

Т.В. ПОЧУЄВА, Г.І. ГАРЮК, В.Л. МОЩЕНКО, О.В. САПОЖНИКОВ

МОЖЛИВОСТІ І ПОМИЛКИ СКТ-ГРАФІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО СЕРЕДЬНОГО ОТИТУ З АТИПОВИМ ПЕРЕБІГОМ

*Каф. оториноларингології та дитячої оториноларингології Харків. мед. академія
післядиплом. освіти; клінічна отоларингологічна лікарня № 30 м. Харкова*

Сучасна медична технологія, зокрема спіральна комп'ютерна томографія (СКТ-графія), при правильному її застосуванні вагомо допомагає в діагностичному процесі і створює нові, більш обґрунтовані підстави для вибору адекватного консервативного лікування або хірургічного втручання при запальній патології середнього вуха. Цей метод використовується в оториноларингології на протязі певного часу [4, 5, 7, 8], в основному визначена діагностична інформативність СКТ-графії, необхідність і доцільність її призначення при гострих і хронічних гнійних середніх отитах.

Зростання рівня оснащення сучасним діагностичним устаткуванням закладів охорони здоров'я у більшості обласних центрів зумовлює необхідність розшифровувати отримані дані самим лікарем-клініцистом. Труднощі, з якими стикаються практикуючі лікарі при СКТ-графії вискових кісток, – це численність зображень анатомічних деталей, складність їх інтерпретації, неможливість одночасної візуалізації всього комплексу структурних взаємовідносин у висковій кістці, а також відсутність у вітчизняній літературі спеціального посібника у вигляді атласу, який міг би служити відправною точкою при аналізі одержаних томограм.

Співробітниками кафедри оториноларингології і дитячої оториноларингології ХМАПО (проф. Г.І. Гарюк, док. мед. наук, доц. Т.В. Почуєва) у співпраці з фахівцями відділення комп'ютерної томографії ЦКЛ №5 м. Харкова (С.Н. Бабанін, В.Л. Мощенко) досить давно виданий навчальний посібник «Комп'ютерна томографія в діагностиці гнійно-запальних захворювань середнього вуха і отогенних внутрішньочерепних ускладнень», затверджений МОЗ Укра-

їни [3]. В ньому опубліковано декілька оригінальних пропозицій щодо аналізу і трактування томографічних даних, поглиблено представлена томографічна анатомія як нормальної вискової кістки з визначенням кожної деталі, так і при різних варіантах запалення в ній, наведено багато клінічних особистих спостережень, приклади зміни напрямку лікувальної тактики в залежності від варіантів отриманих результатів.

З метою систематизації комп'ютерно-томографічної анатомії вискової кістки і полегшення її інтерпретації практичними отоларингологами ми виділили 5 рівнів в аксіальній проекції, що докладно представлено на рис. 1.

Інфратимпанальний рівень (рис. 1а) – найбільш каудально розташований; на верхніх зрізах візуалізується нижня частина зовнішнього слухового проходу, його передня і задня стінки, висково-нижньо-щелепний суглоб, вертикальний сегмент каротидного каналу, яремний отвір, соскоподібна частина фаціального каналу. Гіпотимпанальний рівень (рис. 1б) – спереду і медіально від висково-нижньощелепного суглоба візуалізується остистий і овальний отвори, слухова труба, яка відходить вперед і медіально від гіпотимпанума, а також тимпанальний синус. Мезотимпанальний рівень (рис. 1в) – зріз проходить через середній поверх барабанної порожнини, куди фрагментарно попадають слухові кісточки, візуалізується завитка і трохи позаду від нього – вестибулярний відділ і задній півколовий канал. Епітимпанальний рівень (рис. 1г) – зріз крізь аттик дозволяє візуалізувати ковадломолоточковий суглоб (конфігурація його в аксіальному перетині нагадує «морозиво у стаканчику» – «icescreamcone», де компонент

«морозива» утворений голівкою молоточка, а «стаканчик» – тілом ковадла), ретротимпанальний простір, насамперед antrum і aditus ad antrum, а також завитку, латеральний і задній півколові канали, водопровід переддвер'я, внутрішній слуховий хід.

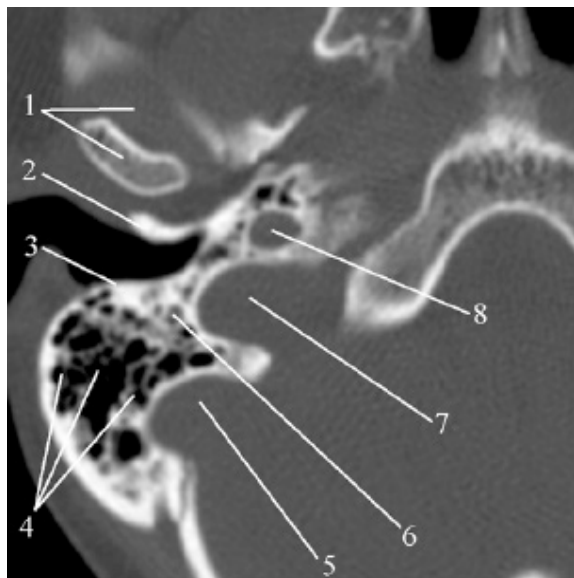


Рис. 1а. Інфратимпанальний рівень

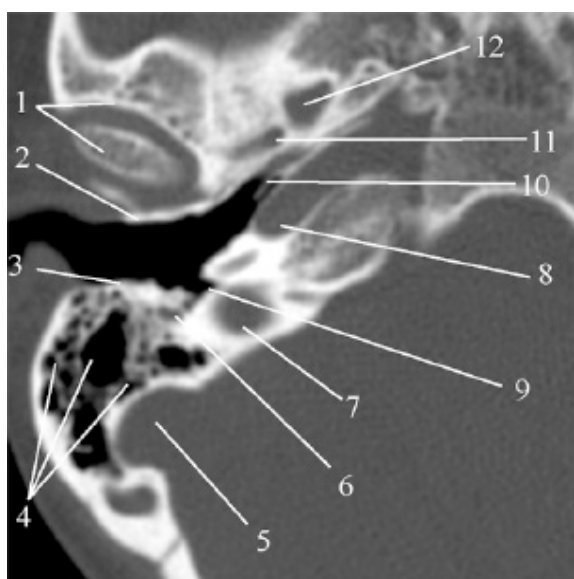


Рис. 1б. Гіпотимпанальний рівень

Рис. 1. Аксиальні комп'ютерно-томографічні зрізи: а – інфратимпанальний рівень; б – гіпотимпанальний рівень; 1 – висково-нижньощелепний суглоб; 2 – передня стінка зовнішнього слухового проходу; 3 – задня стінка зовнішнього слухового ходу; 4 – комірки соскоподібного відростка; 5 – борозна сигмоподібного синуса; 6 – соскоподібна частина фаціального каналу; 7 – яремна ямка; 8 – каротидний канал; 9 – тимпанальний синус; 10 – слухова труба; 11 – остистий отвір; 12 – овальний отвір.

Супратимпанальний рівень проходить вище барабанної порожнини, де візуалізується верхній півколовий канал і верхня частина соскоподібної печери. На більшості зрізів добре помітні кісткові структури, що межують із середньою і задньою черепними ямками, сигмоподібним синусом та дозволяють оцінити як їх цілісність, так і наявність аномалій. Зважаючи на те, що наш учбовий посібник, а також інша спеціальна література не дуже розповсюджені, ми сподіваємось, що приведені томограми будуть в нагоді для практикуючих отоларингологів. Але приводом для цього повідомлення стали випадки можливої гіпердіагностики при проведенні СКТ-графії вискових кісток.

Мета дослідження – визначити інформаційну цінність СКТ-графії при гострих середніх отитах з атиповим перебігом шляхом порівняння отриманих попередніх даних з інтраопераційними знахідками і перебігом захворювання, а також діагностичні критерії можливої гіпердіагностики.

Матеріали і методи

Для вирішення поставленої задачі була проведена СКТ-графія вискових кісток у хворих на гострий гнійний (25 осіб) і негнійний (25 осіб) середній отит з різними варіантами атипового (затяжного, рецидивуючого, латентного) перебігу і в різні строки спостереження (на початку, в середині або наприкінці захворювання – в залежності від потреби). Вік пацієнтів коливався від 18 до 65 років без значної різниці по статі. Всі обстежувані підлягали хірургічному втручанню (сануючому – антромастоїдотомія або діагностичному – ощадлива антротомія) після проведеної томографії.

Результати дослідження і їх обговорення

На комп'ютерно-томографічних зрізах гострий середній отит виглядає як гіпопневматоз повітроносної системи вискової кістки з рівнем рідини або без нього у межах барабанної порожнини. Остання може бути розширеною за рахунок випинання барабанної перетинки назовні при гострому гнійному середньому отиті або зменшена при втягуванні її усередину при секреторному отиті. Рідину, що знаходиться в середньому вусі

(транссудат або ексудат), диференціювати за щільністю на СКТ-грамі неможливо [1, 2].

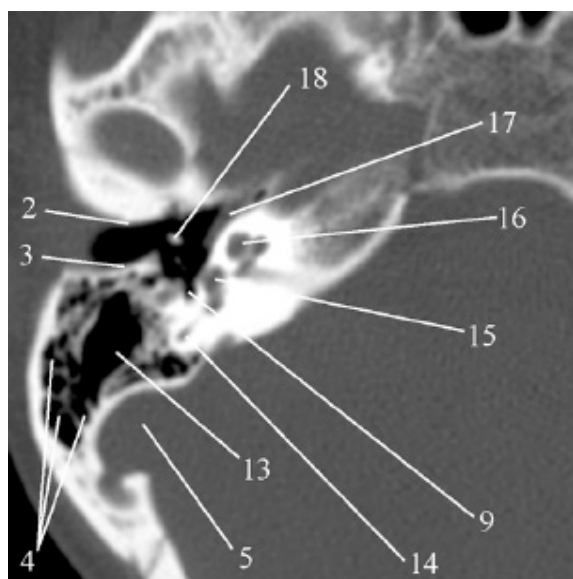


Рис. 1в

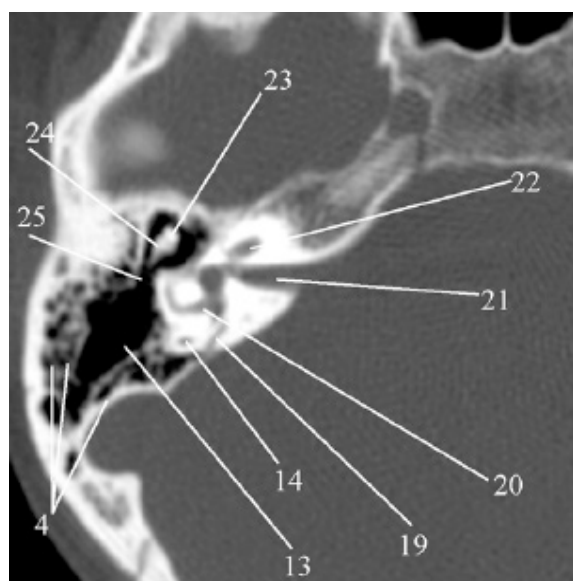


Рис. 1г.

Рис. 1. Аксиальні комп'ютерно-томографічні зрізи: в – мезотимпанальний рівень; г – епітимпанальний рівень; 2 – передня стінка зовнішнього слухового ходу; 3 – задня стінка зовнішнього слухового ходу; 4 – комірочки соскоподібного паростка; 5 – борозна сигмоподібного синуса; 9 – тимпанальний синус; 13 – антрум; 14 – задній півколовий канал; 15 – вестибулярний відділ; 16 – завитка; 17 – канал м'яза, що натягує барабанну перетинку; 18 – довгий відросток ковадла; 19 – водовід переддвер'я; 20 – латеральний півколовий канал; 21 – внутрішній слуховий хід; 22 – лабиринтна частина фаціального каналу; 23 – головка молоточка; 24 – тіло ковадла; 25 – адитус; 26 – верхній півколовий канал.

Нами для аналізу томограми вискових кісток застосований феномен «гравітаційної залежності», який раніше був описаний в літературі при патології навколоносових пазух [6]. Симптом «гравітаційної залежності» полягає в зміні рівня рідини в комірках і порожнинах при різних положеннях голови, що допомагає в диференціації набряку слизової оболонки і наявності випоту. Для ілюстрації цього феномену наводимо клінічне спостереження.

Хвора С., 17 років (історія хвороби № 6527, 8.12.08-31.12.2008), поступила в ЛОР-клініку зі скаргами на сильний біль у вусі і заушній ділянці, зниження слуху, головний біль, періодичне запаморочення, температуру тіла – 37,5⁰ С.

Пацієнтка хворіє протягом тижня після переохолодження. Раніше отитів не було.

ЛОР-статус: AS – значна гіперемія та інфільтрація барабанної перетинки, її випинання назовні, нерухомість при пробі Вальсальви, болючість соскоподібного відростка при пальпації; AD – норма. Інші ЛОР-органи – без патології.

Рентгенографія по Шюллеру і Майєру: незначна вуаль пневматичної системи соскоподібного відростка без ознак деструкції кістки зліва.

Зроблена тимпанопункція, при аспірації отримана велика кількість слизово-гнійного ексудату, накладено парацетез.

Діагноз: лівобічний неперфоративний гнійний ГСО, початок мастоїдиту.

Надалі проводилася інтенсивна протизапальна терапія, місцево – активним аспіраційно-дренажним методом. Протягом тижня поліпшення не спостерігалось, посилювався біль в ділянці соскоподібного відростка, головний біль, зберігалася гіперемія та інфільтрація барабанної перетинки з ознаками випинання задньо-верхньої стінки слухового ходу, субфебрилітет, запальні зміни в клінічному аналізі крові. При повторній рентгенографії – без негативної динаміки. Хвора направлена на СКТ-графію вискових кісток.

СКТ-графія (рис. 2): часткова облітерація субстратом м'якотканинної щільності повітряноносних комірок лівого соскоподібного відростка і барабанної порожнини (довгі білі стрілки). Зовнішні слухові ходи ві-

льні, внутрішні слухові ходи симетричні, не розширені. Фрагментація кісткових перетинок, рівень рідини в порожнинах деструкції (широка коротка стрілка), симптом «гравітаційної залежності». Це було клінічною і юридичною підставою для виконання антромастоїдотомії.

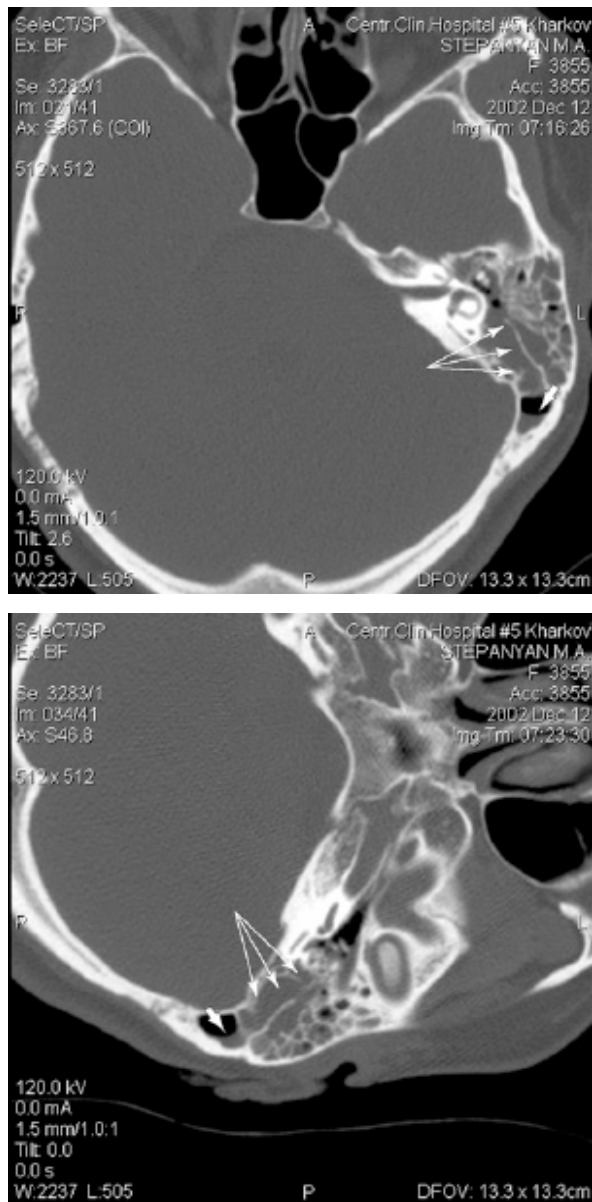


Рис. 2. СКТ-графія хворої С., 17 р. (історія хвороби № 6527/2008).

Інтраопераційно: слизова оболонка коміркової системи соскоподібного відростка була поліпозно змінена, комірки заповнені в'язким вершковоподібним гноєм, кістка каріозно змінена, місцями відходила

секвестрами, процес розповсюджувався від верхівки до перисинуозної і перилабіринтної зон, адітус заповнений грануляціями. В барабанній порожнині – слизово-гнійний ексудат. Все патологічне видалено. Проведена тампонада рани за Мікулічем.

Спостереження протягом тижня виявило припинення ознак запалення, рана ушита. Через 14 днів хвора була виписана з повною нормалізацією отоскопічних показників і відновленням практично до норми слухової функції.

При аналізі клінічних і томографічних даних у обстежуваних пацієнтів та співставленні з інтраопераційними знахідками виявлено:

- в 6 спостереженнях на фоні пристінкового гіпопневматозу барабанної порожнини і слухової труби, часткової облітерації запальною рідиною повітряноносних комірок соскоподібного відростка без симптому «гравітаційної залежності» томографічно визначена відсутність кістково-деструктивних змін; при виконанні діагностичної антротомії виявлено набряк слизової оболонки повітряноносних комірок і незначна кількість рідини слизового характеру; це стало підставою для визначення діагнозу «антроцелюліт», і в подальшому в таких випадках у хворих виконувався парацентез барабанної перетинки з активним місцевим дренажуванням;

- в 9 випадках була відмічена нечіткість контурів антруму, низький рівень рідини в періантральних комірках з симптомом «гравітаційної залежності», пристінковий гіпопневматоз барабанної порожнини і тотальний гіпопневматоз коміркової системи не тільки на інфра- і гіпо-, а і на епітимпанальному рівнях; при хірургічному втручанні підтверджувався діагноз «холестеринова гранульома» і блокада адітуса запальною рідиною, що дозволяло проводити ошадливу антротомію з антродренажуванням в післяопераційному періоді;

- у 7 осіб при традиційному рентгенологічному дослідженні визначалося зниження пневматизації соскоподібного відростка, але при проведенні СКТ-графії підозра на латентний мастоїдит була відхилена, тому що був виявлений пристінковий м'якотканинний субстрат тільки в барабан-

ній порожнині і слуховій трубі, на задній і нижній стінках антруму, що розцінювалося як залишкові ознаки перенесеного гострого отиту і не вимагало втручання.

Залучення до патологічного процесу антруму і поруч розташованої коміркової системи виглядає як розповсюдження в них гіпопневматозу з барабанної порожнини [1, 2]. Гіпопневматоз зумовлений витисканням повітря з порожнини середнього вуха патологічним субстратом (потовщена слизова оболонка, гній, слиз та ін.). Тобто він не завжди однозначно свідчить про ексудативний характер запалення: такі ж дані можуть мати місце при інфільтрації слизової оболонки майже без наявності випоту в комірках відростка, особливо після перенесеного в недавньому минулому запального процесу. За нашими спостереженнями, в 15-17% випадків відбувається гіпердіагностика запалення в повітряноносних структурах піраміди вискової кістки (СКТ-графічно-гіпопневматоз в комірках соскоподібного відростка, а інтраопераційно – патологічної рідини не визначається). Ми виявили, що найбільш показовим томографічним зрізом в плані диференціальної діагностики в таких випадках стає епітимпанальний рівень в аксіальній проекції, а також співставлення томографічних і клінічних даних, в першу чергу, отоскопії, отомікроскопії, аудіометрії.

Для ілюстрації випадку гіпердіагностики при СКТ-графії вискової кістки наводимо клінічне спостереження.

Пацієнтка М., 33 років, (історії хвороби № 5202, 6026, 30.08.01-13.09.2001, 9.10.01-26.10.01), поступила в ЛОР-клініку зі скаргами на сильний біль у вусі з гноєтечею, зниження слуху, запаморочення, головний біль, нудоту, підвищення температури тіла до 38,5⁰С. Обстежувана хворіє протягом тижня після переохолодження, раніше отитами ніколи не страждала.

ЛОР-статус: AD – гіперемія та інфільтрація барабанної перетинки, її випинання назовні, перфорація в центральному відділі з вираженою отореєю; спонтанний біль у заушній ділянці відсутній, але при пальпації в цьому місці визначається дискомфорт; функція слухової труби порушена, пробу Вальсальва виконати неможливо. Інші ЛОР-органи – без патології.

Рентгенографія по Шюллеру і Майєру: вуаль повітряноносних вміщуючих комірок соскоподібного відростка без ознак деструкції кісткових структур справа.

Аудіометрія: правобічна змішана приглухуватість III ступеня з переважанням сенсоневрального компоненту і зниженням в пробі Люшера ДП до 0,4-0,6 дБ, що свідчить про периферичне ураження слухового аналізатора.

Діагноз: гострий правобічний ГСО, ускладнений гострим кохлеоневритом і мастоїдитом в інфільтративній стадії.

Проведена інтенсивна консервативна терапія, спонтанна перфорація доповнена накладанням парацентезу з активним аспіраційно-дренажним введенням стероїдно-антисептичної суміші. Перебіг захворювання під впливом інтенсивної терапії мав позитивну динаміку, і через 14 днів хвора була виписана із стаціонару з повною нормалізацією отоскопічних показників і відновленням до норми слухової функції. Але при отоневрологічному дослідженні зберігалось періодичне запаморочення, шум у вусі, хиткість в позі Ромберга, невпевненість при виконанні координаторних проб. Крім того, зберігався періодично виникаючий субфебрилітет, збільшена ШОЕ до 20-26 мм/г, ознаки астено-невротичного синдрому.

Пацієнтка продовжила лікування в неврологічному відділенні, де був визначений діагноз: дисциркуляторна енцефалопатія, астено-невротичний синдром. При проведенні там МРТ-графії виявлено посилення МР-сигналу в ділянці правого соскоподібного відростка, що трактувалось як латентний мастоїдит.

При повторній госпіталізації в ЛОР-клініку хвора скаржилася на дискомфорт в ділянці правого вуха, слабкість, субфебрилітет, періодичне запаморочення. При цьому слухова функція як суб'єктивно, так і аудіометрично була в межах норми; отомікроскопія патології з боку середнього вуха, крім легкої застійної гіперемії за ходом *anulus tympanicus*, не виявляла, функція слухової труби – без патології. Зберігалось збільшення ШОЕ до 20-25 мм/г без зсуву лейкоцитарної форми ліворуч.

СКТ-графія (рис. 3): часткова облітерація м'якотканинним субстратом повіт-

роносних комірок правого соскоподібного відростка (довгі стрілки) із збереженням пневматизації всіх ділянок барабанної порожнини і слухової труби. Зовнішні слухові ходи - вільні, внутрішні - симетричні, не розширені. Кістково-деструктивних змін не виявлено, але в деяких комірках визначався гіпопневматоз (коротка широка стрілка). Це послужило підставою для проведення діагностичної антротомії.

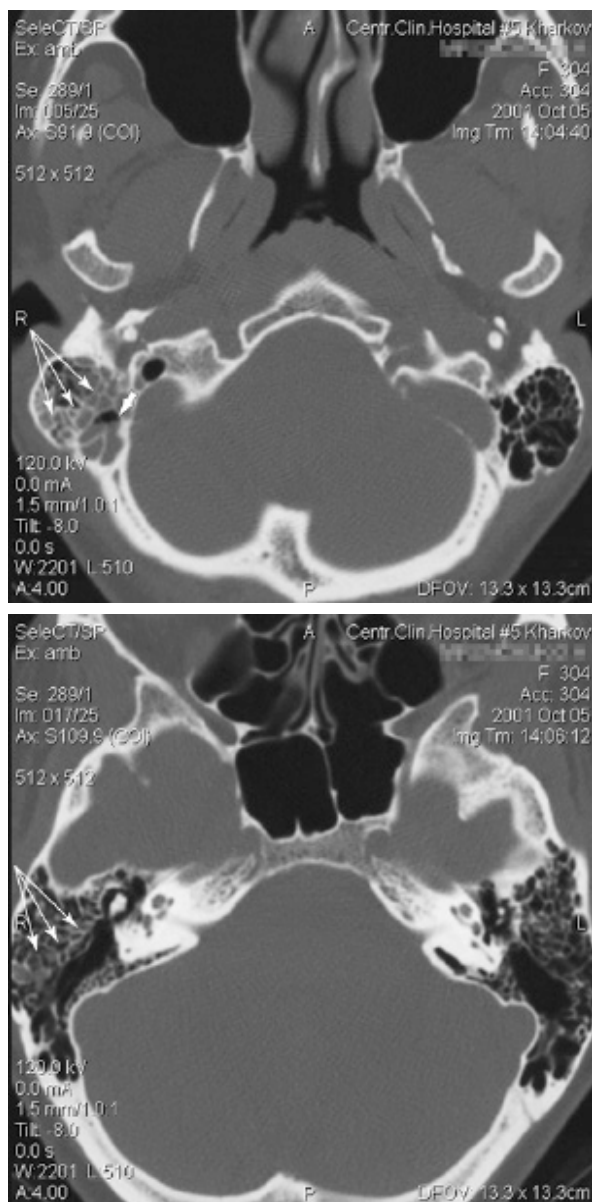


Рис 3. СКТ-графія хворої М., 33 р., (історія хвороби № 6026/2001).

Інтраопераційно спостерігалось потовщення слизової оболонки в області антруму з незначною кількістю слизу в періант-

ральній зоні, деструктивні зміни в комірковій системі і блокада адітуса відсутні. Рана тампонована за Мікулічем, спостереження за нею протягом тижня не виявило ознак запалення, рана ушита.

Хвора виписана із стаціонару, де підозру на латентний мастоїдит було знято, хоча скарги на субфебрилітет, слабкість, пітливість, періодичний головний біль і запаморочення, збільшення ШОЕ не зникли. При виписці зареєстровано наступне:

слухова функція: залишкові явища сенсоневральної приглухуватості I ст. з правого боку; в тесті Люшера підвищились ДП=1,2-1,6 дБ на правому вусі, на лівому – ДП=1,0-1,2 дБ; 100% розбірливість мови досягала з мовно-тоною невідповідністю (різниця порогів 50% і 100% розбірливості мови сягла до 50 дБ) на праве вухо і не відрізнялась від контрольних цифр на незапалене вухо; тимпанограма – типу As справа і типу А – зліва; пороги ipsi-AP і contra-AP знаходились у межах 87-89 дБ на праве вухо і 84-85 дБ на ліве вухо, що свідчило про центральний характер залишкового ураження слухового аналізатора з правого боку;

вестибулярна функція: sNy відсутній, КП виконує невпевнено, помірна статична атаксія (хиткість в позі Ромберга не залежить від повороту голови), хода вперед-назад і флангова не змінена; при обертальній пробі виявлена приблизно однакова збудливість лабіринтів (pNy при обертанні праворуч – 24 с, ліворуч – 29 с); вегетосенсорні реакції трохи підвищені; все це давно позитивний прогноз стосовно відновлення слухової функції до норми (в подальшому нормалізація тонального слуху відбулась через 1 міс).

Хвора була переведена в неврологічний стаціонар повторно, де при поглибленому неврологічному та імунологічному дослідженні визначено діагноз вірусного арахноенцефаліту. Проведення специфічної терапії призвело до поліпшення стану пацієнтки, зникнення вказаних скарг. Подальше спостереження за хворою на протязі 10 років дозволило констатувати необхідність періодичного протирецидивного лікування в неврологічному стаціонарі, високу схильність до виникнення застудних захворю-

вань взагалі, хоча середнього отиту ми більше не спостерігали.

Таким чином, порівнянням томографічних даних до операції з інтраопераційними знахідками доведено, що при диференціації латентного мастоїдиту, особливо з блокадою адітусу, та залишкових явищ перенесеного гострого середнього отиту треба звертати увагу не на наявність пристінкового м'якотканинного субстрату в барабанній порожнині та на стінках антруму, гіпопневматозу коміркової системи соскоподібного відростка на периферії, а на збереження ознак адекватної вентиляції основного шляху аерації (кісткова частина слухової труби, барабанна порожнина, адітус, антрум). Гіпопневматоз коміркової системи соскоподібного відростка на периферії (частіше в ділянці верхівки) свідчить в такому випадку про залишкові явища перенесеного гострого середнього отиту (в різні строки спостереження).

Висновки

Проведені дослідження, з одного боку, підтвердили безумовну значну діагностичну цінність СКТ-графії вискових кісток, а з іншого боку, констатували можливість діагностичних помилок при трактуванні отриманих томограм, особливо коли висно-

вки роблять рентгенологи без урахування клінічних даних.

1. За нашими спостереженнями, при гострому середньому отиті в 15-17% випадків має місце гіпердіагностика при СКТ-графії вискової кістки (гіпопневматоз в комірках соскоподібного відростка не підтверджується інтраопераційними знахідками патологічної рідини або запалення мукоперіосту).

2. Найбільш показовим томографічним зрізом в плані диференціальної діагностики в таких випадках стає епітимпанальний рівень в аксіальній проекції (відображає стан пневматизації барабанної порожнини, адітусу і антруму). Саме він при співставленні томографічних і клінічних даних допомагає диференціювати блокаду адітуса при латентному мастоїдиті. Для останнього характерний гіпопневматоз в ділянці антруму та адітусу при відсутності його в барабанній порожнині.

3. Використання феномену «гравітаційної залежності» значно допомагає при диференціації стадії мастоїдиту (інфільтративна чи альтеративна).

4. Вирішальне значення при визначенні первинного діагнозу відіграє співставлення отриманих клінічних даних, насамперед, отомікроскопії і аудіометрії, з комп'ютерно-томографічними показниками.

1. Антонів В.Ф. Комп'ютерна томографія як фактор прискорення топічної діагностики отогенних та риногенних внутрішньочерепних ускладнень / В.Ф. Антонів, Н.А. Мальгінова, Т.В. Антонів // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – № 3-с. – С. 4.
2. Брызгалова С.В. Рентгеновская компьютерная томография в изучении строения и патологических состояний височной кости / С.В. Брызгалова // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2000. – № 3 (23). – С. 99-102.
3. Гарюк Г.І., Почуєва 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.
4. Дячук В.В. Можливості комп'ютерної томографії в діагностиці захворювань середнього вуха у дітей / В.В. Дячук, Ю.М. Кохан, В.В. Дячук, О.А. Кульчаковський // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – № 3 (додаток). – С. 542-544.
5. Кузнецов С. В. Возможности компьютерной томографии в распознавании заболеваний и поврежденный ЛОР-органов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1992.
6. Прокоп М., Галански М. Спиральная и многослойная компьютерная томография (перевод с англ.) / Под ред. А.В.Зубарева, Ш.Ш. Шотемора. – М.: МЕДпресс-инфор. – 2006. – Т.1. – С. 204-213.
7. Antonelli P.J., Garside J.A., Mancuso A.A., Strickler S.T., Kubilis P.S. Computed tomography and the diagnosis of coalescent mastoiditis // Otolaryngol Head Neck Surg. – 1999 Mar; 120(3): 350-4.
8. Dhooge I.J., Vandenbussche T., Lemmerling M. Value of computed tomography of the temporal bone in acute otomastoiditis // Rev. Laryngol. OtolRhinol. (Bord). – 1998; 119 (2): 91-4.

Надійшла до редакції 30.08.12.

© Т.В. Почуєва, Г.І. Гарюк, В.Л. Мощенко, О.В. Сапожніков, 2012

**ВОЗМОЖНОСТИ И ОШИБКИ
СКТ-ГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА
С АТИПИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ**

*Почуева Т.В., Гарюк Г.И., Мощенко В.Л.,
Сапожников О.В. (Харьков)*

Резюме

Обобщены результаты многолетнего применения СКТ-графии височных костей при патологии среднего уха, особенно в случаях острого воспаления. Обращено внимание на возможность диагностических ошибок при постановке первичного диагноза, в частности рентгенологами, детально проанализированы эти наблюдения путем сопоставления томографических данных с интраоперационными находками, определены критерии дифференциации. Определено, что наиболее информативным является эпитимпанальный уровень томограммы в аксиальной проекции для обнаружения остаточных явлений перенесенного среднего отита и латентного мастоидита, а также целесообразность использования «симптома гравитационной зависимости» для выяснения стадии мастоидита.

Ключевые слова: острый средний отит, атипичное течение, СКТ-диагностика.

**FEATURES AND ERRORS OF SCT-GRAPHIC
DIAGNOSIS OF ACUTE OTITIS MEDIA WITH
AN ATYPICAL COURSE**

*Pochueva T.V., Garyuk G.I., Moschenko V.L.,
Sapozhnikov O.V. (Kharkov)*

Symmary

The article summarizes long standing results of computed tomography of the temporal bone in pathology of middle ear, particularly in case of acute inflammation. Ones attention is focused on the possibility of diagnostic mistakes in deriving primary diagnosis, especially by radiologists, besides these cases were analyzed in details by comparing tomographic data comparison with and determined criteria of differentiation. It was discovered that the most informative part of tomogram for determination of residual symptoms of former otitis media and latent mastoiditis is epitympanal level of tomogram in axial projection, besides we believe that it is appropriate to use "symptom of gravitation dependence" for determination of mastoiditis level.

Key words: acute otitis media, SCT-graphic diagnosis