

*Т.В. ПОЧУЄВА*

## **ГОСТРИЙ НЕГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ І ГНІЙНИЙ МЕНІНГІТ – СПОЛУЧЕНА ЧИ ОТОГЕННА ПАТОЛОГІЯ?**

*Каф. ЛОР-хвороб (зав. – проф. Г.І. Гарюк) ХМАПО (ректор – проф. О.М. Хвисяк) на базі МКЛ №30 м. Харкова (гол. лікар – В.А. Кулініч)*

Виникнення гнійного запалення мозкових оболонок і констатація його клінічних ознак у кожному конкретному випадку спонукає лікаря до пошуку причинного фактора цього захворювання, насамперед, в ЛОР-органах і досить часто - в порожнині середнього вуха. Типовий перебіг отогенного патологічного процесу припускає наявність гострого або загострення хронічного гнійного середнього отиту зі всіма клінічними симптомами (особливо отореєю) та інструментально-лабораторними доказами. В таких випадках лікувальна тактика отоларингологів чітко визначена і вимагає до проведення невідкладного (в строки до 3 годин перебування пацієнта в стаціонарі) розширеного хірургічного втручання сануючого характеру з оголенням і ревізією твердої мозкової оболонки середньої і задньої черепної ямки та синусу (Г.М. Великсон и соавт., 1995; О.Б. Бродовская, 1998; В.Ф. Воронкин, М.М. Сергеев, 2000).

Але особливість сучасного перебігу гнійно-запальних захворювань головного мозку полягає в нетиповості, стертості і неповноті класичного симптомокомплексу, зокрема, у відсутності явного гнійного запалення в ЛОР-органах і одночасно у наявності виражених ознак загоєння в мозкових оболонках та головному мозку. Саме невідповідність інтенсивності патологічного процесу у вусі і спинномозковій рідині ставить під сумнів отогенну природу менінгіту не як одного з шляхів проникнення інфекційного агента (це виключити або підтвердити доволі складно), а як основного осередку гнійного запалення, без ліквідації якого хірургічним шляхом немає можливості санувати ліквор. В таких випадках гострий се-

редній негнійний отит може бути паралельно розвиваючимся захворюванням, супутньою патологією, поряд з пневмонією або ларинготрахеїтом, добре піддається консервативній інтенсивній терапії і не потребує проведення досить руйнівного розширеного сануючого втручання на вусі (В.В. Кононенко и соавт., 1990; Г.А. Гаджимирзаев, 1999; Ю.В. Митин, 1999; М.П. Николаев и соавт., 2001; Г.И. Гарюк и соавт., 2002).

Саме в таких випадках ще на посту невідкладної допомоги виникає питання: патологічні зміни в середньому вусі, що визначені так неяскраво, стали причиною отогенного гнійного менінгіту, який за своєю природою повинен мати первинний осередок запалення, або це паралельно існуючий процес, сполучена патологія, причому значно менше виражений, ніж в спинномозковій рідині? Тому **метою роботи** було визначення інформативних критеріїв для диференціальної діагностики (клінічних і лабораторно-інструментальних) гострого перфоративного негнійного середнього отиту, ускладненого отогенним гнійним менінгітом і поєднаного з останнім на фоні ГРВІ.

### ***Матеріали і методи дослідження***

За період 2000-2005 р. на лікуванні в клінічній оториноларингологічній лікарні № 30 м.Харкова, де базується кафедра ЛОР-хвороб ХМАПО (зав. – проф. Г.І. Гарюк), знаходилося 37 пацієнтів, що потрапили до стаціонару з ознаками вираженого менінгеального симптомокомплексу і гострого запалення в порожнині середнього вуха. В даному повідомленні увага буде приділена 23 хворим віком від 12 до 79 років без явної переваги за статтю, у яких при отоскопіч-

ному обстеженні виявлена помірна гіперемія і інфільтрація барабанної перетинки, іноді тільки сглаженість контурів або її втягнення, без отреї і нависання задньоверхньої стінки слухового ходу, інтактність сосковидного відростка при пальпації і перкусії. Однобічним процес був у 15 осіб, двобічним – у 8. Тобто первинно у всіх них визначено гострий середній неперфоративний отит, іноді тубоотит, тоді як діагноз гнійного менінгіту був вже встановлений клінічно і підтверджений лікворопункцією на попередніх етапах або під час госпіталізації.

Всі 23 обстежувані пацієнти були розподілені на 2 групи:

- в 1-й (12) захворювання вуха розцінювалося як сполучене з менінгітом, що піддалося консервативному лікуванню з позитивним результатом; двобічним процес був у 5 хворих;

- в 2-й (11) визначався отогенний менінгіт, що вимагало проведення невідкладної розширеної антростаїдотомії; двобічним процес був у 3 спостереженнях, причому в 2 з них хірургічне втручання проведено на обох вухах. Одна пацієнтка у віці 63 роки з поширеною соматичною патологією померла в перші години після госпіталізації з ознаками вираженого набряку головного мозку, розлитого гнійного менінгоенцефаліту, венрикуліту (підтвердженого МРТ-графією) і дислокації стовбура.

Був проведений ретроспективний аналіз перебігу захворювання у обстежуваних за даними клінічних, лабораторних, інструментальних методів дослідження.

### ***Результати дослідження та їх обговорення***

Серед обстежених більшість знаходилась у старших вікових категоріях (з 23 хворих 12 – майже 54% – були у віці понад 50 років) без різниці по групах, що свідчить про зростання частоти виникнення гнійного менінгіту у людей похилого віку і нетиповість його симптоматики.

Потрапили в ЛОР-клініку з дому 8 пацієнтів, майже стількох (10 осіб) переведено туди ж з інфекційного стаціонару в день їх госпіталізації. З неврологічних відділень переведено 6 обстежених (в тому числі померла пацієнтка), що підтверджує думку про

складність первинної диференціальної діагностики менінгеального симптомокомплексу і гострого порушення мозкового кровообігу на догоспітальному етапі, особливо у людей похилого віку (М.Ю. Митчин, 1988). За цими анамнестичними показниками суттєвої різниці в означених вище групах не було.

Більшість хворих (19 осіб - 83%) потрапляло в стаціонар у тяжкому і дуже тяжкому стані: сплутана свідомість констатована у 11, повна її відсутність - у 8, доступні продуктивному контакту і орієнтовані у просторі і часі - тільки 4. Порушення свідомості наступало на протязі останньої доби у 14 пацієнтів (61%), що створювало додаткові труднощі при визначенні давності, перебігу захворювання і скарг. Ці симптоми також однаково часто зустрічались в обох групах.

Ступінь прояву інтоксикаційного синдрому при менінгіті, за даними клінічного аналізу крові і результатами лікворопункції, в 1-й групі був виражений сильніше, ніж в другій.

Ознаки ГРВІ (симптоми гострого фарингіту або риносинуситу, герпетичні висипання на шкірі зовнішнього слухового ходу) передували захворюванню або супроводжували його у 8 осіб 1-ї (75%) і у 4 – 2-ї (36%) групи, причому спостерігались на протязі останніх 1-2 тижнів. В той же час герпетичні висипання на губах і шкірі обличчя, як ознака ГРВІ, досить часто з'являлися пізніше, на 5-7-у добу перебування в стаціонарі і частіше – в 2-й групі.

Біль у вусі була значно вираженою тільки у 5 пацієнтів, у 11 – помірною, тупого характеру, а у 7 – відсутня. Пальпаторна або перкуторна болючість сосковидного відростка також спостерігалась тільки у 6 обстежуваних, а спонтанної не відмічено у жодного. В більшості випадків (у 10 з 16 осіб) біль у вусі виникала на протязі попереднього тижня, що мало б свідчити про незначну давність запалення в барабанній порожнині. Але надалі було з'ясовано, що у 9 випадках мало місце періодичне виникнення болю у вусі, а іноді і звертання до отоларинголога поліклініки на протязі останнього року, хоча тільки у 2 (за даними амбулаторної картки) був констатований

гострий середній отит і ще у 3 – тубоотит. Майже всі 7 хворих були представниками 2-ї групи.

В приймальному відділенні у всіх пацієнтів була виконана тимпанопункція в типовому місці з аспірацією вмісту і проведений парацентез. В 11 випадках при аспірації відсмоктана геморагічно-водяниста або геморагічно-слизова рідина в незначній кількості (до 0,3-0,5 мл), причому 6 осіб були з 2-ї групи. В той же час у 12 хворих тимпанопункція констатувала не тільки відсутність рідини, а і негативного тиску в барабанній порожнині (більшість – представники 1-ї групи). При двобічному запаленні в 1 випадку спостерігалась однакова симптоматика тубоотиту без рідини в барабанній порожнині, а в інших – різна (з одного боку – без рідини, з другого – трохи слизу). Оторея з парацентезного отвору в подальшому виникла у 5 обстежених (досить скудна, слизова – у 2 і гнійна – у 3).

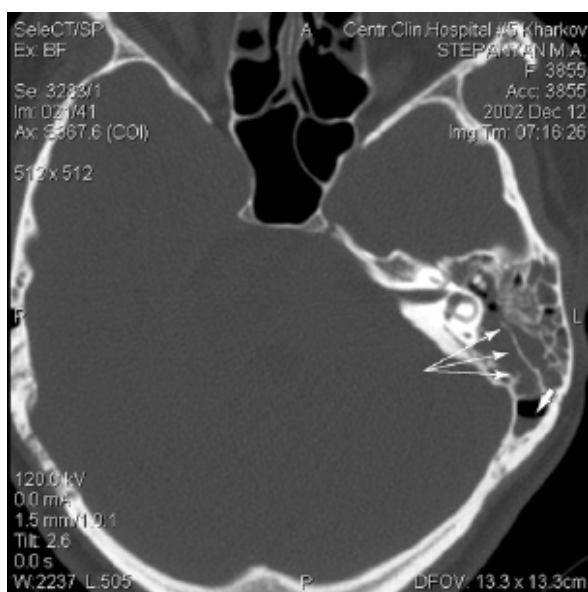
Традиційна рентгенографія сосковидних відростків за Шюллером і Майером тільки в 5 випадках показала повну інтактність ретротимпанальної системи, що одразу давало можливість відкинути необхідність хірургічного втручання. Легка вуаль в ділянці повітровміщуючих комірок з боку зацікавленого вуха без ознак деструкції визначена ще у 3 осіб 1-ї групи, що спонукало до очікувальної тактики на фоні проведення інтенсивної консервативної терапії. Ще в 4 спостереженнях констатовано значне зниження пневматизації комірок сосковидного відростка, в 2 з них – з ознаками деструкції коміркової системи, що обґрунтовувало проведення негайного хірургічного втручання. А от в інших 11 випадках вирішити питання однозначно клінічними і рентгенологічними методами не видавалося можливим. Особливо важким ставало питання, коли за анатомічною структурою обидва сосковидних відростки мали склерозовану будову. Рентгенологічних ознак деструкції розташованих поряд з порожниною черепа кісткових структур виявлено не було, хоча в подальшому інтраопераційно у деяких хворих мали місце не тільки менінгоенцефалітичні, а й абсцедуючі утворення головного мозку.

Означені 11 випадків гострого негнійного неперфоративного середнього отиту, гнійного менінгіту (без отореї навіть після тимпанопункції і парацентезу, з рентгенологічно склерозованими сосковидними відростками, при відсутності свідомості) склали групу найбільш складних в діагностичному плані, що потребувало залучення додаткових методів дослідження. При цьому одразу призначалась інтенсивна дезінтоксикаційна, протизапальна, протинабрякова терапія, тим більше, що всі ці хворі до надходження в стаціонар (інфекційний, невідкладної допомоги, неврологічний або оториноларингологічний) не отримували відповідного лікування. Динамічне спостереження і необхідність додаткового дослідження, безумовно, збільшували (понад 3 години) строки нагляду за хворими, навіть при необхідності проведення в подальшому хірургічного втручання. Але в сучасних умовах такий виважений підхід має своє теоретичне обґрунтування.

Відомо, що метою виконання операції при підозрі на отогенний менінгіт вважалися декілька моментів: санація гнійного осередку в порожнині середнього вуха, оголення твердої мозкової оболонки черепних ямок для зменшення набряку головного мозку, виявлення можливих ділянок гнійного запалення в ньому, а також перерив судинних і нервових зв'язків між вухом і dura mater (Л.Т. Левин, Я.С. Темкин, 1948; М.И. Гаршин, 1963). В сучасних умовах набряк головного мозку досить ефективно зменшується за допомогою диференційованих медикаментозних схем лікування (Ю.Н. Квитницький-Рыжов, Л.В. Степанова, 1989; В.И. Черний, Г.А. Городник, 1999, 2000), а визначитися щодо патологічних процесів в порожнині черепа можна методом магніто-резонансної або/і комп'ютерної томографії (А.Н. Коновалов и соавт., 1997; Г.І. Гарюкта співавт., 2004). Причому надходження пацієнта в стаціонар в тяжкому, несвідомому стані зі всіма ознаками набряку головного мозку, а іноді з підозрою на початок дислокації стовбура спонукає реаніматологів до проведення, в першу чергу, інтенсивної консервативної терапії. Навіть лікворопункція протипоказана в такому випадку, тому терміновість виконання хірургічного втручання, якщо воно необхідне, звісно збі-

чання, якщо воно необхідне, звісно збільшується.

Значення і вибір кожного з томографічних методів дослідження залежить від організаційних можливостей і медичних показань, інколи необхідно проведення СКТ і МРТ одночасно або СКТ в кістковому і м'якотканинному режимах (Т.В. Почуєва, 2005). КТ-графія в кістковому режимі допомагає при вирішенні питання про розповсюдженість і характер патологічного процесу в піраміді вискової кістки (пневматизація, інфільтрація, деструктивні зміни, в т.ч. межуючих з порожниною черепа або синусу ділянок, аномалії розвитку). Але гіпопневматоз повітровміщуючих комірок сосковидного відростка не завжди стає підтвердженням ексудативної стадії мастоїдиту (за нашими спостереженнями, в 12-17% випадків має місце гіпердіагностика у вигляді помірної інфільтрації). Вирішальним в таких ситуаціях може стати симптом „гравітаційної залежності”, який констатує зміщення рівня рідини при зміні положення голови в момент дослідження (мал. 1). В той же час різні ступені деструктивного процесу практично завжди підтверджуються інтраопераційно.



Мал. 1 (а).



Мал. 1 (б).

Мал. 1. Визначається часткова облітерація субстратом м'якотканинної щільності повітровміщуючих комірок лівого сосковидного відростка і барабанної порожнини (довгі білі стрілки), фрагментація кісткових перетинок, рівень рідини в порожнинах деструкції (широка біла стрілка), що змінюється при повороті голови (симптом гравітаційної залежності). Це свідчить про наявність ексудативної стадії мастоїдиту.

МРТ-графія показана при вирішенні питання про стан головного мозку і мозочка, мосто-мозочкового кута, високоінформативно розрізняє запальну, судинну, пухлинну патологію і не дає значного променевого навантаження в порівнянні з СКТ-графією в м'якотканинному режимі. Але по відношенню до структур середнього вуха вона менш інформативна, в зв'язку з тим, що незначний набряк слизової оболонки повітровміщуючих порожнин і виражений деструктивний процес в цій ділянці з абсцедуванням визначаються приблизно однаковою підвищенням МР-сигналу з піраміди вискової кістки.

З приведених 11 складних в діагностичному плані пацієнтів у 7 проведена СКТ-графія в кістковому, а у 3 – в обох режимах. Вона дозволила у 3 з них відкинути підозру на менінгіт отогенного характеру, у 4 підтвердити наявність патологічного процесу в

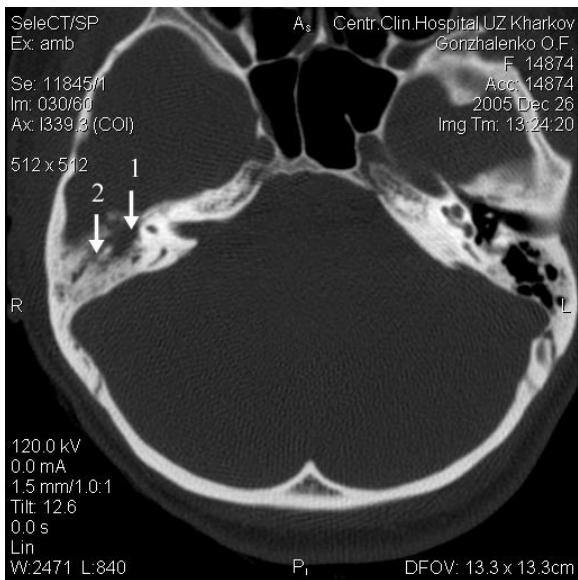
сосковидному відростку з блокадою адитусу, необхідність хірургічної санації, причому в 2 випадках – на обох вухах. Одночасно виявлено екстрадуральний процес у 1 хворого, абсцес вискової доли мозку – у 1. Інші 4 осіб первинно потрапляли не до ЛОР-стаціонару, а були направлені на МРТ-графію з інфекційного і неврологічного відділень. У них на фоні підвищення МР-сигналу з мозкових оболонок базально (у всіх) і конвексально (у 3) виявлено наступне: абсцес вискової доли мозку – у 1, абсцес мозочка і гнійний вентрикуліт – у 1. В той же час підвищення МР-сигналу з сосковидного відростка констатовано у 3, що спонукало до проведення операції.

Супутня гнійно-запальна патологія порожнини черепа у вигляді гострого гнійного менінгіту відмічена у всіх 23 хворих на гострий негнійний середній отит. Менінгоенцефаліт констатований у 7 осіб (58%) 1-ї і у 6 (60%) –2-ї груп. Крім того, в 2-й групі під час хірургічного втручання виявлено абсцес вискової доли мозку – у 2, екстрадуральний абсцес – у 2, абсцес мозочка – у 1, які самостійно дрениувалися в трепанаційну порожнину вуха. В усіх зазначених випадках мав місце склерозований сосковидний відросток з кам'янистою щільністю кортикального шару і преформованим, зумовленим патологічним процесом у вусі отвором в порожнину черепа. В 2 випадках в комірках сосковидного відростка визначався помірний набряк слизової оболонки і незначна кількість слизу, і тільки при розтині антруму і комірок, що межують з середньою і задньою черепними ямками, в рану линув гнійний потік з порожнини черепа (дренувався абсцес).

З патолого-анатомічної і патофізіологічної точок зору, в деяких ситуаціях відсутність клінічно яскравого гострого гнійного запалення в барабанній порожнині не відкидає повністю можливість отогенного внутрішньочерепного ускладнення, причому саме контактним шляхом із сосковидного відростка. Це характерно для тих випадків, коли має місце блокада адитуса внаслідок латентного мастоїдиту (О.В. Стратієва и соавт., 1998). Його виникнення і млявий перебіг можуть бути зумовлені як слабо вираженим ексудати-

вним середнім отитом, так і періодично виникаючими тубоотитами. Клінічно вони можуть проявлятися тільки розвиваючоюся час від часу приглухуватістю, що самостійно проходить і не спонукає більшість пацієнтів навіть звертатися до лікаря. Причиною цього явища стає особливість анатомічної будови коміркової системи сосковидного відростка і неадекватність можливих шляхів аерації повітроносних структур (Н.А. Ареф'єва и соавт., 2001; Hunter, 1993). Періодична зміна тиску в барабанній порожнині і антрумі призводить до циркуляції трансудату з барабанної порожнини до періантральних, перисинуозних, перилабіринтних, тегментарних і аж до верхніх комірок. Згодом набряк мукоперіосту і продуктивні процеси в слизовій оболонці викликають напруження в нормальному функціонуванні аттико-тимпанальних сполучних отворів, а трансудат поступово може набувати ознаки ексудату. Повна ізоляція сосковидного відростка від барабанної порожнини призводить до залучення в патологічний процес так званих аберантних (висково-вिलичних, потилично-мастоїдальних, потилично-югулярних) комірок, які анатомо-фізіологічно не мають можливості дрениуватися в *cavum tympani*. Це створює загрозу розвитку мукоперіоститу в «небезпечних» анатомічних ділянках синодурального кута зі всіма витікаючими з цього наслідками (Vignaud et al., 1989). Наявність в сосковидному відростку такого осередка запалення (без будь-яких клінічних ознак) згодом призводить до склерозу поряд розташованих повітроносних комірок і млявого руйнування кісткових, межуючих з порожниною черепа структур. В таких випадках зниження захисних функцій організму, особливо інфекційного, вірусного характеру, веде до «вибуху» з можливим проривом гнійного осередку в порожнину черепа.

На мал. 2 представлений випадок, коли на фоні латентного мастоїдиту сформувався отогенний екстрадуральний абсцес вискової доли мозку. Проведення СКТ-графії в кістковому і м'якотканинному режимах дозволило встановити остаточний діагноз і визначити тактику лікування.



Мал.. 2 (а, б).

Хвора К., 29 років, звернулась до ЛОР-лікаря з ознаками тубоотиту, приймала відповідне лікування. Тимпанопункція не констатувала наявності рідини в барабанній порожнині. Але через тиждень протягом доби виник виражений больовий синдром (в голові і у вусі) і перші ознаки менінгеального симптомокомплексу. Це спонукало до проведення СКТ пірамід вискових кісток і головного мозку. У висковій ділянці з правого боку епідурально визначається лінзоподібної форми утворення розміром 9х5х34

мм (мал.2, а; стрілка) з мас-ефектом у вигляді локального притискання поряд розташованих підпаутинних просторів і кори вискової доли. Оточуюча кора набрякла. Серединні структури головного мозку не зміщені. Шлуночки, конвексимальні підпаутинні простори і цистерни не розширені, селлярна ділянка не змінена. Склероз повітровміщуючої системи сосковидного відростка з правого боку (мал. 2, б; стрілка 2), заповненої м'якотканинним субстратом (мал.2, б; стрілка 1).

Проведено видалення епідурального абсцесу нейрохірургічним доступом і розширена антростаїдотомія з правого боку. Післяопераційний перебіг – задовільний.

### Висновки

Таким чином, ретроспективний аналіз отриманих даних дозволив зробити наступні висновки:

- похилий вік пацієнтів стає превалюючим при менінгітах однаково часто як отогенних, так і сполучених з гострим середнім отитом;

- наявність в анамнезі скарг на зацікавлене вухо, а тим більше звертання до лікаря з приводу гострого середнього отиту або тубоотиту може викликати підозру на латентний мастоїдит; короткий продромальний період, відсутність больового синдрому (спонтанно і пальпаторно) на боці зацікавленого вуха і сосковидного відростка у пацієнтів похилого віку не може повністю відхилити наявність отогенного запального процесу;

- клінічні ознаки ГРВІ за межами вуха, що виникли одночасно з отитом або до нього, частіше зустрічаються при сполученій патології; в той же час при отогенних внутрішньочерепних ускладненнях такі симптоми з'являються на 5-7-у добу перебування хворого в стаціонарі;

- вираженість інтоксикаційного синдрому в крові і лікворі частіше виражена більше у пацієнтів зі сполученою патологією середнього вуха і порожнини черепа; проведення адекватної інтенсивної консервативної терапії дає змогу ліквідувати його швидше;

- відсутність рідини або її скудність, слизовий і/або геморагічний характер при

первинній тимпанопункції ще не вказують на відсутність латентного мастоїдиту і блокади адитусу; в таких випадках потрібно динамічне спостереження, іноді повторна маніпуляція і/або томографічне дослідження;

- традиційна рентгенографія сосковидних відростків часто не дає відповіді на питання про характер патологічного процесу в них при склерозованій анатомічній будові, точніше про наявність або відсутність латентного мастоїдиту;

- додатковим засобом діагностичного вибору в складних ситуаціях при підозрі на латентний мастоїдит, ускладнений отогенним менінгітом, стає СКТ в кістковому режимі;

- ураження рідини головного мозку у вигляді менінгоенцефаліту зустрічається однаково часто в обох порівнюваних групах – приблизно в 60% випадках; наявність латентного мастоїдиту при клінічних ознаках

гострого негнійного середнього отиту майже в половині спостережень призводить до абсцедуючих утворень головного мозку отогенного походження;

- гострий негнійний середній отит в одних випадках може бути сполученим з гострим гнійним менінгітом на фоні ГРВІ (за нашими спостереженнями, приблизно у 52% обстежуваних); в той же час відсутність на перший погляд гнійного запалення в барабанній порожнині (отоскопічно і при тимпанопункції) не виключає можливості отогенного внутрішньочерепного ускладнення внаслідок латентного мастоїдиту з блокадою адитуса;

- в складних діагностичних випадках у зазначеній категорії хворих, особливо без відповідного попереднього лікування і з симптомами набряку головного мозку, можливе збільшення строків спостереження понад 3 години і одночасне проведення інтенсивної консервативної терапії.

1. Арефьева Н.А., Статиева О.В., Доррен-Шварцер. Механизм возникновения и признаки латентного мастоидита у больных экссудативным средним отитом // Вестн. оториноларингологии. – 2001. – №3. – С. 14-17.
2. Бродовская О.Б. К диагностике отогенных внутричерепных осложнений // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 1998. – №1 (13). – С. 25-26.
3. Великсон Г.М., Татти Т.В., Шабанова В.В., Игнатъева Е.Л., Лукашова Э.А. Диагностика и лечение внутричерепных отогенных осложнений // XV съезд оториноларингологов России. – 1995. – Т.1. – С. 419-423.
4. Воронкин В.Ф., Сергеев М.М. Интракраниальные осложнения в оториноларингологии // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2000. – №3 (23). – С. 25-36.
5. Гаджимирзаев Г.А. Современная оценка некоторых положений проблемы отогенных внутричерепных осложнений // Вестн. оториноларингологии. – 1999. – №3. – С. 22-25.
6. Гарюк Г.И., Почуева Т.В., Халаби Б.К. Спорные вопросы диагностики и лечебной тактики при сочетанных гнойно-воспалительных процессах среднего уха и полости черепа // Проблемы медичної науки та освіти. – 2002. – №3. – С. 86-91.
7. Гарюк Г.И., Почуева Т.В., Бабанін С.В., Мощенко В.Л. Комп'ютерна томографія в діагностиці запальних захворювань середнього вуха і отогенних внутрішньочерепних ускладнень. – Харків, 2004. – 95 с.
8. Гаршин М.И. Отогенный менингит. – Медгиз, 1963. – 200 с.
9. Квитницкий-Рыжов Ю.Н., Степанова Л.В. Современное состояние проблемы мы лечения отека и набухания головного мозга // Вопр. нейрохирургии. – 1989. – №4. – С. 40-44.
10. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Магнито-резонансная томография в нейрохирургии. – М.: Видар, 1997. – 472 с.
11. Кононенко В.В., Кругликов В.Т., Васина А.Г. и др. Этиологические агенты при менингитах и менингоэнцефалитах // Вирусы и вирусные заболевания. – Киев, 1990. – Вып.18. – С. 129-132.
12. Левин Л.Т., Темкин Я.С. Хирургические болезни уха. – М., 1948. – С. 491-618.
13. Митин Ю.В. Современное состояние проблемы отогенных внутричерепных осложнений // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №3 (дод.). – С. 378-383.
14. Митчин М.Ю. Дифференциальная диагностика субарахноидального кровоизлияния и менингита на догоспитальном этапе // Сб. науч. тр. нейроинфекции. – М., 1988. – С. 44-47.
15. Николаев М.П., Борзов А.В., Николаев Р.М. О причинно-следственных связях при сочетании гнойных внутричерепных процессов с заболе-

- ваниями ЛОР-органов // Вестн. оториноларингологии. – 2001. – №3. – С. 40-41.
16. Почуева Т.В. Обґрунтування диференційного підходу до діагностики та лікування отогенних внутрішньочерепних ускладнень при гострих запаленнях середнього вуха // Проблеми медичної науки та освіти. – 2005. – №1. – С. 33-37.
  17. Стратієва О.В., Ланцов А.А., Арефьева Н.А. Экссудативный средний отит (причины, диагностика и лечение). – Уфа, 1998. – 324 с.
  18. Черний В.И., Городник Г.А. Диагностика и интенсивная терапия отека-набухания головного мозга при менингите и менингоэнцефалите // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №3 (дод.). – С. 477-479
  19. Черний В.И., Городник Г.А. Некоторые особенности диагностики и интенсивной терапии при отеке-набухании головного мозга // Біль, знеболювання, інтенсивна терапія. – 2000. – №3 (12). – С. 48-64.
  20. Hunter L. Auditory sequelae of recurrents and persistent otitis media with effusion in children. – Minneapolis, 1993.
  21. Proctor B. Surgical anatomy of the ear and temporal bone. – Stuttgart, 1989.
  22. Vignaud J., Jardin C., Rosen L. The ear diagnostic imaging (CT scanner, tomography and magnetic resonance). – New York, 1986.

Надійшла до редакції 01.02.06.

© Т.В. Почуєва, 2006

### **ОСТРЫЙ НЕГНОЙНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ И ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ – СОЧЕТАННАЯ ИЛИ ОТОГЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ?**

*Почуева Т.В. (Харьков)*

*Резюме*

Представлены данные литературы и собственный опыт, касающийся блокады адитуса как причины развития латентного мастоидита и перехода гнойно-деструктивных процессов в среднем ухе и сосцевидном отростке в хронические. На основании накопленного фактического материала проанализированы причины возникновения отогенных внутричерепных осложнений у больных острым средним негнойным отитом, а также обозначены признаки сочетанной патологии уха и полости черепа на фоне ОРВИ. Выявлены клинико-инструментальные дифференциально-диагностические критерии и обоснованы некоторые изменения в тактике ведения таких больных в условиях реанимационного отделения ЛОР-клиники.

### **ACUTE OTITIS NONPURULENT AND PURULENT MENINGITIS – COMBINED OR OTOGENIC PATHOLOGY?**

*Pochuyeva T.V. (Kharkov)*

*Summary*

Both textbook information and own experience of the author concerning aditus block as a reason for latent mastoiditis and chronic purulent-destructive processes in the middle ear and mastoid process are presented in the report. Based on the obtained data, analysis of aditus block's role for occurring of otogenic intracranial complications of the patients with acute otitis nonpurulent media was conducted, besides indications of combined otitis pathology and cavum cranial caused by severe form of grippe are stated. Clinic-instrumental and differential-diagnostics criteria are settled down and different number of changes in treatment of the patients in intensive therapy are revealed.