

**СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ
В ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕСТЕАТОМЫ СРЕДНЕГО УХА
(ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)**

Зарубин С. С., Калинин М. А.

ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск

По данным ВОЗ хроническим гнойным средним отитом страдают от 65 до 330 млн. человек. Для диагностики заболевания кроме анамнестических и отоскопических данных необходимо иметь представление о характере патологического процесса в среднем ухе, его распространенности. Точные данные необходимы, прежде всего, для выбора объема оперативного лечения. Бесспорно, что объем вмешательства определяется интраоперационно, но нередки такие случаи, когда анамнестические данные, отоскопическая картина и данные рентгенологического исследования височных костей в укладках по Шулеру и Майеру заставляют сомневаться в необходимости оперативного лечения. В случае, если чаша весов все же перевесила в сторону операции, находим, что к операции были все показания и, более того, обнаруживаем значительные деструктивные изменения височной кости.

Целью нашего исследования было изучить признаки холестеатомы в сериях спиральной компьютерной томографии (СКТ) височных костей пациентов с хроническим гнойным средним отитом. Проведен ретроспективный анализ СКТ 36 пациентов, которые получили оперативное лечение по поводу хронического мезотимпанита (10 ушей) и эптитимпанита (26 ушей). В 2 случаях мезотимпанита холестеатома диагностирована при отомикроскопии. В 6 случаях мезотимпанита холестеатома была ограниченной (заполняла лишь аттик и адидус) и в 1 случае распространялась значительно и заполняла всю пещеру, имело место разрушение крыши пещеры на протяжении $1,0 \times 0,8$ см. Интраоперационно при эптитимпанитах холестеатома диагностирована в 24 случаях (92,3 %), при этом в большинстве случаев (83,3%) холестеатома заполняла всю пещеру (либо «стелилась» по ее стенкам) и сопровождалась выраженным кариозным процессом с обнажением твердой мозговой оболочки средней черепной ямки и/или сигмовидного синуса, лицевого нерва. Резонно возникает вопрос: «Какие могут быть сомнения в показаниях к санлирующему вмешательству при эптитимпаните?». Средний возраст наших пациентов составил $42,9 \pm 5,4$ лет. Заболевание уха в анамнезе у всех с детского либо школьного возраста, регулярно получали лечение как амбулаторно, так и в стационаре. Почему пациенту со стажем болезни более 15-20 лет, особенно с эптитимпанитом, не предлагали оперироваться? Можно долго дискутировать на эту тему, но объем и цели статьи не позволяют нам этого

делать. Однако отметим, что не всегда можно с уверенностью сказать как при мезотимпаните есть или нет холестеатома в аттике и пещере, так и при эптитимпаните, когда бывает не видна ни перфорация, ни зондом не находим костного дефекта и диагноз и показания к операции выносятся через много лет, когда уже произошли грандиозные разрушения в височной кости. Поэтому использование современных высокоразрешающих лучевых методов позволяет в более ранние сроки правильно поставить диагноз и выполнить оперативное вмешательство на среднем ухе так, чтобы максимально сохранить его функцию и/или анатомию для последующего реконструктивного вмешательства.

СКТ височных костей выполнялась в аксиальной и коронарной проекциях с шагом 2 мм. Для просмотра изображений использована программа eFilm WorkstationTM 2.1.0. В каждом случае (1 височная кость) выполнялось по 15 измерений плотности ткани, заполняющей аттик, адитус и клетки сосцевидного отростка. При изучении височных костей с холестеатомой, которая, была обнаружена интраоперационно, плотность тканей составила $96,3 \pm 2,4$ HU (при $p < 0,05$). В остальных же случаях, когда морфологически воспаление в полостях среднего уха было представлено грануляциями, полипами и инфильтрацией мукопериоста плотность ткани составила $216,8 \pm 61,2$ HU (при $p < 0,05$). Статистическая значимость отличия плотностей при холестеатоме и инфильтрации тканей определена двухвыборочным t-тестом для средних с различными дисперсиями ($p = 0,03$) и двухвыборочным z-тестом для средних ($p = 0,02$).

Таким образом, использование СКТ височных костей в некоторых случаях позволяет диагностировать и/или провести дифференциальный диагноз при холестеатоме среднего уха, что способствует своевременному принятию решения о необходимости санлирующего вмешательства на полостях среднего уха, его объеме и оперативном доступе, что, несомненно, максимально улучшает функциональный прогноз.