



КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Имомова Л.С., Норбоев З., Каландаров С.Ч.

Национальный диагностический центр МЗ РТ

Актуальность: Экссудативный средний отит представляет собой особую форму инфильтрации слизистой среднего уха, которая клинически не сопровождается развитием классических признаков острого воспаления. При этом в зависимости от стадии воспаления в полостях среднего уха происходит накопление серозного или мукозного секрета.

Цель: Цель настоящего исследования заключена в оценке возможностей метода КТ височной кости в диагностике среднего отита.

Материалы и методы: Экссудативный средний отит представляет собой особую форму инфильтрации слизистой среднего уха, которая клинически не сопровождается развитием классических признаков острого воспаления. При этом в зависимости от стадии воспаления в полостях среднего уха

происходит накопление серозного или мукозного секрета.

В иностранной литературе термин "ЭСО" имеет и другие синонимы: секреторный средний отит, негнойный средний отит, хронический катаральный средний отит, "клейкое ухо". ЭСО широко распространен и является наиболее частой причиной развития кондуктивной и смешанной тугоухости, особенно в детском возрасте. Ведущим фактором в патогенезе ЭСО является дисфункция слуховой трубы, ведущая к понижению давления в барабанной полости.

У детей с аденоидной вегетацией и приближенное к горизонтальному положению слуховой трубы, способствует развитию ЭСО.

У взрослых пациентов необъяснимый ЭСО часто является манифестацией опухоли носоглотки, вызывающий дисфункцию слуховой трубы.

В большинстве случаев диагностика ЭСО не требует проведения исследования височной кости. Однако в ряде случаев, когда характер и степень нарушения слуха полностью не коррелирует с клиническими данными и результатами инструментальных исследований, проведение КТ может быть целесообразным, как для выявления секрета в полостях среднего уха, так и для оценки состояния слуховых косточек, окон лабиринта и структур внутреннего уха.

Возможности КТ в диагностике ЭСО освещены в литературе недостаточно.

Изучение томограмм проводилось по следующей схеме:

1. Состояние сосцевидного отростка (тип строения, пневматизация)
2. Состояние наружного слухового прохода (форма, размеры, пневматизация)
3. Состояние барабанной полости (размеры, форма, состояние костной стенки)
4. Состояние соустья слуховой трубы .
5. Состояние цепи слуховых косточек .
6. Состояние окон лабиринта

7. Состояние структур внутреннего уха и внутреннего слухового прохода.

8. Состояние сигмовидного синуса.

Результаты: Проведенный анализ 45 серий КТ- исследований позволил выделить кт-признаки хронического экссудативного среднего отита, отражающее патоморфологические изменения в среднем ухе.

КТ- семиотика ЭСО включает:

1. Частичный или полный блок костного устья слуховой трубы.
2. Нарушение пневматизации полостей среднего уха.
3. Патологическое втяжение барабанной перепонки.
4. Сохранность слуховых косточек и отсутствие деструктивных изменений стенок полостей среднего уха.

Оценке состояния костного устья слуховой трубы уделено особое внимание, поскольку ее дисфункция является ведущей в патогенезе ЭСО.

На томограммах нарушение пневматизации костного устья слуховой трубы было выявлено в 14 случаях.

В зависимости от степени выраженности КТ - изменений выделяется частичный или полный блок слуховой трубы.

Частичный блок, или частичное нарушение пневматизации тимпанического устья выявлено в височных костях и проявлялось на томограммах сужением воздушного просвета за счет пристеночно утолщенной слизистой или наличием в нем патологического субстрата мягкотканной и жидкостной плотности, перемежающегося с пузырьками воздуха.

Полный механический блок, или полное отсутствие пневматизации выявлено в 23 височных костях и характеризовалась на КТ отсутствием участков воздушной плотности по ходу тимпанического устья, просвет которого был тотально выполнен патологическим субстратом.

Неизмененное костное устье было выделено только у 8 пациентов в височных костях.

Хорошо известно, что при экссудативном среднем отите в полостях среднего уха происходит образование и накопление выпота, замещающего воздух. Этот процесс находит отображение на к-томограммах и проявляется нарушением пневматизации полостей среднего уха.

Так, признаки нарушения пневматизации барабанной полости были выявлены у всех исследуемых пациентов. Харак-

тер нарушений был различным, либо тотальным заполнением патологическим субстратом барабанной полости, окружающим слуховые косточки и блокирующее окна лабиринта, или патологического выпота, располагающегося пристеночно.

Нарушение пневматизации ячеек сосцевидного отростка и антрума выделено 35 височных костях, из которых в 25 случаях вся ячеистая система тотально была выполнена патологическим субстратом, воздух не определялся.

В 10 случаях были выявлены уровни жидкости и патологический субстрат в частично пневматизированных ячейках и антруме.

У всех больных производились измерения плотности содержимого полостей среднего уха, которые свидетельствовали об ограниченных возможностях денсометрии в оценке характера патологического секрета.

Вне зависимости от стадии отита среднего уха, плотность патологического субстрата в полостях была +10-+30 ед.Н., что соответствует жидкостям - мягким тканям. КТ позволяет оценить характер секрета в полостях среднего уха - серозный или мукозный, и провести диффе-

ренциацию наличием выпота и адгезий в барабанной полости. Блок окон лабиринта выявлен в большинстве случаев ЭСО.

Цепь слуховых косточек в абсолютном большинстве случаев была окутана патологическим субстратом, на фоне которого хорошо дифференцировалось все элементы цепи.

Сохранность слуховых косточек и отсутствие деструктивных изменений стенок полостей были отмечены в 42 случаях из 45. Только в 3-х наблюдениях были выявлены кариозные изменения в длинном отростке, наковальне и стенках барабанной полости.

Патологическое вдавление барабанной перепонки обусловлено разницей давления в наружном слуховом проходе и барабанной полости при ЭС выделено в 20 случаях, в норме на фоне воздуха барабанная перепонка не всегда отчетливо визуализируется на томограммах.

При ЭСО тимпаническая мембрана становится хорошо различимой на границе двух сред - воздуха в слуховом проходе и жидкости в барабанной полости

Втяжение барабанной перепонки, преимущественно в натянутой части, в сочетании с наличием выпота в барабанной полости проявлялось на томограммах характерной вогнутостью тимпанической мембраны и изменением формы барабанной полости за счет ее наружно-внутреннего размера. Положение рукоятки молоточка, хорошо определяющееся на фронтальных томограммах, с уменьшением ширины барабанной полости приближалось к горизонтальному. В нескольких случаях патологического втяжения барабанной перепонки отмечено не было, форма барабанной полости была обычной, ширина на уровне промоториума достигала 2-3 мм.

Выводы

1. При экссудативном отите метод КТ целесообразно применять в диагностически сложных случаях.

2. КТ-семиотика экссудативного отита среднего уха включает: нарушение пневматизации костного устья слуховой трубы, полостей среднего уха, патологическое втяжение барабанной перепонки. Кари-

озные изменения цепи слуховых косточек и стенок полостей среднего уха относятся к редким проявлениям экссудативного отита.

3. КТ позволяет оценить характер секрета в полостях среднего уха - серозный или мукозный, и провести дифференциальный диагноз между наличием выпота и адгезий в барабанной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Паутов Н.А. Заболевания среднего уха. Москва «Медицина» 1998.
2. Зеликович Е.И. КТ в диагностике среднего отита. Москва «Медицина» 2004.

