации миндалин при надавливании на переднюю нёбную дужку шпатель с соответствующей стороны упирается в плотное образование, что позволяет заподозрить гипертрофию шиловидного отростка. При выявлении подобной симптоматики нами предложена методика компьютерной томографии шеи с визуализацией шиловидных отростков и 3Д-реконструкцией для понимания степени и углов отклонения последнего, а также компьютерная томография с введением контраста для определения взаиморасположения шиловидного отростка и магистральных сосудов шеи. Исходя из вышеперечисленного, нами был предложен алгоритм диагностики и лечения подобных больных.

1. **Симптоматика:** синдром проявляется хронической болью в глубоком отделе боковой области лица, иррадиирующей в корень языка, глотку и ухо, дисфагией, симптомами нарушения кровообращения головного мозга.

2. Обследование: диагноз выставляется на основании жалоб больного, данных визуального, пальпаторного исследования, компьютерной томография шиловидного отростка с контрастированием магистральных сосудов шеи.

3. Лечение: консервативное, хирургическое. Консервативное лечение: блокады в область парафарингеального пространства с введением лидокаина 2% и кортикостероидов, назначение седативных препаратов, нестероидных противовоспалительных средств. Хирургическое лечение: резекция шиловидного отростка с одной или с двух сторон через переднюю небную дужку либо через миндаликовую нишу после тонзилэктомии.

Результаты исследования

Нами предложена 5-балльная шкала градации качества лечения. Качество лечения оценивалась по количеству уменьшения баллов и, соответственно, жалоб больных.

Из 84 больных успех лечения в 0 баллов (отсутствие жалоб) оценили 30 человек, в 1 балл – 24, в 3 балла – 6 человек, в 4-5 баллов – 10 пациентов, то есть значимого эффекта от лечения достигнуто не было. Всем, у кого результат лечения оценивался в 4-5 баллов, предлагался хирургический метод лечения – резекция шиловидного отростка с соответствующей стороны. После хирургического лечения симптоматика сохранялась только у 1 человека из 10. По нашим данным, из 84 обследованных больных правый шиловидный отросток был гипертрофирован у 22, левый – у 62. Фрагментация шилоподъязычной связки наблюдалась у 81 пациента. Помимо гипертрофии шиловидного отростка, полная оксификация связки до подъязычной кости наблюдалась у 3 человек. У всех обследованных наблюдалось предлежание шиловидного отростка к магистральным сосудам шеи, у 48 – наблюдался s-образный изгиб внутренней сонной артерии. У 2 прооперированных нами больных отмечалось исчезновение изгиба артерии с соответствующей стороны.

Ниже приводятся данные дуплексного и триплексного исследования магистральных сосудов шеи до хирургической резекции шиловидного отростка и после нее.

До операции (рис. 1): общая сонная, наружная сонная, внутренняя сонная и позвоночная артерии с двух сторон – проходимы, внутрисосудных образований на доступных для визуализации участках не выявлено. Ширина комплекса интима-медиа в общей сонной артерии с двух сторон – 0,8 мм. Дифференцировка на слои сохранена. Эхогенность не изменена. Повышение периферического сопротивления, скоростные и спектральные характеристики кровотока соответствуют возрастным значениям. Диаметры магистральных артерий – в пределах нормативных значений. S-образный изгиб левой внутренней сонной артерии. Качество интракраниальной визуализации удовлетворительное. Получены ультразвуковые картограммы и спектры доплеровских сдвигов частот от передних средних и задних мозговых артерий. Признаков коллатерализации кровотока в пределах замкнутого большого артериального кольца, локальных гемодинамических сдвигов не выявлено.

Заключение: Эхо-признаки S-образного изгиба левой внутренней сонной артерии. Снижение венозного оттока внутренней яремной вены слева, дистонического типа, венозного оттока в правой внутренней яремной вене, явления ВЧГ.

Та же больная 1 через мес. после хирургического лечения (рис. 2). Результат триплексного исследования: осмотренные экстракраниальные сосуды имеют обычную эхоанатомию. КНМ до 0,5 мм. Позвоночные артерии без значительной асимметрии с правильным вхождением в позвоночные каналы. При проведении проб с поворотом головы вертеброгенного сдавления не выявлено. Сосуды Везелиева круга визуализированы. Вазодилляторный тест с обеих сторон с положительной реакцией. Качество интракраниальной визуализации удовлетворительное. Получены ультразвуковые картограммы и спектры доплеровских сдвигов частот от передних и задних мозговых артерий. Интракраниальные сегменты артерий и базилярная артерия без особенностей. Признаков коллатерализации кровотока в пределах замкнутого большого артериального кольца, локальных гемодинамических сдвигов не выявлено. Кровоток по ГА – антеградный.



Рис. 1. Пример КТГ шиловидных отростков с контрастированием магистральных сосудов шеи.

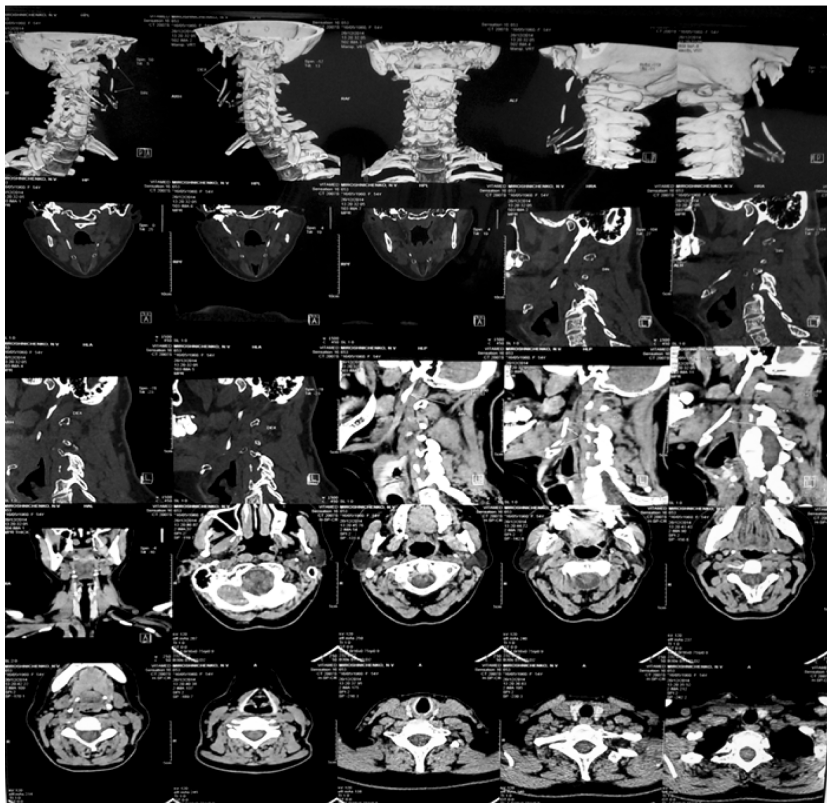


Рис. 2. Пример КТГ шиловидных отростков. Фрагментация отростка. Оссификация связки.

Заключение: осмотренные брахецефальные сосуды без эхографических и доплеровских изменений. Данных о патологических изгибах сонных артерий не выявлено.

Проводимая нами работа требует дальнейшего продолжения и подтверждения полученных нами данных на большем количестве обследуемых.

Заключение и выводы

1. Рассмотренная проблема с клинической точки зрения мало изучена и требует дальнейшего исследования и подтверждения данных на большем количестве больных.

2. Распространённость данной патологии в общей популяции людей, с нашей точки зрения, больше, чем описана в литературе.

3. Гипертрофия шиловидного отростка не является основной причиной развития шилоподъязычного синдрома, важное значение имеет степень отклонения отростка.

4. Данной патологией страдают больше женщины, чем мужчины, что не может быть нами объяснено на данном этапе исследования.

5. Важную роль в диагностике шилоподъязычного синдрома имеет визуализация шиловидного отростка и его взаиморасположение по отношению к сосудисто-нервному пучку.

6. Консервативное лечение в большинстве процентов случаев даёт нестойкий эффект, что требует повторного лечения через определённый промежуток времени.

7. Хирургическое лечение должно быть направлено на максимальное удаление шиловидного отростка проксимально, для удаления оси давления на сосудисто-нервный пучок. Остатки оссифицированной шилоподъязычной связки удалять не имеет смысла, что также представляет очень большие технические сложности.

Литература

1. Борисов А.А. Наблюдение аномалии шиловидного отростка // Вестн. оториноларингологии. – 1975. – №6. – С. 109-110.
2. Лебединцев В.В., Каган И.И., Шульга И.А. Шилоподъязычный синдром. Клиническая анатомия, патогенез, диагностика, лечение // Оренбург: Изд. центр ОГАУ, 2015. – С. 80-86.
3. Лонгин, М.Л., Матусевич В.Я. Большие шиловидные отростки, симулирующие инородное тело глотки // Здравоохранение Белоруссии. – 1969. – №11. – С. 80.
4. Островерхов Г.Е., Лысенков Н.К. Анатомия человека – СПб.: Гиппократ, 2000. – 704 с.
5. Шлаен С.П. Аномалия шиловидного отростка // Вестн. оториноларингологии. – 1979. – №5. – С. 78.
6. Шмурун Р.И. Длинные шиловидные отростки:

новый синдром // Клин. мед. – 1996. – №6. – С. 71-73.

7. Gudwin W. Elongated styloid process evaluation of symptoms and treatment // Laryngoscope. – 1956. – № 66. – P. 687-695.
8. Correl R., Wescott W. Eagle's syndrome diagnosed after history of headache, dysphagia, otalgia and limited neck movement // J. Am. Dent. Assoc. – 1982. – № 104. – P. 491-492.
9. Lengele B.G., Dhem A.J. Length of the styloid process of the temporal bone // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1988 – Vol. 114, № 9. – P. 1003-1006.
10. Zake H.S., Greco C.M., Rudy T.E., Kubinski J.A. Elongated styloid process in a temporomandibular disorder sample: prevalence and treatment outcome // J. Prosthet. Dent. – 1996. – Vol. 75, №4. – P. 399-405.

References

1. Borisov AA. Notice anomalies styloid process. Vestnik otorinolaringologii. 1975;6:109-10. Russian.
2. Lebedintsev VV, Kagan II, Shulga IA. Stylo-sublingual syndrome. Clinical anatomy, pathoge-

nesis, diagnosis, treatment. Orenburg, OSAU Publishing Center;2015:80-6. Russian.

3. Longin, ML, Matusevich VYa. Large styloid process, simulating a foreign body throat. Zdravoohranenie Belorussii.1969;11:80. Russian.

4. Ostroverkhov GE, Lysenkov NK. Human anatomy. SPb: Hippocrates;2000;704 p. Russian.
5. Shlaen SP. The anomaly of the styloid process. Vestnik otorinolaringologii. 1979;5:78. Russian.
6. Shmurun RI. Long styloid process: a new syndrome. Klinicheskaya meditsina. 1996;6:71-3. Russian.
7. Gudwin W. Elongated styloid process evaluation of symptoms and treatment. Laryngoscope. 1956;66:687-95.
8. Correl R, Wescott W. Eagle's syndrome diagnosed after history of headache, dysphagia, otalgia and limited neck movement. J. Am. Dent. Assoc. 1982;104:491-92.
9. Lengele BG, Dhem AJ. Length of the styloid process of the temporal bone. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1988;114(9):1003-6.
10. Zake, HS, Greco CM, Rudy TE, Kubinski JA. Elongated styloid process in a temporomandibular disorder sample: prevalence and treatment outcome. J. Prosthet. Dent. 1996;75(4):399.

Поступила в редакцію 18.01.17.

© С.М. Пухлик, А.П. Щелкунов, 2017

ГІПЕРТРОФІЯ ШИЛОПОДІБНИХ ВІДРОСТКІВ: СИМПТОМАТИКА, ДІАГНОСТИКА, ВАРІАНТИ ЛІКУВАННЯ

Пухлік С.М., Щелкунов А.П. (Одеса)

А н о т а ц і я

Актуальність: шилопід'язичний синдром – захворювання, причиною якого є подразнення шилоподібном відростком скроневої кістки оточуючих його нервових, судинних і м'язових структур. Синдром проявляється хронічним болем в глибокому відділі бічної області лица, який ірадіює в корінь язика, глотку і вухо, дисфагією, симптомами порушень кровообігу головного мозку. Зважаючи на малу обізнаність про дане захворювання практичних лікарів, воно, як правило, не діагностується. Хворі з різними діагнозами лікуються у різних фахівців, найчастіше призначається симптоматичне лікування, яке виявляється мало ефективним або не дає взагалі будь-якого результату. Синдром спричиняє тяжкі страждання хворим, знижує якість їх життя.

Мета дослідження: оцінити найбільш значущі клінічні ознаки даного захворювання, взаємозв'язок гіпертрофованого шилоподібного відростка з нейросудинними утвореннями шийі, ефективність консервативного та хірургічного лікування.

Матеріали і методи: нами обстежено і проліковано 84 пацієнти віком від 25 до 70 років, з них жінок було 53, чоловіків – 17, тривалість захворювання – від 1 року до 10-15 років. Використовувалася комп'ютерна томографія шилоподібних відростків з 3D-реконструкцією і контрастуванням магістральних судин шийі.

Результати дослідження та їх обговорення: Якість лікування оцінювалася за 5-бальною шкалою за кількістю зменшення балів і, відповідно, скарг хворих. Із загальної кількості хворих (84), успіх лікування в 0 балів оцінили 30 чоловік (тобто, відсутність будь-якої симптоматики), в 1 бал – 24 людини, в 3 бали – 6, в 4-5 балів – 10, тобто, значущого ефекту від лікування досягнуто не було. Всім, у кого результат лікування оцінювався в 4-5 балів пропонувався хірургічний метод лікування – резекція шилоподібного відростка з відповідної сторони. Тільки у 1 людини з 10 симптоматика зберігалася після хірургічного лікування.

Висновки: дана проблема з клінічної точки зору мало вивчена і вимагає подальшого дослідження; гіпертрофія шилоподібного відростка не є основною причиною розвитку шилопід'язичного синдрому, важливе значення має ступінь відхилення відростка; консервативне лікування в більшості випадків дає стійкий ефект, але вимагає повторного лікування через певний проміжок часу; хірургічне лікування повинно бути направлено на максимальну резекцію шилоподібного відростка проксимально, для видалення осі тиску на судинно-нервовий пучок.

Ключові слова: шилоподібний відросток, судинно-нервовий пучок.

HYPERTROPHY OF THE STYLOID PROCESS: SYMPTOMS, DIAGNOSIS, TREATMENT OPTIONS

Pukhlik S.M., Schelkunov A.P.

Department of Otorhinolaryngology of the Odessa National Medical University; e-mail: lor@te.net.ua

Abstract

Relevance: Styloid process syndrome – a disease which is caused by irritation of the styloid process of the temporal bone surrounding the nerve, vascular and muscle structures. The syndrome is manifested by chronic pain in deep division of the facial area referred to the root of the tongue, throat and ear, dysphagia, symptoms of circulatory disorders of the brain. Because of the low awareness of the disease, practitioners, usually miss the diagnoses. Patients with different diagnoses are treated by different specialists, most often the prescribed symptomatic treatment is ineffective or does not give any result at all. The syndrome causes severe suffering to patients, reduces the quality of life.

Purpose of the study: Assess the most significant clinical signs of the disease, the relationship of the hypertrophied ankle sprout with the neurovascular neck formations, the effectiveness of conservative and surgical treatment.

Materials and methods: 84 people were examined and treated by us. Of these, 53 women, 17 men, aged 25 to 70 years. With the duration of the disease from one year to 10-15 years. Computer-aided tomography of the styloid processes with 3D reconstruction and contrasting of the main vessels of the neck was used.

Results of the study and the discussion: in the diagnosis and the treatment, we proposed a grading scale for the quality of the treatment at the five-point scale. The quality of the treatment was assessed by the number of reduction in scores and, accordingly, patient complaints. Of the total number of patients – 84 people, the success of the treatment by 0 points was assessed by 30 people (that is, absence of any symptomatology), 1 point – 24 people, 3 points – 6 people, 4-5 points – 10 people, that is significant effect of the treatment was not achieved. To all those people with the result of the treatment was estimated at 4-5 points, respectively, was proposed an operative method of the treatment – the resection of the styloid process from the corresponding side. Only 1 person out of 10 had symptomatology after the surgical treatment.

Conclusions: this problem has been little studied from the clinical point of view and requires further study; Hypertrophy of the styloid process is not the main cause of development of the dorsal sublingual syndrome, the degree of abnormal process is important; Conservative treatment in most percent of cases gives a persistent effect but requires repeated treatment after a certain period of time; Operative treatment should be aimed at maximum resection of the styloid process proximally, to remove the axis of pressure on the vascular bundle.

Key words: styloid process, vascular bundle.