

## **РАЗРАБОТКА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИК КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШИЛО-ПОДЪЯЗЫЧНОГО СИНДРОМА**

*Одесский национальный медицинский университет  
(ректор – академик НАМН Украины, проф. В.Н. Запорожан)*

Шилоподъязычный синдром (Синдром Игла-Стерлинга) – заболевание, причиной которого является раздражение шиловидным отростком височной кости окружающих его нервных, сосудистых и мышечных структур [1, 3]. Синдром проявляется хронической болью в глубоком отделе боковой области лица, с одной или с обеих сторон, иррадиирующей в корень языка, глотку и ухо, дисфагией, симптомами нарушений кровообращения головного мозга [3]. Диагностика гипертрофии шиловидного отростка и соответственно развития шилоподъязычного синдрома довольно таки сложна и была описана нами ранее [7, 8]. В диагностике мы использовали данные компьютерной томографии шиловидных отростков с контрастированием магистральных сосудов шеи и использованием функциональных проб [7], что позволило нам с большой долей вероятности предполагать, о влиянии удлинённых шиловидных отростков на сосудисто-нервный пучок и соответственно развитию симптомов шилоподъязычного синдрома.

**Актуальность:** назрела необходимость в разработке и совершенствовании наиболее оптимальных методик консервативного лечения больных с выраженной симптоматикой шилоподъязычного синдрома, дальнейшей их реабилитации и профилактики рецидивов данного заболевания.

**Цель:** разработка и совершенствование доступных, наиболее безопасных и не оставляющих выраженных косметических дефектов, методик консервативного лече-

ния больных шило-подъязычным синдромом и профилактики повторения описанной симптоматики в будущем.

### **Задачи:**

1. Разработка оптимальных методик консервативной терапии шилоподъязычного синдрома в виде инъекций лекарственных препаратов в область верхушки шиловидного отростка с использованием пальпаторного исследования ротоглотки больного с проведением функциональных проб и определением её точной локализации.

2. Разработка наиболее оптимальной схемы медикаментозной терапии шилоподъязычного синдрома с использованием метода диагностики удлинённого шиловидного отростка височной кости и шилоподъязычного синдрома при КТ-исследовании с контрастом и проведением функциональных проб.

3. Определение рациональности проведения той или иной методики консервативной или хирургической терапии больных с симптоматикой шило-подъязычного синдрома используя КТ-исследование с контрастом и проведением функциональных проб, учитывая данные пальпаторного исследования ротоглотки.

Проводимая нами работа была направлена на совершенствование и упрощение методов консервативной и хирургической терапии больных с симптоматикой шило-подъязычного синдрома с учетом данных проведённых КТ-исследований с контрастом и функциональных проб, а так-

же пальпаторного исследования ротоглотки, также проведенного с использованием функциональных проб, для определения наименьшего расстояния верхушки шиловидного отростка височной кости к боковой стенке ротоглотки и определения наиболее оптимального места для инъекции лекарственного вещества, либо с целью разреза и наиболее лёгкого поиска шиловидного отростка височной кости для его резекции.

Материалом для наших исследований и сделанных предложений послужило обследование и лечение 204 пациентов за 10-летний период. Из них женщин было 143 (71%), мужчин – 61(30%), возраст обследованных колебался от 25 до 70 лет (25-30 лет – 21 человек (8,1%), 30-45 лет – 123 (63%), 45-60 лет – 42 (20,6%), 60-70 лет – 18 (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 визуально проблемы не определяется. Мы убедились, что обилие жалоб не соответствует визуальной картине при осмотре больного. **То есть – жалоб много, а визуально ничего не определяется.** Это можно назвать первым симптомом шило-подъязычного синдрома при сборе анамнеза и первичном осмотре больного.

Далее необходимо пропальпировать ротоглотку больного. Шпателем отдавливается язык к низу и проводим по передней небной дужке. При гипертрофии шиловидного отростка шпатель упрется в верхушку шиловидного отростка. Для достоверной диагностики голову больного необходимо запрокинуть назад. В таком положении шиловидный отросток максимально близко предлежит к боковой стенке ротоглотки. 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 утол-

щенную 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, а также наименьшее расстояние верхушки шиловидного отростка височной кости до боковой стенки ротоглотки, что имеет большое значение для определения оптимального места для инъекций лекарственных веществ в область верхушки шиловидного отростка.

Если шпателем не удалось обнаружить верхушку шиловидного отростка, то мы используем выше описанный метод пальпации ротоглотки больного с максимальным запрокидыванием головы назад.

Обнаружение верхушки удлинённого шиловидного отростка имеет большое практическое значение как для выполнения инъекций лекарственных препаратов – для наиболее эффективной консервативной терапии шило-подъязычного синдрома, так и для поиска удлинённого шиловидного отростка в ране при его резекции.



Рис. 1. Осмотр больного с жалобами, характерными для шилоподъязычного синдрома, с использованием шпателя.

Инъекции в область верхушки удлинённого шиловидного отростка выполняют следующим образом. Вначале, используя

пальцевое исследование ротоглотки и максимальное запрокидывание головы назад, находим верхушку отростка и определяем с местом инъекции, что имеет очень большое значение для эффективности консервативного лечения.



Рис. 2. Пальцевое исследование ротоглотки с целью обнаружения верхушки удлинённого шиловидного отростка с использованием функциональных проб (максимальное запрокидывание головы назад).

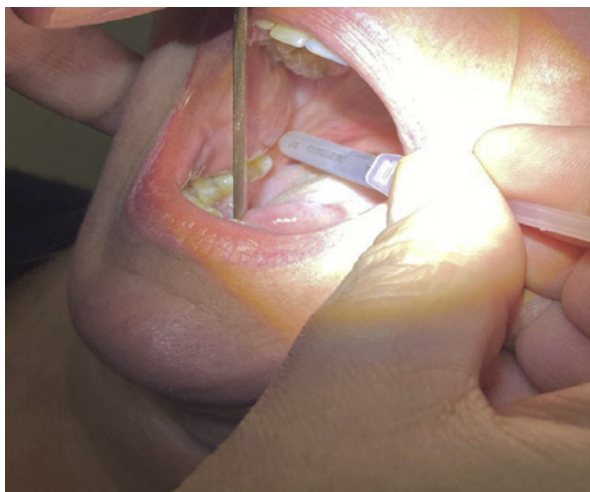


Рис. 3. Выполнение инъекции в область верхушки удлинённого шиловидного отростка.

По нашим наблюдениям, наиболее эффективны для купирования симптоматики шилоподъязычного синдрома инъекции именно в область верхушки шиловидного отростка. Правильность инъекций мы контролировали следующим образом. Перед

назначением КТ-исследования шиловидных отростков с контрастированием магистральных сосудов шеи с выполнением функциональных проб мы производили инъекцию в область верхушки шиловидного отростка. При правильном проведении инъекции по данным КТ-исследования вводимая жидкость определялась в области верхушки шиловидного отростка. При инъекциях не в область верхушки шиловидного отростка должного эффекта и купирования симптоматики шилоподъязычного синдрома не достигалось.

Кроме инъекций лекарственных препаратов в область верхушки шиловидных отростков, которые выполнялись в количестве 6-8 раз в каждую из сторон до достижения стойкого и выраженного эффекта, назначалось введение нестероидных противовоспалительных препаратов, витаминов группы В и седативных препаратов. Последняя инъекция в область верхушки шиловидного отростка проводилась с использованием пролонгированного кортикостероида с дублированием инъекции его же внутримышечно. При двухстороннем удлинении шиловидных отростков инъекции выполнялись через день в каждую из сторон. Иногда после выполнения инъекции наблюдался временный парез гортани с соответствующей стороны, который самопроизвольно проходил через несколько часов. С использованием описанной терапии симптоматика шилоподъязычного синдрома купировалась в разной степени выраженности у многих больных.

Для оценки качества консервативной терапии нами использовалась шкала уменьшения симптоматики в баллах от 5 до 0. Больные сами определяли достижение эффекта терапии выбором определённого балла, где 5 баллов – отсутствие эффекта, и так далее по степени уменьшения симптоматики до 0 – полное отсутствие симптоматики.

Из 204 больных успех лечения в 0 баллов (отсутствие жалоб) оценили 96 человек (47%), в 1 балл – 64 (31,4%), в 2-3 балла – 31 (15,1%), в 4-5 баллов (значимого эффекта от лечения достигнуто не было) – 13 (6,4%). Всем, у кого результат лечения оценивался в 4-5 баллов, предлагался хирургический ме-

тод лечения – резекция шиловидного отростка с соответствующей стороны.

### **Выводы**

1. При первичном обращении больного с жалобами, характерными для шилоподъязычного синдрома, необходимо проведение пальцевого исследования ротоглотки с выполнением функциональных проб – как для обнаружения удлинения шиловидного отростка височной кости, так и для точной локализации верхушки отростка в ротоглотке.

2. При обнаружении удлинённого 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 и для определения расстояния верхушки отростка до полости ротоглотки при максимальном запрокидывании головы назад.

3. Инъекции лекарственных препаратов должны выполняться в область верхушки шиловидного отростка, что даёт максимальный терапевтический эффект, и обязательно дополняться назначением сопутствующей терапии.

### **Литература**

1. Lebedintsev VV, Kagan II, Shulga IA. [Stylo-sublingual syndrome. Clinical anatomy, pathogenesis, diagnosis, treatment]. Orenburg, OSAU Publishing Center;2015:80-6. [Article in Russian].
2. Ostroverkhov GE, Lysenkov NK. [Human anatomy]. Saint Petersburg: Hippocrates; 2000; 704 p. [In Russian].
3. Shmurun RI. [Long styloid process: a new syndrome]. Klin Med (Mosk). 1996;6:71-3. [Article in Russian].
4. Pukhlik SM, Shchelkunov AP. [Stylohyoid syndrome, diagnostic and treatment options]. Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej. 2017;(2):46-53. [Article in Russian].
5. Pukhlik SM, Shchelkunov AP, Shchelkunov AA. Diagnostic criteria and result of treatment of Eagle syndrome. Otorhinolaryngology. 2019;2(6):80-6. doi 10.37219/2528-8253-2019-6-80. [Article in Russian].
6. Pukhlik SM, Shchelkunov AP, Shchelkunov AA, Savenko TA. Variants of the histological structure of the styloid processes of the temporal bone. Otorhinolaryngology. 2021;4(1):40-5. doi 10.37219/2528-8253-2021-1-40. [Article in Russian].
7. Pukhlik SM, Shchelkunov AP, Shchelkunov AA. 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):54-9. doi 10.37219/2528-8253-2021-2-54. [Article in Russian].
8. Pukhlik SM, Shchelkunov AP, Shchelkunov AA. 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):72-9. doi 10.37219/2528-8253-2021-4-72. [Article in Russian].
9. Godwin RW. Elongated styloid process evaluation of symptoms and treatment. Laryngoscope. 1956 Jun;66(6):687-95. doi: 10.1288/00005537-195606000-00012.
10. 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.

Поступила в редакцию 27.06.2022

© А.П. Щелкунов, С.М. Пухлик, О.В. Титаренко, А.А. Щелкунов, 2022

## РОЗРОБКА ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИК КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ШИЛО-ПІД'ЯЗИКОВОГО СИНДРОМУ

Щелкунов АП, Пухлік СМ, Титаренко ОВ, Щелкунов ОА  
Одеський національний медичний університет  
Email: lor@te.net.ua

### А н о т а ц і я

Шилопід'язиковий синдром – захворювання, причиною якого є подразнення шилоподібним відростком скроневої кістки навколишніх нервових, судинних і м'язових структур. Синдром проявляється хронічним болем у глибокому відділі бічної ділянки обличчя, що іррадіює у корінь язика, горло та вухо, дисфагією, симптомами порушень кровообігу головного мозку.

**Мета дослідження:** розробка та вдосконалення доступних, найбільш безпечних методик консервативного лікування хворих на шило-під'язиковий синдром, які не залишають виражених косметичних дефектів, а також профілактики повторення симптоматики в майбутньому.

**Матеріали та методи дослідження:** Проведена нами робота була спрямована на вдосконалення та спрощення методів консервативної та хірургічної терапії хворих з симптоматикою шило-під'язикового синдрому, враховуючи дані проведених КТ-досліджень з контрастом і функціональних проб та пальпаторного дослідження, для визначення найменшої відстані верхівки шиловидного відростка скроневої кістки до бічної стінки ротоглотки та найбільш оптимального місця для ін'єкції лікарської речовини,

Матеріалом для наших досліджень і зроблених пропозицій стало обстеження та лікування 204 пацієнтів за 10-річний період. З них жінок було 143 (71%), чоловіків – 61 (30%), вік – від 25 до 70 років: 25-30 років – 21 особа (8,1%), 30-45 років – 123 (63%), 45-60 років – 42 (20,6%), 60-70 років – 18 (8,1%); тривалість захворювання – від 1 до 10-15 років.

Виконання ін'єкцій у область верхівки шиловидного відростка обов'язково мають доповнюватися системною медикаментозною терапією. З 204 хворих успіх лікування в 0 балів (відсутність скарг) оцінили 96 осіб (47%), у 1 бал – 64 (31,4%), у 2-3 бали – 31 особа (15,1%), у 4-5 балів (тобто значущого ефекту від лікування не досягнуто) – 13 (6,4%). Усім, хто результат лікування оцінював в 4-5 балів, пропонувався хірургічний метод лікування – резекція шиловидного відростка з відповідного боку.

**Ключові слова:** подовжений шилоподібний відросток, судинно-нервовий пучок, функціональні проби.

## DEVELOPMENT AND IMPROVEMENT OF METHODS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF STYLOHYOID SYNDROME

Shchelkunov AP, Pukhlik SM, Titarenko OV, Shchelkunov OA  
Odessa National Medical University  
Email: lor@te.net.ua

### Abstract

Stylohyoid syndrome is a disease caused by irritation of the surrounding nerve, vascular and muscle structures by the styloid process, located at the temporal bone. The syndrome is manifested by chronic pain in the deep part of the lateral region of the face, radiating to the root of the tongue, pharynx and ear, dysphagia, and symptoms of cerebral circulatory disorders.

**The purpose of the study:** to develop and improve accessible, safest and not leaving pronounced cosmetic defects, methods of conservative treatment of patients with stylohyoid syndrome and prevention of the recurrence of the described symptoms in the future.

**Materials and methods of research:** Our work was aimed at improving and simplifying the methods of conservative and surgical treatment of patients with symptoms of stylohyoid syndrome, taking into account the data of CT studies with contrast and functional tests and palpation of the oropharynx, as well as using functional tests, to determine the smallest distance of the apex of the styloid process of the temporal bone to the lateral wall of the oropharynx and determine the most optimal region for the injection of a medicinal substance.

The material for our research and proposals was the examination and treatment of 204 patients over a 10-year period. Of these, there were 143 women (71%), men – 61 (30%), age – from 25 to 70 years old, 25-30 years old – 21 people (8.1%), 30-45 years old – 123 (63%), 45-60 years old – 42 (20.6%), 60-70 years old – 18 (8.1%); duration of the disease – from 1 to 10-15 years. Injections into the region of the apex of the styloid process must necessarily be supplemented with drug therapy. Out of 204 patients, the success of treatment at 0 points (no complaints) was assessed by 96 people (47%), at 1 point – by 64 (31.4%), at 2-3 points – by 31 (15.1%), at 4-5 points (that is, no significant effect of the treatment was achieved) – 13 (6.4%). Everyone who had a treatment result of 4-5 points was offered a surgical method of treatment – resection of the styloid process from the corresponding side.

**Key words:** elongated styloid process, neurovascular bundle, functional tests.