

УДК: 616.724-07

СИНДРОМ ІГЛА В ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІЙ ДІАГНОСТИЦІ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ РОЗЛАДІВ

В.Ф. Макєєв, О.Д. Телішевська

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Синдром Ігла – загальноприйнята назва сукупності клінічних симптомів, пов'язаних з аномаліями розмірів і розташування шилоподібних відростків скроневої кістки, а також кальцифікацією шило-під'язикової зв'язки, яка з'єднує шилоподібний відросток скроневої кістки з малим рогом під'язикової кістки [3].

Синдром Ігла вперше описав американський оториноларинголог W.W. Eagle у 1937 році. На сьогодні відомо кілька синонімів цього синдрому: синдром Ігла, синдром Ігла-Стерлінга, шило-під'язиковий синдром, мегастилоїд, що описують одну і ту ж клінічну картину. Проблема діагностування цього синдрому полягає в різноманітності симптомів. Відтак пацієнти з такими проблемами звертаються до стоматологів, оториноларингологів, невропатологів і навіть онкологів [2].

Раніше вважали, що шилоподібний відросток, довжина якого перевищує 33 мм, є видовженим [1]. Досі не встановлено середньостатистичної довжини шилоподібного відростка. Т. Jung [6] на основі аналізу великої кількості ортопантограм установив, що середньою довжиною шилоподібного відростка є 45 мм. При чому ця довжина варіює в різних вікових і статевих групах. Вважають, що правий відросток довший лівого на 0,5 см. Відтак на основі даних літератури впливає, що довжина шилоподібного відростка скроневої кістки індивідуальна, а вірогідність виникнення синдрому Ігла залежить від розмірів і стану всіх прилеглих структур та черепа в цілому (рис. 1,2). Деякі автори вважають, що розвиток синдрому Ігла пов'язаний із низкою

факторів загальносоматичного характеру, наприклад, наявності психоемоційних порушень у пацієнта.

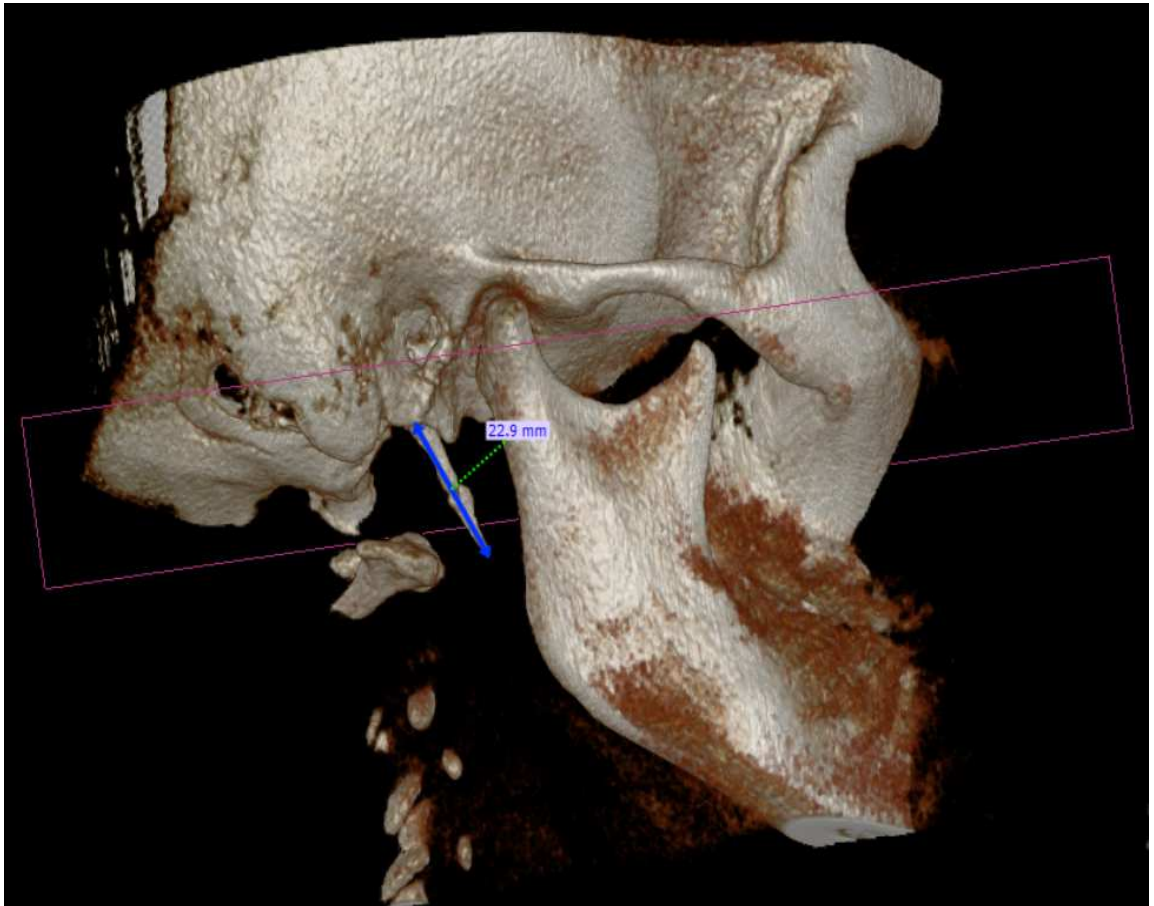


Рис. 1. Пацієнтка Х. Правий шилоподібний відросток (вигляд збоку).
Довжина - 22,9 мм

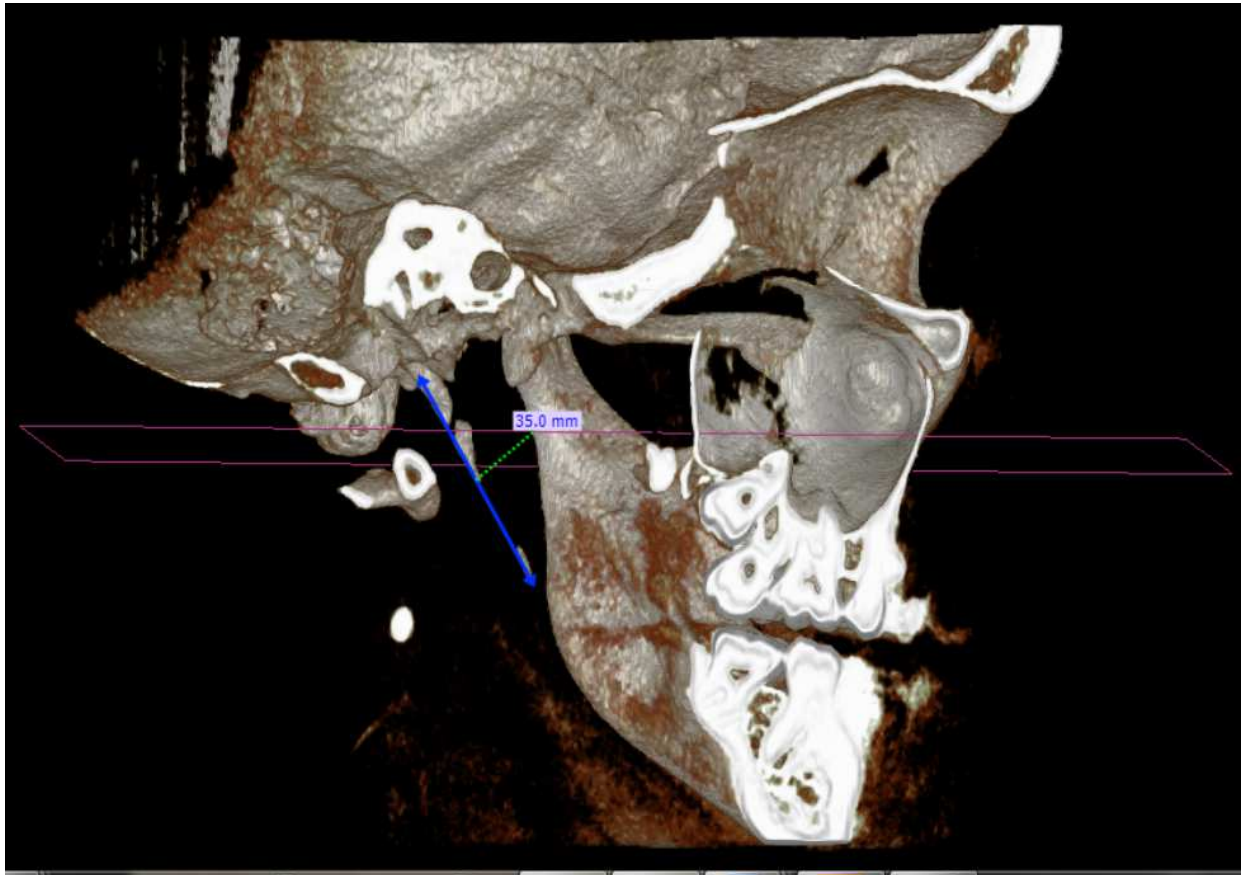


Рис. 2. Пацієнтка Х. Лівий шилоподібний відросток (вигляд зсередини). Довжина - 35,0 мм

Топографоанатомічною основою синдрому Ігла є патогенетичне відхилення в медіально-задньому напрямку видовженого шилоподібного відростка, що призводить до натискання його верхівки на язикоглотковий нерв, м'язи, симпатичне сплетення внутрішньої сонної артерії, бокову стінку глотки [3].

Зазвичай синдром Ігла є однобічним. Розрізняють дві клінічні форми: шилоподібно-глоткову і шилоподібно-каротидну (сонну). У зв'язку з особливостями розташування цих структур та їхніми можливими патологіями пацієнти можуть мати такі скарги: відчуття чужорідного тіла в глотці; хронічні запальні стани слизової оболонки глотки; біль у ділянці скронево-нижньощелепного суглоба; біль і шум у вухах; однобічний та двобічний орбітальний і головний біль; “стріляючий” біль при поворотах голови [3]. М. Kiely at al. [7] описали поширення болю в груднино-

ключично-соскоподібний м'яз, а D. Savic [9] - у надключичну ямку, плече і передню грудну стінку.

Клінічну картину синдрому визначають не стільки зміни анатомічних структур, скільки реакція прилеглих тканин на подовжений відросток, індивідуальні особливості патофізіологічних і психоемоційних порушень у пацієнтів (S. Suzuki, 1984; S. Yetiser, M. Gerek, Y. Ozkartan, 1997).

Видовження шилоподібного відростка скроневої кістки може бути повним або частковим, одно- і двобічним, суцільним чи з утворенням діартрозоподібних зчленувань. Залежно від поєднання цих форм можливі нашарування симптомів і скарг пацієнта. Деякі автори виявляли в таких пацієнтів іррадіацію болю на передню поверхню шиї, в грудну клітку і навіть у шийний та грудний відділи хребта [4]. Ураховуючи різноманітність симптомів, постає питання чіткої диференційованої діагностики цієї хвороби.

Мета - виявити тотожні симптоми при скронево-нижньощелепних розладах та синдромі Ігла і методи диференційованої діагностики.

Матеріал і методи. Основа дослідження базується на 235 пацієнтах із підозрою на скронево-нижньощелепні розлади (СНР). Усі пацієнти виявляли скарги з боку скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) або такі, що вказували на можливу наявність СНР. Огляд пацієнтів здійснювався за загальноприйнятими методами клінічного обстеження. Для підтвердження чи спростування отриманих результатів пацієнтів скеровували на рентгенологічне обстеження цієї ділянки: ортопантомографію чи зонографію. На основі клінічних даних, додаткових обстежень та консультацій інших спеціалістів установлювали діагноз. Усі дані систематизовували за допомогою таблиць та проводили підрахунок результатів.

Результати. За детальним клінічним оглядом 235 пацієнтів із підозрою на СНР та даними додаткових обстежень виявлено 4 пацієнти із синдромом Ігла (1,7%) і 2 пацієнти з переломами шилоподібних відростків скроневої кістки (0,9% обстежених). Отже, у 2,6% обстежених пацієнтів із підозрою на СНР діагноз не підтвердився, а були виявлені порушення з боку шилоподібних відростків скроневої кістки.

Аналізуючи бази даних 235 пацієнтів за окремими нозологічними формами СНР, виявлено значне переважання осіб жіночої статі в кожній із них, а подекуди наявність лише осіб жіночої статі. Такі результати пов'язують із гормональним станом жінок, а також із психоемоційним стресом, що може призводити до розвитку СНР, особливо в осіб фертильного віку та клімактеричного періоду. За непідтвердженого діагнозу СНР та обрахунку результатів обстеження пацієнтів із переломами шилоподібних відростків скроневої кістки та синдромом Ігла встановлено, що всі 6 пацієнтів - жінки, вік яких коливався від 38 до 54 років, які мали скарги начебто з боку СНЩС. Усі шестеро вказували на постійність своїх скарг, при чому четверо з них у анамнезі мали попереднє лікування з приводу СНР, яке не дало позитивних результатів.

Аналіз скарг пацієток при Синдромі Ігла:

- 4 з 4 скаржилися на біль у ділянці одного або двох СНЩС;
- 2 з 4 відчували шуми в суглобах;
- 2 з 4 скаржилися на біль при відкриванні рота;
- 1 з 4 указувала на провокуючу причину.

Аналіз скарг при переломі шилоподібного відростка скроневої кістки:

- 1 з 2 скаржилася на біль у ділянці двох СНЩС;
- 1 з 2 відчувала шуми в суглобах;
- 1 з 2 скаржилася на біль при відкриванні рота;
- 1 з 2 указувала на провокуючу причину.

Аналіз симптомів при Синдромі Ігла:

- 2 з 4 відчували біль при пальпації суглобів;
- 1 з 4 відчувала шуми в суглобах;
- 2 з 4 відчували біль у м'язах при пальпації;
- у 1 з 4 спостерігалися збільшені лімфовузли на ураженому боці;
- 2 з 4 мали обмежений ступінь відкривання рота;
- у 3 із 4 спостерігалися зміни траєкторії руху нижньої щелепи.

Аналіз симптомів при переломі шилоподібного відростка скроневої кістки:

- 1 з 2 відчувала біль при пальпації суглобів;
- 2 з 2 відчували шуми в суглобах;
- 2 з 2 відчували біль у м'язах при пальпації;
- у 0 з 2 спостерігалися збільшені лімфовузли на ураженому боці;
- 1 з 2 мала обмежений ступінь відкривання рота;
- у 2 із 2 спостерігалися зміни траєкторії руху нижньої щелепи.

Ураховуючи всі вищенаведені результати тотожних скарг і симптомів, можна зробити висновок про можливу імітацію скронево-нижньощелепних розладів видовженням або переломами шилоподібного відростка скроневої кістки. Після підтвердження факту тотожності скарг і симптомів постало питання диференційованої діагностики між цими хворобами.

За підозри на імітацію СНР із боку шилоподібного відростка лікар, збираючи анамнез, має чітко з'ясувати всі скарги пацієнта, особливу увагу приділивши локалізації болю, його характеру, поширенню та іррадіації, визначити, чи біль буває “стріляючим” під час рухів головою. На огляді порожнини рота обов'язково слід оглядати слизову оболонку горла на ознаки запального процесу, відчуття стороннього тіла в горлі. Під час ковтання можна спостерігати зміщення гортані в здоровий бік. З'ясувати, чи з появою скарг не з'явилися ознаки дисфагії [4,5], акцентувати увагу як на зовнішньо-, так і внутрішньоротову пальпацію. Діагностичними ознаками синдрому є пальпаторне виявлення верхівки шилоподібного

відростка через мигдаликову ямку, болючість при пальпації в проекції шилоподібного відростка і шилопід'язикової зв'язки (нижньощелепна ямка, піднижньощелепний трикутник, роги під'язикової кістки, задній відділ дна порожнини рота, бокова поверхня кореня язика, передня піднебінна дужка) [8].

Наявність у пацієнта цих симптомів указує на наявність синдрому Ігла чи перелому шилоподібних відростків скроневої кістки. Варто зазначити, що спектр симптомів при цих патологіях досить широкий, тому незамінним у встановленні діагнозу є рентгенологічне обстеження. За можливості доцільно застосовувати 3Д комп'ютерну томографію або магніторезонансну томографію, результати яких дають можливість визначення точної анатомічної локалізації шилоподібних відростків із наступним полегшенням побудови плану лікування (рис.3).

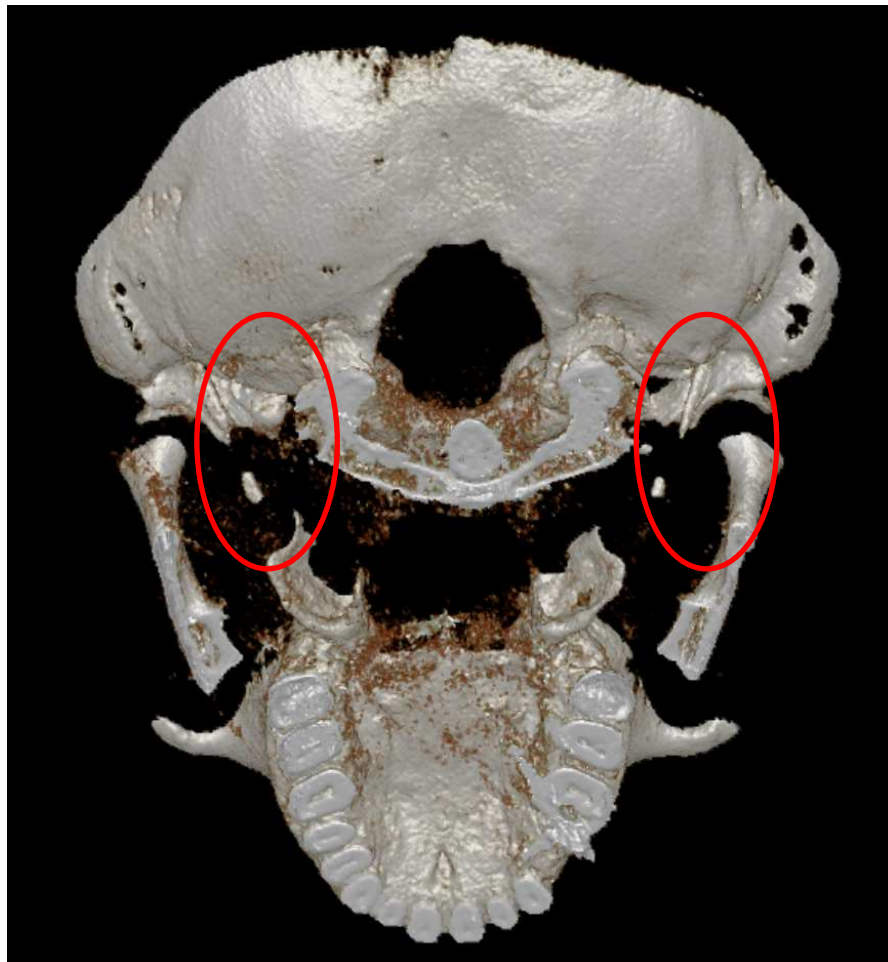


Рис. 3. Пацієнтка Х. Перелом шилоподібних відростків. Ознаки фрагментації (вигляд знизу)

Висновки

1. Пацієнти з такими патологіями часто звертаються до інших спеціалістів медицини, а на прийомі в лікаря-стоматолога мають скарги з боку скронево-нижньощелепного суглоба та м'язів щелепно-лицевої ділянки. Власне синдром Ігла чи перелом шилоподібних відростків часто виявляють випадково на додаткових обстеженнях.
2. Підтверджено факт тотожності симптомів при скронево-нижньощелепних розладах і проблемах шилоподібного відростка.
3. Підтверджено ймовірність імітації СНР патологіями шилоподібного відростка.
4. Акцентується увага на ретельному обстеженні пацієнтів із підозрою на СНР на предмет виявлення імітованих розладів, а саме патології шилоподібних відростків.
5. Привертає увагу факт домінування жінок із виявленою патологією шилоподібних відростків.
6. Складнощі діагностики цих патологій викликані широким різноманіттям симптомів, що можуть належати до кількох спеціальностей медицини, а також відсутністю точних діагностичних критеріїв цієї патології.

Перспективи. Проблема скронево-нижньощелепних розладів активно досліджується на кафедрі ортопедичної стоматології ЛНМУ імені Данила Галицького. У перспективі - розробка стратегії обстеження пацієнтів із метою диференційованої діагностики між скронево-нижньощелепними розладами і хворобами, які можуть імітувати ці розлади.

Література

1. Никитин А.А. Клинический пример пациента, страдающего мегастилоидом / А.А. Никитин, В.П. Лапшин, Н.В. Титова. [<http://med-isida.ru/articles/professionals/1942/>] // проф. мед. центр Исида. – 2008. – 52 с.
2. Клиническое наблюдение: невралгия языкоглоточного нерва / [И.В. Дамулин, О.Е. Ратбиль, Т.Е. Шмидт, А.Г. Левченко] // [<http://laesus-deliro.livejournal.com/tag/лицевая.боль>] // ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, Москва (статья опубликована в журнале «Российский журнал боли». - №2. – 2013. – С. 26-29.
3. Лебедев В.В. Шилоподъязычный синдром (топографо-анатомические основы, клиника, диагностика, принципы лечения) : автореф. дис. док. мед. н.: 2004 / Виктор Васильевич Лебедев.- М., 2004.- 20 с.
4. Chandler J.R. Anatomical variations of the stylohyoid complex and their clinical significance / J.R. Chandler // *Laryngoscope*. - 1977.-Vol. 87, №10.-P. 1692-1701.
5. Correll R.W. Eagle's syndrome diagnosed after history of headache, dysphagia, otalgia, and limited neck movement / Correll R.W., Wescott W.B. // *J. Am. Dent. Assoc.* – 1982.- Vol.104.- P.491-492.
6. Jung T., Tschernitschek H., Hippen H. et al. Dentomaxillofac Radiol 2004;33:2:119-124.
7. Kiely M.L. Styloid chain ossification: report of a case with articulations Kiely M.L., Sawyer D.R., Gowgiel J.M. // *Clin. Anat.* 1995. - Vol. 8, №5. - P. 359-362.
8. O'Neill R. Superior laryngeal neuralgia: carotidynia or just another pain in the neck? / O'Neill R.// *Headache*. - 1982. - №22. - P. 6-9.
9. Savic D. Surgical anatomy of the hypotympanum / Savic D., Djeric D. // *J. Laryngol. Otol.* - 1987. - Vol. 101, №5. - P. 419-425.

Стаття надійшла

9.09.2014 р.

Резюме

На обстеженні 235 пацієнтів із підозрою на скронево-нижньощелепні розлади (СНР) виявлено 4 пацієнтів із синдромом Ігла та 2 пацієнтів із переломами шилоподібних відростків скроневої кістки. Ці пацієнти виявляли скарги та мали симптоми, характерні для СНР. Отже, ймовірність імітації скронево-нижньощелепних розладів патологіями шилоподібного відростка підтверджена.

Ключові слова: скронево-нижньощелепні розлади, симптоми, синдром Ігла, диференційована діагностика.

Резюме

На обследовании 235 пациентов с подозрением на височно-нижнечелюстные расстройства (ВНЧР) выявлено 4 пациентов с синдромом Игла и 2 пациентов с переломами шиловидных отростков височной кости. Эти пациенты проявляли жалобы и имели симптомы, характерные для ВНЧР. Поэтому вероятность имитации височно-нижнечелюстных расстройств патологиями шиловидного отростка подтверждена.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстные расстройства, симптомы, синдром Игла, дифференциальная диагностика.

UDC: 616.724-07

EAGLE'S SYNDROME IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS

V.F. Makeyev, O.D. Telishevskaya

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Summary

Subject. Eagle's syndrome is the common name of a constellation of clinical symptoms associated with anomalies of size and location of styloid processes of the temporal bone and calcification of stylohyoid ligament. The last

one connects the temporal bone styloid process with a small horn of the hyoid bone. The syndrome was first described by the American otorhinolaryngologist W.W. Eagle in 1937. Today a few synonyms of this syndrome are known: Eagle's syndrome, Eagle-Sterling syndrome, stylo-hypoglossal syndrome. All of them describe the same clinical picture. The problem of diagnosis of this syndrome is the variety of symptoms. Therefore, the patients with such problems apply to dentists, otorhinolaryngologists, neurologists and even oncologists. Usually the Eagle's syndrome is unilateral. There are two clinical forms: stylo-pharyngeal and stylo-carotid. Due to the physical layout of these structures and their pathologies, the following complaints are detected in patients: foreign body sensation in the throat; chronic inflammation of the mucous membrane of the throat; pain in the temporomandibular joint; pain and noise in ears; unilateral and bilateral orbital and headaches; "shooting" pain when turning head. M. Kiely and coauthors described the distribution of pain in the sterno-clavicular-mastoid muscle, and D. Savic in supraclavicular fossa, shoulder and anterior chest wall.

The aim of the research. Detection of identical symptoms in temporomandibular disorders and Eagle's syndrome.

Material and methods. The study is based on 235 patients with suspected temporomandibular disorders (TMD).

Results of the research. The detailed clinical examination of 235 patients with suspected TMD data and additional surveys revealed 4 patients with Eagle's syndrome, representing 1.7%, and 2 patients with fractures of the styloid processes of temporal bone – 0.9%. Thus, in 2.6% of examined patients with suspected TMD the diagnosis was not confirmed, and irregularities were detected in styloid processes of temporal bone. In the analysis database of 235 patients on separate nosological forms, TMD revealed a significant predominance in females. Sometimes there were only females. After calculation

of the results, patients with fractures of styloid processes of temporal bone and Eagle's syndrome with unconfirmed diagnosis of TMD, it was detected that all patients were women. The age ranged from 38 to 54 years.

Conclusions.

1. Patients with such abnormalities often turn to other medical specialists. During the dentist's examination patients complain of the temporomandibular joint and muscles of maxillofacial area. Actually, Eagle's syndrome or fractures of styloid processes are often found by accident during additional surveys.

2. Identical symptoms of temporomandibular disorders and problems of styloid process were verified.

3. The likelihood of imitation TMD pathologies by styloid process pathologies was confirmed.

4. The attention is focused on thorough examination of patients with suspected TMD to detect simulated disorders, such as pathology of styloid processes.

5. Attention is drawn to the domination of women with diagnosed pathology of styloid processes.

6. Difficulties of diagnosis of these pathologies are caused by significant variety of symptoms that can belong to several medical specialties. The lack of exact diagnostic criteria for this disease was discovered.

Key words: temporomandibular disorders, symptoms, Eagle syndrome, differential diagnosis.